

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

(in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. med. Annette Busley	Bereichsleiterin Medizinische Versorgung Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
Dipl.-Med. Ines Crämer	Fachreferentin Stationäre Begutachtung MDK Sachsen e. V.
Dr. med. Thomas Dittberner	Stellvertretender Leiter Referat Stationäre Versorgung MDK Mecklenburg-Vorpommern e. V.
Dr. med. Antje Freyer	Leiterin Fachreferat Stationäre Versorgung Medizinischer Dienst Thüringen
Dr. med. Mechtild Hermes	Geschäftsbereich GKV – Stationäre Leistungen MDK Niedersachsen
Dr. med. Claudia Kreuzer	Leiterin Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung MDK Nordrhein
Dr. med. Andreas Krokotsch	Leiter Abteilung Krankenhaus Medizinischer Dienst Nord
Dr. med. Frauke Lehr	Leiterin Team Consulting Stationär MDK Hessen
Dr. med. Stefanie Müller-Siepmann	Medizinischer Fachbereich Stationäre Versorgung MDK Nordrhein
Dr. med. Maria Wagner	Referentin Qualitätsprüfungen Krankenhaus, Geschäftsbereich Fachservice Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg

Beschlussfassung:

Der Begutachtungsleitfaden wurde am 25. Mai 2021 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: <https://www.mds-ev.de>

Vorwort

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

Erstmals sind nun Krankenhäuser Antragsteller für eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Sie haben zukünftig 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 MDS 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 werden.

Der hier vorliegende Begutachtungsleitfaden nimmt Bezug auf die am 20. Mai 2021 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.

Mai 2021

gez. Dr. Kerstin Haid
Leitende Ärztin MDS

gez. Dr. Matthias Mohrmann
Stv. Sprecher der Leitenden Ärztinnen und
Ärzte der MDK-Gemeinschaft

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Einleitung	6
2 Rechtliche und sozialmedizinische inhaltliche Grundlagen der Begutachtung	8
2.1 Gesetze	8
2.2 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.....	9
2.3 Operationen- und Prozedurenschlüssel 2021 Systematisches Verzeichnis	10
2.4 Vereinbarungen der Medizinischen Dienste	11
2.4.1 Prüfzeitraum der Dienstpläne und weitere Nachweise	11
2.4.2 Jahreswechsel und Prüfzeitraum	11
2.4.3 Besondere Regelungen für das Jahr 2021.....	12
2.4.3.1 Prüfzeitraum.....	12
2.4.3.2 Vorübergehend von der Prüfung ausgenommene Strukturmerkmale	12
2.4.3.3 Neue OPS-Kodes.....	12
2.5 Strukturmerkmalbewertungen (SMB).....	13
3 Gutachten	14
3.1 Antragstellung	14
3.2 Erledigungsarten und Prüfablauf	14
3.2.1 Dokumentenprüfung.....	16
3.2.2 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung.....	17
3.2.3 Vor-Ort-Prüfung	18
3.3 Grundsätze der Begutachtung.....	20
4 Turnusgemäße Prüfung und Wiederholungsprüfungen	21
4.1 Turnusgemäße Prüfung.....	21
4.2 Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung	21
4.3 Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen	22
5 Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch	23
6 Anlage	24
Anlage 1: Strukturmerkmalbewertungen (SMB)	24
Anlage 2: SMB-Vorlage	50

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
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 MDK-Gemeinschaft
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SMB	Strukturmerkmalbewertung
SOP	Standard Operating Procedure
StrOPS-RL	Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 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 der Krankenversicherung (MDK) 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 zukünftig durchzuführenden Strukturprüfungen vorgegeben. Grundlage der Begutachtung ist die Richtlinie nach § 283 SGB V Abs. 2 Satz 1 Nummer 3, die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) unter Beteiligung der Medizinischen Dienste sowie des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See erstellt wurde.

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 Verwaltungsverfahren vorgegeben.

Krankenhäuser haben zukünftig 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 Strukturprüfungen werden auf Grundlage eines durch die Richtlinie nach § 283 SGB V vorgegebenen Prüfzeitraums erfolgen, der bereits bei der Beantragung der Begutachtung in der Vergangenheit liegt. Die Einhaltung der Strukturmerkmale wird dann 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 soll allen Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste eine verbindliche Hilfestellung bei der einheitlichen Durchführung der Strukturprüfungen nach § 275d SGB V sein. Der Begutachtungsleitfaden gibt ergänzende verbindliche Hinweise zur Durchführung von Strukturprüfungen in besonderen Konstellationen wie z. B. dem ersten Prüffahr 2021 sowie dem Umgang mit den auf der Grundlage des Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) ausgesetzten Strukturmerkmalen nach § 25 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Der Begutachtungsleitfaden legt ein besonderes Augenmerk auf die einheitliche Auslegung der Strukturmerkmale, die die Grundlage der Strukturprüfungen sind. Grundsätzlich erforderlich wären eindeutige Strukturmerkmale, die keiner Auslegung bedürften. Bei nicht eindeutigen Strukturmerkmalen erstellen die Medizinischen Dienste Strukturmerkmalbewertungen (SMB). Diese sind Bestandteil des Begutachtungsleitfadens, der auf der Homepage des MDS veröffentlicht wird.

Der Begutachtungsleitfaden dient den Gutachterinnen und Gutachtern der Medizinischen Dienste als Hilfestellung bei der Durchführung von Strukturprüfungen nach § 275d SGB V und schafft verbindliche Vorgaben für die Durchführung und Begutachtung.

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 BfArM (ehemals DIMDI) herausgegebenen 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.

Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie wurde die Umsetzung gesetzlich um ein Jahr auf das Jahr 2021 verschoben.

Für das Jahr 2021 gilt, dass die Bescheinigung den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen spätestens bis zum 31.12.2021 zu übermitteln ist, damit für 2022 die Leistungen durch das Krankenhaus vereinbart und abgerechnet werden können.

Im § 275d SGB V wurde außerdem das Vorgehen für den Fall geregelt, dass eine Prüfung aus von den Krankenhäusern nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31.12.2021 erfolgt.

Zudem wurde 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. Diese hatte der Medizinische Dienst Bund bis zum 28.02.2021 zu erlassen. Die Richtlinie trat am 20.05.2021 nach Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Kraft.

2.2 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

Am 26. Februar 2021 erließ der MDS 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*, welche am 20. Mai 2021 vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wurde. Im Weiteren wird der Name der Richtlinie mit „StrOPS-RL“ abgekürzt.

Die Richtlinie regelt das Nähere zur Beantragung von Strukturmerkmalsprüfungen und deren Begutachtung. Im Abschnitt 1 der Richtlinie werden die gesetzlichen Grundlagen dargestellt, der Abschnitt 2 beschreibt den Geltungsbereich, der Abschnitt 3 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.

