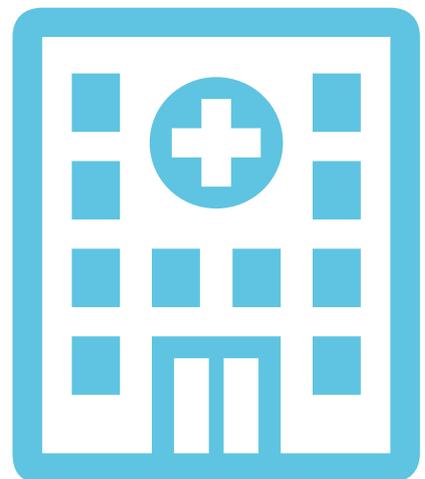


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

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

(OPS-Version 2024)



Diese Richtlinie wurde vom Medizinischen Dienst Bund unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt und nach ordnungsgemäßer Durchführung des Beteiligungs- und Anhörungsverfahrens nach § 283 Absatz 2 Satz 2 SGB V gemäß des § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V am 21. Dezember 2023 erlassen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 6. Februar 2024 genehmigt.

Datum des Inkrafttretens: 17. Februar 2024

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KöR)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: www.md-bund.de

Vorwort

Um die Anzahl von Einzelfallabrechnungsprüfungen in Krankenhäusern zu verringern, wurde mit dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetz das bestehende System der Krankenhausrechnungsprüfungen grundlegend geändert und die vorherige Überprüfung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel durch den Medizinischen Dienst eingeführt (§ 275d SGB V). Durch die StrOPS-Richtlinie wird Transparenz über den Ablauf und die Inhalte der Krankenhaus-Strukturprüfungen hergestellt und eine qualitätsgerechte und einheitliche Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes ermöglicht.

Die jährliche Aktualisierung der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) macht eine entsprechende Anpassung der fachlichen Anlagen dieser Richtlinie notwendig. Hieraus resultierten geringfügige Änderungen der Anlagen.

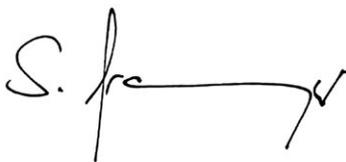
Weiterhin waren auch Anpassungen des Richtlinien textes notwendig. So wurden in der StrOPS-Richtlinie 2024 die Antragsarten „Planungsprüfung“ und „Strukturprüfung nach Planungsprüfung“ endgültig gestrichen, da sie durch die Antragsarten „erstmalige Leistungserbringung“ und „erstmalige Abrechnungsrelevanz“ aufgrund des Krankenhauspflegeentlastungsgesetzes (KHPfLEG) ersetzt worden sind.

Zudem wurden für die Krankenhäuser Erleichterungen im Rahmen der Antragstellung geschaffen. Bei Anträgen, die keine turnusgemäßen Prüfungen betreffen, ist statt eines Sammelantrages zukünftig eine nach OPS und gegebenenfalls Station/Einheit getrennte Antragstellung vorgesehen. Dabei handelt es sich um eine praxisnahe Regelung, da ein Krankenhaus jederzeit einen solchen Antrag stellen kann und auch die zeitgleich zur Antragstellung vorgesehene elektronische Unterlagenübermittlung durch das Krankenhaus erleichtert wird. Zur Verfahrensunterstützung sollen auch die in Anlage 8 ergänzten Formulare beitragen.

In Zusammenschau wurden im Vergleich zu den Vorjahren in der StrOPS-Richtlinie 2024 nur wenige Anpassungen vorgenommen.

Abschließend danken wir allen Stellungnehmenden für die Hinweise und Kommentierungen zur Richtlinie und ihren Anlagen sowie den Expertinnen und Experten aus den Medizinischen Diensten für die im Rahmen der Erarbeitung der Richtlinie und Auswertung des Stellungnahmeverfahrens eingebrachte fachliche Expertise.

Essen im Dezember 2023



Dr. Stefan Gronemeyer

Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund



Carola Engler

Stv. Vorstandsvorsitzende

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Rechtsgrundlagen	5
2. Geltungsbereich	6
3. Begriffsbestimmungen und Prüfkonzept	6
4. Begutachtungsablauf	8
4.1 Beantragung der Prüfung.....	8
4.1.1 Antrag zur turnusgemäßen Prüfung	10
4.1.2 Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V	11
4.1.3 Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung.....	11
4.1.4 Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	12
4.1.5 Regelungen zu Umzügen, Änderungen des Krankenhausträgers und zusätzlicher Leistungserbringung...	13
4.2 Durchführung der Prüfung	14
4.2.1 Erledigungsarten	14
4.2.2 Dokumentenprüfung	14
4.2.3 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung.....	14
4.2.4 Vor-Ort-Prüfung	16
5. Bescheid, Gutachten und Bescheinigung	17
5.1 Bescheid über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung	17
5.2 Gutachten	17
5.3 Bescheinigung	18
5.4 Gültigkeitsdauer	18
6. Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus.....	19
7. Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels	19
8. Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch	20
9. Datenschutz	20
10. Ausnahmen von der Prüfung	21
11. Übergangsbestimmungen.....	21
12. Inkrafttreten/Außerkräftreten	21
13. Anlagen	21

1. Rechtsgrundlagen

Krankenhäuser haben gemäß § 275d SGB V die Einhaltung von Strukturmerkmalen des durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen mit den Kostenträgern vereinbaren und abrechnen. Ausnahmen hiervon sind in § 275d Absatz 1a SGB V geregelt.

Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst das Gutachten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung über das Ergebnis der Prüfung, die auch Angaben darüber enthält für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Die Strukturprüfung wird vom Medizinischen Dienst gemäß § 275d Absatz 2 Satz 1 SGB V durch einen Bescheid abgeschlossen.

Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See gemäß § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V eine Richtlinie über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V. In der Richtlinie werden die Einzelheiten zur Begutachtung durch die Medizinischen Dienste festgelegt. Sie ist bei Bedarf anzupassen.

Die vorliegende Richtlinie über die Durchführung der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V (StrOPS-RL) soll ausweislich der Begründung zum MDK-Reformgesetz die näheren Einzelheiten dazu festlegen, wie regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in OPS-Kodes durch die Medizinischen Dienste zu erfolgen haben. In der Richtlinie sind insbesondere Aussagen darüber zu treffen, welche Anforderungen konkret geprüft werden und in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Kodes nach fachlicher Einschätzung jeweils zu prüfen sind. Hierbei sind unterschiedliche zeitliche Abstände möglich. Insoweit sollen die Krankenhäuser einen Vertrauensvorschuss derart erhalten, dass davon ausgegangen wird, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für den in der Bescheinigung ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum erfüllen. Ungeachtet davon gilt gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V, dass Krankenhäuser, die eines oder mehrere der nachgewiesenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr einhalten, dies unverzüglich den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen haben.

Im Rahmen der Festlegung der näheren Einzelheiten muss die Richtlinie auch Angaben darüber enthalten, wie die vom Medizinischen Dienst auszustellenden Bescheinigungen auszugestalten sind. Zudem sind in der Richtlinie die Folgen festzulegen, wenn ein Krankenhaus nach einer vorzunehmenden Mitteilung nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V nachgewiesene Strukturmerkmale nicht mehr erfüllt. Das Nähere, insbesondere für die Erbringung dieser Leistungen sowie für ein Verfahren für eine erneute Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale, regelt die Richtlinie. Sie ist mit Blick auf die Weiterentwicklung von Strukturmerkmalen der OPS-Kodes, Erfahrungen aus der Begutachtung von Strukturmerkmalen sowie Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene bei Bedarf anzupassen.

2. Geltungsbereich

Diese Richtlinie nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V ist gemäß § 283 Absatz 2 Satz 5 SGB V für die Medizinischen Dienste verbindlich.

Die abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel mit zu prüfenden Strukturmerkmalen sind in den Anlagen 2a (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes) und 4a (Strukturmerkmale abrechnungsrelevante OPS-Kodes) aufgeführt. Die OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen, die erstmalig abrechnungsrelevant werden können, sind in den Anlagen 2b und 4b enthalten.

Die vom Krankenhaus für die Begutachtung bereitzustellenden Nachweise und Unterlagen sowie die Selbstauskünfte sind in den Anlagen 5a/5b (Selbstauskunftsbögen) und 6a/6b (Erforderliche Unterlagen je OPS-Kode) festgelegt.

Die Begutachtung wird durch den Medizinischen Dienst des jeweiligen Bundeslandes oder Landes- teiles, in dem sich der Standort des Krankenhauses befindet, durchgeführt.

Wenn im Rahmen des nachfolgend beschriebenen Begutachtungsablaufs die Übermittlung von Dokumenten und Unterlagen durch den Medizinischen Dienst oder das Krankenhaus vorgesehen ist, sollen diese Übermittlungen elektronisch erfolgen. Diese elektronische Übermittlung von Unterlagen soll künftig über die Plattform erfolgen, die im Rahmen der vorgesehenen elektro- nischen Datenübermittlung gemäß § 17c Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 KHG geschaffen wurde. Eine schriftliche (postalische) Übermittlung von Unterlagen bzw. eine Übermittlung von Unterlagen auf elektronischen Datenträgern soll allenfalls übergangsweise bis zur vollständigen Etablierung eines elektronischen Datenaustausches möglich sein.

Diese Richtlinie regelt ausschließlich die Prüfung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d SGB V. Die Prüfung von Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie wei- terer Qualitätsanforderungen gemäß §§ 275a Absatz 2 Nummer 1, 137 Absatz 3 SGB V bleibt von den Prüfungen gemäß § 275d SGB V unberührt.

3. Begriffsbestimmungen und Prüfkonzept

Für die Verwendung folgender Begriffe in der Richtlinie gilt:

- Der Begriff **Leistungserbringung** ist in dieser Richtlinie als das Einhalten der Struktur- merkmale zu verstehen, die Begriffe **Leistungsbeginn** bzw. **erstmalige Leistungserbringung** sind als Beginn der Einhaltung der Strukturmerkmale zu verstehen.
- Ein **Monat** bezeichnet im Sinne dieser Richtlinie beispielsweise den Zeitraum vom 5. Februar bis zum 5. März eines Jahres, sofern in der Richtlinie nicht explizit von einem Kalendermonat die Rede ist. Bei einem Antragseingang am 5. März würde zum Beispiel eine rückwirkende Bescheinigung von einem Monat am 5. Februar beginnen und bei einem vorangehenden Prüf- zeitraum von einem Monat würde der Zeitraum vom 5. Februar bis zum 4. März resultieren.
- Der Begriff **Antragsjahr** meint das Jahr, in dem ein Antrag zur Strukturprüfung gestellt wird.

- Das **Antragseingangsdatum** ist das Datum des Eingangs des Antrags beim zuständigen Medizinischen Dienst.
- Mit **Werktagen** sind in dieser Richtlinie die Wochentage Montag bis Freitag gemeint, ausgenommen sind gesetzliche Feiertage.
- Die **Anzeige** nach § 275d Absatz 1a SGB V ersetzt nicht den Antrag zur Durchführung einer Strukturprüfung.

Die Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes dient der Feststellung von Abrechnungsvoraussetzungen der Krankenhäuser. In einer Strukturprüfung wird vorab und mit prospektiver Wirkung festgestellt, ob in einem Krankenhaus die geforderten Strukturmerkmale eines OPS-Kodes so vorgehalten werden, dass sie für die jeweilige Versorgung grundsätzlich und ganzjährig zur Verfügung stehen können. Eine von vornherein auf bestimmte Zeiträume beschränkte, zum Beispiel saisonale, Leistungserbringung ist im Rahmen des Prüfverfahrens nicht vorgesehen.

Es werden nach § 275d Absatz 1 SGB V nur Strukturmerkmale jener OPS-Kodes begutachtet, die abrechnungsrelevant sind. Der Medizinische Dienst Bund veröffentlicht die zu prüfenden OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen in den Anlagen 2a (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen) und 4a (Strukturmerkmale der abrechnungsrelevanten OPS-Kodes). Die Anlagen 2b und 4b enthalten OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen, die in den auf die Veröffentlichung der Richtlinie folgenden Kalenderjahren erstmalig abrechnungsrelevant werden können. Eine erstmalige Abrechnungsrelevanz kann sowohl bereits vorbestehende als auch neu eingeführte OPS-Kodes betreffen.

Grundlage der Prüfung ist die zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses gültige Fassung dieser Richtlinie, soweit in dieser Richtlinie nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist. Beantragung und Prüfung erfolgen standortbezogen. Einige OPS-Kodes werden einheits- bzw. stationsbezogen überprüft, da in diesen Kodes die Begriffe „Station“ bzw. „Einheit“ vom BfArM verwendet werden. Diese Kodes sind in Anlage 2a/2b aufgeführt.

Die Prüfung der Strukturmerkmale durch den Medizinischen Dienst erfolgt anhand von Selbstauskünften der Krankenhäuser, geeigneten Nachweisen und Unterlagen (vgl. Anlage 6a) und ggf. einer Prüfung vor Ort im Krankenhaus. Relevante Nachweise und Unterlagen sind dabei insbesondere Nachweise über die Anzahl und Qualifikation des zur Erbringung des jeweiligen OPS-Kodes vorgehaltenen Personals (Qualifikationsnachweise und bei Bedarf zusätzlich Arbeitsverträge), der Nachweis einer eigenen Personalstruktur, der Dienstpläne der betreffenden Abteilung für die Erbringung der betreffenden Leistung sowie der sächlich-apparativen Vorhaltungen. Die Nachweise und Unterlagen beziehen sich auf einen vorgegebenen Prüfzeitraum, der sich aus der jeweiligen Antragsart ergibt und in Abschnitt 4 festgelegt ist.

Sofern Strukturmerkmale in OPS-Kodes durch Kooperationen oder Honorarverträge erfüllt werden, sind neben den Verträgen zusätzlich Qualifikationsnachweise und Dienstpläne vorzulegen.

Die Krankenhäuser haben die in dieser Richtlinie und deren Anlagen genannten Nachweise und Unterlagen sowie Selbstauskünfte für die Begutachtung zur Verfügung zu stellen.

Im Falle eines Umzugs einer Station bzw. Einheit, für die eine gültige Bescheinigung für einen OPS-Kode vorliegt, ist unter anderem zu unterscheiden zwischen einem Umzug an einen anderen Standort oder einem Umzug am selben Standort. Unter dem Begriff „Umzug eines OPS-Kodes“ ist die OPS-bezogene (räumliche) Verlagerung der Leistungserbringung zu verstehen. Näheres wird in Abschnitt 4 der Richtlinie beschrieben.

Bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen hat durch die Krankenhäuser eine Mitteilung nach Abschnitt 6 der Richtlinie zu erfolgen.

4. Begutachtungsablauf

Der Begutachtungsablauf beginnt mit dem Eingang des Antrages zur Prüfung durch das Krankenhaus beim zuständigen Medizinischen Dienst und endet mit dem Eingang des Bescheides über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus.

Geregelt wird

- a. der Zeitpunkt der Beantragung der Prüfung, der von der Antragsart abhängig ist und
- b. die Erledigungsart der Prüfung – hier wird zwischen einer Dokumentenprüfung, Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung oder Vor-Ort-Prüfung unterschieden und
- c. der jeweils zugrunde gelegte Prüfzeitraum.

4.1 Beantragung der Prüfung

Damit die Prüfungen jeweils zeitgerecht durchgeführt werden können, müssen diese von den Krankenhäusern möglichst frühzeitig beim zuständigen Medizinischen Dienst beantragt werden. Der Zeitpunkt der Beantragung der Prüfung ist abhängig von den Antragsarten und wird in den folgenden Unterabschnitten geregelt.

Wird eine Leistung an einen anderen Standort verlagert, ist für diesen Standort ein Antrag auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß 4.1.3 der Richtlinie zu stellen, sofern die Leistung dort bislang nicht erbracht wird. Ein solcher Antrag ist auch zu stellen, wenn bei stations- und einheitsbezogenen Kodes eine zusätzliche Station/Einheit am Standort eingerichtet wird. Bei Verlagerung innerhalb des Standortes (Umzug einer Station bzw. Einheit, für die eine gültige Bescheinigung für den OPS-Kode vorliegt) bedarf es keines Antrags zur Prüfung. Stattdessen ist der Medizinische Dienst unter Verwendung der Formulare nach Anlage 8 über den Umzug zu informieren. Näheres wird in 4.1.5 geregelt.

Die abrechnungsrelevanten, durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V (OPS-Kodes) sind einschließlich der zu prüfenden Merkmale in den Anlagen 2a (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen) und 4a (Strukturmerkmale – abrechnungsrelevante OPS-Kodes) aufgeführt.

Die Beantragung erfolgt je Standort des Krankenhauses mit Angabe der neunstelligen Standortnummer. Es gelten diesbezüglich die Kriterien der Vereinbarung gemäß § 2a KHG in Verbindung mit den in dem Verzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V aufgeführten Standorten sowie die entsprechenden Hinweise für die Benutzung des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V. Die Beantragung erfolgt pro Antragsart gemäß der Vorlage in Anlage 1a/1b (Antragsformular) und ist entsprechend zu spezifizieren.

Folgende Antragsarten und spezifizierte Antragsarten sind vorgesehen:

- Antrag zur turnusgemäßen Prüfung (4.1.1)
- Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (4.1.2)
- Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung (4.1.3)
- Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes (4.1.4)

Je Antragsart ist ein gesondertes Antragsformular (Anlage 1a/1b) zu verwenden. Bei Anträgen zur turnusgemäßen Prüfung sind auf dem Formular alle zur Prüfung beantragten OPS-Kodes je Standort gemeinsam anzugeben. Bei den anderen Antragsarten ist pro OPS und ggf. Station/Einheit ein gesonderter Antrag zu stellen und entsprechende Nachweise sind beizufügen.

In Anlage 1a sind alle abrechnungsrelevanten OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen aufgeführt. In Anlage 1b sind die übrigen OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen aufgeführt, bei denen eine Abrechnungsrelevanz zum Zeitpunkt der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu dieser Richtlinienversion nicht bekannt war. Sollten OPS-Kodes aus dieser Anlage 1b erstmalig abrechnungsrelevant werden, können sie hierüber beantragt werden. Bei den in Anlage 2a/2b speziell gekennzeichneten OPS-Kodes sind bei der Beantragung zusätzlich jeweils die Anzahl sowie die Bezeichnungen aller Stationen bzw. Einheiten, auf denen die jeweilige Leistung erbracht werden soll, in dem Antragsformular anzugeben.

Das Krankenhaus hat zum Zeitpunkt der Antragstellung zu einer turnusgemäßen Prüfung die erforderlichen Nachweise, Unterlagen sowie Selbstauskunftsbögen gemäß den Anlagen 5a (Selbstauskunftsbögen) und 6a (Erforderliche Unterlagen abrechnungsrelevante OPS-Kodes) vorzuhalten. Bei allen anderen Anträgen sind die o. g. Unterlagen bereits bei der Antragstellung einzureichen. Bei der Wiederholungsprüfung nach 4.1.2 sind nur die zuvor nicht eingehaltenen Strukturmerkmale nachzuweisen und entsprechende Unterlagen mit der Antragstellung einzureichen.

Das Krankenhaus ist dafür verantwortlich, die Unterlagen OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur analog der Reihenfolge der Anlagen 6a/6b einzureichen. Das Krankenhaus kann zusätzliche Unterlagen, die für den Nachweis der zu prüfenden Strukturmerkmale als notwendig angesehen werden, hinzufügen.

Der zuständige Medizinische Dienst bestätigt binnen zehn Werktagen nach Zugang des Antrages OPS-bezogen den Eingang des Antrages und teilt gleichzeitig dem beantragenden Krankenhaus OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) die Erledigungsart mit. Diese Mitteilung enthält auch den Prüfzeitraum. Dieser Prüfzeitraum dient als Bezugszeitraum für alle vorzulegenden Nachweise und Unterlagen und ggf. Dienstpläne. Der Prüfzeitraum ergibt sich aus der Antragsart und wird in Abschnitt 4 festgelegt.

Eine turnusgemäße Prüfung kann als Dokumentenprüfung, Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden. Aufgrund der bereits mit Antragstellung übermittelten Unterlagen können die anderen Antragsarten nur als Dokumentenprüfung oder als Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden.

