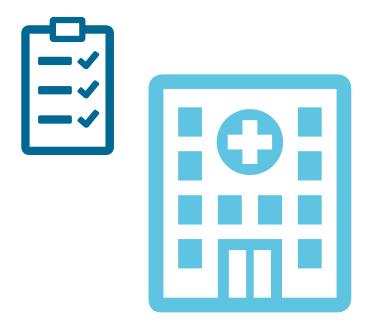


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

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)	67
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	76
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	78
8-984	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022)	80
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2022)	84
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	88
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	90
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	94
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022)	98
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	102
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)	106
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)	111
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)	118
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	125
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)	130
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	142
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)	146
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2022)	150



8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2022)	157
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2022)	164
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	166
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	171
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	176
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	181
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	185
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2022)	190
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	195
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2022)	199
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	203
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	208
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)	212
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	217
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)	219
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)	224
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022)	229



1-221

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	_/	
Fachabteilung		



		○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)			
ztliche Leitung:			
me, Vorname			
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermi	t bestätigt.		
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermi	t bestätigt.		

.....

Speichern Drucken Zurücksetzen

Name der Geschäftsführung

Unterschrift _____



1-945

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer/	
Fachabteilung	



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

Das multiprofessionelle Team besteht aus: 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		
oder		
Facharzt für Kinderchirurgie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Die Richtigkeit der obigen A	ungaben wird hiermit bestätig	gt.	
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 ,	



s Krankenhauses vorhanden:	○ Ja	○ Nein
eschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
tliche Leitung:		
me, Vorname		
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
, Datum		
Hatlim .		
, butum	,	
e der Geschäftsführung		
e der Geschäftsführung ட		
ne der Geschäftsführung L		
ne der Geschäftsführung L		
me der Geschäftsführung Lerschrift		
ne der Geschäftsführung L		
ne der Geschäftsführung L		
der Geschäftsführung L		



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:	\circ	Ja 🔘 Neir
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
rztliche Leitung:		
Name, Vorname		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestäti	igt.	
Ort, Datum	, L	
lame der Geschäftsführung 📖		
Interschrift		



8-01a

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung .	



des Krankenhauses vorhanden:	\circ	Ja 🔘 Neir
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenzahl)		
rztliche Leitung:		
Name, Vorname		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestäti	igt.	
Ort, Datum	, L	
lame der Geschäftsführung 📖		
Interschrift		



8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/,	



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

Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung

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



Namen, Vornamen

Mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofe strukturierte curriculare geriatriespezifische Zu von mindestens 180 Stunden sowie eine minde in einer geriatrischen Einrichtung auf:	satzqualifikation im Ur	nfang
in emer geriatrischen Emirichtung auf:	○ Ja	○ Neir
Name, Vorname		
Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie:	:	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Logopädie/fazioorale Therapie:	◯ Ja	◯ Neir



Psychologie/Neuropsychologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum, _		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
unterschilit		
Speichern Drucken Zur	ücksetzen	1



8-552

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung .	



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

Frührehabilitation verfügt: Ärzte (Namen, Vornamen)	○ Ja	○ Ne
Arzte (Namen, Vornamen)		
Per neurologische oder neurochirurgische Sachver as Frührehateam eingebunden:	stand ist kontinuie	lich in
as trainenateam emgesanaem	○ Ja	○ Ne
Ärzte (Namen, Vornamen)		
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Geb	iet der neurologisch	1-
Besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Geb neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv		
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv	vierend-therapeutis	che
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv Pflege ist vorhanden:		
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv	vierend-therapeutis	che
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv Pflege ist vorhanden:	vierend-therapeutis	che
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv Pflege ist vorhanden:	vierend-therapeutis	che
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv Pflege ist vorhanden:	vierend-therapeutis	che
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv Pflege ist vorhanden:	vierend-therapeutis	che
neurochirurgischen Frührehabilitation für die aktiv Pflege ist vorhanden: Pflegepersonal (Namen, Vornamen)	vierend-therapeutis	che



Physikalische Therapie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Neuropsychologie:	◯ Ja	
Namen, Vornamen	<u> </u>	
Logonädio/foriografo Thoranio.	○ la	○ Noin
Logopädie/fazioorale Therapie: Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nein
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum		
Name der Geschäftsführung L		
Unterschrift		
Speichern Drucken	Zurücksetzen	



8-559

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

Krankenhausname 📖		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachabteilung		



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

Frührehateam mit Behandlungsleitung durch einen Facharz für physikalische und rehabilitative Medizin:	t	
iui pilysikatische und renabititative Mediziii:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
	C Jahua	
mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der mindest in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:	ens 5 Janre	
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der 5 Jahre 1	Tätiakoit	
in der physikalischen und rehabilitativen Medizin aufweist		
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-th Pflege ist vorhanden:	ierapeutisc	ne
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Physikalische Therapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Fuzzki zazwi-	O 1-	O Natio
Ergotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
N		
Neuropsychologie/Psychologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Psychotherapie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Logopädie/fazioorale Therapie/S	prachtherapie:		◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen				
Künstlerische Therapie (Kunst- u	nd/oder Musiktherapie):		○ Ja	○ Nein
Welche?				
Namen, Vornamen				
Dysphagietherapie:			○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen				
Die Richtigkeit der obigen Angal	ben wird hiermit bestätigt	•		
Ort, Datum		,		
Name der Geschäftsführung				
Unterschrift				
Spaicharn	Drucken	Zurückse	tzon	
Speichern	Drucken	Zuruckse	tzen	



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	



Ärztliche Leitung: Name, Vorname Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ort, Datum	
Name, Vorname Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ort, Datum	
ztliche Leitung: Name, Vorname e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. et, Datum	
vame, Vorname See Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Tt, Datum	
vatliche Leitung: Name, Vorname die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. rt, Datum	
name, Vorname ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. rt, Datum	
vane, Vorname Se Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Set, Datum	
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.	
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. t, Datum	
rt, Datum,	
rt, Datum,	
rt, Datum,	
t, Datum,	
rt, Datum,	
rt, Datum,	
ame der Geschäftsführung	
ame der Geschaπstunrung L	
nterschrift	
Speichern Drucken Zurücks	



8-718.8

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung / Finheit	/ .



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

Beschreibung der spezialisierten Einheit (u. a. Anzahl Behandlungsplätze und Be	Ja eatmungsplätze)	○ Ne
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt m	it der Zusatz-	
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt m ezeichnung Intensivmedizin:	it der Zusatz-	○ Ne
zeichnung Intensivmedizin:		○ Ne
zeichnung Intensivmedizin:		○ Ne
zeichnung Intensivmedizin:		<u> </u>
		○ 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
○ Ja	○ Nei
○ Ja	○ Nei
○ Ja	○ Nei
◯ Ja ◯ Ja	○ Nei



Es	besteht	die	Möglichkeit	zur	Durchführung	eines	Ethik-Fal	lgespräche	es:
								○ Ja	(

	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum	,	
Name der Geschäftsführung 🗅		

Unterschrift	<u>L</u>



8-718.9

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung / Finheit	/ .