In Abschnitt 4 wird der Begutachtungsablauf mit den unterschiedlichen Erledigungsarten (Dokumentenprüfung, Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung und Vor-Ort-Prüfung) erläutert.

Der Abschnitt 5 befasst sich mit dem Gutachten, dem Bescheid, der Bescheinigung und ihrer Gültigkeitsdauer. Pro OPS-Kode werden pro Krankenhausstandort und ggf. je Station bzw. Einheit ein Gutachten, ein Bescheid und ggf. eine Bescheinigung erstellt. Grundsätzlich beträgt die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung zwei Jahre; die Ausnahmen werden aufgelistet und erläutert. Unter anderem wird auch festgelegt, dass in den Fällen, bei denen aufgrund der Regelungen des § 25 Abs. 4 KHG Strukturmerkmale ohne Prüfung als erfüllt angesehen werden, die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung nur ein Jahr beträgt.

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 in Folge der gesetzlichen Vorgaben ein OPS-Kode, der erstmalig abrechnungsrelevant wird, erst im ersten Jahr seiner Vergütungsrelevanz zur Prüfung beantragt werden kann.

Abschnitt 8 beschreibt den Ablauf und die Fristen der turnusgemäßen Prüfungen und der Wiederholungsprüfungen.

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.

2.3 Operationen- und Prozedurenschlüssel 2021 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 im 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:

8-984	<p>Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus</p> <p><i>Hinw.:</i> Strukturmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG") • Vorhaltung von differenzierten Behandlungsprogrammen, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 und Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist die Vorhaltung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend <p>Mindestmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche • Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele • Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen
--------------	--

Abbildung 1: Kennzeichnung der Strukturmerkmale (OPS 8-984 im OPS-Katalog 2021)

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

Das BfArM hat zudem in der Version 2021 im Abschnitt „Hinweise für die Benutzung“, Unterpunkt „Hinweise“, Festlegungen zu den Begriffen Standort und Behandlungsleitung getroffen:

- *„Ist beim Kode spezifisch angegeben, dass ein Strukturmerkmal am Standort des Krankenhauses verfügbar sein muss, kann es nur dann durch Kooperation erfüllt werden, wenn die Verfügbarkeit am Standort kodespezifisch sichergestellt ist.“*
- *„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.“

2.4 Vereinbarungen der Medizinischen Dienste

Das Prüfkonzept der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes wird in der Richtlinie des MDS 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 der Dienstpläne und weitere Nachweise

In Abschnitt 3 der Richtlinie wurde festgelegt, dass der Medizinische Dienst, sofern die Strukturmerkmale dies erfordern und die Leistung vom Krankenhausstandort bereits erbracht wurde, die Vorlage von Dienstplänen fordert. Dabei sind stets drei zusammenhängende Monate aus den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung des Krankenhauses auszuwählen.

Sofern die Leistung vom Krankenhausstandort bereits erbracht wurde, ist dieser dreimonatige Zeitraum auch der maßgebliche Zeitraum, der für die Überprüfung der Nachweise der übrigen Strukturmerkmale zugrunde gelegt wird. Geforderte Qualifikationen müssen vor diesem Zeitraum erworben worden sein, notwendige Verträge zu diesem Zeitpunkt ihre Gültigkeit erlangt haben und Standardvorgehensweisen vom Krankenhaus festgelegt worden sein.

Nur in begründeten Fällen kann von einem zusammenhängenden dreimonatigen Prüfzeitraum abgewichen werden. Dies gilt beispielsweise dann, wenn aufgrund gesetzlicher Regelungen bestimmte Zeiträume von der Prüfung ausgenommen sind (z. B. aufgrund der SARS-CoV2-Pandemie) und/oder der Krankenhausstandort die beantragte Leistung noch keine drei Monate erbringt. In solchen Fällen können drei nicht zusammenhängende Monate geprüft oder ein kürzerer Prüfzeitraum gewählt werden.

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 2021

2.4.3.1 Prüfzeitraum

Da das BfArM in der OPS-Version 2021 erstmals Strukturmerkmale in OPS-Kodes explizit ausgewiesen hat, soll für die im Jahr 2021 beantragten Begutachtungen ein im Kalenderjahr 2021 liegender Prüfzeitraum benannt werden.

2.4.3.2 Vorübergehend von der Prüfung ausgenommene Strukturmerkmale

Zu beachten ist, dass das BfArM mit Wirkung zum 1. Januar 2021 eine Liste der vorübergehend von der Prüfung ausgenommenen Strukturmerkmale bestimmter OPS-Kodes nach § 25 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für die OPS-Version 2021 veröffentlicht hat. Grundlage dieser Liste ist § 25 KHG, der durch das Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) neu geschaffen wurde und durch das Dritte Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 18. November 2020 (BGBl. I S. 2397) geändert wurde. Danach dürfen diese Strukturmerkmale bis einschließlich dem 30. Juni 2021 nicht begutachtet werden, sofern das betreffende Krankenhaus in diesem Zeitraum COVID-19-Fälle oder COVID-19-Verdachtsfälle behandelt bzw. behandelt hat. 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.

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 Absatz 4 Satz 3 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.

Wird bei der Begutachtung o. g. Strukturmerkmale ein nach dem 30. Juni 2021 liegender Prüfzeitraum für die vorzulegenden Dienstpläne und weiteren Nachweise ausgewählt, beträgt die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung bei Erfüllung der Strukturmerkmale zwei Jahre, sofern es sich nicht um Kodes mit einjähriger Gültigkeit handelt.

2.4.3.3 Neue OPS-Kodes

Entsprechend Abschnitt 4.1.2 der Richtlinie müssen Krankenhäuser, die einen OPS-Kode im Folgejahr der Prüfung erstmals mit den Krankenkassen vereinbaren wollen, bis 30. September des jeweiligen Prüfungsjahres einen Antrag beim Medizinischen Dienst vorlegen. In Abschnitt 5.4 der Richtlinie wird festgelegt, dass in Fällen, in denen das Krankenhaus die betreffende Leistung in der Vergangenheit noch nicht erbracht und abgerechnet hat, die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung ein Jahr beträgt. Wird ein neuer abrechnungsrelevanter OPS-Kode vom BfArM eingeführt, greifen o. g. Regelungen implizit ebenfalls.

In Ergänzung zu Abschnitt 4.1.4 der StrOPS-RL gilt für das Antragsjahr 2021, dass Krankenhäuser, die im Jahr 2021 einen OPS-Kode bereits erbracht und abgerechnet haben, diese Kodes mit der Antragsart 4.1.1 „turnusgemäße Prüfung“ beantragen können.

