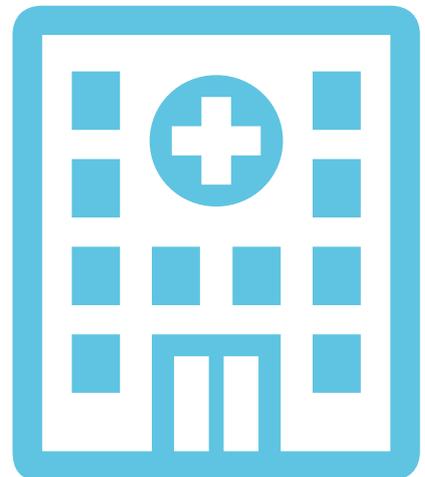


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

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

Anlage 5b: Selbstauskunftsbögen weiterer OPS-Kodes (OPS-Version 2025)



Inhaltsverzeichnis

1-910	Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik (OPS-Version 2025)	3
8-553	Frührehabilitative Komplexbehandlung von Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren (OPS-Version 2025).....	5
8-563	Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2025)	8
8-91b	Interdisziplinäre multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (OPS-Version 2025)	10
8-974	Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung (OPS-Version 2025).....	12
8-984.4	Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit angeborener Stoffwechselerkrankung oder schwerer Mangelernährung [Malnutrition] (OPS-Version 2025).....	14
8-989	Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen (OPS-Version 2025).....	17
8-98j	Ernährungsmedizinische Komplexbehandlung (OPS-Version 2025)	19
9-310	Phoniatriche und pädaudiologische Komplexbehandlung: Phoniatriche Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens (OPS-Version 2025)	22
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 2025).....	24
9-312	Phoniatriche und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte pädaudiologische Komplexbehandlung (OPS-Version 2025)	26
9-401.5	Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung (OPS-Version 2025)	28
9-502	Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen (OPS-Version 2025).....	30

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

1-910

**Interdisziplinäre algesiologische Diagnostik
(OPS-Version 2025)**

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 2025)

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 2025)**

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 2025)

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 2025)**

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 2025)**

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 2025)**

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 2025)

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 2025)

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

Phoniatische und pädaudiologische Komplexbehandlung: Integrierte phoniatisch-psychosomatische Komplexbehandlung von Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme, des Schluckens und des Hörens (OPS-Version 2025)

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 2025)**

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 2025)

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 2025)

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