Bei der turnusgemäßen Prüfung übermittelt das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst bei den Erledigungsarten Dokumentenprüfung sowie Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) alle erforderlichen Dokumente gemäß Anlagen 5a und 6a binnen zehn Werktagen nach Zugang der Mitteilung über die Erledigungsart. Bei den anderen Antragsarten sind bereits mit der Antragstellung die erforderlichen Unterlagen zu übermitteln.

4.1.1 Antrag zur turnusgemäßen Prüfung

Voraussetzung für diesen Antrag ist, dass dem Krankenhaus am Standort zum Zeitpunkt der Antragstellung eine gültige Bescheinigung für den OPS-Code vorliegt, deren Gültigkeit zum 31. Dezember des Antragsjahres endet und dass sämtliche Strukturmerkmale dieses OPS-Kodes vom Krankenhaus weiterhin als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

In diesem Fall hat das Krankenhaus bis zum 30. Juni des Antragsjahres die Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes unter der Antragsart „Antrag zur turnusgemäßen Prüfung“ gemäß Anlage 1a zu beantragen.

Bei der turnusgemäßen Prüfung legt der Medizinische Dienst den Prüfzeitraum fest, er beträgt drei zusammenhängende Kalendermonate aus den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung.

Sofern durch das Krankenhaus eine Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen erfolgt ist, kann ein Antrag auf turnusgemäße Prüfung erst dann gestellt werden, wenn die Wiederholungsprüfung nach 4.1.2 durchgeführt und eine Bescheinigung ausgestellt wurde.

Liegt der Antrag bis zum 30. Juni des Antragsjahres vor, wird die Prüfung durch den Medizinischen Dienst zeitgerecht erledigt. Das heißt, dass das Krankenhaus das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung so rechtzeitig erhält, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 31. Dezember desselben Jahres möglich ist.

Kann eine rechtzeitig beantragte Prüfung im Antragsjahr nicht abgeschlossen werden, ist diese im Folgejahr abzuschließen. Der Medizinische Dienst führt in diesem Falle eine Prüfung auf Basis der Richtlinienversion des Antragsjahrs durch. Die Gültigkeit des Bescheides sowie der Bescheinigung beginnt in diesem Fall mit dem 1. Januar des Folgejahres der Antragstellung.

Bei Eingang eines Prüfantrages nach dem 30. Juni kann die Prüfung gegebenenfalls nicht zeitgerecht erledigt werden. Kann die Prüfung erst im Folgejahr durchgeführt werden, erfolgt sie auf Basis der Richtlinienversion zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses. Die Gültigkeit des Bescheides sowie ggf. der Bescheinigung beginnt in diesem Fall mit dem Datum des Bescheides im Folgejahr der Antragstellung.

4.1.2 Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V

Voraussetzung für diesen Antrag ist,

- dass eine Mitteilung nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V erfolgt ist und
- dass das Krankenhaus die vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens einem Monat vor der Antragstellung als erfüllt und nachweisbar ansieht.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann das Krankenhaus einen Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß Anlage 1a/1b beim Medizinischen Dienst stellen. Bei Antragstellung ist das Datum des ersten Tages der Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale vom Krankenhaus mitzuteilen.

Mit der Antragstellung sind die zur Überprüfung der zuvor nicht eingehaltenen Strukturmerkmale erforderlichen Unterlagen gemäß den Anlagen 5a/5b und 6a/6b dem Medizinischen Dienst zu übermitteln. Der Prüfzeitraum umfasst einen Monat ab dem ersten Tag der Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale.

Der Medizinische Dienst führt eine Prüfung bezogen auf die neuerliche Einhaltung der gemeldeten, vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale durch. Diese erfolgt auf der Grundlage der Richtlinienversion, auf deren Basis die vormalige Bescheinigung ausgestellt wurde. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst einen Bescheid innerhalb von zwanzig Werktagen nach Vorliegen vollständiger und aussagefähiger Unterlagen oder Abschluss der Vor-Ort-Prüfung sowohl bei Einhaltung als auch bei Nicht-Einhaltung der Strukturmerkmale der von ihnen beantragten und durch den Medizinischen Dienst geprüften Strukturvoraussetzungen von abrechnungsrelevanten OPS-Kodes.

Die im Zusammenhang mit dem Bescheid erteilte Bescheinigung über die Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale, bezogen auf den OPS-Kode, dient dem Krankenhaus zur Vorlage bei den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen.

4.1.3 Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

Voraussetzung für diesen Antrag ist, dass ein Krankenhaus zum Zeitpunkt der Antragstellung am Standort sämtliche Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens drei Kalendermonaten vor der Antragstellung als erfüllt und nachweisbar ansieht, aber keine Bescheinigung vorliegt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann das Krankenhaus die Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes unter dieser Antragsart gemäß Anlage 1a/1b beim Medizinischen Dienst beantragen.

Für diese Antragskonstellation gilt, dass bereits gleichzeitig mit der Antragstellung die vollständigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5a/5b und 6a/6b dem Medizinischen Dienst zu übermitteln sind. Der Prüfzeitraum umfasst die drei Kalendermonate vor dem Antragsingangsdatum.

Ist eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V beim Medizinischen Dienst erfolgt (z. B. unter Verwendung des Formulars 8.6 der Anlage 8) und liegt der Antrag einschließlich der vollständigen und aussagefähigen Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach dieser Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V beim Medizinischen Dienst vor, wird die Prüfung durch den Medizinischen Dienst zeitgerecht erledigt. Das heißt, dass das Krankenhaus das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung so rechtzeitig erhält, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Ablauf des sechsmonatigen Zeitraumes nach Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V möglich ist. Wenn keine Anzeige beim Medizinischen Dienst erfolgt ist, wird der Antrag bis spätestens drei Monate nach Eingang vollständiger und aussagefähiger Unterlagen beschieden.

4.1.4 Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes

Voraussetzung für diesen Antrag ist die erstmalige Abrechnungsrelevanz des OPS-Kodes und dass das Krankenhaus dessen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens drei Kalendermonaten vor der Antragstellung als erfüllt und nachweisbar ansieht. Eine Antragstellung nach dieser Antragsart ist vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des Kalenderjahres der erstmaligen Abrechnungsrelevanz dieses OPS-Kodes möglich.

Das Krankenhaus hat den Antrag auf Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes unter dieser Antragsart gemäß Anlage 1b beim Medizinischen Dienst zu stellen, sobald es die Strukturmerkmale über drei Kalendermonate als nachweisbar ansieht. Für diese Antragskonstellation gilt, dass bereits gleichzeitig mit der Antragstellung die vollständigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5b und 6b dem Medizinischen Dienst zu übermitteln sind. Der Prüfzeitraum umfasst die drei Kalendermonate vor dem Antragseingangsdatum beim Medizinischen Dienst.

Sofern eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V beim Medizinischen Dienst erfolgt ist (z. B. unter Verwendung des Formulars 8.5 der Anlage 8) und der Antrag einschließlich der vollständigen und aussagefähigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5b und 6b bis zum 15. April des Antragsjahres vorliegt, wird die Prüfung durch den Medizinischen Dienst zeitgerecht erledigt. Das heißt, dass das Krankenhaus das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung so rechtzeitig erhält, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 30. Juni möglich ist. Wenn keine Anzeige beim Medizinischen Dienst erfolgt ist, wird der Antrag bis spätestens drei Monate nach Vorliegen vollständiger und aussagefähiger Unterlagen beschieden.

4.1.5 Regelungen zu Umzügen, Änderungen des Krankenhasträgers und zusätzlicher Leistungserbringung

Bei Umzügen einer Station oder Einheit, bei Änderungen des Krankenhasträgers bzw. bei der Erbringung einer Leistung auf einer zusätzlichen Station/Einheit ergeben sich unterschiedliche Konstellationen und Handlungserfordernisse. Das konkrete Vorgehen ist abhängig davon, ob es sich um einen OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug handelt und ob der Umzug innerhalb des Standortes oder an einen anderen Standort erfolgt.

1. Umzug eines OPS-Kodes ohne Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

Es ergibt sich kein Handlungsbedarf für das Krankenhaus, sofern eine gültige Bescheinigung vorliegt und die Strukturmerkmale unverändert eingehalten werden.

2. Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

Das Krankenhaus hat den zuständigen Medizinischen Dienst über diesen Umzug zu informieren (Formular 8.1 der Anlage 8). Sofern eine gültige Bescheinigung vorliegt und das Krankenhaus versichert, dass die Strukturmerkmale unverändert eingehalten werden, stellt der Medizinische Dienst ohne erneute Prüfung einen Bescheid und eine Bescheinigung für die neue Station/Einheit aus. Das Ende der Laufzeit stimmt mit derjenigen des ursprünglichen Bescheides überein. Ändert sich die Bezeichnung der Station/Einheit durch den Umzug nicht, ist keine Information erforderlich.

3. Änderung des Krankenhasträgers

Bei Änderungen des Krankenhasträgers, zum Beispiel infolge eines Verkaufs, einer Übernahme oder Fusion, beantragt das Krankenhaus mit dem Formular 8.2 der Anlage 8 beim zuständigen Medizinischen Dienst eine Umschreibung der Bescheinigung.

4. Umzug eines OPS-Kodes an einen anderen Standort

Unabhängig davon, ob es sich um einen OPS-Kode mit oder ohne Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b handelt, ist ein Antrag zur Prüfung zu stellen. Hierbei ist ein Antrag auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß Abschnitt 4.1.3 der Richtlinie zu stellen.

5. Zusätzliche Station/Einheit bei einem OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

Das Krankenhaus hat einen Antrag zur Prüfung zu stellen, wenn es einen OPS-Kode auf einer zusätzlichen Station/Einheit erbringen will. Hierbei ist ein Antrag auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß Abschnitt 4.1.3 der Richtlinie zu stellen.

6. Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort

Das Krankenhaus hat den zuständigen Medizinischen Dienst über eine stattgehabte Änderung der neunten Stelle der Standortnummer einer Tagesklinik unter Verwendung des Formulars 8.4 der Anlage 8 zu informieren und dem Medizinischen Dienst die neue Standortnummer mitzuteilen. Es hat gleichzeitig zu bestätigen, dass kein Umzug der Tagesklinik an einen anderen Standort erfolgt ist und die Strukturmerkmale unverändert eingehalten werden. Sofern eine zuvor ausgestellte Bescheinigung für diese Tagesklinik vorliegt, stellt der Medizinische Dienst unter o. g. Voraussetzungen ohne erneute Prüfung einen Bescheid und eine Bescheinigung für die Tagesklinik mit der neuen Standortnummer aus. Das Ende der Laufzeit stimmt mit derjenigen der ursprünglichen Bescheinigung überein.

4.2 Durchführung der Prüfung

4.2.1 Erledigungsarten

Die Prüfung erfolgt beim Medizinischen Dienst oder im Krankenhaus. Die Prüfung kann als Dokumentenprüfung, als Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung (Begehung des Krankenhauses durch den Medizinischen Dienst) oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden. Die Entscheidung über die Erledigungsart trifft der zuständige Medizinische Dienst, sofern diese Richtlinie keine anderen Vorgaben macht.

Der zuständige Medizinische Dienst informiert das Krankenhaus über die jeweilige Erledigungsart.

Bei schwerwiegenden Gründen (zum Beispiel pandemische Lage oder unabwendbare Großschadensereignisse etc.) kann der Medizinische Dienst die Erledigungsart ändern und informiert das Krankenhaus hierüber.

4.2.2 Dokumentenprüfung

Das Krankenhaus hat je Standort und je OPS-Kode den Selbstauskunftsbogen (Anlage 5a/5b) mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen (Anlage 6a/6b) vollständig und fristgerecht beim Medizinischen Dienst einzureichen. Wenn im Verlauf der Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die eingereichte Selbstauskunft mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen nicht vollständig oder nicht aussagefähig ist, wird dies dem Krankenhaus mitgeteilt. Dem Krankenhaus wird die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang dieser Mitteilung gegeben. Gehen die angeforderten Unterlagen innerhalb der Frist nicht beim Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen.

4.2.3 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung

Das Krankenhaus hat je Standort und je OPS-Kode den Selbstauskunftsbogen (Anlage 5a/5b) mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen (Anlage 6a/6b) vollständig und fristgerecht beim Medizinischen Dienst einzureichen. Wenn bestimmte Unterlagen der Anlage 6a/6b (z. B. Dienstpläne) erst bei der Vor-Ort-Prüfung vorgelegt werden sollen, wird dies dem Krankenhaus im Rahmen der Eingangsbestätigung und Mitteilung der Erledigungsart bei der turnusgemäßen Prüfung mitgeteilt.

Wenn im Verlauf der Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die eingereichte Selbstauskunft mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen nicht vollständig ist, wird dies dem Krankenhaus mitgeteilt. Dem Krankenhaus wird die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang dieser Mitteilung gegeben. Gehen die angeforderten Unterlagen innerhalb der Frist nicht beim Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Unterlagen abgeschlossen.

Für die ergänzende Vor-Ort-Prüfung teilt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus zwei Terminoptionen mit und informiert das Krankenhaus, falls weitere Unterlagen bei der Vor-Ort-Prüfung vorgelegt werden sollen und/oder bei welchen Räumlichkeiten und technischen Ausstattungen eine Begehung vorgenommen werden soll. Zwischen dem Zugang dieser Mitteilung und den zwei Terminoptionen für eine Vor-Ort-Prüfung müssen mindestens zehn Werktage liegen. Ist die Vor-Ort-Prüfung aufgrund von Sachverhalten, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, nicht erforderlich oder nicht durchführbar, kann der Medizinische Dienst die Erledigungsart in eine Dokumentenprüfung ändern. Dies ist dem Krankenhaus schriftlich mitzuteilen. Das Krankenhaus hat dann je OPS-Kode die für die Prüfung noch erforderlichen Nachweise und Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang dieser Mitteilung beim Medizinischen Dienst einzureichen.

Das Krankenhaus bestätigt eine der beiden Terminoptionen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang der Mitteilung gegenüber dem Medizinischen Dienst. Sollte das Krankenhaus sich nicht binnen zehn Werktagen nach Zugang der Mitteilung zurückmelden, legt der Medizinische Dienst einen der bereits mitgeteilten Termine als Termin fest und informiert das Krankenhaus über diesen Termin. Zwischen dieser Mitteilung des Medizinischen Dienstes über den von ihm festgelegten Termin und dem Termin der Prüfung vor Ort müssen mindestens zehn Werktage liegen. Wenn das Krankenhaus die Prüfung an dem vom Medizinischen Dienst fristgerecht festgelegten Termin nicht ermöglicht, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise, Unterlagen und Informationen abgeschlossen. Eine ergänzende Vor-Ort-Prüfung kann auch erfolgen, wenn der Medizinische Dienst bei Prüfungen nach Abschnitt 4.2.2 und vollständig eingereichten Unterlagen zu dem Ergebnis kommt, dass diese notwendig ist.

Bei der ergänzenden Vor-Ort-Prüfung steht dem Medizinischen Dienst eine Vertreterin oder ein Vertreter des Krankenhauses auf Nachfrage für den gesamten Zeitraum, sofern es erforderlich ist, zur Verfügung, um den Medizinischen Dienst bei der ordnungsgemäßen Durchführung der Prüfung zu unterstützen.

Das Krankenhaus stellt sicher, dass die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes die Räumlichkeiten und/oder technischen Ausstattungen persönlich in Augenschein nehmen können und dass die im Vorfeld angezeigten Unterlagen OPS-bezogen vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur vorgelegt werden.

Im Rahmen der Prüfung vor Ort sind dem Medizinischen Dienst auf Anforderung Nachweise und Unterlagen zur Überprüfung als Kopie auszuhändigen.

Wenn im Verlauf der Vor-Ort-Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die vorgelegten Nachweise und Unterlagen nicht vollständig oder nicht aussagefähig sind, wird dies dem Krankenhaus mitgeteilt. Dem Krankenhaus wird einmalig die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang dieser Mitteilung gegeben. Gehen die angeforderten Unterlagen innerhalb der Frist nicht beim Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise, Unterlagen und Informationen abgeschlossen.

4.2.4 Vor-Ort-Prüfung

Das Krankenhaus hat je Standort und je OPS-Kode den Selbstauskunftsbogen (Anlage 5a) mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen (Anlage 6a) vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur bei der Vor-Ort-Prüfung vorzulegen.

Der Medizinische Dienst teilt dem Krankenhaus für die Vor-Ort-Prüfung zwei Terminoptionen mit und informiert das Krankenhaus, welche weiteren Unterlagen bei der Vor-Ort-Prüfung vorgehalten werden sollen (z. B. Dienstpläne) und/oder bei welchen Räumlichkeiten und technischen Ausstattungen eine Begehung vorgenommen werden soll. Zwischen dem Zugang dieser Mitteilung und den zwei Terminoptionen für eine Vor-Ort-Prüfung müssen mindestens zehn Werktage liegen.

Das Krankenhaus bestätigt eine der beiden Terminoptionen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang der Mitteilung. Sollte das Krankenhaus sich nicht binnen zehn Werktagen nach Zugang der Mitteilung zurückmelden, legt der Medizinische Dienst einen der bereits mitgeteilten Termine als Termin fest und informiert das Krankenhaus über diesen Termin. Zwischen dieser Mitteilung des Medizinischen Dienstes über den von ihm festgelegten Termin und dem Termin der Prüfung vor Ort müssen mindestens zehn Werktage liegen. Wenn das Krankenhaus die Prüfung an dem vom Medizinischen Dienst fristgerecht festgelegten Termin nicht ermöglicht, schließt der Medizinische Dienst die Prüfung mit einem negativen Bescheid (ohne Gutachten) ab.

Bei der Vor-Ort-Prüfung steht dem Medizinischen Dienst eine Vertreterin oder ein Vertreter des Krankenhauses auf Nachfrage für den gesamten Zeitraum, sofern es erforderlich ist, zur Verfügung, um den Medizinischen Dienst bei der ordnungsgemäßen Durchführung der Prüfung zu unterstützen.

Das Krankenhaus stellt sicher, dass die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes die Räumlichkeiten und/oder technischen Ausstattungen persönlich in Augenschein nehmen können und dass die im Vorfeld angezeigten Unterlagen OPS-bezogen vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur vorgelegt werden. Im Rahmen der Prüfung vor Ort sind dem Medizinischen Dienst auf Anforderung Nachweise und Unterlagen zur nachgehenden Prüfung als Kopie auszuhändigen.

Wenn im Verlauf der Vor-Ort-Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die vorgelegten Nachweise und Unterlagen nicht vollständig oder nicht aussagefähig sind, wird dies dem Krankenhaus mitgeteilt. Dem Krankenhaus wird einmalig die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang dieser Mitteilung gegeben. Gehen die nachgeforderten Unterlagen innerhalb der Frist nicht beim Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise, Unterlagen und Informationen abgeschlossen.

Ist eine angezeigte Vor-Ort-Prüfung aufgrund von Sachverhalten, die nicht im Verantwortungsbereich des Krankenhauses liegen, nicht durchführbar, kann der Medizinische Dienst die Erledigungsart in eine Dokumentenprüfung ändern. Dies ist dem Krankenhaus schriftlich mitzuteilen. Das Krankenhaus hat dann je OPS-Kode den Selbstauskunftsbogen (Anlage 5a) mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen (Anlage 6a) vollständig und innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang dieser Mitteilung beim Medizinischen Dienst einzureichen. Wenn im Verlauf der Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die eingereichte Selbstauskunft mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen nicht vollständig oder nicht aussagefähig ist, wird dies

dem Krankenhaus mitgeteilt. Dem Krankenhaus wird die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach Zugang dieser Mitteilung gegeben. Gehen die angeforderten Unterlagen innerhalb der Frist nicht beim Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen.

5. Bescheid, Gutachten und Bescheinigung

5.1 Bescheid über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung

Gemäß § 275d Absatz 2 SGB V erhalten die Krankenhäuser vom Medizinischen Dienst sowohl bei Einhaltung als auch bei Nicht-Einhaltung der Strukturmerkmale der von ihnen beantragten und durch den Medizinischen Dienst geprüften Strukturvoraussetzungen von abrechnungsrelevanten OPS-Kodes einen Bescheid. Der Bescheid hat eine Entscheidung über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung nach Anlage 7 zu enthalten. Dem Bescheid liegt ein Gutachten über die durchgeführte Prüfung von Strukturmerkmalen des vom Krankenhaus jeweils zur Prüfung beantragten OPS-Kodes mit bei. Wird die Erfüllung der Strukturmerkmale vom Medizinischen Dienst positiv beschieden, liegt dem Bescheid und dem Gutachten zusätzlich eine entsprechende Bescheinigung (Anlage 7) bei. Das Gutachten sowie, bei Einhaltung der Strukturmerkmale, die Bescheinigung sind in schriftlicher oder elektronischer Form als Bestandteil des Bescheides zu übermitteln. Die Bescheide der Medizinischen Dienste dienen der Durchsetzung der Regelungen dieser Richtlinie. Die Anforderungen an das Verwaltungsverfahren nach dem SGB X sind zu beachten.