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 Hinweise des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte („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 Erstell- 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 Gutachten

In der Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über die Regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL) ist das Verfahren für die Durchführung der Begutachtungen festgelegt.

In Abschnitt 4 der Richtlinie werden die Beantragung der Prüfung und die Durchführung der Prüfung geregelt.

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.

Die Richtlinie sieht folgende Antragsarten vor:

- Turnusgemäße Prüfung
- Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung
- Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen
- Erstmalige oder erneute Beantragung einer Prüfung

Die Beantragungsfrist endet für die Krankenhäuser bei turnusgemäßen Prüfungen am 30. Juni eines jeden Jahres, für die erstmalige oder erneute Beantragung einer Prüfung am 30. September eines jeden Jahres. Nur wenn die Beantragung der Prüfungen innerhalb dieser Fristen erfolgt, kann der Medizinische Dienst die zeitgerechte Erledigung gewährleisten. Wiederholungsprüfungen nach Nichterteilung der Bescheinigung müssen im selben Kalenderjahr wie der zugrundeliegende Erstantrag beantragt werden. Wiederholungsprüfungen nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen unterliegen keiner Fristenregelung für die Krankenhäuser.

Nach Eingang des Antrags erhält das Krankenhaus vom Medizinischen Dienst innerhalb von zehn Werktagen (Mo.–Fr.) OPS-bezogen jeweils eine Eingangsbestätigung, eine Mitteilung über die Erledigungsart sowie ggf. über den Zeitraum der einzureichenden Dienstpläne.

3.2 Erledigungsarten und Prüfablauf

Die 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 dem zuständigen Medizinischen Dienst, sie kann je beantragtem OPS-Kode und Krankenhausstandort differieren.

Die Begutachtung erfolgt – unabhängig von der Erledigungsart – auf der Grundlage der vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Informationen. Diese beinhalten die ausgefüllten Selbstauskunftsbögen gemäß Anlage 5 der Richtlinie sowie die in Anlage 6 der Richtlinie aufgeführten, notwendigen Nachweise und Unterlagen.

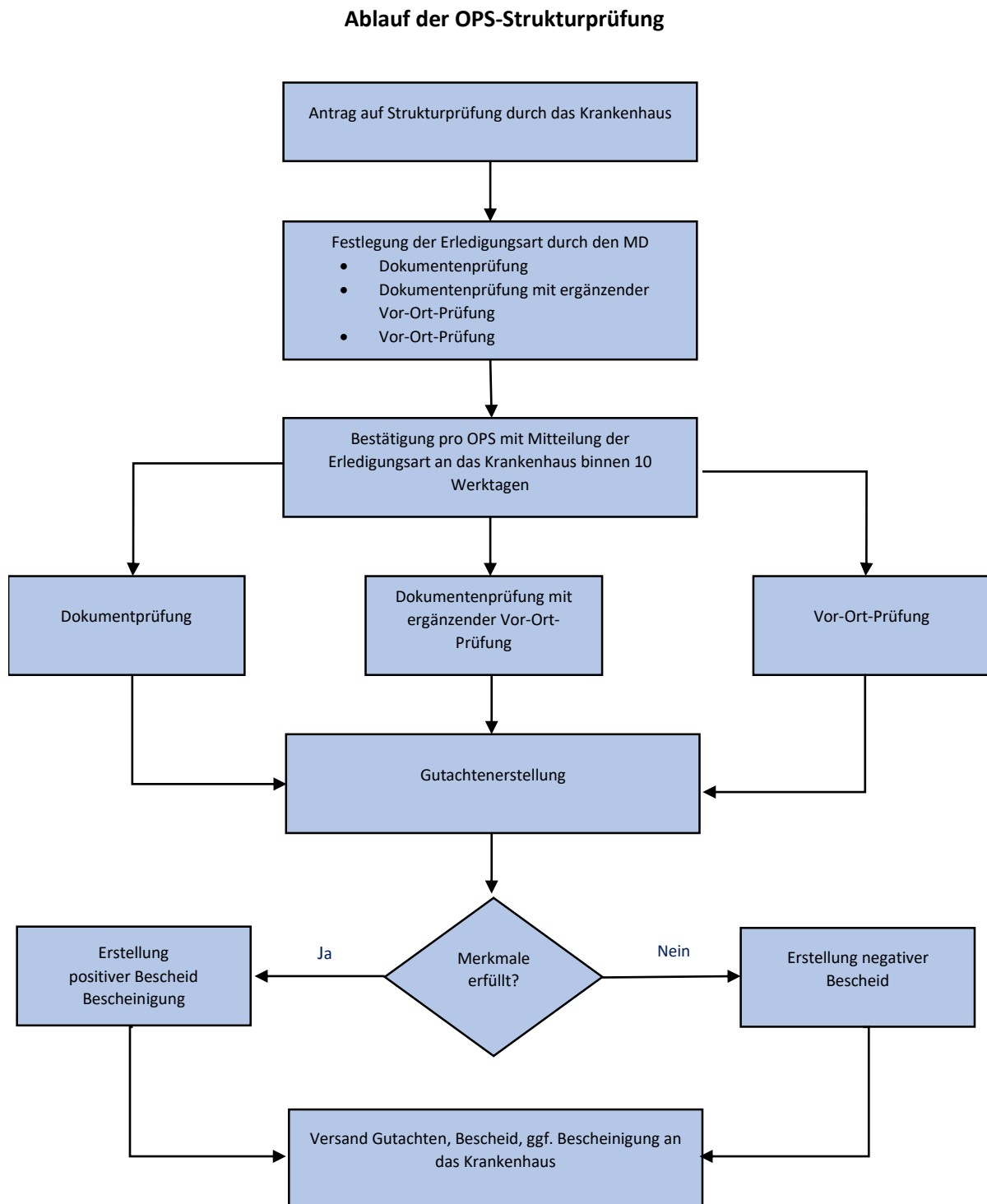


Abbildung 2: Ablauf der OPS-Strukturprüfung

3.2.1 Dokumentenprüfung

Nach der Mitteilung des Medizinischen Dienstes über die Erledigungsart übermittelt das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst alle erforderlichen Dokumente gemäß der Anlagen 5 und 6 der Richtlinie. 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.

