Medizinischer 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

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

Inhaltsverzeichnis

1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022) 5

1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2022) 7

1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022) 10

5-709.0 Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) 12

8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) 14

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 16

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2022) 20

8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2022) 23

8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) 27

8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022) 29

8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022) 33

8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022) 37

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022) 39

8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2022) 43

8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 45

8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2022) ..... 48~~49~~

8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2022) ..... 49~~50~~

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022) ..... 51~~52~~

8-981.2 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022) ..... 54~~55~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-981.3 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2022) 6061

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 6768

8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 6869

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022) 7071

8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2022) 7374

8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 7778

8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) 7980

8-987.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) 8283

8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022) 85

8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 88

8-98b.2 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022) 9192

8-98b.3 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022) 9697

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2022) 102103

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 108109

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022) 111112

8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) 121

8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022) 124

8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2022) 127126

8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2022) 132131

9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2022) 137136

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ..... 139~~138~~

9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ..... 143~~142~~

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ..... 147~~146~~

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ..... 151~~150~~

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ..... 155~~154~~

9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/ Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2022)..... 159~~158~~

9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2022) ..... 163~~162~~

9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im Besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2022) ..... 167~~165~~

9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)..... 171~~169~~

9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)..... 175~~173~~

9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022) ..... 179~~177~~

9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)..... 184~~182~~

9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (Version 2022) ..... 185~~183~~

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)..... 189~~187~~

9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022)..... 193~~191~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022)

_____
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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort/Standortnummer

_____
Fachabteilung

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

- Das multiprofessionelle Team besteht aus:

Ärzte: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

Psychologen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Fachkräfte 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 ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit (OPS-Version 2022)

_____
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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 2022)

_____
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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

_____
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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort/Standortnummer

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

- Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung.

  Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:

  Ja ☐ Nein ☐

  Art der Bezeichnungen:

  .....

  .....

  Die fachärztliche Behandlungsleitung ist überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig:

  Ja ☐ Nein ☐

  Ärzte (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  Erläuterung:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……

……

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

……

……

……

……

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Name, Vorname:

  ……

  ……

- Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

  Physiotherapie/Physikalische Therapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  ……

  ……

  Ergotherapie:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Logopädie/fazioorale Therapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologie/Neuropsychologie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort/Standortnummer

_____
Fachabteilung

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

- Frührehateam 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:

  Ja ☐ Nein ☐

  Ärzte (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Ärzte (Namen, Vornamen):

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Pflegepersonal (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

- Vorhandensein der folgenden Therapiebereiche:

  Physiotherapie/Krankengymnastik:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  Physikalische Therapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  Ergotherapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Neuropsychologie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Logopädie/fazioorale Therapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort/Standortnummer

_____
Fachabteilung

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

- Frührehateam mit Behandlungsleitung durch einen 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:

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

- 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:

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

Ergotherapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychotherapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Logopädie/fazioorale Therapie/Sprachtherapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie):

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ja ☐ Nein ☐

Welche? .....

Namen, Vornamen:

.....

.....

Dysphagietherapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internem Herzschrittmacher, Stimulationssystem zur kardialen Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantiertem Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort/Standortnummer

_____
Fachabteilung

- Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

- 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 Intensiv-medizin:

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

- Die folgende Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements ist 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:

    .....
    .....

    .....
    .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....
.....

.....

- 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:

  .....

  .....

- Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

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

  ……

  ……

  ……

  ……

- Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen 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:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Erläuterung zur mindestens 3-jährigen Erfahrung:

.....

.....

.....

- Die folgende 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:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

- 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

_____
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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung

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

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

- Zum Team gehört ein ärztlicher Psychotherapeut:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- oder

- ein psychologischer Psychotherapeut:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

- Vorhandensein von:

  Physiotherapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

  oder

  Sporttherapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

oder

anderen körperlich übenden Verfahren:

Ja ☐ Nein ☐

Beschreibung:

……

……

Namen, Vornamen:

……

……

……

……

……

……

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern (OPS-Version 2022)

_____
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):

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Klinisch-naturheilkundliches Team mit Behandlungsleitung 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 gehören Ärzte und fachkundiges Pflegepersonal mit mindestens halbjähriger naturheilkundlicher Erfahrung an:

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ärzte (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

Erläuterung (halbjährige naturheilkundliche Erfahrung):

.....

.....

