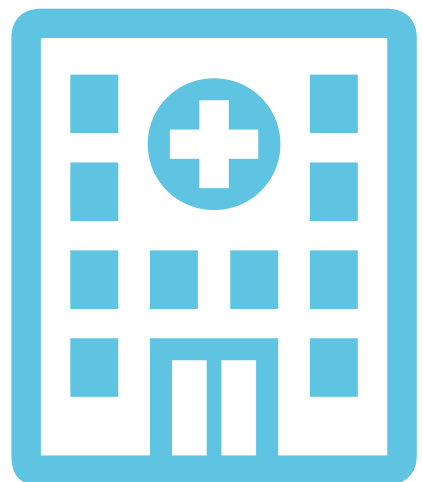


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund  
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

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

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



## Inhaltsverzeichnis

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

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**1-910**

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-553

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Erläuterung

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

Ja  Nein

Erläuterung

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

Logopäde:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Sprachtherapeut:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

Klinischer Linguist:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-563**

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-91b

### Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-974**

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-984.4

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

### Fachärztliche Behandlungsleitung:

Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie:  Ja  Nein

oder

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie:  Ja  Nein

oder

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

oder

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

oder

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

oder

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

Namen, Vornamen, Qualifikationen

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

Ja  Nein

Erläuterungen

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen



Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**8-989**

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt einer operativen Disziplin:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

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

Ja  Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98j

### Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2024)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Diätassistenten:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

oder

**Ökotrophologen:**

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Werktags ist ein Ernährungsteam mindestens 7-stündig verfügbar:

Ja  Nein

Erläuterung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-310

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-311

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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



Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**9-312**

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-401.5

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 9-502

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

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

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

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen:

Ärzte:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychologen oder Pädagogen:

Ja  Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmännern:

Ja  Nein

Namen, Vornamen

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Speichern

Drucken

Zurücksetzen