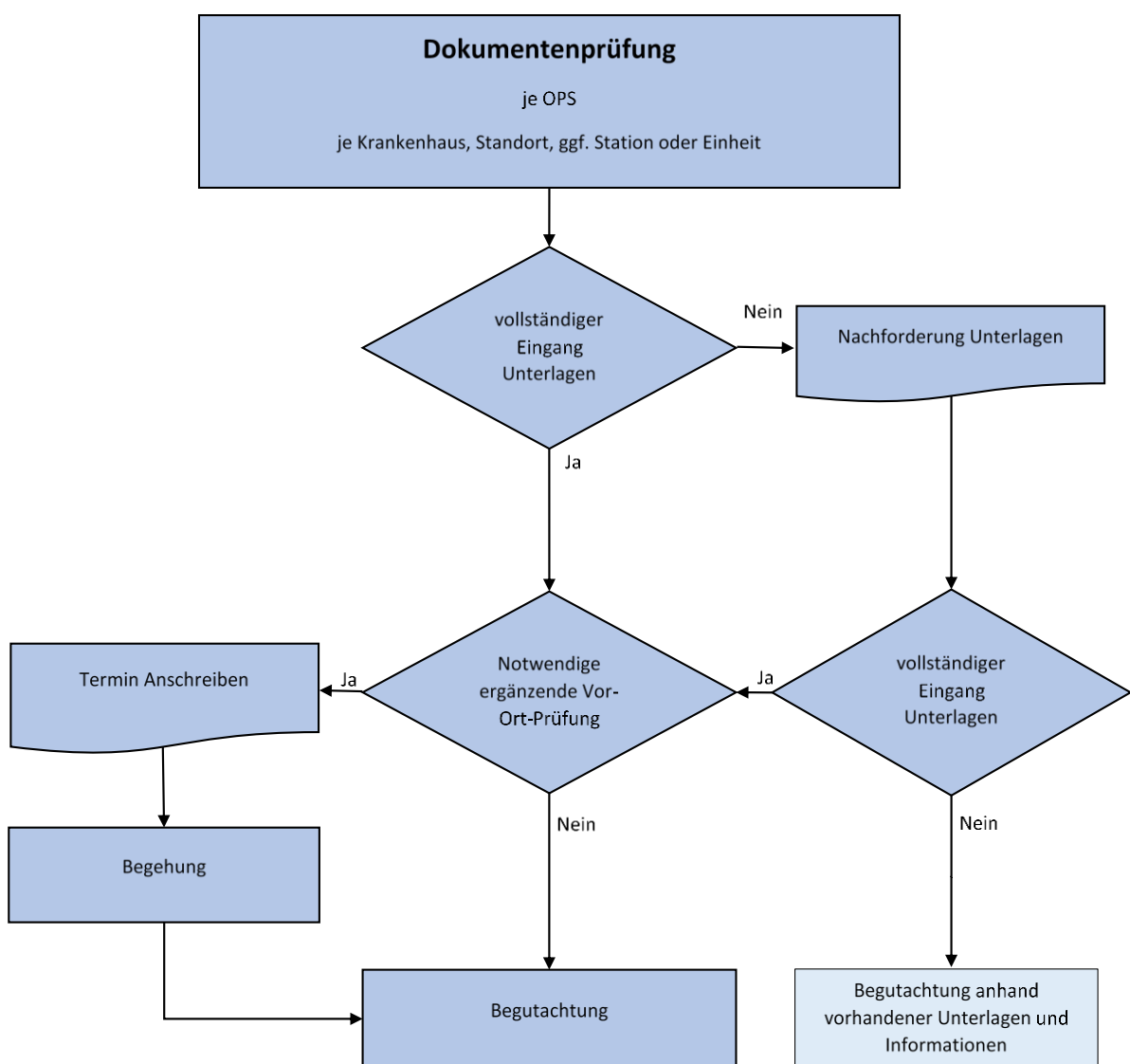


Abbildung 3: Dokumentenprüfung

3.2.2 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung

Nach der Mitteilung des Medizinischen Dienstes über die Erledigungsart übermittelt das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst alle erforderlichen Dokumente gemäß der Anlagen 5 und 6 der Richtlinie. Wenn bestimmte Unterlagen der Anlage 6 (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.

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 bei 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.