5.2 Gutachten

Der Medizinische Dienst erstellt ein Gutachten über die durchgeführte Prüfung von Strukturmerkmalen des vom Krankenhaus jeweils zur Prüfung beantragten OPS-Kodes. Bei den in der Anlage 2a/2b gekennzeichneten OPS-Kodes wird je Station bzw. Einheit eines Standortes und OPS ein Gutachten erstellt. Das Standortkennzeichen (Standortnummer) nach § 293 Absatz 6 SGB V wird neben dem Institutionskennzeichen (IK) des Krankenhauses im Gutachten angegeben.

Das Gutachten enthält Feststellungen zu den geprüften Strukturmerkmalen und zum Ergebnis der Prüfung im Hinblick darauf, ob die Strukturmerkmale erfüllt sind.

Sofern ein Krankenhaus die Strukturmerkmale nicht erfüllt und daher keine Bescheinigung erhält, kann das Krankenhaus aus dem vom Medizinischen Dienst übermittelten Gutachten die Gründe hierfür entnehmen.

5.3 Bescheinigung

Hat ein Krankenhaus für mehrere abrechnungsrelevante OPS-Kodes eine Strukturprüfung nach § 275d Absatz 2 SGB V beantragt, erhalten die Krankenhäuser pro Standort und OPS sowie, sofern dies der jeweilige OPS-Kode vorsieht, differenziert nach Stationen bzw. Einheiten für die Leistungen, die mit den Krankenkassen vereinbart und abgerechnet werden sollen, bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung. Für die Bescheinigung ist vom Medizinischen Dienst das Formblatt gemäß Anlage 7 (Bescheinigung) zu verwenden. Die Bescheinigung wird nur im Rahmen des zu erlassenden Bescheides erteilt.

5.4 Gültigkeitsdauer

Der Bescheid sowie die Bescheinigung haben Angaben darüber zu enthalten, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale des OPS-Kodes als erfüllt angesehen wird.

Die Gültigkeitsdauer beträgt bei Anträgen zur turnusgemäßen Prüfung grundsätzlich zwei Jahre. Diese beginnt mit dem 1. Januar des Jahres, das dem Jahr der Antragstellung folgt.

Davon abweichend wird bei OPS-Kodes in besonderen medizinischen Bereichen mit erhöhten Anforderungen hinsichtlich der Patientensicherheit, der Behandlungskomplexität, Behandlungsrisiken oder anderer Besonderheiten gemäß Anlage 3 (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen und einjähriger Gültigkeitsdauer der Bescheinigung) eine verkürzte Gültigkeitsdauer von einem Jahr bescheinigt.

Bei nicht fristgerechter Antragstellung durch das Krankenhaus und Prüfung erst im Folgejahr beginnt die Laufzeit der Bescheinigung mit dem Datum der Ausstellung der Bescheinigung und kann daher weniger als ein bzw. zwei Jahre betragen, sofern in den vorangegangenen Abschnitten keine abweichenden Regelungen getroffen wurden. In Fällen, in denen Strukturmerkmale eines OPS-Kodes aufgrund der Regelung des § 25 KHG als erfüllt angesehen werden, beträgt die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung bei turnusgemäßen Prüfungen ebenfalls nur ein Jahr.

Bei Anträgen auf Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung ab dem Zeitpunkt der nachweislichen Wiedererfüllung der Strukturmerkmale, jedoch frühestens einen Monat zuzüglich maximal zehn Werktagen (für die Antragstellung) vor Antragseingang beim Medizinischen Dienst. Das Ende der Laufzeit stimmt mit derjenigen des ursprünglichen und zwischenzeitlich aufgehobenen Bescheides überein.

Bei Anträgen zur Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung mit dem Datum des Bescheiderlasses und endet am 31. Dezember des auf das Jahr des Bescheiderlasses folgenden Kalenderjahres. Dies gilt für sämtliche OPS-Kodes, unabhängig von der in Anlage 3 aufgeführten Laufzeit und auch für OPS-Kodes, die von den Regelungen nach § 25 KHG betroffen sind.

Bei Anträgen zur Prüfung bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung mit dem Datum des Bescheiderlasses und endet am 31. Dezember des auf das Jahr des Bescheiderlasses folgenden Kalenderjahres.

6. Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus

Seit 1. Januar 2022 gilt gemäß § 275d Absatz 4 SGB V, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen dürfen. Die Medizinischen Dienste haben in ihren Bescheiden auf diese Rechtsfolge hinzuweisen.

Halten Krankenhäuser eines oder mehrere der im Rahmen einer Prüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale eines OPS-Kodes über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr ein, so haben sie dies gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem zuständigen Medizinischen Dienst (unter Verwendung des Formulars 8.3 der Anlage 8) unverzüglich mitzuteilen.

Auf Grundlage der Mitteilung des Krankenhauses hebt der Medizinische Dienst den Bescheid mit Wirkung vom Zeitpunkt von einem Monat nach Nichteinhaltung eines oder mehrerer im Rahmen einer Prüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale auf, so dass die Leistungen nicht mehr vereinbart und abgerechnet werden dürfen. Nach der Aufhebung des Bescheides ist eine Wiederholungsprüfung nach Abschnitt 4.1.2 möglich.

Fällt im Rahmen einer turnusgemäßen Prüfung auf, dass die Strukturvoraussetzungen mehr als einen Monat nicht mehr eingehalten wurden, hebt der Medizinische Dienst den bestehenden Bescheid mit Wirkung für die Zukunft auf. In gesetzlichen Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn es das Krankenhaus grob fahrlässig unterlassen hat, die Nichteinhaltung der Strukturvoraussetzungen fristgerecht mitzuteilen, erfolgt gegebenenfalls eine Aufhebung mit Wirkung ab Nichteinhaltung der Strukturvoraussetzungen

7. Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels

Grundlage der Prüfung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst ist diese Richtlinie, die auf dem durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V beruht.

Wird der Operationen- und Prozedurenschlüssel im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung von Strukturmerkmalen der OPS-Kodes durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geändert, sind diese Richtlinie bzw. ihre Anlagen entsprechend anzupassen. Der Bescheid über die Erteilung der Bescheinigung bleibt von der Änderung des Operationen- und Prozedurenschlüssels und dieser Richtlinie für die Dauer seiner Gültigkeit unberührt.

8. Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch

Legt ein Krankenhaus Widerspruch gegen den Bescheid und damit gegen die Entscheidung des Medizinischen Dienstes ein, so erfolgt eine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Der Bescheid wird hinsichtlich seiner Rechtmäßigkeit und Zweckmäßigkeit erneut überprüft. Dabei sind insbesondere auch neue Tatsachen betreffend die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen zu berücksichtigen. Diese Begutachtung kann nach Aktenlage oder vor Ort erfolgen. Es können ergänzende Unterlagen beim Krankenhaus angefordert werden. Maßgeblich ist die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt des Widerspruchsbescheides. Folgt der Erstgutachter dem Vorbringen im Widerspruch nicht, wird der Sachverhalt durch einen Zweitgutachter geprüft. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, erlässt der Medizinische Dienst, der den Bescheid erlassen hat, den Widerspruchsbescheid.

Für das Widerspruchsverfahren gelten die gesetzlichen Vorgaben des SGB X sowie des SGG.

9. Datenschutz

Die Verarbeitung einschließlich der Übermittlung der aus der Strukturprüfung gewonnenen Daten erfolgt ausschließlich für Zwecke der Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach Maßgabe dieser Richtlinie.

Die für die Strukturprüfung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten sind nach § 275d Absatz 1 Satz 3 SGB V von den Krankenhäusern an den Medizinischen Dienst zu übermitteln. Die Übermittlung der erforderlichen Daten soll elektronisch erfolgen.

Der Medizinische Dienst darf die erforderlichen Daten erheben, speichern und verarbeiten, wenn dies für die Begutachtung der Strukturvoraussetzungen nach dieser Richtlinie erforderlich ist (§ 276 Absatz 2 SGB V).

Die elektronischen Daten müssen in einer Weise übermittelt und verarbeitet werden, die eine angemessene Sicherheit der personenbezogenen Daten nach dem aktuellen Stand der Technik gewährleistet, einschließlich des Schutzes vor unbefugter oder unrechtmäßiger Verarbeitung und vor unbeabsichtigtem Verlust, unbeabsichtigter Zerstörung oder unbeabsichtigter Schädigung. Die hierzu erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sind für die Aufgaben der Medizinischen Dienste durch diese bereitzustellen.

Die Daten sind gemäß § 276 Absatz 2 Satz 4 SGB V nach fünf Jahren zu löschen.

10. Ausnahmen von der Prüfung

Ist ein Strukturmerkmal gemäß § 25 KHG von der Prüfung auszunehmen, findet für die dort genannten Zeiträume keine Prüfung statt. Das entsprechende Strukturmerkmal gilt dann als eingehalten.

11. Übergangsbestimmungen

Die über den 31. Dezember 2023 hinaus gültigen Bescheinigungen für den OPS-Kodes 8-984 (OPS-Version 2022) gelten ohne erneute Strukturprüfung im Rahmen ihrer Gültigkeitsdauer als Bescheinigung für den OPS 8-984.3 (OPS-Version 2024) fort.

12. Inkrafttreten

Diese Richtlinie wird nach ihrer Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund veröffentlicht (www.md-bund.de) und tritt einen Tag danach in Kraft.

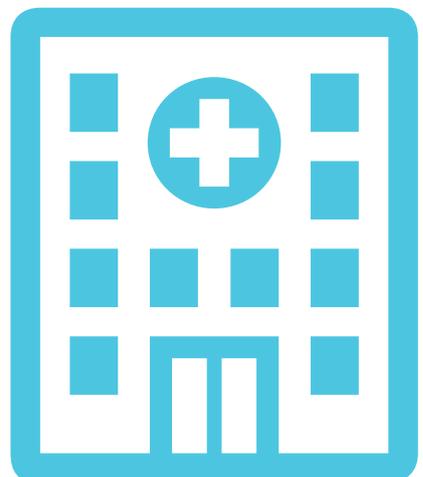
13. Anlagen

- Anlage 1a: Antrag abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen
- Anlage 1b: Antrag erstmalig abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen
- Anlage 2a: Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen
- Anlage 2b: Weitere OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen
- Anlage 3: Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen und einjähriger Gültigkeitsdauer der Bescheinigung
- Anlage 4a: Strukturmerkmale abrechnungsrelevante OPS-Kodes
- Anlage 4b: Strukturmerkmale weiterer OPS-Kodes
- Anlage 5a: Selbstauskunftsbögen abrechnungsrelevante OPS-Kodes
- Anlage 5b: Selbstauskunftsbögen weiterer OPS-Kodes
- Anlage 6a: Erforderliche Unterlagen abrechnungsrelevante OPS-Kodes
- Anlage 6b: Erforderliche Unterlagen weiterer OPS-Kodes
- Anlage 7: Bescheinigung
- Anlage 8: Formulare für Mitteilungen des Krankenhauses an den Medizinischen Dienst

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 1a: Antrag abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)



Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Anlage 1a: Antrag abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)

Antrag gemäß der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu den regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V



Antragsart

- Antrag zur turnusgemäßen Prüfung** gemäß Abschnitt 4.1.1
- Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen** gemäß Abschnitt 4.1.2

Datum der Wiedererfüllung: _____

- Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung** gemäß Abschnitt 4.1.3
Hinweis: Diese Antragsart ist auch bei Umzügen an einen anderen Standort und bei Erbringung einer Leistung auf zusätzlichen Stationen oder Einheiten bei einem OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug zu wählen.

Eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V ist erfolgt: Ja Nein

Datum der Anzeige: _____



Die erforderlichen Unterlagen gemäß Anlagen 5a und 6a sind zusammen mit dem Antrag einzureichen.

Ausnahme: Antrag zur turnusgemäßen Prüfung



Krankenhaus

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____



Bitte kennzeichnen
Sie diese Anschrift
oder die Anschrift
des Standortes als
Korrespondenz-
adresse!



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____, _____

Unterschrift _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	<input type="checkbox"/>		
1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	<input type="checkbox"/>		
1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	<input type="checkbox"/>		
5-709.0 Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	<input type="checkbox"/>		
8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	<input type="checkbox"/>		
8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierte intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit	<input type="checkbox"/>		
8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierte nicht intensivmedizini- sche Beatmungsentwöhnungs-Einheit	<input type="checkbox"/>		
8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>		
8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>		
8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftun- gen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern	<input type="checkbox"/>		
8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch- medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
8-977 Multimodal-nichtoperative Komplex- behandlung des Bewegungssystems	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	<input type="checkbox"/>		
8-981.2 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
8-981.3 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	<input type="checkbox"/>		
8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
8-984.3 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>		
8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeits- kranker [Qualifizierter Entzug]	<input type="checkbox"/>		
8-986 Multimodale kinder- und jugend- rheumatologische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>		
8-987.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>		
8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand	<input type="checkbox"/>		
8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
8-98b.2 Andere neurologische Komplex- behandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	<input type="checkbox"/>		
8-98b.3 Andere neurologische Komplex- behandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	<input type="checkbox"/>		
8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	<input type="checkbox"/>		
8-98e Spezialisierte stationäre palliativ- medizinische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	<input type="checkbox"/>		
8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplex- behandlung auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>	/	
8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	<input type="checkbox"/>	/	
8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	<input type="checkbox"/>	/	
9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	<input type="checkbox"/>	/	
9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	
9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	
9-62 Psychotherapeutische Komplexbehand- lung bei psychischen und psychosomati- schen Störungen und Verhaltensstörun- gen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	
9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	
9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch- psychotherapeutische Komplex- behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting	<input type="checkbox"/>	/	
9-647 Spezifische qualifizierte Entzugs- behandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	
9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind	<input type="checkbox"/>		
9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regel- behandlung bei psychischen und psycho- somatischen Störungen und Verhaltens- störungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	/	
9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensiv- behandlung bei psychischen und psycho- somatischen Störungen und Verhaltens- störungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	/	
9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behand- lung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	/	/
9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>	/	/

Speichern

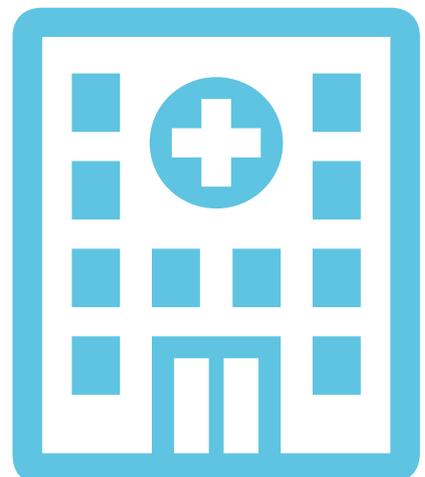
Drucken

Zurücksetzen

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 1b: Antrag erstmalig abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)



Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Anlage 1b: Antrag erstmalig abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)

Antrag gemäß der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu den regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V



Antragsart

- Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß Abschnitt 4.1.2**

Datum der Wiedererfüllung: _____

- Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung gemäß Abschnitt 4.1.3**

Hinweis: Diese Antragsart ist auch bei Umzügen an einen anderen Standort und bei Erbringung einer Leistung auf zusätzlichen Stationen oder Einheiten bei einem OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug zu wählen.

Eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V ist erfolgt: Ja Nein

Datum der Anzeige: _____

- Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes gemäß Abschnitt 4.1.4**

Eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V ist erfolgt: Ja Nein

Datum der Anzeige: _____



Die erforderlichen Unterlagen gemäß Anlagen 5b und 6b sind zusammen mit dem Antrag einzureichen.



Krankenhaus

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____



Bitte kennzeichnen
Sie diese Anschrift
oder die Anschrift
des Standortes als
Korrespondenz-
adresse!



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____, _____

Unterschrift _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
1-910 Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	<input type="checkbox"/>		
8-553 Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren	<input type="checkbox"/>		
8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	<input type="checkbox"/>		
8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung	<input type="checkbox"/>		
8-984.4 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition]	<input type="checkbox"/>		
8-989 Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen	<input type="checkbox"/>		
8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
9-310 Phoniatrie und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatrie Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	<input type="checkbox"/>		
9-311 Phoniatrie und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatrie-psycho-somatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
9-312 Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>	/	/
9-401.5 Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplex- behandlung	<input type="checkbox"/>	/	/
9-502 Präventive familienzentrierte multi- modale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen	<input type="checkbox"/>	/	/

Speichern

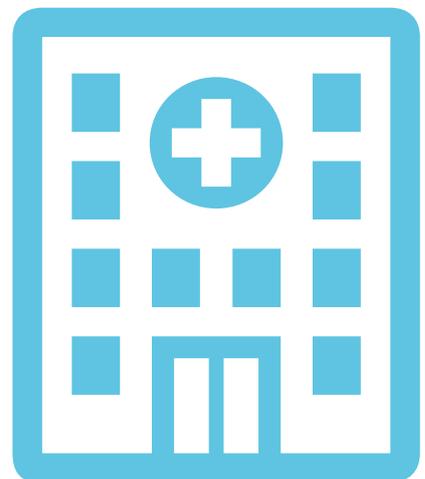
Drucken

Zurücksetzen

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 2a: Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)



Anlage 2a: Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)

OPS	Station	Einheit	Bezeichnung
1-221			Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit
1-945			Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit
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
8-550		●	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552			Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-559			Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
8-644			Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen
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
8-918			Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-91c			Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
8-934			Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern
8-975.2			Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung
8-977			Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
8-97d			Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom
8-980	●		Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

● = Kodes, bei denen die Angabe der einzelnen Stationen oder Einheiten erforderlich ist, auf denen die Leistung erbracht wird

OPS	Station	Einheit	Bezeichnung
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
8-982			Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-983			Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-984.3			Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus
8-985			Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
8-986			Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
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
8-988			Spezielle Komplexbehandlung der Hand
8-98a			Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
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
8-98d	●	●	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98e		●	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98f	●		Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98g.0	●		Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
8-98g.1			Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
8-98h.0			Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst
8-98h.1			Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst

● = Kodes, bei denen die Angabe der einzelnen Stationen oder Einheiten erforderlich ist, auf denen die Leistung erbracht wird

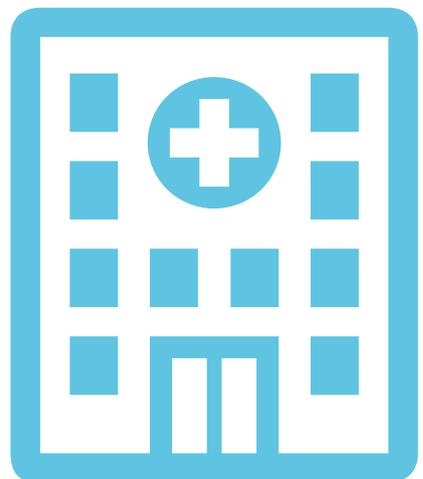
OPS	Station	Einheit	Bezeichnung
9-403			Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
9-60			Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-61			Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-62			Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-63			Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-642			Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643			Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting
9-647			Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
9-64a		●	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind
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
9-68		●	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-694	●		Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen
9-701			Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
9-801			Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen
9-985			Teilstationäre pädiatrische Behandlung

● = Kodes, bei denen die Angabe der einzelnen Stationen oder Einheiten erforderlich ist, auf denen die Leistung erbracht wird

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 2b: Weitere OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)



Anlage 2b: Weitere OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)

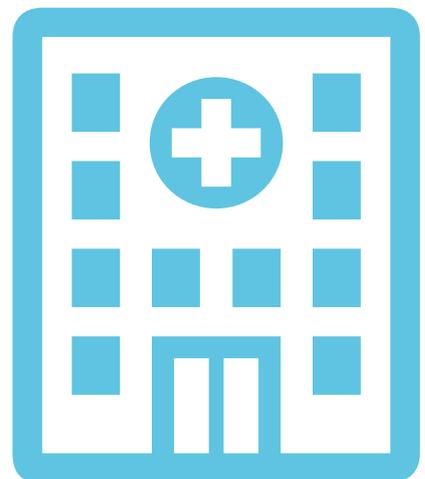
OPS	Station	Einheit	Bezeichnung
1-910			Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik
8-553			Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren
8-563			Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung
8-91b			Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung
8-974			Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung
8-984.4			Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition]
8-989			Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen
8-98j			Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung
9-310			Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatriische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
9-311			Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatriisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens
9-312			Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung
9-401.5	●		Psychoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung
9-502			Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

