



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 Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2022).....	1514
9-311 Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatisch- psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2022)	1716
9-312 Phoniatische 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

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

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

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

**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

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 ~~und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche~~
sind 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:~~

~~.....
.....
.....~~

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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:

.....
.....

.....
.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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

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 2022)**

Krankenhausname

Ort

Standort / Standortnummer

Ggf. Fachabteilung

Für alle personengebundenen Qualifikationen ~~sund 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):~~

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

**9-311 Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung:
Integrierte phoniatisch-psychosomatische Komplexbehandlung von
Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens
und des Hörens (OPS-Version 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):~~

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

9-312 Phoniatische 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):~~

.....

.....

Four horizontal lines for data entry, each consisting of a solid red line above a dotted red line.

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift

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

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

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:~~

~~.....
.....~~

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Name der Geschäftsführung

Unterschrift