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:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Ökotrophologen/Diätassistenten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Kunsttherapeuten/Musiktherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

- Fachärztliche Behandlungsleitung:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung

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

- 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:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ergotherapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS-Kodes

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

_____
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 ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Erläuterung:

……

……

Ärzte (Namen, Vornamen):

……

……

……

……

……

……

Pflegepersonal (Namen, Vornamen):
Hinweis: Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht eine examinierte Pflegekraft ~~Pflegefachperson~~ eingesetzt war. Mindestens diese examinierten Pflege~~fach~~kräfte~~personen~~ 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:

  ……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

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

  ……

  ……

  ……

  ~~Nennung der Teammitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams (Namen, Vornamen):~~

  ~~……~~

  ~~……~~

  ~~……~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……

……

……

……

……

- 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:

  Montag bis Freitag:

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  ……

  ……

  Montag bis Freitag:

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

……

……

Wochenende und Feiertage:

Der Arzt der Spezialeinheit steht 24 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

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:

……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……

- 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:

  ……

  ……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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:

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……..

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

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

  ……

  ……

  ……

  ~~Nennung der Teammitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams (Namen, Vornamen):~~

  ~~……~~

  ~~……~~

  ~~……~~

  ~~……~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

.....

- 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:

  Montag bis Freitag:

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  Montag bis Freitag:

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

……

……

Wochenende und Feiertage:

Der Arzt der Spezialeinheit steht 24 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

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:

……

……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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):

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Es sind die folgenden Fachabteilungen am Standort der Schlaganfalleinheit vorhanden:

Neurologie:

Ja ☐ Nein ☐

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

.....

.....

Innere Medizin:

Ja ☐ Nein ☐

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

.....

.....

- Es besteht Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurgie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- und
- eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie:

Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

- Vorhandensein von mindestens zwei Fachärzten:

  Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
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:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

- Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung:

Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder „Diabetologe DDG“:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder „Diabetologe DDG“:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

- Es werden differenzierte Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien vorgehalten:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterungen:

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

- Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z. B. in Kinderkliniken) werden differenzierte Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, vorgehalten:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen

  Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  oder

  Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 supervisiertes Behandlungsteam mit:

Ärzten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologischen Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

Sozialpädagogen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Physiotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Einheit

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

- Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

Krankenhaushygieniker in Kooperation? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, Erläuterung:

.....

.....

.....

.....

- Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

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

- Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

  ……

  ……

  und/oder

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

Krankenhaushygieniker in Kooperation? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, Erläuterung:

.....

.....

.....

.....

- Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt 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:

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Erläuterung (3-jährige Erfahrung):

……

……

- Die 24-stündige ärztliche 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:

  ……

  ……

  ……

  ……

  Erläuterung (3-jährige Erfahrung):

  ……

  ……

  ……

  ……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

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

- Behandlung durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung.

  - Fachärztliche Behandlungsleitung

    Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie liegt vor:

    Ja ☐ Nein ☐

    Namen, Vornamen:

    .....

    .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

Logopädie/fazioorale Therapie:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Sozialdienst:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.2 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl):

  ……

  ……

  ……

  ~~Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams (Namen, Vornamen):~~

  ~~……~~

  ~~……~~

  ~~……~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

.....

.....

- 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 Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:
- ~~Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden.~~

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……

~~- In der spezialisierten Schlaganfalleinheit ist ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:~~
~~Ja ☐ Nein ☐~~

Eingebundene Fachärzte für Neurologie (Namen, Vornamen):

……

……

……

……

~~Erläuterung:~~

~~……~~

~~……~~

~~……~~

- 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:

  ……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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 ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98b.3 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl):

  ……

  ……

  ……

  ~~Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams (Namen, Vornamen):~~

  ~~……~~

  ~~……~~

  ~~……~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

.....

.....

- 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 ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:
- ~~Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden:~~

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

~~In der spezialisierten Schlaganfalleinheit ist ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

Eingebundene Fachärzte für Neurologie (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

~~Erläuterung:~~

~~.....~~

~~.....~~

- 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 ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 ☐

- Vorfügbarkeit 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:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

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 steht zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung-, 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:

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……

- 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Station

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

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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:

  .....

  .....

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Pflegepersonal (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

  Ärzte (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Unter den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/-innen besteht eine Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 % oder für das laufende Jahr übergangsweise eine vergleichbare 5-~~fünf~~jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung (Anzahl der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen insgesamt, darunter Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit Fachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte mit 5-jähriger Erfahrung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte ohne Fachweiterbildung, Mitarbeiter/Vollzeitkräfte ohne 5-jährige Erfahrung):

  ……

  ……

  ……

  ……

- 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:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  ……

  ……

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 Routinelabordiagnostik (z. B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat):

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

- 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

- Vorhandensein einer 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):

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

- 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 ~~(Montag bis Freitag)~~ ist eine mindestens 7-stündige ärztliche Anwesenheit auf der Palliativeinheit gewährleistet:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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):

  .....

  .....

- Verfügbarkeit 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Unterschrift

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) (OPS-Version 2022)

_____
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:

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 ☐

  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.
  Pflegepersonal (Namen, Vornamen)

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

  ……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

.....

