Medizinischer Dienst
Bund

Praxisbeispiele zu den OPS-Strukturprüfungen

Stand: 17. Juli 2026

Herausgeber

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

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis **3**

Allgemein – Erfahrungs-/Tätigkeitszeitraum Personal in Teilzeit **4**

Allgemein – Gleichwertigkeits-/Äquivalenzbescheinigung **5**

Allgemein – Radiologische Leistungen, Teleradiologie **6**

Allgemein – Telemedizin **7**

OPS 8-552 – Qualifikation und Einbindung neurologischer oder neurochirurgischer Sachverstand **8**

OPS 8-718.8 – Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit **9**

OPS 8-98d – Qualifikation und Einsatzbereitschaft Dienstleistungen/Konsiliardienste **10**

OPS 8-98d – Berechnung Fachweiterbildungsquote Pflegepersonal **11**

OPS 8-98e und OPS 8-98h – Qualifikation ärztliche und pflegerische Leitung in Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung **12**

OPS 8-98f – Qualifikation und Verfügbarkeit klinische Konsiliardienste **13**

OPS 8-98f – Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten **14**

OPS 8-98f – Transösophageale Echokardiographie, Qualifikation der Untersuchenden **15**

OPS 8-98f – Hybrid-Operationssaal **16**

OPS 8-98f – Intermittierendes Nierenersatzverfahren **17**

OPS 8-98g und OPS 8-987 – Qualifikation Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft **18**

OPS 8-98g und OPS 8-987 – Vorhandensein Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft **19**

OPS 8-98g.0 und OPS 8-987.0 – Spezielle Isoliereinheit **20**

OPS 8-98h – Erreichbarkeit des Arztes Palliativdienst **21**

OPS 8-985 – Supervision Behandlungsteam **22**

OPS 9-694 – Spezialstation für Suchtpatientinnen und -patienten im Kindes- und Jugendalter **23**

OPS 9-701 und OPS 9-801 – Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit **24**

Allgemein – Erfahrungs-/Tätigkeitszeitraum Personal in Teilzeit

Frage:

In einigen OPS-Kodes ist eine zeitlich definierte Erfahrung oder Tätigkeit zur Erfüllung des Strukturmerkmals gefordert. Wie ist der in diesen OPS-Kodes (z. B. 8-550, 8-552, 8-559, 8-781.9, 8-975.2, 8-98b.3, 8-98d, 8-98e, 8-98h) festgelegte Erfahrungs- oder Tätigkeitszeitraum des Personals in Hinblick auf seinen Erwerb in Teilzeitbeschäftigung nachzuweisen?

Antwort:

Der in Strukturmerkmalen jeweils festgelegte Erfahrungs- oder Tätigkeitszeitraum verlängert sich bei einem Erwerb in Teilzeitbeschäftigung entsprechend dem Umfang einer Vollzeittätigkeit. Dies ist dem Medizinischen Dienst bei der Prüfung nachzuweisen.

Fordert der OPS beispielsweise eine einjährige Erfahrung des Personals, so kann diese bei einer Teilzeitbeschäftigung mit 50 % der regulären Arbeitszeit in zwei Jahren erworben werden.

Begründung:

Erfahrungs- oder Tätigkeitszeiträume dienen dem Kompetenzerwerb des Personals im Interesse des Patienten.

Analog zum Kompetenzerwerb geregelter Weiterbildung erfordert der Erwerb von Erfahrung eine Gesamtdauer entsprechend einer Tätigkeit in Vollzeit.

Nur durch eine äquivalente Verlängerung des Erfahrungserwerbs in Teilzeitbeschäftigung kann ein zeitlich vergleichbares Erfahrungsniveau erlangt werden.

In dieser Weise verfahren auch Musterweiterbildungsordnungen und Richtlinien des G-BA.

