



Medizinischer Dienst
Bund

Begutachtungsleitfaden

Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V (StrOPS-RL)

Version 2024.1

IMPRESSUM

Mitglieder der Arbeitsgruppe, die den Begutachtungsleitfaden (BGL) „Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen“ erstellt haben (in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. med. Sandra Bischof	Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste
Dipl.-Med. Ines Crämer	Fachreferentin Stationäre Begutachtung Medizinischer Dienst Sachsen
Dr. med. Thomas Dittberner	Stellvertretender Leiter Referat Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Mecklenburg-Vorpommern
Dr. med. Claudia Kreuzer	Leiterin Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Nordrhein
Dr. med. Andreas Krokotsch	Leiter Abteilung Krankenhaus Medizinischer Dienst Nord
Dr. med. Nicole Lachmann	Fachexpertin Struktur- und Qualitätsprüfungen Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Dr. med. Frauke Lehr	Leiterin Team Consulting Stationär Medizinischer Dienst Hessen
PD Dr. med. Sven Meyer	Stellvertretender Leiter Geschäftsbereich GKV Stationär Medizinischer Dienst Niedersachsen
Dr. med. Stefanie Müller-Siepmann	Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Nordrhein
Dr. med. Maria Wagner	Versorgungsberatung Medizin Medizinischer Dienst Bund

Beschlussfassung

Der Begutachtungsleitfaden für das Jahr 2024 wurde am 23. Februar 2024 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Aktualisierung 23.02.2024:

Der Begutachtungsleitfaden wurde an die aktualisierte StrOPS-RL 2024 angepasst.

Entfallen ist die SMB Nr. 32.

Redaktionelle Änderungen wurden in den SMB Nr. 02, 24, 27, 33, 36, 37 und 51 vorgenommen.

Die SMB 44 wurde inhaltlich ergänzt.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Vorwort

Mit dem am 1. Januar 2020 in Kraft getretenen „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)“ wurde das bisherige System der Krankenhausrechnungsprüfungen umfassend reformiert.

Seitdem sind Krankenhäuser neu zu Antragstellern für eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst geworden. Sie haben nun die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie Leistungen abrechnen können. Nach Abschluss der MD-Prüfung erhalten sie eine Bescheinigung, die Voraussetzung für die Vereinbarung und Abrechnung der entsprechenden Leistungen gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Durch diesen prospektiven Prüfungsansatz hat der Gesetzgeber Rechts- und Planungssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen geschaffen. Weiterführend wird Transparenz für die Krankenhäuser über Ablauf und Inhalt der Prüfungen hergestellt und eine einheitliche Prüfpraxis des Medizinischen Dienstes gesichert. Insofern wird mit der vom Medizinischen Dienst Bund erlassenen Richtlinie „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ auch eine gute Grundlage für eine kooperative Zusammenarbeit der Kliniken mit dem Medizinischen Dienst in diesem neuen Prüffeld gelegt.

Der hier vorliegende Begutachtungsleitfaden nimmt Bezug auf die am 6. Februar 2024 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigte, aktualisierte Richtlinie.

Der Begutachtungsleitfaden dient als Hilfestellung zu einer bundesweit einheitlichen Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V. Die zu prüfenden Strukturmerkmale basieren auf den vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) nach § 301 Absatz 2 SGB V. Er schafft für die Gutachterinnen und Gutachter verbindliche Vorgaben für die vom Gesetzgeber vorgesehenen Prüfungen der Einhaltung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln.

Den an der Erstellung des Begutachtungsleitfadens beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern gebührt für die engagierte Mitwirkung besonderer Dank.

26. Februar 2024

gez. Dr. Kerstin Haid
Leitende Ärztin Medizinischer Dienst Bund

gez. Dr. Bernhard van Treeck
Sprecher der Leitenden Ärztinnen und
Ärzte der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	4
Inhaltsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis.....	7
1 Einleitung	8
2 Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen	10
2.1 Gesetze	10
2.2 Operationen- und Prozedurenschlüssel 2024 Systematisches Verzeichnis	11
2.3 Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL) Version 2024	13
3 Begutachtungsablauf	16
3.1 Beantragung der Prüfung	16
3.2 Antrag zur turnusgemäßen Prüfung	17
3.3 Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Abs. 3 Satz 3 SGB V	18
3.4 Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	19
3.5 Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	21
3.6 Antrag bei Umzügen, Änderungen des Krankenhausträgers und zusätzlicher Leistungserbringung	23
3.7 Durchführung der Prüfung.....	25
3.7.1 Erledigungsarten	25
3.7.2 Dokumentenprüfung.....	27
3.7.3 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung	28
3.7.4 Vor-Ort-Prüfung.....	31
4 Bescheid, Gutachten und Bescheinigung.....	33

4.1	Bescheid.....	33
4.2	Gutachten	33
4.3	Bescheinigung.....	34
4.4	Gültigkeitsdauer.....	34
5	Grundsätze der Begutachtung	35
6	Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch.....	36
7	Strukturmerkmalbewertungen.....	37
8	Anlage	38

IN ÜBERARBEITUNG

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGL	Begutachtungsleitfaden
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHPfIEG	Krankenhauspflegeentlastungsgesetz
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
SEG 4	Sozialmedizinische Expertengruppe "Vergütung und Abrechnung" der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SMB	Strukturmerkmalbewertung
SOP	Standard Operating Procedure
StrOPS-RL	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

1 Einleitung

Mit dem „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz)“, welches zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, hat der Gesetzgeber den Medizinischen Diensten die Aufgabe übertragen, die Einhaltung von Strukturmerkmalen zu begutachten, bevor Krankenhäuser entsprechende Leistungen abrechnen.

Grundlage der zu prüfenden Strukturmerkmale ist der vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebene Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach § 301 Abs. 2 SGB V.

Im fünften Sozialgesetzbuch hat der Gesetzgeber mit § 275d „Prüfung von Strukturmerkmalen“ den rechtlichen Rahmen der seit dem Jahr 2021 durchzuführenden Strukturprüfungen vorgegeben. Grundlage der Begutachtung ist die Richtlinie nach § 283 SGB V Abs. 2 Satz 1 Nummer 3, die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverband Bund der Krankenkassen (MDS) unter Beteiligung der Medizinischen Dienste sowie des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt wurde.

Mit der Einführung des § 275d SGB V hat der Gesetzgeber die Durchführung von Strukturprüfungen bundeseinheitlich gestaltet sowie erstmalig ein durch die Medizinischen Dienste durchzuführendes Verwaltungsverfahren vorgegeben.

Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst (MD) begutachten zu lassen, bevor sie die entsprechenden Leistungen abrechnen. Durch diesen prospektiven Prüfansatz hat der Gesetzgeber Planungssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen geschaffen. Mit dem am 29. Dezember 2022 in Kraft getretenen Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung (Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfLEG) können Krankenhäuser in besonderen Konstellationen bereits vor abgeschlossener Strukturprüfung Vergütungen für entsprechende Leistungen eines OPS-Kodes erhalten.

Die Einhaltung der Strukturmerkmale wird in einem Prüfzeitraum anhand konkreter Unterlagen bzw. Belege wie z. B. umgesetzter Dienstpläne oder Qualifikationsnachweise des Krankenhauspersonals begutachtet.

Eine unerlässliche Voraussetzung für Strukturprüfungen nach § 275d SGB V ist die bundesweit einheitliche Durchführung bzw. Begutachtung durch alle Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste.

Der vorliegende Begutachtungsleitfaden bezieht sich auf die aktualisierte StrOPS-Richtlinie und unterstützt Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste bei der einheitlichen Durchführung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V.

Der Begutachtungsleitfaden legt ein besonderes Augenmerk auf die einheitliche Auslegung der Strukturmerkmale. Bei nicht eindeutigen Strukturmerkmalen erstellen die Medizinischen Dienste Strukturmerkmalbewertungen (SMB). Diese sind Bestandteil des Begutachtungsleitfadens, der auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) veröffentlicht ist.

Den Gutachtern der Medizinischen Dienste stehen mit dem Begutachtungsleitfaden verbindliche Vorgaben für die Durchführung und Begutachtung zur Verfügung.

IN ÜBERARBEITUNG

2 Gesetzliche und untergesetzliche Regelungen

2.1 Gesetze

Die Prüfung von Strukturmerkmalen wurde durch das am 1. Januar 2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz geregelt. In § 275d SGB V Absatz 1 wurde festgelegt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) durch den örtlich zuständigen Medizinischen Dienst begutachten zu lassen haben, bevor sie die Leistung abrechnen. Die Grundlage der Begutachtung ist die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V.

Mit dem KHPfIEG wurde § 275d SGB V um den Absatz 1a ergänzt. Den Krankenhäusern wird mit den Festlegungen nach § 275d Absatz 1a SGB V die Möglichkeit eingeräumt, bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung sowie bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes, auch bereits vor Abschluss einer Strukturprüfung entsprechende Leistungen abrechnen zu können.

In § 275d Absatz 1a Satz 1 ist das Vorgehen bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes geregelt. Demnach können Krankenhäuser bis zum 31. Dezember des Jahres vor der erstmaligen Abrechnungsrelevanz eines OPS-Kodes anzeigen, dass sie die Strukturmerkmale im Jahr der erstmaligen Abrechnungsrelevanz des OPS-Kodes zum Zeitpunkt der Anzeige als erfüllt und nachweisbar ansehen. Die Anzeige erfolgt beim zuständigen Medizinischen Dienst, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung unter Angabe des Krankenhausstandortes.

In § 275d Absatz 1a Satz 2 ist das Vorgehen bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung eines OPS-Kodes durch das Krankenhaus geregelt. Die Anzeige bei den o. g. Stellen kann dann erfolgen, wenn die Strukturmerkmale des OPS-Kodes über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor der Anzeige als erfüllt und nachweisbar angesehen werden. Zudem darf in den letzten 12 Monaten vor der Anzeige eine solche Anzeige noch nicht erfolgt sein.

In § 275d Absatz 2 SGB V wurde festgelegt, dass die Krankenhäuser ein Gutachten über die Prüfung des Medizinischen Dienstes erhalten und bei Einhaltung der Strukturmerkmale eine Bescheinigung. Die Bescheinigung enthält die Angabe, für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale als erfüllt angesehen wird. Damit sollte dem Prospektivitätsgrundsatz analog § 17 Abs. 1 Satz 2 KHG entsprochen und den Krankenhäusern Planungssicherheit gegeben werden. Mit dem KHPfIEG wurde klargestellt, dass die Prüfung nach § 275d SGB V durch einen Bescheid abgeschlossen wird (§ 275d Absatz 2 Satz 1 SGB V).

§ 275d Absatz 3 SGB V besagt, dass Krankenhäuser unverzüglich die Nichteinhaltung von einem oder mehreren Strukturmerkmalen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem zuständigen Medizinischen Dienst mitzuteilen haben.

Krankenhäuser, die eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a SGB V gestellt haben und denen bei der Strukturprüfung keine Bescheinigung über die Erfüllung der Strukturmerkmale erteilt wurde, haben dies

unverzüglich neben den o. g. Stellen zusätzlich dem Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung mitzuteilen. Hierzu erfolgte eine Ergänzung im § 275d Absatz 3 Satz 4 SGB V.

Im § 275d Absatz 4 SGB V wird bestimmt, dass Krankenhäuser, die Strukturmerkmale eines entsprechenden OPS-Kodes nicht erfüllen, die Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen dürfen.

2.2 Operationen- und Prozedurenschlüssel 2024 Systematisches Verzeichnis

Durch das BfArM wird jährlich ein Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V herausgegeben. Seit dem Jahr 2021 erfolgt bei einer Vielzahl von OPS-Kodes in den Kapiteln 1, 5, 8 und 9 eine Differenzierung der ursprünglichen Mindestmerkmale in krankenhausbegleitende Strukturmerkmale und patientenbezogene Mindestmerkmale.

Strukturmerkmale beschreiben organisatorische, personelle oder fachliche Vorgaben z. B. zur Qualifikation und zur Verfügbarkeit von Personal sowie von Verfahren und Geräten.

Beispiel: Geltungsbereich § 17b KHG:

8-97d Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom

Strukturmerkmale:

- Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie
- Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie

Abbildung 1: Kennzeichnung der Strukturmerkmale (OPS 8-97d im OPS-Katalog 2024)

Beispiel Geltungsbereich § 17d KHG:

9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Strukturmerkmale:

- Multiprofessionelles Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Vorhandensein von Vertretern der folgenden Berufsgruppen:
 - Ärzte (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Nervenheilkunde oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
 - Psychotherapeuten oder Psychologen ohne ärztliche Psychotherapeuten (Psychologischer Psychotherapeut, Psychotherapeut mit einer Approbation nach § 2 Absatz 1 Nummer 1 der seit dem 1. September 2020 geltenden Fassung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), Fachpsychotherapeut, Diplom-Psychologe oder Master in Psychologie)
 - Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Logopäden, Kreativtherapeuten)
 - Pflegefachpersonen (z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Altenpfleger, Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner, Heilerziehungspfleger)

Abbildung 2: Kennzeichnung der Strukturmerkmale (OPS 9-60 im OPS-Katalog 2024)

Die Einhaltung dieser krankenhausesbezogenen Strukturmerkmale wird bei der Begutachtung nach § 275d SGB V überprüft.

Das BfArM hat im Abschnitt „Hinweise für die Benutzung“ Festlegungen zu den Begriffen Standort, Behandlungsleitung, Einheit und werktätlich/werktags/arbeits-tätlich getroffen:

- „Ist beim Kode spezifisch angegeben, dass ein Strukturmerkmal am Standort des Krankenhauses verfügbar sein muss, kann es auch unabhängig von der Trägerschaft des Kooperationspartners durch Kooperation erfüllt werden, wenn die Verfügbarkeit analog zu den in der Standortdefinition festgelegten räumlichen Grenzen für Flächenstandorte (§ 2 Abs. 5c der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Abs. 1 KHG in der jeweils gültigen Fassung) kodespezifisch sichergestellt ist“
- „Die Behandlungsleitung erfolgt durch mindestens einen Facharzt mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation. Sie kann durch unterschiedliche Personen mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sichergestellt werden. Die Behandlungsleitung trägt die fachlich-inhaltliche

Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten. Sofern für die Behandlungsleitung Vorgaben für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen zu erfüllen sind, ist dies kodespezifisch bei den jeweiligen Kodes angegeben.“

- „Eine Einheit führt die Patientenversorgung mit ihren kodespezifisch ggf. festgelegten Vorgaben durch. Sofern keine kodespezifischen Vorgaben zu erfüllen sind, kann die Einheit am Standort des Krankenhauses Teil einer Station oder einer Abteilung sein oder als eine eigene räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit betrieben werden.“
- „Die Begriffe „werktätlich“, „werktags“ und „arbeitstätlich“ werden im OPS synonym verwendet. Gemeint sind die Wochentage Montag bis Freitag, ausgenommen sind gesetzliche Feiertage.“

Zusätzlich hat das BfArM im Oktober 2021 rückwirkend geltende Klarstellungen zu einigen Strukturmerkmalen, z. B. zum Vorhandensein oder der Verfügbarkeit der Behandlungsleitung und der Therapiebereiche, zu Ethik-Fallgesprächen und zur Spezialisierten Einheit mit dualen kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psychochomatischen/-psychotherapeutischen Setting usw. veröffentlicht und jeweils mit folgendem Zusatz versehen: „Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“ Die Klarstellungen haben daher unverändert Gültigkeit, auch wenn sie in der OPS Version 2024 nicht explizit aufgeführt sind.

Das BfArM hat im OPS 2024 im Vergleich zur Version des Vorjahres Änderungen an prüfungsrelevanten OPS-Kodes vorgenommen. Folgende Änderungen werden beispielhaft genannt.

Die Verfügbarkeit der Behandlungsleitung wurde in den OPS-Kodes 8-550 und 8-98a für das Jahr 2024 konkreter dargestellt:

„Die Behandlungsleitung muss insgesamt mindestens 21 Stunden an mindestens 4 von 7 Tagen pro Woche in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein. Werden am Standort sowohl die frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung (8-550 ff.) als auch die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (8-98a ff.) erbracht, beziehen sich die Tätigkeitszeiten der Behandlungsleitung auf die gesamte geriatrische Einheit“

2.3 Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL) Version 2024

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hat am 26. Februar 2021 erstmalig die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V *Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V* erlassen, welche am 20. Mai 2021 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt wurde. Im Jahr 2022 erfolgten aufgrund der Erfahrungen aus dem ersten Prüffahr Anpassungen in der Richtlinie. Außerdem sind jährliche Aktualisierungen aufgrund der Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels erforderlich. Die Richtlinien-Version 2024 wurde am 21. Dezember 2023 vom Medizinischen Dienst Bund (MD Bund)

erlassen, am 6. Februar 2024 vom BMG genehmigt und ist nach Veröffentlichung durch den MD Bund am 17. Februar 2024 in Kraft getreten.

Die Richtlinie regelt das Nähere zur Beantragung von Strukturmerkmalsprüfungen und deren Begutachtung.

Im Abschnitt 1 der Richtlinie werden die gesetzlichen Grundlagen dargestellt,

Abschnitt 2 beschreibt den Geltungsbereich.

Abschnitt 3 enthält Begriffsbestimmungen und das Prüfkonzzept. Die Begriffsbestimmungen umfassen Erläuterungen der Begriffe „Leistungserbringung“, „Leistungsbeginn“ bzw. „erstmalige Leistungserbringung“, „Monat“, „Antragsjahr“, „Antragseingangsdatum“, „Werkstage“ sowie „Anzeige vs. Antrag“. Im Prüfkonzzept wird erläutert, dass nur die abrechnungsrelevanten OPS-Kodes, ggf. mit Einheits- bzw. Stationsbezug, standortbezogen beantragt und geprüft werden und es wird der prospektive Prüfansatz beschrieben. Erläutert werden auch die für die Prüfungen notwendigen Unterlagen.

In Abschnitt 4 wird der Begutachtungsablauf von der Beantragung bis zum Eingang des Bescheides über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung beim Krankenhaus beschrieben. Hierin werden der Zeitpunkt der Beantragung der Prüfung, der von der Antragsart abhängig ist, die Erledigungsart der Prüfung und der jeweils zugrunde gelegte Prüfzeitraum sowie geltende Fristen geregelt. Ein eigener Unterabschnitt widmet sich den Regelungen zu Umzügen, Änderungen des Krankenhausträgers, zusätzlicher Leistungserbringung und bei Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik.

