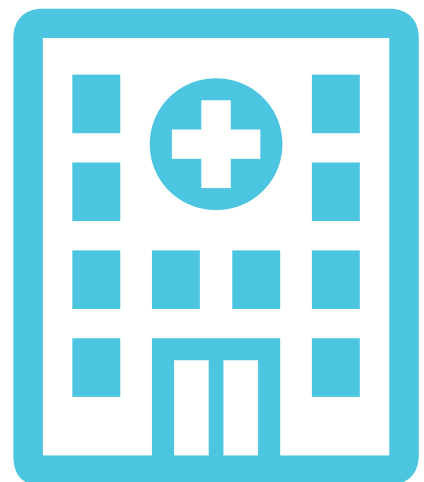


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund  
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V

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

## Anlage 1a: Antrag abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)



**Medizinischer Dienst Musterland**  
Musterstraße 12  
34567 Musterstadt

→ **Kontakt**  
Strukturpruefungen@md-musterland.de

## Anlage 1a: Antrag abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen (OPS-Version 2024)

Antrag gemäß der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu den regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V



### Antragsart

---

- Antrag zur turnusgemäßen Prüfung** gemäß Abschnitt 4.1.1
- Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen** gemäß Abschnitt 4.1.2

Datum der Wiedererfüllung: \_\_\_\_\_

- Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung** gemäß Abschnitt 4.1.3

Hinweis: Diese Antragsart ist auch bei Umzügen an einen anderen Standort und bei Erbringung einer Leistung auf zusätzlichen Stationen oder Einheiten bei einem OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug zu wählen.

Eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V ist erfolgt:  Ja  Nein

Datum der Anzeige: \_\_\_\_\_



Die erforderlichen Unterlagen gemäß Anlagen 5a und 6a sind zusammen mit dem Antrag einzureichen.

Ausnahme: Antrag zur turnusgemäßen Prüfung



## Krankenhaus

Krankenhaus \_\_\_\_\_

Postanschrift des Krankenhauses \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse  Ja  Nein

Institutionskennzeichen (IK) \_\_\_\_\_



Bitte kennzeichnen  
Sie diese Anschrift  
**oder** die Anschrift  
des Standortes als  
Korrespondenz-  
adresse!



## Standort

Standort \_\_\_\_\_

Postanschrift des Standortes \_\_\_\_\_

Korrespondenzadresse  Ja  Nein

Standortnummer (neunstellig) \_\_\_\_\_



## Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name \_\_\_\_\_

Telefon-Nummer \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses \_\_\_\_\_

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

**Unterschrift** \_\_\_\_\_

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. qualifizierte elektronische Signatur

<b>OPS-Version 2024 Bezeichnung</b>	<b>Beantragung (bitte ankreuzen)</b>	<b>Anzahl Stationen oder Einheiten</b>	<b>Namen der Stationen oder Einheiten</b>
<b>1-221</b> Teilstationäre Augenuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	<input type="checkbox"/>		
<b>1-945</b> Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit	<input type="checkbox"/>		
<b>1-999.3</b> Teilstationäre pädiatrische Diagnostik mit der Notwendigkeit der Bewegungslosigkeit	<input type="checkbox"/>		
<b>5-709.0</b> Andere Operationen an Vagina und Douglasraum: Teilstationäre Dilatation der Vagina bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
<b>8-01a</b> Teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
<b>8-550</b> Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
<b>8-552</b> Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	<input type="checkbox"/>		
<b>8-559</b> Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	<input type="checkbox"/>		
<b>8-644</b> Teilstationäre Testung oder Nachprogrammierung von implantiertem Herzschrittmacher oder Defibrillator bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
<b>8-718.8</b> Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	<input type="checkbox"/>		
<b>8-718.9</b> Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizini- scher Beatmungsentwöhnungs-Einheit	<input type="checkbox"/>		
<b>8-918</b> Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	/	
<b>8-91c</b> Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	/	
<b>8-934</b> Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftun- gen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern	<input type="checkbox"/>	/	
<b>8-975.2</b> Naturheilkundliche und anthroposophisch- medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>	/	
<b>8-977</b> Multimodal-nichtoperative Komplex- behandlung des Bewegungssystems	<input type="checkbox"/>	/	