● = Kodes, bei denen die Angabe der einzelnen Stationen oder Einheiten erforderlich ist, auf denen die Leistung erbracht wird

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 3: Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen und einjähriger Gültigkeitsdauer der Bescheinigung (OPS-Version 2024)



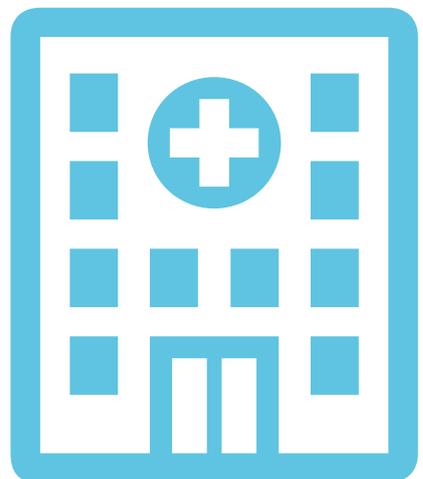
Anlage 3: Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen und einjähriger Gültigkeitsdauer der Bescheinigung (OPS-Version 2024)

OPS	Bezeichnung
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
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
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
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
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
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst
8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

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 4a: Strukturmerkmale abrechnungsrelevante OPS-Kodes (OPS-Version 2024)



Inhaltsverzeichnis

1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit.....	5
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	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	6
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen.....	6
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung.....	7
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation.....	7
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	8
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	8
8-718.8	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	9
8-718.9	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit.....	10
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	11
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	11
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern	11
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	12
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	12
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	13
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur).....	13

8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	14
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	15
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung.....	16
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	16
8-984.3	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus.....	17
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug].....	17
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	18
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	18
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit.....	19
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand.....	19
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	20
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	21
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	22
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur).....	23
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung.....	24
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	25
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	26
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit.....	26
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	27

8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	28
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	28
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	29
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	30
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	31
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	32
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	33
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting	34
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen.....	34
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind.....	35
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.....	36
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.....	37
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen.....	38
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen.....	39
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	40
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	41
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	42
	Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V	43

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

1-221

Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

→ Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

1-945

Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit

→ Multiprofessionelles Team (mindestens ein Arzt, ein Sozialarbeiter oder eine pädagogisch-pflegerische Fachkraft, ein Psychologe oder ein Psychotherapeut oder eine sozialpädagogische oder heilpädagogische Fachkraft in psychotherapeutischer Ausbildung und eine Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

1-999.3

Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

→ Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

5-709.0

Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen

→ Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort
des Krankenhauses

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-01a

Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen

→ Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort
des Krankenhauses

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

- Multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Werden am Standort sowohl die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit
- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-552

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

- Frührehabteam mit 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. Im Frührehabteam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein
- Vorhandensein von auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege
- Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, (Neuro-)Psychologie, Logopädie/faziorale Therapie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-559

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation

- Frührehabteam mit fachärztlicher Behandlungsleitung (mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig oder 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin oder Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin)
- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u. a.)
- Vorhandensein von mindestens 4 der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Dysphagietherapie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-644

Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen

- Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-718.8

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

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist
- Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:
 - ↳ Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)
 - ↳ Mechanischer Insufflator/Exsufflator
 - ↳ 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit
- Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie
- Werktägliche Verfügbarkeit von:
 - ↳ Logopädie mit Dysphagietherapie
 - ↳ Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie
- Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

8-718.9

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

- Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 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
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:
 - ↳ Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)
 - ↳ Mechanischer Insufflator/Exsufflator
 - ↳ 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit
- Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie
- Werk tägliche Verfügbarkeit von:
 - ↳ Logopädie mit Dysphagietherapie
 - ↳ Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie
- Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-918

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie
- Zum Team gehört ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut
- Vorhandensein von Physiotherapie oder Sporttherapie oder anderen körperlich übenden Verfahren

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-934

Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntem Ausmaßes bei Kindern

- Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-975.2

Naturheilkundliche und anthroposophisch- medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung

- Klinisch-naturheilkundliches Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren
- Dem Team müssen neben Ärzten und fachkundigem Pflegepersonal mit mindestens halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung mindestens drei der folgenden Berufsgruppen angehören: Physiotherapeuten/Krankengymnasten/Masseure/Medizinische Bademeister/Sportlehrer, Ergotherapeuten, Psychologen, Ökotrophologen/Diätassistenten, Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-977

Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems

- Fachärztliche Behandlungsleitung

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-97d

Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom

- Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche:
Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-980

Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen werden

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-981.2

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

- Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie
- 24-stündige ärztliche Anwesenheit (Dies kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in neurologischer Weiterbildung sein.). Werktags wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt
- 24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie (digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie oder MR-Angiographie)
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
- Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung
- Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
- Fachabteilung für Neurologie am Standort der Schlaganfalleinheit
- Kooperationsvereinbarung mit einer Schlaganfalleinheit mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen
- Konzept zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-981.3

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

- Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie
- 24-stündige ärztliche Anwesenheit (Dies kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in neurologischer Weiterbildung sein.). Werktags wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt
- 24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie (digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie oder MR-Angiographie)
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
- Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung
- Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
- Fachabteilungen für Neurologie und Innere Medizin am Standort der Schlaganfalleinheit
- Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurgie und eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie

- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Durchführung intrakranieller Eingriffe zur Dekompression oder zur Hämatomentlastung am Standort der Schlaganfalleinheit
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch Thrombolyse und interventioneller Thrombektomien am Standort der Schlaganfalleinheit (mindestens zwei Fachärzte für Radiologie mit der Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie oder mit Kenntnissen der interventionellen Neuroradiologie)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-982

Palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-983

Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

- Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-984.3

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

- Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und „Diabetologe DDG“
- Vorhandensein von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. 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

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-985

Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]

- Multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervidiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation wie z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung) mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung Suchtmmedizinische Grundversorgung. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z. B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-986

Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung

- Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-987.0

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

- Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)
- Vorhandensein eines Hygieneplans
- Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-987.1

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

- Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)
- Vorhandensein eines Hygieneplans

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-988

Spezielle Komplexbehandlung der Hand

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie 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
- 24-stündige Verfügbarkeit (mindestens durch Rufbereitschaft) eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- Leitung der physiotherapeutischen und/oder ergotherapeutischen Behandlung durch mindestens einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Patienten

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98a

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

- Multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Werden am Standort sowohl die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit
- Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen
- Vorhandensein folgender Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie, Sozialdienst

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98b.2

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

- Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein)
- 24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
- 24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses
- Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
- Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung
- Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
- Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98b.3

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

- Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein)
- 24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)
- 24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses
- Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
- Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung
- Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie
- Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist
- Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes
- Verfügbarkeit des Telekonsildienstes zu sämtlichen Zeiten, zu denen ein Facharzt für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht
- Telekonsilärzte sind Ärzte mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke-Unit)
- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche, strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

- Fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/
Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin.
Dieser kann durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und
Jugendlichen vertreten werden
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner
(mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“, sofern keine Fachweiterbildung in den
Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege vor-
liegt) mit einer Fachweiterbildungsquote 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 Versorgungsangebo-
te übergangsweise für das laufende Jahr eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung in der pädiat-
rischen Intensivpflege ausreichend
- Spezialisierte Einheit für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt
der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz bei Kindern und Jugendlichen
innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen werden
- Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnet-
resonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestel-
lungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie stehen als Dienstleistungen/Konsiliardienste
in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger)
Einsatzbereitschaft zur Verfügung
- 24-stündige Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bett-
seitiger Routinelabordiagnostik (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat)
- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - ↳ Apparative Beatmung
 - ↳ Nicht invasives und invasives Monitoring

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98e

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

- Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) mit einem multiprofessionellen, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Team
- 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. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden
- Werktags eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit
- Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden und mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung
- Vorhandensein von spezialisierten apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung, z. B. Schmerzpumpen und weitere kontinuierliche parenterale Therapien zur Symptomkontrolle

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98f

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- 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. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
- Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen werden
- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - ↳ Apparative Beatmung
 - ↳ Nicht invasives und invasives Monitoring
 - ↳ Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
 - ↳ Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
 - ↳ Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
 - ↳ Transösophageale Echokardiographie
- 24-stündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verfahren am Standort des Krankenhauses:
 - ↳ Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT
 - ↳ Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
 - ↳ Interventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
 - ↳ Laborleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, Entzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen). Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98g.0

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

- Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal, mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)
- Vorhandensein eines Hygieneplans
- Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98g.1

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

- Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal, mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)
- Vorhandensein eines Hygieneplans

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98h.0

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst

- Abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst), bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Es bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab
- Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)
- 24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98h.1

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst

- Abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst), bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Es bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab
- Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)
- 24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-403

Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie

- Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-60

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - ↳ Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-61

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - ↳ Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-62

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Multiprofessionelles Team mit 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

- Vorhandensein von Vertretern der folgenden 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)
 - ↳ 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)
 - ↳ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - ↳ Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-63

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

- Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen, Sportlehrer)
 - ↳ Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-642

Integrierte klinisch-psycho-somatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

- Vorhandensein einer somatischen Intensivstation und/oder Intermediate Care am Standort des Krankenhauses
- Psychosomatisch-psychotherapeutisches Team mit 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 jeweils mit einer weiteren somatischen Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie) oder mit 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 und einen weiteren Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation im Team
- Arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes, um ggf. auch kurzfristig psychische Problemlagen behandeln zu können
- Mindestens in einem somatischen Fach qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft am Standort des Krankenhauses über 24 Stunden täglich
- Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting

- Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittags-schlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z. B. als Bewegungsraum)
- Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern
- Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte (z. B. Kinderkrankenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerzieher, Heilpädagogen) sind Teil des Behandlungsteams
- Möglichkeit zu einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung der Mutter durch eine Hebamme, einen Stillberater im Hause oder durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern
- Mindestens konsiliarisches Vorhandensein eines Pädiaters und/oder Kinder- und Jugendpsychiaters

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-647

Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

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

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-64a

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

- Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie am Standort des Krankenhauses
- Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik am Standort des Krankenhauses
- Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychochomatischen/-psychotherapeutischen Setting
- Duale Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern
- Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittags-schlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z. B. als Bewegungsraum)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-65

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
 - ↳ Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-67

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
 - ↳ Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-68

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

- Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit
- Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern
- Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittags-schlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z. B. als Bewegungsraum).
- Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
 - ↳ Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Kranken-pflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-694

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen

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

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-701

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen

- Mobiles multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z. B. 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) oder Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Logopäde, Kreativtherapeut))
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - ↳ Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)
- Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus jederzeitige, 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit
- Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-801

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

- Mobiles multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z. B. 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) oder Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde))
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - ↳ Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
 - ↳ 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)
 - ↳ Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
 - ↳ Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)
- Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus jederzeitige, 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit
- Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-985

Teilstationäre pädiatrische Behandlung

→ Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses

Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V

Gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) berechtigt, bei Auslegungsfragen zu ICD-10-GM und OPS Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vorzunehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.

In diesem Anhang zum OPS werden die Klarstellungen und Änderungen aufgeführt, die gemäß obiger gesetzlicher Grundlage festgelegt wurden.

Gemäß den oben genannten Rechtsgrundlagen stellte das BfArM am 14.10.2021 fest:

1. Für den OPS 2021 wurde folgende Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“ in den Hinweisen für die Benutzung festgelegt:

„Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation. Sie kann durch unterschiedliche Personen mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sichergestellt werden. Die Behandlungsleitung trägt die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten. Für die Behandlungsleitung kann kodespezifisch der Umfang für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen festgelegt werden.“

Die Festlegung bedeutet, dass eine Person als Behandlungsleitung ausreicht, um das Strukturmerkmal zu erfüllen, sofern nicht bei dem einzelnen OPS-Code ausdrücklich vorgegeben ist, dass die Behandlungsleitung durch mehrere Personen zu erfüllen ist. Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen.

Mit der Behandlungsleitung sind keine Vorgaben zu Anwesenheit, Patientenkontakten und Teilnahme an den Teambesprechungen oder Visiten verbunden, sofern keine kodespezifischen Vorgaben hierzu bestehen.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

2. Für mehrere Kodes wurden für den OPS 2021 Strukturmerkmale für das Vorhandensein oder die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren festgelegt.

Der OPS legt nicht fest, dass für einen Therapiebereich oder ein Verfahren mehrere qualifizierte Personen vorzuhalten sind, um die Strukturmerkmale für das Vorhandensein oder die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren zu erfüllen, sofern bei dem einzelnen Kode keine kodespezifischen Vorgaben zu berücksichtigen sind (z. B. 24-stündige Verfügbarkeit von Verfahren). Das bedeutet, dass sowohl das Vorhalten eines Therapiebereiches als auch die Gewährleistung eines Verfahrens auch durch eine Person, die entsprechend dem im jeweiligen OPS-Kode geforderten Therapiebereich oder Verfahren qualifiziert ist, sichergestellt werden kann. Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich oder das Verfahren nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

3. Für den Kode 8-550 wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen

Die Festlegung bedeutet, dass eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams über die geforderte Qualifikation verfügen muss, um die Anforderungen an die Qualifikation für das Strukturmerkmal „Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege“ zu erfüllen. Wegen der Verknüpfung mit dem Wort „hierfür“ erklärt der zweite Satz des Strukturmerkmals den ersten Satz und definiert so das besonders geschulte Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Weitere Anforderungen an die Qualifikation des übrigen Pflegepersonals legt der OPS nicht fest.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

4. Für die Kodes 8-718.8 und 8-718.9 wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Der OPS legt nicht fest, dass für die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs bestimmte Strukturen (z. B. ein Ethik-Komitee) vorhanden sein müssen.

Für die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs muss mindestens eine Person mit der Qualifikation zur Moderation von Ethik-Fallgesprächen hinzugezogen werden können. Dies kann ein Mitglied eines Ethik-Komitees oder ein zertifizierter Ethik-Berater im Gesundheitswesen sein. Dies kann auch durch Kooperation erfüllt werden.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

5. In den Kodes 8-980, 8-98d und 8-98f entfällt für den OPS 2021 jeweils folgendes Strukturmerkmal:

→ Die Ärzte des Teams sind in der Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten

Diese Änderung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021. Das Strukturmerkmal wird im OPS 2022 nicht weitergeführt.

6. Für den Kode 8-98d wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie stehen als Dienstleistungen/Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft zur Verfügung

Der OPS legt nicht fest, dass die geforderten Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden müssen. Das bedeutet, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt innerhalb der geforderten kurzfristigen (max. 30-minütigen) Einsatzbereitschaft hinzugezogen werden kann.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

7. Für den Kode 8-98f wurden für den OPS 2021 folgende Strukturmerkmale festgelegt:

- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
- ↳ Apparative Beatmung
 - ↳ Nicht invasives und invasives Monitoring
 - ↳ Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
 - ↳ Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
 - ↳ Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
 - ↳ Transösophageale Echokardiographie

Der OPS legt nicht fest, dass die 24-stündige Verfügbarkeit der Verfahren ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte bestimmter Fachgebiete zu erbringen ist. Das bedeutet zum einen, dass unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen alle Fachärztinnen und Fachärzte die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Zum anderen bedeutet das, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt hinzugezogen werden kann.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

8. Für den Kode 8-98f wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

- Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie

Der OPS legt nicht fest, dass die geforderten Konsiliardienste ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden dürfen. Das bedeutet, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten klinischen Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt innerhalb der geforderten maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses hinzugezogen werden kann.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

9. Für den Kode 9-64a wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Spezialisierte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychochomatischen/-psychotherapeutischen Setting

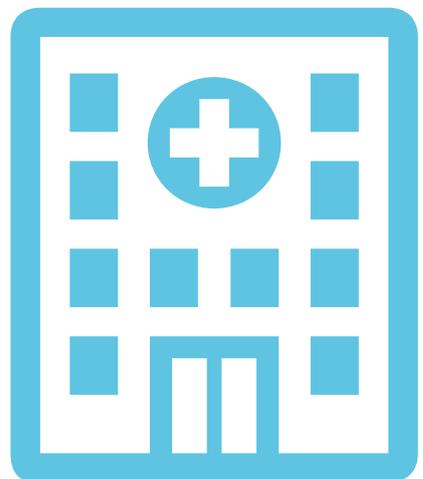
Die Festlegung bedeutet, dass es sich um eine räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit handeln muss. Der OPS legt nicht fest, dass die spezialisierte Einheit über fest zugeordnetes ärztliches, psychologisches und pflegerisches Personal verfügen muss.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

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 4b: Strukturmerkmale weiterer OPS-Kodes (OPS-Version 2024)



Inhaltsverzeichnis

1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik	3
8-553	Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren.....	3
8-563	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung	3
8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	4
8-974	Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung.....	4
8-984.4	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition]	5
8-989	Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen.....	5
8-98j	Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung	6
9-310	Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	6
9-311	Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens.....	6
9-312	Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung.....	7
9-401.5	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung.....	7
9-502	Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen.....	7
	Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V	8

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

1-910

Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik

→ Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-553

Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

→ Multiprofessionelles, auf die Rehabilitation von Patienten mit Sprech-, Stimm-, Kau- und Schluckstörungen bei Kopf-Hals-Tumoren (z. B. bei Tumoren der Mundhöhle, des Epipharynx, des Oropharynx, des Hypopharynx, des Larynx und bei zervikalem CUP-Syndrom) spezialisiertes Frührehabilitationsteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie muss über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation von Kopf-Hals-Tumor-Patienten verfügen. Zum Frührehabilitationsteam gehören mindestens ein Facharzt der Fachrichtungen, die die betreffenden Patienten onkologisch betreuen können, sowie mindestens ein Logopäde oder Sprachtherapeut oder Klinischer Linguist

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-563

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung

→ Behandlungsleitung durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin oder einen Facharzt mit mindestens 5-jähriger Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-91b

Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

→ Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerztherapie

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-974

Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung

→ Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-984.4

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition]

- Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen
- Vorhandensein von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit schwerer Mangelernährung oder auf Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-989

Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt einer operativen Disziplin
- Möglichkeit zum Hygiene- bzw. Infektionsmonitoring mit 24-stündigem Zugriff (auch extern) auf Leistungen und Befunde

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

8-98j

Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

- Ernährungsteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der strukturierten curricularen Fortbildung oder Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin und mit einem Diätassistenten oder Ökotrophologen
- Werktags mindestens 7-stündige Verfügbarkeit des Ernährungsteams

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-310

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens

- Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-311

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens

- Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-312

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung

→ Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-401.5

Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung

→ Behandlungsleitung durch einen Facharzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten auf einer somatischen Station

Strukturmerkmale gemäß OPS-Version 2024

9-502

Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

→ Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie

→ Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen:

↳ Ärzte

↳ Psychologen oder Pädagogen

↳ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner

Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V

Gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) berechtigt, bei Auslegungsfragen zu ICD-10-GM und OPS Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vorzunehmen, soweit diese nicht zu erweiterten Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führen.

In diesem Anhang zum OPS werden die Klarstellungen und Änderungen aufgeführt, die gemäß obiger gesetzlicher Grundlage festgelegt wurden.

Gemäß den oben genannten Rechtsgrundlagen stellte das BfArM am 14.10.2021 fest:

1. Für den OPS 2021 wurde folgende Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“ in den Hinweisen für die Benutzung festgelegt:

„Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation. Sie kann durch unterschiedliche Personen mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sichergestellt werden. Die Behandlungsleitung trägt die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten. Für die Behandlungsleitung kann kodespezifisch der Umfang für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen festgelegt werden.“

Die Festlegung bedeutet, dass eine Person als Behandlungsleitung ausreicht, um das Strukturmerkmal zu erfüllen, sofern nicht bei dem einzelnen OPS-Code ausdrücklich vorgegeben ist, dass die Behandlungsleitung durch mehrere Personen zu erfüllen ist. Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen.

Mit der Behandlungsleitung sind keine Vorgaben zu Anwesenheit, Patientenkontakten und Teilnahme an den Teambesprechungen oder Visiten verbunden, sofern keine kodespezifischen Vorgaben hierzu bestehen.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

2. Für mehrere Kodes wurden für den OPS 2021 Strukturmerkmale für das Vorhandensein oder die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren festgelegt.