Abschnitt 5 befasst sich mit dem Bescheid, Gutachten, der Bescheinigung und ihrer Gültigkeitsdauer. Pro OPS-Kode, pro Krankenhausstandort und ggf. je Station bzw. Einheit werden ein Gutachten, ein Bescheid und ggf. eine Bescheinigung erstellt. Die Anforderungen an das Verwaltungsverfahren nach dem SGB X sind zu beachten.

In Abschnitt 6 wird das Nähere zum Vorgehen bei Mitteilung einer Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V geregelt. Darüber hinaus wird beschrieben, wie zu verfahren ist, wenn im Rahmen der turnusmäßigen Prüfung auffällt, dass Strukturmerkmale mehr als einen Monat nicht mehr eingehalten wurden.

Abschnitt 7 legt fest, dass die Richtlinie bzw. ihre Anlagen an Änderungen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels entsprechend anzupassen sind.

Abschnitt 8 beschreibt das gutachterliche Vorgehen im Widerspruchsverfahren und weist auf die gesetzlichen Vorgaben des SGB X und des SGG hin.

Abschnitt 9 befasst sich mit dem Datenschutz sowie den Löschfristen gemäß § 276 Abs. 2 Satz 4 SGB V.

Abschnitt 10 ist für mögliche Ausnahmen von der Prüfung vorgesehen.

Abschnitt 11 beinhaltet Übergangsbestimmungen zur Änderung des OPS 8-984.

Abschnitt 12 legt das Inkrafttreten der Richtlinie und deren Veröffentlichung fest.

Abschnitt 13 umfasst acht Anlagen. In den Anlagen der StrOPS-Richtlinie werden alle OPS-Kodes, die Strukturmerkmale enthalten, berücksichtigt.

Die mit dem Buchstaben „a“ gekennzeichneten Anlagen beziehen sich auf OPS-Kodes, die zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung bereits abrechnungsrelevant waren. Die mit dem Buchstaben „b“ gekennzeichneten Anlagen beziehen sich hingegen auf OPS-Kodes, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht abrechnungsrelevant waren.

Anlage 1 enthält Antragsformulare, in Anlage 2 werden die OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen aufgeführt und die OPS-Kodes gekennzeichnet, bei denen pro Station bzw. Einheit eine Prüfung erforderlich ist. In der Anlage 3 werden die OPS-Kodes aufgeführt, bei denen regelhaft nur eine einjährige Gültigkeitsdauer der Bescheinigung ausgestellt wird. Die Anlage 4 enthält die Strukturmerkmale der OPS-Kodes. Die Begutachtung erfolgt auf der Grundlage von Selbstauskunftsbögen (Anlage 5) und erforderlichen Unterlagen, die in Anlage 6 aufgeführt werden. Anlage 7 enthält ein Muster der Bescheinigung. Anlage 8 enthält Formulare für Mitteilungen des Krankenhauses an den Medizinischen Dienst. Im Einzelnen sind das der Umzug einer OPS-bezogenen Leistungserbringung am Standort, Änderungen des Krankenhausträgers z. B. in Folge Verkauf, Übernahme oder Fusion und die Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Abs. 3 Satz 3 SGB V.

IN ÜBERARBEITUNG

3 Begutachtungsablauf

In der Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL)“ ist das Verfahren für die Durchführung der Begutachtungen festgelegt. Der Begutachtungsablauf beginnt mit dem Eingang eines Antrages zur Prüfung beim zuständigen Medizinischen Dienst und endet mit dem Eingang des Gutachtens und des Bescheides über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus.

3.1 Beantragung der Prüfung

Die Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes erfolgt ausschließlich nach Beantragung durch das Krankenhaus. Die Prüfungen sind gemäß der Vorlage in Anlage 1a und 1b (Antragsformulare) der Richtlinie getrennt für jeden Standort des Krankenhauses zu beantragen. Seit dem Jahr 2023 ist eine Beantragung gemäß der Vorlage in Anlage 1a möglich. Alle in 2024 abrechnungsrelevanten OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen sind dort enthalten. Sollten OPS-Kodes aus Anlage 1b im Jahr 2025 erstmalig abrechnungsrelevant werden, ist mit Anlage 1b die Option zur entsprechenden Beantragung dieser Kodes gegeben.

Der Antrag hat bei turnusgemäßen Prüfungen alle zur Prüfung beantragten OPS-Kodes je Standort gesammelt zu umfassen. Bei den anderen Antragsarten ist pro OPS und ggf. Station/Einheit ein gesonderter Antrag zu stellen und entsprechende Nachweise sind beizufügen. Bei den in Anlage 2a speziell gekennzeichneten OPS-Kodes sind zusätzlich jeweils die Gesamtzahl und die Bezeichnungen der Stationen bzw. Einheiten, auf denen die entsprechende Leistung erbracht werden soll, anzugeben. Je Antragsart ist ein gesondertes Antragsformular zu verwenden.

Die Richtlinie sieht folgende Antragsarten vor:

- Antrag zur turnusgemäßen Prüfung
- Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen
- Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung
- Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes

Nach Eingang des Antrags erhält das Krankenhaus vom Medizinischen Dienst innerhalb von zehn Werktagen (Mo.–Fr.) OPS-bezogen und ggf. stations-/einheitsbezogen jeweils eine Eingangsbestätigung, eine Mitteilung über die Erledigungsart sowie über den konkreten Prüfzeitraum. Auf diesen beziehen sich auch die nach den Anlagen 6a bzw. 6b zu übermittelnden Unterlagen und Nachweise sowie Selbstauskunftsbögen (Anlage 5a bzw. 5b).

Das Krankenhaus ist dafür verantwortlich, die Unterlagen OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur analog der Reihenfolge der Anlagen 6a/6b

einzureichen. Das Krankenhaus kann zusätzliche Unterlagen, die für den Nachweis der zu prüfenden Strukturmerkmale als notwendig angesehen werden, hinzufügen.

Bei der turnusgemäßen Prüfung übermittelt das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst bei der Erledigungsart Dokumentenprüfung sowie Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) alle erforderlichen Dokumente gemäß Anlagen 5a und 6a binnen zehn Werktagen nach Zugang der Mitteilung über die Erledigungsart. Bei allen anderen Antragsarten sind bereits mit der Antragstellung die erforderlichen Unterlagen zu übermitteln.

3.2 Antrag zur turnusgemäßen Prüfung

Turnusgemäße Prüfungen nach Abschnitt 4.1.1 der StrOPS-RL werden am häufigsten beantragt. Diese Antragsart ist bei den nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Abs. 2 SGB V vorgegebenen regelmäßigen Prüfungen auszuwählen. Vor Ablauf der Gültigkeitsdauer der vorliegenden Bescheinigung zum 31. Dezember des Antragsjahres müssen die Krankenhäuser eine erneute Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale beantragen, wenn die entsprechenden OPS-Kodes im Folgejahr weiterhin vereinbart und abgerechnet werden sollen. Eine Prüfung kann nicht beantragt werden, wenn die vorliegende Bescheinigung noch bis zum 31. Dezember des Folgejahres gültig ist.

Eine Prüfung kann nur beantragt werden, wenn eine gültige Bescheinigung vorliegt. Sofern durch das Krankenhaus eine Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen erfolgt ist, kann ein Antrag auf turnusgemäße Prüfung erst dann gestellt werden, wenn die Wiederholungsprüfung nach 4.1.2 der StrOPS-RL durchgeführt und eine Bescheinigung ausgestellt wurde.

Die Beantragungsfrist endet für die Krankenhäuser bei turnusgemäßen Prüfungen am 30. Juni eines jeden Jahres.

Bei der turnusgemäßen Prüfung legt der Medizinische Dienst neben der Erledigungsart auch den konkreten Prüfzeitraum fest. Er beträgt drei zusammenhängende Kalendermonate aus den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung.

Mit Beginn eines jeden Kalenderjahres kann es zu Änderungen von Strukturmerkmalen in bereits existierenden, prüfungsrelevanten OPS-Kodes kommen. Dies ist bei der Auswahl des Prüfzeitraumes zu berücksichtigen. Wenn sich Strukturmerkmale eines OPS-Kodes in der aktualisierten Version des OPS fachlich-inhaltlich nicht geändert haben, kann ein Prüfzeitraum (oder Teile davon) aus dem der Begutachtung vorangehenden Kalenderjahr gewählt werden. Sofern sich Strukturmerkmale eines OPS-Kodes in der aktualisierten Version des OPS fachlich-inhaltlich geändert haben, sollte ein Prüfzeitraum aus dem aktuellen Kalenderjahr, d. h. dem Jahr der aktuell gültigen OPS-Version ausgewählt werden.

Das Krankenhaus hat zum Zeitpunkt der Antragstellung zu einer turnusgemäßen Prüfung die erforderlichen Nachweise, Unterlagen sowie Selbstauskunftsbögen gemäß den Anlagen 5a (Selbstauskunftsbögen) und 6a (Erforderliche Unterlagen abrechnungsrelevante OPS-Kodes) bereits vorzuhalten.

Bei der turnusgemäßen Prüfung übermittelt das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst bei der Erledigungsart Dokumentenprüfung sowie Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) alle erforderlichen Dokumente gemäß Anlagen 5a und 6a binnen zehn Werktagen nach Zugang der Mitteilung über die Erledigungsart.

Wurde der Antrag fristgerecht gestellt, erhält das Krankenhaus das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung so rechtzeitig, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 31. Dezember desselben Jahres möglich ist.

Kann eine rechtzeitig beantragte Prüfung im Antragsjahr nicht abgeschlossen werden, schließt der Medizinische Dienst diese im Folgejahr ab. Die Prüfung erfolgt auf Basis der Richtlinienversion des Antragsjahrs. Die Gültigkeit des Bescheides sowie der Bescheinigung beginnt mit dem 1. Januar des Folgejahres der Antragstellung.

Bei nicht fristgerechter Antragstellung kann die Prüfung gegebenenfalls erst im Folgejahr abgeschlossen werden. Ist dies der Fall, erfolgt sie auf Basis der Richtlinienversion zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses. Die Gültigkeit des Bescheides sowie ggf. der Bescheinigung beginnt in diesem Fall mit dem Datum des Bescheides im Folgejahr der Antragstellung.

3.3 Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Abs. 3 Satz 3 SGB V

Gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V hat ein Krankenhaus den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst unverzüglich mitzuteilen (mittels Formulars 8.3 der Anlage 8), wenn eines oder mehrere der im Rahmen einer Prüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht mehr erfüllt werden. Entsprechend hebt der Medizinische Dienst den Bescheid mit Wirkung vom Zeitpunkt von einem Monat nach Nichteinhaltung auf.

Sobald das Krankenhaus die vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens einem Monat wieder als erfüllt und nachweisbar ansieht kann es eine Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (4.1.2 StrOPS-RL) beantragen. Dabei ist das Datum des ersten Tages der Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale mitzuteilen.

Der Prüfzeitraum umfasst einen Monat ab dem ersten Tag der Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale. Es sind nur die zuvor nicht eingehaltenen Strukturmerkmale nachzuweisen. Die dafür erforderlichen Unterlagen gemäß den Anlagen 5a/5b und 6a/6b sind vom Krankenhaus bereits mit der Antragstellung einzureichen.

Die Begutachtung erfolgt auf Grundlage der Richtlinien-Version, auf deren Basis die vormalige Bescheinigung ausgestellt wurde.

Zu beachten ist, dass für diese Wiederholungsprüfung der nicht eingehaltenen Strukturmerkmale eine Erledigungsfrist von 20 Werktagen für den Medizinischen Dienst ab Vorlage vollständiger und aussagekräftiger Unterlagen oder Abschluss der Vor-Ort-Prüfung vorgesehen ist.

Die Beantragung dieser Wiederholungsprüfung gemäß § 275d Abs. 3 Satz 3 SGB V ist nicht möglich, wenn der Medizinische Dienst im Rahmen der turnusmäßigen Prüfung die Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen über einen Zeitraum länger als einen Monat festgestellt hat und eine Mitteilung durch das Krankenhaus nicht erfolgt ist.

3.4 Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

Ein Antrag auf Prüfung bei einer erneuten oder erstmaligen Leistungserbringung kann jederzeit gestellt werden, wenn ein Krankenhaus zum Zeitpunkt der Antragstellung am Standort sämtliche Strukturmerkmale des OPS-Kodes über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor der Antragstellung als erfüllt und nachweisbar ansieht, jedoch keine gültige Bescheinigung vorliegt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann das Krankenhaus beim Medizinischen Dienst eine Prüfung der Strukturmerkmale unter dieser Antragsart gemäß der Anlage 1a bzw. 1b (Antragsformular) beantragen. Gleichzeitig mit dem Antrag zur Prüfung sind dem Medizinischen Dienst die vollständigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5a/5b und 6a/6b zu übermitteln. Diese Unterlagen umfassen die drei Kalendermonate vor dem Antragseingangsdatum und beziehen sich auf den Prüfzeitraum, der diesen drei Kalendermonaten entspricht.

Die Bearbeitung erfolgt als Dokumentenprüfung oder Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung. Es gelten die Regularien und Fristen dieser Erledigungsarten.

Sofern das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V (z. B. unter Verwendung des Formulars 8.6 der Anlage 8) übermittelt hat und der Antrag zur Prüfung einschließlich der vollständigen und aussagefähigen Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach dieser Anzeige beim Medizinischen Dienst vorliegt, wird die Prüfung zeitgerecht erledigt. Das Krankenhaus erhält das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung dann so rechtzeitig, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Ablauf des sechsmonatigen Zeitraumes nach Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V möglich ist.

Wenn keine Anzeige nach § 275d Abs. 1a Satz 2 SGB V beim Medizinischen Dienst erfolgt ist, wird der Prüfantrag spätestens drei Monate nach Eingang vollständiger und aussagefähiger Unterlagen beschieden.

Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

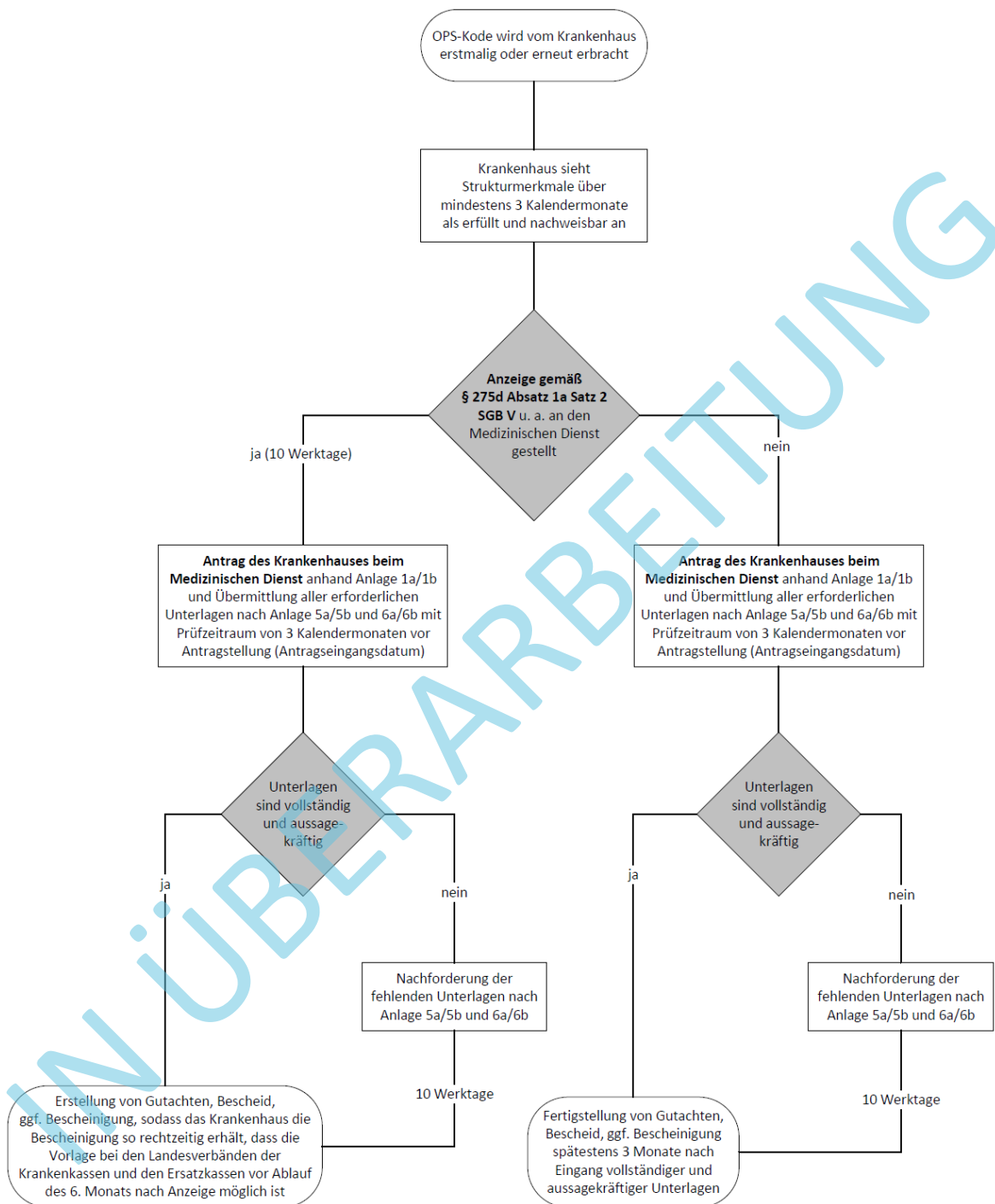


Abbildung 3: Ablauf der Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

3.5 Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes

Damit ein Antrag auf Prüfung bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes beschieden werden kann, muss der entsprechende OPS-Code rechtswirksam abrechnungsrelevant geworden sein. Dies ist in der Regel am 1. Januar eines Kalenderjahres der Fall. Der Gesetzgeber hat mit dem § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V eine Möglichkeit geschaffen, wie diese OPS-Kodes nach einer durch das Krankenhaus zu stellenden Anzeige abgerechnet werden können. Vor diesem Hintergrund ist eine Antragstellung des Krankenhauses vor rechtswirksamer Abrechnungsrelevanz nicht sinnvoll. Sollte ein Antrag bereits im Jahr vor der ersten Abrechnungsrelevanz des OPS-Kodes gestellt werden, wird dieser erst im Jahr der eingetretenen Abrechnungsrelevanz beschieden.