Allgemein – Gleichwertigkeits-/Äquivalenzbescheinigung

Frage:

Welche Nachweise benötigt der Medizinische Dienst, wenn die in einem OPS-Kode geforderte fachliche Qualifikation nicht in Deutschland erworben wurde?

Antwort:

Die Zuständigkeit für die Übermittlung oder 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.

Die Gleichwertigkeit von im Ausland erworbenen Abschlüssen wird von den jeweils zuständigen Stellen (z. B. Landesärztekammern, Landespsychotherapeutenkammern, Landesbehörden) bescheinigt. Diese Gleichwertigkeitsbescheinigungen (Äquivalenzbescheinigungen) sind dem Medizinischen Dienst im Rahmen der OPS-Strukturprüfungen zu übermitteln oder bei einer Begehung vorzulegen**.**

Allgemein – Radiologische Leistungen, Teleradiologie

Frage:

Welche Voraussetzungen sind dem Medizinischen Dienst nachzuweisen, damit dieser die teleradiologische Erbringung radiologischer Leistungen für die Erfüllung eines Strukturmerkmals anerkennt?

Antwort:

Für die Möglichkeit der teleradiologischen Leistungserbringung ist eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Behörde erforderlich. Die Genehmigung legt fest, in welchen Zeiträumen Teleradiologie betrieben werden darf. Sofern die teleradiologischen Leistungen durch einen Kooperationspartner erbracht werden, ist die Vorlage einer Kooperationsvereinbarung erforderlich. Die technische Durchführung der radiologischen Leistungen muss am Standort des Krankenhauses erfolgen.

Sofern die radiologische Leistung teleradiologisch erbracht wird, muss gewährleistet sein, dass am Ort der technischen Durchführung eine Ärztin oder ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz (§ 14 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 StrlSchG) vorhanden ist.

Begründung:

Vorgaben zur Teleradiologie finden sich im Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und in der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Nach StrlSchG bedarf der Betrieb von teleradiologischen Röntgeneinrichtungen einer Genehmigung der zuständigen Behörde. In § 14 Abs. 2 StrlSchG ist hinterlegt, dass sich die Genehmigung auf den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst beschränkt. Im begründeten Ausnahmefall kann dieser Zeitraum ausgeweitet werden. Die Genehmigung ist auf längstens fünf Jahre befristet.

Allgemein – Telemedizin

Frage:

Wann erkennt der Medizinische Dienst die telemedizinische Erbringung von in OPS-Strukturmerkmalen benannten Leistungen an?

Antwort:

Eine Leistung kann nur dann telemedizinisch erbracht werden, sofern dies im OPS ausdrücklich vorgesehen ist.

Begründung:

Im OPS (z. B. OPS 8-98b.3) werden Leistungen, die telemedizinisch erbringbar sind, als solche explizit ausgewiesen und entsprechende Voraussetzungen zur telemedizinischen Leistungserbringung festgelegt.

OPS 8-552 – Qualifikation und Einbindung neurologischer oder neurochirurgischer Sachverstand

Frage:

Welche Qualifikation ist für den Nachweis des „neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstand“ des OPS 8-552 erforderlich und wie ist die kontinuierliche Einbindung in das Frührehateam zu gewährleisten, damit der Medizinische Dienst das Strukturmerkmal als erfüllt ansieht?

Antwort:

Der geforderte fachliche Sachverstand ist gegeben, sofern die Behandlungsleitung oder eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt über die Facharztqualifikation für Neurologie oder Neurochirurgie verfügt. Eine zusätzliche dreijährige Erfahrung im Bereich der Frührehabilitation, wie bei der Behandlungsleitung gefordert, ist hingegen nicht notwendig. Das Krankenhaus hat zur Gewährleistung der kontinuierlichen Einbindung des neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstandes in das Frührehateam sicherzustellen, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie in die Behandlung der Patientinnen und Patienten eingebunden, mindestens über eine Rufbereitschaft jederzeit erreichbar und bei Bedarf am Patientenbett verfügbar ist.