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 Behandlungsplätz	e und Beatmungsplätze)	
Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facha bezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöh Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Pa Beatmungsentwöhnungs-Einheit:	mit mindestens 3-jä nung 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		
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	5	



	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
Verktägliche Verfügharkeit von:		
Verktägliche 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
Namen, Vornamen				
ie Richtigkeit der obigen Ang:	aben wird hiermit bestä	tigt.		
rt, Datum		, <u></u>		
ame der Geschäftsführung 📖				
ame der desenanstamung				
terschrift				



8-918

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachabteilung .		



Spezielle Schmerztherapie:		◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit be	stätigt.		
Ort, Datum	, L		
ame der Geschäftsführung			
Interschrift			
merschint			

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)

Drucken

Zurücksetzen

Speichern



8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachabteilung .		



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

Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatz Spezielle Schmerztherapie:	bezeichnung	
Speziette Seinnerztiierapie.	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Zum Toom gobört ein örztlicher Deuchethersneut.		
Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
ein psychologischer Psychotherapeut:		O
	◯ 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 A	ngaben wird hiermit bestätiį	gt.	
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 .	



es Krankenhauses vorhar			○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Betten	nzahl)			
tliche Leitung:				
nme, Vorname				
e Richtigkeit der obigen Anga	aben wird hiermit bestätig	gt.		
e Richtigkeit der obigen Anga	aben wird hiermit bestätig	gt.		
Oatum		, L		
Datum		, L		
Datum		, L		
Datum ne der Geschäftsführung		, L		
Datum ne der Geschäftsführung		, L		
, Datumne der Geschäftsführung		, L		
, Datumne der Geschäftsführung		, L		
, Datum me der Geschäftsführung		, .		
Datumne der Geschäftsführung		, .		
Richtigkeit der obigen Anga , Datum me der Geschäftsführung eerschrift		, .		
Datumne der Geschäftsführung		, .		



8-975.2

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf. Fachabteilung	



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

Klinisch-naturheilkundliches Team mit Behandlungsleitung Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren mit 3-jähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilve	mindesten	
J juni iger Errumung im bereien der Klassischen Naturnen	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Erläuterung (3-jährige Erfahrung)		
Dem Team gehören Ärzte und fachkundiges Pflegepersonal halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung an:	mit mindes	tens
	○ 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
Namen, Vornamen		
Psychologen:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Ökotrophologen/Diätassistenten:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum	,	
Name der Geschäftsführung L		
Unterschrift		
Speichern Drucken 2	Zurücksetzen	



8-977

Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer L	_/	
Fachabteilung ,		



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

chärztliche Behandlungsleitung:			◯ Ja	○ Neir
amen, Vornamen				
Richtigkeit der obigen Angaben wird hie	rmit bestätigt.			
, Datum		, L		
ne der Geschäftsführung 💶 💮 💮				
erschrift				
erschrift				



8-97d

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer/	
Fachabteilung .	



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

	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Vorhandensein mindestens der folgenden Therap	iebereiche:	
Physiotherapie/Physikalische Therapie:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Ergotherapie:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		



Die Richtigkeit der obigen Ang	gaben wird hiermit bestätig	gt.	
Ort, Datum		, L	
Name der Geschäftsführung 🗀			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



8-980

Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer		
Standort / Standorthummer		
Fachahteilung / Station	1,	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen

Beschreibung der Intensivstation:		
u.a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze		
Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der		
Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:	○ Ja	○ Nein
	○ Ja	○ Nein



	○ Ja	○ Ne
läuterung		
zte (Namen, Vornamen)		
legepersonal (Namen, Vornamen) nweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Sch ngesetzt war. Mindestens diese examinierten Pflegekräfte sind hier zu benenne		Pflegekra



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

	○ Ja	○ Nein
terung		
chtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
atum, _		
, L		
der Geschäftsführung		
schrift		
Speichern Drucken Zurü	icksetzen	



8-981.2

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung / Einheit	/_



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

	○ Ja	○ Neir
Beschreibung der spezialisierten Einheit (z.B. Bezeichnung, Bettenzahl, räumliche La übrigen neurologischen Stationen einschließlich Notaufnahme)	ge auch in Bezug	auf die
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Ne	eurologie:	
	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		



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		

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:

O Ja

○ Nein

	O .	_
Erläuterung		
		J



Woc	hene	nde	und	Feie	ertage
-----	------	-----	-----	------	--------

schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung		○ Ja	○ Nei
Erläuterung			
			arteriell
subtraktionsangiographie, CT-Angiographie o			arteriell
Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie o	der MR-An	giographie):	arteriell
subtraktionsangiographie, CT-Angiographie of the contract of t	oder MR-Ang	giographie): Nein	arteriell
subtraktionsangiographie, CT-Angiographie of the contract of t	Ja	Nein Nein	arteriell
Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie of the configuration of the co	Ja	Nein Nein	arteriell
subtraktionsangiographie, CT-Angiographie of the configuration of the co	Ja	Nein Nein	arteriell
24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angsubtraktionsangiographie, CT-Angiographie obigitale intraarterielle Subtraktionsangiographie: ET-Angiographie: MR-Angiographie: Erläuterung	Ja	Nein Nein	arteriell
Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie of Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie: T-Angiographie: MR-Angiographie: Erläuterung	Ja Ja Ja	Siographie): Nein Nein Nein	arteriell
Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie of Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie: T-Angiographie: MR-Angiographie:	Ja Ja Ja Ja	Nein Nein Nein ation durch	arteriell



		○ In	○ Noir
Erläuterung		○ Ja	O Neir
Enduterang			
Vorhandensein einer zentralen, kon	tinuierlichen Erfassu	ngsmöglichke	ait
folgender Parameter an allen Bettp			
Blutdruck:	○ Ja	○ Nein	
Herzfrequenz:	○ Ja	○ Nein	
3-Kanal-EKG:	○ Ja	○ Nein	
Atmung:	○ Ja	○ Nein	
Sauerstoffsättigung:	○ Ja	○ Nein	
Verfügbarkeit der folgenden Leistur	ngen:		
Physiotherapie (auch an Wochenenden und	an Feiertagen):	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen			



Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Es ist eine Fachabteilung für Neurologie am Standort der Schlaganfalleinheit vorhanden:		
	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. Stationen, Bettenanzahl)		
Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit einer Schlag der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und Eingriffen	ganfalleinhe d intrakranio	it mit ellen
Eingriffen:	○ Ja	○ Nein
Kooperationspartner		



	\bigcirc .	a Ne
Konzeptbeschreibung		
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
t, Datum 🗀		
r, Datum		
me der Geschäftsführung		
me der Geschäftsführung		
me der Geschäftsführung L		
	_	
ame der Geschäftsführung nterschrift		



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 / Finheit	L



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

	○ Ja	○ Nei
schreibung der spezialisierten Einheit (z.B. Bezeichnung, Bettenzahl, rigen neurologischen Stationen einschließlich Notaufnahme)	räumliche Lage auch in Bezug	auf die
e Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facha	rzt für Neurologie:	
	○ Ja	○ Nei



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		

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:

