

Begutachtungsleitfaden

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



IMPRESSUM

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

Dipl.-Med. Ines Crämer	Fachreferentin Stationäre Begutachtung Medizinischer Dienst Sachsen
Dr. med. Antje Freyer	Leitende Ärztin Leiterin Fachreferat Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Thüringen
Dr. med. Claudia Kreuzer	Leiterin Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Nordrhein
Dr. med. Andreas Krokotsch	Leiter Abteilung Krankenhaus Medizinischer Dienst Nord
Dr. med. Frauke Lehr	Leiterin Team Consulting Stationär Medizinischer Dienst Hessen
Dr. med. Stefanie Müller-Siepmann	Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Nordrhein
Dr. med. Maria Wagner	Referentin Qualitätsprüfungen Krankenhaus, Geschäftsbereich Fachservice Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

Beschlussfassung

Der Begutachtungsleitfaden für das Jahr 2022 wurde von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Aktualisierung 07.10.2022:

Der Begutachtungsleitfaden wurde an die aktualisierte StrOPS-Richtlinie 2022 angepasst. Die neue Gliederung der Antragsarten wurde übernommen. Die neuen Antrags- und Prüfungsarten, insbesondere das zweizeitige Prüfverfahren mit einer Planungsprüfung und einer anschließenden Strukturprüfung nach Planungsprüfung, werden anhand ergänzender Hinweise sowie praktischer Beispiele erläutert. Zur Veranschaulichung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Prüfverfahren wurden neue Tabellen aufgenommen.

Aufgrund von Änderungen im OPS-Katalog 2022 entfallen die SMB 25, 34 und 39.

Neu aufgenommen wurden die SMB 47, 48, 49 und 51.

Redaktionelle Änderungen, insbesondere aufgrund von Anpassungen im OPS-Katalog, wurden vorgenommen an den SMB 01, 04, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 24, 27, 33, 36, 37, 40, 42, 43.

Bei den SMB 24 und 43 erfolgte hinsichtlich der jeweiligen „Vertretung“ eine inhaltliche Änderung aufgrund einer Klarstellung des BfArM im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens der StrOPS-Richtlinie.

Bei der SMB 31 erfolgte eine Klarstellung hinsichtlich einer möglichen Rufbereitschaft.

Auf die Ausweisung, wann ein Strukturmerkmal jeweils im OPS-Katalog eingeführt wurde, wird zukünftig grundsätzlich verzichtet.

Die Antragsstellung zum Kode OPS 8-01a unter 2.4.3.2 Neue OPS Codes (Seite 14) wurde an die Regelung 4.1.4 der StrOPS-RL angepasst, sodass der Kode OPS 8-01a nur als erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung beantragt werden kann.

Unter 4.3. Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (Seite 25) wird klargestellt, dass die Begutachtung auf der Grundlage der Richtlinienversion erfolgt, auf deren Basis die vormalige Bescheinigung ausgestellt wurde.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
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)*“ war das bisherige System der Krankenhausrechnungsprüfungen umfassend reformiert worden.

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

Durch diesen prospektiven Prüfansatz 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. Mai 2022 durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigte Richtlinie und dient als Hilfestellung der 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.

Der Begutachtungsleitfaden „OPS-Strukturmerkmale“ schafft für die Gutachterinnen und Gutachter verbindliche Vorgaben für die vom Gesetzgeber vorgesehenen Prüfungen der Einhaltung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln.

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

07.10.2022

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 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Begutachtung	9
2.1 Gesetze	9
2.2 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 2022	9
2.3 Operationen- und Prozedurenschlüssel 2022 Systematisches Verzeichnis	11
2.4 Vereinbarungen der Medizinischen Dienste	12
2.4.1 Prüfzeitraum.....	12
2.4.2 Jahreswechsel und Prüfzeitraum	13
2.4.3 Besondere Regelungen für das Jahr 2022	14
2.4.3.1 Vorübergehend von der Prüfung ausgenommene Strukturmerkmale	14
2.4.3.2 Neue OPS-Kodes	14
2.4.3.3 Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung.....	14
2.5 Strukturmerkmalbewertungen (SMB)	15
3 Begutachtungsablauf	16
3.1 Antragstellung.....	16
3.2 Erledigungsarten und Prüfablauf.....	17
3.2.1 Dokumentenprüfung.....	19
3.2.2 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung	20
3.2.3 Vor-Ort-Prüfung.....	21

3.3	Grundsätze der Begutachtung	23
4	Prüfkonstellationen	24
4.1	Turnusgemäße Prüfung	24
4.2	Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen	24
4.3	Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen.....	25
4.4	Prüfung bei erneuter oder erstmaliger Leistungserbringung	25
4.5	Prüfung bei nicht-bestehender Leistungserbringung	26
4.6	Prüfung bei Umzug/zusätzlicher Station	27
5	Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch.....	29
6	Anlagen	30
6.1	Strukturmerkmalbewertungen (SMB)	30
6.2	SMB-Vorlage	78
6.3	Übersicht Gültigkeitsdauer von Bescheinigungen je Prüfungsart	79

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGL	Begutachtungsleitfaden
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
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
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2
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 dem Medizinischen Dienst Bund (MD Bund) 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. Im Jahr 2021 hat der Medizinische Dienst (MD) die Rechtsnachfolge des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung angetreten.

Die Medizinischen Dienste führen bereits seit Jahren Strukturprüfungen in regional unterschiedlicher Häufigkeit im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen bzw. deren Verbände durch. Mit der Einführung des § 275d SGB V hat der Gesetzgeber die Durchführung von Strukturprüfungen bundeseinheitlich gestaltet sowie erstmalig ein durch die Medizinischen Dienste durchzuführendes Verfahren vorgegeben.

Krankenhäuser haben die Einhaltung von Strukturmerkmalen durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie die entsprechenden Leistungen abrechnen. Durch diesen prospektiven Prüfansatz hat der Gesetzgeber Planungssicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen geschaffen. 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 MD Bund veröffentlicht ist.

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

2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Begutachtung

2.1 Gesetze

Die Prüfung von Strukturmerkmalen wurde durch das am 01.01.2020 in Kraft getretene MDK Reformgesetz geregelt. Im neu geschaffenen § 275d SGB V wurde festgelegt, dass Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) begutachten zu lassen haben, bevor sie die Leistung abrechnen. Die Begutachtung ist bei dem örtlich zuständigen Medizinischen Dienst zu beantragen.

Festgelegt wurde des Weiteren, 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. Außerdem sollte der Prüfaufwand im Rahmen der Einzelfallprüfungen von OPS-Kodes reduziert werden.

Im § 275d SGB V wurde zudem festgelegt, 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.

Die Grundlage der Begutachtung ist die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V.

2.2 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 2022

Der MDS hat am 26. Februar 2021 erstmalig die Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 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 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 Version 2022 trat nach Genehmigung durch das BMG und Veröffentlichung am 22. Juni 2022 in Kraft.

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 behandelt das Prüfkonzept. Dabei wird erläutert, dass nur die abrechnungsrelevanten OPS-Kodes beantragt und geprüft werden und es wird der prospektive Prüfansatz beschrieben. Beschrieben werden auch die für die Prüfungen notwendigen Unterlagen. Neu aufgenommen wurde ab dem Jahr 2022 ein zweizeitiges Prüfverfahren mit einer Planungsprüfung und einer anschließenden Strukturprüfung nach Planungsprüfung.

In Abschnitt 4 werden die verschiedenen Antragsarten beschrieben und der Begutachtungsablauf mit den möglichen Erledigungsarten (Dokumentenprüfung, Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung und Vor-Ort-Prüfung) einschließlich der jeweils geltenden Fristen erläutert.

Abschnitt 5 befasst sich mit dem Gutachten, dem Bescheid, 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. Bei der turnusgemäßen Prüfung beträgt die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung grundsätzlich zwei Jahre; die Ausnahmen hiervon werden erläutert. Die Regelungen zur Gültigkeitsdauer der anderen Antragsarten werden im Abschnitt 8 beschrieben.

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.

Abschnitt 7 legt fest, dass unterjährige OPS-Kode-Änderungen nicht zu einer unterjährigen Anpassung der Richtlinie und ihrer Anlagen führen. Hier wird auch erläutert, dass ein OPS-Kode, der erstmalig abrechnungsrelevant wird, erst im ersten Jahr seiner Vergütungsrelevanz zur Prüfung beantragt werden kann.

Abschnitt 8 beschreibt die verschiedenen Prüfungsarten. Für Wiederholungsprüfungen nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen, Wiederholungsprüfungen nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen, Prüfungen bei erneuter oder erstmaliger Leistungsvereinbarung und Prüfungen bei nicht-bestehender Leistungserbringung werden der Ablauf, Fristen und Gültigkeitsdauer der Bescheinigungen erläutert.

Abschnitt 9 erläutert das Vorgehen bei einem Widerspruch seitens des Krankenhauses, Ausführungen zum Datenschutz finden sich im Abschnitt 10. Der Umgang mit den im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie ausgesetzten Strukturmerkmalen wird im Abschnitt 11 beschrieben.

Die Richtlinie hat sieben Anlagen. Anlage 1 enthält das Antragsformular, in Anlage 2 werden die abrechnungsrelevanten 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. Um zukünftig (frühestens ab Antragsjahr 2023) eine Beantragung von im Folgejahr gegebenenfalls erstmalig vergütungsrelevant werdenden OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen zu ermöglichen, wurden diese Kodes in den neuen Anlagen 4b, 5b und 6b aufgenommen. Für die praktische Durchführung der Prüfungen im Jahr 2022 sind die neuen Anlagen nicht relevant. Die dort aufgeführten OPS-Kodes können nicht nach der StrOPS-RL 2022 zur Prüfung beantragt werden.

2.3 Operationen- und Prozedurenschlüssel 2022 Systematisches Verzeichnis

Durch das BfArM wird jährlich ein Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 SGB V herausgegeben. Einige dieser OPS-Kodes enthielten bisher Mindestmerkmale, die sowohl Strukturmerkmale als auch patientenbezogene Mindestmerkmale abbildeten. Zur eindeutigen Zuordnung wurden durch das BfArM ab dem OPS 2021 in den Kapiteln 1, 5, 8 und 9 bei einer Vielzahl von Kodes die bisher aufgeführten Mindestmerkmale nach krankenhausbezogenen Strukturmerkmalen und patientenbezogenen Mindestmerkmalen differenziert.

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

Beispiel:

8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom
	Hinw.: Strukturmerkmale: <ul style="list-style-type: none">• Team mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie• Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie Mindestmerkmale: <ul style="list-style-type: none">• Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele• Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie), Psychotherapie) patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 7,5 Stunden pro Woche, davon müssen 5 Stunden in Einzeltherapie stattfinden. Einer der eingesetzten Therapiebereiche muss Physiotherapie/Physikalische Therapie oder Ergotherapie sein

Abbildung 1: Kennzeichnung der Strukturmerkmale (OPS 8-97d im OPS-Katalog 2022)

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

Das BfArM hat im Abschnitt „Hinweise für die Benutzung“, Unterpunkt „Hinweise“, Festlegungen zu den Begriffen Standort, Behandlungsleitung, Einheit und werktätlich/werktags/arbeitstätlich 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. Therapiebereiche, Ethik-Fallgespräche usw. veröffentlicht.

2.4 Vereinbarungen der Medizinischen Dienste

Das Prüfkonzept der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes wird in der Richtlinie des MD Bund nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschrieben. Ergänzend werden im Folgenden für bestimmte Prüfkongstellationen interne Verfahrensvereinbarungen der Medizinischen Dienste getroffen.

2.4.1 Prüfzeitraum

In der StrOPS-RL Version 2022 wurde festgelegt, dass der Prüfzeitraum als Bezugszeitraum für alle vorzulegenden Nachweise, Unterlagen und ggf. Dienstpläne dient. Der Medizinische Dienst teilt dem Krankenhaus den Prüfzeitraum im Rahmen der Antragseingangsbestätigung mit (Ausnahme Planungsprüfung, siehe weiter unten).

Bei einer turnusgemäßen Prüfung entscheidet der Medizinische Dienst über den Beginn und das Ende des dreimonatigen Prüfzeitraums.

Handelt es sich um die Antragsart „erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung“ nach Abschnitt 8.2.3 in Verbindung mit 4.1.3 Buchstabe c der StrOPS-RL oder um einen Antrag zur „Strukturprüfung nach Planungsprüfung“ nach Abschnitt 8.3 ergibt sich der Beginn des dreimonatigen Prüfzeitraums aus dem Zeitpunkt der Antragstellung durch das Krankenhaus. Der Prüfzeitraum wird insofern durch das Krankenhaus mitbestimmt, als zum Zeitpunkt der Antragstellung die Strukturmerkmale des OPS über einen zurückliegenden Zeitraum von drei Monaten nachgewiesen werden müssen. Entsprechende Unterlagen und Nachweise sind vom Krankenhaus bereits mit der Antragstellung an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.

Tabellarische Übersicht der Prüfzeiträume in Abhängigkeit der Antragsarten

	Prüfzeitraum
Turnusgemäße Prüfung	drei zusammenhängende Kalendermonate aus letzten 12 Monaten vor Antragstellung KH
Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen	Beginn: ein Monat vor Antragstellung KH Ende: Datum Antragstellung KH
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch Krankenhaus	Beginn: ein Monat vor Antragstellung KH Ende: Datum Antragstellung KH
Erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung	Beginn: drei Monate vor Antragstellung KH Ende: Datum Antragstellung des KH
Planungsprüfung	kein Prüfzeitraum
Strukturprüfung nach Planungsprüfung	Beginn: vom KH mitgeteiltes Datum erfolgter Leistungsbeginn Ende: drei Monate nach vom KH mitgeteilten Datum des erfolgten Leistungsbeginns

Antragstellung KH = Eingangsdatum Antrag Krankenhaus beim Medizinischen Dienst

2.4.2 Jahreswechsel und Prüfzeitraum

Im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) werden seit dem 1. Januar 2021 Strukturmerkmale explizit ausgewiesen. Der OPS wird jährlich überarbeitet; die aktualisierte Version tritt zu Jahresbeginn in Kraft und ist bis Ende des Jahres gültig. Mit Beginn eines jeden Kalenderjahres kann es somit zu Änderungen von Strukturmerkmalen in bereits existierenden, prüfungsrelevanten OPS-Kodes kommen. Dies ist bei der Auswahl des Zeitraumes für die Vorlage von Dienstplänen und sonstigen Nachweisen zu berücksichtigen.

Konkret bedeutet dies:

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 im vorangegangenen Kalenderjahr bereits eine Strukturprüfung des OPS-Kodes am Krankenhausstandort durchgeführt wurde, sollte der nun gewählte Prüfzeitraum zeitlich nach dem für die vorangegangene Prüfung festgelegten Zeitraum liegen.

Wenn sich Strukturmerkmale eines OPS-Kodes in der aktualisierten Version des OPS fachlich-inhaltlich geändert haben, ist ein Prüfzeitraum aus dem aktuellen Kalenderjahr, d. h. dem Jahr der aktuell gültigen OPS-Version auszuwählen.

2.4.3 Besondere Regelungen für das Jahr 2022

2.4.3.1 Vorübergehend von der Prüfung ausgenommene Strukturmerkmale

Zu beachten ist, dass das BfArM mit Wirkung zum 1. Januar 2022 eine Liste der vorübergehend von der Prüfung ausgenommenen Strukturmerkmale bestimmter OPS-Kodes nach § 25 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für die OPS-Version 2022 veröffentlicht hat. Im Vergleich zu den bereits im Vorjahr dort aufgeführten Strukturmerkmalen sind drei Merkmale des OPS 8-98d neu hinzugekommen. Beim OPS 8-981 hat das BfArM zum Strukturmerkmal „auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten“ in der Liste nach § 25 KHG eine Einschränkung der Ausnahme vorgenommen.

Der Zeitraum, innerhalb dessen gemäß § 25 Abs. 4 KHG Krankenhäuser von der Nachweisführung dieser Strukturmerkmale auszunehmen sind - d. h. diese Strukturmerkmale nicht begutachtet werden dürfen - beläuft sich auf den 1. Januar bis 30. Juni 2022. Voraussetzung ist, dass das betreffende Krankenhaus in diesem Zeitraum COVID-19-Fälle oder COVID-19-Verdachtsfälle behandelt bzw. behandelt hat.

Entsprechende Nachweise zum Vorliegen der Ausnahmetatbestände sind ggf. durch das Krankenhaus zu erbringen.

Gemäß Abschnitt 11 der StrOPS-RL gilt das entsprechende Strukturmerkmal als eingehalten, sofern eine Begutachtung gemäß § 25 KHG ausgeschlossen ist. Die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung beträgt in diesen Fällen ein Jahr (Abschnitt 5.4 der Richtlinie). Im Gutachten wird das Strukturmerkmal als erfüllt gekennzeichnet; in der Erläuterung wird angegeben, dass es nicht geprüft wurde.

Sollte die Bescheinigung aufgrund dieser Ausnahme unterjährig im Jahr 2023 enden, kann das Krankenhaus bereits unmittelbar nach Erhalt der ersten Bescheinigung im Jahr 2022 einen Antrag auf turnusgemäße Prüfung stellen, um eine kontinuierliche Abrechenbarkeit der Leistung zu ermöglichen.

2.4.3.2 Neue OPS-Kodes

Im Jahr 2022 wurde ein abrechnungsrelevanter OPS Kode neu vom BfArM eingeführt (OPS 8-01a *teilstationäre intravenöse Applikation von Medikamenten über das Gefäßsystem bei Kindern und Jugendlichen*). Dieser Kode kann im Jahr 2022 über die Antragsart „erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung“ nach 8.2.3 i. V. mit 4.1.3 Buchstabe c beantragt werden.

2.4.3.3 Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung

Eine Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung ist nur für im Jahr 2021 gestellte Anträge zur turnusgemäßen Prüfung oder für im Jahr 2021 gestellte Anträge bei erstmaliger Leistungserbringung möglich (Abschnitt 8.2.1 StrOPS-RL). Die Prüfung kann bis zum 30. Juni 2022 beantragt werden.

2.5 Strukturmerkmalbewertungen (SMB)

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 jeweils zum Jahreswechsel 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.

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.

3.1 Antragstellung

Die Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes erfolgt ausschließlich nach Beantragung durch das Krankenhaus. Die Prüfungen werden gemäß der Vorlage in Anlage 1 der Richtlinie beantragt, sie erfolgen für jeden Standort des Krankenhauses getrennt. Der Antrag hat pro Antragsart alle zur Prüfung beantragten OPS-Kodes gesammelt zu umfassen. Je Antragsart ist ein gesondertes Antragsformular zu verwenden. Es können nur abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen gemäß Anlage 2 zur Prüfung beantragt werden.

Die Richtlinie sieht folgende Antragsarten vor:

- Antrag zur turnusgemäßen Prüfung
- Antrag zur Prüfung bei bestehender Leistungserbringung
 - Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen
 - Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen
 - Erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung
- Antrag zur Prüfung bei nicht-bestehender Leistungserbringung
 - Erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung
 - Zusätzliche Station/Einheit, Umzug

Die Beantragungsfrist endet für die Krankenhäuser bei turnusgemäßen Prüfungen am 30. Juni eines jeden Jahres. Nur wenn die Beantragung der Prüfungen innerhalb dieser Frist erfolgt, kann der Medizinische Dienst die zeitgerechte Erledigung gewährleisten. Anträge auf Wiederholungsprüfungen nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen müssen bis zum 30. Juni 2022 gestellt werden. Das zweizeitige Prüfverfahren einer Planungsprüfung mit nachfolgender Strukturprüfung (erneute oder erstmalige Leistungsvereinbarung bei nicht-bestehender Leistungsvereinbarung) ist zeitlich abhängig vom geplanten Leistungsbeginn zu beantragen. Bei allen anderen Antragsarten können ganzjährig Anträge von den Krankenhäusern gestellt werden.

Einzelheiten zu den verschiedenen Antragsarten werden im Kapitel 4 dieses Begutachtungsfadens beschrieben.

Nach Eingang des Antrags erhält das Krankenhaus vom Medizinischen Dienst innerhalb von zehn Werktagen (Mo. – Fr.) OPS-bezogen und stations-/einheitsbezogen jeweils eine Eingangsbestätigung, eine Mitteilung über die Erledigungsart sowie über den Prüfzeitraum (Ausnahme Planungsprüfung). Die Prüfung wird anhand des Prüfzeitraumes vorgenommen. Auf diesen beziehen sich auch die nach Anlage 6a zu übermittelnden Unterlagen.

3.2 Erledigungsarten und Prüfablauf

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.

Eine Planungsprüfung ist immer eine Dokumentenprüfung.

Da bei den übrigen Antragsarten die erforderlichen Dokumente gemäß den Anlagen 5a und 6a der Richtlinie schon gleichzeitig mit der Antragstellung einzureichen sind, werden die übrigen Antragsarten als Dokumentenprüfung oder Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung durchgeführt.

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. Diese beinhalten die ausgefüllten Selbstauskunftsbögen gemäß Anlage 5a der Richtlinie sowie die in Anlage 6a der Richtlinie aufgeführten, notwendigen Nachweise und Unterlagen.

Ablauf der OPS-Strukturprüfung

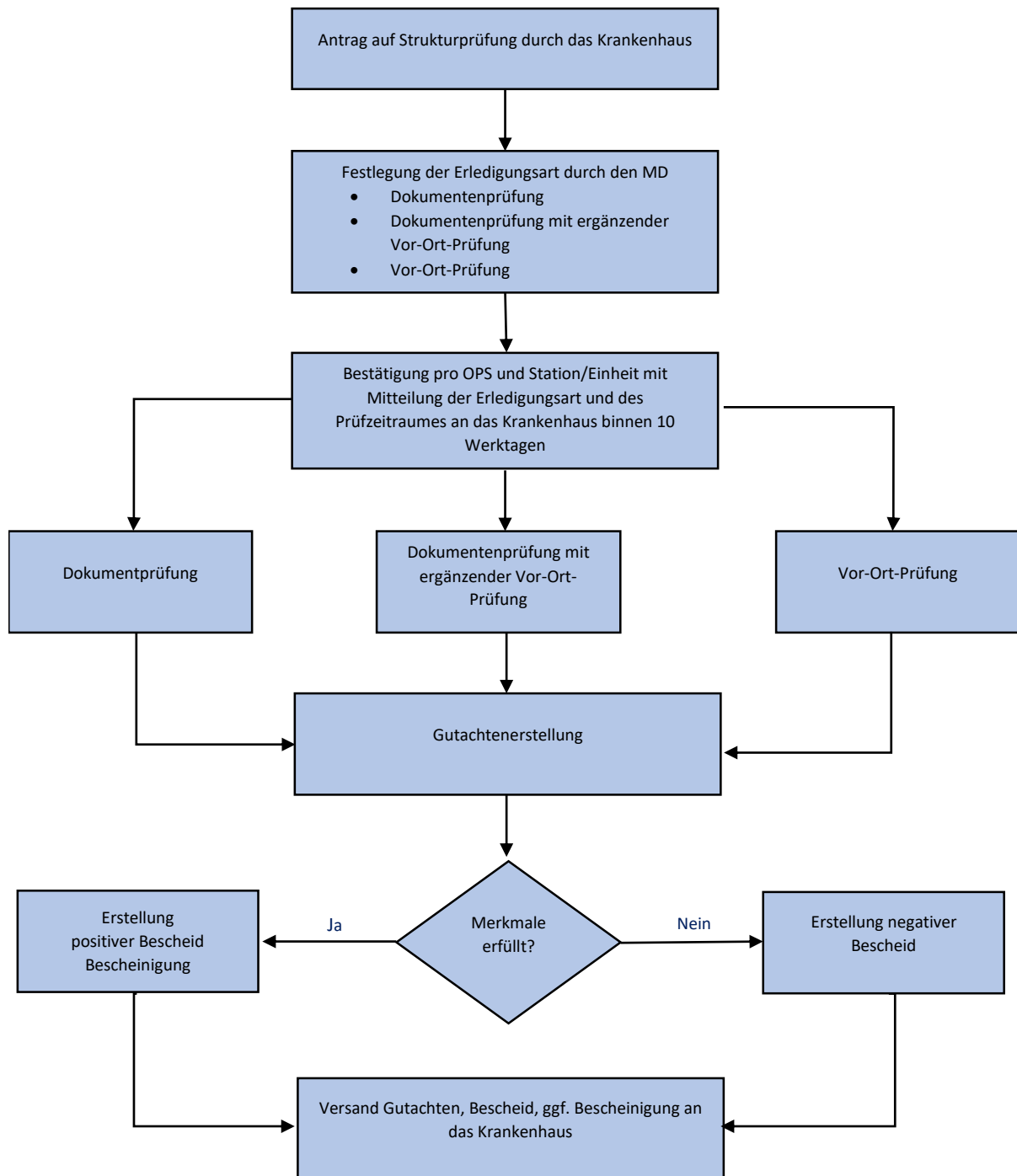


Abbildung 2: Ablauf der turnusgemäßen OPS-Strukturprüfung

3.2.1 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.

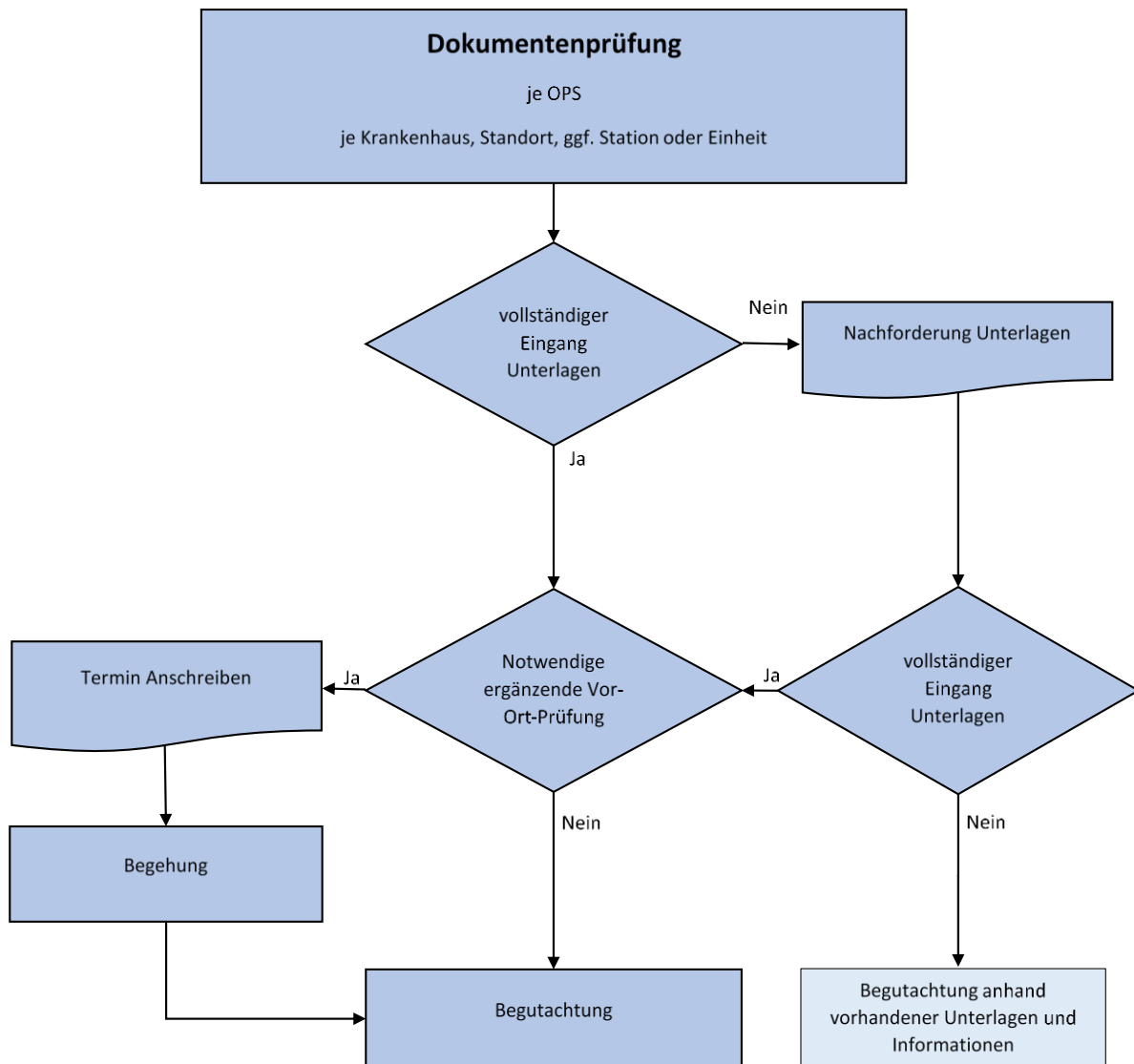


Abbildung 3: Dokumentenprüfung

3.2.2 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, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen.

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.

Das Krankenhaus bestätigt einen der beiden Termine innerhalb von zehn Werktagen (Mo.–Fr.). Erfolgt dies nicht, wird vom Medizinischen Dienst ein 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 (Mo.–Fr.). Ermöglicht das Krankenhaus eine ergänzende Vor-Ort-Prüfung an diesem festgelegten Termin nicht, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Nachweise und Unterlagen abgeschlossen.

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 (Mo.–Fr.) 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 Richtlinie und vollständig eingereichten Unterlagen zu dem Ergebnis kommt, dass diese notwendig ist.

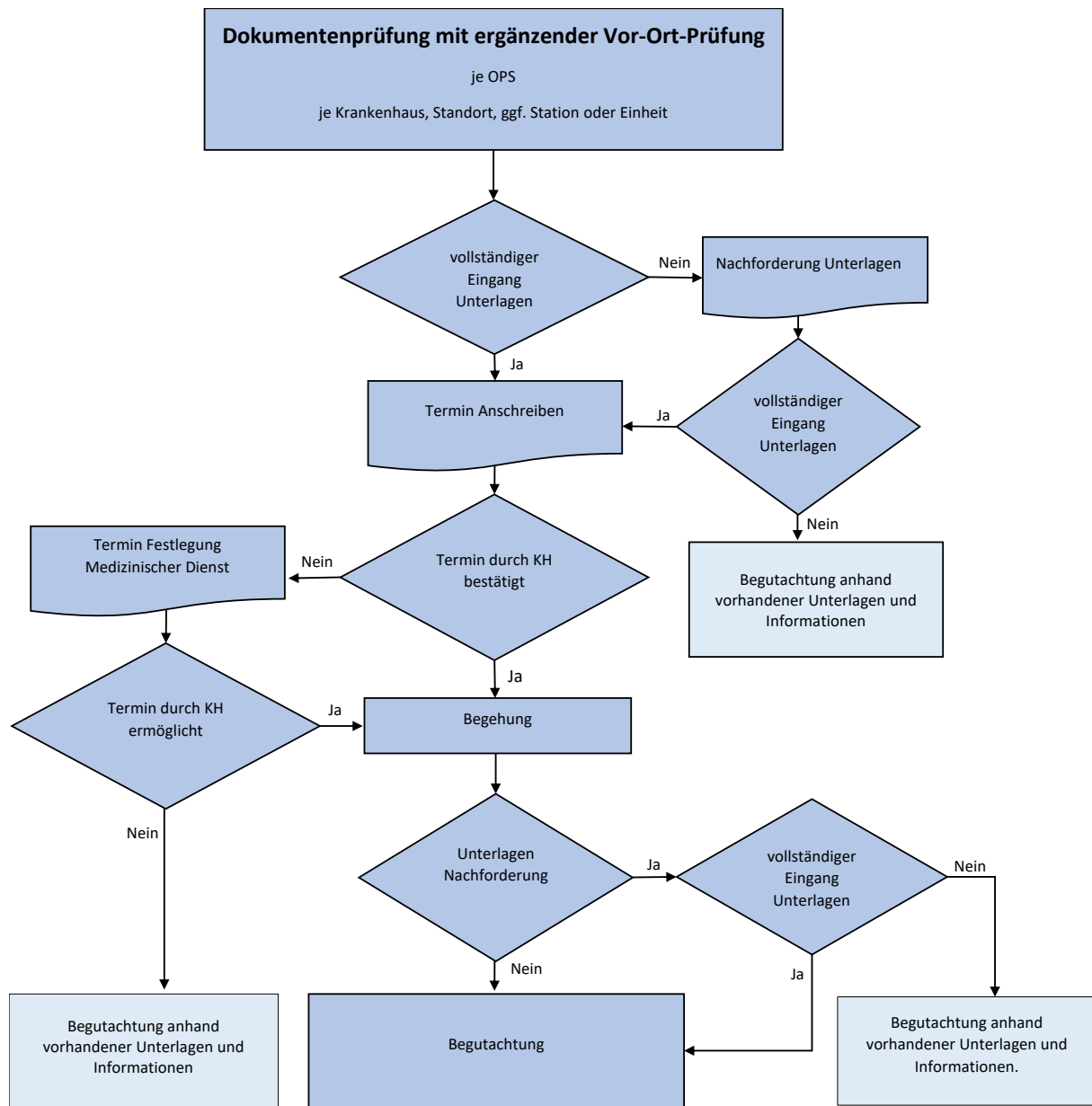


Abbildung 4: Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung

3.2.3 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 (Mo.–Fr.). 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 (Mo.–Fr.). Ermöglicht das Krankenhaus eine

Begutachtung an dem vom Medizinischen Dienst festgelegten Termin nicht, wird ein negativer Bescheid (ohne Gutachten) erstellt.

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 (Mo.–Fr.) 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.

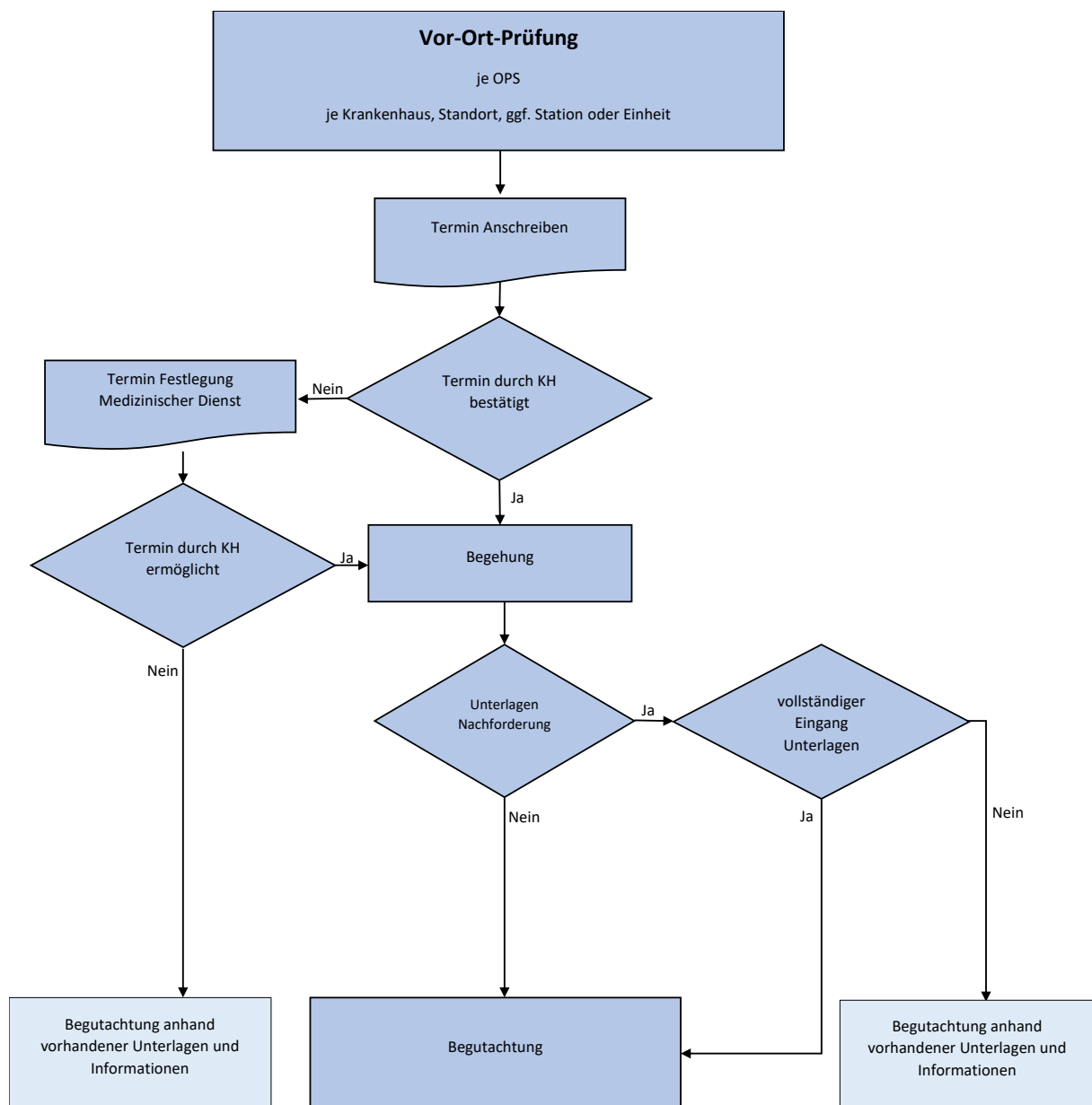


Abbildung 5: Vor-Ort-Prüfung

3.3 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 und Abschnitt 8 der Richtlinie. 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 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.

4 Prüfkonstellationen

Die Richtlinie unterscheidet zwischen Konstellationen für eine Prüfung, die jeweils spezifisch beantragt werden müssen:

- Turnusgemäße Prüfung
- Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen
- Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen
- Prüfung bei erneuter oder erstmaliger Leistungserbringung
- Prüfung bei nicht-bestehender Leistungserbringung.
- Prüfung bei Umzug/zusätzlicher Station

Alle hier aufgeführten Arten der Prüfung werden mit der Erstellung eines Gutachtens, Ausstellung des Bescheides und ggf. einer Bescheinigung, die vom Medizinischen Dienst an das Krankenhaus übermittelt werden, abgeschlossen. In den Bescheinigungen ist entsprechend den Vorgaben der Richtlinie die Dauer der Gültigkeit angegeben.

4.1 Turnusgemäße Prüfung

Die häufigste Prüfung ist die turnusgemäße Prüfung (siehe StrOPS-RL Abschnitt 8.1). Hierunter sind die nach § 275d SGB V in Verbindung mit § 283 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V vorgegebenen regelmäßigen Prüfungen zu verstehen. Vor Ablauf der Gültigkeitsdauer der ausgestellten Bescheinigung müssen die Krankenhäuser eine erneute Prüfung der Einhaltung der Strukturmerkmale beantragen, wenn die entsprechenden OPS-Kodes weiterhin vereinbart und abgerechnet werden sollen. Die Gültigkeit der Bescheinigung orientiert sich dabei immer an den Vorgaben der StrOPS-RL. OPS-Kodes mit einjähriger Gültigkeitsdauer der Bescheinigung sind in der Richtlinie in der Anlage 3 der StrOPS-RL aufgeführt; für die hier nicht aufgeführten OPS-Kodes besteht eine zweijährige Gültigkeitsdauer.

4.2 Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen

Wurde einem Krankenhaus im Rahmen einer Prüfung der Strukturmerkmale die Bescheinigung durch den Medizinischen Dienst nicht erteilt, weil ein oder mehrere Strukturmerkmale nicht erfüllt waren, kann das Krankenhaus eine Wiederholungsprüfung beantragen, sobald es Maßnahmen zur Einhaltung dieser Strukturmerkmale umgesetzt hat (Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen, StrOPS-RL Abschnitt 8.2.1). Eine Beantragung zur Wiederholungsprüfung kann nur für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen (turnusgemäße Prüfungen und Anträge bei erstmaliger Leistungserbringung) erfolgen. Bei Antragstellung müssen die zuvor nicht

bestätigten Strukturmerkmale vom Krankenhaus mindestens für einen Monat nachgewiesen werden können. Die Prüfung wird auf Grundlage der zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses gültigen Richtlinie durchgeführt. Die Gültigkeit der Bescheinigung bei der Beantragung der Wiederholungsprüfung im Jahr 2022 beginnt mit dem Datum der Antragstellung zur Wiederholungsprüfung und endet am 31. Dezember 2022.

4.3 Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen

Gemäß § 275d Absatz 3 SGB V hat ein Krankenhaus den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie dem zuständigen Medizinischen Dienst unverzüglich mitzuteilen, wenn eines oder mehrere 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. Kann das Krankenhaus dann im weiteren Verlauf die Wiedererfüllung der Strukturmerkmale gewährleisten, kann eine Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (StrOPS-RL 8.2.2.) beim Medizinischen Dienst unter Vorlage geeigneter Nachweise und Unterlagen beantragt werden. Hierbei sind die Unterlagen bereits bei Antragstellung für den der Antragstellung vorausgehenden Zeitraum von einem Monat vorzulegen. Die Begutachtung erfolgt auf der Grundlage der Richtlinienversion, auf deren Basis die vormalige Bescheinigung ausgestellt wurde. . Zu beachten ist, dass für diese Wiederholungsprüfung der nicht eingehaltenen Strukturmerkmale eine Erledigungsfrist für den Medizinischen Dienst vorgesehen ist (20 Werkzeuge) ab Vorlage vollständiger und aussagekräftiger Unterlagen oder Abschluss der Vor-Ort-Prüfung. Werden die vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale wieder erfüllt, umfassen Bescheid und Bescheinigung über die Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale den Zeitraum, für den auch die ursprüngliche Bescheinigung gegolten hätte und beginnen mit dem Zeitpunkt der nachweislichen Wiedererfüllung der Strukturmerkmale.

4.4 Prüfung bei erneuter oder erstmaliger Leistungserbringung

Ein Antrag auf Prüfung einer erneuten oder erstmaligen Leistungserbringung kann gestellt werden, wenn ein Krankenhaus zum Zeitpunkt der Antragstellung am Standort die Leistung erbringt und sämtliche Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten erfüllt, jedoch keine gültige Bescheinigung vorliegt. Mit Antragsstellung legt das Krankenhaus die notwendigen Unterlagen entsprechend Anlage 6a für den der Antragsstellung vorausgehenden Prüfzeitraum von drei Monaten vor (StrOPS-RL 8.2.3).

Liegen die Unterlagen vollständig und aussagekräftig vor, erstellt der Medizinische Dienst innerhalb von drei Monaten das Gutachten, den Bescheid und ggf. die Bescheinigung. Hierbei beginnt die Gültigkeit des Bescheides sowie der Bescheinigung mit dem Datum des Leistungsbeginns des Krankenhauses, jedoch frühestens drei Monate vor Antragsstellung und endet am 31. Dezember 2023.

4.5 Prüfung bei nicht-bestehender Leistungserbringung

Erbringt ein Krankenhaus zum Zeitpunkt der Antragstellung die Leistung noch nicht, wird ein zweizeitiges Prüfverfahren durchgeführt (StrOPS-RL 8.3). Dieses besteht aus einer Planungsprüfung und einer anschließenden Strukturprüfung nach Planungsprüfung nachdem die Leistung vom Krankenhaus drei Monate erbracht wurde.

Bei Antragstellung zur Planungsprüfung werden vom Krankenhaus der geplante Leistungsbeginn und Unterlagen (Planungskonzept und bereits vorhandene Nachweise und Unterlagen gemäß Anlage 6a der StrOPS-RL) übermittelt, auf deren Basis vom Medizinischen Dienst ein Gutachten und ein Bescheid sowie ggf. eine Bescheinigung erstellt werden. Das Gutachten sowie der Bescheid ergehen hierbei vor dem angegebenen Leistungsbeginn. Eine ggf. ausgestellte Bescheinigung hat eine Gültigkeit von sechs Monaten ab geplantem/beantragtem Leistungsbeginn.

Bei einer Verzögerung des Leistungsbeginns um mehr als einen Monat wird nach Benachrichtigung durch das Krankenhaus ein bereits erteilter Bescheid aufgehoben. Dieses ergibt sich aus § 257d Abs. 3 S. 3 in Verbindung mit Abschnitt 6 der Richtlinie. In diesem Fall kann das Krankenhaus einen neuen Antrag für eine Planungsprüfung stellen. Dies stellt eine Ausnahme dar; ansonsten gilt, dass Planungsprüfungen je Standort, OPS und ggf. Station/Einheit nur einmalig im Kalenderjahr gestellt werden dürfen. Hat das Krankenhaus die Leistung drei Monate nach dem beantragten Leistungsbeginn erbracht, stellt dieses danach innerhalb von zehn Werktagen einen Antrag zur Strukturprüfung nach Planungsprüfung. Diesem Antrag fügt das Krankenhaus nun die zuvor noch nicht vorgelegten Dokumente gemäß Anlage 5a und 6a für den der Antragstellung vorausgegangenem Zeitraum von drei Monaten vor. Liegen diesem Antrag die Unterlagen und Nachweise vollständig vor, schließt der Medizinische Dienst die Prüfung vor Ablauf der Laufzeit der zuvor im Rahmen der Planungsprüfung erstellten Bescheinigung ab. Grundlage der Prüfung ist die zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses gültige Fassung der StrOPS-Richtlinie. Fällt der Zeitpunkt des Bescheiderlasses für die Planungsprüfung und für die Strukturprüfung nach Planungsprüfung in unterschiedliche Kalenderjahre, erfolgt der jeweilige Bescheiderlass auf Grundlage verschiedener StrOPS-Richtlinien-Versionen. Nach der abgeschlossenen Prüfung werden dem Krankenhaus das Gutachten, der Bescheid sowie ggf. die Bescheinigung übermittelt. Hierbei erfolgt zeitgleich die Aufhebung der Bescheinigung nach Planungsprüfung. Die Laufzeit der neuen Bescheinigung beginnt mit dem Datum der Ausstellung des Bescheides und endet mit dem 31. Dezember des folgenden Kalenderjahres. Ergeht ein Bescheid über eine Nichterteilung der Bescheinigung wird die Bescheinigung nach Planungsprüfung aufgehoben.

Beispiel für einen Prüfablauf bei nicht-bestehender Leistungserbringung:

1. **Antrag auf Planungsprüfung** (gem. 8.3), die bei Antragstellung die Übermittlung der Unterlagen nach Anlage 6a erfordert, sofern diese dem Krankenhaus bereits zur Verfügung stehen:
 - a) Vom Krankenhaus geplanter Leistungsbeginn: 15.08.2022
 - b) Mögliches Eingangsdatum Antrag beim Medizinischen Dienst: 15.04.2022 bis 15.06.2022 (höchstens 4 Monate und mindestens 2 Monate vor dem geplanten Leistungsbeginn)
 - c) Datum der Bescheinigung bei positivem Bescheid: 15.08.2022 bis 15.02.2023
 - d) Tatsächlicher Leistungsbeginn des Krankenhauses: 01.09.2022

2. **Antrag auf Strukturprüfung nach Planungsprüfung** (gem. 8.3 i. V. m. 4.2), die bei der Antragstellung die Übermittlung der vollständigen Unterlagen nach Anlage 6a erfordert:

e) Durchgeführter Leistungszeitraum: 01.09.2022 bis 01.12.2022 (3 Monate)

f) Eingangsdatum Antrag beim Medizinischen Dienst: 05.12.2022 (innerhalb von 10 Tagen nach erfülltem Leistungszeitraum)

g) Durchführung der Strukturprüfung nach Planungsprüfung bis: Ablauf der Bescheinigung nach Planungsprüfung

h) Datum der Bescheinigung der Strukturprüfung nach Planungsprüfung bei positivem Bescheid: Datum des Bescheids bis 31.12.2023

i) Bei negativem Bescheid: Nichterteilung der Bescheinigung mit Datum des Bescheids und Aufhebung der Bescheinigung nach Planungsprüfung

3. **Verzögerung des Leistungsbeginns** um mehr als einen Monat:

j) Aufhebung des Bescheids und Erlöschen der Bescheinigung: Datum des Bescheids

4. Möglichkeit zur **erneuten Beantragung einer Planungsprüfung** im selben Jahr der Antragstellung nach verzögertem Leistungsbeginn mit Erlöschen der Bescheinigung.

4.6 Prüfung bei Umzug/zusätzlicher Station

Bei Umzügen einer Station oder Einheit bzw. bei der Erbringung einer Leistung auf einer zusätzlichen Station/Einheit ergeben sich unterschiedliche Konstellationen in Abhängigkeit vom Standort:

1. Selber Standort, OPS mit Station/Einheit: die Station/Einheit zieht um und behält die Bezeichnung

Hier besteht von Seiten des Krankenhauses kein Handlungsbedarf.

2. Selber Standort, OPS mit Station/Einheit, die Station/Einheit zieht um und erhält eine neue Bezeichnung

Das Krankenhaus zeigt den Umzug dem Medizinischen Dienst an. Unter der Annahme, dass auch nach dem Umzug die Strukturmerkmale vollumfänglich weiter erfüllt werden, erstellt der Medizinische Dienst einen Änderungsbescheid und eine neue Bescheinigung. Bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen hat das Krankenhaus dies gemäß § 275d SGB V mitzuteilen.

3. Selber Standort OPS mit Station/Einheit, zusätzliche Station/Einheit

In diesem Fall hat das Krankenhaus entweder einen Antrag auf Planungsprüfung oder auf erstmalige Leistungserbringung zu stellen.

4. Neuer Standort mit Umzug des Personals und der Ausstattung

In diesem Fall hat das Krankenhaus entweder einen Antrag auf Planungsprüfung oder auf erstmalige Leistungserbringung zu stellen.

5 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 der 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. Wird dem Widerspruch nicht abgeholfen, wird vom Medizinischen Dienst ein Widerspruchsbescheid erlassen.

6 Anlagen

6.1 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	-
05	8-98f	intensivmedizinische Erfahrung	entfallen
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	-
25	9-64a	spezialisierte Einheit, duales Setting, milieutherapeutisches Setting	entfallen
26	8-718.8	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte intensivmedizinische Einheit	-
27	8-718.9	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte nicht intensivmedizinische Einheit	-
29	allgemein	Dienstplan, geplant, tatsächlich	-

Tabellarische Übersicht			
Nr.	OPS	Schlagworte	Bemerkung
31	8-552	Neurologischer Sachverstand, Frührehabteam, kontinuierliche Einbindung	-
32	8-550	überwiegend tätig, Behandlungsleitung, zugehörige geriatrische Einheit	-
33	8-98f	Hybrid-Operationssaal	-
34	8-550	multiprofessionelles Team, zugehörige geriatrische Einheit	entfallen
35	8-550	besonders geschultes Pflegepersonal, aktivierend therapeutische Pflege, curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation	entfallen
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	-
39	allgemein	Werktags, werktäglich, arbeitstäglich	entfallen
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	neu
48	8-981 8-98b	Neurosonologische Untersuchung, intrakranielle Gefäße, Qualifikation	neu
49	9-694	Spezialstation, Kinder und Jugendliche, Sucht, substanzbedingt	neu
51	8-550 8-552 8-559	Erfahrung/Tätigkeit in der Behandlung/Versorgung	neu

Tabellarische Übersicht			
Nr.	OPS	Schlagworte	Bemerkung
	8-718.9 8-975.2 8-988 8-98a 8-98b.3 8-98d 8-98e 8-98h		

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:	<p><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></p> <p><i>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</i></p> <p><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.</i></p> <p><i>Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation bzw. Zusatzqualifikation ist für die benannten Konsiliardienste „Kinderchirurgie und Kinderkardiologie“ erforderlich?	
Ergebnis:	<p>Die Dienstleistungen/Konsiliardienste können durch entsprechende Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.</p> <p>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.</p>	
Begründung:	Die beschriebenen Konsiliardienste beziehen sich auf spezielle medizinische Fachgebiete. Vor diesem Hintergrund sind entsprechende Facharztqualifikationen mit Zusatzbezeichnung/Zusatzweiterbildung/ Schwerpunkt erforderlich.	

Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	28.11.2016	Aktualisiert:	25.03.2022

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:	<i>„Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung.“</i>		
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:	<p>Gemäß der <i>„Erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“</i> zählen zu den spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen im stationären Bereich folgende Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliativstationen • Palliativdienste im Krankenhaus • Palliativmedizinische Tageskliniken <p>Im ambulanten Bereich zählen folgende Einrichtungen zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SAPV • Spezialisierte Palliativambulanz • Tageshospiz 		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	22.01.2018	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 04
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Konsiliardienste, Qualifikation, Fachärztin/Facharzt, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	<p><i>„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“</i></p> <p><i>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</i></p> <p><i>„Der OPS legt nicht fest, dass die geforderten Konsiliardienste ausschließlich durch Fachärztinnen und Fachärzte erbracht werden dürfen.</i></p> <p><i>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.“</i></p> <p><i>Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation ist für die Konsiliardienste der genannten Fachgebiete erforderlich?	
Ergebnis:	<p>Die Dienstleistungen/Konsiliardienste können durch entsprechende Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.</p> <p>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.</p>	
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:	-		
Erstellt:	23.03.2017	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 07
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Intrakranielle Druckmessung, Qualifikation, Neurochirurgie, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	<p><i>„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>[...]</i> • <i>Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe</i> • <i>[...]“</i> <p><i>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</i></p> <p><i>„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.</i></p> <p><i>Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	<p>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?</p>	
Ergebnis:	<p>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.</p> <p>Die intrakranielle Druckmessung (Legen und Management einer Hirndrucksonde) kann durch Ärztinnen/Ärzte in entsprechender Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.</p> <p>Die Möglichkeit zum persönlichen Einsatz von Fachärztinnen/Fachärzten (Neurochirurginnen/Neurochirurgen oder Chirurginnen/Chirurgen mit</p>	

	<p>entsprechender Expertise) am Standort des Krankenhauses muss gegeben sein.</p> <p>Zudem ist die 24-stündige Verfügbarkeit des Verfahrens am Standort des Krankenhauses sicherzustellen</p>		
<p>Begründung:</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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></p> <p>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.</p>		
<p>Ergänzende Hinweise:</p>	<p>-</p>		
<p>Erstellt:</p>	<p>02.07.2021</p>	<p>Aktualisiert:</p>	<p>25.03.2022</p>

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:	25.03.2022

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:	<i>„Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein“</i>	
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:	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
Begründung:	<p>Zu berücksichtigen sind neben den Rüst- und Wegezeiten auf dem Weg zum Krankenhaus auch die entsprechenden Zeiten auf dem Krankenhausbereich selbst.</p> <p>Sicherzustellen ist binnen längstens 30 Minuten die Verfügbarkeit am Patienten auf der Intensivstation.</p> <p>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.</p>	
Ergänzende Hinweise:	-	

Erstellt:	29.05.2019	Aktualisiert:	25.03.2022
------------------	------------	----------------------	------------

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:	<p>„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... • <i>Transösophageale Echokardiographie</i>“ <p>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</p> <p>„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.“</p> <p>Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</p>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation der Untersucher ist erforderlich?	
Ergebnis:	<p>Transösophageale Echokardiographien können durch Ärztinnen/Ärzte in entsprechender Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.</p> <p>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.</p>	
Begründung:	<p>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.</p>	

Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	11.04.2019	Aktualisiert:	25.03.2022

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:	<p>Gemäß der „Erweiterten S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“ zählen zu den spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen im stationären Bereich folgende Einrichtungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palliativstationen • Palliativdienste im Krankenhaus • Palliativmedizinische Tageskliniken <p>Im ambulanten Bereich zählen folgende Einrichtungen zur spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SAPV • Spezialisierte Palliativambulanz • Tageshospiz 		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	22.01.2018	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 12	
OPS-Kode(s):	8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst		
Schlagworte:	Palliativdienst, Erreichbarkeit, Arzt		
Strukturmerkmal:	<p><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></p> <p><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></p>		
Problem / Fragestellung:	Kann die geforderte 24-stündige ärztliche Erreichbarkeit des Palliativdienstes gleichzeitig in Personalunion durch die fachliche Behandlungsleitung der Palliativstation erfolgen?		
Ergebnis:	<p>Innerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss die Fachärztin/der Facharzt dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören.</p> <p>Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit kann die Erreichbarkeit des Palliativdienstes auch durch die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung für die spezialisierte Palliativeinheit sichergestellt werden.</p>		
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:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 13	
OPS-Kode(s):	allgemein		
Schlagworte:	Kooperation, Kooperationsvertrag, Kooperationsvereinbarung		
Strukturmerkmal:	-		
Problem / Fragestellung:	<p>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“.</p> <p>Welche Nachweise sind erforderlich, um die Erfüllung des Merkmals durch eine Kooperation zu belegen?</p>		
Ergebnis:	<p>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.</p>		
Begründung:	<p>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.</p>		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	17.03.2017	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 24
OPS-Kode(s):	Vorspann zum OPS 2021: Hinweise für die Benutzung „Behandlungsleitung“	
Schlagworte:	Behandlungsleitung, ärztliche, Vorspann, Hinweise für die Benutzung, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	<p>Hinweise für die Benutzung Verwendete Begriffe und Symbole Verwendung des Begriffs der ärztlichen „Behandlungsleitung“ im OPS <i>„Die Behandlungsleitung erfolgt durch 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. Für die Behandlungsleitung kann kodespezifisch der Umfang für die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen festgelegt werden.“</i></p> <p><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.“</p>	
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?	

<p>Ergebnis:</p>	<p>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.</p> <p>Für den Fall, dass die Behandlungsleitung ihre o. g. Aufgaben nicht erfüllen kann, ist eine entsprechende Vertretung mit der jeweils kodespezifischen Qualifikation sicherzustellen.</p> <p>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.</p> <p>Zum Nachweis des Strukturmerkmals sind die Behandlungsleitung und deren Vertretung namentlich zu benennen und deren Beschäftigung am Standort nachzuweisen (z. B. Arbeitsvertrag, Kooperationsvereinbarung, Dienstplan).</p> <p>Die erforderlichen Qualifikationen und ggf. die Kooperationsvereinbarungen sind nachzuweisen.</p>		
<p>Begründung:</p>	<p>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.</p>		
<p>Ergänzende Hinweise:</p>	<p>-</p>		
<p>Erstellt:</p>	<p>14.12.2020</p>	<p>Aktualisiert:</p>	<p>25.03.2022</p>

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 26	
OPS-Kode(s):	8-718.8 Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer 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:	<p>Die personelle und apparative Ausstattung einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit entspricht der einer Intensivstation und ermöglicht eine jederzeitige intensivmedizinische Behandlung.</p> <p>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.</p> <p>Die Beatmungsentwöhnungs-Einheit kann Bestandteil einer Intensivstation sein. In diesem Fall muss die Zuordnung des entsprechend qualifizierten Personals zu den Weaning-Patienten sichergestellt sein.</p>		
Begründung:	<p>Eine adäquate Behandlungsqualität von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten ist nur mit der entsprechenden Struktur- und Prozessqualität möglich.</p> <p>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.</p> <p>Die Darstellung einer spezialisierten Einheit kann z. B. in Form eines Konzeptes/einer SOP erfolgen.</p>		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	23.02.2021	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 27	
OPS-Kode(s):	8-718.9 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 (mind. 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:	25.03.2022

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:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 31	
OPS-Kode(s):	8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation		
Schlagworte:	Neurologischer Sachverstand, Frührehteam, kontinuierliche Einbindung		
Strukturmerkmal:	„Frührehteam 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 Frührehteam 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 Frührehteam gewährleistet?		
Ergebnis:	<p>Der geforderte fachliche Sachverstand ist gegeben, sofern die Behandlungsleitung oder eine andere Ärztin/ein anderer Arzt über die Facharztqualifikation für Neurologie oder Neurochirurgie verfügt.</p> <p>Das Krankenhaus hat zur Gewährleistung der kontinuierlichen Einbindung des neurologisch/neurochirurgischen Sachverstandes in das Frührehteam 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.</p>		
Begründung:	<p>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.</p> <p>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.</p>		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	15.12.2020	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 32	
OPS-Kode(s):	8-550 Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung		
Schlagworte:	überwiegend tätig, Behandlungsleitung, zugehörige geriatrische Einheit		
Strukturmerkmal:	<i>„Multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung oder Facharztbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein“</i>		
Problem / Fragestellung:	Wann ist eine Behandlungsleitung „überwiegend“ in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig?		
Ergebnis:	„Überwiegend“ ist die Behandlungsleitung dann tätig, wenn diese Funktion mehr als 50 % der Zeit einer Vollzeitstelle in der zugehörigen geriatrischen Einheit am Standort des Krankenhauses ausgeübt wird.		
Begründung:	Die im OPS-Kode verwendete Begrifflichkeit „überwiegend“ ist so zu verstehen, dass zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung in der Akutgeriatrie ein geringerer Tätigkeitsumfang in der zugehörigen geriatrischen Einheit am Standort des erbringenden Krankenhauses vor Ort nicht ausreichend ist.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	15.12.2020	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 33	
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
Schlagworte:	Hybrid-Operationssaal		
Strukturmerkmal:	<i>„24-stündige Verfügbarkeit eines Hybrid-Operationssaales für kardiovaskuläre Eingriffe“</i>		
Problem / Fragestellung:	Welche Mindestanforderungen sind an einen Hybrid-OP für kardiovaskuläre Eingriffe zu stellen?		
Ergebnis:	<p>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.</p> <p>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 umgebettet werden. Zusätzlich ist eine Anordnung von Flächen oder Räumen für Übergabe von reinen und unreinen Gütern notwendig.</p> <p>Im Regelfall befindet sich ein Hybrid-OP im Operationstrakt des Krankenhauses.</p>		
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:	25.03.2022

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	
Strukturmerkmal:	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„Spezialisierte, räumlich oder organisatorisch abgegrenzte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenen-psychiatri-schen/-psychochomatischen/-psychotherapeutischen Setting</i> • <i>Familiengerechtes milieutheraeutisches mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern</i> • <i>Vorhaltung eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer“</i> 	
Problem / Fragestellung:	<p>Was bedeutet Rooming-In in einem familiengerechten Zimmer?</p> <p>Was versteht man unter einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum?</p> <p>Was versteht man unter einem Rückzugsraum für Eltern?</p>	
Ergebnis:	<p>Auf dieser spezialisierten Einheit müssen unabhängig von den Patientenzimmern zusätzlich ein Aufenthalts- und Spielraum sowie ein abgeschlossener Rückzugsraum nur für Eltern vorhanden sein.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Ein abgeschlossener Rückzugsraum nur für Eltern muss Sitzgelegenheiten und/oder Liegemöglichkeiten enthalten.</p>	

	<p>In dieser spezialisierten Einheit ist eine altersangemessene Kindersicherung (z. B. Steckdosensicherung, Fenstersicherung) vorzuhalten.</p>		
<p>Begründung:</p>	<p>Im OPS werden sowohl die Vorhaltung eines Rooming-In als auch ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum sowie ein Rückzugs-raum für Eltern gefordert. 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.</p>		
<p>Ergänzende Hinweise:</p>	<p>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 erfolgt 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.</p> <p>Unter Berücksichtigung dieser Faktoren müssen alle Beteiligten auch in der Freizeit Rückzugsmöglichkeiten haben, um sich in der eigenen Peergroup bewegen zu können.</p> <p>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.</p>		
<p>Erstellt:</p>	<p>17.03.2021</p>	<p>Aktualisiert:</p>	<p>25.03.2022</p>

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 37
OPS-Kode(s):	9-643 Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	
Schlagworte:	Rooming-In, Aufenthalts- und Spielraum, Eltern-Kind-gerecht	
Strukturmerkmal:	<ul style="list-style-type: none"> • „Vorhaltung eines Eltern-Kind-Rooming-In. Rooming-In meint hierbei die Unterbringung des Elternteils mit seinem Kind gemeinsam in einem eigenen familiengerechten Zimmer • Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“ 	
Problem / Fragestellung:	<p>Was bedeutet Rooming-In in dem familiengerechten Zimmer?</p> <p>Was versteht man unter einem Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum?</p>	
Ergebnis:	<p>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.</p> <p>Es muss ein gesonderter Eltern-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.</p> <p>Die Ausstattung der Räume ist altersangemessen kindergesichert (z. B. Steckdosensicherung, Fenstersicherung).</p>	
Begründung:	<p>Im OPS werden sowohl die Vorhaltung eines Rooming-In als auch ein Eltern-Kind-gerechter Aufenthalts- und Spielraum gefordert. Die Infrastruktur des Aufenthalts- und Spielraumes muss den Kindern und auch den Eltern gerecht werden.</p>	

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:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 38
OPS-Kode(s):	8-985 Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]	
Schlagworte:	Supervision, systematisch, Behandlungsteam, qualifizierter Entzug	
Strukturmerkmal:	<p><i>„Multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervisiertes 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)“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	<p>Welche Voraussetzungen sind erforderlich, damit das multidisziplinäre Behandlungsteam als systematisch supervisiert* gilt?</p> <p>In welcher Form und Frequenz ist die Supervision zu erbringen?</p>	
Ergebnis:	<p>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.</p>	
Begründung:	<p>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.</p>	

	<p>Aus dem Begriff „systematisch“ folgt, dass Supervisionen in einem festgelegten Turnus stattfinden müssen. Dieser ist von dem Krankenhaus nachvollziehbar darzulegen.</p>		
<p>Ergänzende Hinweise:</p>	<p>*Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Strukturmerkmal „supervisiert“ als „supervidiert“ verstanden wird und entsprechend im OPS ersetzt werden sollte.</p>		
<p>Erstellt:</p>	<p>17.03.2021</p>	<p>Aktualisiert:</p>	<p>25.03.2022</p>

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 40
OPS-Kode(s):	<p><i>8-718.8 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit</i></p> <p><i>8-718.9 Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit</i></p>	
Schlagworte:	Ethik-Fallgespräch, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	<p><i>„Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs“</i></p> <p><i>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</i></p> <p><i>„Der OPS legt nicht fest, dass für die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs bestimmte Strukturen (z.B. ein Ethik-Komitee) vorhanden sein müssen.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	Welche Voraussetzungen sind für die Durchführung von Ethik-Fallgesprächen erforderlich?	
Ergebnis:	<p>Personen, die Ethik-Fallgespräche moderieren, benötigen eine entsprechende Qualifikation.</p> <p>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.</p> <p>Dies kann auch durch Kooperation erfüllt werden. Eine entsprechende Vereinbarung mit Qualifikationsbeleg der Person ist dann nachzuweisen.</p> <p>Bei Mitgliedern eines Ethik-Komitees besteht keine Notwendigkeit für einen expliziten Qualifikationsnachweis.</p> <p>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.</p>	

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:	<p>Die qualifizierte Person muss kein Mitglied eines Ethik-Komitees sein.</p> <p>Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM), Göttingen https://www.aem-online.de</p> <p>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.</p>		
Erstellt:	14.06.2021	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 42
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Nierenersatzverfahren, intermittierend, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	<p>„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:</p> <ul style="list-style-type: none"> – [...] <ul style="list-style-type: none"> – Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren – [...] <p>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</p> <p>„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.“</p> <p>Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</p>	
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:	<p>Bei intensivtherapiepflichtigen Patientinnen und Patienten müssen auf der Intensivstation jederzeit sowohl kontinuierliche als auch intermittierende Nierenersatztherapien durchgeführt werden können.</p> <p>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.</p> <p>Die nephrologischen Dienstleistungen können durch Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.</p> <p>Die Möglichkeit zum persönlichen Einsatz von Fachärztinnen/Fachärzten für Nephrologie (oder mit Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung)</p>	

	am Standort des Krankenhauses innerhalb von 24 Stunden muss gegeben sein.		
Begründung:	<p>Zur Durchführung eines Verfahrens müssen entsprechende apparative/technische Ausstattungen vorhanden sein und gleichzeitig das Personal, dass das jeweilige Nierenersatzverfahren indizieren, durchführen und überwachen kann.</p> <p>Geräteeinweisungen und auf den Einsatz des jeweiligen extrakorporalen Nierenersatzverfahrens bezogene Schulungen sind obligatorisch.</p>		
Ergänzende Hinweise:	<p>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).</p> <p>Zu den intermittierenden Nierenersatzverfahren zählen u.a. die intermittierende Hämodialyse (HD), die intermittierende Hämofiltration (HF) oder die intermittierende Hämodiafiltration (HDF).</p> <p>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.</p>		
Erstellt:	12.07.2021	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 43
OPS-Kode(s):	Allgemein	
Schlagworte:	Anzahl der Mitarbeiterinnen und/oder Mitarbeiter in Therapiebereichen/Verfahren, Klarstellung	
Strukturmerkmal:	<p>Für mehrere Codes wurden für den OPS 2021 Strukturmerkmale für das Vorhandensein oder die Verfügbarkeit von Therapiebereichen oder Verfahren festgelegt.</p> <p><i>Klarstellungen und Änderungen gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V</i></p> <p><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-Kode 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.</i></p> <p><i>Diese Klarstellung ist rückwirkend gültig ab dem 1. Januar 2021 und ist auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig.“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	Wie viele ausreichend qualifizierte Personen muss ein Krankenhaus für im OPS-Katalog geforderte Therapiebereiche/Verfahren vorhalten?	
Ergebnis:	<p>Das Vorhalten eines Therapiebereiches oder eines Verfahrens kann durch eine qualifizierte Person sichergestellt werden.</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Die erforderlichen Qualifikationen und ggf. die Kooperationsvereinbarungen sind nachzuweisen.</p>	
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).		
Erstellt:	14.06.2021	Aktualisiert:	25.03.2022

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, Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft	
Strukturmerkmal:	<p><i>OPS 8-98g: „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischem Personal, mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“</i></p> <p><i>OPS 8-987: „Vorhandensein von speziell eingewiesenem medizinischem Personal und mindestens einem Krankenhaushygieniker und/oder einer/einem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers (auch in Kooperation möglich)“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation müssen Krankenhaushygieniker oder Hygienefachkräfte innehaben und wie müssen sie verfügbar sein?	
Ergebnis:	<p>Krankenhaushygienikerin oder Krankenhaushygieniker kann nur sein, wer die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt</p> <ul style="list-style-type: none"> - für Hygiene und Umweltmedizin oder - für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder - eine andere Facharztweiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat und <p>a) eine Zusatzbezeichnung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer erworben hat oder</p> <p>b) eine von einer Landesärztekammer anerkannte strukturierte Fortbildung zur Krankenhaushygiene nach dem Curriculum der Bundesärztekammer erfolgreich absolviert hat.</p> <p>Voraussetzungen zur Wahrnehmung der Aufgaben einer Hygienefachkraft sind eine</p> <ul style="list-style-type: none"> - staatliche Anerkennung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in und - abgeschlossene Weiterbildung zur Hygienefachkraft an einer staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte. <p>Die Sicherstellung der Erreichbarkeit eines Krankenhaushygienikers und/oder einer Hygienefachkraft (unter Aufsicht eines Krankenhaushygienikers) ist z. B. durch Kooperationsvereinbarungen, Hygienepläne, Dienstanweisungen, SOP nachzuweisen.</p>	

Begründung:	Die Qualifikationsvorgaben basieren auf den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention („Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“).		
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		
Erstellt:	02.07.2021	Aktualisiert:	25.03.2022

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 45	
OPS-Kode(s):	<p>8-98g.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern, Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit</p> <p>8-987.0 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE], Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit</p>		
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:	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die besonderen hygienischen Anforderungen beim Betreten von Räumlichkeiten einer Isolierstation sind in Hygieneplänen festzulegen. Hierzu ist eine Schulung des Personals erforderlich.</p>		
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:	25.03.2022

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: -

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:	<p><i>8-981 „24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnersorgenden Gefäße“</i></p> <p><i>8-98b „Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnersorgenden Gefäße“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation ist erforderlich, um neurosonologische Untersuchung der extra- und intrakraniellen Gefäße durchführen zu können?	
Ergebnis:	<p>Über die erforderliche Qualifikation, neurosonologische Untersuchungen der extra- und intrakraniellen Gefäße durchführen zu können, verfügen aufgrund der Inhalte ihrer Facharztweiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachärztinnen / Fachärzte für Neurologie • Fachärztinnen / Fachärzte für Neurochirurgie • Fachärztinnen / Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie <p>sowie jeweils Assistenzärztinnen / Assistenzärzte in Weiterbildung dieser drei Fachgebiete unter Einhaltung des Facharztstandards.</p> <p>Ebenfalls über die erforderliche Qualifikation verfügen Fachärztinnen / Fachärzte für Radiologie mit dem Schwerpunkt Neuroradiologie sowie Ärztinnen / Ärzte in der Schwerpunktweiterbildung Neuroradiologie.</p> <p>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.</p>	
Begründung:	<p>Es handelt sich bei neurosonologischen Untersuchungen der extra- und intrakraniellen Gefäße um Verfahren, die nicht Bestandteil jeder Facharztweiterbildung sind.</p> <p>Insbesondere aufgrund der Anforderungen an die Untersuchungstechnik und Interpretation der Sonographie der intrakraniellen Gefäße bedarf es einer entsprechenden Qualifikation.</p>	
Ergänzende Hinweise:	<p>„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/NE_U_Kurskonzept_2015-06-12.pdf</p>	

Erstellt:	25.03.2022	Aktualisiert:	-
------------------	------------	----------------------	---

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: -

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 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 <ul style="list-style-type: none"> • <i>„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“</i> 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation <ul style="list-style-type: none"> • <i>„Frührehatteam 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.“</i> 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation <ul style="list-style-type: none"> • <i>„Frührehatteam 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)“</i> 8-718.9 Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit <ul style="list-style-type: none"> • <i>„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“</i> 	

*8-975.2 Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische
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 geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie 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 mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege 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

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„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.</i> • <i>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“</i> <p><i>8-98h Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>„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)</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.“</i> 		
Problem / Fragestellung:	Wie ist der in den OPS festgelegte Erfahrungs-/Tätigkeitszeitraum in Hinblick auf die Erbringung in Teilzeit zu bewerten?		
Ergebnis:	<p>Bei Erbringung in Teilzeit verlängert sich der jeweils festgelegte Erfahrungs-/Tätigkeitszeitraum entsprechend dem Umfang einer Vollzeittätigkeit.</p> <p>Fordert der OPS beispielsweise eine einjährige Erfahrung, so kann diese bei einer Tätigkeit mit 50 % der regulären Arbeitszeit in zwei Jahren erworben werden.</p>		
Begründung:	<p>Erfahrung/Tätigkeit dient dem Kompetenzerwerb der Ärztin/des Arztes bzw. der Therapeutinnen/Therapeuten sowie des Pflegepersonals im Interesse des Patienten.</p> <p>Analog zum Kompetenzerwerb geregelter Weiterbildung erfordert der Erwerb von Erfahrung eine Gesamtdauer entsprechend einer Tätigkeit in Vollzeit.</p> <p>Nur durch eine äquivalente Verlängerung des Erfahrungserwerbs in Teilzeit kann ein zeitlich vergleichbares Erfahrungsniveau erlangt werden.</p> <p>In dieser Weise verfahren auch Musterweiterbildungsordnungen und Richtlinien des G-BA.</p>		
Ergänzende Hinweise:	-		
Erstellt:	13.05.2022	Aktualisiert:	-

6.2 SMB-Vorlage

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: XX	
OPS-Kode(s):			
Schlagworte:			
Strukturmerkmal:			
Problem / Fragestellung:			
Ergebnis:			
Begründung:			
Ergänzende Hinweise:			
Erstellt:		Aktualisiert:	

6.3 Übersicht Gültigkeitsdauer von Bescheinigungen je Prüfungsart

Beantragte Prüfung	Gültigkeit der Bescheinigung: Beginn	Gültigkeit der Bescheinigung: Ende
Turnusgemäße Prüfung (4.1.2 und 8.1.)	<ul style="list-style-type: none"> • 01.01.2023, wenn Antragstellung fristgerecht (bis 30.06.2022) erfolgt ist • 01.01.2023, bei Antrag nach 30.06.2022 und Bearbeitung bis 31.12.2022 • Datum des Bescheides, bei Antrag nach 30.06.2022 und erfolgter Bearbeitung erst in 2023 	<ul style="list-style-type: none"> • 31.12.2023 für einjährige Kodes gemäß Anlage 3 der Richtlinie • 31.12.2023 bei Ausnahmen von Strukturmerkmalen nach § 25 Absatz 1 und 4 KHG • 31.12.2024 (Regelfall bei turnusgemäßer Prüfung)
Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung für im Jahr 2021 beantragte Prüfungen (4.1.3. und 8.2.1)	Datum der Antragstellung zur Wiederholungsprüfung in 2022	31.12.2022
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (4.1.3. und 8.2.2)	Ab Zeitpunkt der nachweislichen Wiedererfüllung	Datum des Endes der ursprünglichen Bescheinigung, die vor Eintritt der Nichteinhaltung vorlag
Prüfung bei erneuter oder erstmaliger Leistungsvereinbarung bei bestehender Leistungserbringung (4.1.3 und 8.2.3)	Datum des Leistungsbeginns, frühestens bis zu 3 Monate vor Antragstellung rückwirkend	31.12.2023
Prüfung bei erneuter oder erstmaliger Leistungsvereinbarung bei nicht-bestehender Leistungserbringung Planungsprüfung (4.1.4 und 8.3)	Datum angezeigter (geplanter) Leistungsbeginn	6 Monate nach Datum Leistungsbeginn oder Ende durch Aufhebung mit Bescheid der Strukturprüfung nach Planungsprüfung

Prüfung bei erneuter oder erstmaliger Leistungsvereinbarung bei nicht-bestehender Leistungserbringung Strukturprüfung nach Planungsprüfung (4.1.4 und 8.3)	Datum des Bescheides der Strukturprüfung nach Planungsprüfung	31.12. des (auf den Bescheid) folgenden Kalenderjahres
---	---	--