Begründung:

Um den neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstand im Rahmen einer neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation sicherstellen zu können, ist eine entsprechende Facharztqualifikation erforderlich.

Um auf die medizinischen Bedürfnisse und wechselnden Problemlagen der neurologischen oder neurochirurgischen Patientinnen und Patienten jederzeit reagieren zu können, ist eine ununterbrochene Verfügbarkeit des neurologischen oder neurochirurgischen Sachverstandes zu gewährleisten. Voraussetzung dafür ist, dass die Neurologin oder der Neurologe oder der Neurochirurg oder die Neurochirurgin in den Behandlungsverlauf aktiv eingebunden ist.

OPS 8-718.8 – Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit

Frage:

Was versteht der Medizinische Dienst unter der Anforderung „Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist“ des OPS 8-718.8?

Antwort:

Die personelle und apparative Ausstattung einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit entspricht der einer Intensivstation und ermöglicht eine jederzeitige intensivmedizinische Behandlung.

Die Einheit muss nachvollziehbar auf eine prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiert sein. Das dort eingesetzte ärztliche und pflegerische Personal ist zur Erfüllung der Anforderungen des OPS entsprechend qualifiziert und geschult.

Die Beatmungsentwöhnungs-Einheit kann Bestandteil einer Intensivstation sein. In diesem Fall muss die Zuordnung des entsprechend qualifizierten Personals zu den Weaning-Patienten sichergestellt sein. Die Darstellung einer spezialisierten Einheit kann z. B. in Form eines Konzeptes / einer SOP erfolgen.

OPS 8-98d – Qualifikation und Einsatzbereitschaft Dienstleistungen/Konsiliardienste

Frage:

Welche Qualifikation bzw. Zusatzqualifikation ist für die Erbringung der Dienstleistungen/Konsiliardienste in eigener Abteilung oder als fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft des OPS 8-98d erforderlich und wie ist die Einsatzbereitschaft sicherzustellen, damit der Medizinische Dienst das Strukturmerkmal als erfüllt ansieht?

Antwort:

Die Dienstleistungen/Konsiliardienste können auch durch entsprechende Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.

Die Möglichkeit zum kurzfristigen persönlichen Einsatz von Fachärztinnen oder Fachärzten vor Ort innerhalb der vorgegebenen 30 Minuten muss dennoch gegeben sein. Der Umstand, dass ggf. zunächst entsprechende Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung tätig werden, führt nicht zu einer Verlängerung der vorgegebenen Zeit, innerhalb derer die Fachärztinnen oder Fachärzte einsatzbereit sein müssen.

Begründung:

Siehe Klarstellung des BfArM gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V, hier Nummer 6: https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm (letzter Zugriff am 17.07.2026, 11:50 Uhr)

Die im OPS geforderten Dienstleistungen/Konsiliardienste beziehen sich auf spezielle medizinische Fachgebiete. Vor diesem Hintergrund sind entsprechende Facharztqualifikationen mit Zusatzbezeichnung, Zusatzweiterbildung oder Schwerpunkt erforderlich.

OPS 8-98d – Berechnung Fachweiterbildungsquote Pflegepersonal

Frage:

Wie berechnet der Medizinische Dienst die im OPS 8-98d festgelegte Fachweiterbildungsquote von 40 % in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege?