Eine Voraussetzung für diesen Antrag ist, dass das Krankenhaus am Standort sämtliche Strukturmerkmale des OPS-Kodes über einen Zeitraum von drei Kalendermonaten vor der Antragstellung als erfüllt und nachweisbar ansieht.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann das Krankenhaus beim Medizinischen Dienst eine Prüfung der Strukturmerkmale unter dieser Antragsart gemäß der Anlage 1b (Antragsformular) beantragen. Eine entsprechende Antragstellung ist vom 1. Januar bis zum 31. Dezember des Kalenderjahres der erstmaligen Abrechnungsrelevanz dieses OPS-Kodes möglich.

Gleichzeitig mit dem Antrag zur Prüfung sind dem Medizinischen Dienst die vollständigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5b und 6b zu übermitteln. Diese Unterlagen umfassen die drei Kalendermonate vor dem Antragseingangsdatum und beziehen sich auf den Prüfzeitraum, der diesen drei Kalendermonaten entspricht.

Die Bearbeitung erfolgt als Dokumentenprüfung oder Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung. Es gelten die Regularien und Fristen dieser Erledigungsarten.

Sofern das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V (z. B. unter Verwendung des Formulars 8.5 der Anlage 8) übermittelt hat und der Antrag zur Prüfung einschließlich der vollständigen und aussagefähigen Unterlagen bis zum 15. April des Jahres der erstmaligen Abrechnungsrelevanz des OPS-Kodes beim Medizinischen Dienst vorliegt, wird die Prüfung zeitgerecht erledigt. Das Krankenhaus erhält das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung dann so rechtzeitig, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bis zum 30. Juni des Jahres der erstmaligen Abrechnungsrelevanz des OPS-Kodes möglich ist.

Wenn keine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V beim Medizinischen Dienst erfolgt ist, wird der Prüfantrag spätestens drei Monate nach Eingang vollständiger und aussagefähiger Unterlagen beschieden.

Prüfung bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz

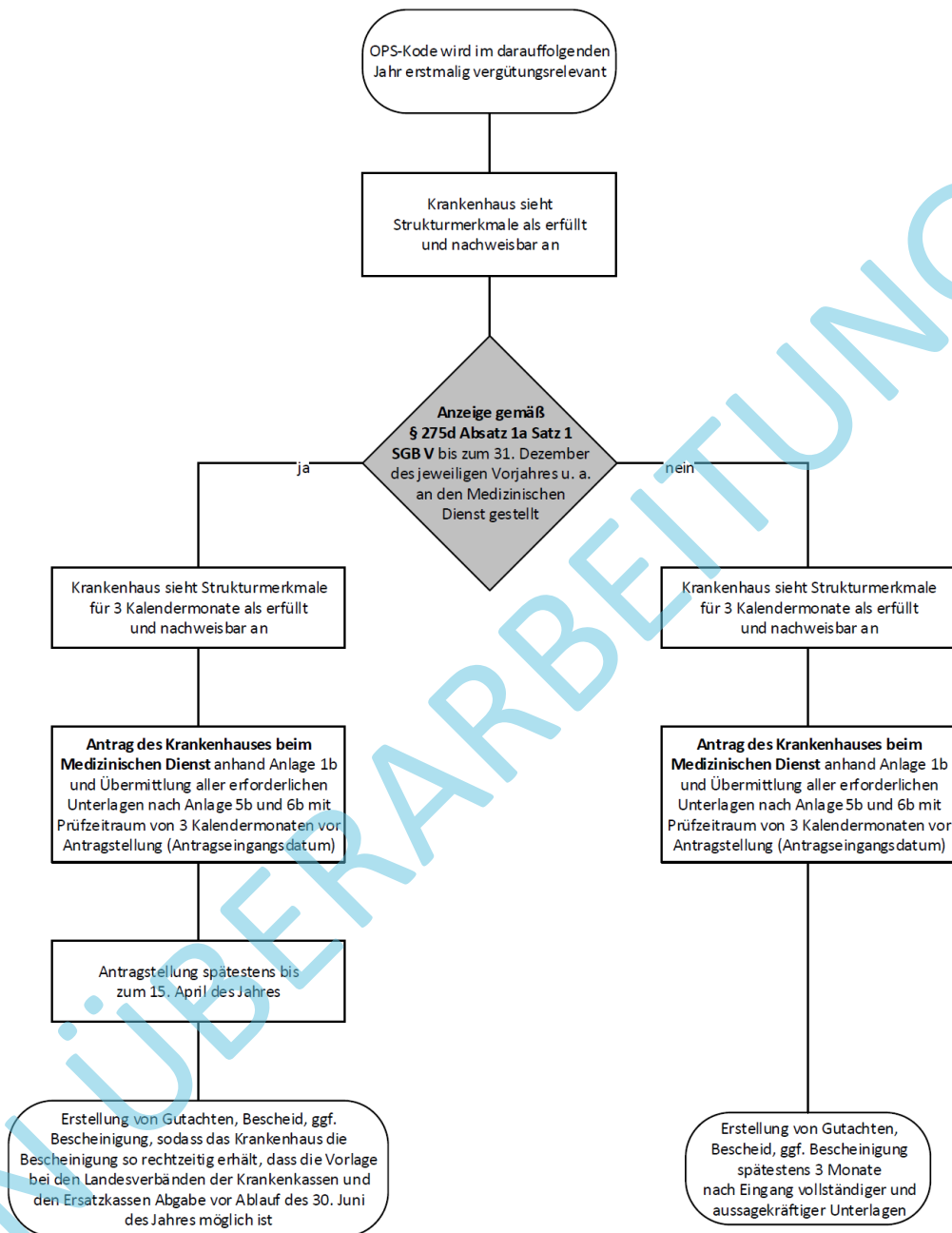


Abbildung 4: Ablauf der Prüfung bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz

3.6 Antrag bei Umzügen, Änderungen des Krankenhausträgers und zusätzlicher Leistungserbringung

Bei Umzügen einer Station oder Einheit, bei Änderungen des Krankenhausträgers bzw. bei der Erbringung einer OPS-Leistung auf einer zusätzlichen Station bzw. Einheit ergeben sich unterschiedliche Konstellationen und Handlungserfordernisse. Das konkrete Vorgehen ist insbesondere davon abhängig, ob es sich um einen OPS-Code handelt, bei dem gemäß der Anlagen 2a/2b ein Stations- bzw. Einheitsbezug vorliegt und ob der Umzug innerhalb des Standortes oder an einen anderen Standort erfolgt.

1. Umzug eines OPS-Kodes ohne Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

Hier besteht von Seiten des Krankenhauses kein Handlungsbedarf, sofern eine gültige Bescheinigung für den OPS am Standort vorliegt und die Strukturmerkmale vom Krankenhaus unverändert eingehalten werden.

2. Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

Wenn sich die Bezeichnung der Station/Einheit durch den Umzug ändert, hat das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst den Umzug mittels „Mitteilung des Krankenhauses bei Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug am Standort“ (Formular 8.1 der Anlage 8) anzuzeigen. Sofern das Krankenhaus gemäß Formular 8.1 der Anlage 8 bestätigt, dass es die Strukturmerkmale nach dem Umzug am Standort unverändert einhält, erstellt der Medizinische Dienst ohne erneute Prüfung einen Bescheid und eine neue Bescheinigung.

Ändert sich die Bezeichnung der Station bzw. Einheit durch den Umzug am Standort nicht, ist keine Information des Medizinischen Dienstes erforderlich.

Bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen hat das Krankenhaus dies gemäß § 275d SGB V mitzuteilen.

3. Änderung des Krankenhausträgers

Wenn es infolge eines Verkaufs, einer Übernahme oder einer Fusion zu einer Änderung des Krankenhausträgers kommt, beantragt das Krankenhaus beim zuständigen Medizinischen Dienst mittels „Mitteilung des Krankenhauses bei Änderung des Krankenhausträgers“ (Formular 8.2 der Anlage 8) eine Umschreibung der Bescheinigung. Sofern das Krankenhaus gemäß Formular 8.2 der Anlage 8 bestätigt, dass es die Strukturmerkmale unverändert einhält, erstellt der Medizinische Dienst ohne erneute Prüfung für die am Standort betroffenen OPS jeweils eine neue Bescheinigung, die den ggf. geänderten Krankenhausnamen, das ggf. geänderte Institutionskennzeichen (IK) und die ggf. geänderte Standortnummer berücksichtigt. In der Mitteilung sind in diesem Fall sämtliche gemäß Formular 8.2 der Anlage 8 am Standort betroffenen OPS-Kodes aufzulisten.

4. Umzug eines OPS-Kodes an einen anderen Standort

Unter dem Begriff „Umzug eines OPS-Kodes“ ist die OPS-bezogene (räumliche) Verlagerung der Leistungserbringung zu verstehen. Unabhängig davon, ob es sich um einen OPS-Kode mit oder ohne einen Stations- bzw. Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b handelt, ist ein Antrag zur Prüfung auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß Abschnitt 4.1.3 der Richtlinie zu stellen.

5. Zusätzliche Station/Einheit bei einem OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

In diesem Fall hat das Krankenhaus einen Antrag auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß Abschnitt 4.1.3 der Richtlinie zu stellen.

6. Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort

Im Falle einer Änderung der Standortnummer einer Tagesklinik ohne Umzug an einen anderen Standort hat das Krankenhaus den zuständigen Medizinischen Dienst gemäß Formular 8.4 der Anlage 8 zu informieren. Gleichzeitig muss das Krankenhaus bestätigen, dass kein Umzug der Tagesklinik an einen anderen Standort erfolgt ist und die Strukturmerkmale unverändert eingehalten werden.

Sofern eine zuvor ausgestellte Bescheinigung für diese Tagesklinik vorliegt, stellt der Medizinische Dienst unter o. g. Voraussetzungen ohne erneute Prüfung einen Bescheid und eine Bescheinigung für die Tagesklinik mit der neuen Standortnummer aus. Das Ende der Laufzeit stimmt mit derjenigen der ursprünglichen Bescheinigung überein.

Tabellarische Übersicht der Prüfzeiträume in Abhängigkeit der Antragsarten

	Prüfzeitraum
Turnusgemäße Prüfung (4.1.1 der StrOPS-RL)	drei zusammenhängende Kalendermonate aus letzten 12 Monaten vor Antragstellung KH
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch Krankenhaus (4.1.2 der StrOPS-RL)	Zeitraum eines Monats vor Antragstellung KH
erstmalige oder erneute Leistungserbringung (4.1.3 der StrOPS-RL)	drei Kalendermonate vor Antragseingang beim Medizinischen Dienst
erstmalige Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes (4.1.4 der StrOPS-RL)	drei Kalendermonate vor Antragseingang beim Medizinischen Dienst

Antragstellung KH = Eingangsdatum Antrag Krankenhaus beim Medizinischen Dienst

3.7 Durchführung der Prüfung

3.7.1 Erledigungsarten

Die turnusgemäße Prüfung von OPS-Strukturmerkmalen kann als

- Dokumentenprüfung
- Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung oder als
- Vor-Ort-Prüfung

erfolgen.

Die Entscheidung über die Erledigungsart obliegt hierbei dem zuständigen Medizinischen Dienst, sie kann je beantragtem OPS-Kode und Krankenhausstandort differieren.

Aufgrund der bereits mit Antragstellung übermittelten Unterlagen können die anderen Antragsarten nur als Dokumentenprüfung oder als Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden.

Im Falle schwerwiegender Gründe, wie z. B. einer Pandemie oder Flutkatastrophe, kann der Medizinische Dienst die Erledigungsart im laufenden Verfahren ändern. Die Begutachtung erfolgt – unabhängig von der Erledigungsart – auf der Grundlage der vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Informationen.

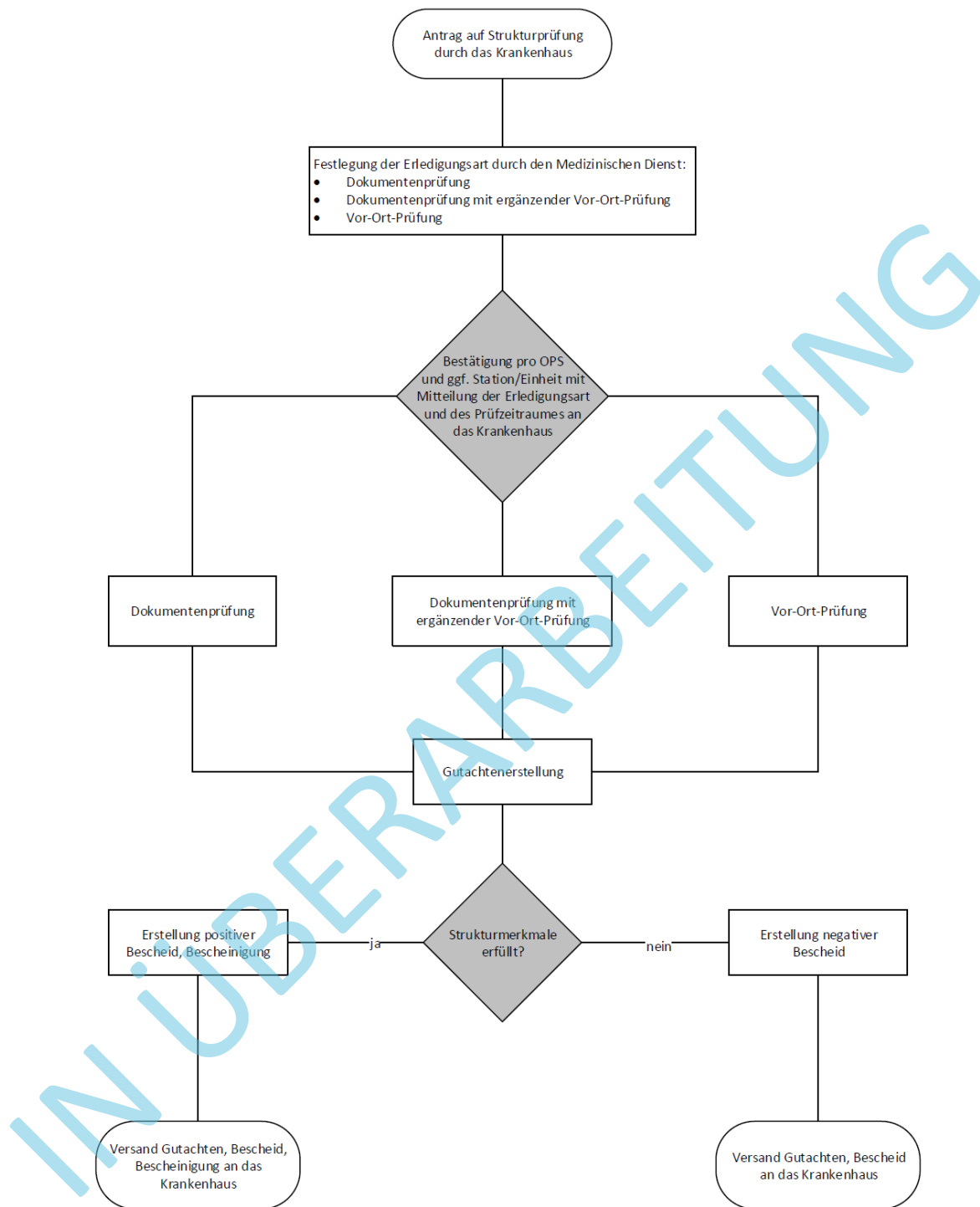


Abbildung 5: Ablauf der turnusgemäßen Prüfung

3.7.2 Dokumentenprüfung

Bei der turnusgemäßen Prüfung übermittelt das Krankenhaus nach Mitteilung der Erledigungsart Dokumentenprüfung dem Medizinischen Dienst für den Prüfzeitraum alle erforderlichen Dokumente gemäß der Anlagen 5a und 6a der Richtlinie. Bei den übrigen Antragsarten stellt das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen und Nachweise bereits mit der Antragsstellung zur Verfügung.

Anhand dieser Informationen erstellt der Medizinische Dienst das Gutachten über die Einhaltung der Strukturmerkmale des jeweiligen OPS-Kodes. Stellt sich während der Begutachtung heraus, dass die vorgelegten Nachweise und Unterlagen für die Begutachtung nicht ausreichend sind, wird das Krankenhaus darüber schriftlich informiert und erhält die Gelegenheit, diese innerhalb einer Frist von zehn Werktagen nachzureichen. Gehen die nachgeforderten Unterlagen nicht innerhalb dieser Frist bei dem Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen.

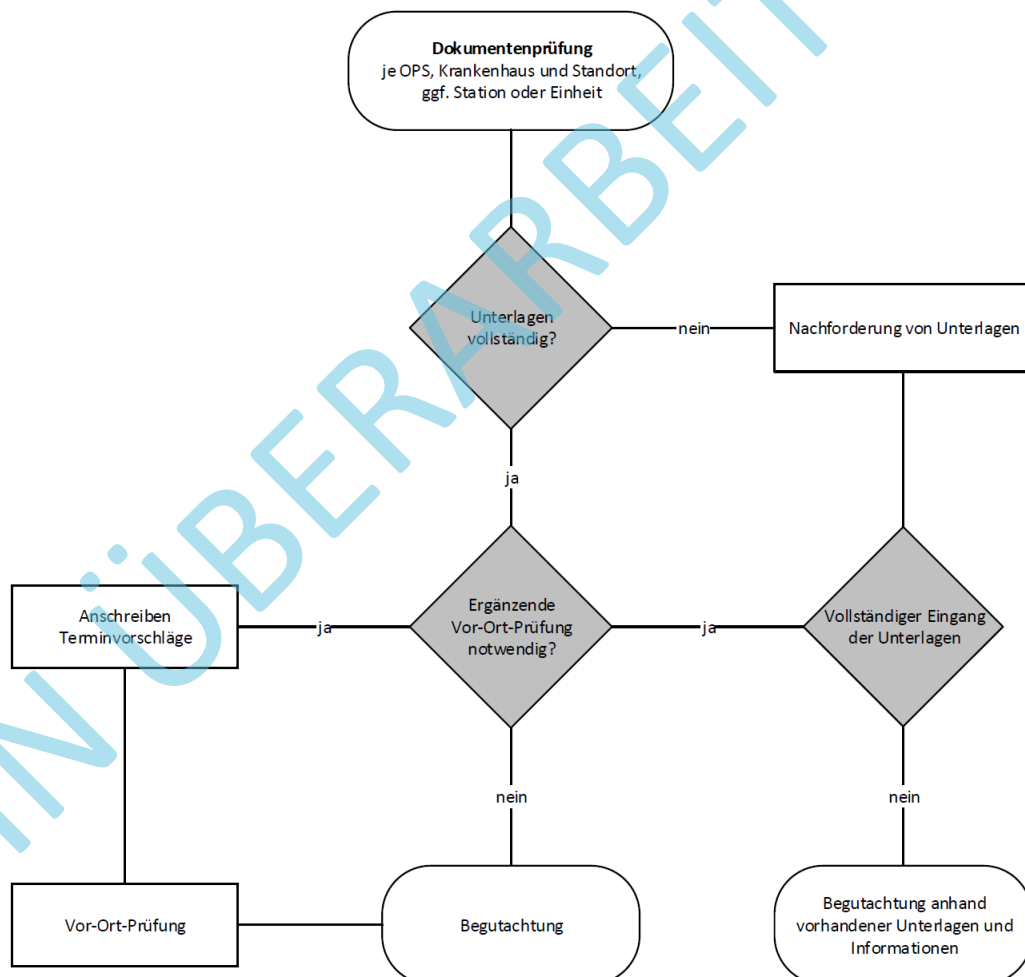


Abbildung 6: Dokumentenprüfung

3.7.3 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung

Bei der turnusgemäßen Prüfung übermittelt das Krankenhaus nach Mitteilung der Erledigungsart Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung dem Medizinischen Dienst für den Prüfzeitraum alle erforderlichen Dokumente gemäß der Anlagen 5a und 6a der Richtlinie. Wenn bestimmte Unterlagen der Anlage 6a (z. B. Dienstpläne) erst bei der Vor-Ort-Prüfung vorgelegt werden sollen, wird dies dem Krankenhaus im Rahmen der Eingangsbestätigung und Mitteilung der Erledigungsart mitgeteilt.