.....

.....

~~Hinweis: Für den ärztlichen Bereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht/jedem Dienst ein Arzt eingesetzt war. Mindestens diese Ärzte sind hier zu benennen.~~
~~Ärzte (Namen, Vornamen)~~

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

- 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.

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Apparative Beatmung: Ja ☐ Nein ☐

Nichtinvasives und invasives Monitoring: Ja ☐ Nein ☐

Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren:

Kontinuierliche Nierenersatzverfahren Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

……

……

Intermittierende Nierenersatzverfahren Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

……

……

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems:

Endoskopie des Gastrointestinaltraktes Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

……

……

Endoskopie des Tracheobronchialsystems Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

……

……

Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Intrakranielle Druckmessung Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

……

……

Hybrid-Operationssaal 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:

……

……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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:

……

……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Kardiologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Gastroenterologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Neurologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Anästhesiologie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Viszeralchirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Unfallchirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Gefäßchirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

Neurochirurgie: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, krankenhauszugehörig: Ja ☐ Nein ☐

oder aus benachbarten Krankenhäusern: Ja ☐ Nein ☐

Name der kooperierenden Krankenhäuser:

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Station

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

- Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

  ……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

Krankenhaushygieniker in Kooperation? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, Erläuterung:

.....

.....

.....

.....

- Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist speziell eingewiesenes medizinisches Personal vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Speziell eingewiesenes medizinisches Personal (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 (Name, Vorname):

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

und/oder

Hygienefachkraft unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (Namen, Vornamen):

.....

.....

.....

.....

Krankenhaushygieniker in Kooperation? Ja ☐ Nein ☐

Falls ja, Erläuterung:

.....

.....

.....

.....

- Es ist ein Hygieneplan vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Ärzte (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

  Pflegepersonal (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Namen, Vornamen, Professionen:

.....

.....

.....

.....

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:

.....

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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 ~~(Montag bis Freitag)~~ Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

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

– Name des externen Leistungsanbieters:

.....

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Ärzte (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

  Pflegepersonal (Namen, Vornamen):

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……..

……

……

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

Namen, Vornamen, Professionen:

……

……

……

……

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:

……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

- 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:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

- 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):

.....

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Außerhalb der werktäglichen ~~(Montag bis Freitag)~~ Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  ~~Multidisziplinäres Team (Namen, Vornamen, Disziplinen):~~

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Spezialtherapeuten:

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Physiotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Logopäden: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Kreativtherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Spezialtherapeuten:

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Physiotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Logopäden: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Kreativtherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Spezialtherapeuten:

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Physiotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Logopäden: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Kreativtherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

  Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie):

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Spezialtherapeuten:

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Physiotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ökotrophologen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sportlehrer: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Kreativtherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

sonstige Spezialtherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Es sind Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Heilerziehungspfleger) vorhanden:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort /Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Beschreibung der Station (u. a. Bettenzahl):

  ……

  ……

  ……

  ……

- Es ist ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Team vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen, Professionen bzw. Disziplinen:

  ……

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

……

……

……

……

……

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  ……

  ……

  ……

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  ……

  ……

  ……

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen, Facharztqualifikation:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

- 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 ☐

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

  Erläuterung:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es wird ein Rooming-In vorgehalten:

  Ja ☐ Nein ☐

  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 ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten:

.....

.....

- Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte sind Teil des Behandlungsteams:

Kinderkrankenpfleger:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Erzieher:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Heilerzieher:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Heilpädagogen:

Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder
sonstige pädagogisch-pflegerische Fachkräfte:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

- oder

- durch eine Kooperation mit ambulant tätigen Hebammen/Stillberatern:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

- Ein Pädiater und/oder Kinder- und Jugendpsychiater steht mindestens konsiliarisch zur Verfügung:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung

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

- Es ist ein multidisziplinär zusammengesetztes Behandlungsteam mit Vertretern von mindestens 3 der folgenden Berufsgruppen vorhanden:

  Ärzte:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  oder

  Psychologische Psychotherapeuten/Suchttherapeuten:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

oder

Sozialpädagogen:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Physiotherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Ergotherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Pflegefachpersonen:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

oder

sonstige Berufsgruppe:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Mindestens ein Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut ist im Behandlungsteam:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im bBesonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Fachabteilung / Einheit

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

- Es ist eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie am Standort des Krankenhauses vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

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

  .....

  .....

  .....

  .....

und~~oder~~

- es ist eine Fachabteilung für Psychiatrie am Standort des Krankenhauses vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

.....

.....

oder

- es ist eine Fachabteilung für Psychosomatik am Standort des Krankenhauses vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

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

  .....

  .....

  .....