	O)	O
Erläuterung		

○ Nein

 \bigcirc la



Wochenende u	ınd Feiertage
--------------	---------------

	steht:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung			
24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Ang Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie o	der MR-An	giographie):	arteriell
		○ Nein	
	○ Ja	-	
	○ Ja	○ Nein	
CT-Angiographie:			
Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie: CT-Angiographie: MR-Angiographie: Erläuterung	○ Ja	○ Nein	
CT-Angiographie: MR-Angiographie:	○ Ja	○ Nein	
CT-Angiographie: MR-Angiographie:	○ Ja ○ Ja	Nein Nein	○ Nei



Sauerstoffsättigung:

Untersuchung der extra- und intrakran	ietten inniversorg	Ja ⊝	○ Nein
Erläuterung			
Vorhandensein einer zentralen, kontin folgender Parameter an allen Bettplätz		ngsmöglichkei	it
Blutdruck:	en:	○ Nein	
Herzfrequenz:	○ Ja	○ Nein	
3-Kanal-EKG:	○ Ja	○ Nein	
Atmung:	◯ Ja	○ Nein	

Ja

○ Nein



hysiotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
rgotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
ogopädie (auch an Wochenenden und Feiertagen):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Es sind die folgenden Fachabteilungen am Standort der Schlaganfalleinheit vorhanden:

Neurologie:	◯ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. ärztliche Leitung, Stationen, Bettenanzahl)		
Innere Medizin:	◯ Ja	○ Nein
Beschreibung (u.a. ärztliche Leitung, Stationen, Bettenanzahl)		
Es besteht Rufbereitschaft eines Facharztes für Neuroc	hirurgie:	○ Nein
Namen, Vornamen		
,		
und		
eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionelle	n Neuroradiolog	ie:
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Es besteht eine 24-stündige Verfügbarke ntrakranieller Eingriffe zur Dekompress Standort der Schlaganfalleinheit:			
randort der Semagamattenmert.	(⊃ Ja	○ Nein
Erläuterung			
s besteht eine 24-stündige Verfügbarko urch Thrombolyse und interventionelle chlaganfalleinheit:			
urch Thrombolyse und interventionelle	r Thrombektomien am S		t der
urch Thrombolyse und interventionelle chlaganfalleinheit:	r Thrombektomien am S	tandor	t der
urch Thrombolyse und interventionelle chlaganfalleinheit:	r Thrombektomien am S	tandor	t der
urch Thrombolyse und interventionelle chlaganfalleinheit:	r Thrombektomien am S	tandor	
urch Thrombolyse und interventionelle chlaganfalleinheit:	r Thrombektomien am S	tandor	t der
	r Thrombektomien am S	tandor	t der



Vorhandensein von mindestens zwei Fachärzten:

Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Fachärzte für Radiologie mit Kenntnissen der interventionellen Neuroradiologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurücks	etzen	



8-982

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf Fachahteilung .	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Pernamentlich aufzuführen.	rsonen	
ie Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit er Zusatzbezeichnung Palliativmedizin:		
er zasatzbezetetinang rattiativinealzin.	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
rt, Datum,		
ana dan Casak i Astiibuura		
ame der Geschäftsführung		
nterschrift		

Drucken

Zurücksetzen

Speichern



8-983

Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf Fachahteilung	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

namentlich aufzufuhren.			
Fachärztliche Behandluı	ngsleitung:		
Facharzt für Innere Medizin n	nit dem Schwerpunkt Rheumatologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			
oder			
Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Rheumatologi	Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung ie:	g	○ Nein
Namen, Vornamen			
oder			
Facharzt für Orthopädie mit c	dem Schwerpunkt Rheumatologie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen			
Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum	, L		
Name der Geschäftsführung i			
Unterschrift			
Speichern	Drucken Zur	ücksetzen	
			•



8-984

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022)

Krankenhausname		
Ort		
	,	
Standort / Standortnummer	. / ـ	
Ggf Fachahteilung		



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung:

nen, Vornamen		
ärztliche Rohandlungsleitung.		
ärztliche Behandlungsleitung:		
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie		
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder		O 11.
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie	◯ Ja	○ Ne
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder	○ Ja	○ 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 "Diabetologe DDG":	○ Ja	○ 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 "Diabetologe DDG":	○ Ja	○ Ne
Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder "Diabetologe DDG": Namen, Vornamen oder	○ 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	○ 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		



Es werden differenzierte Behandlungsprogramme, ausge Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulin Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie Hypoglykämien vorgehalten:	pumpentherap	oie,
rypogtykamien vorgenatten.	◯ Ja	○ Nein
Erläuterungen		
Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendli kliniken) werden differenzierte Behandlungsprogramme Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, vorgehalten:	chen (z.B. in k , ausgerichtet ○ Ja	Kinder- auf ○ Nein
	Ja	O Nein



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestäti	gt.	
Ort, Datum		, L	
Name der Geschäftsführung			
Untorschri t			
unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



8-985

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

Krankenhausname	_	
Ort		
Standort / Standortnummer		_/
Ggf. Fachabteilung		



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

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: O Ja ○ Nein 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	○ Nein
Namen, Vornamen		
Kinderkrankenpflegern/-schwestern mit suchtmedizinischer Zusatzqua wie z.B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung:	alifikation, \(\) Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum, .		
Name der Geschäftsführung L		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zu	rücksetzen	



8-986

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Ggf. Fachabteilung	



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

er Zusatzbezeichnung K	macrineamatotogic.		◯ Ja	○ Nein
nen, Vornamen				
e Richtigkeit der obigen Ang	gaben wird hiermit bestäti	gt.		
t, Datum				
		,		
me der Geschäftsführung 🗀				
terschrift				
Speichern	Drucken		setzen	



8-987.0

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Einheit .	



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

Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

	∪ Ja	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		
Krankenhaushygieniker in Kooperation?	◯ Ja	○ Nein
Falls ja, Erläuterung		



Es ist ein Hygieneplan vorhanden:		
	◯ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Die Behandlung erfolgt auf einer speziellen Isoliereinheit		
eigenständige Infekt-Isolierstation):		.
	○ Ja	○ Nein
Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den	restlichen	
Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:	∫ Ja	○ Nein
ladas Zimmavist ühavaina aisana Cahlausa su hatuatan.		
Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:	◯ Ja	○ Nein
Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
	cksetzen	



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:

	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:

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.		
Are their Breit del on Sen Anguard What the time pestation		
Ort, Datum,,,		
lame der Geschäftsführung		
· ·		
Interschrift		
Speichern Drucken Zuri	icksetzen	



8-988

Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	_/
Gøf Fachahteilung .	



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

Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Z Handchirurgie:	Zusatzbezeichnung	
nandennungie.	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
oder		
durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabi destens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung ha stellungen in Kooperation mit einem Facharzt mit o	andchirurgischer Pro	olem-
landchirurgie:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)		



	○ Ja	○ Nein
lamen, Vornamen		
	ou ougothougusutischen Dob	
eitung der physiotherapeutischen und/od urch mindestens einen Physiotherapeuter	n und/oder Ergotherapeuten	mit min-
estens 3-jähriger Erfahrung in der Behand	llung handchirurgischer Pat	ienten:
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
vallieli, voillallieli		
vanien, voinamen		
vallen, voittainen		
vallien, voittaillen		
vanien, voinamen		
vanien, voinamen		
Namen, vomamen		
Namen, vomamen		
Namen, vomanien		
Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)		



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



8-98a

Teilstationäre geriatrische 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 oder des Kooperationspartners namentlich aufzuführen.

Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung

Fachärztliche Behandlungsleitung:		
Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung m Bereich Geriatrie liegt vor:	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikat von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monat		
einer geriatrischen Einrichtung auf:	○ Ja	○ Nein
Name, Vorname		



Vorhandensein folgender Bereiche:		
Physiotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Physikalische Therapie:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapie:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Namen, Vornamen Logopädie/fazioorale Therapie:
Namen, Vornamen
Namen, Vornamen
Namen, Vornamen
Sozialdienst:
Sozialdienst:
Sozialdienst: Ja Neir
Namen, Vornamen
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.
Ort, Datum,,
ort, butum,,
Name der Geschäftsführung
Unterschrift
unterschillt
Speichern Drucken Zurücksetzen



8-98b.2

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung / Einheit	



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

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team: O Ja ○ Nein Beschreibung der spezialisierten Einheit (z.B. Bezeichnung, Bettenzahl) Fachliche Behandlungsleitung durch: Facharzt für Neurologie: Ja ○ Nein Namen, Vornamen oder Facharzt für Innere Medizin: Ja ○ Nein Namen, Vornamen



Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innei spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Ne eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur	urologie im Tean	der n fest
	◯ Ja	○ Nein
Erläuterung		
ingebundene Fachärzte für Neurologie:		
24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitsch	aftsdienst):	
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		



24-stündige Verfügbarkeit der CT-	Angiographie oder MR	-Aligiograpili	
CT-Angiographie:	○ Ja	○ Nein	
MR-Angiographie:	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
24-stündige Verfügbarkeit der Mög ntravenöse Thrombolyse am Stand		es:	
Erläuterung		○ Ja	○ Nein
ur neurosonologischen Untersuch			k eit () Nein
zur neurosonologischen Untersuch nirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko	nung der extra- und int	trakraniellen	○ Nein
zur neurosonologischen Untersuch nirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bett	nung der extra- und int	trakraniellen	○ Nein
zur neurosonologischen Untersuch nirnversorgenden Gefäße: Erläuterung /orhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bett	nung der extra- und int ntinuierlichen Erfassu plätzen:	irakraniellen	○ Nein
zur neurosonologischen Untersuch nirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bett parameter	ntinuierlichen Erfassuplätzen:	Ingsmöglichke	○ Nein
Verfügbarkeit (auch an Wochenend zur neurosonologischen Untersuch hirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bettp Blutdruck: Herzfrequenz: 3-Kanal-EKG:	nung der extra- und int ontinuierlichen Erfassu plätzen:	Ingsmöglichke Nein Nein	○ Nein



Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:		
Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum	,	
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken	Zurücksetzen	



8-98b.3

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachabteilung / Einheit	



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

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team: Ja ○ Nein Beschreibung der spezialisierten Einheit (z.B. Bezeichnung, Bettenzahl) Die fachliche Behandlungsleitung liegt bei einem: Facharzt für Neurologie: Ja ○ Nein Namen, Vornamen oder Facharzt für Innere Medizin: Ja ○ Nein Namen, Vornamen



	◯ Ja ◯ Neir
Erläuterung	
ngebundene Fachärzte für Neurologie:	
lamen, Vornamen	
4-stündige ärztliche Anwesenheit (a	uch als Bereitschaftsdienst):
	uch als Bereitschaftsdienst):



24-stündige Verfügbarkeit der CT-	0 0 .		
CT-Angiographie:	○ Ja	○ Nein	
MR-Angiographie:	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
24-stündige Verfügbarkeit der Mör intravenöse Thrombolyse am Stan		es:	
Erläuterung		○ Ja	○ Nein
zur neurosonologischen Untersuch hirnversorgenden Gefäße:			keit Nein
zur neurosonologischen Untersuch hirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko	nung der extra- und int	rakraniellen	○ Nein
zur neurosonologischen Untersuch hirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bett	nung der extra- und int	rakraniellen	○ Nein
zur neurosonologischen Untersuch hirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bett Blutdruck:	nung der extra- und int ontinuierlichen Erfassu plätzen:	rakraniellen	○ Nein
zur neurosonologischen Untersuch hirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bett Blutdruck: Herzfrequenz:	ontinuierlichen Erfassu plätzen:	ngsmöglichke	○ Nein
Verfügbarkeit (auch an Wochenend zur neurosonologischen Untersuch hirnversorgenden Gefäße: Erläuterung Vorhandensein einer zentralen, ko folgender Parameter an allen Bett Blutdruck: Herzfrequenz: 3-Kanal-EKG: Atmung:	ontinuierlichen Erfassuplätzen:	ngsmöglichke Nein Nein	○ Nein



Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:		
Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	◯ Ja	Nein
Namen, Vornamen		
Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):	◯ Ja	
Namen, Vornamen		
Es besteht Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurolog im Rahmen eines regionalen Netzwerkes:		
Name des Telekonsildienstes und der dazugehörigen regionalen Stroke-Unit	○ Ja	○ Nein



	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
	nit Facharztstandard (mindestens 4-jährige g mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf 6	
eurologische Weiterbildun	g mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf e):	einer
eurologische Weiterbildun eurologischen Stroke-Unit)	g mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf e	
eurologische Weiterbildun	g mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf e):	einer



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 bestäti	gt.		
Ort, Datum	,		
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
Speichern Drucken	Zu	rücksetzen	



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 oder des Kooperationspartners namentlich aufzuführen.

Kinderchirurgische Intensivmedizin wahrge	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
ie Vertretung der Behandlungsleitung erfo		
	Zusatzbezeichnung Pädia	iti ische,
inderchirurgische Intensivmedizin	Zusatzbezeichnung Pädia	itristiit
ind Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Kinderchirurgische Intensivmedizin oder Jurch einen Facharzt für Anästhesie mit der nedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung	Zusatzbezeichnung Inten	siv-
inderchirurgische Intensivmedizin der urch einen Facharzt für Anästhesie mit der nedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung	Zusatzbezeichnung Inten	siv-
inderchirurgische Intensivmedizin der urch einen Facharzt für Anästhesie mit der nedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung ersorgung von Kindern und Jugendlichen:	Zusatzbezeichnung Inten in der intensivmedizinisc	siv- :hen
inderchirurgische Intensivmedizin der urch einen Facharzt für Anästhesie mit der nedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung ersorgung von Kindern und Jugendlichen:	Zusatzbezeichnung Inten in der intensivmedizinisc	siv- :hen
inderchirurgische Intensivmedizin der urch einen Facharzt für Anästhesie mit der nedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung ersorgung von Kindern und Jugendlichen:	Zusatzbezeichnung Inten in der intensivmedizinisc	siv- :hen
inderchirurgische Intensivmedizin der urch einen Facharzt für Anästhesie mit der nedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung ersorgung von Kindern und Jugendlichen:	Zusatzbezeichnung Inten in der intensivmedizinisc	siv- :hen
der urch einen Facharzt für Anästhesie mit der nedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung ersorgung von Kindern und Jugendlichen: Namen, Vornamen	Zusatzbezeichnung Inten in der intensivmedizinisc	siv- :hen
Kinderchirurgische Intensivmedizin der durch einen Facharzt für Anästhesie mit der	Zusatzbezeichnung Inten in der intensivmedizinisc	siv- :hen