Antwort:

Die Fachweiterbildungsquote wird auf Vollzeitäquivalente bezogen. Der Bezug auf Vollzeitäquivalente ermöglicht die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Arbeitszeitmodelle. Die Fachweiterbildungsquote wird für jeden Monat im Prüfzeitraum einzeln berechnet. Alle auf der Intensivstation im Wortlaut des OPS erwähnten und eingesetzten Fachpflegekräfte werden bei der Berechnung im Zähler und Nenner berücksichtigt. Die Berechnung erfolgt für die im jeweiligen Monat tatsächlich eingesetzten Personen über folgenden Quotienten:

Zähler:

- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit Vertiefungseinsatz "pädiatrische Versorgung" und Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen übergangsweise für das laufende Jahr mit vergleichbarer 5-jähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege
- Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner mit Vertiefungseinsatz "pädiatrische Versorgung" übergangsweise für das laufende Jahr mit vergleichbarer 5-jähriger Erfahrung in der pädiatrischen Intensivpflege

Nenner:

- alle im Zähler genannten Personen zuzüglich
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen oder Pflegefach-frauen/Pflegefachmänner (mit Vertiefungseinsatz "pädiatrische Versorgung") ohne Fachweiterbildung in den Bereichen Pädiatrische Intensivpflege oder Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

Wird die Fachweiterbildungsquote in einem Monat des Prüfzeitraums nicht erfüllt, wird dies im Gutachten entsprechend ausgewiesen und das Strukturmerkmal als insgesamt nicht erfüllt bewertet.

OPS 8-98e und OPS 8-98h – Qualifikation ärztliche und pflegerische Leitung in Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung

Frage:

In welchen Einrichtungen kann die in den OPS 8-98e und OPS 8-98h geforderte, „mindestens 6-monatige Erfahrung“ erworben werden, damit der Medizinische Dienst das Strukturmerkmal als erfüllt ansieht?

Antwort:

Die von der ärztlichen Behandlungsleitung und pflegerischen Leitung geforderte mindestens 6-monatige Erfahrung muss in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung erworben werden. Dies kann im stationären Bereich durch eine Tätigkeit auf einer Palliativstation, in einem Palliativdienst im Krankenhaus oder in einer palliativmedizinischen Tagesklinik erfolgen. Im ambulanten Bereich kann sie durch eine Tätigkeit im Rahmen der SAPV, der spezialisierten Palliativambulanz oder in einem Tageshospiz erworben werden.

Begründung:

Die o. g. spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen basieren auf der S3-Leitlinie Palliativmedizin („Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung“, Leitlinienprogramm Onkologie, Langversion 2.2 – September 2020, AWMF-Registernummer 128/001O).

OPS 8-98f – Qualifikation und Verfügbarkeit klinische Konsiliardienste

Frage:

Welche Qualifikation ist für die Erbringung der Konsiliardienste (krankenhauszugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) des OPS 8-98f erforderlich und wie ist die Verfügbarkeit von max. 30 Minuten am Standort des Krankenhauses sicherzustellen, damit der Medizinische Dienst das Strukturmerkmal als erfüllt ansieht?

Antwort:

Die Konsiliardienste können auch durch entsprechende Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.

Die Möglichkeit zum kurzfristigen persönlichen Einsatz von Fachärztinnen oder Fachärzten am Standort des Krankenhauses innerhalb der vorgegebenen 30 Minuten muss dennoch gegeben sein.

Der Umstand, dass ggf. zunächst entsprechende Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung tätig werden, führt nicht zu einer Verlängerung der vorgegebenen Zeit, innerhalb derer die Fachärztinnen oder Fachärzte einsatzbereit sein müssen.

Begründung:

Siehe Klarstellung des BfArM gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V, hier Nummer 8: https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm (letzter Zugriff am 17.07.2026, 11:50 Uhr)

Die im Konsiliardienst eingesetzten Fachärztinnen und 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.

OPS 8-98f – Verfügbarkeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten

Frage:

Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit das Strukturmerkmal „ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar“ beim OPS 8-98f vom Medizinischen Dienst als erfüllt angesehen wird? Welche Informationen und Unterlagen sind zum Nachweis erforderlich?

Antwort:

Die Verfügbarkeit einer Ärztin oder eines Arztes innerhalb von 30 Minuten am Patienten ist im Regelfall nur bei Anwesenheit der Ärztin oder des Arztes im Krankenhaus erfüllbar.

