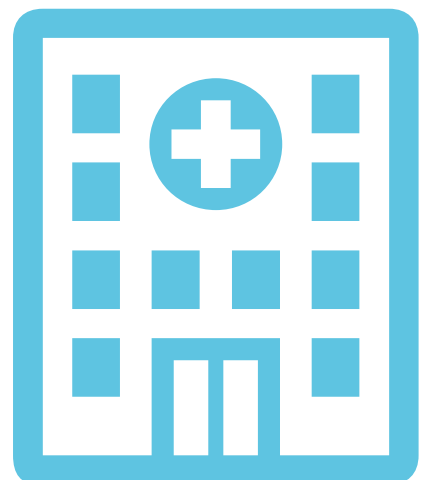


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

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

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



Inhaltsverzeichnis

1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik (OPS-Version 2022)	2
8-553	Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2022)	4
8-563	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	7
8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2022)	9
8-974	Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (OPS-Version 2022)	11
8-989	Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (OPS-Version 2022)	13
8-98j	Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	15
9-310	Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatriische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2022)	17
9-311	Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatriisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2022)	19
9-312	Phoniatriische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	21
9-401.5	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2022)	23
9-502	Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2022)	25

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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

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

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.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

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 _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

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 sind mindestens zwei Personen des Teams oder des Kooperationspartners 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

8-989

**Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren
Infektionen (OPS-Version 2022)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren 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 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

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

**Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung:
Phoniatriche 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 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

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

**Phoniatrische und pädaudiologische Komplexbehandlung:
Integrierte phoniatisch-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 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

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

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

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Ggf. Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen 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

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 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 _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-502

**Präventive familienzentrierte multimodale Komplex-
behandlung 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:

Ärzten

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Psychologen oder Pädagogen:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften:

☐ Ja ☐ Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____

Speichern

Drucken

Zurücksetzen