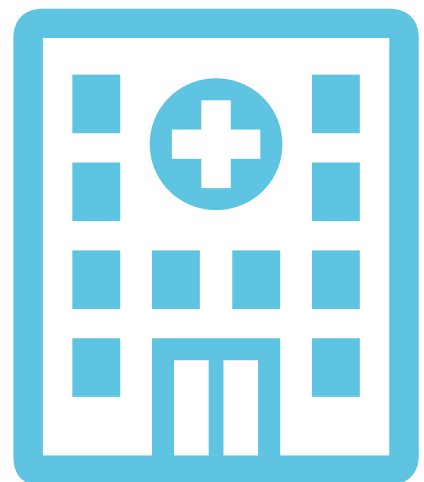


Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund
nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V

Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen
und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1
Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)

Anlage 10: Formulare für Mitteilungen an den Medizinischen Dienst



Anlage 10: Formulare für Mitteilungen des Krankenhauses an den Medizinischen Dienst

Die folgenden Formulare sind anzuwenden bei:

- Umzug einer OPS-bezogenen Leistungserbringung am selben Standort (Formular 10.1)
- Änderungen des Krankenhausträgers, z. B. bei Verkauf, Übernahme oder Fusion (Formular 10.2)
- Nichterfüllung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V (Formular 10.3)
- Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort (Formular 10.4)

Die folgenden Formulare können angewendet werden bei:

- Anzeige gemäß § 275a Absatz 7 Satz 1 SGB V (erstmalige Abrechnungsrelevanz) (Formular 10.5)
- Anzeige gemäß § 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V (erstmalige oder erneute Leistungserbringung) (Formular 10.6)



Anzeigen gemäß § 275a Absatz 7 SGB V sind an den zuständigen Medizinischen Dienst und an die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und an den Verband der Privaten Krankenversicherung zu richten.

Medizinischer Dienst Musterland

Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ Kontakt

Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 10.1: Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am selben Standort



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 _____

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst ____ den Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug an. Der Umzug erfolgt am selben Standort und der Name der Einheit bzw. Station ändert sich.

Für die Einheit bzw. Station mit der Bezeichnung vor dem Umzug
liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor _____

Bisherige Angaben

Bisherige Bezeichnung der Einheit bzw. Station _____

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung _____

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung _____

Neue Angaben

Neue Bezeichnung der Einheit bzw. Station _____

Umzug der Einheit bzw. Station abgeschlossen am _____

Es wird versichert, dass die Strukturvoraussetzungen unverändert eingehalten werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland

Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ Kontakt

Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 10.2: Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhausträgers



Krankenhaus

Krankenhausname _____

(Ggf. neuer Krankenhausname) _____

Postanschrift des Krankenhauses _____

Korrespondenzadresse ☐ Ja ☐ Nein

(Ggf. neue Postanschrift des Krankenhauses) _____

(Korrespondenzadresse ☐ Ja ☐ Nein)

Institutionskennzeichen (IK) _____

(Ggf. neues Institutionskennzeichen) _____



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



Standort

Standort _____

Postanschrift des Standortes _____

Korrespondenzadresse ☐ Ja ☐ Nein

Standortnummer (neunstellig) _____

(Ggf. neue Standortnummer (neunstellig)) _____



Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Krankenhaus

Name _____

Telefon-Nummer _____ E-Mail _____

Hiermit zeige ich dem Medizinischen Dienst ____ die Änderung des Krankenhausträgers z. B. infolge Verkauf, Übernahme oder Fusion an. Ich beantrage hiermit die Umschreibung folgender Bescheinigungen:

[illegible]

Sollte der Umfang der Tabelle unzureichend sein, ist eine Anlage mit ergänzenden Tabellenangaben beizufügen.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur

Medizinischer Dienst Musterland

Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ Kontakt

Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 10.3: Mitteilung des Krankenhauses bei Nichterfüllung von Strukturmerkmalen gemäß § 275a Absatz 6 Satz 5 SGB V



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 _____

Hiermit teile ich dem Medizinischen Dienst ____ mit, dass mindestens ein Strukturmerkmal über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht eingehalten worden ist. Für den Zeitraum der Nichterfüllung liegt eine gültige Bescheinigung vor.

OPS-Kode _____

Aktenzeichen des Ausgangsbescheids _____

Beginn des bescheinigten Zeitraums _____

Ende des bescheinigten Zeitraums _____

Datum des Beginns der Nichterfüllung
eines oder mehrerer Strukturmerkmale _____

Nicht eingehaltenes Strukturmerkmal/nicht eingehaltene Strukturmerkmale:

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland

Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ Kontakt

Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 10.4: Information über Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort



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 _____

Für die Tagesklinik
liegt eine gültige Bescheinigung für den folgenden OPS-Kode vor _____

Bisherige Angaben

Bezeichnung der Tagesklinik (optional) _____

Bisherige Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik _____

Aktenzeichen der vorliegenden Bescheinigung _____

Ausstellungsdatum der vorliegenden Bescheinigung _____

Neue Angaben

Neue Standortnummer (neunstellig) der Tagesklinik _____

Datum der Änderung _____

Ggf. neue Bezeichnung der Tagesklinik _____

Es wird versichert, dass der Tagesklinik vom InEK eine neue Standortnummer zugeteilt wurde, die Strukturvoraussetzungen des OPS-Kodes unverändert eingehalten werden und kein Umzug an einen anderen Standort erfolgt ist.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland

Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ Kontakt

Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 10.5: Anzeige gemäß § 275a Absatz 7 Satz 1 SGB V (erstmalige Abrechnungsrelevanz)



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 _____

OPS-Kode _____ OPS-Version _____

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen

Medizinischer Dienst Musterland

Musterstraße 12
34567 Musterstadt

→ Kontakt

Strukturpruefungen@md-musterland.de

Formular 10.6: Anzeige gemäß § 275a Absatz 7 Satz 2 SGB V (erstmalige oder erneute Leistungserbringung)



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 _____

OPS-Kode _____ OPS-Version _____

Es wird angezeigt, dass die Strukturmerkmale des o. g. Kodes des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V am o. g. Standort über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor dieser Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

Name der Geschäftsführung des Krankenhauses _____

Ort, Datum _____ , _____

Unterschrift _____
der Geschäftsführung des Krankenhauses, ggf. elektronische Signatur

Speichern

Drucken

Zurücksetzen