**Erhebungsbogen**

**zur Zertifizierung der durch die ANOA formulierten Anforderungen an nicht operative Akutkliniken als qualitätssichernde   
Maßnahme in der Krankenhausbehandlung von multifaktoriell bedingten Erkrankungen des Bewegungssystems**

**ANOA-Cert**

Zertifizierung für Komplexbehandlungen von Schmerzerkrankungen des

Bewegungssystems im Krankenhaus

**Autorengruppe**

Dr. med. Jens Adermann

Dr. med. Sabine Alfter

Dr. med. Kerstin Engel

Dr. med. Jan Holger Holtschmit

Dipl. Kfm. Martin Gerlach

Dipl.-Psych. Wolfgang Ritz

Der Erhebungsbogen vom 19.02.2021 wurde am 14.08.2023 durch dieses Dokument ersetzt, welches ab dem 01.01.2024 für alle Audits und Dokumentenprüfungen verbindlich anzuwenden ist.

**Inkraftsetzung am 14.08.2023 durch die Zertifizierungskommission**

Version: -O1



*Zur besseren Lesbarkeit wird auf die Form geschlechtsspezifischer Nomenklatur verzichtet. Im Text sind immer alle Geschlechter gemeint, es sei denn, eine explizite Formulierung weist darauf hin***.**

**Angaben zur Klinik**

|  |  |
| --- | --- |
| Reg. Nr. | ANOA- |
| Einrichtungsname |  |
| Klinik / Abteilung / Department |  |
| Straße & Hausnummer |  |
| PLZ |  |
| Ort |  |

**Geltungsbereich der Zertifizierung**

|  |
| --- |
| Multimodal–nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems |
|  |
| Multimodale Schmerztherapie des Bewegungssystems |
|  |
| Rheumatologische Komplexbehandlung |

**Erfassungszeitraum der Daten**

Datengrundlage für das Audit ist das Kalenderjahr vor dem Auditjahr (Eingabe im Kennzahlenbogen). Im Erhebungsbogen sind neben den Angaben zum Datenjahr ergänzend auch Veränderungen des laufenden Kalenderjahres anzugeben. Im Audit sind die Daten für das vorangegangene und laufende Kalenderjahr darzustellen.

**Klinikstruktur - Ansprechpartner:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fachgebiet | Leitung | | |
| Titel | Vorname | Nachname |
| Hauptabteilung |  |  |  |
| Psychotherapie |  |  |  |
| Pflege |  |  |  |
| Physiotherapie / Krankengymnastik |  |  |  |
| Medizinische Trainingstherapie |  |  |  |
| Sozialdienst |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**(Haupt-) Kooperationspartner:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung Kooperationspartner / Anschrift (Straße / PLZ / Ort) | Datum Zugang | Datum Abgang |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Erstellung / Aktualisierung**

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Erstzertifizierung / Wiederholaudit | 1. Überwachungsaudit | 2. Überwachungsaudit |
| Die Daten zur Ergebnisqualität beziehen sich auf das Kalenderjahr |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Erstellungs-/ Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens |  |  |  |
| Eingangsdatum bei ClarCert |  |  |  |
| Vorabbewertung durch Fachexperten |  |  |  |
| Berichterstellung durch Fachexperten |  |  |  |
| Name Fachexperte |  |  |  |

**Inhaltsve****rzeichnis**

[1. Anforderungen Basismodul 6](#_Toc57873920)

[1.1 Kriterien Akutkrankenhaus 6](#_Toc57873921)

[1.2 Fachkompetenzen 6](#_Toc57873922)

[1.3 Räumliche und apparative Voraussetzungen 6](#_Toc57873923)

[1.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit 7](#_Toc57873924)

[1.5 Einheit von Diagnostik, Verlaufsdiagnostik und Behandlung 7](#_Toc57873925)

[1.6 ANOA-spezifische Qualitätssicherung für ANOA-Mitgliedskliniken 8](#_Toc57873926)