- Es ist eine spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychosomatischen/-psychotherapeutischen Setting vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Benennung und Beschreibung der spezialisierten, räumlich oder organisatorisch abgegrenzten Einheit:

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es ist eine duale Behandlungsleitung vorhanden:

  Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

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:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Es wird ein Rooming-In vorgehalten:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Es sind mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder:

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder:

Heilpädagogen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Logopäden: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder:

Bewegungstherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder:

Erlebnistherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder:

Kreativtherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder:

sonstige Spezialtherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es sind Vertreter folgender Berufsgruppen vorhanden:

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Es sind Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Heilpädagogen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Bewegungstherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Erlebnistherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Kreativtherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sonstige Spezialtherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

- Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen, Professionen:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Es ist eine spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit vorhanden:

  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:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Es ist ein Rückzugsraum für Eltern vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten:

  .....

  .....

- Es wird ein Rooming-In vorgehalten:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung und Beschreibung der Räumlichkeiten:

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es ist ein multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Behandlungsleitung (Namen, Vornamen):

  .....

  .....

  .....

  .....

- Es sind Vertreter der folgenden Berufsgruppen vorhanden:

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

  Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Es sind mindestens zwei Spezialtherapeutengruppen vorhanden:

Ergotherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sozialarbeiter: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Heilpädagogen: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

oder

Bewegungstherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Erlebnistherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Kreativtherapeuten: Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

oder

Sonstige Spezialtherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Es sind pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Erzieher, Heilerziehungspfleger, Jugend- und Heimerzieher) vorhanden:

Ja ☐ Nein ☐

.....

.....

.....

.....

- Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen, Professionen:

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

- Es ist eine Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Benennung und Beschreibung der Spezialstation:

  .....

  .....

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen (Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

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

- Es ist ein mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:

  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:

  .....

  .....

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

  .....

  .....

  ~~oder~~und

  Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

oder

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Beschreibung / Erläuterung der Erreichbarkeit:

  .....

  .....

  .....

  .....

  Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) mit der Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung / Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme:

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

~~- Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

~~Namen, Vornamen, Professionen:~~

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

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

- Es ist ein mobiles multiprofessionelles Team vorhanden:

  Ja ☐ Nein ☐

  Beschreibung der Mobilität des Teams:

  .....

  .....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

- Team bestehend aus ärztlichem Dienst, pädagogisch-pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter einer weiteren Berufsgruppe oder Spezialtherapeuten:

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

und~~oder~~

Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie):

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

oder

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

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

  Ja ☐ Nein ☐

  Beschreibung / Erläuterung der Erreichbarkeit:

  .....

  .....

- Gewährleistung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus (24 Stunden an 7 Tagen in der Woche) mit der Möglichkeit zur umgehenden vollstationären Aufnahme:

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung / Beschreibung der Möglichkeit der vollstationären Aufnahme:

  .....

  .....

  .....

  .....

~~- Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

~~Namen, Vornamen, Professionen:~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung (OPS-Version 2022)

_____
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):

  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Medizinischer 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

Anlage 5b: Selbstauskunftsbögen für nicht abrechnungsrelevante OPS-Kodes (OPS-Version 2022)

Inhaltsverzeichnis

1-910 Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik (OPS-Version 2022) 3

8-553 Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2022) 4

8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 76

8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2022) 87

8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung 98

(OPS-Version 2022) 98

8-989 Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (OPS-Version 2022) 1110

8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 1312

9-310 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2022) 1514

9-311 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatrisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2022) 1716

9-312 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 1918

9-401.5 Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2022) 2120

9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2022) 2322

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-910 Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

- Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Arzt mit der Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS 8-553 Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für 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. Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie muss über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation verfügen.

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

- Der Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie verfügt über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der Frührehabilitation

  Ja ☐ Nein ☐

  Erläuterung:
  .....

  .....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Vorhandensein eines multiprofessionellen Frührehabilitationsteams, das auf die Rehabilitation von Patienten mit Sprech-, Stimm-, Kau- und Schluckstörungen bei Kopf-Hals-Tumoren spezialisiert ist:

  Ja ☐ Nein ☐

  ~~Nennung der weiteren Teammitglieder des multiprofessionellen Teams (Namen, Vornamen):~~

  .....

  .....

  .....

  .....

  .....

- 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:

  Ja ☐ Nein ☐

  Namen, Vornamen:

  .....

  .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS 8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
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:

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Unterschrift

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS 8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen ~~sund obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche s~~ind mindestens zwei Personen des Teams oder des Kooperationspartners namentlich aufzuführen.

- Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

~~- Die Behandlung erfolgt durch ein Team bestehend aus folgenden weiteren Vertretern:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

~~Namen, Vornamen:~~

~~.....~~

~~.....~~

~~.....~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-989 Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren ~~und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche~~ 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:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

- Ernährungsteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der strukturierten curricularen Fortbildung oder Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin und mit einem Diätassistenten oder Ökotrophologen:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

.....