Sofern die Verfügbarkeit o. g. Fachärztin oder o. g. 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. Welche Unterlagen und Nachweise übermittelt oder bei einer Begehung vorgelegt werden müssen, ergibt sich aus der LOPS-RL, Anlage 6 (Arbeitsvertrag oder Betriebsvereinbarung oder Dienstanweisung). Nicht ausreichend ist z. B. die alleinige Vorlage einer generellen Bestätigung der Geschäftsführung, Leitender Ärztinnen oder Ärzte, einer individuellen Bestätigung der ärztlichen Diensthabenden oder einer SOP.

Unabhängig von der vom Krankenhaus eingerichteten Dienstform muss die Verfügbarkeit am Patienten innerhalb von 30 Minuten auch unter Berücksichtigung etwaiger anderer dienstlicher Verpflichtungen gewährleistet sein.

Begründung:

Sicherzustellen ist binnen längstens 30 Minuten die Verfügbarkeit am Patienten auf der Intensivstation. Zu berücksichtigen sind neben den Rüst- und Wegezeiten auf dem Weg zum Krankenhaus auch die entsprechenden Zeiten auf dem Krankenhausgelände selbst.

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.

OPS 8-98f – Transösophageale Echokardiographie, Qualifikation der Untersuchenden

Frage:

Über welche Qualifikation müssen Untersuchende verfügen, damit der Medizinische Dienst die 24-stündige Verfügbarkeit des Verfahrens Transösophageale Echokardiographie am Standort des Krankenhauses beim OPS 8-98f als erfüllt ansieht?

Antwort:

Transösophageale Echokardiographien können durch Ärztinnen oder Ärzte in entsprechender Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden.

Die Möglichkeit zur Hinzuziehung und ggf. persönlichen Erbringung durch Fachärztinnen oder Fachärzte am Standort des Krankenhauses muss gegeben sein. Diese Qualifikation wird regelhaft von FÄ für Kardiologie und FÄ für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendkardiologie erfüllt. 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.

Begründung:

Siehe Klarstellung des BfArM gemäß § 295 Absatz 1 Satz 8 und § 301 Absatz 2 Satz 6 SGB V, hier Nummer 7: https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2022/zusatz-09-anh-klarstellungen.htm (letzter Zugriff am 17.07.2026, 11:50 Uhr)

Es handelt sich um eine anspruchsvolle und im Einzelfall risikobehaftete Untersuchung, die eine angemessene Qualifikation erfordert.

OPS 8-98f – Hybrid-Operationssaal

Frage:

Welche Mindestanforderungen stellt der Medizinische Dienst beim OPS 8-98f an einen Hybrid-OP für kardiovaskuläre Eingriffe um dieses Strukturmerkmal als erfüllt zu bewerten?

Antwort:

Ein Hybrid-OP für kardiovaskuläre Eingriffe kombiniert Merkmale eines Herzkatheterlabors und eines Operationssaales. In der Regel findet sich eine fest verbaute bildgebende apparative Ausstattung. Sofern es sich um ein mobiles Gerät handelt, muss dieses nachweislich für komplexe, kardiovaskuläre Eingriffe geeignet sein.

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.

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.

OPS 8-98f – Intermittierendes Nierenersatzverfahren

Frage:

Welche Voraussetzungen müssen beim OPS 8-98f zum Nachweis der Erfüllung einer 24-stündigen Verfügbarkeit kontinuierlicher und intermittierender Nierenersatzverfahren bezüglich der Infrastruktur und des Personals am Standort des Krankenhauses vorliegen, damit der Medizinische Dienst die Verfahren als erfüllt bewertet?

Antwort:

Bei intensivtherapiepflichtigen Patientinnen und Patienten müssen auf der Intensivstation jederzeit sowohl kontinuierliche als auch intermittierende Nierenersatztherapien durchgeführt werden können.