[Anwendung der ANOA-Klinischen Pfade 8](#_Toc57873927)

[2. Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems 8](#_Toc57873928)

[2.1 Behandlungspfad 8](#_Toc57873929)

[2.2 Spezielle Fachkompetenzen 9](#_Toc57873930)

[2.3 Räumliche und apparative Voraussetzungen 9](#_Toc57873931)

[2.4 Spezielle Prozessqualität OPS 8-977 10](#_Toc57873932)

[2.5 Umsetzung und Dokumentation der Prozesse für die interdisziplinäre Diagnostik 11](#_Toc57873933)

[2.6 Nachweis der Durchführung einer multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung 12](#_Toc57873934)

[2.7 Weitere Prüfkriterien 12](#_Toc57873935)

[3. Multimodale Schmerztherapie 13](#_Toc57873936)

[3.1 Behandlungspfad 13](#_Toc57873937)

[3.2 Spezielle Fachkompetenzen 13](#_Toc57873938)

[3.3 Räumliche und apparative Voraussetzungen 13](#_Toc57873939)

[3.4 Spezielle Prozessqualität OPS 8-918 14](#_Toc57873940)

[3.5 Umsetzung und Dokumentation der Prozesse für die interdisziplinäre Diagnostik 15](#_Toc57873941)

[3.6 Nachweis der Durchführung der stationären Multimodalen Schmerztherapie des Bewegungssystems 16](#_Toc57873942)

[3.7 Weitere Prüfkriterien 16](#_Toc57873943)

[4. Rheumatologische Komplexbehandlung 17](#_Toc57873944)

[4.1 Behandlungspfad 17](#_Toc57873945)

[4.2 Spezielle Fachkompetenzen 17](#_Toc57873946)

[4.3 Spezielle Prozessqualität OPS 8-983 18](#_Toc57873947)

[4.4 Umsetzung und Dokumentation der Prozesse 19](#_Toc57873948)

# 1. Anforderungen Basismodul

Das Basismodul beschreibt grundsätzliche Struktur- und Prozessmerkmale, die zur qualitativ hochwertigen Anwendung des ANOA-Konzeptes akutmedizinischer multimodaler Komplexbehandlungen des Bewegungssystems notwendig sind.

## 1.1 Kriterien Akutkrankenhaus

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Nennung Anzahl der im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesenen Betten * Fachabteilung mit einer Mindestanzahl von 100 Komplexbehandlungen des Bewegungssystems (Abrechnung von OPS 8-977, 8-918, 8-983) |
| **Die Angabe und Bewertung der Kennzahlen erfolgt jährlich im Excel-Kennzahlenbogen.** |