ereitschaft vorgehalten:	○ Ja	○ Neir
Pflegepersonal (Namen, Vornamen)		
Árzte (Namen, Vornamen)		
izte (Namen, Vornamen)		
nter den Gesundheits- und Kinderkrankennflegern/-i	innen hesteht eir	no Fach-
nter den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/-i reiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensiv	vpflege von 40%	oder für
	vpflege von 40%	oder für
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensiv as laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare	vpflege von 40%	oder für
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare er pädiatrischen Intensivpflege: Erläuterung (Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darunt Fachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mitarbe	vpflege von 40 % 5-jährige Erfahr	oder für ung in Neir
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensives laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare er pädiatrischen Intensivpflege:	vpflege von 40 % 5-jährige Erfahr	oder für ung in Nein
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensives laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare er pädiatrischen Intensivpflege: Gräuterung Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darunt Gachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung	vpflege von 40 % 5-jährige Erfahr	oder für ung in Nein
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensives laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare er pädiatrischen Intensivpflege:	vpflege von 40 % 5-jährige Erfahr	oder für ung in Nein
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivas laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare er pädiatrischen Intensivpflege: Erläuterung Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darunt fachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung	vpflege von 40 % 5-jährige Erfahr	oder für ung in Nein
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensives laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare er pädiatrischen Intensivpflege: Gräuterung Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darunt Gachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung	vpflege von 40 % 5-jährige Erfahr	oder für ung in Nein
eiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensiv as laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare	vpflege von 40 % 5-jährige Erfahr	oder für ung in Nein



	○ Ja	○ Nein
schreibung der spezialisierten Einheit (u.a. Anzahl Behandlungsp	plätze, Anzahl Beatmungsplätze)	
ine ständige ärztliche Anwesenheit auf der In	tensivstation ist gewäh	rleistet:
ne ständige ärztliche Anwesenheit auf der In	tensivstation ist gewäh	rleistet:
	_	
	_	
	_	
ne ständige ärztliche Anwesenheit auf der In	_	



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



Neuropädiatrie			
Eigene Abteilung:	○ Ja	○ Nein	
Kooperationspartner:	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
Labor und Mikrobiologie			
Eigene Abteilung:	○ Ja	○ Nein	
Kooperationspartner:	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
	gonologischer Diagno	stik:	
24-Stunden-Verfügbarkeit von röntg	genotogischer Diagno	○ Ja	○ Nein
24-Stunden-Verfügbarkeit von röntg Erläuterung	genotogischer Diagno		○ Neir
		○ Ja	○ Neir
Erläuterung		○ Ja	
Erläuterung 24-Stunden-Verfügbarkeit von sono		○ Ja	



24-Stunden-Verfügbarkeit von bettseitiger Rou (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektro			
		○ Ja	○ Nein
Erläuterung			
Die folgenden Verfahren stehen 24 Stunden an des Krankenhauses zur Verfügung:	1 Standort		
Apparative Beatmung:	○ Ja	○ Nein	
Nicht invasives und invasives Monitoring:	○ Ja	○ Nein	
Erläuterung			
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestäti	gt.		
Ort, Datum	· ,		
Name der Geschäftsführung			
•			
Unterschrift			
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.

	○ Ja	○ Nei
Beschreibung der Palliativeinheit und Angabe der Bettenanzahl		
Behandlung durch ein multiprofessionelles, auf die k complexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:	pesonders aufwen	dige und
complexe Pallialividenanulung Spezialisierles ream:		
	○ Ja	○ Nei
Aultiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei
Iultiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei
	○ Ja	○ Nei
Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei
Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei
Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei
Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei
Aultiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei
Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:	○ Ja	○ Nei



Palliativpatienten auf einer Palliativstation ode ler spezialisierten Palliativversorgung:	_	
	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Erfahrung (Name der Station oder Einrichtung)		
Gewährleistung einer 24-stündigen fachlichen E	Sehandlungsleitung mir	ndestens
durch Rufbereitschaft:		
	○ Ja	○ Nein
Namon Vornamon		
Namen, Vornamen		
Werktags ist eine mindestens 7-stündige ärztlic	he Anwesenheit auf de	
Werktags ist eine mindestens 7-stündige ärztlic	he Anwesenheit auf de ○ Ja	√ Nein
Werktags ist eine mindestens 7-stündige ärztlic		
Werktags ist eine mindestens 7-stündige ärztlic Palliativeinheit gewährleistet:		



	indestens 160 Stunde	1
nd		
indestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einri alliativversorgung:	chtung der spezialisie	rten
attiativveisoigulig.	○ Ja	○ Nein
amen, Vornamen		
rfahrung (Name der Einrichtung)		
erfügbarkeit von spezialisierten apparativen pa		achung
enannllingsvertanren mit der Winglichkeit der K		
ehandlungsverfahren mit der Möglichkeit der k B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierlich	o par omorato imorapi.	
	○ Ja	○ Nein



Die Richtigkeit der obigen A	ungaben wird hiermit bestätig	gt.	
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 I	Facharzt mit der	
Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:	aciiaizi iiii uci	
	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
Die Behandlungsleitung übt den überwiegen	den Teil ihrer ärztlichen T	ätigkeit
auf der Intensivstation aus:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
-		

.....





amen, Vornamen		○ Ja	○ Neir
amen, voinamen			
	ıwesenheitszeit mus in innerhalb von 30		
		tienten verfügb	ar sein:
ng Intensivmediz		tienten verfügb	ar sein:



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		
Ärzte (Namen, Vornamen) Hinweis: Es ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht/jedem Dienst ein Arzt ein Mindestens diese Ärzte sind hier zu benennen.	ngesetzt war.	
		J



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

arative Beatmung:	○ Ja	○ Nein
ntinvasives und invasives Monitoring:	○ Ja	○ Nein
tinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren		
Kontinuierliche Nierenersatzverfahren:	◯ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Intermittierende Nierenersatzverfahren:	◯ Ja	○ Nein
Erläuterung		
oskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems		
Endoskopie des Gastrointestinaltraktes:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Endoskopie des Tracheobronchialsystems:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		