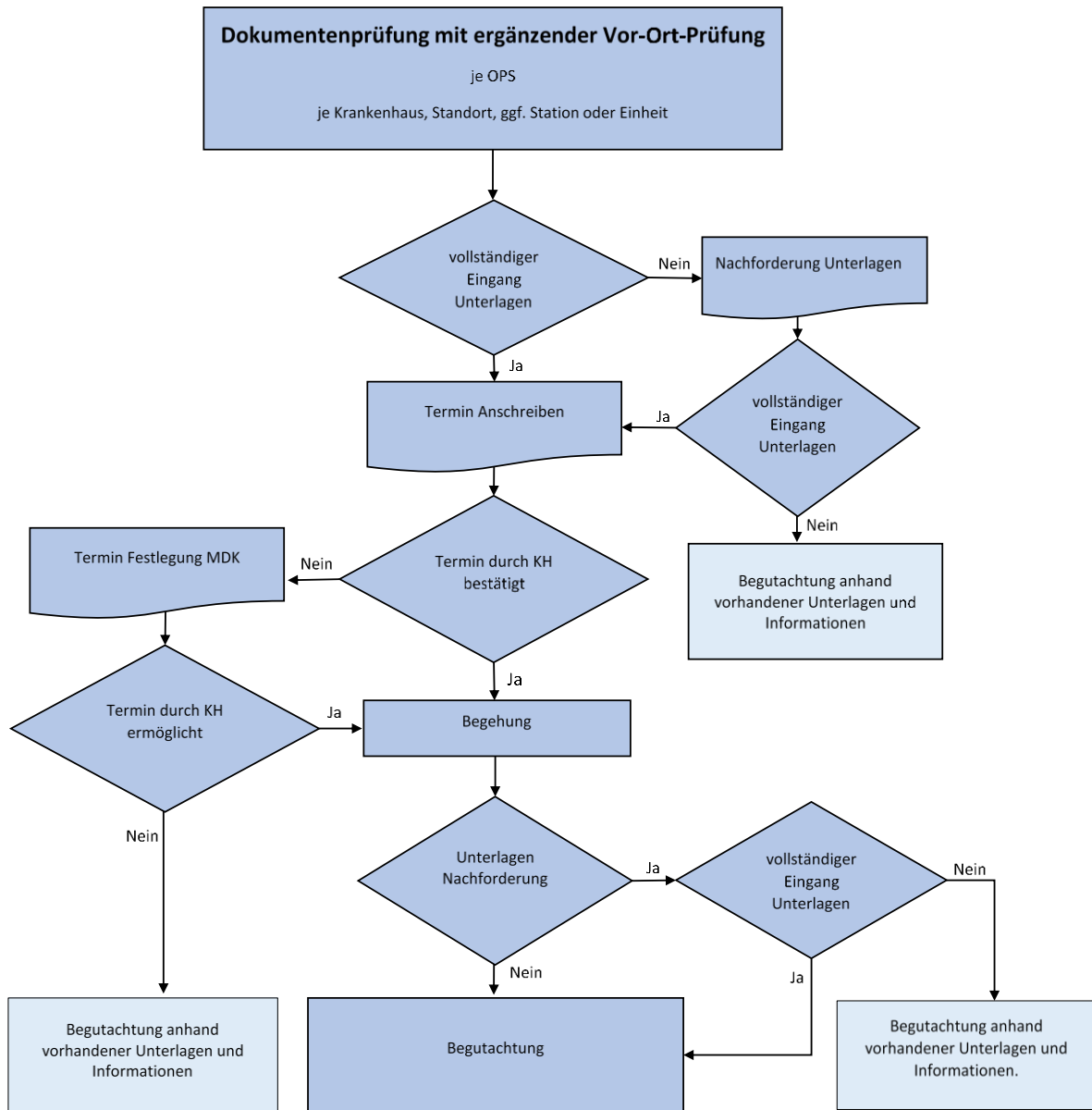


Abbildung 4: Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung

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 und den in Anlage 6 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 Gutachten ohne Erteilung einer Bescheinigung 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 bei Medizinischen Dienst ein, wird die Begutachtung anhand der vorliegenden Informationen abgeschlossen.

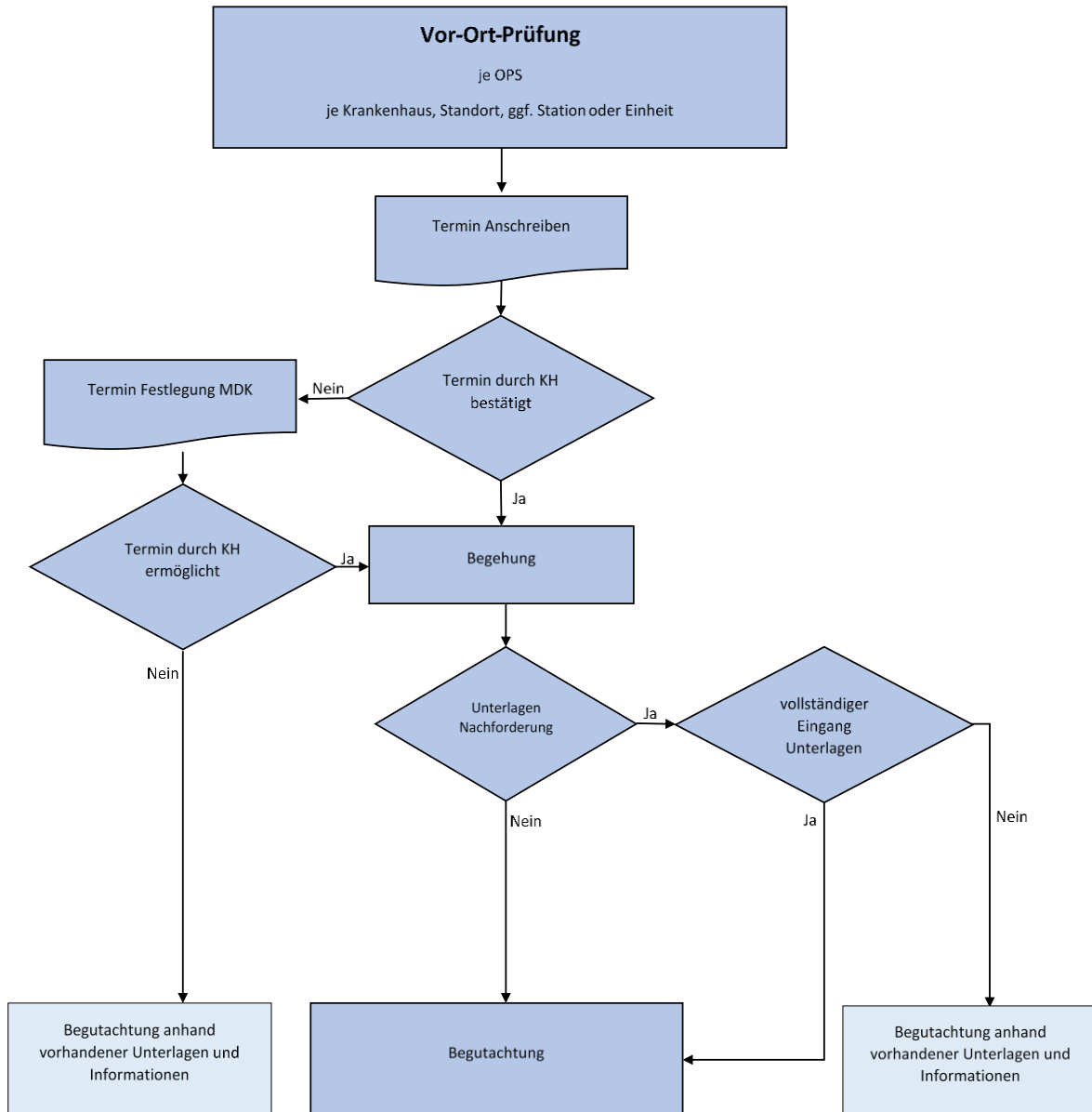


Abbildung 5: Vor-Ort-Prüfung

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 der Richtlinie (Gültigkeitsdauer) und den Anlagen 2 und 3 der StrOPS-RL. Abweichungen hiervon sind nicht statthaft.

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

Die Begutachtung erfolgt auf der Grundlage der Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund über die „Regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ und des hier vorliegenden Begutachtungsleitfadens sowie seiner Anhänge. Hierdurch wird ein bundeseinheitliches Vorgehen gewährleistet.

Die notwendigen Nachweise und Unterlagen sollen im Sinne einer rationellen Begutachtung OPS-bezogen vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur analog der Reihenfolge der Anlage 6 eingereicht werden.

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 Turnusgemäße Prüfung und Wiederholungsprüfungen

Die Richtlinie unterteilt Prüfungen in mehrere unterschiedliche Arten:

- Turnusgemäße Prüfung
- Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung
- Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen.

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 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

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, StrOPS-RL Abschnitt 8.2). Eine Beantragung zur Wiederholungsprüfung kann nur im Kalenderjahr der ursprünglichen Antragstellung erfolgen. Kann diese Prüfung nicht im selben Kalenderjahr durch den Medizinischen Dienst abgeschlossen werden, erfolgt dies im Folgejahr unter Anwendung der zum Zeitpunkt der ursprünglichen Antragstellung gültigen OPS-Version. Hierdurch soll vermieden werden, dass eine Änderung eines Strukturmerkmals in einem OPS-Code sich auf eine zurückliegend beantragte Prüfung auswirkt. Die Gültigkeit der Bescheinigung bei dieser Art der Wiederholungsprüfung beginnt mit dem 1. Januar des Folgejahres des Antrags. Findet die Wiederholungsprüfung erst im Folgejahr nach dem ursprünglichen Antrag statt, endet die Gültigkeit der Bescheinigung immer zum Ende des Jahres der Erteilung der Bescheinigung.