## 1.2 Fachkompetenzen

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Alle genannten Stellenanteile beziehen sich ausschließlich auf die Tätigkeit in der Komplexbehandlung. Die Stellenanteile können auf mehrere Personen aufgeteilt werden.   * Ärztliche Behandlungsleitung durch Facharzt mit Zusatzweiterbildung in Manueller Medizin und mindestens zwei Jahren Erfahrung in nichtoperativer Komplexbehandlung des Bewegungssystems (OPS 8-977, 8-918, 8-983). * Mindestens ein weiterer Facharzt mit Zusatzweiterbildung in Manueller Medizin mit mindestens 0,5 VK. * Pro 30 durchschnittlich belegten Betten mit nichtoperativer Komplexbehandlung mindestens ein Oberarzt mit Facharztqualifikation (VK). Ein Oberarzt kann auch Behandlungsleiter sein. * Pro 12 durchschnittlich belegten Betten mit nichtoperativer Komplexbehandlung mindestens ein Stationsarzt (VK). * Mindestens ein Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut im Team, mindestens 0,5 VK. * Pro 30 durchschnittlich belegten Betten mit nichtoperativer Komplexbehandlung mindestens ein Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut oder Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung (VK). * Mindestens eine Pain Nurse oder Pflegekraft mit Qualifikation in algesiologischer Fachassistenz (äquivalent zur Ausbildung der DSG) im Team, mindestens 0,5 VK. * Mindestens zwei Physiotherapeuten (VK) pro 30 durchschnittlich belegten Betten mit nichtoperativer Komplexbehandlung. Davon mindestens ein Physiotherapeut (VK) mit abgeschlossener Ausbildung in Manueller Therapie. * Mindestens vier weitere Therapeuten (VK) aus den Therapiebereichen Physiotherapie, Physikalische Therapie, Entspannungstherapie, Ergotherapie, Medizinische Trainingstherapie, Musik- oder Kunsttherapie pro 30 durchschnittlich belegten Betten mit nichtoperativer Komplexbehandlung. Alternativ können in der Therapie eingesetzte Pflegekräfte wie „weitere Therapeuten“ gezählt werden, wenn deren therapeutische Tätigkeiten in Therapieplänen nachvollziehbar dokumentiert sind. * Sozialdienst ist verfügbar. * Nachweis eines aktuell gültigen Fortbildungszertifikats für Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Kontinuierliche fachübergreifende Fortbildung durch Nachweis eines Fortbildungsplans. * Nachweis jährlicher Reanimationsschulung für alle am Patienten arbeitenden Mitarbeiter. |
| **Die Angabe und Bewertung der Kennzahlen erfolgt jährlich im Excel-Kennzahlenbogen.** |

## 1.3 Räumliche und apparative Voraussetzungen

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Möglichkeiten eines Patienten-Basismonitorings, einschließlich Notfallversorgung. * Pro anwesendem Arzt ein abgeschlossenes Behandlungszimmer mit Untersuchungs- und Behandlungsliege. * Pro anwesendem Psychotherapeuten ein psychotherapeutisch eingerichtetes abgeschlossenes Behandlungszimmer. * Ausreichende Anzahl von Räumen mit entsprechender Ausstattung für psychotherapeutische Gruppentherapien, Psychoedukation und Entspannung. * Behandlungsplätze mit Sichtschutz zur individuellen Patientenbehandlung für alle eingesetzten Therapieformen in ausreichender Anzahl. * Teambesprechungszimmer in ausreichender Größe. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 1.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Nachweis kontinuierlicher interdisziplinärer Zusammenarbeit in Diagnostik und Behandlung durch dokumentierte interdisziplinäre Teambesprechungen. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 1.5 Einheit von Diagnostik, Verlaufsdiagnostik und Behandlung

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Nachweis individueller akutmedizinischer Behandlungsnotwendigkeit und therapeutischer Zielstellungen. * Nachweis fortlaufender Evaluation des Behandlungsverlaufs. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 1.6 ANOA-spezifische Qualitätssicherung für ANOA-Mitgliedskliniken

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * ANOA-spezifische Qualitätssicherung durch Teilnahme an der ANOA-Jahreshauptversammlung. * Erstellung des jährlichen ANOA-Berichts nach Vorgabe des ANOA-Präsidiums. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

# Anwendung der ANOA-Klinischen Pfade

Nachfolgend werden die Anforderungen der einzelnen Zertifizierungsmodule dargestellt. **Die Angaben sind jeweils für die auf Seite 2 ausgewählten Module aufzuführen.**

# 2. Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems (Anwendung des OPS 8-977)

In diesem Teil der Zertifizierung geht es um die Verbindung von Struktur- und Prozessmerkmalen in der Behandlung von Struktur- und Funktionsstörungen mit hoher Krankheitsintensität in der multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems.

Die in den Kliniken verwendeten Dokumente belegen das Konzept und dazugehörige Prozessabläufe der Behandlung nach OPS 8-977.

