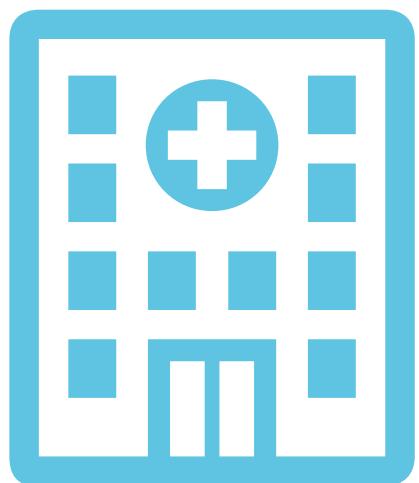


**Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund  
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V**

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

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



## Inhaltsverzeichnis

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

---

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

---

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

## Strukturdaten zu den OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

- 1-221       Ja     Nein
- 1-999.3       Ja     Nein
- 5-709.0       Ja     Nein
- 8-01a       Ja     Nein
- 8-644       Ja     Nein
- 8-934       Ja     Nein
- 9-985       Ja     Nein

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

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

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

---

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

**Das multiprofessionelle Team besteht aus:**

Ärzten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

SozialarbeiterInnen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Pädagogisch-pflegerischen Fachkräften:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Psychotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Fachpsychotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

---

Sozialpädagogischen oder heilpädagogischen Fachkräften in  
psychotherapeutischer Ausbildung:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

und

Fachkräften für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Die Behandlungsleitung liegt bei einem:**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinderchirurgie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

### Strukturdaten zu den OPS

**8-550**      Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

**8-98a**      Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

8-550       Ja     Nein

8-98a       Ja     Nein

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

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Erläuterung

Beschreibung der geriatrischen Einheit (z. B. Anzahl Station(en), Zimmer, Betten)

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

Name, Vorname

**Folgende Therapiebereiche sind vorhanden:**

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/fazioorale Therapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Psychologie/Neuropsychologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**zusätzlich bei OPS 8-98a**

Vorhandensein Bereich Sozialdienst:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

### 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt:**

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand ist kontinuierlich in das Frührehateam eingebunden:**

Namen, Vornamen, Qualifikationen, Beschreibung der Einbindung

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

Namen, Vornamen

**Folgende Therapiebereiche sind vorhanden:**

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja       Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Logopädie/fazioorale Therapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

### 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Frührehateam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

**mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

**mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin aufweist:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:**

Namen, Vornamen

**Mindestens vier der folgenden Therapiebereiche sind vorhanden:**

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/fazioorale Therapie/Sprachtherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie):

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Dysphagietherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

### Strukturdaten zu den OPS

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

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

8-718.8       Ja     Nein  
8-718.9       Ja     Nein

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

### **Bei OPS 8-718.8**

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

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

Beschreibung der spezialisierten Einheit(en)

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

#### **Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:**

Namen, Vornamen

**Bei OPS 8-718.9**

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

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

Beschreibung der spezialisierten Einheit(en)

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

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

Namen, Vornamen

Erläuterung zur mindestens 3-jährigen Erfahrung

**Bei OPS 8-718.8 und OPS 8-718.9**

**Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:**

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

Ja  Nein

Erläuterung

Mechanischer Insufflator/Exsufflator:

Ja  Nein

Erläuterung

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

Erläuterung

Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Werktagliche Verfügbarkeit von:**

Logopädie mit Dysphagietherapie:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie:  Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:**

Namen, Vornamen, Qualifikation

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

### Strukturdaten zu den OPS

**8-918**      Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

**8-91c**      Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

8-918       Ja     Nein

8-91c       Ja     Nein

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

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

Namen, Vornamen

**Zusätzlich bei OPS 8-91c**

**Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

**oder**

**ein psychologischer Psychotherapeut:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

**oder**

**ein Fachpsychotherapeut:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

**Zusätzlich bei OPS 8-91c**

**Vorhandensein von:**

Physiotherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Sporttherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

anderen körperlich übenden Verfahren:

Ja  Nein

Beschreibung

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

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

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

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

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Erläuterung (halbjährige naturheilkundliche Erfahrung)

**Dem Team gehören mindestens drei der folgenden Berufsgruppen an:**

Physiotherapeuten/Krankengymnasten/Masseure/

Medizinische Bademeister/Sportlehrer:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Ergotherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ökotrophologen/Diätassistenten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

**8-977** Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung  
des Bewegungssystems

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen  
namentlich aufzuführen.