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 mitzuteilen, wenn eines oder mehrere Strukturmerkmale länger als einen Monat nicht mehr erfüllt werden. Kann das Krankenhaus dann im weiteren Verlauf die Wiedererfüllung der Strukturmerkmale gewährleisten, kann eine Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (StrOPS-RL 8.3.) beim Medizinischen Dienst beantragt werden. Die Begutachtung der Strukturmerkmale erfolgt dann anhand der OPS-Version, die der vormaligen Bescheinigung zu Grunde lag. Zu beachten ist, dass für diese Wiederholungsprüfung der nicht eingehaltenen Strukturmerkmale eine Erledigungsfrist für den Medizinischen Dienst vorgesehen ist (20 Werktage). Werden die vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale wieder erfüllt, umfasst die erstellte Bescheinigung über die Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale den Zeitraum, für den auch die ursprüngliche Bescheinigung gegolten hätte und beginnt mit dem Zeitpunkt der Erteilung der Bescheinigung über die Wiedereinhaltung.

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. Wird dem Vorbringen im Widerspruch nicht gefolgt, wird der Sachverhalt durch eine zweite Gutachterin/einen zweiten Gutachter geprüft.

6 Anlage

Anlage 1: Strukturmerkmalbewertungen (SMB)

Tabellarische Übersicht			
Nr.	OPS	Schlagworte	Zeitraum OPS-Merkmal
01	8-98d	Konsiliardienste, Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Facharztqualifikation	seit 2010
02	8-98e	Qualifikation, pflegerische Leitung, Einrichtung spezialisierte Palliativversorgung	seit 2012
04	8-98f	Konsiliardienste, Qualifikation, Fachärztin/Facharzt	seit 2013
05	8-98f	intensivmedizinische Erfahrung	seit 2013
08	8-98f	Kooperation, Nachweise, Konsiliardienste, Dienstplan, Qualifikation	seit 2013
09	8-98f	30 Minuten am Patienten, Verfügbarkeit, Intensivmedizin	seit 2018
10	8-98f	Transösophageale Echokardiographie, Qualifikation der Untersucherin/des Untersuchers	seit 2018
11	8-98h	Qualifikation ärztliche und pflegerische Leitung, Einrichtung spezialisierte Palliativversorgung	seit 2017
12	8-98h	Palliativdienst, Erreichbarkeit, Arzt	seit 2017
13	allgemein	Kooperation, Kooperationsvertrag, Kooperationsvereinbarung	seit 2004
24	allgemein	Behandlungsleitung, ärztliche, Vorspann, Hinweise für die Benutzung	seit 2021
25	9-64a	spezialisierte Einheit, duales Setting, milieutherapeutisches Setting	seit 2021
26	8-718.8	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte intensivmedizinische Einheit	seit 2021
27	8-718.9	Beatmungsentwöhnung, Weaning, spezialisierte nicht intensivmedizinische Einheit	seit 2021
29	allgemein	Dienstplan, geplant, tatsächlich	seit 2004
31	8-552	Neurologischer Sachverstand, Frührehabteam, kontinuierliche Einbindung	seit 2006
32	8-550	überwiegend tätig, Behandlungsleitung, zugehörige geriatrische Einheit	seit 2010
36	9-64a	Eltern-Kind-Rooming-In, Aufenthalts- und Spielraum, Rückzugsraum	seit 2021
37	9-643	Rooming-In, Aufenthalts- und Spielraum, Eltern-Kind-gerecht	seit 2011
38	8-985	Supervision, systematisch, Behandlungsteam, qualifizierter Entzug	seit 2006

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 01
OPS-Kode(s):	8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Konsiliardienste, Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Facharztqualifikation	
Strukturmerkmal:	<p>2010 bis 2020 <i>„Folgende Dienstleistungen/Konsiliardienste stehen zur Verfügung (eigene Abteilung oder fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft: Kinderchirurgie, Kinderkardiologie, Radiologie mit Computertomographie und/oder Magnetresonanztomographie und Erfahrung in der Beurteilung von kinderradiologischen Fragestellungen, Neuropädiatrie, Labor und Mikrobiologie“</i></p> <p>ab 2021 <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>	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation bzw. Zusatzqualifikation ist für die benannten Konsiliardienste „Kinderchirurgie und Kinderkardiologie“ erforderlich?	
Ergebnis:	Die kurzfristige Einsatzbereitschaft muss durch Fachärztinnen/Fachärzten für Kinderchirurgie und Kinderkardiologie sichergestellt sein.	
Begründung:	Die beschriebenen Konsiliardienste beziehen sich auf spezielle medizinische Fachgebiete. Vor diesem Hintergrund sind entsprechende Facharztqualifikationen mit Zusatzbezeichnung/Zusatzweiterbildung/ Schwerpunkt erforderlich. Die Qualifikation des Konsiliardienstes ist nachzuweisen.	
Ergänzende Hinweise:	-	
Merkmal seit:	2010	
Erstellt:	28.11.2016	Aktualisiert: 16.01.2021

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:	-	
Merkmal seit:	2012	
Erstellt:	22.01.2018	Aktualisiert: 16.01.2021

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 04	
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
Schlagworte:	Konsiliardienste, Qualifikation, Fachärztin/Facharzt		
Strukturmerkmal:	<p>bis 2017: „Mindestens 7 von den 9 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank“</p> <p>2018 bis 2020: „Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie“</p> <p>ab 2021: „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“</p>		
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation ist für die Konsiliardienste der genannten Fachgebiete erforderlich?		
Ergebnis:	Bei den im Konsiliardienst eingesetzten Ärztinnen/Ärzten der genannten Fachgebiete muss es sich um entsprechende Fachärztinnen/Fachärzte, ggf. mit Zusatzqualifikationen, handeln.		
Begründung:	Die im Konsiliardienst eingesetzten Ärztinnen/Ärzte 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:	-		
Merkmal seit:	2013		
Erstellt:	23.03.2017	Aktualisiert:	03.02.2021