Dies erfordert die Verfügbarkeit der entsprechenden Geräte und weiteren Ausstattung (z. B. Filter, Dialysate, Katheter) sowie des zur Umsetzung der Nierenersatzverfahren notwendigen qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Personals am Standort des Krankenhauses. Umfasst ist hiervon eine nephrologische Expertise, die auch in Kooperation erbracht werden kann.

Die nephrologischen Dienstleistungen können durch Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung unter Berücksichtigung der Einhaltung des Facharztstandards erbracht werden. Die Möglichkeit zum persönlichen Einsatz von Fachärztinnen oder Fachärzten für Nephrologie (oder FÄ mit Zusatzbezeichnung, Schwerpunktbezeichnung) am Standort des Krankenhauses muss gegeben sein.

Begründung:

Zur Durchführung eines Verfahrens müssen entsprechende apparative/technische Ausstattungen vorhanden sein und gleichzeitig das Personal, dass das jeweilige Nierenersatzverfahren indizieren, durchführen und überwachen kann.

Geräteeinweisungen und auf den Einsatz des jeweiligen extrakorporalen Nierenersatzverfahrens bezogene Schulungen sind obligatorisch.

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).

OPS 8-98g und OPS 8-987 – Qualifikation Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft

Frage:

Welche Qualifikationen der Krankenhaushygieniker oder Hygienefachkräfte sind zum Nachweis der Erfüllung der Strukturmerkmale der OPS-Kodes 8-98g und 8-987 erforderlich, damit der Medizinische Dienst das Strukturmerkmal als erfüllt ansieht?

Antwort:

Krankenhaushygienikerinnen oder Krankenhaushygieniker benötigen entweder die Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder als Fachärztin oder Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Möglich ist auch, dass eine andere Facharztweiterbildung erfolgreich abgeschlossen wurde und zusätzlich entweder eine Zusatzbezeichnung auf dem Gebiet der Krankenhaushygiene nach der Weiterbildungsordnung einer Landesärztekammer erworben wurde oder eine von einer Landesärztekammer anerkannte strukturierte Fortbildung zur Krankenhaushygiene nach dem Curriculum der Bundesärztekammer erfolgreich absolviert wurde.

Voraussetzungen zur Wahrnehmung der Aufgaben einer Hygienefachkraft sind eine staatliche Anerkennung zum/zur Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/-in oder zum Pflegefachmann / zur Pflegfachfrau und zusätzlich eine abgeschlossene Weiterbildung zur Hygienefachkraft an einer staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte.

Welche Unterlagen und Nachweise übermittelt oder bei einer Begehung vorgelegt werden müssen, ergibt sich aus Anlage 6 der LOPS-RL.

Begründung:

Die Qualifikationsvorgaben basieren auf den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (ehemals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) (KRINKO) „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“, Bundesgesundheitsbl 2023 66:332–351, https://doi.org/10.1007/s00103-022-03647-3 (letzter Zugriff 17.07.2026 12:00 Uhr).

OPS 8-98g und OPS 8-987 – Vorhandensein Krankenhaushygieniker, Hygienefachkraft

Frage:

Welche Konstellationen einer Beschäftigung am Krankenhausstandort bzw. Kooperation des Krankenhaushygienikers oder der Hygienefachkräfte sind zum Nachweis der Erfüllung der Strukturmerkmale der OPS-Kodes 8-98g und 8-987 möglich, damit der Medizinische Dienst das Strukturmerkmal als erfüllt ansieht?

Antwort:

Entsprechend dem Wortlaut des OPS ist es erforderlich, dass ein Krankenhaushygieniker oder eine Krankenhaushygienikerin am Krankenhausstandort beschäftigt oder in Kooperation tätig ist. Ist ein Krankenhaushygieniker oder eine Krankenhaushygienikerin am Krankenhausstandort beschäftigt, ist es nicht zwingend erforderlich, dass zusätzlich eine Hygienefachkraft an diesem Krankenhausstandort beschäftigt ist. Ist der Krankenhaushygieniker oder die Krankenhaushygienikerin jedoch in Kooperation tätig, muss eine Hygienefachkraft am Krankenhausstandort beschäftigt sein und unter Aufsicht des kooperierenden Krankenhaushygienikers oder der Krankenhaushygienikerin stehen.