Bei den übrigen Antragsarten stellt das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen und Nachweise bereits mit der Antragsstellung zur Verfügung.

Wird im Verlauf der Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt, dass die eingereichten Unterlagen nicht ausreichend sind, wird das Krankenhaus darüber schriftlich informiert und erhält die Gelegenheit, diese innerhalb einer Frist von zehn Werktagen nachzureichen. Gehen die nachgeforderten Unterlagen nicht innerhalb dieser Frist beim Medizinischen Dienst ein, kann die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen werden.

Die ergänzende Vor-Ort-Begutachtung erfolgt unter der Intention der Inaugenscheinnahme von im OPS-Kode geforderten Räumlichkeiten und technischen Ausstattungen, sie ist nicht für die Nachlieferung von Unterlagen vorgesehen.

Nach Eingang aller Unterlagen teilt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus für die ergänzende Vor-Ort-Prüfung zwei Terminoptionen mit und informiert das Krankenhaus, bei welchen Räumlichkeiten und technischen Ausstattungen voraussichtlich eine Begehung vorgenommen werden soll. Nur im Ausnahmefall ist auch die Benennung von weiteren Unterlagen möglich.

Zwischen dem Eingang dieser Mitteilung beim Krankenhaus und dem ersten der beiden Terminvorschläge müssen mindestens zehn Werktage liegen.

Das Krankenhaus bestätigt einen der beiden Termine innerhalb von zehn Werktagen. Erfolgt dies nicht, wird vom Medizinischen Dienst einer der beiden Terminvorschläge als Termin festgelegt. Zwischen dieser Mitteilung des Medizinischen Dienstes über den von ihm festgelegten Termin und dem Termin der Prüfung vor Ort liegen mindestens zehn Werktage. Ermöglicht das Krankenhaus eine ergänzende Vor-Ort-Prüfung an diesem festgelegten Termin nicht, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen.

Das Krankenhaus stellt dem Medizinischen Dienst bei der Vor-Ort-Prüfung auf Nachfrage eine Vertreterin oder einen Vertreter zur Unterstützung zur Verfügung und stellt auch sicher, dass der Medizinische Dienst die erforderlichen Räumlichkeiten und/oder technischen Ausstattungen in Augenschein nehmen kann.

Auf Anforderung des Medizinischen Dienstes sind diesem Nachweise und Unterlagen als Kopie auszuhandigen.

Ergibt sich während der ergänzenden Vor-Ort-Prüfung, dass Unterlagen nicht aussagekräftig oder nicht ausreichend sind, erhält das Krankenhaus nochmals die Gelegenheit, diese innerhalb einer Frist von

zehn Werktagen nach Mitteilung durch den Medizinischen Dienst nachzureichen. Gehen die nachgeforderten Unterlagen nicht innerhalb dieser Frist bei dem Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen.

Eine ergänzende Vor-Ort-Prüfung kann auch erfolgen, wenn der Medizinische Dienst bei Prüfungen nach Abschnitt 4.2.2 (Dokumentenprüfung) der StrOPS-RL und vollständig eingereichten Unterlagen zu dem Ergebnis kommt, dass diese notwendig ist.

IN ÜBERARBEITUNG

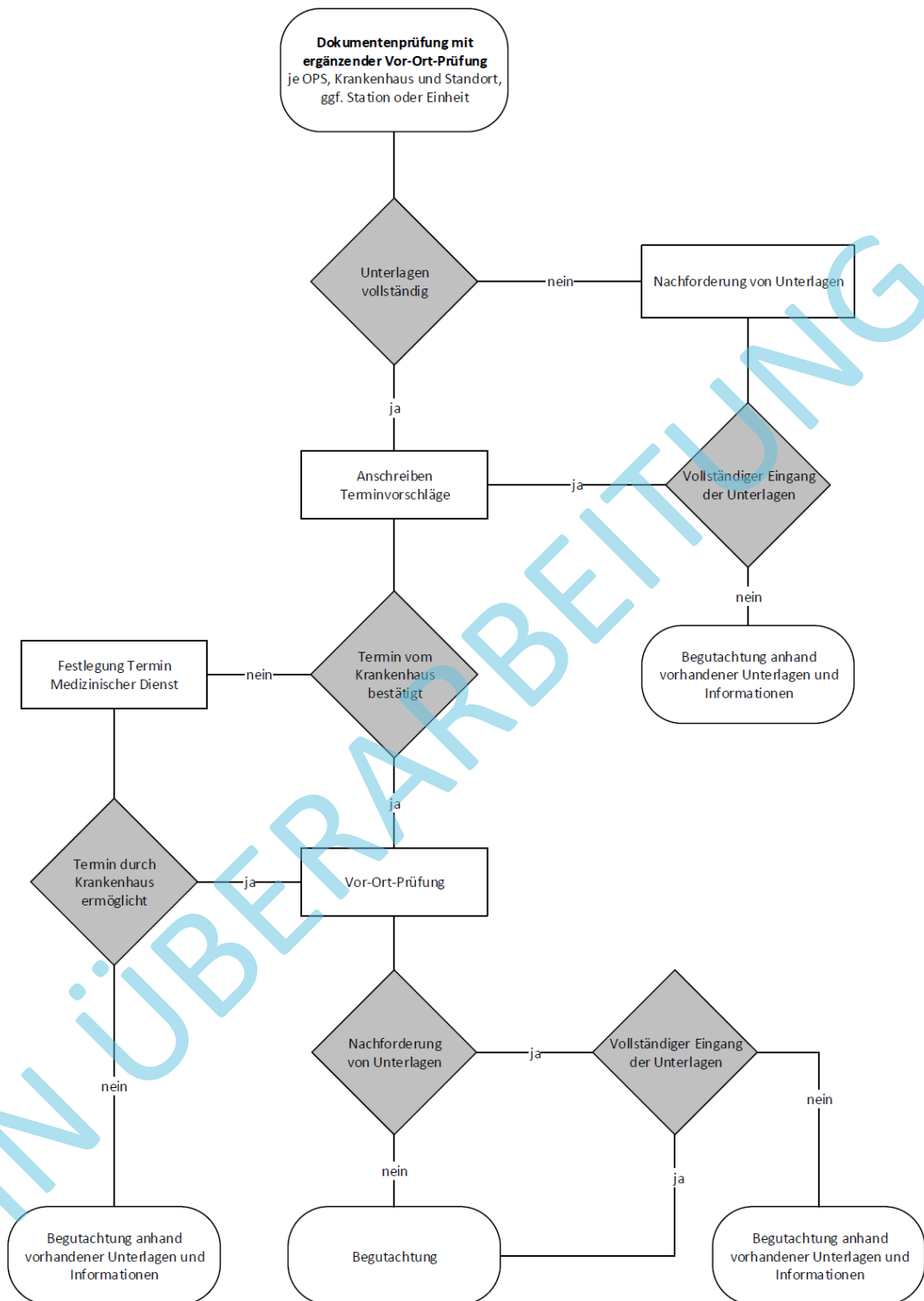


Abbildung 7: Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung

3.7.4 Vor-Ort-Prüfung

Wurde die Erledigungsart Vor-Ort-Prüfung festgelegt, teilt der Medizinische Dienst dem Krankenhaus für die Vor-Ort-Prüfung zwei Terminoptionen mit und informiert das Krankenhaus, welche Unterlagen neben dem Selbstauskunftsbogen nach Anlage 5a und den in Anlage 6a der Richtlinie genannten erforderlichen Nachweisen und Unterlagen bei der Vor-Ort-Prüfung vorgehalten werden sollen (z. B. Dienstpläne) und/oder bei welchen Räumlichkeiten und technischen Ausstattungen eine Begehung vorgenommen werden soll. Das Krankenhaus bestätigt einen der beiden Termine innerhalb von zehn Werktagen. Erfolgt dies nicht, wird vom Medizinischen Dienst ein Termin festgelegt. Zwischen dieser Mitteilung des Medizinischen Dienstes über den von ihm festgelegten Termin der Prüfung vor Ort liegen mindestens zehn Werktage. Ermöglicht das Krankenhaus eine Begutachtung an dem vom Medizinischen Dienst festgelegten Termin nicht, wird ein Gutachten ohne Erteilung einer Bescheinigung erstellt.

Das Krankenhaus stellt dem Medizinischen Dienst bei der Vor-Ort-Prüfung auf Nachfrage eine Vertreterin oder einen Vertreter zur Unterstützung zur Verfügung und stellt auch sicher, dass der Medizinische Dienst die erforderlichen Räumlichkeiten und/oder technischen Ausstattungen in Augenschein nehmen kann.

Auf Anforderung des Medizinischen Dienstes sind diesem Nachweise und Unterlagen als Kopie auszuhängen.

Ergibt sich während der ergänzenden Vor-Ort-Prüfung, dass Unterlagen nicht aussagekräftig oder nicht ausreichend sind, erhält das Krankenhaus die Gelegenheit, diese innerhalb einer Frist von zehn Werktagen nach Mitteilung durch den Medizinischen Dienst nachzureichen. Gehen die nachgeforderten Unterlagen nicht innerhalb dieser Frist beim Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Informationen abgeschlossen.

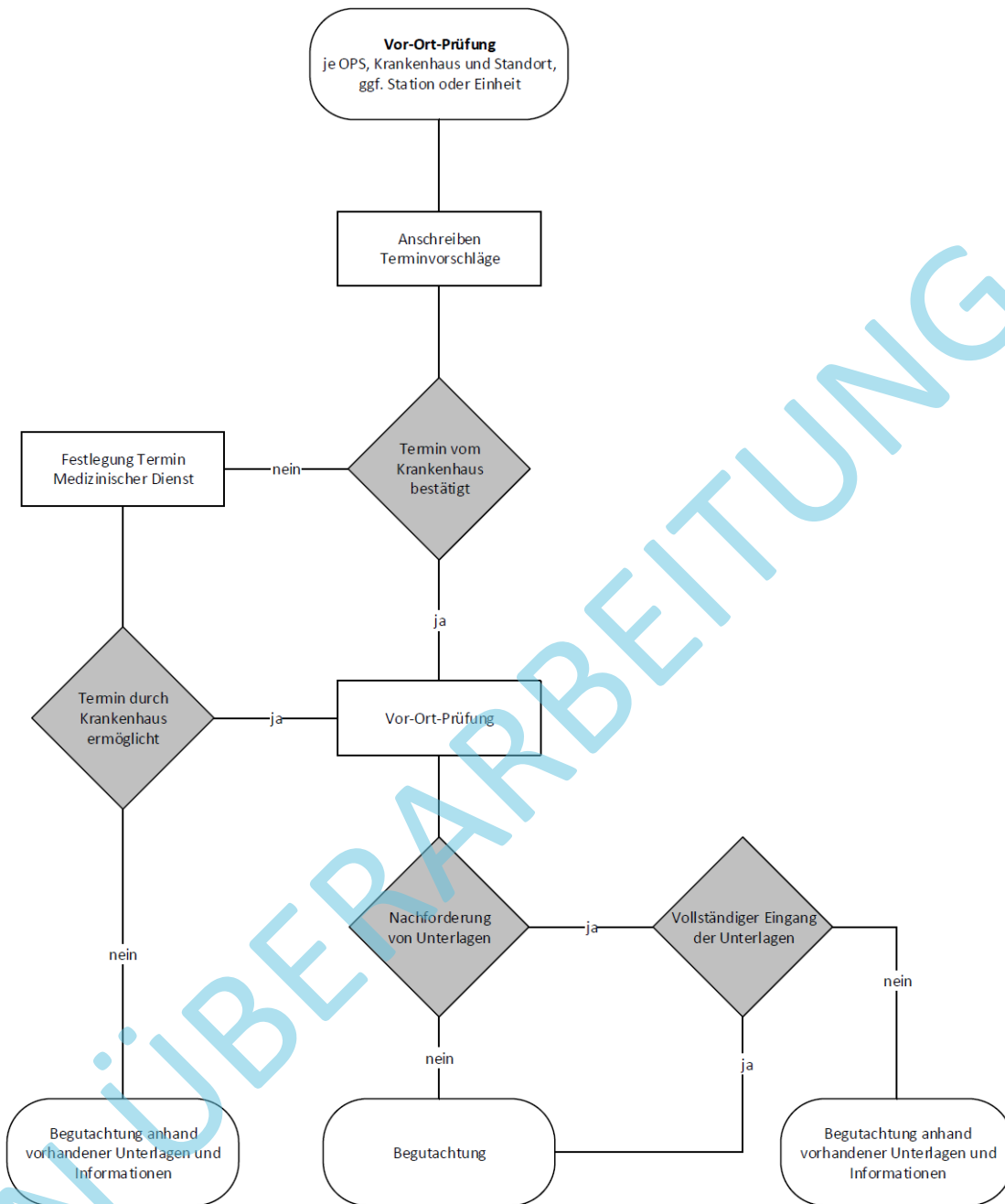


Abbildung 8: Vor-Ort-Prüfung

4 Bescheid, Gutachten und Bescheinigung

4.1 Bescheid

Die Krankenhäuser erhalten gemäß § 275d Absatz 2 SGB V vom Medizinischen Dienst für die jeweils beantragten und geprüften OPS-Kodes einen Bescheid. In diesem Bescheid ist die Entscheidung über die Erteilung oder Nichterteilung der Bescheinigung nach Anlage 7 enthalten. Als Bestandteil des Bescheides wird das Gutachten über die durchgeführte Prüfung der Strukturmerkmale des beantragten OPS-Kodes beigefügt. Bei Erfüllung der Strukturmerkmale erlässt der Medizinische Dienst einen positiven Bescheid, welchem neben dem Gutachten zusätzlich die entsprechende Bescheinigung (Anlage 7) beiliegt. Werden die Strukturmerkmale der beantragten OPS-Kodes nicht eingehalten erstellt der Medizinische Dienst einen negativen Bescheid, dem das entsprechende Gutachten beigefügt ist. Eine Bescheinigung wird in diesen Fällen nicht erstellt.

Fällt im Rahmen einer turnusgemäßen Prüfung auf, dass die Strukturvoraussetzungen mehr als einen Monat nicht mehr eingehalten wurden, hebt der Medizinische Dienst den bestehenden Bescheid mit Wirkung für die Zukunft auf. In gesetzlichen Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn es das Krankenhaus grob fahrlässig unterlassen hat, die Nichteinhaltung der Strukturvoraussetzungen fristgerecht mitzuteilen, erfolgt gegebenenfalls eine Aufhebung mit Wirkung ab Nichteinhaltung der Strukturvoraussetzungen.

Mit Ausnahme der fristgerecht beantragten turnusgemäßen Prüfung, die nicht im Jahr der Antragstellung abgeschlossen werden konnte, sowie der Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V, wird die zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses gültige Fassung der StrOPS-RL zugrunde gelegt.

4.2 Gutachten

Der Medizinische Dienst erstellt zu jedem vom Krankenhaus beantragten OPS-Kode ein Gutachten, in dem Feststellungen zu den geprüften Strukturmerkmalen und zum Ergebnis der Prüfung enthalten sind. In diesem Gutachten wird neben der Standortnummer nach § 293 Absatz 6 SGB V auch das Institutionskennzeichen angegeben.

Erfüllt ein Krankenhaus ein Strukturmerkmal eines OPS-Kodes nicht, sind die Gründe hierzu vom Medizinischen Dienst in dem übermittelten Gutachten dokumentiert.

Sind beantragte OPS-Kodes mit einem Stations- bzw. Einheitsbezug entsprechend der Anlage 2a/2b gekennzeichnet, wird jeweils ein Gutachten pro Station bzw. Einheit erstellt.

4.3 Bescheinigung

Kann ein Krankenhaus die Einhaltung der Strukturmerkmale des jeweiligen OPS-Kodes pro Standort ggf. auch pro Station bzw. Einheit im Rahmen der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nachweisen, erhält das Krankenhaus eine entsprechende Bescheinigung (Anlage 7). Mit der Bescheinigung kann das Krankenhaus die Leistungen des jeweiligen OPS-Kodes vereinbaren und abrechnen. Hierzu führt die Bescheinigung jeweils die entsprechende Gültigkeitsdauer auf. Die Bescheinigung wird nur in Verbindung mit einem positiven Bescheid erteilt.

4.4 Gültigkeitsdauer

Für welchen Zeitraum die Einhaltung der jeweiligen Strukturmerkmale des OPS-Kodes als erfüllt angesehen wird, ist sowohl im Bescheid als auch in der Bescheinigung dokumentiert.