## 2.1 Behandlungspfad

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Bitte beschreiben Sie den Ablauf von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung in Textform oder als Fließschema. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 2.2 Spezielle Fachkompetenzen

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Von den im Basismodul beschriebenen Ärzten muss mindestens ein Arzt Facharzt für Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin sein oder über die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ verfügen. * Von den im Basismodul beschriebenen Therapeuten muss mindestens ein Physiotherapeut mit Ausbildung in neurophysiologischer Physiotherapie (z. B. Vojta, Bobath, Janda, PNF) oder Sportwissenschaftler oder Sportlehrer oder Ergotherapeut oder Masseur und medizinischer Bademeister sein. |
| **Die Angabe und Bewertung der Kennzahlen erfolgt jährlich im Excel-Kennzahlenbogen.** |

## 2.3 Räumliche und apparative Voraussetzungen

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Abgeschlossener Raum mit medizinischen Trainingsgeräten für kardiopulmonales Ausdauertraining, Krafttraining, Koordinationstraining oder mit Bewegungsbad. * Abgeschlossener Interventionsraum nach Richtlinien des RKI. * Apparative Funktionsdiagnostik (Videogestützte Gang- und Bewegungsanalyse oder 3D/4D Optrimetrie oder Posturografie oder computergestützte Bewegungs- oder Kraftmessung) im Haus. * Röntgen und Sonografie im Haus. * CT, MRT, Szintigrafie im Haus oder durch Kooperationspartner. * Elektro-, Thermo-, und Hydrotherapie (jeweils zwei Methoden). * Geräte für medizinische Trainingstherapie in ausreichender Anzahl, mindestens ein Gerät pro zehn Betten mit durchschnittlicher Belegung in OPS 8-977. Davon mindestens je zwei Geräte für die Bereiche Kraft, Koordination und Ausdauer. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 2.4 Spezielle Prozessqualität OPS 8-977 (Interdisziplinarität, Einheit von Diagnostik und Behandlung)

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Nachweis individueller Behandlungsnotwendigkeit nach OPS 8-977 in einem gezielten diagnostischen Prozess mit gleichzeitiger Anwendung von neuroorthopädischer Strukturdiagnostik, manualmedizinischer Funktionsdiagnostik, Schmerzdiagnostik, Apparative Diagnostik (unter funktionspathologischen Aspekten) und Psychodiagnostik. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 2.5 Umsetzung und Dokumentation der Prozesse für die interdisziplinäre Diagnostik

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Die Diagnostik und Verlaufsdiagnostik erfolgen unter Beteiligung von mindestens drei therapeutischen Berufsgruppen oder folgenden Fachgruppen:   * Arzt (obligat) * Ärztl. / Psychologischer Psychotherapeut / Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung unter psychotherapeutischer Supervision / Psychiater * Pflege * Physiotherapie * Sportlehrer / Bewegungstherapeut   Obligate Erfassung struktureller und funktioneller Störungen durch klinische Untersuchung mit manualmedizinisch-neuroorthopädischer Befunderhebung, Anwendung apparativer Funktionsdiagnostik und standardisierter Erfassung weiterer relevanter somatischer, psychischer und psychosozialer Einflussfaktoren.  Zu den zugrunde gelegten Befunden zählen neben Vorbefunden auch Befunde der  Initialdiagnostik / Eingangsdiagnostik und der apparativen Funktionsdiagnostik  (für Bewegungs- / Haltungskoordination, vegetative Regulationsfähigkeit oder Gelenke / Muskulatur).  Die Wertung der Befunde erfolgt auf Grundlage der 4-Ebenen Einschätzung:   * Morphologie * Funktion (Bewegungssystem / Autonomes Nervensystem) * Sozial / Teilhabe * Psychischer Status   Dabei erfolgt die Nutzung folgender standardisierter Diagnostikverfahren   * Fragebogen * Strukturierte Anamnese * Strukturierte Befundaufnahme * Psychischer Befund   Zusätzlich zur Eingangsdiagnostik im Rahmen des Basismoduls notwendige Diagnostik:   * Apparative Funktionsdiagnostik (obligat) * Manualmedizinische Funktionsdiagnostik i. S. kontinuierlicher Verlaufsdiagnostik (obligat) * Neuroorthopädische Strukturdiagnostik * Schmerzdiagnostik i. S. Verlaufsdiagnostik   Die Erfassung der Kriterien für die vollstationäre Komplexbehandlung im Krankenhaus erfolgt in Orientierung am aktuellen SEG 4 Papier.  Obligate Interdisziplinäre Teambesprechung zur Zusammenführung und Wertung der Befunde, Erstellung eines Therapieplanes mit den Inhalten des OPS 8-977 und der Dokumentation individueller therapeutischer Schwerpunktsetzungen. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 2.6 Nachweis der Durchführung einer multimodal-nichtoperativen Komplexbehandlung des Bewegungssystems in der Anwendung des OPS 8-977