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 05	
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)		
Schlagworte:	intensivmedizinische Erfahrung		
Strukturmerkmal:	<p>2013 bis 2020: <i>„Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen“</i></p> <p>ab 2021: <i>„Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft“</i> <i>„Die Ärzte des Teams sind in der Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten“</i></p>		
Problem / Fragestellung:	Unter welcher Voraussetzung können Ärztinnen und Ärzte als „in der Intensivmedizin erfahren“ angesehen werden?		
Ergebnis:	<p>Als „intensivmedizinisch erfahren“ werden Ärztinnen/Ärzte angesehen, die über eine mindestens 6-monatige Intensivmedizin-Erfahrung verfügen.</p> <p>Es ist sicherzustellen, dass zumindest pro Schicht eine intensivmedizinisch erfahrene Ärztin/ein erfahrener Arzt auf der Intensivstation verfügbar ist. Neben den intensivmedizinisch erfahrenen Ärztinnen/Ärzten können auch intensivmedizinisch nicht-erfahrene Ärztinnen/Ärzte im Rahmen ihrer Einarbeitung im Team tätig sein.</p>		
Begründung:	Grundlage sind die Musterweiterbildungsordnungen für Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie und Neurochirurgie mit der dort aufgeführten Dauer einer intensivmedizinischen Tätigkeit von sechs bis zwölf Monaten.		
Ergänzende Hinweise:	-		
Merkmal seit:	2013		
Erstellt:	30.03.2017	Aktualisiert:	03.02.2021

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 08
OPS-Kode(s):	8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	
Schlagworte:	Kooperation, Nachweise, Konsiliardienste, Dienstplan, Qualifikation	
Strukturmerkmal:	<p>2013 bis 2020 <i>„Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie“</i></p> <p>ab 2021 <i>„Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 min am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar.“</i></p>	
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:	-	
Merkmal seit:	2013	
Erstellt:	17.12.2018	Aktualisiert: 03.02.2021

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:	<p>2018 bis 2020 <i>„Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein“</i></p> <p>ab 2021 <i>„Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein“</i></p>		
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. 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 Krankenhausgelände 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:	-		
Merkmal seit:	2018		
Erstellt:	29.05.2019	Aktualisiert:	15.12.2020

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	
Strukturmerkmal:	<p>bis 2020 <i>„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ... • <i>Transösophageale Echokardiographie“</i> <p>ab 2021 <i>„24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ... • <i>Transösophageale Echokardiographie“</i> 	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation der Untersucher ist erforderlich?	
Ergebnis:	<p>Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie bzw. mit Schwerpunkt Kardiologie erfüllen gemäß Weiterbildungsordnung die Voraussetzungen.</p> <p>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>	
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. Sofern die Untersuchung von anderen Fachärzten durchgeführt wird, ist von diesen eine vergleichbare Qualifikation zu fordern.</p>	
Ergänzende Hinweise:	-	
Merkmal seit:	2018	
Erstellt:	11.04.2019	Aktualisiert: 03.02.2021

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:	<p>2017 bis 2020 <i>„Ärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung 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></p> <p>ab 2021 <i>„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 Palliativ-versorgung)“</i></p>	
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:	-	
Merkmal seit:	2017	
Erstellt:	22.01.2018	Aktualisiert: 16.01.2021

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>2017 bis 2018 <i>„Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/ Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab</i> [...] <i>24-stündige Erreichbarkeit und Anwesenheit bei fachlicher Notwendigkeit eines Facharztes aus dem Palliativdienst für die fallführende Abteilung,,</i></p> <p>2019 bis 2020 <i>„Der Palliativdienst ist ein abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team, bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/ Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Er bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab“</i> [...] <i>24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein“</i></p> <p>ab 2021 <i>„Abteilungsübergreifend tätiges, organisatorisch eigenständiges, multiprofessionelles und auf die komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team (Palliativdienst), bestehend aus ärztlichem Dienst, pflegerischem Dienst und mindestens einem Vertreter eines weiteren Bereiches: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie/Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie. Es bietet seine Leistungen zur Mitbehandlung von Patienten in einer fallführenden Abteilung an und stimmt diese mit der fallführenden Abteilung ab</i> [...] <i>24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung, der die aktuellen Probleme der Patienten kennt. Außerhalb der werktäglichen (Montag bis Freitag) Regelarbeitszeit</i></p>	

	<i>muss dieser Facharzt nicht dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören, aber mit den aktuellen Problemen der Patienten vertraut sein“</i>		
Problem / Fragestellung:	Kann die geforderte 24-stündige ärztliche Erreichbarkeit des Palliativdienstes gleichzeitig in Personalunion durch die fachliche Behandlungsleitung der Palliativstation erfolgen?		
Ergebnis:	<p>2017 bis 2018 Der Palliativdienst ist organisatorisch eigenständig. Daher ist die 24-stündige Erreichbarkeit und bei fachlicher Notwendigkeit Anwesenheit einer Fachärztin/eines Facharztes mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung für die fallführende Abteilung nicht gleichzeitig durch dieselbe Ärztin/denselben Arzt, die/der die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung für die spezialisierte Palliativeinheit gewährleistet, zu erbringen.</p> <p>ab 2019 Innerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit (Mo.–Fr.) muss die Fachärztin/der Facharzt dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören. Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit (Mo.–Fr.) 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:	-		
Merkmal seit:	2017		
Erstellt:	01.03.2019	Aktualisiert:	23.02.2021

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:	-	
Merkmal seit:	2004	
Erstellt:	17.03.2017	Aktualisiert: 23.02.2021

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	
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.“</i> <i>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>	
Problem / Fragestellung:	Unter welchen Voraussetzungen sind die Kriterien der Behandlungsleitung „fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten“ sowie „plant, koordiniert und überwacht die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten“ erfüllt und wie werden diese Voraussetzungen belegt?	
Ergebnis:	<p>Die Behandlungsleitung kann durch Fachärztinnen/Fachärzte mit entsprechender Qualifikation wahrgenommen werden. Sie ist nicht an die Funktion einer Chefarztin/eines Chefarztes, einer Oberärztin/eines Oberarztes gebunden.</p> <p>Die Kontinuität der Behandlungsleitung ist sicherzustellen. Aufgrund von geplanten und ungeplanten Abwesenheiten kann die Behandlungsleitung über ein Kalenderjahr nur durch mehrere Personen mit der entsprechenden Qualifikation gewährleistet werden.</p> <p>Sofern im konkreten Kode keine anderen Vorgaben gemacht werden, erfordert die Behandlungsleitung eine mindestens halbtägliche Anwesenheit (werktags Montag bis Freitag) am Standort der Leistungserbringung. Das Krankenhaus hat nachvollziehbar darzulegen, wie die Behandlungsleitung die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten plant, koordiniert, überwacht und wie die kontinuierliche Behandlungsleitung sichergestellt wird. Dies kann anhand von Visitenplänen, Dienstplänen und/oder schriftlichen Festlegungen zur Verfügbarkeit der Behandlungsleitung am Patienten erfolgen.</p> <p>Konkretisierungen der jeweiligen OPS-Kodes sind zu berücksichtigen.</p>	
Begründung:	Gemäß OPS trägt die Behandlungsleitung die fachlich-inhaltliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten. Insofern ist eine rein organisatorische oder rein formale Behandlungsleitung nicht ausreichend, um die Leistungen und ärztlichen Tätigkeiten am Patienten zu planen, zu koordinieren und zu überwachen. Eine ausschließlich delegierende Tätigkeit ist nicht ausreichend. Es ist eine regelmäßige persönliche Anwesenheit der Behandlungsleitung mit direkten Patientenkontakten in medizinisch angemessener Häufigkeit erforderlich.	