Bei turnusgemäßen Prüfungen beträgt die Gültigkeitsdauer grundsätzlich zwei Jahre. OPS-Kodes mit einjähriger Gültigkeitsdauer sind in der Anlage 3 der StrOPS-RL aufgeführt. Die Gültigkeit beginnt mit dem 01. Januar des Jahres, das dem Jahr der Antragstellung folgt. Bei nicht fristgerechter Antragstellung durch das Krankenhaus und Prüfung erst im Folgejahr beginnt die Laufzeit der Bescheinigung mit dem Datum der Ausstellung der Bescheinigung bzw. Bescheid und kann daher weniger als ein bzw. zwei Jahre betragen.

Stellt ein Krankenhaus einen Antrag auf Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen, beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung ab dem Zeitpunkt der nachweislichen Wiedererfüllung der Strukturmerkmale, jedoch frühestens einen Monat zuzüglich maximal zehn Werktagen (für die Antragstellung) vor Antragseingang beim Medizinischen Dienst und endet zum gleichen Zeitpunkt wie in dem ursprünglichen und zwischenzeitlich aufgehobenen Bescheid ausgewiesen. Da davon auszugehen ist, dass ein Krankenhaus frühestmöglich nach Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale einen Antrag stellt, wird für die Übermittlung der erforderlichen Nachweise und Unterlagen ein Zeitraum von maximal zehn Werktagen berücksichtigt. Gleichzeitig wird die Möglichkeit einer rückwirkenden Bescheinigung auf einen Monat begrenzt.

Die Gültigkeit der Bescheinigung bei Anträgen zur Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung beginnt mit dem Datum des Bescheiderlasses und endet am 31. Dezember des auf das Jahr des Bescheiderlasses folgenden Kalenderjahres.

5 Grundsätze der Begutachtung

Unabhängig von der Erledigungsart erhält das Krankenhaus ein schriftliches Gutachten. Dieses wird zusammen mit dem Bescheid und ggf. der Bescheinigung nach Anlage 7 der Richtlinie dem Krankenhaus zugestellt.

In den Gutachten werden die überprüften Strukturmerkmale einzeln aufgeführt und beurteilt. Strukturmerkmale in OPS-Kodes müssen jederzeit von den Krankenhäusern eingehalten werden. Wird die Einhaltung eines Strukturmerkmals nicht bestätigt, wird dies im Gutachten begründet.

Die Dauer der Bescheinigung richtet sich nach den Vorgaben in Abschnitt 5.4 der StrOPS-RL. Abweichungen hiervon sind nicht statthaft.

Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich und bei allen Erledigungsarten durch mindestens zwei Begutachtende und wird ärztlich verantwortet.

Die notwendigen Nachweise und Unterlagen sollen OPS- und stations- bzw. einheitsbezogen vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur analog der Reihenfolge der Anlage 6a/6b eingereicht werden. Nachweise und Unterlagen sind möglichst in digitaler Form zu übermitteln. Sie sind auf den vom Medizinischen Dienst genannten Prüfzeitraum zu beziehen. Sofern Nachweise und Unterlagen durch das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst zu übermitteln sind, beinhalten diese auch die jeweiligen Selbstauskunftsbögen.

Bei der Vor-Ort-Prüfung und der ergänzenden Vor-Ort-Prüfung steht der Gutachterin / dem Gutachter des Medizinischen Dienstes eine Vertreterin / ein Vertreter des Krankenhauses in angemessenem Umfang zur Verfügung, um bei der ordnungsgemäßen Durchführung der Begutachtung zu unterstützen.

Bei der Vor-Ort-Prüfung besteht für den Medizinischen Dienst die Möglichkeit, sich Nachweise und Unterlagen in Kopie aushändigen zu lassen.

Eine offene und wertschätzende Kommunikation ist auf beiden Seiten bei allen Erledigungsarten unabdingbar.

6 Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch

Das Vorgehen im Widerspruchsverfahren richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben des SGB X sowie des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Widerspricht das Krankenhaus der Entscheidung des Medizinischen Dienstes, kann eine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Diese Begutachtung kann nach Aktenlage oder vor Ort erfolgen. Der Medizinische Dienst kann ergänzende Unterlagen beim Krankenhaus anfordern. Dabei sind insbesondere auch neue Tatsachen betreffend die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen zu berücksichtigen. Maßgeblich ist die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt des Widerspruchsbescheides. Wird dem Vorbringen im Widerspruch nicht gefolgt, wird der Sachverhalt durch eine zweite Gutachterin / einen zweiten Gutachter geprüft. Das Widerspruchsverfahren wird durch Erlass eines Bescheides und ggf. dem Ausstellen einer Bescheinigung abgeschlossen.

IN ÜBERARBEITUNG

7 Strukturmerkmalbewertungen

Die im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) vorgegebenen Strukturmerkmale sind nicht immer eindeutig und lassen teilweise inhaltliche Interpretationsspielräume zu.

Im Auftrag der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste werden Strukturmerkmalbewertungen mit dem Ziel einer bundesweit einheitlichen und transparenten Begutachtung erarbeitet.

Die Strukturmerkmalbewertungen stellen das Ergebnis eines fortlaufenden Diskussions- und Abstimmungsprozesses innerhalb der Medizinischen Dienste dar. Sie basieren auf dem Wortlaut des OPS-Strukturmerkmals und berücksichtigen Klarstellungen und Hinweise des BfArM („Kodierfragen“), gültige Leitlinien der Fachgesellschaften, Entscheidungen des Bundessozialgerichtes sowie weitere Gesetze und Vorgaben (z. B. Musterweiterbildungsordnung, Arbeitsschutzgesetze, Hygienevorschriften).

Die Erstellung und Pflege dieser Strukturmerkmalbewertungen obliegt der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ (SEG 4) der Medizinischen Dienste.

Der Begutachtungsleitfaden (BGL) wird nach Veröffentlichung der jeweils gültigen StrOPS-RL aktualisiert. Strukturmerkmalbewertungen in Anlage 1 können im Bedarfsfall auch unterjährig ergänzt werden.

Die SMB beinhalten jeweils den genauen Wortlaut des Strukturmerkmals, die differenzierte Problemstellung zusammen mit der konkreten Problemlösung sowie – zur besseren Nachvollziehbarkeit – eine Begründung und ggf. ergänzende Hinweise. Eine Nummerierung der SMB und Benennung von Schlagwörtern als auch die Angabe des Erst- und Aktualisierungsdatums erleichtern die Zuordnung und Handhabung der Strukturmerkmalbewertungen.

Die Strukturmerkmalbewertungen sind mit Anlage 1 Bestandteil dieses Begutachtungsleitfadens und für die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste mit Veröffentlichung im Begutachtungsleitfaden verbindlich.

8 Anlage

Anlage 1: Strukturmerkmalbewertungen (SMB)

Tabellarische Übersicht			
Nr.	OPS	Schlagworte	Bemerkung
01	8-98d	Konsiliardienste, Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Facharztqualifikation	-
02	8-98e	Qualifikation, pflegerische Leitung, Einrichtung spezialisierte Palliativversorgung	-
04	8-98f	Konsiliardienste, Qualifikation, Fachärztin/Facharzt	-
07	8-98f	Intrakranielle Druckmessung, Qualifikation, Neurochirurgie	-
08	8-98f	Kooperation, Nachweise, Konsiliardienste, Dienstplan, Qualifikation	-
09	8-98f	30 Minuten am Patienten, Verfügbarkeit, Intensivmedizin	-
10	8-98f	Transösophageale Echokardiographie, Qualifikation der Untersucherin / des Untersuchers	-
11	8-98h	Qualifikation ärztliche und pflegerische Leitung, Einrichtung spezialisierte Palliativversorgung	-
12	8-98h	Palliativdienst, Erreichbarkeit, Arzt	-
13	allgemein	Kooperation, Kooperationsvertrag, Kooperationsvereinbarung	-
24	allgemein	Behandlungsleitung, ärztliche, Vorspann, Hinweise für die Benutzung	-
26	8-718.8	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte intensivmedizinische Einheit	-
27	8-718.9	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte nicht intensivmedizinische Einheit	-
29	allgemein	Dienstplan, geplant, tatsächlich	-
31	8-552	Neurologischer Sachverstand, Frührehabteam, kontinuierliche Einbindung	-

Tabellarische Übersicht			
Nr.	OPS	Schlagworte	Bemerkung
32	8-550	überwiegend tätig, Behandlungsleitung, zugehörige geriatrische Einheit	entfallen
33	8-98f	Hybrid-Operationssaal	-
36	9-64a	Eltern-Kind-Rooming-In, Aufenthalts- und Spielraum, Rückzugsraum	-
37	9-643	Rooming-In, Aufenthalts- und Spielraum, Eltern-Kind-gerecht	-
38	8-985	Supervision, systematisch, Behandlungsteam, qualifizierter Entzug	-
40	8-718	Ethik-Fallgespräch	-
42	8-98f	Nierenersatzverfahren, intermittierend	-
43	allgemein	Anzahl der Mitarbeiterinnen und/oder Mitarbeiter in Therapiebereichen/Funktionen/Verfahren	-
44	8-987 8-98g	Qualifikation, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft	-
45	8-987.0 8-98g.0	spezielle Isoliereinheit	-
47	allgemein	Gleichwertigkeitsbescheinigung, Äquivalenzbescheinigung, Qualifikation, Ausland	-
48	8-981 8-98b	Neurosonologische Untersuchung, intrakranielle Gefäße, Qualifikation	-
49	9-694	Spezialstation, Kinder und Jugendliche, Sucht, substanzbedingt	-
51	8-550 8-552 8-559 8-718.9 8-975.2 8-988 8-98a 8-98b.3 8-98d 8-98e 8-98h	Erfahrung/Tätigkeit in der Behandlung/Versorgung	-

Tabellarische Übersicht			
Nr.	OPS	Schlagworte	Bemerkung
52	8-98d	Fachweiterbildungsquote, Fachpflegepersonal	
53	allgemein	Teleradiologie, Radiologische Leistungen	
54	9-701 9-801	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), Erwachsene, Kinder- und Jugendliche, jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit im häuslichen Umfeld bei Patienten	
55	allgemein	Telemedizin, Therapiebereiche, Konsiliardienste	

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 01
OPS-Kode(s):	8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Konsiliardienste, Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Facharztqualifikation, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	<i>„Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie stehen als Dienstleistungen/ Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft zur Verfügung“</i> <i>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</i> <i>„Der OPS legt nicht fest, dass die geforderten Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden müssen. Das bedeutet, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt innerhalb der geforderten kurzfristigen (max. 30-minütigen) Einsatzbereitschaft hinzugezogen werden kann. Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</i>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation bzw. Zusatzqualifikation ist für die benannten Konsiliardienste „Kinderchirurgie und Kinderkardiologie“ erforderlich?	
Ergebnis:	Die Dienstleistungen/Konsiliardienste können durch entsprechende Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden. Die Möglichkeit zum kurzfristigen persönlichen Einsatz von Fachärztinnen/Fachärzten (Kinderchirurgie bzw. mit Schwerpunkt Kinderkardiologie) vor Ort innerhalb der vorgegebenen 30 Minuten muss gegeben sein. Eine Tätigkeit von nicht-fachärztlichen Assistenzärzten wirkt sich nicht fristverlängernd auf die geforderte Verfügbarkeit aus.	
Begründung:	Die beschriebenen Konsiliardienste beziehen sich auf spezielle medizinische Fachgebiete. Vor diesem Hintergrund sind entsprechende Facharztqualifikationen mit Zusatzbezeichnung/Zusatzweiterbildung/ Schwerpunkt erforderlich.	
Ergänzende Hinweise:	Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig	

	(siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)		
Erstellt:	28.11.2016	Aktualisiert:	23.02.2024

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 02
OPS-Kode(s):	8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung		
Schlagworte:	Qualifikation, pflegerische Leitung, Einrichtung spezialisierte Palliativversorgung		
Strukturmerkmal:	„Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden und mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung.“		
Problem / Fragestellung:	In welchen Einrichtungen kann eine mindestens 6-monatige Erfahrung erworben werden?		
Ergebnis:	Die mindestens 6-monatige Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung kann im stationären Bereich durch eine Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem Palliativdienst im Krankenhaus oder in einer palliativmedizinischen Tagesklinik und im ambulanten Bereich durch eine Tätigkeit im Rahmen der SAPV, der spezialisierten Palliativambulanz oder in einem Tageshospiz erworben werden.		
Begründung:	Gemäß der „Erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ zählen zu den spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen im stationären Bereich folgende Einrichtungen: • Palliativstationen • Palliativdienste im Krankenhaus • Palliativmedizinische Tageskliniken Im ambulanten Bereich zählen folgende Einrichtungen zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung: • SAPV • Spezialisierte Palliativambulanz • Tageshospiz		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	22.01.2018	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 04
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Konsiliardienste, Qualifikation, Fachärztin/Facharzt, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	„Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie“ Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V „Der OPS legt nicht fest, dass die geforderten Konsiliardienste ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden dürfen. Das bedeutet, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten klinischen Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt innerhalb der geforderten maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses hinzugezogen werden kann.“ Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation ist für die Konsiliardienste der genannten Fachgebiete erforderlich?	
Ergebnis:	Die Dienstleistungen/Konsiliardienste können durch entsprechende Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden. Die Möglichkeit zum kurzfristigen persönlichen Einsatz von Fachärztinnen/Fachärzten am Standort des Krankenhauses muss innerhalb der vorgegebenen 30 Minuten gegeben sein. Eine Tätigkeit von nicht-fachärztlichen Assistenzärzten wirkt sich nicht fristverlängernd auf die geforderte Verfügbarkeit aus.	
Begründung:	Die im Konsiliardienst eingesetzten Fachärztinnen/Fachärzte müssen in der Lage sein, das geforderte spezielle medizinische Fachgebiet umfassend zu vertreten. Dies setzt eine fachärztliche Qualifikation bzw. ggf. Zusatzqualifikation voraus, die nachzuweisen ist.	
Ergänzende Hinweise:	Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig (siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)	

Erstellt:	23.03.2017	Aktualisiert:	23.02.2024
------------------	------------	----------------------	------------

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 07
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Intrakranielle Druckmessung, Qualifikation, Neurochirurgie, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses: • [...] • Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe • [...]“ Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V „Der OPS legt nicht fest, dass die 24-stündige Verfügbarkeit der Verfahren ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte bestimmter Fachgebiete zu erbringen ist. Das bedeutet zum einen, dass unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen alle Fachärztinnen und Fachärzte die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Zum anderen bedeutet das, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt hinzugezogen werden kann. Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“	
Problem / Fragestellung:	Welche personellen und sächlichen Anforderungen muss eine Klinik, die Hirndruckmessungen im Kontext des OPS 8-98f durchführt, erfüllen? Welche Fachdisziplinen sind befähigt, Sonden zu legen und die Drucküberwachung vorzunehmen?	
Ergebnis:	Zur Erfüllung des Verfahrens der intrakraniellen Druckmessung bedarf es der entsprechenden technischen Ausstattung, der fachlichen Expertise zur Einlage und zum Wechsel der Drucksonden sowie insbesondere zum Management möglicher Sondenkomplikationen. Darüber hinaus müssen die übermittelten Druckwerte überwacht und interpretiert werden können. Die intrakranielle Druckmessung (Legen und Management einer Hirndrucksonde) kann durch Ärztinnen/Ärzte in entsprechender Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden. Die Möglichkeit zum persönlichen Einsatz von Fachärztinnen/Fachärzten (Neurochirurginnen/Neurochirurgen oder Chirurgen/Chirurgen mit	