**Fachärztliche Behandlungsleitung:**

Namen, Vornamen, Facharztqualifikation

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie:**

Namen, Vornamen

**Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche:**

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikation

Ergotherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zu den OPS

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

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung / Einheit(en) \_\_\_\_\_

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

8-981.2       Ja     Nein  
8-981.3       Ja     Nein

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

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

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

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

**Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:**

Namen, Vornamen

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

### Werktags (tagsüber)

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

Ja  Nein

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

### Werktags (nachts)

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

Ja  Nein

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

### Wochenende und Feiertage

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

Ja  Nein

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

### 24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie (digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie oder MR-Angiographie):

Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie:  Ja  Nein

CT-Angiographie:  Ja  Nein

MR-Angiographie:  Ja  Nein

Erläuterung

### 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:

Ja  Nein

Erläuterung

**24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen  
Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:**

Ja  Nein

Erläuterung

**Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit  
folgender Parameter an allen Bettplätzen der Einheit(en):**

Blutdruck:  Ja  Nein

Herzfrequenz:  Ja  Nein

3-Kanal-EKG:  Ja  Nein

Atmung:  Ja  Nein

Sauerstoffsättigung:  Ja  Nein

**Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:**

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):  Ja  Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Zusätzlich bei OPS 8-981.2**

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

Ja  Nein

Beschreibung

**Zusätzlich bei OPS 8-981.2**

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

Ja  Nein

Kooperierendes Krankenhaus, Standortnummer

**Zusätzlich bei OPS 8-981.2**

**Konzept zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung

**Zusätzlich bei OPS 8-981.3**

**Fachabteilungen am Standort der Schlaganfalleinheit vorhanden:**

Neurologie:

Ja  Nein

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

Innere Medizin:

Ja  Nein

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

**Zusätzlich bei OPS 8-981.3**

**Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurgie:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**und**

**eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Zusätzlich bei OPS 8-981.3**

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

Ja  Nein

Erläuterung

**Zusätzlich bei OPS 8-981.3**

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

Ja  Nein

Erläuterung

**Zusätzlich bei OPS 8-981.3**

**Vorhandensein von mindestens zwei Fachärzten:**

Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Fachärzte für Radiologie mit Kenntnissen der interventionellen Neuroradiologie:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

### 8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen  
namentlich aufzuführen.

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

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

**8-983** Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

### Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung

Orthopädische Rheumatologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen  
namentlich aufzuführen.

### Fachärztliche Behandlungsleitung:

#### Facharzt für Innere Medizin mit:

- Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie:  Ja  Nein
- oder Zusatzbezeichnung Diabetologie:  Ja  Nein
- oder „Diabetologe DDG“:  Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

#### Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit:

- Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie:  Ja  Nein
- oder Zusatzbezeichnung Diabetologie:  Ja  Nein
- oder „Diabetologe DDG“:  Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Erläuterungen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

**8-985** Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker  
[Qualifizierter Entzug]

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen:**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ärzten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Psychologischen Psychotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Fachpsychotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Suchttherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Sozialpädagogen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Krankenpfleger/-schwestern mit suchtmedizinischer Zusatzqualifikation,  
wie z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

#### Beschreibung der Systematik der Supervision des Behandlungsteams:

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

**8-986** Multimodale kinder- und jugendrheumatologische  
Komplexbehandlung

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen  
namentlich aufzuführen.