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Die Therapie erfolgt unter Beteiligung von mindestens drei der folgenden Fachgruppen:   * Arzt (obligat) * Ärztl. / Psychologischer Psychotherapeut / Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision / Psychologe ohne Approbation (Entspannungsverfahren) / Psychiater * Pflege * Physiotherapie * Sportlehrer / Bewegungstherapeut   Mindestens drei der nachfolgenden vier Verfahren werden durch einen Arzt (bei Psychotherapie: durch einen Psychotherapeuten) angewendet:   * Verfahren der Manuellen Medizin (Arzt) * Verfahren der Reflextherapie (Arzt) * Infiltrations- / Interventionelle Schmerztherapie (Arzt) * Psychotherapie (Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut oder Psychologischen Psychotherapeuten in Ausbildung unter Supervision)   Die Therapie muss mindestens drei der folgenden vier aktiven Verfahren enthalten:   * Manuelle Therapie / Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage * Medizinische Trainingstherapie * Physikalische Therapie * Entspannungsverfahren * Ergotherapie: Funktionstraining, Aktivitäten täglichen Lebens |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 2.7 Weitere Prüfkriterien

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Individueller Therapieplan mit somatisch-funktionellen Schwerpunkten.      * Anpassung des Therapieplanes und der Behandlungsdauer an die aktuelle Befundlage. * Tägliche ärztliche Visiten bzw. interdisziplinäre Teambesprechungen. * Wöchentliche interdisziplinäre Teambesprechungen. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

# 3. Multimodale Schmerztherapie des Bewegungssystems (ANOA Klinischer Pfad 2 – Anwendung des OPS 8-918)

In diesem Teil der Zertifizierung geht es um die Verbindung von Struktur- und Prozessmerkmalen in der Behandlung von multifaktoriell bedingten chronischen Schmerzstörungen des Bewegungssystems (Anwendung des OPS 8-918 im ANOA Konzept).

Die in den Kliniken verwendeten Dokumente belegen das Konzept und dazugehörige Prozessabläufe der Behandlung nach OPS 8-918.

## 3.1 Behandlungspfad

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Bitte beschreiben Sie den Ablauf von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung in Textform oder als Fließschema. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 3.2 Spezielle Fachkompetenzen

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Ärztliche Behandlungsleitung mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“. * Von den im Basismodul beschriebenen Therapeuten verfügt mindestens ein Physiotherapeut über die Zusatzweiterbildung „Schmerzphysiotherapie“ oder befindet sich in Ausbildung dafür. * Mindestens ein Psychotherapeut (VK) zusätzlich zum Basismodul pro 30 jahresdurchschnittlich belegten Betten mit Behandlungen in OPS 8-918. * Mindestens ein Psychotherapeut verfügt über die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ oder befindet sich in Ausbildung dafür. |
| **Die Angabe und Bewertung der Kennzahlen erfolgt jährlich im Excel-Kennzahlenbogen.** |