Intrakranielle Druckmessung:	◯ Ja	○ Nei
Erläuterung		
Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe:	○ Ja	○ Nei
Erläuterung		
sophageale Echokardiographie:		○ Nei
erung		O Nen
ündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Ver rankenhauses:	fahren am Stando	rt
rankenhauses:	fahren am Stando	ort
rankenhauses: ogische Diagnostik mittels CT und MRT	fahren am Stando	
ündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verrankenhauses: ogische Diagnostik mittels CT und MRT Radiologische Diagnostik mittels CT:		
rankenhauses: ogische Diagnostik mittels CT und MRT Radiologische Diagnostik mittels CT:		
rankenhauses: ogische Diagnostik mittels CT und MRT Radiologische Diagnostik mittels CT:		



erventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA:	○ Ja	○ Neir
läuterung		
orvantionalla (Naura)Dadialagia mit akutar andavaskulärar Tharania i	uon Cofäß un	٠٨
erventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie v ganverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen	von derais- un	iu
Interventionelle Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie		
von Gefäß- und Organverletzungen:	○ Ja	○ Neir
Erläuterung		
Interventionelle Neuro-Radiologie mit akuter endovaskulärer The	rapie	
Interventionelle Neuro-Radiologie mit akuter endovaskulärer The von zerebralen Gefäßverschlüssen:	rapie	○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Neir
		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen:		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen: Erläuterung		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen: Erläuterung porleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten,		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen: Erläuterung porleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, ktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme,	○ Ja	
von zerebralen Gefäßverschlüssen: Erläuterung porleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, ktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, tzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen):		○ Neir
von zerebralen Gefäßverschlüssen: Erläuterung porleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, ktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme,	○ Ja	
von zerebralen Gefäßverschlüssen: Erläuterung porleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, ktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, tzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen):	○ Ja	
von zerebralen Gefäßverschlüssen: Erläuterung porleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, ktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, tzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen):	○ Ja	



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		
Gastı	roenterologie:	○ Ja	○ Nein
	wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
	oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
	Name des kooperierenden Krankenhauses		
Neur	ologie:		○ Nein
Neur			J
	wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
	oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
	Name des kooperierenden Krankenhauses		



Anästhesiologie:		○ Ja	○ Nein
wenn ja, k	krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus b	penachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
Name des	kooperierenden Krankenhauses		
Viszeralchirurgie	:	○ Ja	○ Nein
wenn ja, k	krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus t	penachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
Name des	kooperierenden Krankenhauses		
Unfallchirurgie:		○ Ja	○ Nein
wenn ja, k	krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
oder aus t	penachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
Name des	kooperierenden Krankenhauses		



wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses prochirurgie: wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein Nein Name des kooperierenden Krankenhaus: Ja Nein Nein Name des kooperierenden Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses	wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses prochirurgie: wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein Nein Name des kooperierenden Krankenhaus: Ja Nein Nein Name des kooperierenden Krankenhauses Sliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen Physiotherapie: Ja Nein			
oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses	oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses	äßchirurgie:	○ Ja	○ Nein
Name des kooperierenden Krankenhauses urochirurgie:	urochirurgie: wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhaus: Ja Nein Nein Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen r Physiotherapie:	wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
urochirurgie: wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	urochirurgie: wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie: Ja Nein Ja Nein	Name des kooperierenden Krankenhauses		
wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	wenn ja, krankenhauszugehörig: oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie: Ja Nein Ja Nein			
oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	oder aus benachbartem Krankenhaus: Name des kooperierenden Krankenhauses igliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	eurochirurgie:	○ Ja	○ Nein
Name des kooperierenden Krankenhauses gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	Name des kooperierenden Krankenhauses ggliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	wenn ja, krankenhauszugehörig:	○ Ja	○ Nein
gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen er Physiotherapie:	oder aus benachbartem Krankenhaus:	○ Ja	○ Nein
er Physiotherapie:	er Physiotherapie:	Name des kooperierenden Krankenhauses		
	amen, Vornamen	gliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistunge er Physiotherapie:	_	○ Nein



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätig	ıt.	
Ort, Datum		, ட	
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		
Krankanhaushugianikar in Kaanaratian?	○ la	○ Nein
Krankenhaushygieniker in Kooperation? Falls ja, Erläuterung	○ Ja	O Nein
. atto ja, intatto ang		



Es ist ein Hygieneplan vorhanden:		
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung		
Die Behandlung erfolgt auf einer speziellen Isoliereinheit		
(eigenständige Infekt-Isolierstation):		
	○ Ja	○ Nein
Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den		
restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:		
	○ Ja	○ Nein
Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:		
	◯ Ja	○ Nein
Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Die Nichtigkeit der obigen Angaben wird mermit bestatigt.		
Out Datum		
Ort, Datum,,		
Name der Geschäftsführung		
Hatawash vi A		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurücks	-1	



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	I	



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 deschattsfumdig			
Unterschrift			
Speichern Drucken	Zurücksetz	en	
			•



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.

pezialisiertes Team (Palliativdienst) vorhanden:	◯ Ja	○ Neiı
Ärzte (Namen, Vornamen)		
Pflegepersonal (Namen, Vornamen)		
Mindestens ein Vertreter eines weiteren Bereiches (Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psy Physiotherapie, Ergotherapie) Namen, Vornamen, Professionen	/chologie/Psycho	therapie,



as 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 n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden		
Der Palliativdienst bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten n einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:	◯ Ja	○ Nein
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:		○ Nei



	○ Ja	○ Neir
lamen, Vornamen		
 nd		
iu		
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisiert alliativversorgung:	ten	
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisiert alliativversorgung:	t en	○ Neir
		○ Neir
alliativversorgung:		○ Neir
alliativversorgung:		○ Neir



	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
nd		
nindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisier	ten	
alliativo organa.	○ Ja	○ Nein
alliativversorgung:		
Erläuterung, Name der Einrichtung(en)		



	◯ Ja	○ Nein
arzte (Namen, Vornamen)		
it mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten		
it mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:	◯ Ja	○ Nein
alliativversorgung:	◯ Ja	○ Nein
	○ Ja	○ Nein
alliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
alliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
alliativversorgung:	○ Ja	○ Nein



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

			○ Ja	O Nein
äuterung				
Richtigkeit der obigen Angab	an wird hiarmit hastätis	ıt		
mentigheit der obigen Angab	en wird mermit bestatig	,		
Datum				
		•		
ne der Geschäftsführung 📖				
erschrift				
Speichern	Drucken	Zurücks	cotzon	
Speichern	Druckell	Zuruck	setzen	



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:		○ Nain
Ärzte (Namen, Vornamen)	○ Ja	○ Nein
Pflegepersonal (Namen, Vornamen)		



Mindestens ein Vertreter eines weiteren Bereiches (Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychol 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 Patienter In einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden		0
Abteilung ab: Erläuterung	○ Ja	○ Nein



und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:		d ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
nindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
nindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
nindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:		ndestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
alliativversorgung:		
◯ Ja ◯ N	◯ Ja	liativversorgung.
Erläuterung, Name der Einrichtung(en)		tiativversorgang.
		äuterung, Name der Einrichtung(en)



	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
nd		
nd nindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:	n	
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisiertei	n	○ Neir
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:	_	○ Neir
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierte	_	○ Neir
indestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten alliativversorgung:	_	○ Neir



	○ Ja	○ Nein
Ärzte (Namen, Vornamen)		
nit mindostons 6. monatigor Erfahrung in der spezialisierten		
mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:	◯ Ja	○ Nein
	○ Ja	○ Nein
Palliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
Palliativversorgung:	○ Ja	○ Nein
Palliativversorgung:	○ Ja	○ Neir
Palliativversorgung:	○ Ja	○ Neir



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

htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum				○ Ja	○ Nein
htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum	erung				
htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum					
htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum					
htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum					
htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum					
htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum					
htigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. tum					
tum					
tum					
tum					
er Geschäftsführung	chtigkeit der obigen Angaben wi	rd hiermit bestätigt.			
er Geschäftsführung					
er Geschäftsführung	atum		,		
chrift			,		
chrift	d C				
	der Geschaπstunrung				
	schrift .				
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
Speichern Drucken Zurücksetzen					
	Speichern	Drucken	Zurückse	tzen	
					•



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.