- Werktags ist ein Ernährungsteam mindestens 7-stündig verfügbar:

Ja ☐ Nein ☐

Erläuterung:

.....

.....

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

.....

- .....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-310 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen ~~sund obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche s~~ind mindestens zwei Personen des Teams oder des Kooperationspartners namentlich aufzuführen.

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

~~Vorhandensein eines multidisziplinären Teams:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

~~Nennung der weiteren Teammitglieder des multidisziplinären Teams (Namen, Vornamen):~~

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-311 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatrisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

~~Vorhandensein eines multidisziplinären Teams:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

~~Nennung der weiteren Teammitglieder des multidisziplinären Teams (Namen, Vornamen):~~

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-312 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

~~Vorhandensein eines multidisziplinären Teams:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

~~Nennung der weiteren Teammitglieder des multidisziplinären Teams (Namen, Vornamen):~~

~~.....~~

~~.....~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-401.5 Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)

_____
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, einen psychologischen Psychotherapeuten oder einen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2022)

_____
Krankenhausname

_____
Ort

_____
Standort / Standortnummer

_____
Ggf. Fachabteilung

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

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

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

.....

- Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen
  - Ärzte
  - Psychologen oder Pädagogen
  - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte:

Ja ☐ Nein ☐

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Erläuterung

.....

.....

Ärzte:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Psychologen oder Pädagogen:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte:

Ja ☐ Nein ☐

Namen, Vornamen:

.....

.....

~~Weitere, oben noch nicht benannte Teammitglieder:~~

~~Ja ☐ Nein ☐~~

~~Namen, Vornamen:~~

~~.....~~

~~.....~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Medizinischer Dienst
Bund

Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach
§ 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (StrOPS-RL)

Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V

Anlage 6a
Erforderliche Unterlagen je abrechnungsrelevantem OPS-Kode (OPS-Version 2022)

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise 5

1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit 6

1-945 Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit 7

1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit 8

5-709.0 Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen 9

8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen 10

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung 11

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation 12

8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation 13

8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internen Schrittmachern, Systemen für die kardiale Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantierten Defibrillatoren bei Kindern und Jugendlichen 15

8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit 16

8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit 17

8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie 19

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie 20

8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern 21

8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung 22

8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems 23

8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom 24

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) 25

8-981.2 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen 26

8-981.3 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen 28

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung 31

8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung 32

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus 33

8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug] 34

8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung 35

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit 36

8-987.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit 37

8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand 38

8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung 39

8-98b.2 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes 40

8-98b.3 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes 42

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) 45

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung 47

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) 49

8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit 52

8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit 53

8-98h.0 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst 54

8-98h.1 Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst 56

9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie 58

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 59

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

9-62 Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 61

9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 62

9-642 Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen 63

9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting) 6564

9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen 6665

9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind 6766

9-65 Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen 6968

9-67 Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen 7069

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-68 Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen 7170

9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen 7271

9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen..... 7372

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen 7473

9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung..... 7574

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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.
- 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.

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

1-221 Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multiprofessionelles Team (mindestens ein Arzt, ein Sozialarbeiter, ein Psychologe 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
        - Psychologe
        - Fachkraft für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
    - Regelungen zu den Vertretungen der Teammitglieder, z.B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
    - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

1-999.3 Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

5-709.0 Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-01a Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein“*
  - Behandlungsleitung
    - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
    - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
    - Regelungen zu den Anwesenheiten mit Nachweis über die überwiegende Tätigkeit in der geriatrischen Einheit, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
  - Vertretung Behandlungsleitung
    - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
    - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
    - Regelungen zu den Vertretungen mit Nachweis über die überwiegende Tätigkeit in der geriatrischen Einheit für den Vertretungsfall, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

- *„Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“*
  - Qualifikationsnachweis über die curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden mindestens einer Pflegefachkraft
  - Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung mindestens einer Pflegefachkraft mit curricularer geriatriespezifischer Zusatzqualifikation (z. B. Arbeitszeugnisse)

- *„Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale 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/fazioorale Therapie
    - Psychologie/Neuropsychologie
  - Qualifikationsnachweise der o.g. Personen sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche
    - Physiotherapie/Physikalische Therapie
    - Ergotherapie
    - Logopädie/fazioorale Therapie
    - Psychologie/Neuropsychologie

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Frührehateam 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 Frührehateam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein“*
  - 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
  - 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, Neuropsychologie, Logopädie/fazioorale 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,
    - Logopädie/fazioorale Therapie
  - Qualifikationsnachweise der o. g. Personen sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche
    - Physiotherapie/Krankengymnastik
    - Physikalische Therapie
    - Ergotherapie
    - Neuropsychologie,
    - Logopädie/fazioorale Therapie