## 3.3 Räumliche und apparative Voraussetzungen

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Abgeschlossener Raum mit medizinischen Trainingsgeräten für Kardiopulmonales Ausdauertraining, Krafttraining, Koordinationstraining, sensomotorisches Training. * Elektro-, Thermo-, und Hydrotherapie (einschließlich Bewegungsbad) - jeweils zwei Methoden. * Geräte für medizinische Trainingstherapie in ausreichender Anzahl, mindestens ein Gerät pro zehn Betten mit durchschnittlicher Belegung in OPS 8-918, mindestens je zwei Geräte für die Bereiche Kraft, Koordination, Sensomotorik und Ausdauer. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 3.4 Spezielle Prozessqualität OPS 8-918 (Interdisziplinarität, Einheit von Diagnostik und Behandlung)

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Nachweis der verwendeten Dokumente für:   * Diagnostik * Beteiligte Berufsgruppen * Teamsitzung / Therapieplanung * Therapieoptionen * Multimodale Schmerztherapie * Medikamentöse Therapie * Interventionelle Therapie * Aufklärung * Multimodale interdisziplinäre Therapie * Medikamentöse Therapie * Interventionelle Therapie |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 3.5 Umsetzung und Dokumentation der Prozesse für die interdisziplinäre Diagnostik

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Die Diagnostik und Therapie erfolgen unter Beteiligung von mindestens drei therapeutischen Berufsgruppen oder folgenden Fachgruppen:   * Arzt (obligat) * Ärztl. / Psychologischer Psychotherapeut (obligat) * Pflege * Physiotherapie * Sportlehrer / Bewegungstherapeut   Folgende Standardisierten Diagnostikverfahren müssen vorhanden sein:   * Fragebogen * Strukturierte Anamnese mit Angaben zu: * aktuelle Schmerzsituation * Schmerzentstehung * Schmerzverlauf * Grad der Schmerzchronifizierung * Relevante Vorbehandlungen * Strukturierte Befundaufnahme * Psychischer Befund (Ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut / Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung unter psychotherapeutischer Supervision) |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 3.6 Nachweis der Durchführung der stationären Multimodalen Schmerztherapie des Bewegungssystems in der Anwendung des OPS 8-918

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Anzuwenden sind mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren (durchschnittliche Therapiedauer 30 Minuten, Gruppengröße bei Gruppentherapien maximal acht Teilnehmer):   * Psychotherapie (Einzelpsychotherapie / Gruppenpsychotherapie) * Verhaltenstherapeutische Verfahren * Tiefenpsychologische Verfahren * Psychoedukative Verfahren * Andere Verfahren * Physiotherapie (Einzelphysiotherapie / Gruppenphysiotherapie inklusive Anleitung zur Selbstbehandlung (z. B. Eigenmobilisation, Verbesserung Stabilisation / Koordination, Gangschulung))   + - Entspannungsmaßnahmen * PMR * Autogenes Training * Atemtherapie   + - Ergotherapie (fakultativ)     - Kunst- oder Musiktherapie (fakultativ)       * Gestaltungstherapie       * Kunsttherapie       * Musiktherapie       * Tanztherapie     - Medizinische Trainingstherapie       * Ausdauertraining       * Koordinationstraining       * Krafttraining     - Sensomotorisches Training (mindestens ein Verfahren)       * Tiefenstabilisation       * Atemtherapie       * Janda-Training       * Beckenboden       * Sturzprophylaxe       * Weitere     - Arbeitsplatztraining (fakultativ)     - Sonstige übende Therapien       * Yoga       * Tanztherapie       * Qi Gong |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 3.7 Weitere Prüfkriterien

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Individueller Therapieplan mit schmerztherapeutischen Schwerpunkten.      * Anpassung des Therapieplanes und der Behandlungsdauer an die aktuelle Befundlage. * Tägliche ärztliche Visiten bzw. interdisziplinäre Teambesprechungen. * Wöchentliche interdisziplinäre Teambesprechungen. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

# 4. Rheumatologische Komplexbehandlung (ANOA Klinischer Pfad 3 – Anwendung des OPS 8-983)

In diesem Teil der Zertifizierung geht es um die Verbindung von Struktur- und Prozessmerkmalen in der Behandlung von rheumatologischen Komplexbehandlungen mit hoher Krankheitsintensität (Anwendung des OPS 8-983 im ANOA Konzept).