	Da allein durch geplante Abwesenheiten wie Urlaube, Fortbildungen etc. Ausfallzeiten der Behandlungsleitung vorhersehbar sind, kann eine Behandlungsleitung nicht durch eine einzelne Person sichergestellt werden.		
Ergänzende Hinweise:	Siehe auch BSG-Urteile B 3 KR 7/12 R, Randnummern 21-22 und B 1 KR 4/15 R, Randnummer 14		
Merkmal seit:	2021		
Erstellt:	14.12.2020	Aktualisiert:	22.04.2021

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 25	
OPS-Kode(s):	9-64a Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind		
Schlagworte:	spezialisierte Einheit, duales Setting, milieutherapeutisches Setting		
Strukturmerkmal:	<p>„Spezialisierte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenen-psychiatrischen/-psycho-somatischen/-psychotherapeutischen Setting“</p> <p>„Familiengerechtes milieutherapeutisches Setting mit der Möglichkeit von Eltern-Kind-Rooming-In, einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“</p>		
Problem / Fragestellung:	Was ist unter der spezialisierten Einheit in einem familiengerechten milieutherapeutischen Setting zu verstehen?		
Ergebnis:	Die spezialisierte Einheit ist räumlich und organisatorisch abgegrenzt. Sie hat fest zugeordnetes ärztliches, psychologisches und pflegerisches Personal. Ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum sowie ein Rückzugsraum für Eltern sind Bestandteile dieser spezialisierten Einheit.		
Begründung:	<p>Die spezialisierte Einheit definiert sich durch ein besonderes Behandlungskonzept in einem familiengerechten milieutherapeutischen Setting. Hierfür sind die im OPS geforderten räumlichen Strukturen und zugeordnetes Personal erforderlich. Die gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Erwachsenen und deren psychisch kranken Kindern/ Pflegekindern erfordert ausgebildetes Personal aus den jeweiligen Fachrichtungen.</p> <p>Die Darstellung der spezialisierten Einheit kann z. B. in Form eines Konzeptes/einer SOP erfolgen.</p>		
Ergänzende Hinweise:	-		
Merkmal seit:	2021		
Erstellt:	17.03.2021	Aktualisiert:	-

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:	-	
Merkmal seit:	2021	
Erstellt:	23.02.2021	Aktualisiert: -

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:	<i>„Nicht Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist“</i>	
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:	-	
Merkmal seit:	2021	
Erstellt:	23.02.2021	Aktualisiert: -

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:	-	
Merkmal seit:	2004	
Erstellt:	03.02.2021	Aktualisiert: -

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 31
OPS-Kode(s):	8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	
Schlagworte:	Neurologischer Sachverstand, Frühreheatem, kontinuierliche Einbindung	
Strukturmerkmal:	„Frühreheatem mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frühreheatem muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein“	
Problem / Fragestellung:	Welche Qualifikation ist für den „neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstand“ erforderlich und wie wird die kontinuierliche Einbindung in das Frühreheatem gewährleistet?	
Ergebnis:	<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 Frühreheatem sicherzustellen, dass eine Fachärztin/ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie in die Behandlung der Patienten eingebunden, 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. 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:	-	
Merkmal seit:	2006	
Erstellt:	15.12.2020	Aktualisiert: -

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:	-	
Merkmal seit:	2010	
Erstellt:	15.12.2020	Aktualisiert: -

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:	<p><i>„Familiengerechtes milieutheraeutisches Setting mit der Möglichkeit von Eltern-Kind-Rooming-In, einem kindgerechten Aufenthalts- und Spielraum und einem Rückzugsraum für Eltern“</i></p> <p><i>„Spezialisierte Einheit mit dualem kinder- und erwachsenen-psychiatrischen/-psychochomatischen/-psychotherapeutischen Setting“</i></p>	
Problem / Fragestellung:	<p>Was bedeutet Rooming-In?</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>	
Begründung:	<p>Im Strukturmerkmal werden sowohl die Möglichkeit zum Rooming-In als auch ein kindgerechter Aufenthalts- und Spielraum sowie ein Rückzugsraum für Eltern gefordert. Die Infrastruktur der spezialisierten Einheit</p>	

	<p>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>Milieu-therapie ist ein Begriff, der primär aus der Sozialtherapie stammt. Er beschreibt ein ganzheitliches Konzept, das nach heutigen Maßstäben eine Bezugspersonenpflege enthält und durch einen gemeinsamen therapeutischen Prozess im Rahmen einer zeitlich begrenzten Lebensgemeinschaft gekennzeichnet ist. Milieu-therapie 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 Möglichkeit zum 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>Merkmal seit:</p>	<p>2021</p>		
<p>Erstellt:</p>	<p>17.03.2021</p>	<p>Aktualisiert:</p>	<p>-</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:	„Möglichkeit zu einem Rooming-In und einem Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum“	
Problem / Fragestellung:	Was bedeutet Rooming-In? Was versteht man unter einem Eltern-Kind-gerechten Aufenthalts- und Spielraum?	
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:	Im Strukturmerkmal werden sowohl die Möglichkeit zum 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.	
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.	
Merkmal seit:	2011	

Erstellt:	17.03.2021	Aktualisiert:	-
------------------	------------	----------------------	---

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>	

Ergänzende Hinweise:	*Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass das Strukturmerkmal „supervisiert“ als „supervidiert“ verstanden wird und entsprechend im OPS ersetzt werden sollte.		
Merkmal seit:	2006		
Erstellt:	17.03.2021	Aktualisiert:	-

Anlage 2: SMB-Vorlage

Bewertung zu OPS-Strukturmerkmal (OPS-SMB)		Nr.: 0X	
OPS-Kode(s):			
Schlagworte:			
Strukturmerkmal:			
Problem / Fragestellung:			
Ergebnis:			
Begründung:			
Ergänzende Hinweise:			
Merkmal seit:			
Erstellt:		Aktualisiert:	