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Frührehateam 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
    - ~~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
  - 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/fazioorale 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/fazioorale 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Logopädie/fazioorale Therapie/Sprachtherapie
- künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie)
- Dysphagietherapie

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-644 Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von internen Schrittmachern, Systemen für die kardiale Resynchronisationstherapie [CRT] oder implantierten Defibrillatoren bei Kindern und Jugendlichen

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin“*
  - 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

- *„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)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mind. 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden“*
  - Nachweis über das Vorhandensein einer spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit mit mindestens 6 Betten
  - ~~Nachweis des spezialisierten Teams~~

- *„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
    - ~~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

- *„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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

  - 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)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-918 Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie“*
  - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-91c Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie“*
  - 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

- *„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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekannten Ausmaßes bei Kindern

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
    - ~~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
  - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-977 Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Fachärztliche Behandlungsleitung“*
  - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie“*
  - 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

- *„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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin*
  - 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

- *„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, Kreißsaal)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
    - ~~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
- *„24-stündige ärztliche Anwesenheit. Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Dies kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in neurologischer Weiterbildung sein.) 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 versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht“*
  - 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 von Montag bis Freitag 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)
  - Genehmigung zur Teleradiologie (sofern anteilig teleradiologisch erbracht)
- *„24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses“*

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
    - ~~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

- *„24-stündige ärztliche Anwesenheit. Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Dies kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in neurologischer Weiterbildung sein.) 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 versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht“*
  - 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 von Montag bis Freitag 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)
  - Genehmigung zur Teleradiologie (sofern anteilig teleradiologisch erbracht)

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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)“*

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-982 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin“*
  - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-983 Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung

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
    - ~~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
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-984 Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multimodales Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG")“*
  - 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
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des multimodalen Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

- *„Vorhaltung von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervisiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmedizinischer 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 suchtmedizinischer 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
    - ~~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
  - Sofern die Behandlungsleitung Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung Suchtmedizinischer Grundversorgung ist~~:~~
    - Nachweise über die kontinuierliche Verfügbarkeit des psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstands ~~(~~z. B. SOP, Dienstpläne, Einsatzpläne, Kooperationsvereinbarungen~~)~~
    - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Nachweise über die systematische Supervision des Behandlungsteams

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-986 Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie)“*
  - 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
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischem 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

- *„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)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-987.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischem 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

- *“Vorhandensein eines Hygieneplans”*
  - Vorlage des Hygieneplans

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand

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
    - ~~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
- *„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 Fachä~~Ä~~rzte 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 Kooperationsvereinbarung
    - Regelungen zu den Vertretungen, z.B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multiprofessionelles Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich)“*
  - 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

- *„Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“*
  - Qualifikationsnachweis über die curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden mindestens einer Pflegefachkraft
  - Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung mindestens einer Pflegefachkraft mit curricularer geriatriespezifischer Zusatzqualifikation (z. B. Arbeitszeugnisse)

- *„Vorhandensein folgender Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/fazioorale 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/fazioorale Therapie
    - Sozialdienst
  - Qualifikationsnachweise der o. g. Person sowie ihrer Vertretung für die Therapiebereiche
    - Physiotherapie
    - Physikalische Therapie
    - Ergotherapie
    - Psychologie/Neuropsychologie
    - Logopädie/fazioorale Therapie
    - Sozialdienst

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team unter 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
    - ~~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 über die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands bei ärztlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin~~
    ~~– Rufbereitschaftsdienstpläne der Ärzte für Neurologie~~
    ~~– ggf. Kooperationsvereinbarung (sofern in Kooperation erbracht)~~
  ~~– Qualifikationsnachweise der Fachärzte für Neurologie~~

- *„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)
    - Genehmigung zur Teleradiologie (sofern anteilig teleradiologisch erbracht)

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- *„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 Sachverstands 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 Sachverstands, Dienstpläne, Kooperationsvereinbarung, ggf. SOP
    - Qualifikationsnachweise der Fachärzte für Neurologie

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Spezialisierte Einheit mit einem multidisziplinären, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Team unter 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
    - ~~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 über die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands bei ärztlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin~~
    - ~~mindestens Rufbereitschaftsdienstpläne der Ärzte für Neurologie~~
    - ~~ggf. Kooperationsvereinbarung (sofern in Kooperation erbracht)~~
  - ~~Qualifikationsnachweise der Fachärzte für Neurologie~~

- *„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)
    - Genehmigung zur Teleradiologie (sofern anteilig teleradiologisch erbracht)

- *„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) der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße (SOP oder Rufbereitschaftsdienstplan der Neurologie)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- *„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)