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

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zu den OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Einheit \_\_\_\_\_

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

- 8-987.0       Ja       Nein  
8-987.1       Ja       Nein  
8-98g.0       Ja       Nein  
8-98g.1       Ja       Nein
-

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

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Krankenaushygieniker:

Ja  Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenaushygienikers:

Ja  Nein

Name, Vorname

Krankenaushygieniker in Kooperation:

Ja  Nein

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

**Es ist ein Hygieneplan vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung

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

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

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

**Die Isoliereinheit ist räumlich und organisatorisch von den restlichen  
Pflegeeinheiten des Krankenhauses abgetrennt:**

Ja  Nein

**Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten:**

Ja  Nein

Benennung und Beschreibung der speziellen Isoliereinheit

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

### 8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

**durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Problemstellungen in Kooperation mit einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Erläuterung (mindestens 3-jährige Erfahrung)

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

### Strukturdaten zu den OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung / Einheit \_\_\_\_\_

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

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

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

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

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

Beschreibung der spezialisierten Einheit(en)

**Fachliche Behandlungsleitung durch:**

Facharzt für Neurologie:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

**Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:**

Ja       Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

Erläuterung zur umgehenden Verfügbarkeit

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

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

Ja       Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

---

**24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):**

Ja       Nein

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

### 24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie:

CT-Angiographie:  Ja  Nein

MR-Angiographie:  Ja  Nein

Erläuterung

### 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:

Ja  Nein

Erläuterung

### Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:

Ja  Nein

Erläuterung

### Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen der Einheit(en):

Blutdruck:  Ja  Nein

Herzfrequenz:  Ja  Nein

3-Kanal-EKG:  Ja  Nein

Atmung:  Ja  Nein

Sauerstoffsättigung:  Ja  Nein

**Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:**

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Zusätzlich bei OPS 8-98b.3**

**Es besteht Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes:**

Ja  Nein

Name des Telekonsildienstes und der dazugehörigen regionalen Stroke-Unit

**Der Telekonsildienst ist zu sämtlichen Zeiten verfügbar, zu denen ein Facharzt für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht:**

Ja  Nein

Erläuterung

**Telekonsilärzte sind Ärzte mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke-Unit):**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten:

Ja  Nein

Erläuterung

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

Ja  Nein

Erläuterung

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

Ja  Nein

Erläuterung

Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität:

Ja  Nein

Erläuterung

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

### 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung / Station \_\_\_\_\_



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

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

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**oder**

**Vertretung durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

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

Ärzte (Namen, Vornamen)

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

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

Ja       Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen, Qualifikationen, Stellenanteile VZÄ)

## **Musterformular zur Dokumentation des eingesetzten Pflegepersonals (fakultativ anzuwenden)**

## Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner

<sup>1</sup> hat abgeschlossene Fachweiterbildung (FWB) Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

2 hat Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ absolviert (gilt nur für Pflegefachfrauen/Pflegemänner)

**3** hat mindestens 5 Jahre pädiatrische Intensiverfahrung und hat keine Fachweiterbildung Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege absolviert (gilt derzeit nur für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen)

<sup>4</sup> ohne Fachweiterbildung Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, ohne Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung und ohne 5 Jahre pädiatrische Intensiverfahrung

<sup>5</sup> VZÄ = Vollzeitäquivalente (Bereich von 0,00 bis 1,00 möglich)

## **Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner (Fortsetzung)**

<sup>1</sup> hat abgeschlossene Fachweiterbildung (FWB) Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

2 hat Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ absolviert (gilt nur für Pflegefachfrauen/Pflegemänner)

**3** hat mindestens 5 Jahre pädiatrische Intensiverfahrung und hat keine Fachweiterbildung Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege absolviert (gilt derzeit nur für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen)

<sup>4</sup> ohne Fachweiterbildung Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiopflege, ohne Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung und ohne 5 Jahre pädiatrische Intensiverfahrung

<sup>5</sup> VZÄ = Vollzeitäquivalente (Bereich von 0,00 bis 1,00 möglich)

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

Ja  Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit

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

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

Ja  Nein

Erläuterung

**Folgende Dienstleistungen/Konsiliardienste stehen zur Verfügung  
(eigene Abteilung oder fester Kooperationspartner mit kurzfristiger  
(max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft):**

**Kinderchirurgie**

Eigene Abteilung:  Ja  Nein

Kooperationspartner:  Ja  Nein

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

**Kinderkardiologie**

Eigene Abteilung:  Ja  Nein

Kooperationspartner:  Ja  Nein

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

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

Eigene Abteilung:  Ja  Nein

Kooperationspartner:  Ja  Nein

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

### Neuropädiatrie

Eigene Abteilung:  Ja  Nein

Kooperationspartner:  Ja  Nein

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

### Labor und Mikrobiologie

Eigene Abteilung:  Ja  Nein

Kooperationspartner:  Ja  Nein

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

### 24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer Diagnostik:

Ja  Nein

Erläuterung

### 24-Stunden-Verfügbarkeit von sonographischer Diagnostik:

Ja  Nein

Erläuterung

**24-Stunden-Verfügbarkeit von bettseitiger Routineabordiagnostik  
(z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat):**

Ja  Nein

Erläuterung

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

Apparative Beatmung:  Ja  Nein

Nicht invasives und invasives Monitoring:  Ja  Nein

Erläuterung

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

**8-98e** Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung / Einheit \_\_\_\_\_

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

**Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten:**

Ja  Nein

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

Beschreibung der Palliativeinheit(en) und Angabe der Bettenanzahl

**Beschreibung des multiprofessionellen, spezialisierten Teams:**

Namen, Vornamen

**Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung:**

Namen, Vornamen

Erläuterung der mindestens 6-monatigen Erfahrung

**Gewährleistung 24-stündige fachliche Behandlungsleitung mindestens durch Rufbereitschaft:**

Erläuterung

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

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

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

Namen, Vornamen

Erläuterung der mindestens 6-monatigen Erfahrung

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

Behandlungsverfahren

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zu den OPS

**8-980** Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

**8-98f** Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung  
(Basisprozedur)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung / Station \_\_\_\_\_



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

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

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

8-980  Ja  Nein

8-98f  Ja  Nein

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

### Beschreibung der Intensivstation:

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

**Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

### Zusätzlich bei OPS 8-98f

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

Ja  Nein

Erläuterung

### Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft:

Ja       Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

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

Ärzte (Namen, Vornamen)

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

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

Ja  Nein

Erläuterung

**Zusätzlich bei OPS 8-98f**

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

Ja  Nein

Erläuterung

**Zusätzlich bei OPS 8-98f**

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

Ja  Nein

Erläuterung

**Nur bei OPS 8-98f**

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

Apparative Beatmung:  Ja  Nein

Nichtinvasives und invasives Monitoring:  Ja  Nein

Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren

Kontinuierliche Nierenersatzverfahren:  Ja  Nein

Erläuterung

Intermittierende Nierenersatzverfahren:  Ja  Nein

Erläuterung

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes:

Ja  Nein

Erläuterung

Endoskopie des Tracheobronchialsystems:

Ja  Nein

Erläuterung

Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe

Intrakranielle Druckmessung:

Ja  Nein

Erläuterung

Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe:

Ja  Nein

Erläuterung

Transösophageale Echokardiographie:

Ja  Nein

Erläuterung

**Nur bei OPS 8-98f**

**24-stündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verfahren am Standort des Krankenhauses:**

Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT

Radiologische Diagnostik mittels CT:

Ja  Nein

Erläuterung

Radiologische Diagnostik mittels MRT:

Ja  Nein

Erläuterung

Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA:

Ja  Nein

Erläuterung

Interventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen

Interventionelle Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie  
von Gefäß- und Organverletzungen:

Ja  Nein

Erläuterung

Interventionelle Neuro-Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie  
von zerebralen Gefäßverschlüssen:

Ja  Nein

Erläuterung

—  
Laborleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, Entzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen):

Ja  Nein

Erläuterung

**Nur bei OPS 8-98f**

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

Kardiologie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Gastroenterologie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Neurologie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Anästhesiologie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Viszeralchirurgie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankhauses

Unfallchirurgie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankhauses

Gefäßchirurgie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Neurochirurgie:  Ja  Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig:  Ja  Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus:  Ja  Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankhauses

### Nur bei OPS 8-98f

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

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

**Multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:**

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

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

Das multiprofessionelle Team ist abteilungsübergreifend tätig und  
organisatorisch eigenständig:

Ja  Nein

Erläuterung

Der Palliativdienst bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer  
fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab:

Erläuterung

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

Namen, Vornamen

Erläuterung der mindestens 6-monatigen Erfahrung

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

Namen, Vornamen

Erläuterung der 6-monatigen Erfahrung

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

Ärzte (Namen, Vornamen)

Erläuterung der 6-monatigen Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung

**sowie**

Darstellung, dass die aktuellen Probleme der Patienten bekannt sind

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

Erläuterung

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

[Speichern](#)