	\circ	Ja	○ Nein
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)			
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.			
Ort, Datum	, L		
ame der Geschäftsführung			
nterschrift			



9-60

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

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	_/
Gaf Fachahtailung	



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

Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psy Für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Med	chiatrie,	
Psychotherapie vorhanden:	◯ Ja	○ Nein
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
acharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin	e, 🔘 Ja	○ Nein
acharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin		○ Nein
arzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri acharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin and Psychotherapie): Namen, Vornamen		○ Nein
acharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin nd Psychotherapie):		○ Nein



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



Logopäden:	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
oder		
Kreativtherapeuten:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
oder		
sonstige Spezialtherapeuten:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
nd Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl		spfleger)
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl		spfleger)
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl nden:	eger, Heilerziehungs	
	eger, Heilerziehungs	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl nden:	eger, Heilerziehungs	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl nden:	eger, Heilerziehungs	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfl nden:	eger, Heilerziehungs	



Die Richtigkeit der obigen A	ungaben wird hiermit bestätig	gt.	
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 ∟	



sychotherapie vorhanden:	○ Ja	○ Nei
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
s sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
rzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri	е,	
	e,	○ Nei
rzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri acharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin		○ Nei
zte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri charzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin d Psychotherapie):		○ Nei
te (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri harzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin I Psychotherapie):		○ Nei
zte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri Icharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin Ind Psychotherapie):		○ Nei
zte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri charzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin d Psychotherapie):		○ Ne
zte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatri charzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin nd Psychotherapie):		○ Ne



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



Namon Vornamon	○ Ja	
Namen, Vornamen		
oder		
Kreativtherapeuten:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
oder		
sonstige Spezialtherapeuten:	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
nd Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits	- und Krankenpfleger.	
nd Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits Indheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter	- und Krankenpfleger, ipfleger, Heilerziehungsp	ofleger)
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter	ıpfleger, Heilerziehungsp	
nd Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits Indheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	- und Krankenpfleger, ipfleger, Heilerziehungsp	ofleger) Neir
ındheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter	ıpfleger, Heilerziehungsp	
indheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	
ndheits- und Kinderkrankenpfleger, Alter anden:	ıpfleger, Heilerziehungsp	



Die Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestätigt	•	
Ort, Datum		, <u></u>	
Name der Geschäftsführung L			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



9-62

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer		
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 de Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psyc für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medi Psychotherapie vorhanden:	hiatrie, I	
	◯ Ja	○ Nein
Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin	_	_
Namen, Vornamen	○ Ja	○ Nein



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



AL V		○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen			
oder			
Kreativtherapeuten:		○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen			
oder			
sonstige Spezialtherapeuten:		○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen			
ind Dflogofachnorconon (z. P. Cocundhoite	and Krankonn	flogor	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp	und Krankenp fleger, Heilerz	fleger, iehungsp	ofleger)
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp	und Krankenp fleger, Heilerz	fleger, iehungsp	ofleger)
ind Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp nanden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp nanden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp anden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp anden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp anden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp anden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp anden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp nanden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	
undheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenp nanden:	und Krankenp fleger, Heilerz	iehungsp	



Die Richtigkeit der obigen A	ungaben wird hiermit bestätig	gt.	
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. Fachabteilung	



	○ Ja	○ Nei
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
s sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden: rzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		
sychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder aster of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Nei
Namen, Vornamen		



Spezialtherapeuten

Ergotherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Physiotherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder)
Sozialarbeiter:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Ökotrophologen:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Sportlehrer:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		



Kreativtherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
sonstige Spezialtherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
sind Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpsundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerz	fleger, ziehungsp	fleger)
rhanden:	◯ Ja	○ Nein
nmen, Vornamen		O Nem
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
, Datum,,		
, Datum,,		
, Datum,,,,		
me der Geschäftsführung		
e Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. t, Datum		



9-642

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

Krankenhausname	
Ort	
	,
Standort / Standortnummer	<i> </i>
Ggf. Fachabteilung	



Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende

Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.				
Vorhandensein einer somatischen Intensivstation und/oder Intermediate Care am Standort des Krankenhauses:				
	◯ Ja	○ Neir		
Beschreibung der Station (u.a. Bettenzahl)				
s ist ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team vor	handon			
3 ist em psychosomatisch-psychotherapeutisches reum von	◯ Ja	○ Neir		
Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen				



	○ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
ınd		
pei dem behandlungsleitenden Facharzt lieg Irztqualifikation (Innere Medizin/Allgemein Anästhesiologie/Schmerztherapie) vor:		
		○ Neir
	○ Ja	O Neii
Namen, Vornamen	Ja	
Namen, Vornamen	() Ja	Nen
Namen, Vornamen	() Ja	O Neii
	∪ Ja	O Nen
	∪ Ja	O Nen
oder es ist ein weiterer Arzt mit einer somatische		Nen
oder	en Facharztqualifikation	
der es ist ein weiterer Arzt mit einer somatische		○ Neir



	◯ Ja ⊃ Ne
Fachabteilung, Erläuterung:	
s besteht in mindestens einem somatischen F	ach eine qualifizierte ärztliche
Rufbereitschaft am Standort des Krankenhause	s über 24 Stunden täglich:
	◯ Ja
Fachabteilung, Erläuterung	
	tienten ist grundsätzlich
	_
Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Pa iber 24 Stunden täglich gewährleistet:	◯ Ja ◯ Ne
iber 24 Stunden täglich gewährleistet:	Ja Ne
Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraun	Ja Ne
Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraun	Ja Ne
iber 24 Stunden täglich gewährleistet: Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraun	Ja Ne
iber 24 Stunden täglich gewährleistet: Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraun	Ja Ne
iber 24 Stunden täglich gewährleistet: Namen, Vornamen, Erläuterung Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraun	Ja Ne



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätiį	gt.	
Ort, Datum		, .	
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		
Standort / Standortnummer	/	
Ggf. Fachabteilung		



Es wird ein Rooming-In vorgehalten:		
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vo	orhanden:	○ Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:	\bigcirc la	○ Nein
	○ Ja	O Neili
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		



Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte sind Teil des Behandlungsteams:

Kinderkrankenpfleger:		○ 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	O Nein
Namen, Vornamen		



Es besteht die Möglichkeit einer fachülder Mutter durch eine(n) Hebamme/Sti		treuung
,	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
durch eine Kooperation mit ambulant t	ätigen Hebammen/Stillberatern:	
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Ein Pädiater und/oder Kinder- und Juge	endpsychiater steht mindestens	
konsiliarisch zur Verfügung:		O 11 :
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		



Die Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestäti	gt.	
Ort, Datum		, L	
Name der Geschäftsführung L			
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		



ehandlungsteam:	◯ Ja
Namen, Vornamen	Ja O Neili
Namen, vornamen	
ie Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.	
rt, Datum	
rt, Datum	, L
ame der Geschäftsführung	
ame del deschattsfullfullg	
nterschrift	
Speichern Drucken	Zurücksetzen



9-64a

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	/	
Fachabteilung / Finheit	1.	