- *„Der Telekonsildienst muss zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung stehen, 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)

- *„Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators“*
  - Nachweise über die Qualitätsbesprechungen (z. B. Protokolle)

- *„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)

- *„Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität“*

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)

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
    - ~~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
  - 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. Approbation~~)~~surkunden) der eingesetzten Ärzte
  - Dienstpläne des Pflegepersonals der Intensivstation

- *„Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege 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 ~~fünf~~5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege des Pflegepersonals der pädiatrischen Intensivstation
  - Stellenplan, Dienstplan, Arbeitsverträge und Qualifikationsnachweise des im Stellenplan ausgewiesenen qualifizierten Pflegefachpersonals

- *„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“*

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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)
  - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Fachärzte, die gemäß der Klarstellung des BfArM vom~~n~~ 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 Radiologieassistenz
    - Medizinisch-technische Laborassistenz
  - Dienstpläne der Fachärzte, die gemäß der Klarstellung des BfArM vom~~n~~ 14.10.2021 bei Bedarf hinzugezogen werden können
    - Kinderchirurgie
    - Kinderkardiologie
    - Radiologie
    - Neuropädiatrie
    - Labor und Mikrobiologie
  - Dienstpläne Assistenzpersonal
    - Medizinisch-technische Radiologieassistenz
    - Medizinisch-technische Laborassistenz
  - Genehmigung zur Teleradiologie (sofern anteilig teleradiologisch erbracht)

- *„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)
  - ~~-~~Nachweis über die Geräteeinweisung

- *„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:*
  - *Apparative Beatmung*
  - *Nicht invasives und invasives Monitoring“*

  - Nachweis über die Geräte~~Inventarliste~~ für apparative Beatmung sowie nicht invasives und invasives Monitoring
  - ~~Nachweis über die Geräteeinweisung~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung

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 (von Montag bis Freitag) 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 sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung“*
  - Pflegerische Leitung und Vertretung der Leitung
    - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarung
    - 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

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Nachweis über Geräte zur~~Inventarliste zum Nachweis der Verfügbarkeit von~~ apparativen palliativmedizinischen Behandlungsverfahren mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Überwachung

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

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 (Montag bis Freitag) 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 (Montag bis Freitag) zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend ist
  - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise der Ärzte, die werktags (Montag bis Freitag) 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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

- *„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 Radiologieassistenz
      - Medizinisch-technische Laborassistenz
    - Dienstpläne von 3 der genannten Verfahren (Ärzte und Assistenzpersonal)
      - Radiologie
      - Kardiologie für Akut-PTCA
      - Interventionelle (Neuro-)Radiologie

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Labor

– Genehmigung zur Teleradiologie (sofern anteilig teleradiologisch erbracht)

- *„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 ~~n~~ 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 ~~n~~ 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 ~~n~~ 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)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischem 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

- *„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)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-98g.1 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischem 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

- *Vorhandensein eines Hygieneplans*
  - Vorlage des Hygieneplans

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
    - ~~Regelungen zu den Anwesenheiten, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan~~
    - 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 Kooperationsvereinbarung
    - Regelungen zu den Anwesenheiten/Vertretungen, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
    - Nachweise über die curriculare palliativpflegerische Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- 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 (Montag bis Freitag) 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)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
    - ~~Regelungen zu den Anwesenheiten, z. B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan~~
    - 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 Kooperationsvereinbarung
    - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- *„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 (Montag bis Freitag) 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)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-403 Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multidisziplinäres Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin“*
  - 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
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des multidisziplinären Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

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
    - ~~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
- *„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)*
  - *Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)*
  - *Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-61 Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

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
    - ~~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
- *„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)*
  - *Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)*
  - *Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
    - 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
- *„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)*
  - *Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)*
  - *Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“*
  - 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
- *„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:*
  - *Ärzte (Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)*
  - *Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Kreativtherapeuten, Physiotherapeuten, Ökotrophologen, Sportlehrer)*
  - *Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
  - 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 oder einen Facharzt für Nervenheilkunde 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 oder einen Facharzt für Nervenheilkunde und einen weiteren Arzt mit einer somatischen Facharztqualifikation im Team“
  - 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

- *„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 Rufbereit~~s~~schaftsdienstpläne mindestens einer somatischen Fachabteilung

- *„Pflegerische Behandlung auch bettlägeriger Patienten ist grundsätzlich über 24 Stunden täglich gewährleistet“*

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- Dienstpläne der Pflegefachpersonen

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Vorhaltung eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer“*
  - Nachweis des Eltern-Kind-Rooming-In

- *„Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“*
  - Nachweis des Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraums
  - Nachweis des Rückzugsraums für Eltern