Der OPS legt nicht fest, dass für einen Therapiebereich oder ein Verfahren mehrere qualifizierte Personen vorzuhalten sind, um die Strukturmerkmale für das Vorhandensein oder die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren zu erfüllen, sofern bei dem einzelnen Kode keine kodespezifischen Vorgaben zu berücksichtigen sind (z. B. 24-stündige Verfügbarkeit von Verfahren). Das bedeutet, dass sowohl das Vorhalten eines Therapiebereiches als auch die Gewährleistung eines Verfahrens auch durch eine Person, die entsprechend dem im jeweiligen OPS-Kode geforderten Therapiebereich oder Verfahren qualifiziert ist, sichergestellt werden kann. Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich oder das Verfahren nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

3. Für den Kode 8-550 wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen

Die Festlegung bedeutet, dass eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams über die geforderte Qualifikation verfügen muss, um die Anforderungen an die Qualifikation für das Strukturmerkmal „Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege“ zu erfüllen. Wegen der Verknüpfung mit dem Wort „hierfür“ erklärt der zweite Satz des Strukturmerkmals den ersten Satz und definiert so das besonders geschulte Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Weitere Anforderungen an die Qualifikation des übrigen Pflegepersonals legt der OPS nicht fest.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

4. Für die Kodes 8-718.8 und 8-718.9 wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Der OPS legt nicht fest, dass für die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs bestimmte Strukturen (z. B. ein Ethik-Komitee) vorhanden sein müssen.

Für die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs muss mindestens eine Person mit der Qualifikation zur Moderation von Ethik-Fallgesprächen hinzugezogen werden können. Dies kann ein Mitglied eines Ethik-Komitees oder ein zertifizierter Ethik-Berater im Gesundheitswesen sein. Dies kann auch durch Kooperation erfüllt werden.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

5. In den Kodes 8-980, 8-98d und 8-98f entfällt für den OPS 2021 jeweils folgendes Strukturmerkmal:

→ Die Ärzte des Teams sind in der Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten

Diese Änderung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021. Das Strukturmerkmal wird im OPS 2022 nicht weitergeführt.

6. Für den Kode 8-98d wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie stehen als Dienstleistungen/Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft zur Verfügung

Der OPS legt nicht fest, dass die geforderten Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden müssen. Das bedeutet, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt innerhalb der geforderten kurzfristigen (max. 30-minütigen) Einsatzbereitschaft hinzugezogen werden kann.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

7. Für den Kode 8-98f wurden für den OPS 2021 folgende Strukturmerkmale festgelegt:

- 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
- ↳ Apparative Beatmung
 - ↳ Nicht invasives und invasives Monitoring
 - ↳ Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
 - ↳ Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
 - ↳ Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
 - ↳ Transösophageale Echokardiographie

Der OPS legt nicht fest, dass die 24-stündige Verfügbarkeit der Verfahren ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte bestimmter Fachgebiete zu erbringen ist. Das bedeutet zum einen, dass unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen alle Fachärztinnen und Fachärzte die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Zum anderen bedeutet das, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt hinzugezogen werden kann.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

8. Für den Kode 8-98f wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

- Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie

Der OPS legt nicht fest, dass die geforderten Konsiliardienste ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden dürfen. Das bedeutet, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten klinischen Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt innerhalb der geforderten maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses hinzugezogen werden kann.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

9. Für den Kode 9-64a wurde für den OPS 2021 folgendes Strukturmerkmal festgelegt:

→ Spezialisierte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychochomatischen/-psychotherapeutischen Setting

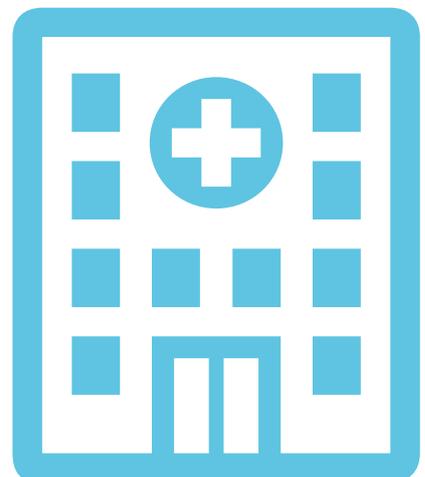
Die Festlegung bedeutet, dass es sich um eine räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit handeln muss. Der OPS legt nicht fest, dass die spezialisierte Einheit über fest zugeordnetes ärztliches, psychologisches und pflegerisches Personal verfügen muss.

Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.

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 abrechnungsrelevante OPS-Kodes (OPS-Version 2024)



Inhaltsverzeichnis

1-221	Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024).....	5
1-945	Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2024)	7
1-999.3	Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024).....	12
5-709.0	Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	14
8-01a	Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	16
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2024).....	18
8-552	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2024).....	22
8-559	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2024)	25
8-644	Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	29
8-718.8	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024)	31
8-718.9	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024).....	36
8-918	Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2024)	41
8-91c	Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2024).....	43
8-934	Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2024).....	47
8-975.2	Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	49
8-977	Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2024)	53
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2024).....	55
8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2024).....	58

8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)	62
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)	69
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024).....	78
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	80
8-984.3	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus (OPS-Version 2024).....	82
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2024).....	85
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	90
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)	92
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024).....	96
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2024).....	100
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	104
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024).....	109
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024)	114
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2024).....	121
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024).....	130
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)	135
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)	147
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024).....	151
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2024)	155

8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2024).....	162
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2024).....	169
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	171
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	176
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	181
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024).....	186
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024).....	190
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting (OPS-Version 2024).....	195
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2024).....	200
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2024).....	204
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	209
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	214
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	218
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	224
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	226
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	231
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2024)	236

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-221

Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-945

**Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl
und Kindergesundheit (OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzten:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Sozialarbeitern:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Pädagogisch-pflegerischen Fachkräften:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Psychologen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Psychotherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Sozialpädagogischen oder heilpädagogischen Fachkräften in
psychotherapeutischer Ausbildung:

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 Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-999.3

Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

5-709.0

Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-01a

Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-550

**Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Mit Ausnahme der besonders geschulten Pflegefachkraft sind für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche mindestens zwei Personen 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 insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig. Werden am Standort sowohl die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit:

Ja

Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Erläuterung

Beschreibung der geriatrischen Einheit(en):

z. B. Anzahl Station(en), Zimmer, Betten

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

Ja Nein

Name, Vorname

Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychologie/Neuropsychologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-552

**Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
(OPS-Version 2024)**

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:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Logopädie/faziorale Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-559

**Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Frührehteam 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:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale 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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-644

Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.8

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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

Es besteht eine intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist:

Ja Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (u. a. Anzahl Behandlungsplätze und Beatmungsplätze)

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Werktägliche Verfügbarkeit von:

Logopädie mit Dysphagietherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.9

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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

Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden:

Ja Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (u. a. Anzahl Behandlungsplätze und Beatmungsplätze)

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

Ja Nein

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: Ja Nein

Erläuterung

Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Werktägliche Verfügbarkeit von:

Logopädie mit Dysphagietherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-918

**Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerztherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2024)

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 Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerztherapie:**

Ja Nein

Namen, Vornamen

Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

ein psychologischer Psychotherapeut:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein von:

Physiotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Sporttherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

anderen körperlich übenden Verfahren:

Ja Nein

Beschreibung

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-934

Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntem Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-975.2

Naturheilkundliche und anthroposophisch- medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. 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:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung (3-jährige Erfahrung)

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

Ja Nein

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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-977

**Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des
Bewegungssystems (OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-97d

Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Die Behandlungsleitung des Teams erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein mindestens der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Physikalische Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-980

**Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

Beschreibung der Intensivstation:

u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft:

Ja Nein

Erläuterung

Ärzte (Namen, Vornamen)

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

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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-981.2

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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:

Ja Nein

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:

Ja Nein

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

Erläuterung

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

Erläuterung

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

Erläuterung

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:

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

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenanzahl)

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

Ja Nein

Kooperationspartner

Es besteht ein Konzept zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie:

Ja Nein

Konzeptbeschreibung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-981.3

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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:

Ja Nein

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:

Ja Nein

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

Erläuterung

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

Erläuterung

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

Erläuterung

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:

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 Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Es sind die folgenden Fachabteilungen am Standort
der Schlaganfallereinheit 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 Neurochirurgie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

und

eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Es besteht eine 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Durchführung intrakranieller Eingriffe zur Dekompression oder zur Hämatomentlastung am Standort der Schlaganfallereinheit:

Ja Nein

Erläuterung

Es besteht eine 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch Thrombolyse und interventioneller Thrombektomien am Standort der Schlaganfallereinheit:

Ja Nein

Erläuterung

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

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-982

**Palliativmedizinische Komplexbehandlung
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-983

**Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-984.3

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin mit:

Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie: Ja Nein

oder Zusatzbezeichnung Diabetologie: Ja Nein

oder „Diabetologe DDG“: Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit:

Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie: Ja Nein

oder Zusatzbezeichnung Diabetologie: Ja Nein

oder „Diabetologe DDG“: Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja Nein

Erläuterungen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-985

Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen:

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Ärzten:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychologischen Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Sozialpädagogen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Physiotherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Beschreibung der Systematik der Supervision des Behandlungsteams:

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-986

Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-987.0

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Einheit _____

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 (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

Krankenhaushygieniker:

Ja Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:

Ja Nein

Name, Vorname

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

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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-987.1

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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 (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

Krankenhaushygieniker:

Ja Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:

Ja Nein

Name, Vorname

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 _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-988

**Spezielle Komplexbehandlung der Hand
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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

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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98a

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung. Die Behandlungsleitung muss insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Werden am Standort sowohl die früh-rehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit:

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:

Ja Nein

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:

Ja Nein

Erläuterung

Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams weist eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in 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

Psychologie/Neuropsychologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Logopädie/faziorale Therapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Sozialdienst:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.2

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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:

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 Innere Medizin ist in der spezialisierten Schlaganfallereinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:

Ja Nein

Erläuterung

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

Ja Nein

Erläuterung

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:

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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.3

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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:

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

Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der neurologische Sachverstand im Team kontinuierlich eingebunden:

Ja Nein

Erläuterung

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):

Ja Nein

Erläuterung

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:

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

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

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

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

Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität: Ja Nein

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

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

Die fachärztliche Behandlungsleitung wird durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/ Kinderchirurgische Intensivmedizin wahrgenommen:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

oder

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

Erläuterung

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

Ja Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

Ärzte (Namen, Vornamen)

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 Fachweiterbildungsquote in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise für das laufende Jahr eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend:

Ja Nein

Pflegepersonal (Namen, Vornamen, Qualifikationen, Stellenanteile VZÄ)

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

Name, Vorname	abge- schlosse- ne FWB ¹	Gesundheits- und Kinder- krankenpfe- ger/-innen	Pflegefach- frauen/ Pflegefach- männer	Vertiefungs- einsatz „päd. Versor- gung“ ²	≥ 5 Jahre päd. ITS- Erfahrung ³	keine FWB, kein Vertiefungs- einsatz, keine 5 Jahre päd. ITS-Erfahrung ⁴	Stellenanteil VZÄ ⁵		
							Monat		
							1	2	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¹ hat abgeschlossene Fachweiterbildung (FWB) Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
² hat Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“ absolviert (gilt nur für Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner)
³ hat mindestens 5 Jahre pädiatrische Intensivverfahren und hat keine Fachweiterbildung Pädiatrische Intensivpflege bzw. Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege absolviert (gilt derzeit nur für Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen)
⁴ ohne Fachweiterbildung Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege, ohne Vertiefungseinsatz pädiatrische Versorgung und ohne 5 Jahre pädiatrische Intensivverfahren
⁵ 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 (u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze)

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

Kinderkardiologie

Eigene Abteilung: Ja Nein

Kooperationspartner: Ja Nein

Erläuterung

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

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

24-Stunden-Verfügbarkeit von röntgenologischer Diagnostik:

Ja Nein

Erläuterung

24-Stunden-Verfügbarkeit von sonographischer Diagnostik:

Ja Nein

Erläuterung

**24-Stunden-Verfügbarkeit von bettseitiger Routinelabor Diagnostik
(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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98e

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

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

Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit mit mindestens 5 Betten:

Ja Nein

Beschreibung der Palliativeinheit und Angabe der Bettenanzahl

Behandlung durch ein multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team:

Ja Nein

Multiprofessionelles, spezialisiertes Team:

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:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Erfahrung (Name der Station oder Einrichtung)

Gewährleistung einer 24-stündigen fachlichen Behandlungsleitung mindestens durch Rufbereitschaft:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Werktags ist eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit gewährleistet:

Ja Nein

Erläuterung

**Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen
palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden**

und

**mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten
Palliativversorgung:**

Ja Nein

Namen, Vornamen

Erfahrung (Name der Einrichtung)

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

Ja Nein

Behandlungsverfahren

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98f

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

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

Beschreibung der Intensivstation:

u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

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

Ja Nein

Erläuterung

**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.

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

Namen, Vornamen

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

Ja Nein

Erläuterung

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

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.

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-Operationsaal für kardiovaskuläre Eingriffe

Intrakranielle Druckmessung:

Ja Nein

Erläuterung

Hybrid-Operationsaal für kardiovaskuläre Eingriffe:

Ja Nein

Erläuterung

Transösophageale Echokardiographie:

Ja Nein

Erläuterung

**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

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, krankenzugehörig: Ja Nein
- oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

- Gastroenterologie: Ja Nein
- wenn ja, krankenzugehörig: Ja Nein
- oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

- Neurologie: Ja Nein
- wenn ja, krankenzugehörig: Ja Nein
- oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Anästhesiologie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Viszeralchirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Unfallchirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Gefäßchirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

Neurochirurgie: Ja Nein

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja Nein

oder aus benachbartem Krankenhaus: Ja Nein

Name des benachbarten, kooperierenden Krankenhauses

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98g.0

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern:
Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Station _____ / _____

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers / der Hygienefachkraft sind für alle personen-
gebundenen 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 (auch in Kooperation möglich) vorhanden:

Krankenhaushygieniker:

Ja Nein

Name, Vorname

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers:

Ja Nein

Name, Vorname

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

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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98g.1

**Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit
nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern:
Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Mit Ausnahme des Krankenhaushygienikers / der Hygienefachkraft sind für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren 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

Name, Vorname

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 _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.0

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Es ist ein multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst) vorhanden:

Ja Nein

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: Ja Nein

Das multiprofessionelle Team ist organisatorisch eigenständig: Ja Nein

Erläuterung

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

Erläuterung

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

und

**mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
Palliativversorgung:**

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

und

mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt:

Ja Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

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 Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.1

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

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

Name des externen Leistungsanbieters:

Es ist ein externes multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team vorhanden:

Ja Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

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

Das multiprofessionelle Team ist abteilungsübergreifend tätig: Ja Nein

Das multiprofessionelle Team ist organisatorisch eigenständig: Ja Nein

Erläuterung

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

Erläuterung

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

Ja Nein

Namen, Vornamen

und

**mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten
Palliativversorgung:**

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

und

mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

Gewährleistung einer 24-stündigen Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt:

Ja Nein

Ärzte (Namen, Vornamen)

mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung:

Ja Nein

Erläuterung, Name der Einrichtung(en)

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 Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-403

Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch- psychosomatische Therapie (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin:

Ja Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-60

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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:

Ja Nein

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):

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

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-61

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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:

Ja Nein

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):

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

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-62

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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

Ja Nein

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):

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

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-63

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:

Ja Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

Ja Nein

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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, Qualifikationen

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-642

Integrierte klinisch-psychosomatisch- psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

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

Ja Nein

Beschreibung der Station (u. a. Bettenzahl)

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

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-647

**Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung
Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

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

Ärzte: Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychologische Psychotherapeuten: 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 ist im
Behandlungsteam:**

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-64a

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-65

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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): Ja Nein

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen:

Ergotherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-67

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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): Ja Nein

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Spezialtherapeutengruppen:

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-68

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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:

Ja Nein

Behandlungsleitung (Namen, Vornamen)

Vertreter folgender Berufsgruppen:

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

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen:

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):

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-694

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. 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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-701

**Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei
Erwachsenen (OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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:

Ja Nein

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

und

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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-801

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch vorzuhaltende 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:

Ja Nein

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 hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-985

**Teilstationäre pädiatrische Behandlung
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

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

Ja Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenzahl)

Ärztliche Leitung:

Name, Vorname

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

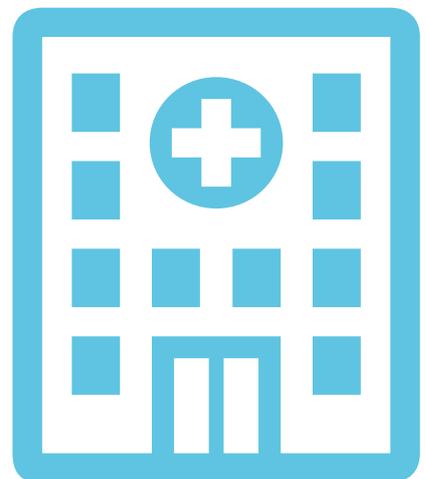
Drucken

Zurücksetzen

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 5b: Selbstauskunftsbögen weiterer OPS-Kodes (OPS-Version 2024)



Inhaltsverzeichnis

1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik (OPS-Version 2024)	3
8-553	Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2024).....	5
8-563	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	8
8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2024)	10
8-974	Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (OPS-Version 2024).....	12
8-984.4	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition] (OPS-Version 2024).....	14
8-989	Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (OPS-Version 2024).....	17
8-98j	Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	19
9-310	Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatriische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2024)	22
9-311	Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatriisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2024).....	24
9-312	Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	26
9-401.5	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	28
9-502	Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2024).....	30

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-910

**Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-553

Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

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

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder durch einen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie verfügt über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation von Kopf-Hals-Tumor-Patienten:

Ja Nein

Erläuterung

Dem Team gehört mindestens ein Facharzt der Fachrichtungen an, die die betreffenden Patienten onkologisch betreuen können:

Ja Nein

Erläuterung

Dem Team gehört mindestens ein Logopäde oder ein Sprachtherapeut oder ein Klinischer Linguist an:

Logopäde:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Sprachtherapeut:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Klinischer Linguist:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-563

**Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin oder einen Facharzt mit mindestens 5-jähriger Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-91b

Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-974

**Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer
Erkrankung (OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-984.4

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition] (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie: Ja Nein

oder

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie: Ja Nein

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung
Kinder- und Jugend-Gastroenterologie: Ja Nein

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung
Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie: Ja Nein

oder

Facharzt für Innere Medizin mit Erfahrung in der Behandlung von
Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen: Ja Nein

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung in der Behandlung
von Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen: Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Es sind differenzierte Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit schwerer Mangelernährung oder auf Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen vorhanden:

Ja Nein

Erläuterungen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-989

**Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren
Infektionen (OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt einer operativen Disziplin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Es besteht die Möglichkeit zum Hygiene- bzw. Infektionsmonitoring mit 24-stündigem Zugriff (auch extern) auf Leistungen und Befunde:

Ja Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98j

Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der strukturierten curricularen Fortbildung oder Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Diätassistenten:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

Ökotrophologen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Werktags ist ein Ernährungsteam mindestens 7-stündig verfügbar:

Ja Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-310

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-311

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-312

**Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung:
Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung
(OPS-Version 2024)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-401.5

Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-502

Präventive familienzentrierte multimodale Komplex- behandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2024)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen:

Ärzte:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychologen oder Pädagogen:

Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmännern:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

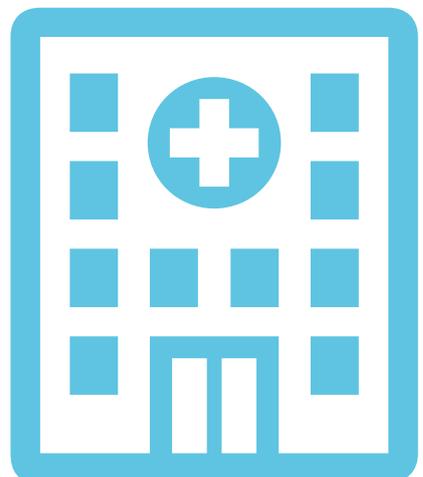
Drucken

Zurücksetzen

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 6a: Erforderliche Unterlagen abrechnungsrelevante OPS-Kodes (OPS-Version 2024)



Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	5
1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024)	7
1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2024)	8
1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024)	9
5-709.0 Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	10
8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	11
8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	12
8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2024)	14
8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2024)	16
8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	18
8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024)	19
8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024)	21
8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2024)	23
8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2024)	24
8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2024)	25
8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	26
8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2024)	27
8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2024)	28
8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)	29

8-981.2	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)	30
8-981.3	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)	33
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024).....	36
8-983	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	37
8-984.3	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus (OPS-Version 2024).....	38
8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2024).....	39
8-986	Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	40
8-987.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)	41
8-987.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024).....	42
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2024).....	43
8-98a	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	44
8-98b.2	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024).....	46
8-98b.3	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024)	48
8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2024).....	51
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024).....	55
8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)	57
8-98g.0	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)	62
8-98g.1	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024).....	63
8-98h.0	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2024)	64

8-98h.1	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2024).....	66
9-403	Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2024).....	68
9-60	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	69
9-61	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	70
9-62	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	71
9-63	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024).....	72
9-642	Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	73
9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting (OPS-Version 2024).....	75
9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2024).....	77
9-64a	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2024).....	78
9-65	Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	80
9-67	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	81
9-68	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024).....	82
9-694	Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	84
9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)	85
9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)	87
9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2024)	89

Allgemeine Hinweise

- Die Begriffe Behandlungsleitung und Vertretung beziehen sich auf die Klarstellungen des BfArM vom 14.10.2021: „Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen.“
- Die Begriffe qualifizierte Person und Vertretung im Zusammenhang mit Therapiebereichen oder Verfahren beziehen sich auf die Klarstellungen des BfArM vom 14.10.2021: „Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich oder das Verfahren nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen.“
- Mit „Dienstplan“ ist der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ gemeint. Ergänzend kann das Krankenhaus den geplanten „Soll-Dienstplan“ zur Verfügung stellen.
- Den Dienstplänen müssen die Zuordnung zum Krankenhausstandort und zur Fachabteilung/ Station/ Einheit sowie die zeitliche Zuordnung zu entnehmen sein. Darüber hinaus ist die Legende zum Dienstplan vorzulegen.
- Strukturmerkmale, die keine konkrete zeitliche Verfügbarkeit des darin geforderten Personals vorgeben, sind zum Nachweis des Vorhandenseins/Einsatzes dieses Personals am Standort ebenfalls durch Dienstpläne zu belegen.
- Bei bestehender Kooperation sind neben dem Kooperationsvertrag die Dienstpläne und Qualifikationsnachweise des kooperierenden Leistungserbringers zur Verfügung zu stellen.
- Angaben zur Vergütung in Arbeitsverträgen/Kooperationsverträgen können unkenntlich gemacht werden.
- Arbeitszeugnisse dienen einem fachlichen Erfahrungsnachweis. Aussagen über Leistungsbeurteilungen, Führung und Verhalten des Arbeitnehmers werden nicht benötigt.
- Wird eine Facharztqualifikation nachgewiesen, ist die zusätzliche Vorlage einer Approbationsurkunde als Qualifikationsnachweis nicht erforderlich.
- Werden in Strukturmerkmalen Geräte oder Untersuchungs- bzw. Behandlungsverfahren (z. B. endoskopische, interventionelle, radiologische und weitere Verfahren) vorgegeben, ist grundsätzlich der Gerätenachweis über eine Inventarliste zu führen und das hierfür erforderliche qualifizierte Personal durch z. B. Dienstpläne und Qualifikationsnachweise zu belegen. Bei Bedarf können einzelne Geräte im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung in Augenschein genommen werden.
- Sollte es sich im Rahmen der Durchführung der Strukturprüfung als notwendig erweisen, behält der Medizinische Dienst sich vor, weitere mit Bezug zum aktuellen OPS prüfrelevante Unterlagen anzufordern bzw. bereitstellen zu lassen.

- Der ausgefüllte Selbstauskunftsbogen ist mit den erforderlichen Unterlagen zu übermitteln oder bei der Vor-Ort-Prüfung gemäß 4.2.4 bereitzustellen.
- Der Prüfzeitraum dient bei jeder Strukturprüfung als Bezugszeitraum für vorzulegende Unterlagen, Nachweise, Selbstauskunftsbögen und ggf. Dienstpläne. Bei turnusgemäßen Prüfungen legt der Medizinische Dienst einen Prüfzeitraum von drei zusammenhängenden Kalendermonaten aus den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung fest.

1-221

Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

1-945

Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team (mindestens ein Arzt, ein Sozialarbeiter oder eine pädagogisch-pflegerische Fachkraft, ein Psychologe oder ein Psychotherapeut oder eine sozialpädagogische oder heilpädagogische Fachkraft in psychotherapeutischer Ausbildung und eine Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie“



- Qualifikationsnachweise aller Mitglieder des multiprofessionellen Teams und ihrer jeweiligen Vertretung
 - ↳ Arzt
 - ↳ Sozialarbeiter oder pädagogisch-pflegerische Fachkraft
 - ↳ Psychologe oder Psychotherapeut oder sozialpädagogische oder heilpädagogische Fachkraft in psychotherapeutischer Ausbildung
 - ↳ Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
- Regelungen zu den Vertretungen der Teammitglieder, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

1-999.3

Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2024)



Hinweis:
Es handelt sich bei diesem OPS um einen Zusatzkode.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

5-709.0

Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

8-01a

Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort
des Krankenhauses“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

8-550

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Werden am Standort sowohl die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Nachweis der Anwesenheit von mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der geriatrischen Einheit, z. B. Einsatzplan, Dienstplan
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen mit Nachweis der Anwesenheit von mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der geriatrischen Einheit für den Vertretungsfall, z. B. Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“



- Qualifikationsnachweis über die curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden mindestens einer Pflegefachkraft
- Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung mindestens einer Pflegefachkraft mit curriculärer geriatricspezifischer Zusatzqualifikation (z. B. Arbeitszeugnisse)

„Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie“



- Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für folgende Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
 - ↳ Physiotherapie/Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie
 - ↳ Psychologie/Neuropsychologie
- Qualifikationsnachweise der o. g. Personen sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche
 - ↳ Physiotherapie/Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie
 - ↳ Psychologie/Neuropsychologie

8-552

Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Frührehteam mit 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. Im Frührehteam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation der Behandlungsleitung und ihrer Vertretung
- Nachweise über die kontinuierliche Einbindung des neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstandes
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Neurologen/Neurochirurgen
 - ↳ Dienstpläne der Neurologie/Neurochirurgie

„Vorhandensein von auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege“



- Nachweis über das Vorhandensein von auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation besonders geschultem Pflegepersonal, z. B. Qualifikationsnachweise

„Vorhandensein von folgenden Therapiebereichen: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, (Neuro-)Psychologie, Logopädie/faziorale Therapie“



- Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für folgende Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
 - ↳ Physiotherapie/Krankengymnastik
 - ↳ Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Neuropsychologie/Psychologie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie
- Qualifikationsnachweise der o. g. Personen sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche
 - ↳ Physiotherapie/Krankengymnastik
 - ↳ Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Neuropsychologie/Psychologie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie

8-559

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Frührehteam mit fachärztlicher Behandlungsleitung (mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig oder 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin oder Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin)“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Sofern Behandlungsleitung und/oder Vertretung kein Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin ist: Nachweis über die 5-jährige Erfahrung in der Rehabilitationsmedizin bzw. in der physikalischen und rehabilitativen Medizin (z. B. Arbeitsverträge, Arbeitszeugnisse)

„Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie, Trachealkanülenmanagement u. a.)“



- Nachweis über die besondere Schulung des Pflegepersonals (z. B. Qualifikationsnachweise/ Schulungsunterlagen)

„Vorhandensein von mindestens 4 der folgenden Therapiebereiche: Physiotherapie/Krankengymnastik, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Dysphagietherapie“



- Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für mindestens 4 der folgenden Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
 - ↳ Physiotherapie/Krankengymnastik
 - ↳ Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Neuropsychologie/Psychologie
 - ↳ Psychotherapie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie
 - ↳ künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie)
 - ↳ Dysphagietherapie
- Qualifikationsnachweise der o. g. Personen sowie ihrer Vertretung für die vorhandenen Therapiebereiche
 - ↳ Physiotherapie/Krankengymnastik
 - ↳ Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Neuropsychologie/Psychologie
 - ↳ Psychotherapie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie
 - ↳ künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie)
 - ↳ Dysphagietherapie

8-644

Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort
des Krankenhauses“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

8-718.8

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

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



- Nachweis über das Vorhandensein einer intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist

„Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:

- Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)
- Mechanischer Insufflator/Exsufflator
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit“



- Nachweis über die Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements
- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal zur Durchführung der Bronchoskopie

„Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie“



- Qualifikationsnachweise der Physiotherapeuten und/oder Atmungstherapeuten
- Dienstpläne der Physiotherapeuten und/oder Atmungstherapeuten

„Werktägliche Verfügbarkeit von:

- Logopädie mit Dysphagietherapie
- Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie“



- Qualifikationsnachweise der Logopäden mit Dysphagietherapie
- Qualifikationsnachweise der Psychotherapeuten und/oder (Neuro-)Psychologen
- Dienstpläne der Logopäden mit Dysphagietherapie
- Dienstpläne der Psychotherapeuten und/oder (Neuro-)Psychologen

„Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs“



- Qualifikationsnachweis einer Person zur Moderation von Ethik-Fallgesprächen oder Nachweis der Mitgliedschaft einer Person in einem Ethik-Komitee
- Nachweis über die Möglichkeit zur Durchführung von Ethik-Fallgesprächen (z. B. SOP)

8-718.9

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 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“



→ Nachweis über das Vorhandensein einer spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit mit mindestens 6 Betten

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



→ Behandlungsleitung
↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
→ Vertretung Behandlungsleitung
↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:

- Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)
- Mechanischer Insufflator/Exsufflator
- 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit“



→ Nachweis über die Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements
→ Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal zur Durchführung der Bronchoskopie

„Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie“



- Qualifikationsnachweise der Physiotherapeuten und/oder Atmungstherapeuten
- Dienstpläne der Physiotherapeuten und/oder Atmungstherapeuten

„Werktägliche Verfügbarkeit von:

- Logopädie mit Dysphagietherapie
- Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie“



- Qualifikationsnachweise der Logopäden mit Dysphagietherapie
- Qualifikationsnachweise der Psychotherapeuten und/oder (Neuro-)Psychologen
- Dienstpläne der Logopäden mit Dysphagietherapie
- Dienstpläne der Psychotherapeuten und/oder (Neuro-)Psychologen

„Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs“



- Qualifikationsnachweis einer Person zur Moderation von Ethik-Fallgesprächen oder Nachweis der Mitgliedschaft einer Person in einem Ethik-Komitee
- Nachweis über die Möglichkeit zur Durchführung von Ethik-Fallgesprächen (z. B. SOP)

8-918

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-91c

Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Zum Team gehört ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut“



- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung
- Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne

„Vorhandensein von Physiotherapie oder Sporttherapie oder anderen körperlich übenden Verfahren“



- Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
- Qualifikationsnachweise der qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche

8-934

Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntem Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

8-975.2

Naturheilkundliche und anthroposophisch- medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Klinisch-naturheilkundliches Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 3-jährige Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren der Behandlungsleitung und ihrer Vertretung

„Dem Team müssen neben Ärzten und fachkundigem Pflegepersonal mit mindestens halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung mindestens drei der folgenden Berufsgruppen angehören: Physiotherapeuten/Krankengymnasten/Masseure/Medizinische Bademeister/Sportlehrer, Ergotherapeuten, Psychologen, Ökotrophologen/Diätassistenten, Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten“



- Qualifikationsnachweise des fachkundigen Pflegepersonals
- Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens halbjährige naturheilkundliche Erfahrung des fachkundigen Pflegepersonals
- Qualifikationsnachweise der Personen aus mindestens drei der o. g. Berufsgruppen sowie ihrer jeweiligen Vertretung

8-977

Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Fachärztliche Behandlungsleitung“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-97d

Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie“



- Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für folgende Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
 - ↳ Physiotherapie/Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
- Qualifikationsnachweise der o. g. Person sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche
 - ↳ Physiotherapie/Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie

8-980

Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft“



- Ärzte der Intensivstation: Dienstpläne, Qualifikationsnachweise (z. B. Approbation) der im Dienstplan benannten Ärzte
- Pflegepersonal der Intensivstation: Dienstpläne, Qualifikationsnachweise, aus denen hervorgeht, dass in jeder Schicht mindestens eine examinierte Pflegekraft eingesetzt war

„Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen werden“



- Ärzte der Intensivstation: Dienstpläne, Qualifikationsnachweise (z. B. Approbation) der im Dienstplan benannten Ärzte
- Komplementäre Dienstpläne der Ärzte aus den Fachabteilungen, die die Intensivstation ärztlich besetzen (z. B. Notaufnahme, Hausdienst, IMC, Narkose, OP, Kreißaal)

8-981.2

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie“



- Nachweis der Spezialisierten Einheit
- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„24-stündige ärztliche Anwesenheit (Dies kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in neurologischer Weiterbildung sein.). Werktags wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt“



- Ärzte der spezialisierten Einheit, die die mindestens 12-stündige Anwesenheit sicherstellen: Dienstpläne, Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde, Nachweis Arzt in Weiterbildung für Neurologie)
- Nachweis einer ausschließlichen Zuständigkeit der Ärzte für die Schlaganfalleinheit werktags tagsüber über 12 Stunden (z. B. SOP)
- Komplementäre Dienstpläne/Einsatzpläne der Ärzte der Fachabteilung für Neurologie

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



- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte der Radiologie
- Dienstpläne der Ärzte der Radiologie
- Qualifikationsnachweise der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
- Dienstpläne der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
- Kooperationsvereinbarung (sofern in Kooperation erbracht)
- Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen (sofern anteilig teleradiologisch erbracht). Wenn im Bescheid nicht enthalten: Fachkundenachweise der Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort sowie des Assistenzpersonals (MRTA) und Nachweise der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für die am Ort der technischen Durchführung eingesetzten Ärzte

„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses“



- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses (SOP oder Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße“



- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (SOP oder Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

„Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung“



- Nachweis über die Verfügbarkeit einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit der genannten Parameter an allen Bettplätzen

„Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie“



- Nachweis über die Verfügbarkeit der entsprechend qualifizierten Personen für o. g. Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
- Qualifikationsnachweise der Personen für o. g. Therapiebereiche

„Fachabteilung für Neurologie am Standort der Schlaganfalleinheit“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Neurologie am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

„Kooperationsvereinbarung mit einer Schlaganfalleinheit mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen“



- Nachweis einer Kooperationsvereinbarung mit einer Schlaganfalleinheit mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen

„Konzept zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie“



- SOP bzw. Arbeitsanweisung zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie

8-981.3

Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie“



- Nachweis der Spezialisierten Einheit
- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„24-stündige ärztliche Anwesenheit (Dies kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in neurologischer Weiterbildung sein.). Werktags wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik am Standort versorgt“



- Ärzte der spezialisierten Einheit, die die mindestens 12-stündige Anwesenheit sicherstellen: Dienstpläne, Qualifikationsnachweise (Facharzturkunde, Nachweis Arzt in Weiterbildung für Neurologie)
- Nachweis einer ausschließlichen Zuständigkeit der Ärzte für die Schlaganfalleinheit werktags tagsüber über 12 Stunden (z. B. SOP)
- Komplementäre Dienstpläne/Einsatzpläne der Ärzte der Fachabteilung für Neurologie

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



- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte der Radiologie
- Dienstpläne der Ärzte der Radiologie
- Qualifikationsnachweise der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
- Dienstpläne der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
- Kooperationsvereinbarung (sofern in Kooperation erbracht)
- Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen (sofern anteilig teleradiologisch erbracht). Wenn im Bescheid nicht enthalten: Fachkundenachweise der Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort sowie des Assistenzpersonals (MRTA) und Nachweise der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für die am Ort der technischen Durchführung eingesetzten Ärzte

„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses“



- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses (SOP oder Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße“



- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (SOP oder Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

„Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung“



- Nachweis über die Verfügbarkeit einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit der genannten Parameter an allen Bettplätzen

„Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie“



- Nachweis über die Verfügbarkeit der entsprechend qualifizierten Personen für o. g. Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
- Qualifikationsnachweise der Personen für o. g. Therapiebereiche

„Fachabteilungen für Neurologie und Innere Medizin am Standort der Schlaganfalleinheit“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Neurologie und der Fachabteilung für Innere Medizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitungen der o. g. Fachabteilungen

„Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurgie und eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie“



- Rufbereitschaftsdienstpläne der Fachärzte für Neurochirurgie
- Rufbereitschaftsdienstpläne der Fachärzte mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie
- Qualifikationsnachweise der Fachärzte für Neurochirurgie
- Qualifikationsnachweise der Fachärzte mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie (z. B. Nachweis Schwerpunkt Neuroradiologie, Nachweis über durchgeführte neuroradiologische Interventionen)

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



- Qualifikationsnachweise der Ärzte, die die o. g. intrakraniellen Eingriffe durchführen
- Dienstpläne der Ärzte, die die o. g. intrakraniellen Eingriffe durchführen

„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch Thrombolyse und interventioneller Thrombektomien am Standort der Schlaganfalleinheit (mindestens zwei Fachärzte für Radiologie mit der Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie oder mit Kenntnissen der interventionellen Neuroradiologie)“



- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch Thrombolyse und interventionelle Thrombektomie durch Dienstpläne der o. g. Fachärzte
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Fachärzte für Radiologie mit der Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie
- Facharzturkunden der Fachärzte für Radiologie und Nachweise ihrer Kenntnisse in der interventionellen Neuroradiologie

8-982

Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-983

Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie oder Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie)“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-984.3

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und „Diabetologe DDG“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z. B. in Kinderkliniken) ist die Vorhaltung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend“



- Nachweise der differenzierten Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus

8-985

Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervidiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation wie z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung) mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z. B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie)“



- Qualifikationsnachweise aller Mitglieder des multiprofessionellen Teams und ihrer jeweiligen Vertretung
 - ↳ Ärzte
 - ↳ Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten
 - ↳ Sozialpädagogen
 - ↳ Physiotherapeuten
 - ↳ Ergotherapeuten
 - ↳ Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation wie z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung
- Regelungen zu den Vertretungen der Teammitglieder, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Sofern die Behandlungsleitung Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung Suchtmedizinischer Grundversorgung ist
 - ↳ Nachweise über die kontinuierliche Verfügbarkeit des psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverständigen z. B. SOP, Dienstpläne, Einsatzpläne, Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Nachweise über die systematische Supervision des Behandlungsteams

8-986

Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie)“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-987.0

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“



- Nachweis über spezielle Einweisung des medizinischen Personals (Teilnahmelisten)
- Qualifikationsnachweise des Krankenhaushygienikers und/oder der Hygienefachkraft
- Arbeitsvertrag oder Kooperationsvertrag Krankenhaushygieniker
- Arbeitsvertrag Hygienefachkraft, wenn Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig
- Sofern Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig: Nachweis, dass die Tätigkeit der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers stattfindet (z. B. Arbeitsvertrag, Dienstanweisung, Hygieneplan, SOP)

„Vorhandensein eines Hygieneplans“



- Vorlage des Hygieneplans

„Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten“



- Nachweis über das Vorhandensein einer eigenständigen Infekt-Isolierstation und eigener Schleusen für jedes Zimmer (Dienstpläne der Pflegefachkräfte, SOP, aktueller Bauplan oder Lageplan mit Erläuterungen, aktuelle Fotos mit Datumsangabe)

8-987.1

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“



- Nachweis über spezielle Einweisung des medizinischen Personals (Teilnahmelisten)
- Qualifikationsnachweise des Krankenhaushygienikers und/oder der Hygienefachkraft
- Arbeitsvertrag oder Kooperationsvertrag Krankenhaushygieniker
- Arbeitsvertrag Hygienefachkraft, wenn Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig
- Sofern Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig: Nachweis, dass die Tätigkeit der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers stattfindet (z. B. Arbeitsvertrag, Dienstanweisung, Hygieneplan, SOP)

„Vorhandensein eines Hygieneplans“



- Vorlage des Hygieneplans

8-988

Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie 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“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„24-stündige Verfügbarkeit (mindestens durch Rufbereitschaft) eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie“



- Dienstpläne der Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise aller am Dienst teilnehmenden Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie

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



- Leitung und Vertretung der Leitung
 - ↳ Qualifikationsnachweise Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten
 - ↳ Nachweis einer mindestens 3-jährigen Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Patienten
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-98a