[Drucken](#)

[Zurücksetzen](#)

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

**Name des externen Leistungsanbieters:**

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

Ärzte (Namen, Vornamen, Facharztqualifikation)

**sowie**

Darstellung, dass die aktuellen Probleme der Patienten bekannt sind

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

**9-403** Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen  
namentlich aufzuführen.

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:**

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zu den OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_



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

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

- 9-60       Ja     Nein  
9-61       Ja     Nein

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

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

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen, Qualifikationen)

**Vertreter folgender Berufsgruppen:**

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ergotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

---

Logopäden:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

---

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

---

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_



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

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

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

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen, Qualifikationen)

**Vertreter folgender Berufsgruppen:**

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ergotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

---

Logopäden:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Kreativtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

---

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:**

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

**Vertreter folgender Berufsgruppen:**

Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Namen, Vornamen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Spezialtherapeuten

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

Ergotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Physiotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Ökotrophologen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Sportlehrer:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

---

Kreativtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_



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

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

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

Ja       Nein

Beschreibung der Station

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

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

und

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Facharztqualifikation

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

Ja  Nein

Fachabteilung, Erläuterung:

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

Ja  Nein

Fachabteilung, Erläuterung

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Erläuterung

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

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

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

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Ja  Nein  trifft nicht zu

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

**Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

**Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Kinderkrankenpfleger:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Erzieher:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilerzieher:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

---

sonstige pädagogisch-pflegerische Fachkräfte:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**oder**

**durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

## Strukturdaten zum OPS

**9-647** Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung  
Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

Ärzte:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

Psychologische Psychotherapeuten:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

Fachpsychotherapeuten:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

Suchttherapeuten:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

Sozialpädagogen:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Pflegefachpersonen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

sonstige Berufsgruppe:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

---

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung / Einheit \_\_\_\_\_

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

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

Ja  Nein

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

und

**Fachabteilung für Psychiatrie am Standort des Krankenhauses:**

Ja  Nein

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

oder

**Fachabteilung für Psychosomatik am Standort des Krankenhauses:**

Ja  Nein

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

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

Ja  Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten Einheit

**Duale Behandlungsleitung:**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

und

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:  Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

**Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Ja  Nein  trifft nicht zu

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---

### Strukturdaten zu den OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

#### Zur Prüfung beauftragte OPS:

- 9-65       Ja     Nein  
9-67       Ja     Nein

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

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

Ja  Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

**Vertreter folgender Berufsgruppen:**

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

Namen, Vornamen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Bei OPS 9-65**

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

Ja  Nein

**Bei OPS 9-67**

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

Ja  Nein

Ergotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

oder

Sozialarbeiter:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Logopäden:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Erlebnistherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Kreativtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

---

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

**Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit:**

Ja  Nein

Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten Einheit

**Es ist ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

**Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:**

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Ja  Nein

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Ja     Nein     trifft nicht zu

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten

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

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

**Vertreter folgender Berufsgruppen:**

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

Namen, Vornamen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ergotherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialarbeiter:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Heilpädagogen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Bewegungstherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Erlebnistherapeuten:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

---

Kreativtherapeuten:  Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:  Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

Fachabteilung \_\_\_\_\_

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

Ja  Nein

Benennung und Beschreibung der Spezialstation

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

### 9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

**Mobiles multiprofessionelles Team:**

Ja  Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

**Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:**

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Beschreibung/Erläuterung der Erreichbarkeit

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

Ja  Nein

Erläuterung/Beschreibung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit

**Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger  
Zustandsverschlechterung:**

Ja  Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

## Strukturdaten zum OPS

**9-801** Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

**Mobiles multiprofessionelles Team:**

Ja  Nein

Beschreibung der Mobilität des Teams

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

Namen, Vornamen

**Vorhandensein Vertreter folgender Berufsgruppen:**

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

Namen, Vornamen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Beschreibung/Erläuterung der Erreichbarkeit

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

Ja  Nein

Erläuterung/Beschreibung der ärztlichen Eingriffsmöglichkeit

**Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung:**

Ja  Nein

Erläuterung/Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme

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

Ort, Datum

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_

---

**Speichern**

**Drucken**

**Zurücksetzen**

---