Begründung:

Die Antwort ergibt aus dem Wortlaut des OPS, was mit der Anpassung in der OPS Version 2026 deutlicher zum Ausdruck gebracht werden sollte.

OPS 8-98g.0 und OPS 8-987.0 – Spezielle Isoliereinheit

Frage:

Die OPS-Kodes 8-98g.0 und 8-987.0 fordern eine spezielle Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation). Welche räumlichen Anforderungen stellt der Medizinische Dienst an die spezielle Isoliereinheit, um diese als erfüllt zu bewerten? Wie muss die räumliche Trennung der Einheit von den restlichen Pflegeeinheiten umgesetzt sein?

Antwort:

Nach dem Wortlaut der OPS-Kodes ist unter einer speziellen Isoliereinheit ein eigenständiger, räumlich und organisatorisch von den übrigen Pflegeinheiten abgegrenzter Stationsbereich mit mehreren Isolationszimmern zu verstehen. In diesem Bereich gelten spezielle bauliche Anforderungen, insbesondere müssen eine räumliche Trennung der Zimmer untereinander und eine Abgrenzung der Zimmer zu anderen Bereichen des Krankenhauses unter Ausschluss von Durchgangsverkehr sichergestellt sein.

Die in den OPS-Kodes geforderte eigene Schleuse pro Zimmer bedarf einer räumlichen Größe, die eine sichere Trennung zwischen kontaminierter, unreiner Seite und nicht kontaminierter Seite gewährleistet. Die Schleuse trennt durch eine Eingangs- und Ausgangstür das Patientenzimmer vom Flur.

Die besonderen hygienischen Anforderungen beim Betreten von Räumlichkeiten einer Isolierstation sind in Hygieneplänen festzulegen. Hierzu ist eine Schulung des Personals erforderlich.

Begründung:

Die oben genannten Anforderungen sind als Mindeststandard bei der räumlichen Gestaltung einer speziellen Isoliereinheit (eigenständige Infekt-Isolierstation) anzusehen und ergeben sich aus den Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe (ehemals Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) (KRINKO) „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“, Bundesgesundheitsbl 2015 58:1151–1170, (https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Krankenhaushygiene/KRINKO/Empfehlungen-der-KRINKO/Basishygiene/Downloads/Infektionspraev_Pflege_Diagnostik_Therapie.html, letzter Zugriff 17.07.2026, 12:05 Uhr) und Ergänzung Bundesgesundheitsbl 2023 66:1279–1301, (https://doi.org/10.1007/s00103-023-03776-3, letzte Zugriff 17.07.2026, 12:05 Uhr).

OPS 8-98h – Erreichbarkeit des Arztes Palliativdienst

Frage:

Kann die im OPS 8-98h geforderte 24-stündige ärztliche Erreichbarkeit des Palliativdienstes gleichzeitig in Personalunion durch die fachliche Behandlungsleitung der Palliativeinheit erfolgen?

Antwort:

Innerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit muss die Erreichbarkeit durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in der spezialisierten Palliativversorgung sichergestellt werden, die dem organisatorisch eigenständigen Team des Palliativdienstes angehören.

Außerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit kann die Erreichbarkeit des Palliativdienstes auch durch die Fachärztin oder den Facharzt sichergestellt werden, der oder die die 24-stündige fachliche Behandlungsleitung für die spezialisierte Palliativeinheit gewährleistet.

Begründung:

Aus dem Wortlaut des OPS ergibt sich, dass innerhalb der werktäglichen Regelarbeitszeit bei einem organisatorisch eigenständigen Palliativdienst eigenes Personal eingesetzt werden muss.

OPS 8-985 – Supervision Behandlungsteam

Frage:

Die Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker (OPS 8-985) ist durch ein multidisziplinär zusammengesetztes, systematisch supervidiertes Behandlungsteam zu erbringen.

Welche Voraussetzungen sind nachzuweisen, damit der Medizinische Dienst das multidisziplinäre Behandlungsteam als „systematisch supervidiert“ ansieht?

In welcher Form und Frequenz ist die Supervision zu erbringen?

Antwort:

Das Krankenhaus muss nachweisen (z. B. SOP, Teilnahmelisten), dass eine Supervision des Behandlungsteams regelmäßig in einem festgelegten Turnus stattfindet. Die Supervidierenden sind namentlich zu benennen. Es muss sichergestellt sein, dass jede im Behandlungsteam benannte Berufsgruppe bei der Supervision vertreten ist.

Begründung:

Der Formulierung des Strukturmerkmals ist zu entnehmen, dass sich die Supervision auf das Behandlungsteam bezieht. Das Setting im Team dient der Reflexion und Optimierung eines gemeinsamen beruflichen Handelns und der Sicherung der Qualität des professionellen Tuns.

Aus dem Begriff „systematisch“ folgt, dass Supervisionen in einem festgelegten Turnus stattfinden müssen. Dieser ist von dem Krankenhaus nachvollziehbar darzulegen.

OPS 9-694 – Spezialstation für Suchtpatientinnen und -patienten im Kindes- und Jugendalter

Frage:

Welche Anforderungen stellt der Medizinische Dienst an eine Spezialstation für Suchtpatientinnen und -patienten des OPS 9-694? Dürfen auf dieser Spezialstation auch andere Patientinnen und Patienten behandelt werden?

Antwort:

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.

OPS 9-701 und OPS 9-801 – Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit

Frage:

Wie versteht der Medizinische Dienst die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche bei den OPS-Kodes 9-701 und 9-801? Ist diese durch das für die StäB-Behandlung verantwortliche Krankenhaus im häuslichen Umfeld zu gewährleisten?

Antwort:

Die ärztliche Eingriffsmöglichkeit im häuslichen Umfeld ist jederzeit durch das Krankenhaus zu gewährleisten. Dazu muss bei medizinischer Notwendigkeit die Möglichkeit bestehen, dass die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten im häuslichen Umfeld aufsucht.

Werktags ist die ärztliche Eingriffsmöglichkeit in der Regelarbeitszeit durch Ärztinnen oder Ärzte des StäB-Behandlungsteams sicherzustellen. Auch außerhalb der Regelarbeitszeit hat das Krankenhaus die jederzeitige ärztliche Eingriffsmöglichkeit sicherzustellen, wobei das hierfür eingesetzte ärztliche Personal nicht zum StäB-Behandlungsteam gehören muss. Das Personal darf nicht durch andere Tätigkeiten im Krankenhaus gebunden sein. Dies muss sich aus der in der Anlage 6 zur LOPS-RL geforderten SOP ergeben.

Die alleinige Möglichkeit zur telefonischen Kontaktaufnahme, Kontaktaufnahme per Videokonferenz durch das Krankenhaus bzw. die Patientin oder den Patienten ist nicht ausreichend. Auch reicht eine alleinige Delegation der Leistung an den Rettungsdienst nicht aus.

Die sich in einer StäB-Behandlung befindenden Patienten müssen nachweislich über die Möglichkeiten und Wege zur jederzeitigen ärztlichen Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Krankenhaus informiert sein.

Begründung:

Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung. Dies ist in § 39 Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V geregelt.

Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungsverpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Das flexible, komplexe Behandlungsangebot einer vollstationären Behandlung wird aufsuchend vor Ort erbracht.

Die Verantwortung für die Bereitstellung des erforderlichen Personals und der notwendigen Einrichtung für die StäB liegt beim Krankenhaus.