	entsprechender Expertise) am Standort des Krankenhauses muss gegeben sein. Zudem ist die 24-stündige Verfügbarkeit des Verfahrens am Standort des Krankenhauses sicherzustellen.		
Begründung:	Entsprechend der S1-Leitlinie „Intrakranieller Druck“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie erfolgt die Anlage von Hirndrucksonden in erster Linie intraventrikulär. Alternativ können intraparenchymatöse Druckmesssysteme benutzt werden. Die früher praktizierte epi- oder subdurale Sondenplatzierung wird nicht mehr empfohlen. Das Legen einer Hirndrucksonde, die Überwachung des intrakraniellen Drucks sowie das Management möglicher akuter Sondenkomplikationen (z. B. Blutungen) gehören zu den Inhalten der Weiterbildung zum Erwerb der Facharztbezeichnung Neurochirurgie. Die Inhalte der Weiterbildungsordnungen der einzelnen Landesärztekammern zur Facharztausbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie und zum Erwerb der zusätzlichen Weiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ benennen den Erwerb von „<i>Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in [...] den zur Versorgung im Notfall bzw. den zur Behandlung von Schwer- und Mehrfachverletzten erforderlichen neurotraumatologischen, [...] Maßnahmen in interdisziplinärer Zusammenarbeit.</i>“ Z. B. in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bayern gehörte bis 1993 das Legen von Hirndrucksonden zum Inhalt der Weiterbildung im Schwerpunkt Unfallchirurgie und kann für diese Fachärzte einen Ausnahmetatbestand darstellen. Dies gilt auch für Fachärztinnen/Fachärzte für Chirurgie, Unfallchirurgie, die über eine nachgewiesene Erfahrung in der Anlage von Hirndrucksonden verfügen.		
Ergänzende Hinweise:	Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig (siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)		
Erstellt:	02.07.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 08
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
Schlagworte:	Kooperation, Nachweise, Konsiliardienste, Dienstplan, Qualifikation		
Strukturmerkmal:	„Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie“		
Problem / Fragestellung:	Erfüllt eine Klinik alleine durch Vorlage eines Kooperationsvertrages das Strukturmerkmal?		
Ergebnis:	Analog der Vorlage der Belege bei Leistungserbringung durch das Krankenhaus selbst, sind auch im Falle einer Kooperation die Qualifikationen und die entsprechenden Dienstpläne des externen Leistungserbringers (Kooperationspartners) erforderlich.		
Begründung:	Es sind dieselben Anforderungen und Nachweise an klinikeigene Leistungen und Leistungen durch Kooperationspartner zu stellen.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	17.12.2018	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 09
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
Schlagworte:	30 Minuten am Patienten, Verfügbarkeit, Intensivmedizin		
Strukturmerkmal:	„Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein“		
Problem / Fragestellung:	Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit das Strukturmerkmal „innerhalb von 30 Minuten am Patienten“ erfüllt ist? Welche Informationen und Unterlagen sind zum Nachweis erforderlich?		
Ergebnis:	Die Verfügbarkeit einer Ärztin/eines Arztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten ist im Regelfall nur bei Anwesenheit der Ärztin/des Arztes im Krankenhaus erfüllbar. Sofern die Verfügbarkeit einer Fachärztin/eines Facharztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten nicht durch einen Schichtdienst oder Bereitschaftsdienst mit Anwesenheit im Krankenhaus sichergestellt wird, ist für die 30 minütige Verfügbarkeit ein gesonderter Nachweis erforderlich. Dieser Nachweis ist in Form einer schriftlichen Dienstanweisung, Betriebsvereinbarung oder ergänzenden arbeitsvertraglichen Regelung zu erbringen. Nicht ausreichend ist z. B. die alleinige Vorlage einer generellen Bestätigung der Geschäftsführung, Leitender Ärztinnen/Ärzte, einer individuellen Bestätigung der ärztlichen Diensthabenden oder einer SOP. Unabhängig von der vom Krankenhaus eingerichteten Dienstform muss die Verfügbarkeit am Patienten innerhalb von 30 Minuten auch unter Berücksichtigung etwaiger anderer dienstlicher Verpflichtungen gewährleistet sein.		
Begründung:	Zu berücksichtigen sind neben den Rüst- und Wegezeiten auf dem Weg zum Krankenhaus auch die entsprechenden Zeiten auf dem Krankenhausgelände selbst. Sicherzustellen ist binnen längstens 30 Minuten die Verfügbarkeit am Patienten auf der Intensivstation. Über eine „gewöhnliche“ Rufbereitschaft ohne zusätzlichen Nachweis ist eine Anwesenheit am Patienten innerhalb von 30 Minuten nicht plausibel. Da im Rufbereitschaftsdienst der Aufenthaltsort frei gewählt werden kann, ist die Betrachtung des Wohnortes des Diensthabenden in der Regel nicht zielführend.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	29.05.2019	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 10
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Transösophageale Echokardiographie, Qualifikation der Untersucherin / des Untersuchers, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses: • ... • Transösophageale Echokardiographie“ Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V „Der OPS legt nicht fest, dass die 24-stündige Verfügbarkeit der Verfahren ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte bestimmter Fachgebiete zu erbringen ist. Das bedeutet zum einen, dass unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen alle Fachärztinnen und Fachärzte die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Zum anderen bedeutet das, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt hinzugezogen werden kann.“ Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation der Untersucher ist erforderlich?	
Ergebnis:	Transösophageale Echokardiographien können durch Ärztinnen/Ärzte in entsprechender Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden. Die Möglichkeit zur persönlichen Erbringung durch Fachärztinnen/ Fachärzten (Kardiologie, weitere Fachrichtungen mit entsprechender Zusatzqualifikation, z. B. Anästhesiologie, Herzchirurgie) am Standort des Krankenhauses muss gegeben sein.	
Begründung:	Es handelt sich um eine anspruchsvolle und im Einzelfall durchaus risikobehaftete Untersuchung, die eine angemessene Qualifikation erfordert. Diese Qualifikation wird regelhaft von „Kardiologen“ erfüllt, da sie Bestandteil ihrer Weiterbildung ist. Auch andere Fachärztinnen und Fachärzte können für die Durchführung einer TEE qualifiziert sein. Hierfür ist eine gesonderte Ausbildung erforderlich, die durch ein Zertifikat von Ärztekammern oder Fachgesellschaften (z. B. der DEGUM, DGAI) zu belegen ist.	
Ergänzende Hinweise:	Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig	

	(siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)		
Erstellt:	11.04.2019	Aktualisiert:	23.02.2024

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 11
OPS-Kode(s):	8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst		
Schlagworte:	Qualifikation ärztliche und pflegerische Leitung, Einrichtung spezialisierte Palliativversorgung		
Strukturmerkmal:	„Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativ-pflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)“		
Problem / Fragestellung:	In welchen Einrichtungen kann eine mindestens 6-monatige Erfahrung erworben werden?		
Ergebnis:	Die mindestens 6-monatige Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung kann im stationären Bereich durch eine Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem Palliativdienst im Krankenhaus oder in einer palliativmedizinischen Tagesklinik und im ambulanten Bereich durch eine Tätigkeit im Rahmen der SAPV, der spezialisierten Palliativambulanz oder in einem Tageshospiz erworben werden.		
Begründung:	Gemäß der „Erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ zählen zu den spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen im stationären Bereich folgende Einrichtungen: • Palliativstationen • Palliativdienste im Krankenhaus • Palliativmedizinische Tageskliniken Im ambulanten Bereich zählen folgende Einrichtungen zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung: • SAPV • Spezialisierte Palliativambulanz • Tageshospiz		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	22.01.2018	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 12
OPS-Kode(s):	8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst		
Schlagworte:	Palliativdienst, Erreichbarkeit, Arzt		
Strukturmerkmal:	<i>„Abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst), bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Es bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab [...]</i> <i>24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein“</i>		
Problem / Fragestellung:	Kann die geforderte 24-stündige ärztliche Erreichbarkeit des Palliativdienstes gleichzeitig in Personalunion durch die fachliche Behandlungsleitung der Palliativstation erfolgen?		
Ergebnis:	Innerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss die Fachärztin/der Facharzt dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit kann die Erreichbarkeit des Palliativdienstes auch durch die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung für die spezialisierte Palliativeinheit sichergestellt werden.		
Begründung:	Die Änderung des OPS 8-98h (Version 2019) wurde vom DIMDI/BfArM nicht als Klarstellung mit rückwirkendem Charakter eingestuft. Aus der Änderung des OPS in der Version 2019 kann abgeleitet werden, dass bis 2018 bei einem organisatorisch eigenständigen Palliativdienst auch für die 24 stündige Rufbereitschaft eigenes Personal eingesetzt werden muss.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	01.03.2019	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 13
OPS-Kode(s):	allgemein		
Schlagworte:	Kooperation, Kooperationsvertrag, Kooperationsvereinbarung		
Strukturmerkmal:	-		
Problem / Fragestellung:	In OPS-Kodes ist es möglich, Strukturmerkmale auch in Form von Kooperationen zu erbringen. Diese Kooperationen basieren häufig auf informellen Vereinbarungen oder einer sog. „gelebten Praxis“. Welche Nachweise sind erforderlich, um die Erfüllung des Merkmals durch eine Kooperation zu belegen?		
Ergebnis:	Kooperationsleistungen sind durch schriftliche Kooperationsvereinbarungen/-verträge nachzuweisen. Aus der Vereinbarung/dem Vertrag müssen der erforderliche Leistungszweck, die konkrete Beschreibung der zu erbringenden Leistung, der Leistungsumfang sowie die Leistungsdauer hervorgehen.		
Begründung:	An die durch Kooperationen zu erbringenden Leistungen sind dieselben Anforderungen zu stellen, wie an Leistungen, die durch das Krankenhaus erbracht werden. Deswegen müssen sie einer Überprüfung standhalten, die der einer Leistungserbringung durch das Krankenhaus selbst entspricht.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	17.03.2017	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 24
OPS-Kode(s):	Vorspann zum OPS 2024: Hinweise für die Benutzung „Behandlungsleitung“	
Schlagworte:	Behandlungsleitung, ärztliche, Vorspann, Hinweise für die Benutzung, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	Hinweise für die Benutzung Verwendete Begriffe und Symbole Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“ im OPS <i>„Die Behandlungsleitung erfolgt durch mindestens einen Facharzt mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation. Sie kann durch unterschiedliche Personen mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sichergestellt werden. Die Behandlungsleitung trägt die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten. Sofern für die Behandlungsleitung Vorgaben für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen zu erfüllen sind, ist dies kodespezifisch bei den jeweiligen Kodes angegeben.“</i> Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V <i>„Die Festlegung bedeutet, dass eine Person als Behandlungsleitung ausreicht, um das Strukturmerkmal zu erfüllen, sofern nicht bei dem einzelnen OPS-Kode ausdrücklich vorgegeben ist, dass die Behandlungsleitung durch mehrere Personen zu erfüllen ist. Für den Fall, dass die Behandlungsleitung die Planung, Koordination und Überwachung der Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen. Mit der Behandlungsleitung sind keine Vorgaben zu Anwesenheit, Patientenkontakten und Teilnahme an den Teambesprechungen oder Visiten verbunden, sofern keine kodespezifischen Vorgaben hierzu bestehen. Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</i>	
Problem / Fragestellung:	Unter welchen Voraussetzungen sind die Kriterien der Behandlungsleitung „fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten“ sowie „plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten“ erfüllt und wie werden diese Voraussetzungen belegt?	

Ergebnis:	Die Behandlungsleitung kann durch Fachärztinnen/Fachärzte mit entsprechender Qualifikation wahrgenommen werden. Sie ist nicht an die Funktion einer Chefärztin/eines Chefarztes, einer Oberärztin/eines Oberarztes gebunden. Für den Fall, dass die Behandlungsleitung ihre o. g. Aufgaben nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifischen Qualifikation sicherzustellen. Sofern im konkreten Kode keine Vorgaben zur Anwesenheit gemacht werden, können für die Behandlungsleitung keine Anwesenheitsnachweise gefordert werden. Konkretisierungen der jeweiligen OPS-Kodes sind zu berücksichtigen. Zum Nachweis des Strukturmerkmals sind die Behandlungsleitung und deren Vertretung namentlich zu benennen und deren Beschäftigung am Standort nachzuweisen (z. B. Arbeitsvertrag, Kooperationsvereinbarung, Dienstplan). Die erforderlichen Qualifikationen und ggf. die Kooperationsvereinbarungen sind nachzuweisen.		
Begründung:	Gemäß der Hinweise für die Benutzung im OPS trägt die Behandlungsleitung die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Da allein durch geplante Abwesenheiten wie Urlaube, Fortbildungen etc. Ausfallzeiten der Behandlungsleitung vorhersehbar sind, ist entsprechend der Klarstellung des BfArM eine Vertretung erforderlich.		
Ergänzende Hinweise:	Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig (siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)		
Erstellt:	14.12.2020	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 26
OPS-Kode(s):	8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensiv-medizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit		
Schlagworte:	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte intensivmedizinische Einheit		
Strukturmerkmal:	„Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist“		
Problem / Fragestellung:	Was ist unter einer spezialisierten intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit zu verstehen?		
Ergebnis:	Die personelle und apparative Ausstattung einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit entspricht der einer Intensivstation und ermöglicht eine jederzeitige intensivmedizinische Behandlung. Die Einheit muss nachvollziehbar auf eine prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiert sein. Das dort eingesetzte ärztliche und pflegerische Personal ist zur Erfüllung der Anforderungen des OPS entsprechend qualifiziert und geschult. Die Beatmungsentwöhnungs-Einheit kann Bestandteil einer Intensivstation sein. In diesem Fall muss die Zuordnung des entsprechend qualifizierten Personals zu den Weaning-Patienten sichergestellt sein.		
Begründung:	Eine adäquate Behandlungsqualität von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten ist nur mit der entsprechenden Struktur- und Prozessqualität möglich. Für die im OPS gestellten Anforderungen an ein prolongiertes Weaning wird spezifisch geschultes bzw. qualifiziertes Personal benötigt. Eine Zuordnung des jeweiligen Personals zu den Weaning-Patienten muss sichergestellt sein. Die Darstellung einer spezialisierten Einheit kann z. B. in Form eines Konzeptes/einer SOP erfolgen.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	23.02.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 27
OPS-Kode(s):	8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit		
Schlagworte:	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte nicht intensivmedizinische Einheit		
Strukturmerkmal:	„Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden“		
Problem / Fragestellung:	Was ist unter einer spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit zu verstehen?		
Ergebnis:	Die Einheit muss nachvollziehbar auf eine prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiert sein. Das dort eingesetzte ärztliche und pflegerische Personal ist zur Erfüllung der Anforderungen des OPS entsprechend qualifiziert und geschult. Die Zuordnung des entsprechend qualifizierten Personals zu den Weaning-Patienten muss sichergestellt sein.		
Begründung:	Eine adäquate Behandlungsqualität von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten ist nur mit der entsprechenden Struktur- und Prozessqualität möglich. Für die im OPS gestellten Anforderungen an ein prolongiertes Weaning wird spezifisch geschultes bzw. qualifiziertes Personal benötigt. Die Darstellung einer spezialisierten Einheit kann z. B. in Form eines Konzeptes/einer SOP erfolgen.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	23.02.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 29
OPS-Kode(s):	allgemein		
Schlagworte:	Dienstplan, geplant, tatsächlich		
Strukturmerkmal:	-		
Problem / Fragestellung:	Beziehen sich Anforderungen, die eine Dienstplanüberprüfung erfordern, auf die geplante oder tatsächliche personelle Besetzung?		
Ergebnis:	Es ist die tatsächliche personelle Besetzung heranzuziehen. Diese bezieht sich nicht auf die ursprüngliche Planung, sondern auf die tatsächliche Dienstbesetzung. Hierzu muss der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ eingesehen werden.		
Begründung:	Die Überprüfung der Umsetzung der personellen Anforderung kann nur anhand des tatsächlich in der Organisationseinheit eingesetzten Personals erfolgen. Das tatsächlich eingesetzte Personal wird durch den über die Personalabteilung abgerechneten „Ist-Dienstplan“ abgebildet. Zur Gewährleistung der OPS-Anforderungen ist die geforderte personelle Besetzung einzuhalten. Die geplante Dienstbesetzung erfüllt das OPS-Strukturmerkmal nicht.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	03.02.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 31
OPS-Kode(s):	8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation		
Schlagworte:	Neurologischer Sachverstand, Frühreheatem, kontinuierliche Einbindung		
Strukturmerkmal:	„Frühreheatem mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frühreheatem muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein“		
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation ist für den „neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstand“ erforderlich und wie wird die kontinuierliche Einbindung in das Frühreheatem gewährleistet?		
Ergebnis:	Der geforderte fachliche Sachverstand ist gegeben, sofern die Behandlungsleitung oder eine andere Ärztin/ein anderer Arzt über die Facharztqualifikation für Neurologie oder Neurochirurgie verfügt. Das Krankenhaus hat zur Gewährleistung der kontinuierlichen Einbindung des neurologisch/neurochirurgischen Sachverstandes in das Frühreheatem sicherzustellen, dass eine Fachärztin/ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie in die Behandlung der Patienten eingebunden, mindestens über eine Rufbereitschaft jederzeit erreichbar und bei Bedarf am Patientenbett verfügbar ist.		
Begründung:	Um den neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstand im Rahmen einer neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sicherstellen zu können, ist eine entsprechende Facharztqualifikation erforderlich. Eine zusätzliche dreijährige Erfahrung im Bereich der Frührehabilitation, wie bei der Behandlungsleitung gefordert, ist hingegen nicht notwendig. Um auf die medizinischen Bedürfnisse und wechselnde Problemlagen der neurologischen Patienten jederzeit reagieren zu können, ist eine ununterbrochene Verfügbarkeit des neurologischen Sachverstandes zu gewährleisten. Voraussetzung dafür ist, dass die Neurologin/der Neurologe in den Behandlungsverlauf aktiv eingebunden ist.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	15.12.2020	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 33
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
Schlagworte:	Hybrid-Operationssaal		
Strukturmerkmal:	„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses: • [...] • Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe • [...]“		
Problem / Fragestellung:	Welche Mindestanforderungen sind an einen Hybrid-OP für kardiovaskuläre Eingriffe zu stellen?		
Ergebnis:	Ein Hybrid-OP für kardiovaskuläre Eingriffe kombiniert Merkmale eines Herzkatheterlabors und eines Operationssaales. Eine fest verbaute bildgebende apparative Ausstattung ist obligat. Eine mobile, nicht fest verbaute bildgebende apparative Ausstattung, wie z. B. ein C-Bogen, ist nicht ausreichend. Zusätzlich müssen die aseptischen Kautelen eines Operationssaales erfüllt werden. Um diese Kriterien zu erfüllen, muss der Hybrid-OP baulich abgegrenzt sein. Die baulichen Gegebenheiten müssen so ausgerichtet sein, dass das Personal den Hybrid-OP nur betreten kann, nachdem es in einer Schleuse spezielle Funktionskleidung angelegt hat. Patientinnen und Patienten müssen in einer Patientenschleuse von ihrem Bett auf einen Operationstisch umgebetet werden. Zusätzlich ist eine Anordnung von Flächen oder Räumen für Übergabe von reinen und unreinen Gütern notwendig. Im Regelfall befindet sich ein Hybrid-OP im Operationstrakt des Krankenhauses.		
Begründung:	In der „Leitlinie zum Einrichten und Betreiben von Herzkatheterlaboren und Hybridoperationssälen/Hybridlaboren 3. Auflage 2015“ werden die Anforderungen an Herzkatheterlabore und Hybridoperationssäle beschrieben. Ein Hybrid-OP muss eine offene Herzoperation ermöglichen. Hierzu sind die oben genannten hygienischen Kautelen unabdingbar.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	14.06.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 36
OPS-Kode(s):	9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind	
Schlagworte:	Eltern-Kind-Rooming-In, Aufenthalts- und Spielraum, Rückzugsraum, Ruheraum	
Strukturmerkmal:	• „Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenenpsychiatrischen/-psycho-somatischen/-psychotherapeutischen Setting • [...] • Familiengerechtes milieuthera-peutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern • Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z.B. Mittagsschlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z.B. als Bewegungsraum)“	
Problem / Fragestellung:	Was bedeutet Rooming-In in einem familiengerechten Zimmer? Was versteht man unter einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum? Was versteht man unter einem Rückzugsraum für Eltern? Was versteht man unter einem gemeinsamen Ruheraum?	