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
<b>8-97d</b> Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	<input type="checkbox"/>		
<b>8-980</b> Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	<input type="checkbox"/>		
<b>8-981.2</b> Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	<input type="checkbox"/>		

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
<b>8-981.3</b> Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen	<input type="checkbox"/>		
<b>8-982</b> Palliativmedizinische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
<b>8-983</b> Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
<b>8-984.3</b> Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, angeborener Stoffwechselerkrankung und schwerer Mangelernährung: Bei Patienten mit Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>		
<b>8-985</b> Motivationsbehandlung Abhängigkeits- kranker [Qualifizierter Entzug]	<input type="checkbox"/>		
<b>8-986</b> Multimodale kinder- und jugend- rheumatologische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		
<b>8-987.0</b> Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>		
<b>8-987.1</b> Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>		
<b>8-988</b> Spezielle Komplexbehandlung der Hand	<input type="checkbox"/>		
<b>8-98a</b> Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		

<b>OPS-Version 2024 Bezeichnung</b>	<b>Beantragung (bitte ankreuzen)</b>	<b>Anzahl Stationen oder Einheiten</b>	<b>Namen der Stationen oder Einheiten</b>
<b>8-98b.2</b> Andere neurologische Komplex- behandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes	<input type="checkbox"/>		
<b>8-98b.3</b> Andere neurologische Komplex- behandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes	<input type="checkbox"/>		
<b>8-98d</b> Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	<input type="checkbox"/>		
<b>8-98e</b> Spezialisierte stationäre palliativ- medizinische Komplexbehandlung	<input type="checkbox"/>		



OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
<b>8-98f</b> Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	<input type="checkbox"/>		
<b>8-98g.0</b> Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplex- behandlung auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>		

<b>OPS-Version 2024 Bezeichnung</b>	<b>Beantragung (bitte ankreuzen)</b>	<b>Anzahl Stationen oder Einheiten</b>	<b>Namen der Stationen oder Einheiten</b>
<b>8-98g.1</b> Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit	<input type="checkbox"/>		
<b>8-98h.0</b> Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen internen Palliativdienst	<input type="checkbox"/>		
<b>8-98h.1</b> Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst: Durch einen externen Palliativdienst	<input type="checkbox"/>		
<b>9-403</b> Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	<input type="checkbox"/>		
<b>9-60</b> Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>		
<b>9-61</b> Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>		
<b>9-62</b> Psychotherapeutische Komplexbehand- lung bei psychischen und psychosomati- schen Störungen und Verhaltensstörun- gen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>		
<b>9-63</b> Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>		
<b>9-642</b> Integrierte klinisch-psychosomatisch- psychotherapeutische Komplex- behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>		

<b>OPS-Version 2024 Bezeichnung</b>	<b>Beantragung (bitte ankreuzen)</b>	<b>Anzahl Stationen oder Einheiten</b>	<b>Namen der Stationen oder Einheiten</b>
<b>9-643</b> Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting	<input type="checkbox"/>	/	
<b>9-647</b> Spezifische qualifizierte Entzugs- behandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	
<b>9-64a</b> Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind	<input type="checkbox"/>		
<b>9-65</b> Psychiatrisch-psychosomatische Regel- behandlung bei psychischen und psycho- somatischen Störungen und Verhaltens- störungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	/	
<b>9-67</b> Psychiatrisch-psychosomatische Intensiv- behandlung bei psychischen und psycho- somatischen Störungen und Verhaltens- störungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	/	
<b>9-68</b> Psychiatrisch-psychosomatische Behand- lung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
<b>9-694</b> Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>		
<b>9-701</b> Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	<input type="checkbox"/>	/	

OPS-Version 2024 Bezeichnung	Beantragung (bitte ankreuzen)	Anzahl Stationen oder Einheiten	Namen der Stationen oder Einheiten
<b>9-801</b> Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	/	/
<b>9-985</b> Teilstationäre pädiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/>	/	/

Speichern

Drucken

Zurücksetzen