Die in den Kliniken verwendeten Dokumente belegen das Konzept und dazugehörige Prozessabläufe der Behandlung nach OPS 8-983.

## 4.1 Behandlungspfad

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Bitte beschreiben Sie den Ablauf von der Krankenhausaufnahme bis zur Entlassung in Textform oder als Fließschema. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 4.2 Spezielle Fachkompetenzen

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| * Von den im Basismodul beschriebenen Ärzten muss der Behandlungsleiter Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ oder Facharzt für Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie oder Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie sein. * Von den im Basismodul beschriebenen Therapeuten müssen drei der folgenden Berufsgruppen vertreten sein:   + Physiotherapeut u / o Masseur u. Medizinischer Bademeister   + Ergotherapeut   + Psychologischer / Ärztlicher Psychotherapeut zur Durchführung  kognitiver Verhaltenstherapie oder Gesprächspsychotherapie   + Mindestens ein Mitarbeiter mit zwei Erfahrungsjahren in Komplexdiagnostik und Behandlung von Patienten mit Erkrankungen des rheumatologischen Formenkreises im Team |
| **Die Angabe und Bewertung der Kennzahlen erfolgt jährlich im Excel-Kennzahlenbogen.** |

## ***4.3*** Spezielle Prozessqualität OPS 8-983 (Interdisziplinarität, Einheit von Diagnostik und Behandlung)

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Standardisierte Befunderhebung und Nachweis der Zusammenführung und Wertung der Befunde in einer standardisierten Teambesprechung (Assessment) als Abschluss der Eingangsdiagnostik mit standardisierter  4-Ebenen-Einschätzung:   * Morphologie * Funktion (Bewegungssystem / autonomes Nervensystem) * Sozial / Teilhabe * Psyche   Nachweis der verwendeten Dokumente für:   * Diagnostik * Beteiligte Berufsgruppen * Teamsitzung / Therapieplanung * Therapieoptionen mit Nachweis einer Therapiedichte von zusammen mindestens elf Stunden pro Woche * Physiotherapie * Physikalische Therapie * Schmerztherapie / Medikamentöse Therapie * Aufklärung * Multimodale interdisziplinäre Therapie * Medikamentöse Therapie * Interventionelle Therapie |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |

## 4.4 Umsetzung und Dokumentation der Prozesse für prozessorientiertes Behandlungsmanagement

|  |
| --- |
| **Anforderungen** |
| Zu Beginn und am Ende des stationären Aufenthaltes mit:   * Bestimmung der Krankheitsaktivität durch * DAS 28: Disease activity score * Bestimmung der Funktionseinschränkung durch * FFbH: Funktionsfragebogen Hannover   oder   * BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index * Bestimmung des Schmerzausmaßes durch * NRS: Numerische Rating-Skala   oder   * VAS: Visuelle Analog-Skala   *(Hinweis: Ist der Einsatz bei einer Diagnose oder zu einem bestimmten Zeitpunkt medizinisch nicht sinnvoll (z. B. BASDAI bei rheumatoider Arthritis oder erneute Messung mit dem FFbH bei Entlassung), so braucht das Instrument nicht verwendet zu werden.)*   * Nachweis des unmittelbaren Beginns der Schmerztherapie, Physiotherapie oder physikalischen Therapie. * Mindestens eine Teambesprechung pro Woche. * Überprüfung der Diagnose und des Therapieverlaufs im Rahmen interdisziplinärer Teambesprechungen * Tägliche ärztliche Visiten bzw. interdisziplinäre Teambesprechungen. |
| **Zentrum**  **Erstzertifizierungsaudit / Wiederholaudit: Beschreibung durch das Zentrum** |
| Platz für Ihre Kommentierung: |
| **Zentrum**  **1. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |
| **Zentrum**  **2. Überwachungsaudit: Änderungen** |
| keine Änderungen  Änderungen, bitte beschreiben: |