Ergebnis:	Auf dieser spezialisierten Einheit müssen unabhängig von den Patientenzimmern zusätzlich ein Aufenthalts- und Spielraum sowie ein abgeschlossener Rückzugsraum nur für Eltern vorhanden sein. Der therapiebedürftige Elternteil sowie das therapiebedürftige Kind werden beim Rooming-In gemeinsam in einem eigenen Patientenzimmer untergebracht. Das Mobiliar ist den altersspezifischen Bedürfnissen des Elternteils und des Kindes angepasst. In ausschließlich tagesklinisch arbeitenden Einrichtungen muss ein Raum vorhanden sein, der für die erforderlichen Ruhezeiten der Kinder, z. B. Mittagsschlaf, zur Verfügung steht. Dieser Raum steht allen Kindern gemeinsam für die Ruhezeiten zur Verfügung. Eine alternative Nutzung dieses Raumes außerhalb der Ruhezeiten ist möglich. Ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum berücksichtigt die altersspezifischen Bedürfnisse der Kinder (z. B. kindgerechte Tische und Stühle, einen Spielteppich, Spielgeräte) und bietet die Möglichkeit zum Verweilen (Sitzgelegenheiten) für die Eltern. Der Raum enthält zudem altersspezifisch vorzuhaltende, entwicklungsförderliche Gestaltungs- und figürliche Materialien. Ein abgeschlossener Rückzugsraum nur für Eltern muss Sitzgelegenheiten und/oder Liegemöglichkeiten enthalten. In dieser spezialisierten Einheit ist eine altersangemessene Kindersicherung (z. B. Steckdosensicherung, Fenstersicherung) vorzuhalten.
Begründung:	Im OPS werden sowohl die Vorhaltung eines Rooming-In als auch ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum sowie ein Rückzugsraum für Eltern gefordert. Die Besonderheit in nur tagesklinisch arbeitenden Einrichtungen findet Berücksichtigung. Die Infrastruktur der spezialisierten Einheit muss sowohl den Kindern als auch den Eltern gerecht werden. Hierfür sind Rückzugsmöglichkeiten für die Eltern als auch Aufenthalts- und Spielräume für die Kinder erforderlich.
Ergänzende Hinweise:	Milieutherapie ist ein Begriff, der primär aus der Sozialtherapie stammt. Er beschreibt ein ganzheitliches Konzept, dass nach heutigen Maßstäben eine Bezugspersonenpflege enthält und durch einen gemeinsamen therapeutischen Prozess im Rahmen einer zeitlich begrenzten Lebensgemeinschaft gekennzeichnet ist. Milieutherapie bedeutet: Wir erschaffen eine „Familie“ oder Lebensgemeinschaft auf Zeit in einem geschützten Raum. In diesem geschützten Raum erfolgen die Erprobung, Verbesserung und das Erlernen von Neuem in der Gemeinschaft von Patientinnen/Patienten und Personal zu therapeutischen Zwecken. Die Therapie findet im „Alltag“ statt. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren müssen alle Beteiligten auch in der Freizeit Rückzugsmöglichkeiten haben, um sich in der eigenen Peer-group bewegen zu können.

	Durch die Vorhaltung des Rooming-In wird dem Zustand der Entbehrung, des Entzuges, des Verlustes oder der Isolation von etwas Vertrautem sowie dem Gefühl einer Benachteiligung entgegengewirkt.		
Erstellt:	17.03.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 37
OPS-Kode(s):	9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting	
Schlagworte:	Rooming-In, Aufenthalts- und Spielraum, Rückzugsraum, Ruheraum	
Strukturmerkmal:	• „Vorhandensein eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer. Am Standort eines Krankenhauses, in dem ausschließlich tagesklinisch gearbeitet wird, ist das Vorhandensein eines gemeinsamen Ruheraumes für die Kinder ausreichend. Der Ruheraum bietet hierbei die Möglichkeit für altersgerechte Ruhe- und Schlafenszeiten (z.B. Mittagsschlaf). Er kann auch alternativ genutzt werden (z.B. als Bewegungsraum • Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“	
Problem / Fragestellung:	Was bedeutet Rooming-In in dem familiengerechten Zimmer? Was versteht man unter einem Rückzugsraum für Eltern? Was versteht man unter einem kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum? Was versteht man unter einem gemeinsamen Ruheraum?	
Ergebnis:	Der therapiebedürftige Elternteil sowie das Kind werden beim Rooming-In gemeinsam in einem eigenen Patientenzimmer untergebracht. Das Mobiliar ist den altersspezifischen Bedürfnissen des Elternteils und des Kindes angepasst. In ausschließlich tagesklinisch arbeitenden Einrichtungen muss ein Raum vorhanden sein, der für die erforderlichen Ruhezeiten der Kinder, z. B. Mittagsschlaf, zur Verfügung steht. Dieser Raum steht allen Kindern gemeinsam für die Ruhezeiten zur Verfügung. Eine alternative Nutzung dieses Raumes außerhalb der Ruhezeiten ist möglich. Es muss ein gesonderter kind-gerechter Aufenthalts- und Spielraum auf der Station vorhanden sein. Dieser berücksichtigt die altersspezifischen Bedürfnisse der Kinder (z. B. kindgerechte Tische und Stühle, einen Spielteppich, Spielgeräte) und bietet die Möglichkeit zum Verweilen (Sitzgelegenheiten) für die Eltern. Der Raum enthält zudem altersspezifisch vorzuhaltende, entwicklungsförderliche Gestaltungs- und figürliche Materialien. Ein abgeschlossener Rückzugsraum nur für Eltern muss Sitzgelegenheiten und/oder Liegemöglichkeiten enthalten.	

	Die Ausstattung der Räume ist altersangemessen kindergesichert (z. B. Steckdosensicherung, Fenstersicherung).		
Begründung:	Im OPS werden sowohl die Vorhaltung eines Rooming-In als auch ein kind-gerechter Aufenthalts- und Spielraum sowie ein Rückzugsraum für Eltern gefordert. Die Besonderheit in nur tagesklinisch arbeitenden Einrichtungen findet Berücksichtigung. Die Infrastruktur muss den Kindern und auch den Eltern gerecht werden. Hierfür sind Rückzugsmöglichkeiten für die Eltern als auch ein Aufenthalts- und Spielraum für die Kinder erforderlich.		
Ergänzende Hinweise:	In diesem besonderen Setting ist ein zentraler Bestandteil die diagnostische und therapeutische Begleitung der Interaktionen und der interpersonellen Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind. Reale Alltagssituationen (z. B. das gemeinsame Spiel) sollen professionell begleitet und moderiert werden können.		
Erstellt:	17.03.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 38
OPS-Kode(s):	8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]		
Schlagworte:	Supervision, systematisch, Behandlungsteam, qualifizierter Entzug		
Strukturmerkmal:	„Multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervidiertes Behandlungsteam (Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Suchttherapeuten, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenpflege mit suchtmmedizinischer Zusatzqualifikation wie z. B. Fortbildung in motivierender Gesprächsführung) mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie oder einen Facharzt für Innere Medizin mit belegter Fachkunde bzw. Zusatzbezeichnung Suchtmmedizinische Grundversorgung. Im letztgenannten Fall muss das für den qualifizierten Entzug zuständige Team über kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Sachverstand verfügen (z. B. mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie)“		
Problem / Fragestellung:	Welche Voraussetzungen sind erforderlich, damit das multidisziplinäre Behandlungsteam als systematisch supervidiert gilt? In welcher Form und Frequenz ist die Supervision zu erbringen?		
Ergebnis:	Es handelt sich um eine Supervision des Behandlungsteams. Das Krankenhaus muss nachweisen (z. B. SOP, Teilnahmelisten), dass eine Supervision regelmäßig in einem festgelegten Turnus stattfindet. Die Supervidierenden sind namentlich zu benennen. Es muss sichergestellt sein, dass jede im Behandlungsteam benannte Berufsgruppe bei der Supervision vertreten ist.		
Begründung:	Der Formulierung des Strukturmerkmals ist zu entnehmen, dass sich die Supervision auf das Behandlungsteam bezieht. Das Setting im Team dient der Reflexion und Optimierung eines gemeinsamen beruflichen Handelns und der Sicherung der Qualität des professionellen Tuns. Es werden Aspekte der Kommunikation und Interaktion beleuchtet und Konflikte lösungsorientiert aufgearbeitet. Aus dem Begriff „systematisch“ folgt, dass Supervisionen in einem festgelegten Turnus stattfinden müssen. Dieser ist von dem Krankenhaus nachvollziehbar darzulegen.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	17.03.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 40
OPS-Kode(s):	8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit 8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	
Schlagworte:	Ethik-Fallgespräch, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	„Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs“ Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V „Der OPS legt nicht fest, dass für die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs bestimmte Strukturen (z.B. ein Ethik-Komitee) vorhanden sein müssen. Für die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs muss mindestens eine Person mit der Qualifikation zur Moderation von Ethik-Fallgesprächen hinzugezogen werden können. Dies kann ein Mitglied eines Ethik-Komitees oder ein zertifizierter Ethik-Berater im Gesundheitswesen sein. Dies kann auch durch Kooperation erfüllt werden. Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“	
Problem / Fragestellung:	Welche Voraussetzungen sind für die Durchführung von Ethik-Fallgesprächen erforderlich?	
Ergebnis:	Personen, die Ethik-Fallgespräche moderieren, benötigen eine entsprechende Qualifikation. Diese speziellen theoretischen und praktischen Kompetenzen zur Moderation von Ethik-Fallgesprächen können beispielsweise durch einen erfolgreichen Abschluss einer Fortbildung auf der Grundlage des Curriculums der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) oder hiermit vergleichbare Qualifikationen nachgewiesen werden. Dies kann auch durch Kooperation erfüllt werden. Eine entsprechende Vereinbarung mit Qualifikationsbeleg der Person ist dann nachzuweisen. Bei Mitgliedern eines Ethik-Komitees besteht keine Notwendigkeit für einen expliziten Qualifikationsnachweis. Zum Nachweis des Strukturmerkmals ist mindestens eine Person namentlich zu benennen und die erforderliche Qualifikation zur Moderation von Ethik-Fallgesprächen oder die Mitgliedschaft eines Ethik-Komitees zu belegen.	
Begründung:	Interdisziplinäre und interprofessionelle Ethik-Fallgespräche dienen der Unterstützung in schwierigen Entscheidungsfindungsprozessen bezüglich	

	weiterer Therapieziele und Behandlungsmaßnahmen. Die Lenkung der Gespräche zur Lösung von ethischen Problemen und Konflikten erfordert von den Moderierenden eine hohe Gesprächsführungskompetenz mit ethischer Expertise.		
Ergänzende Hinweise:	Die qualifizierte Person muss kein Mitglied eines Ethik-Komitees sein. Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM), Göttingen https://www.aem-online.de Ethik Med (2010) 22:149–153 DOI 10.1007/s00481-010-0053-4 Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig (siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)		
Erstellt:	14.06.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 42
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Nierenersatzverfahren, intermittierend, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses: – [...] – Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren – [...] Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V „Der OPS legt nicht fest, dass die 24-stündige Verfügbarkeit der Verfahren ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte bestimmter Fachgebiete zu erbringen ist. Das bedeutet zum einen, dass unter Beachtung der Fachbereichsgrenzen alle Fachärztinnen und Fachärzte die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Zum anderen bedeutet das, dass auch Ärztinnen und Ärzte in der fachärztlichen Weiterbildung die geforderten Verfahren erbringen können, um das Strukturmerkmal zu erfüllen. Durch organisatorische Maßnahmen ist sicherzustellen, dass der Facharzt-Standard eingehalten wird und bei Bedarf eine Fachärztin oder ein Facharzt hinzugezogen werden kann.“ Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“	
Problem / Fragestellung:	Welche Voraussetzungen müssen zur Erfüllung einer 24-stündigen Verfügbarkeit kontinuierlicher und intermittierender Nierenersatzverfahren bezüglich der Infrastruktur und des Personals am Standort des Krankenhauses vorliegen?	
Ergebnis:	Bei intensivtherapiepflichtigen Patientinnen und Patienten müssen auf der Intensivstation jederzeit sowohl kontinuierliche als auch intermittierende Nierenersatztherapien durchgeführt werden können. Dies erfordert die Verfügbarkeit der entsprechenden Geräte und weiteren Ausstattung (z. B. Filter, Dialysate, Katheter) sowie des zur Umsetzung der Nierenersatzverfahren notwendigen qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Personals am Standort des Krankenhauses. Umfasst ist hiervon eine nephrologische Expertise, die auch in Kooperation erbracht werden kann. Die nephrologischen Dienstleistungen können durch Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden. Die Möglichkeit zum persönlichen Einsatz von Fachärztinnen/Fachärzten für Nephrologie (oder mit Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung)	

	am Standort des Krankenhauses innerhalb von 24 Stunden muss gegeben sein.		
Begründung:	Zur Durchführung eines Verfahrens müssen entsprechende apparative/technische Ausstattungen vorhanden sein und gleichzeitig das Personal, dass das jeweilige Nierenersatzverfahren indizieren, durchführen und überwachen kann. Geräteeinweisungen und auf den Einsatz des jeweiligen extrakorporalen Nierenersatzverfahrens bezogene Schulungen sind obligatorisch.		
Ergänzende Hinweise:	Zu den gängigen kontinuierlichen Nierenersatzverfahren gehören u.a. die kontinuierliche arteriovenöse Hämofiltration (CAVH), die kontinuierliche veno-venöse Hämofiltration (CVVH), die kontinuierliche arteriovenöse Hämodialyse (CAVHD) und die kontinuierliche veno-venöse Hämodialyse (CVVHD). Zu den intermittierenden Nierenersatzverfahren zählen u.a. die intermittierende Hämodialyse (HD), die intermittierende Hämofiltration (HF) oder die intermittierende Hämodiafiltration (HDF). Die SLED (slow extended dialysis) stellt eine Zwischenform zwischen der der klassischen intermittierenden Dialyse und den kontinuierlichen Verfahren dar. Zum Einsatz kommt hierbei ein sog. Tanknierensystem GENIUS. Es handelt sich um ein mobiles Dialysegerät, das neben der SLED auch die Durchführung einer klassischen intermittierenden Dialyse (HD) erlaubt. Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig (siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)		
Erstellt:	12.07.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 43
OPS-Kode(s):	Allgemein	
Schlagworte:	Anzahl der Mitarbeiterinnen und/oder Mitarbeiter in Therapiebereichen/Verfahren, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	Für mehrere Codes wurden für den OPS 2021 Strukturmerkmale für das Vorhandensein oder die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren festgelegt. <i>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</i> „Der OPS legt nicht fest, dass für einen Therapiebereich oder ein Verfahren mehrere qualifizierte Personen vorzuhalten sind, um die Strukturmerkmale für das Vorhandensein oder die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren zu erfüllen, sofern bei dem einzelnen Code keine kodespezifischen Vorgaben zu berücksichtigen sind (z.B. 24-stündige Verfügbarkeit von Verfahren). Das bedeutet, dass sowohl das Vorhalten eines Therapiebereiches als auch die Gewährleistung eines Verfahrens auch durch eine Person, die entsprechend dem im jeweiligen OPS-Code geforderten Therapiebereich oder Verfahren qualifiziert ist, sichergestellt werden kann. Für den Fall, dass diese Person für den Therapiebereich oder das Verfahren nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Dies kann auch durch Kooperation erfolgen. Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“	
Problem / Fragestellung:	Wie viele ausreichend qualifizierte Personen muss ein Krankenhaus für im OPS-Katalog geforderte Therapiebereiche/Verfahren vorhalten?	
Ergebnis:	Das Vorhalten eines Therapiebereiches oder eines Verfahrens kann durch eine qualifizierte Person sichergestellt werden. Für den Fall, dass die qualifizierte Person für den Therapiebereich oder das Verfahren nicht zur Verfügung steht, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifisch geforderten Qualifikation sicherzustellen. Zum Nachweis des jeweiligen Strukturmerkmals sind die qualifizierte Person und deren Vertretung namentlich zu benennen und deren Beschäftigung am Standort nachzuweisen (z. B. Arbeitsvertrag, Kooperationsvereinbarung, Dienstplan). Die erforderlichen Qualifikationen und ggf. die Kooperationsvereinbarungen sind nachzuweisen.	

Begründung:	Da allein durch geplante Abwesenheiten wie Urlaube, Fortbildungen etc. Ausfallzeiten der qualifizierten Person vorhersehbar sind, ist entsprechend der Klarstellung des BfArM eine qualifizierte Vertretung pro Therapiebereich/Verfahren erforderlich.		
Ergänzende Hinweise:	Der OPS sowie die Klarstellung des BfArM differenzieren nicht nach der Bettenzahl eines Krankenhauses oder der Anzahl bzw. Größe der Station(en)/Einheit(en). Die oben genannte Klarstellung des BfArM ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig (siehe Klarstellungen in OPS 2022: https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm)		
Erstellt:	14.06.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 44
OPS-Kode(s):	8-98g Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern 8-987 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	
Schlagworte:	Qualifikation, Vorhandensein, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft	
Strukturmerkmal:	<i>OPS 8-98g: „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal, mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“</i> <i>OPS 8-987: „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischen Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“</i>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation müssen Krankenhaushygieniker oder Hygienefachkräfte innehaben und wie ist das jeweilige Vorhandensein nachzuweisen?	
Ergebnis:	Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker kann nur sein, wer die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt - für Hygiene und Umweltmedizin oder - für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder - eine andere Facharztweiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat und a) eine Zusatzbezeichnung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer erworben hat oder b) eine von einer Landesärztekammer anerkannte strukturierte Fortbildung zur Krankenhaushygiene nach dem Curriculum der Bundesärztekammer erfolgreich absolviert hat. Voraussetzungen zur Wahrnehmung der Aufgaben einer Hygienefachkraft sind eine - staatliche Anerkennung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in und - abgeschlossene Weiterbildung zur Hygienefachkraft an einer staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte. Das Vorhandensein des Krankenhaushygienikers ist durch einen Arbeits- oder Kooperationsvertrag nachzuweisen. Sofern der Krankenhaushygieniker in Kooperation tätig ist, ist das Vorhandensein der Hygienefachkraft am Standort durch einen Arbeitsvertrag nachzuweisen. In diesem Fall ist	