	◯ Ja	○ Nein
Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)		
nd		
s ist eine Fachabteilung für Psychiatrie am Standort		
des Krankenhauses vorhanden:	∫ Ja	○ Nein
Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)		
oder		
es ist eine Fachabteilung für Psychosomatik am Standort		
les Krankenhauses vorhanden:		
	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl, ärztliche Leitung)		



	Ja	○ Neir
Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch ab		
Es ist eine duale Behandlungsleitung vorhanden:		
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie:	◯ Ja	○ Neir
Namen, Vornamen		
und		
und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:	◯ Ja	○ Neir
	◯ Ja	○ Neir
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:	○ Ja	○ Neir
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:	○ Ja	○ Neir
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:	○ Ja	○ Neir
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: Namen, Vornamen oder		
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: Namen, Vornamen Oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:	○ Ja	○ Neir
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie: Namen, Vornamen Oder		



Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhande	n:	
	○ Ja	○ Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:	○ Ja	○ Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		O Neill
Ertauterung und beschreibung der Kadimitenkerten		
Es wird ein Rooming-In vorgehalten:		
	◯ Ja	○ Nein
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Die McHagkeit der obigen Angaben wird mermit bestatigt.		
Ort, Datum,		
,,		
Name der Geschäftsführung		
G		
Hatayashyi A		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurückso	otzon	
Spercherii	etzell'	



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	○ Nei
Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
s sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
zte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Nei
lamen, Vornamen		
ychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,		
ychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder aster of Science in Psychologie):	◯ Ja	○ Nei
Vamen, Vornamen		



Es sind mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Namen, Vornamen		
Namen, vontainen		
oder		
Sozialarbeiter:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Heilpädagogen:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder)
Logopäden:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Bewegungstherapeuten:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		



		O 11 1
Erlebnistherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Kreativtherapeuten:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
	O la	O Nain
sonstige Spezialtherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z.B. (Kind und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspflege	er-)Gesund	heits-
Heimerzieher) vorhanden:		
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen:		



Die Richtigkeit der obigen A	ngaben wird hiermit bestätig	gt.	
Ort, Datum		,	
Name day Caral "Oaf" house			
Name der Geschäftsführung			
Unterschrift			
			1
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	



ehandlungsleitung (Namen, Vornamen)		
sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:		
te (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie):	○ Ja	○ Neir
amen, Vornamen		
ychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,		
chologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder		
ster of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Neiı



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. (Kinde und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger		
Heimerzieher) vorhanden:	, Jugena- u	IIu
	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
Ort, Datum,		
Name der Geschäftsführung		
Unterschrift		
Speichern Drucken Zurück	setzen	



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	



	○ Ja	○ Neir
Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisa	itorisch abgegrenzten Einheit	
Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraur	m vorhanden:	○ Neir
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		
Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:	◯ Ja	○ Neir
Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten		O Neii
Es wird ein Rooming-In vorgehalten:		
Es wird ein Rooming-In vorgehalten:	◯ Ja	○ Neir
Es wird ein Rooming-In vorgehalten: Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten	○ Ja	○ Neir



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

Ja

○ Nein

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder

Master of Science in Psychologie):

Namen, Vornamen



Es sind mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Sozialarbeiter:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Heilpädagogen:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Bewegungstherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
Erlebnistherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder)



Kreativtherapeuten:	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		
sonstige Spezialtherapeuten:	◯ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-	Gesund	heits-
und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Heimerzieher) vorhanden:	lugellu- u	IIu
	○ 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		



llendeten 21. Lebensjahr) vorhanden:	◯ Ja
nennung und Beschreibung der Spezialstation	
terming and beschierbang der Spezialstation	
Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestä	itigt.
Datum	
	,
day Casab#Asfiih	
ne der Geschäftsführung 🗀 📉 💮 💮	
erschrift	



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.

Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für		○ Ja	○ Nei
	Beschreibung der Mobilität des Teams		
Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:			
Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:			
Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:			
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:			
○ Ja			
Namen, Vornamen	Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde o		
	Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde o	der Facharzt f	
	Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde o Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:	der Facharzt f	ür
	Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde o Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:	der Facharzt f	ür
	Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde o Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:	der Facharzt f	ür
	Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde o Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:	der Facharzt f	ür
	narzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde o chosomatische Medizin und Psychotherapie:	der Facharzt f	ür



Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe:

Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger): Namen, Vornamen	○ Nei	Ja	Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):
und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger):			
und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger):			Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits-
Namen, Vornamen	○ Nei	○ Ja	
			Namen, Vornamen



	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
pezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten,		
ozialarbeiter, Sozialpädagogen, Logopäden, Kreativtherapeuten):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
io Erroichbarkoit mindostons oinos Mitgliods dos Robandl	ungstoams	ist work
ngs im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
ngs im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
ngs im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha	ft) sicherge	stellt:
vie Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitscha Beschreibung/Erläuterung der Erreichbarkeit	ft) sicherge	stellt:



			○ Ja	○ Nein
rläuterung				·
e Richtigkeit der obigen Angaben wird h	iermit bestätig	jt.		
rt, Datum				
t, butum		, , .		
ame der Geschäftsführung				
nterschrift				



9-801

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

Krankenhausname		
Ort		
Standort / Standortnummer	1	



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

	○ Ja	○ Neir
Beschreibung der Mobilität des Teams		
Oshandlungsleitung durch sinan Fasharet für Kindar und lu		IATEIA
Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Ju und -psychotherapie:	gendpsych	idtiic
Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jug und -psychotherapie:	gendpsych O Ja	
ınd -psychotherapie:		O
ınd -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		
und		
Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut,		
Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):	○ Ja	○ Nein
Namen, Vornamen		
oder		



Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiother		
ozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewe rlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden):	egungs-,	○ Nein
Namen, Vornamen		
Die Erreichbarkeit mindestens eines Mitglied	ds des Behandlungsteams	ist werk-
ags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes		
	○ Ja	○ Nein
Beschreibung /Erläuterung der Erreichbarkeit		
Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der		
imgehenden vollstationären Aufnahme:	woche) iiit dei Mogticiike	ii Zui
	◯ Ja	○ Nein
Erläuterung		



Die Richtigkeit der obigen An	gaben wird hiermit bestätigt	: .	
Ort, Datum		, ட	
Name der Geschäftsführung 🗀			
Unterschrift			
Speichern	Drucken	Zurücksetzen	



9-985

Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022)

Krankenhausname	
Ort	
Standort / Standortnummer	/
Fachahteilung .	



des Krankenhauses vorhanden:	○ Ja	○ Nein
Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)		
rztliche Leitung:		
Name, Vorname		
No Bishtishait day shissa Awashay wind bisyusit bastitist		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.		
rt, Datum,		
Ort, Datum,		
Ort, Datum,		
rt, Datum, ame der Geschäftsführung		
rt, Datum, ame der Geschäftsführung		
Ort, Datum, lame der Geschäftsführung		
Ort, Datum, Name der Geschäftsführung		
Ort, Datum, Iame der Geschäftsführung		
Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ort, Datum		