- *„Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte (z. B. Kinderkrankenpfleger, 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 konsiliarische Verfügbarkeit 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-647 Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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
    - ~~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

- *„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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

- *„Vorhaltung eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer“*
    - Nachweis des Eltern-Kind-Rooming-In

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“*
  - 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
- *„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:*
  - *Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)*
  - *Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)*
  - *Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

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

- *„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:*
  - *Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)*
  - *Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)*
  - *Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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

- *„Vorhaltung eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer“*
  - Nachweis des Eltern-Kind-Rooming-In

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

- *„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:*
  - *Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)*
  - *Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Mindestens 2 Spezialtherapeutengruppen (z. B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten)*
  - *Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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

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

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal:

- *„Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“*
  - Nachweis der Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr durch Behandlungskonzept, Lageplan

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen

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. Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Logopäde, Kreativtherapeut))“*
  - 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 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)*
  - *Psychologen (Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)*
  - *Pflegefachpersonen (z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen

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. Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie) oder Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeut, Physiotherapeut, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Heilpädagoge, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeut, Logopäde))“*
  - 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 der Mobilität, z. B. durch SOP, Beschreibung

- *„Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen*:
  - *Ärzte (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie)*
  - *Psychologen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master of Science in Psychologie)*
  - *Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Heilpädagogen, Bewegungs-, Erlebnis-, Kreativtherapeuten, Logopäden)*
  - *Pädagogisch-pflegerische Fachpersonen (z. B. (Kinder-)Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-985 Teilstationäre pädiatrische Behandlung

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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

Medizinischer Dienst
Bund

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

Anlage 6b
Erforderliche Unterlagen je nicht abrechnungsrelevantem OPS-Kode (OPS-Version 2022)

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise 4

1-910 Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik 5

8-553 Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren 6

8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung 7

8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung 8

8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung 9

8-989 Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen 10

8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung 11

9-310 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens 12

9-311 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatrisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens 13

9-312 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung 14

9-401.5 Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung 15

9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen 16

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

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 können unkenntlich gemacht werden.
- 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.

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

1-910 Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal

- *„Behandlungsleitung durch einen Arzt mit der Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie“*
  - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-553 Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

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
    - ~~Regelungen zu den Anwesenheiten, 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
  - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-563 Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung

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 Kooperationsvereinbarung
    - ~~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
  - Nachweise (z. B. Arbeitszeugnisse) über eine mindestens 5-jährige Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin, sofern kein Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-91b Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal

- *„Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie“*
  - Behandlungsleitung
    - Facharzturkunden/Zusatzbezeichnungen
    - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarung
    - ~~Regelungen zu den Anwesenheiten, z.B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan~~
  - Vertretung Behandlungsleitung
    - Facharzturkunden/Zusatzbezeichnungen
    - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen
    - Regelungen zu den Vertretungen, z.B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-974 Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal

- *„Team mit fachärztlicher Behandlungsleitung“*
  - 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
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-989 Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen

Erforderliche Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal

- *„Behandlungsleitung durch einen Facharzt einer operativen Disziplin“*
  - 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

- *„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 (Dienstanweisung)

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

8-98j Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung

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
    - ~~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
  - Qualifikationsnachweise des~~r~~ Diätassistenten oder Ökotrophologen und deren Vertretung
  - Regelungen zu den Vertretungen des~~r~~ Diätassistenten oder Ökotrophologen, z. B. SOP, Kooperationsvereinbarung

- *„Werktags mindestens 7-stündige Verfügbarkeit des Ernährungsteams“*
  - Dienstpläne der Behandlungsleitung und Vertretung
  - Dienstpläne des~~r~~ Diätassistenten ~~und~~ oder Ökotrophologen und dessen Vertretung

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-310 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatrische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens

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
    - ~~Regelungen zu den Anwesenheiten, z.B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan~~
  - Vertretung Behandlungsleitung
    - Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise
    - Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarung
    - Regelungen zu den Vertretungen, z.B. SOP, Einsatzplan, Dienstplan
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des multidisziplinären Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-311 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatrisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens

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
    - ~~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
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des multidisziplinären Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-312 Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung

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
    - ~~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
  - ~~SOP zur Zusammensetzung des multidisziplinären Teams~~
  - ~~Berufsbezeichnungen und Qualifikationsnachweise der Teammitglieder~~

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-401.5 Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung

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
    - ~~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
  - SOP über die Behandlung auf einer somatischen Station

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de

9-502 Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

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
    - ~~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
    -
- *„Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen:*
  - *Ärzte*
  - *Psychologen oder Pädagogen*
  - *Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte“*
  - 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

Medizinischer Dienst Bund – Theodor-Althoff-Straße 47 – 45133 Essen – Telefon: 0201 8327 - 0 – Fax: 0201 8327 - 100 – www.md-bund.de