	die Tätigkeit der Hygienefachkraft unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers z. B. durch einen Arbeitsvertrag, eine Dienstanweisung, einen Hygieneplan oder eine SOP nachzuweisen.		
Begründung:	Die Qualifikationsvorgaben basieren auf den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention („ <i>Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen</i> “).		
Ergänzende Hinweise:	Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen, Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Bundesgesundheitsbl 2009;52:951–962 Online publiziert: 20. August 2009 Bezüglich der Beschränkung einer Kooperationsmöglichkeit auf den Krankenhaushygieniker liegt dem Medizinischen Dienst eine entsprechende klassifikatorische Antwort des BfArM aus 2023 vor.		
Erstellt:	02.07.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 45
OPS-Kode(s):	8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit 8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit		
Schlagworte:	spezielle Isoliereinheit		
Strukturmerkmal:	„Eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) ist räumlich und organisatorisch von den restlichen Pflegeeinheiten des Krankenhauses getrennt. Jedes Zimmer ist über eine eigene Schleuse zu betreten“		
Problem / Fragestellung:	Welche räumlichen Anforderungen sind an eine spezielle Isoliereinheit zu stellen? Wie muss die räumliche Trennung dieser Einheit von den restlichen Pflegeeinheiten umgesetzt sein?		
Ergebnis:	Nach dem Wortlaut der OPS-Kodes ist unter einer speziellen Isoliereinheit ein eigenständiger, räumlich und organisatorisch von den übrigen Pflegeeinheiten abgegrenzter Stationsbereich mit mehreren Isolationszimmern zu verstehen. In diesem Bereich gelten spezielle bauliche Anforderungen, insbesondere müssen eine räumliche Trennung der Zimmer untereinander und eine Abgrenzung der Zimmer zu anderen Bereichen des Krankenhauses unter Ausschluss von Durchgangsverkehr sichergestellt sein. Die in den OPS-Kodes geforderte eigene Schleuse pro Zimmer bedarf einer räumlichen Größe, die eine sichere Trennung zwischen kontaminierter, unreiner Seite und nicht kontaminierter Seite gewährleistet. Die Schleuse trennt durch eine Eingangs- und Ausgangstür das Patientenzimmer vom Flur. Die besonderen hygienischen Anforderungen beim Betreten von Räumlichkeiten einer Isolierstation sind in Hygieneplänen festzulegen. Hierzu ist eine Schulung des Personals erforderlich.		
Begründung:	Diese Vorgaben sind als Mindeststandard bei der räumlichen Gestaltung einer speziellen Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) anzusehen.		
Ergänzende Hinweise:	„Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ Empfehlung der KRINKO, Bundesgesundheitsblatt 2015 · 58:1151–1170, Online publiziert: 28. September 2015		
Erstellt:	02.07.2021	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 47
OPS-Kode(s):	allgemein		
Schlagworte:	Gleichwertigkeitsbescheinigung, Äquivalenzbescheinigung, Qualifikation, Ausland		
Strukturmerkmal:	-		
Problem / Fragestellung:	Wie ist eine im OPS vorgegebene fachliche Qualifikation nachzuweisen, wenn diese nicht in Deutschland erworben wurde?		
Ergebnis:	Die Gleichwertigkeit von im Ausland erworbenen Abschlüssen ist von den jeweils zuständigen Stellen (z. B. Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern, Landesbehörden) zu bescheinigen. Diese Gleichwertigkeitsbescheinigungen (Äquivalenzbescheinigungen) sind im Rahmen der OPS-Strukturprüfungen vorzulegen.		
Begründung:	Die Zuständigkeit für die Vorlage von Qualifikationsnachweisen des Personals liegt bei den Krankenhäusern. Dies schließt den Nachweis der Gleichwertigkeit von nicht in Deutschland erworbenen Qualifikationen durch Äquivalenzbescheinigungen von den zuständigen Stellen ein.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	25.03.2022	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 48	
OPS-Kode(s):	8-981 Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls 8-98b Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		
Schlagworte:	Neurosonologische Untersuchung, intrakranielle Gefäße, Qualifikation		
Strukturmerkmal:	8-981 „24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße“ 8-98b „Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße“		
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation ist erforderlich, um neurosonologische Untersuchungen der extra- und intrakraniellen Gefäße durchführen zu können?		
Ergebnis:	Über die erforderliche Qualifikation, neurosonologische Untersuchungen der extra- und intrakraniellen Gefäße durchführen zu können, verfügen aufgrund der Inhalte ihrer Facharztweiterbildung • Fachärztinnen / Fachärzte für Neurologie • Fachärztinnen / Fachärzte für Neurochirurgie • Fachärztinnen / Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie sowie jeweils Assistenzärztinnen / Assistenzärzte in Weiterbildung dieser drei Fachgebiete unter Einhaltung des Facharztstandards. Ebenfalls über die erforderliche Qualifikation verfügen Fachärztinnen / Fachärzte für Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie sowie Ärztinnen / Ärzte in der Schwerpunktweiterbildung Neuroradiologie. Ärztinnen / Ärzte anderer Fachgebiete benötigen den Nachweis des absolvierten „Moduls transkraniale Doppler- und Duplexsonographie“ der Sektion Neurologie und des Arbeitskreises vaskulärer Ultraschall der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) oder einer gleichwertigen Qualifikation einer Fachgesellschaft.		
Begründung:	Es handelt sich bei neurosonologischen Untersuchungen der extra- und intrakraniellen Gefäße um Verfahren, die nicht Bestandteil jeder Facharztweiterbildung sind. Insbesondere aufgrund der Anforderungen an die Untersuchungstechnik und Interpretation der Sonographie der intrakraniellen Gefäße bedarf es einer entsprechenden Qualifikation.		
Ergänzende Hinweise:	„Neufassung des Ultraschall-Kurskonzeptes Als Anlage zum Mehrstufenkonzept für die Ausbildung und Qualitätssicherung in der vaskulären Ultraschalldiagnostik Sektion Neurologie und Arbeitskreis vaskulärer Ultraschall“ https://www.degum.de/fileadmin/dokumente/sektionen/neurologie/NEU_Kurskonzept_2015-06-12.pdf		
Erstellt:	25.03.2022	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 49
OPS-Kode(s):	9-694 Spezifische Behandlung im besonderen Setting bei substanzbedingten Störungen bei Kindern und Jugendlichen		
Schlagworte:	Spezialstation, Kinder und Jugendliche, Sucht, substanzbedingt		
Strukturmerkmal:	<i>Spezialstation für Suchtpatienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (bei deutlichen Entwicklungsdefiziten auch für Heranwachsende bis zum vollendeten 21. Lebensjahr)</i>		
Problem / Fragestellung:	Was sind die Anforderungen an eine Spezialstation für Suchtpatientinnen und -patienten im Kindes- und Jugendalter? Dürfen auf dieser Spezialstation auch andere Patientinnen und Patienten behandelt werden?		
Ergebnis:	Diese Spezialstation ist auf die Diagnostik und Behandlung von Suchtpatienten bei substanzbedingten Störungen ausgerichtet. Auf der Spezialstation werden ausschließlich Kinder und Jugendliche mit substanzbedingter Sucht/Störung behandelt.		
Begründung:	Dem Wortlaut des OPS entsprechend, handelt es sich um eine spezifische Behandlung in einem besonderen Umfeld nur bei substanzbedingten Störungen. Diese Stationen haben ein hochstrukturiertes therapeutisches Milieu und arbeiten nach einem integrierten, auf das Störungsbild zugeschnittenen Konzept.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	25.03.2022	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 51
OPS-Kode(s):	8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation 8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit 8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung 8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand 8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung 8-98b.3 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	
Schlagworte:	Erfahrung/Tätigkeit in der Behandlung/Versorgung	
Strukturmerkmal:	8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung „Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“ 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation „Frühreheatem mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frühreheatem muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein“ 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation „Frühreheatem mit fachärztlicher Behandlungsleitung (mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig oder 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin oder Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin)“ 8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit	

	• „Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit“ 8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung: Naturheilkundliche Komplexbehandlung • „Klinisch-naturheilkundliches Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich der klassischen Naturheilverfahren“ 8-988 Spezielle Komplexbehandlung der Hand • „Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie oder durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Problemstellungen in Kooperation mit einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie“ • "Leitung der physiotherapeutischen und/oder ergotherapeutischen Behandlung durch mindestens einen Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Patienten“ 8-98a Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung • „Vorhandensein von besonders geschultem Pflegepersonal für aktivierend-therapeutische Pflege. Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden und eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen“ 8-98b.3 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes • „Telekonsilärzte sind Ärzte mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke-Unit)“ 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur) • „Fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Pädiatrische/Kinderchirurgische Intensivmedizin. Dieser kann durch einen Facharzt für Anästhesie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und mindestens 2 Jahren Erfahrung in der intensivmedizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen vertreten werden“ • „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner (mit Vertiefungseinsatz „pädiatrische Versorgung“, sofern keine Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
--	---

	vorliegt) mit einer Fachweiterbildungsquote in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise für das laufende Jahr eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend“ 8-98e Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung • „Fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und mindestens 6-monatiger Erfahrung in der Behandlung von Palliativpatienten auf einer Palliativstation oder in einer anderen Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung. Die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewährleistet werden“ • „Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden und mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung“ 8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst • „Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und pflegerische Leitung durch eine Pflegefachkraft mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden (jeweils mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung)“ • „24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein“
Problem / Fragestellung:	Wie ist der in den OPS festgelegte Erfahrungs-/Tätigkeitszeitraum in Hinblick auf die Erbringung in Teilzeit zu bewerten?
Ergebnis:	Bei Erbringung in Teilzeit verlängert sich der jeweils festgelegte Erfahrungs-/Tätigkeitszeitraum entsprechend dem Umfang einer Vollzeittätigkeit. Fordert der OPS beispielsweise eine einjährige Erfahrung, so kann diese bei einer Tätigkeit mit 50 % der regulären Arbeitszeit in zwei Jahren erworben werden.
Begründung:	Erfahrung/Tätigkeit dient dem Kompetenzerwerb der Ärztin/des Arztes bzw. der Therapeutinnen/Therapeuten sowie des Pflegepersonals im Interesse des Patienten.

	Analog zum Kompetenzerwerb geregelter Weiterbildung erfordert der Erwerb von Erfahrung eine Gesamtdauer entsprechend einer Tätigkeit in Vollzeit. Nur durch eine äquivalente Verlängerung des Erfahrungserwerbs in Teilzeit kann ein zeitlich vergleichbares Erfahrungsniveau erlangt werden. In dieser Weise verfahren auch Musterweiterbildungsordnungen und Richtlinien des G-BA.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	13.05.2022	Aktualisiert:	23.02.2024

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 52
OPS-Kode(s):	8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Fachweiterbildungsquote, Fachpflegepersonal	
Strukturmerkmal:	<i>Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner (mit Vertiefungseinsatz "pädiatrische Versorgung", sofern keine Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege vorliegt) mit einer Fachweiterbildungsquote in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege von 40 %. Sofern die Fachweiterbildung für die Pflege noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise für das laufende Jahr eine vergleichbare 5-jährige Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege ausreichend</i>	
Problem / Fragestellung:	Wie wird die Fachweiterbildungsquote von 40 % berechnet?	
Ergebnis:	Die Fachweiterbildungsquote wird auf Vollzeitäquivalente bezogen. Die Fachweiterbildungsquote wird für jeden Monat im Prüfzeitraum berechnet. Alle auf der Intensivstation eingesetzten Fachpflegekräfte werden unabhängig vom Anstellungsverhältnis berücksichtigt. Die Berechnung erfolgt für die im jeweiligen Monat tatsächlich eingesetzten Personen über folgenden Quotienten: Zähler: - <i>Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen mit Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege</i> - <i>Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit Vertiefungseinsatz "pädiatrische Versorgung" und Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege</i> - <i>Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege</i> - <i>Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen übergangsweise für das laufende Jahr mit vergleichbarer 5-jähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege</i> - <i>Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit Vertiefungseinsatz "pädiatrische Versorgung" übergangsweise für das laufende Jahr mit vergleichbarer 5-jähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege</i> Nenner: - <i>alle im Zähler genannten Personen zuzüglich</i> - <i>Gesundheits- und Kinderkrankenschwester/-innen oder Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner (mit Vertiefungseinsatz "pädiatrische Versorgung") ohne Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege</i>	

Begründung:	Der Bezug auf Vollzeitäquivalente ermöglicht die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	15.05.2023	Aktualisiert:	23.02.2024

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 53
OPS-Kode(s):	Allgemein		
Schlagworte:	Teleradiologie, Radiologische Leistungen		
Strukturmerkmal:	<i>Allgemein: Radiologische Diagnostik, Radiologie</i>		
Problem / Fragestellung:	Welche Voraussetzungen müssen am Standort bzw. am Ort der technischen Durchführung erfüllt sein, damit die radiologische Leistung teleradiologisch erbracht werden kann?		
Ergebnis:	Grundsätzlich beschränkt sich der Betrieb einer teleradiologischen Röntgeneinrichtung auf den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst. In diesen Zeiträumen kann die 24-stündig verfügbare radiologische Bildgebung auch durch Teleradiologie sichergestellt werden. Als Nachweis ist die Vorlage einer entsprechenden Genehmigung der zuständigen Behörde erforderlich. Zusätzlich ist der Umfang der teleradiologischen Leistungen durch Vorlage einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem teleradiologischen Dienstleister und dem Krankenhausstandort sowie der Dienstpläne und Qualifikationsnachweise zu belegen. Die technische Durchführung der radiologischen Leistungen muss am Standort des Krankenhauses erfolgen. Im Hinblick auf die Erfordernisse des Strahlenschutzgesetzes (StrlSchG) müssen auch die im Dienstplan benannten Teleradiologinnen/Teleradiologen bzw. deren Vertretung vor Ort (§ 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4b StrlSchG) sowie das Assistenzpersonal (MTRA, § 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 StrlSchG) die für die jeweilige Leistung erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz innehaben. Sofern die radiologische Leistung teleradiologisch erbracht wird, muss zusätzlich gewährleistet sein, dass am Ort der technischen Durchführung eine Ärztin/ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz (§ 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3) vorhanden ist.		
Begründung:	Vorgaben zur Teleradiologie finden sich im Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und in der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Nach StrlSchG bedarf der Betrieb von teleradiologischen Röntgeneinrichtungen einer Genehmigung der zuständigen Behörde. In § 14 Abs. 2 StrlSchG ist hinterlegt, dass sich die Genehmigung auf den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst beschränkt. Im begründeten Ausnahmefall kann dieser Zeitraum ausgeweitet werden. Die Genehmigung ist auf längstens fünf Jahre befristet.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	15.05.2023	Aktualisiert:	23.02.2024

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 54
OPS-Kode(s):	9-701 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen 9-801 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Kindern und Jugendlichen	
Schlagworte:	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), Erwachsene, Kinder- und Jugendliche, jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit im häuslichen Umfeld bei Patienten	
Strukturmerkmal:	<i>Erreichbarkeit mindestens eines Mitglieds des Behandlungsteams werktags im Rahmen des üblichen Tagesdienstes (Rufbereitschaft). Darüber hinaus jederzeitige, 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche, ärztliche Eingriffsmöglichkeit</i>	
Problem / Fragestellung:	Wie ist die ärztliche Eingriffsmöglichkeit 24 Stunden an 7 Tagen zu verstehen? Ist diese durch das für die StäB-Behandlung verantwortliche Krankenhaus im häuslichen Umfeld zu gewährleisten?	
Ergebnis:	Die ärztliche Eingriffsmöglichkeit im häuslichen Umfeld ist jederzeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Dazu muss bei medizinischer Notwendigkeit die Möglichkeit bestehen, dass die Ärztin/der Arzt die Patientin/den Patienten im häuslichen Umfeld aufsucht. Werktags ist die ärztliche Eingriffsmöglichkeit in der Regelarbeitszeit durch das StäB-Behandlungsteam sicherzustellen. Außerhalb der Regelarbeitszeit ist eine Sicherstellung der jederzeitigen ärztlichen Eingriffsmöglichkeit durch das Krankenhaus nachzuweisen. Das hierfür eingesetzte ärztliche Personal darf nicht durch andere Tätigkeiten im Krankenhaus gebunden sein. Die alleinige Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme, Kontaktaufnahme per Videokonferenz durch das Krankenhaus oder die Patientin/den Patienten ist nicht ausreichend. Auch reicht eine alleinige Delegation der Leistung an den Rettungsdienst nicht aus. Die sich in einer StäB-Behandlung befindenden Patienten müssen nachweislich über die Möglichkeiten und Wege zur jederzeitigen ärztlichen Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Krankenhaus informiert sein.	
Begründung:	Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Dies ist in § 39 SGB V geregelt. Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären	

	Behandlung eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Das flexible, komplexe Behandlungsangebot einer vollstationären Behandlung wird aufsuchend vor Ort erbracht. Die Versorgung erfolgt durch den StäB-Leistungserbringer (Krankenhaus). Dieser muss in der Lage sein, auch sehr kurzfristig auf wechselnde Bedarfslagen der Patientin/des Patienten zu reagieren. Die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtung für die StäB liegt beim Krankenhaus.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	15.05.2023	Aktualisiert:	23.02.2024

IN ÜBERARBEITUNG

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)			Nr.: 55
OPS-Kode(s):	allgemein		
Schlagworte:	Telemedizin, Therapiebereiche, Konsiliardienste		
Strukturmerkmal:	-		
Problem / Fragestellung:	Können in Strukturmerkmalen benannte Leistungen telemedizinisch erbracht werden?		
Ergebnis:	Eine Leistung kann nur dann telemedizinisch erbracht werden, sofern dies im OPS ausdrücklich vorgesehen ist.		
Begründung:	Im OPS werden Leistungen, die telemedizinisch erbringbar sind, als solche explizit ausgewiesen und entsprechende Voraussetzungen zur telemedizinischen Leistungserbringung festgelegt.		
Ergänzende Hinweise:	Anwendungsvoraussetzungen für teleradiologische Leistungen sind im Strahlenschutzgesetz und in der Strahlenschutzverordnung geregelt.		
Erstellt:	15.05.2023	Aktualisiert:	23.02.2024

Anlage 2: Übersicht Gültigkeitsdauer von Bescheinigungen je Prüfungsart

Beantragte Prüfung	Gültigkeit der Bescheinigung: Beginn	Gültigkeit der Bescheinigung: Ende
Turnusgemäße Prüfung (4.1.1)	01.01.2025, wenn Antragstellung fristgerecht (bis 30.06.2024) erfolgt ist 01.01.2025, bei Antragstellung nach 30.06.2024 und Bearbeitung bis 31.12.2024 - Datum des Bescheiderlasses, bei Antragstellung nach 30.06.2024 und erfolgter Bearbeitung erst in 2025	31.12.2025 für einjährige Codes gemäß Anlage 3 der StrOPS-RL 31.12.2026 (Regelfall bei turnusgemäßer Prüfung)
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (4.1.2)	Ab Zeitpunkt der nachweislichen Wiedererfüllung, jedoch frühestens einen Monat zuzüglich max. 10 Werktagen vor Antragseingang	Datum des Endes der ursprünglichen Bescheinigung, die vor Eintritt der Nichteinhaltung vorlag
Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung (4.1.3)	Datum des Bescheiderlasses	31.12.2025
Prüfung bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes (4.1.4)	Datum des Bescheiderlasses	31.12.2025