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Werden am Standort sowohl die früh-rehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Nachweis der Anwesenheit von mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der geriatrischen Einheit, z. B. Einsatzplan, Dienstplan
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen mit Nachweis der Anwesenheit von mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der geriatrischen Einheit für den Vertretungsfall, z. B. Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“



- Qualifikationsnachweis über die curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden mindestens einer Pflegefachkraft
- Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung mindestens einer Pflegefachkraft mit curriculärer geriatrispezifischer Zusatzqualifikation (z. B. Arbeitszeugnisse)

„Vorhandensein folgender Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/faziorale Therapie, Sozialdienst“



- Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für folgende Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
 - ↳ Physiotherapie
 - ↳ Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Psychologie/Neuropsychologie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie
 - ↳ Sozialdienst
- Qualifikationsnachweise der o. g. Person sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche
 - ↳ Physiotherapie
 - ↳ Physikalische Therapie
 - ↳ Ergotherapie
 - ↳ Psychologie/Neuropsychologie
 - ↳ Logopädie/faziorale Therapie
 - ↳ Sozialdienst

8-98b.2

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein)“



- Nachweis der Spezialisierten Einheit
- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)“



- Dienstpläne der Ärzte der spezialisierten Einheit

„24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie“



- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der CT-oder MR-Angiographie:
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte der Radiologie
 - ↳ Dienstpläne der Ärzte der Radiologie
 - ↳ Qualifikationsnachweise der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
 - ↳ Dienstpläne der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
 - ↳ Kooperationsvereinbarung (sofern in Kooperation erbracht)
 - ↳ Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen (sofern anteilig teleradiologisch erbracht). Wenn im Bescheid nicht enthalten: Fachkundenachweise der Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort sowie des Assistenzpersonals (MTRA) und Nachweise der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für die am Ort der technischen Durchführung eingesetzten Ärzte

„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses“



→ Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses (Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

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



→ Nachweise über die Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (SOP oder Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

„Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung“



→ Nachweis über die Verfügbarkeit einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit der genannten Parameter an allen Bettplätzen

„Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie“



→ Nachweis über die Verfügbarkeit der entsprechend qualifizierten Personen für o. g. Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
→ Qualifikationsnachweise der Personen für o. g. Therapiebereiche

„Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständs erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht“



→ Im Falle einer Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin
↳ Nachweise über die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständs, Dienstpläne, Kooperationsvereinbarung, ggf. SOP
↳ Qualifikationsnachweise der Fachärzte für Neurologie

8-98b.3

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team mit fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein)“



- Nachweis der Spezialisierten Einheit
- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst)“



- Dienstpläne der Ärzte der spezialisierten Einheit

„24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie“



- Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der CT- oder MR-Angiographie:
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte der Radiologie
 - ↳ Dienstpläne der Ärzte der Radiologie
 - ↳ Qualifikationsnachweise der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
 - ↳ Dienstpläne der Medizinisch-technischen Radiologieassistenten
 - ↳ Kooperationsvereinbarung (sofern in Kooperation erbracht)
 - ↳ Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen (sofern anteilig teleradiologisch erbracht). Wenn im Bescheid nicht enthalten: Fachkundenachweise der Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort sowie des Assistenzpersonals (MTRA) und Nachweise der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für die am Ort der technischen Durchführung eingesetzten Ärzte

„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses“



→ Nachweis über die 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses (Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

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



→ Nachweis über die Möglichkeit der Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und Feiertagen) zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (SOP oder Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

„Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen: Blutdruck, Herzfrequenz, 3-Kanal-EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung“



→ Nachweis über die Verfügbarkeit einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit der genannten Parameter an allen Bettplätzen

„Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie“



→ Nachweis über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für o. g. Therapiebereiche durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
→ Qualifikationsnachweise der Personen für o. g. Therapiebereiche

„Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist“



→ Im Falle einer Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin
↳ Nachweise über die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstandes, Dienstpläne, Kooperationsvereinbarungen, ggf. SOP
↳ Qualifikationsnachweise der Fachärzte für Neurologie

„Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes“



→ Nachweis über den Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes (Verträge/Vereinbarungen)

„Verfügbarkeit des Telekonsildienstes zu sämtlichen Zeiten, zu denen ein Facharzt für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht“



→ Nachweise darüber, dass der Telekonsildienst zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung steht, zu denen ein Facharzt für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht (Dienstpläne der Fachärzte für Neurologie und Verträge/Vereinbarungen)

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



→ Qualifikationsnachweise der Telekonsilärzte

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



→ Nachweise über die Fortbildungsveranstaltungen (z. B. Teilnehmerlisten) aus den vorangegangenen 12 Monaten (bei erstmaliger Leistungserbringung ersatzweise z. B. SOP)

„Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators“



→ Nachweise über die Qualitätsbesprechungen (z. B. Protokolle) aus den vorangegangenen 12 Monaten (bei erstmaliger Leistungserbringung ersatzweise z. B. SOP)

„Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr“



→ Nachweise über das Bedside-Training des Pflegepersonals (z. B. Teilnehmerlisten) aus den vorangegangenen 12 Monaten (bei erstmaliger Leistungserbringung ersatzweise z. B. SOP)

„Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität“



→ Nachweise über die strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität (z. B. Dokumentationsbögen)

8-98d

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/
Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin.
Dieser kann durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und
Jugendlichen vertreten werden“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Falls die Vertretung der Behandlungsleitung ein Facharzt für Anästhesie mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ist:
 - ↳ Zusätzlich Nachweis von mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

„Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft“



- Ärztliche Dienstpläne der Intensivstation
- Qualifikationsnachweise (z. B. Approbationsurkunden) der eingesetzten Ärzte
- Dienstpläne des Pflegepersonals der Intensivstation

„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 Fachweiterbildungsquote 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“



- Qualifikationsnachweise (inkl. Fachweiterbildungsnachweise) des Pflegepersonals der pädiatrischen Intensivstation und/oder
- Qualifikationsnachweise und Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine 5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege des Pflegepersonals der pädiatrischen Intensivstation
- Dienstplan, Arbeitsverträge und Nachweis des jeweiligen Stellenanteils des Pflegepersonals der pädiatrischen Intensivstation

„Spezialisierte Einheit für die Behandlung von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen“



- Nachweis der spezialisierten Einheit durch SOP, Beschreibung und Lageplan

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



- Ärztliche Dienstpläne der Intensivstation
- Komplementärer Dienstplan der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

„Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie stehen als Dienstleistungen/Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft zur Verfügung“



- Nachweise über die Verfügbarkeit der genannten Dienstleistungen/Konsiliardienste mit maximal 30-minütiger Einsatzbereitschaft (Arbeitsvertrag, Betriebsvereinbarung, Dienstanweisung)
- Zusätzlich Kooperationsvertrag (sofern Konsiliardienst in Kooperation erbracht)
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Fachärzte, die gemäß der Klarstellung des BfArM vom 14.10.2021 bei Bedarf hinzugezogen werden können
 - ↳ Kinderchirurgie
 - ↳ Kinderkardiologie
 - ↳ Radiologie mit Nachweis über die Erfahrung (z. B. Arbeitszeugnisse) in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen
 - ↳ Neuropädiatrie
 - ↳ Labor und Mikrobiologie
- Nachweis der Qualifikationen
 - ↳ Medizinisch-technische Radiologieassistenten
 - ↳ Medizinisch-technische Laborassistenten
- Dienstpläne der Fachärzte, die gemäß der Klarstellung des BfArM vom 14.10.2021 bei Bedarf hinzugezogen werden können
 - ↳ Kinderchirurgie
 - ↳ Kinderkardiologie
 - ↳ Radiologie
 - ↳ Neuropädiatrie
 - ↳ Labor und Mikrobiologie
- Dienstpläne Assistenzpersonal
 - ↳ Medizinisch-technische Radiologieassistenten
 - ↳ Medizinisch-technische Laborassistenten
- Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen (sofern anteilig teleradiologisch erbracht). Wenn im Bescheid nicht enthalten: Fachkundenachweise der Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort sowie des Assistenzpersonals (MTRA) und Nachweise der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für die am Ort der technischen Durchführung eingesetzten Ärzte

„24-stündige Verfügbarkeit von röntgenologischer und sonographischer Diagnostik und bettseitiger Routinelabordiagnostik (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat)“



- Nachweis über die Geräte (Röntgen, Sonographie und bettseitiges Routinelabor)

„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:

- Apparative Beatmung
- Nicht invasives und invasives Monitoring“



→ Nachweis über die Geräte für apparative Beatmung sowie nicht invasives und invasives Monitoring

8-98e

Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer eigenständigen Palliativeinheit (mindestens 5 Betten) mit einem multiprofessionellen, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Team“



- Nachweis der eigenständigen Palliativeinheit durch SOP, Beschreibung und Lageplan
- SOP zur Zusammensetzung des multiprofessionellen spezialisierten Teams
- Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder

„Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung der ärztlichen Behandlungsleitungen
- Dienstpläne der Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, die die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung sicherstellen

„Werktags eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit“



- Qualifikationsnachweise (z. B. Approbationsurkunden)
- Ärztliche Dienstpläne/Einsatzplan der Palliativstation

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



- Pflegerische Leitung und Vertretung der Leitung
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Anwesenheiten/Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
 - ↳ Nachweise über die curriculare Zusatzqualifikation über mindestens 160 Stunden
 - ↳ Nachweise (z. B. Arbeitszeugnis) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung

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



- Nachweis über Geräte zu apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung

8-98f

Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Anwesenheiten, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Nachweis, dass die überwiegende Tätigkeit der Behandlungsleitung auf der Intensivstation ausgeübt wird

„Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft“



- Ärztliche Dienstpläne der Intensivstation
- Qualifikationsnachweise (z. B. Approbationsurkunden) der eingesetzten Ärzte
- Dienstpläne des Pflegepersonals (examinierte Pflegekräfte) der Intensivstation
- Nachweis über das Vorhandensein von mindestens einer examinierten Pflegekraft in jeder Schicht
- Qualifikationsnachweise dieser examinierten Pflegekräfte

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



- Dienstpläne der Intensivstation, aus denen hervorgeht, dass ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin werktags zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend ist
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte, die werktags zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sind
- Dienstpläne der Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, die außerhalb der werktäglichen Anwesenheitszeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sind
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte, die außerhalb der werktäglichen Anwesenheitszeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sind
- Nachweise, dass die Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin auch außerhalb der werktäglichen Anwesenheitszeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sind (Arbeitsvertrag oder Betriebsvereinbarung oder Dienstanweisung)

„Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. Reanimation) hinzugezogen werden“



- Ärztliche Dienstpläne der Intensivstation
- Komplementäre Dienstpläne der Fachabteilungen, die die Intensivstation ärztlich besetzen (Dienstpläne, die die Besetzung von z. B. Notaufnahme, Hausdienst, IMC, Narkose, OP, Kreißsaal unabhängig vom Intensivdienst belegen)

„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:

- Apparative Beatmung
- Nicht invasives und invasives Monitoring
- Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
- Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
- Transösophageale Echokardiographie“



- Gerätenachweise siehe allgemeine Hinweise der Anlage 6a
- Z. B. Behördliche Genehmigung zum Betrieb des Hybrid-OP
- Qualifikationsnachweise der Fachärztinnen/Fachärzte, welche bei Bedarf gemäß der Klarstellung des BfArM vom 14.10.2021 zur Durchführung der folgenden Verfahren hinzugezogen werden können:
 - ↳ Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
 - ↳ Endoskopie des Gastrointestinaltraktes
 - ↳ Endoskopie des Tracheobronchialsystems
 - ↳ Transösophageale Echokardiographie
 - ↳ Intrakranielle Druckmessung
- Dienstpläne und Nachweise der 24-stündigen Verfügbarkeit des Personals (Ärzte und Assistenzpersonal) zur Durchführung der folgenden Verfahren:
 - ↳ Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
 - ↳ Endoskopie des Gastrointestinaltraktes
 - ↳ Endoskopie des Tracheobronchialsystems
 - ↳ Transösophageale Echokardiographie
 - ↳ Intrakranielle Druckmessung
- Zusätzlich Kooperationsvertrag (sofern in Kooperation erbracht)

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

- Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT
- Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
- Interventionelle (Neuro)radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
- Laborleistungen (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, Entzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen). Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen“



- Gerätenachweise siehe allgemeine Hinweise der Anlage 6a
- Qualifikationsnachweis der Ärzte zur Durchführung von 3 der genannten Verfahren
 - ↳ Radiologie
 - ↳ Kardiologie für Akut-PTCA
 - ↳ Interventionelle (Neuro-)Radiologie
 - ↳ Labormedizin
- Nachweis der Qualifikationen
 - ↳ Medizinisch-technische Radiologieassistentz
 - ↳ Medizinisch-technische Laborassistentz
- Dienstpläne von 3 der genannten Verfahren (Ärzte und Assistenzpersonal)
 - ↳ Radiologie
 - ↳ Kardiologie für Akut-PTCA
 - ↳ Interventionelle (Neuro-)Radiologie
 - ↳ Labor
- Zusätzlich Kooperationsvertrag (sofern in Kooperation erbracht)
- Genehmigungsbescheid zur Teleradiologie mit Anlagen (sofern anteilig teleradiologisch erbracht). Wenn im Bescheid nicht enthalten: Fachkundenachweise der Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort sowie des Assistenzpersonals (MTRA) und Nachweise der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für die am Ort der technischen Durchführung eingesetzten Ärzte

„Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (Krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie“



- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der klinischen Konsiliardienste (Fachärzte, die gemäß der Klarstellung des BfArM vom 14.10.2021 bei Bedarf hinzugezogen werden können)
 - ↳ Kardiologie
 - ↳ Gastroenterologie
 - ↳ Neurologie
 - ↳ Anästhesiologie
 - ↳ Viszeralchirurgie
 - ↳ Unfallchirurgie
 - ↳ Gefäßchirurgie
 - ↳ Neurochirurgie
- Nachweise über die Verfügbarkeit der genannten Konsiliardienste (Fachärzte, die gemäß der Klarstellung des BfArM vom 14.10.2021 bei Bedarf hinzugezogen werden können) innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses (Arbeitsvertrag oder Betriebsvereinbarung oder Dienstanweisung)
- Dienstpläne der klinischen Konsiliardienste (Fachärzte, die gemäß der Klarstellung des BfArM vom 14.10.2021 bei Bedarf hinzugezogen werden können)
 - ↳ Kardiologie
 - ↳ Gastroenterologie
 - ↳ Neurologie
 - ↳ Anästhesiologie
 - ↳ Viszeralchirurgie
 - ↳ Unfallchirurgie
 - ↳ Gefäßchirurgie
 - ↳ Neurochirurgie
- Zusätzlich Kooperationsvertrag (sofern Konsiliardienst in Kooperation erbracht)

„Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie“



- Qualifikationsnachweise der Physiotherapeuten
- Dienstpläne der Physiotherapeuten
- Zusätzlich Kooperationsvertrag (sofern in Kooperation erbracht)

8-98g.0

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal, mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“



- Nachweis über spezielle Einweisung des medizinischen Personals (Teilnahmelisten)
- Qualifikationsnachweise des Krankenhaushygienikers und/oder der Hygienefachkraft
- Arbeitsvertrag oder Kooperationsvertrag Krankenhaushygieniker
- Arbeitsvertrag Hygienefachkraft, wenn Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig
- Sofern Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig: Nachweis, dass die Tätigkeit der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers stattfindet (z. B. Arbeitsvertrag, Dienstanweisung, Hygieneplan, SOP)

„Vorhandensein eines Hygieneplans“



- Vorlage des Hygieneplans

„Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten“



- Nachweis über das Vorhandensein einer eigenständigen Infekt-Isolierstation und eigener Schleusen für jedes Zimmer (Dienstpläne des Pflegefachpersonals, SOP, aktueller Bauplan oder Lageplan mit Erläuterungen, aktuelle Fotos mit Datumsangabe)

8-98g.1

Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal, mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“



- Nachweis über spezielle Einweisung des medizinischen Personals (Teilnahmelisten)
- Qualifikationsnachweise des Krankenhaushygienikers und/oder der Hygienefachkraft
- Arbeitsvertrag oder Kooperationsvertrag Krankenhaushygieniker
- Arbeitsvertrag Hygienefachkraft, wenn Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig
- Sofern Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig: Nachweis, dass die Tätigkeit der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers stattfindet (z. B. Arbeitsvertrag, Dienstanweisung, Hygieneplan, SOP)

„Vorhandensein eines Hygieneplans“



- Vorlage des Hygieneplans

8-98h.0

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst), bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Es bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab“



- Nachweise, aus denen hervorgeht, dass das spezialisierte Team abteilungsübergreifend tätig und organisatorisch eigenständig ist (Dienstpläne der Ärzte und Pflegefachkräfte des Palliativdienstes, komplementäre Dienstpläne vorhandener Palliativstationen, SOP zur Zusammensetzung und Verfügbarkeit des Teams)
- Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder:
 - ↳ Ärzte
 - ↳ Pflegekräfte
 - ↳ Sozialarbeit/Sozialpädagogik
 - ↳ Psychologie/Psychotherapie
 - ↳ Physiotherapie
 - ↳ Ergotherapie

„Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)“



- Ärztliche Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
 - ↳ Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung
- Pflegerische Leitung und Vertretung der Leitung
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Anwesenheiten/Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
 - ↳ Nachweise über die curriculare palliativpflegerische Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden
 - ↳ Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung

„24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein“



- Dienstpläne der Ärzte, die die 24-stündige Erreichbarkeit sicherstellen
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Fachärzte, die die 24-stündige Erreichbarkeit sicherstellen
- Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung der beteiligten Ärzte
- Nachweis, dass die Ärzte, die die 24-stündige Erreichbarkeit sicherstellen, mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sind (z. B. SOP)

8-98h.1

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst), bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Es bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab“



- Nachweise, aus denen hervorgeht, dass das spezialisierte Team abteilungsübergreifend tätig und organisatorisch eigenständig ist (Kooperationsvertrag, Dienstpläne der Ärzte und Pflegefachkräfte des Palliativdienstes, SOP zur Zusammensetzung und Verfügbarkeit des Teams)
- Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder:
 - ↳ Ärzte
 - ↳ Pflegekräfte
 - ↳ Sozialarbeit/Sozialpädagogik
 - ↳ Psychologie/Psychotherapie
 - ↳ Physiotherapie
 - ↳ Ergotherapie

„Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)“



- Ärztliche Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
 - ↳ Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung
- Pflegerische Leitung und Vertretung der Leitung
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Anwesenheiten/Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
 - ↳ Nachweise über die curriculare palliativpflegerische Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden
 - ↳ Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung

„24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein“



- Dienstpläne der Ärzte, die die 24-stündige Erreichbarkeit sicherstellen
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte, die die 24-stündige Erreichbarkeit sicherstellen
- Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 6-monatige Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung der beteiligten Ärzte
- Nachweis, dass die Ärzte, die die 24-stündige Erreichbarkeit sicherstellen, mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sind (z. B. SOP)

9-403

Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch- psychosomatische Therapie (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

9-60

Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- 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)
- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
- Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

9-61

Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- 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)
- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
- Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

9-62

Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team mit 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
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden 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)
- 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)
- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
- Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

9-63

Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- 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)
- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen, Sportlehrer)
- Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner Heilerziehungspfleger)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

9-642

Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)



Hinweis:

Es handelt sich bei diesem OPS um einen Zusatzkode.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

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



- Nachweis über das Vorhandensein der somatischen Intensivstation oder einer Intermediate Care am Standort des Krankenhauses (z. B. Grundriss, Fotodokumentation, Feststellungsbescheid)
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der somatischen Intensivstation und/oder Intermediate Care

„Psychosomatisch-psychotherapeutisches Team mit 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 jeweils mit einer weiteren somatischen Facharztqualifikation (Innere Medizin/Allgemeinmedizin, Neurologie, Orthopädie, Anästhesiologie/Schmerztherapie)

oder
mit 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 und einen weiteren Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation im Team“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Arbeitstägliche Anwesenheit eines Arztes, um ggf. auch kurzfristig psychische Problemlagen behandeln zu können“



- Ärztliche Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise (z. B. Approbationsurkunden) der Ärzte des Psychosomatisch-psychotherapeutischen Teams

„Mindestens in einem somatischen Fach qualifizierte ärztliche Rufbereitschaft am Standort des Krankenhauses über 24 Stunden täglich“



- Ärztliche Rufbereitschaftsdienstpläne mindestens einer somatischen Fachabteilung

„Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet“



- Dienstpläne der Pflegefachpersonen
- Qualifikationsnachweise mindestens einer Pflegefachperson pro Schicht

9-643

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting (OPS-Version 2024)

i
Hinweis:
Es handelt sich
bei diesem OPS
um einen
Zusatzcode.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittagsschlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z. B. als Bewegungsraum)“



- Nachweis des Eltern-Kind-Rooming-In
- Bei ausschließlich tagesklinischer Behandlung am Standort zumindest Nachweis eines gemeinsamen Ruheraumes für Kinder

„Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“



- Nachweis des kindgerechten Aufenthalts- und Spielraums
- Nachweis des Rückzugsraums für Eltern

„Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte (z. B. Kinderkrankenschwester, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerzieher, Heilpädagogen) sind Teil des Behandlungsteams“



- Nachweise über das Vorhandensein pädagogisch-pflegerischer Fachkräfte sowie ihrer Vertretung durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der pädagogisch-pflegerischen Fachkräfte sowie ihrer Vertretungen

„Möglichkeit zu einer fachübergreifenden konsiliarischen Betreuung der Mutter durch eine Hebamme, einen Stillberater im Hause oder durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern“



- Nachweis über das Vorhandensein von Hebammen/Stillberatern sowie ihrer jeweiligen Vertretung durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
- Qualifikationsnachweise bzw. Fachkundenachweise der Hebammen/Stillberater

„Mindestens konsiliarisches Vorhandensein eines Pädiaters und/oder Kinder- und Jugendpsychiaters“



- Nachweis über die konsiliarische Verfügbarkeit eines Pädiaters und/oder Kinder- und Jugendpsychiaters durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte

9-647

Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)



Hinweis:
Es handelt sich
bei diesem OPS
um einen
Zusatzkode.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

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



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für mindestens drei der oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der o. g. Personen der genannten Berufsgruppen sowie ihrer Vertretungen

9-64a

Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2024)



Hinweis:
Es handelt sich bei diesem OPS um einen Zusatzkode.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

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



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

„Fachabteilung für Psychiatrie oder Psychosomatik am Standort des Krankenhauses“



- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Psychiatrie durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Nachweis über das Vorhandensein der Fachabteilung für Psychosomatik durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung der Fachabteilung

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



- Nachweis der spezialisierten Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychosomatischen/-psychotherapeutischen Setting durch SOP
- Bei räumlich abgegrenzter Einheit: Beschreibung, Lageplan
- Bei organisatorisch abgegrenzter Einheit: Organigramm, Dienstplan

„Duale Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie und einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“



- Nachweis des Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraums
- Nachweis des Rückzugsraums für die Eltern

„Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenzeiten (z. B. Mittagsschlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z. B. als Bewegungsraum)“



- Nachweis des Eltern-Kind-Rooming-In
- Bei ausschließlich tagesklinischer Behandlung am Standort zumindest Nachweis eines gemeinsamen Ruheraumes für Kinder

9-65

Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

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



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- 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)
- Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
- Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

9-67

Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

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



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- 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)
- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
- Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

9-68

Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit“



- Nachweis der spezialisierten Einheit durch SOP
- Bei räumlich abgegrenzter Einheit: Beschreibung, Lageplan
- Bei organisatorisch abgegrenzter Einheit: Organigramm, Dienstplan

„Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“



- Nachweis des kindgerechten Aufenthalts- und Spielraums
- Nachweis des Rückzugsraums für die Eltern

„Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z. B. Mittagsschlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z. B. als Bewegungsraum)“



- Nachweis des Eltern-Kind-Rooming-In
- Bei ausschließlich tagesklinischer Behandlung am Standort zumindest Nachweis eines gemeinsamen Ruheraumes für Kinder

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



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- 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)
- Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)
- Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

9-694

Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)



Hinweis:
Es handelt sich bei diesem OPS um einen Zusatzkode.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

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



→ Nachweis der Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durch Behandlungskonzept, Lageplan

9-701

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Mobiles multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z. B. 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) oder Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Logopäde, Kreativtherapeut))“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Nachweis der Mobilität, z. B. durch SOP, Beschreibung

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- 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)
- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
- Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)“



- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

„Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus jederzeitige, 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit“



- Einsatzplan/Rufbereitschaftsdienstplan des Behandlungsteams
- Nachweis einer jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch SOP

„Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung“



- Nachweis der Möglichkeit und des Ablaufes einer umgehenden vollstationären Aufnahme, z. B. durch SOP, Beschreibung/Konzept zum Ablauf

9-801

Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Mobiles multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe (z. B. 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) oder Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde)“



- **Behandlungsleitung**
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- **Vertretung Behandlungsleitung**
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- **Nachweis der Mobilität, z. B. durch SOP, Beschreibung**

„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:

- Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)
- 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)
- Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)
- Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher)“



- **Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die oben genannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne**
- **Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen**

„Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus jederzeitige, 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit“



- Einsatzplan/Rufbereitschaftsdienstplan des Behandlungsteams
- Nachweis einer jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch SOP

„Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung“



- Nachweis der Möglichkeit und des Ablaufes einer umgehenden vollstationären Aufnahme, z. B. durch SOP, Beschreibung/Konzept zum Ablauf

9-985

Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2024)



Hinweis:
Es handelt sich
bei diesem OPS
um einen
Zusatzcode.

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses“

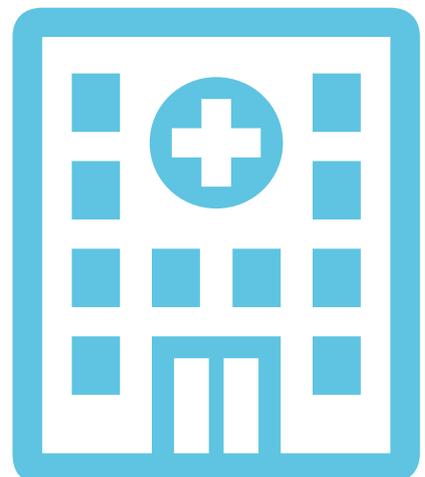


- Nachweis des Vorhandenseins der Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses durch Feststellungsbescheid oder Auszug aus dem Landeskrankenhausplan
- Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der ärztlichen Leitung

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 6b: Erforderliche Unterlagen weiterer OPS-Kodes (OPS-Version 2024)



Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise	3
1-910 Interdisziplinäre algisiologische Diagnostik (OPS-Version 2024)	5
8-553 Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2024).....	6
8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	7
8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2024)	8
8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (OPS-Version 2024).....	9
8-984.4 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition] (OPS-Version 2024).....	10
8-989 Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (OPS-Version 2024).....	11
8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	12
9-310 Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2024)	13
9-311 Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2024).....	14
9-312 Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)	15
9-401.5 Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2024).....	16
9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2024).....	17

Allgemeine Hinweise

- Die Begriffe Behandlungsleitung und Vertretung beziehen sich auf die Klarstellungen des BfArM vom 14.10.2021: „Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen.“
- Die Begriffe qualifizierte Person und Vertretung im Zusammenhang mit Therapiebereichen oder Verfahren beziehen sich auf die Klarstellungen des BfArM vom 14.10.2021: „Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich oder das Verfahren nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen.“
- Mit „Dienstplan“ ist der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ gemeint. Ergänzend kann das Krankenhaus den geplanten „Soll-Dienstplan“ zur Verfügung stellen.
- Den Dienstplänen müssen die Zuordnung zum Krankenhausstandort und zur Fachabteilung/ Station/ Einheit sowie die zeitliche Zuordnung zu entnehmen sein. Darüber hinaus ist die Legende zum Dienstplan vorzulegen.
- Strukturmerkmale, die keine konkrete zeitliche Verfügbarkeit des darin geforderten Personals vorgeben, sind zum Nachweis des Vorhandenseins/Einsatzes dieses Personals am Standort ebenfalls durch Dienstpläne zu belegen.
- Bei bestehender Kooperation sind neben dem Kooperationsvertrag die Dienstpläne und Qualifikationsnachweise des kooperierenden Leistungserbringers zur Verfügung zu stellen.
- Angaben zur Vergütung in Arbeitsverträgen/Kooperationsverträgen können unkenntlich gemacht werden.
- Arbeitszeugnisse dienen einem fachlichen Erfahrungsnachweis. Aussagen über Leistungsbeurteilungen, Führung und Verhalten des Arbeitnehmers werden nicht benötigt.
- Wird eine Facharztqualifikation nachgewiesen, ist die zusätzliche Vorlage einer Approbationsurkunde als Qualifikationsnachweis nicht erforderlich.
- Werden in Strukturmerkmalen Geräte oder Untersuchungs- bzw. Behandlungsverfahren (z. B. endoskopische, interventionelle, radiologische und weitere Verfahren) vorgegeben, ist grundsätzlich der Gerätenachweis über eine Inventarliste zu führen und das hierfür erforderliche qualifizierte Personal durch z. B. Dienstpläne und Qualifikationsnachweise zu belegen. Bei Bedarf können einzelne Geräte im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung in Augenschein genommen werden.
- Sollte es sich im Rahmen der Durchführung der Strukturprüfung als notwendig erweisen, behält der Medizinische Dienst sich vor, weitere mit Bezug zum aktuellen OPS prüfrelevante Unterlagen anzufordern bzw. bereitstellen zu lassen.

- Der ausgefüllte Selbstauskunftsbogen ist mit den erforderlichen Unterlagen zu übermitteln oder bei der Vor-Ort-Prüfung gemäß 4.2.4 bereitzustellen.
- Der Prüfzeitraum dient bei jeder Strukturprüfung als Bezugszeitraum für vorzulegende Unterlagen, Nachweise, Selbstauskunftsbögen und ggf. Dienstpläne. Bei turnusgemäßen Prüfungen legt der Medizinische Dienst einen Prüfzeitraum von drei zusammenhängenden Kalendermonaten aus den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung fest.

1-910

Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-553

Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles, auf die Rehabilitation von Patienten mit Sprech-, Stimm-, Kau- und Schluckstörungen bei Kopf-Hals-Tumoren (z. B. bei Tumoren der Mundhöhle, des Epipharynx, des Oropharynx, des Hypopharynx, des Larynx und bei zervikalem CUP-Syndrom) spezialisiertes Frührehabilitationsteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen oder einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einen Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie muss über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation von Kopf-Hals-Tumor-Patienten verfügen. Zum Frührehabilitationsteam gehören mindestens ein Facharzt der Fachrichtungen, die die betreffenden Patienten onkologisch betreuen können, sowie mindestens ein Logopäde oder Sprachtherapeut oder Klinischer Linguist“



- **Behandlungsleitung**
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Wenn Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, dann Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation von Kopf-Hals-Tumor-Patienten
- **Vertretung Behandlungsleitung**
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
 - ↳ Wenn Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, dann Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation von Kopf-Hals-Tumor-Patienten
- **Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Mitglieder des multiprofessionellen Teams und ihrer jeweiligen Vertretung, mindestens**
 - ↳ Fachärzte der Fachrichtungen, die die betreffenden Patienten onkologisch betreuen
 - ↳ Logopäde oder Sprachtherapeut oder klinischer Linguist
- **Regelungen zu den Vertretungen der Teammitglieder, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan**

8-563

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin oder einen Facharzt mit mindestens 5-jähriger Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 5-jährige Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin, sofern kein Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin

8-91b

Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Zusatzbezeichnungen
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Zusatzbezeichnungen
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-974

Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

8-984.4

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition] (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie oder einen Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit Erfahrung in der Behandlung von Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Vorhandensein von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit schwerer Mangelernährung oder auf Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen“



- Nachweise der differenzierten Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit schwerer Mangelernährung oder auf Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen

8-989

Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt einer operativen Disziplin“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Möglichkeit zum Hygiene- bzw. Infektionsmonitoring mit 24-stündigem Zugriff (auch extern) auf Leistungen und Befunde“



- Nachweise der Möglichkeit zum Hygiene- und Infektionsmonitoring (SOP)
- 24-stündiger Zugriff auf Leistungen und Befunde, auch von extern (Dienstweisung)

8-98j

Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Ernährungsteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der strukturierten curricularen Fortbildung oder Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin und mit einem Diätassistenten oder Ökotrophologen“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- Qualifikationsnachweise des Diätassistenten oder Ökotrophologen und deren Vertretung
- Regelungen zu den Vertretungen des Diätassistenten oder Ökotrophologen, z. B. SOP, Kooperationsvereinbarung

„Werktags mindestens 7-stündige Verfügbarkeit des Ernährungsteams“



- Dienstpläne der Behandlungsleitung und Vertretung
- Dienstpläne des Diätassistenten oder Ökotrophologen und dessen Vertretung

9-310

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

9-311

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatisch-psychosomatische Komplex- behandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

9-312

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie/Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

9-401.5

Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Behandlungsleitung durch einen Facharzt, einen psychologischen Psychotherapeuten oder einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten auf einer somatischen Station“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
- SOP über die Behandlung auf einer somatischen Station

9-502

Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2024)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

„Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie“



- Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
- Vertretung Behandlungsleitung
 - ↳ Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
 - ↳ Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
 - ↳ Regelungen zu den Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

„Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen:

- Ärzte
- Psychologen oder Pädagogen
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner“

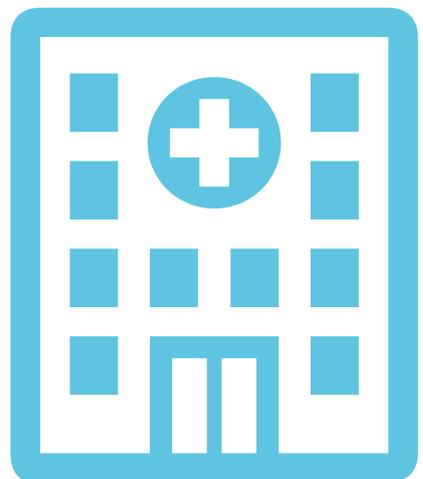


- Nachweise über das Vorhandensein einer entsprechend qualifizierten Person sowie ihrer Vertretung für die obengenannten Berufsgruppen durch Arbeitsverträge/ Kooperationsvereinbarungen und Dienstpläne/Einsatzpläne
- Qualifikationsnachweise der entsprechend qualifizierten Personen sowie ihrer Vertretungen

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 7: Bescheinigung (OPS-Version 2024)



Bescheinigung (OPS-Version 2024)

Nachfolgend aufgeführtem Krankenhaus wird gemäß § 275d SGB V in Bezug auf die unten aufgeführten Angaben bescheinigt, dass die Strukturmerkmale für den

am (Eingangsdatum des Antrags) _____ zur Begutachtung

beantragten **OPS-Kode** _____ eingehalten werden.



Krankenhaus

Krankenhaus _____

Institutionskennzeichen (IK) _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Standort _____

Standortnummer _____

Postanschrift des Standortes _____

Station/Einheit _____

Diese Bescheinigung ist vom _____ bis zum _____ gültig.

Diese Bescheinigung wurde im Zusammenhang mit dem Bescheid AZ.: _____

des Medizinischen Dienstes Musterland vom _____ ausgestellt.

Ort, Datum

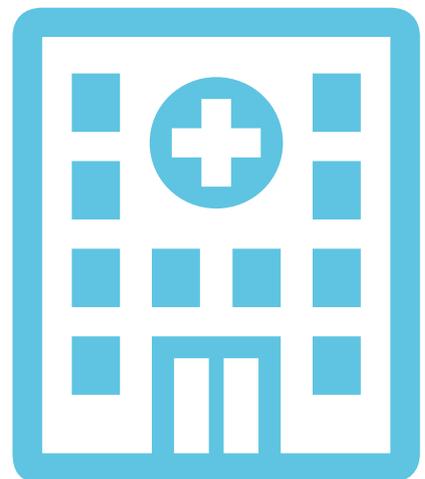
Name, Dienstbezeichnung

Diese Bescheinigung dient der Vorlage bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen. Werden die bescheinigten Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr eingehalten, so ist dies gemäß § 275d Absatz 3 SGB V den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst unverzüglich mitzuteilen.

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 8: Formulare für Mitteilungen des Krankenhauses an den Medizinischen Dienst



Anlage 8: Formulare für Mitteilungen des Krankenhauses an den Medizinischen Dienst

Die folgenden Formulare sind anzuwenden bei:

- Umzug einer OPS-bezogenen Leistungserbringung am selben Standort (Formular 8.1)
- Änderungen des Krankenhausträgers, z. B. bei Verkauf, Übernahme oder Fusion (Formular 8.2)
- Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V (Formular 8.3)
- Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort (Formular 8.4)

Die folgenden Formulare können angewendet werden bei:

- Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V (erstmalige Abrechnungsrelevanz) (Formular 8.5)
- Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V (erstmalige oder erneute Leistungserbringung) (Formular 8.6)



Anzeigen gemäß § 275d Absatz 1a SGB V sind an den zuständigen Medizinischen Dienst und an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und den Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung zu richten.

Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 8.1: Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am selben Standort



Krankenhaus

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____



Bitte kennzeichnen Sie diese Anschrift **oder** die Anschrift des Standortes als Korrespondenzadresse!



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst ____ den Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug an. Der Umzug erfolgt am selben Standort und der Name der Einheit bzw. Station ändert sich.

Für die Einheit bzw. Station mit der Bezeichnung vor dem Umzug liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor _____

Bisherige Angaben

Bisherige Bezeichnung der Einheit bzw. Station _____

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung _____

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung _____

Neue Angaben

Neue Bezeichnung der Einheit bzw. Station _____

Umzug der Einheit bzw. Station abgeschlossen am _____

Es wird versichert, dass die Strukturvoraussetzungen unverändert eingehalten werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 8.2: Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhausträgers



Krankenhaus

Krankenhausname _____

(Ggf. neuer Krankenhausname) _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

(Ggf. neue Postanschrift des Krankenhauses) _____

(Korrespondenzadresse Ja Nein)

Institutionskennzeichen (IK) _____

(Ggf. neues Institutionskennzeichen) _____



Bitte kennzeichnen
Sie diese Anschrift
oder die Anschrift
des Standortes als
Korrespondenz-
adresse!



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig) _____

(Ggf. neue Standortnummer (neunstellig)) _____

Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 8.3: Mitteilung des Krankenhauses bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V



Krankenhaus

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____



Bitte kennzeichnen Sie diese Anschrift **oder** die Anschrift des Standortes als Korrespondenzadresse!



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Hiermit teile ich dem Medizinischen Dienst ___ mit, dass mindestens ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht eingehalten worden ist. Für den Zeitraum der Nichteinhaltung liegt eine gültige Bescheinigung vor.

OPS-Kode _____

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids _____

Beginn des bescheinigten Zeitraums _____

Ende des bescheinigten Zeitraums _____

Datum des Beginns der Nichteinhaltung
eines oder mehrerer Strukturmerkmale _____

Nicht eingehaltenes Strukturmerkmal/nicht eingehaltene Strukturmerkmale

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 8.4: Information über Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort



Krankenhaus

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____



Bitte kennzeichnen Sie diese Anschrift **oder** die Anschrift des Standortes als Korrespondenzadresse!



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Für die Tagesklinik
liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor _____

Bisherige Angaben

Bezeichnung der Tagesklinik (optional) _____

Bisherige Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik _____

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung _____

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung _____

Neue Angaben

Neue Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik _____

Datum der Änderung _____

Ggf. neue Bezeichnung der Tagesklinik _____

Es wird versichert, dass der Tagesklinik vom InEK eine neue Standortnummer zugeteilt wurde, die Strukturvoraussetzungen des OPS-Kodes unverändert eingehalten werden und kein Umzug an einen anderen Standort erfolgt ist.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 8.5: Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V (erstmalige Abrechnungsrelevanz)



Krankenhaus

Krankenhaus

Postanschrift des Krankenhauses

Korrespondenzadresse Ja Nein

Institutionskennzeichen (IK)



Bitte kennzeichnen
Sie diese Anschrift
oder die Anschrift
des Standortes als
Korrespondenz-
adresse!



Standort

Standort

Postanschrift des Standortes

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig)



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name

Telefon-Nummer E-Mail

OPS-Kode _____ OPS-Version _____

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____, _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland
Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**
Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 8.6: Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V (erstmalige oder erneute Leistungserbringung)



Krankenhaus

Krankenhaus _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Institutionskennzeichen (IK) _____



Bitte kennzeichnen
Sie diese Anschrift
oder die Anschrift
des Standortes als
Korrespondenz-
adresse!



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse Ja Nein

Standortnummer (neunstellig) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

OPS-Kode _____ OPS-Version _____

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen