

---

# MD Prüfungen – einheitlich und aufwandsarm

Medizin & Recht im Dialog



---

Würzburg, 15.03.2025

Dr. med. Christine Adolph, Stv. Vorstandsvorsitzende/Leitende Ärztin

# Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

## Struktur

Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste besteht aus 15 bundeslandorientierten Medizinischen Diensten und dem Medizinischen Dienst Bund.

Der Medizinische Dienst Bayern ist mit einem Marktanteil von nahezu 16 % der größte Medizinische Dienst bundesweit.



# Sozialmedizinische Expertise

Sozialmedizin befasst sich wissenschaftlich und praktisch mit der Gesundheit der Bevölkerung und ihren Determinanten, der Struktur und dem Management des Gesundheitswesens und der anderen sozialen Sicherungssysteme sowie den Wirkungen und Kosten der gesundheitlichen Versorgung.

Ziel ist es, die Gesundheit von Individuen, Teilgruppen und der Bevölkerung insgesamt zu verbessern, die Krankheitslast einschließlich ihrer sozialen Folgen zu verringern, die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und gerechte Verteilung von Solidarleistungen zu stärken sowie Kompetenz in der Vertretung gesundheitlicher Interessen in der Gesellschaft zu fördern.



Quelle: Adobe Stock 288590851.0 [Stand: 02.02.2024]

Quelle: <https://www.dgsmp.de/ueber-uns/leitbild/> Ω [Stand: 22.05.2024]

# System der sozialen Sicherung in Deutschland

Solidarität – Eigenverantwortung – Wirtschaftlichkeit

## Regelungen in den Sozialgesetzbüchern



### Solidarität

- § 1 SGB V
- Beiträge sind gehaltsabhängig
- Leistungskatalog ist für alle gleich, sodass die Stärkeren die Schwächeren unterstützen

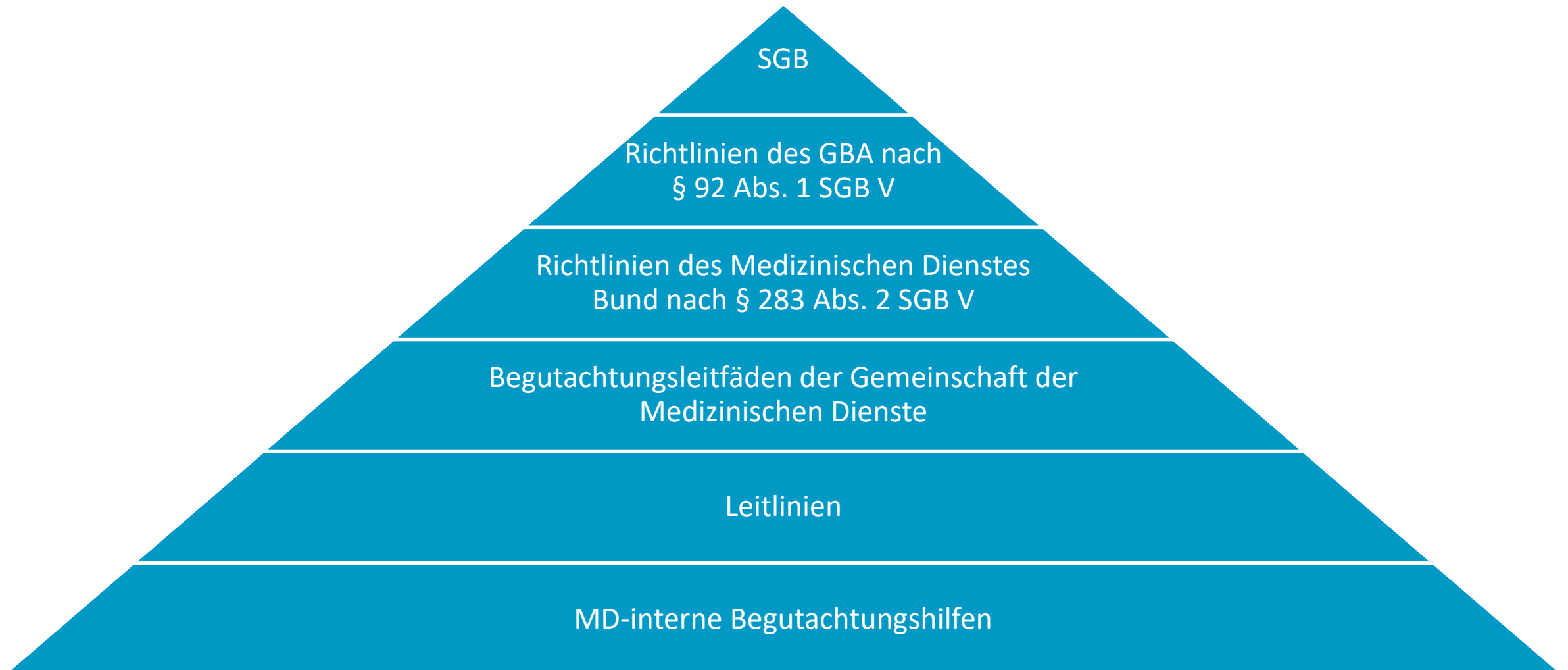
### Eigenverantwortung

- § 1 SGB V
- Insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung: Jeder ist dafür verantwortlich, durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil die eigene Gesundheit, soweit möglich, positiv zu beeinflussen

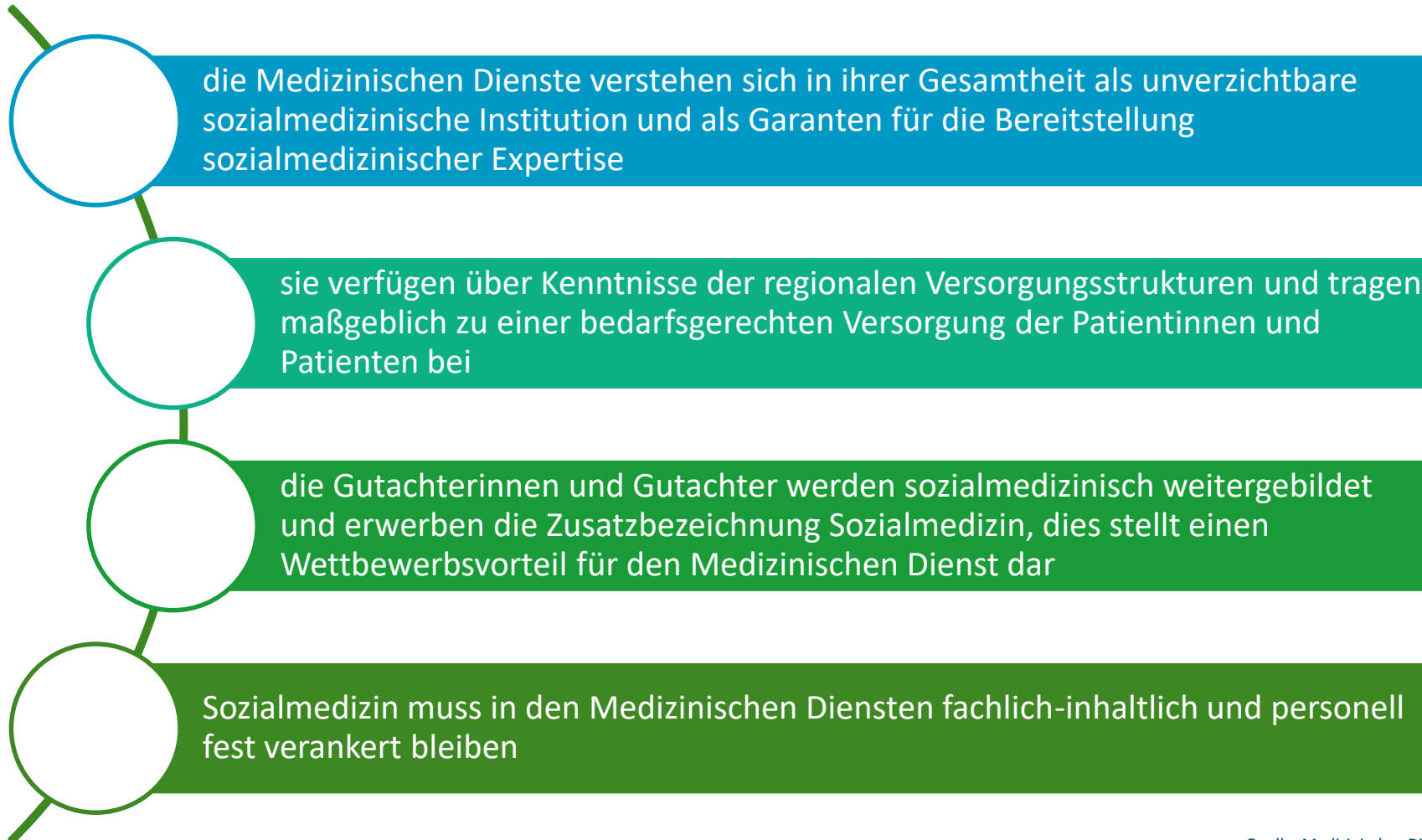
### Wirtschaftlichkeit

- § 12 SGB V
- Wirtschaftlichkeitsgebot: in der gesetzlichen Krankenversicherung: die Maßnahmen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen

# Standards für die sozialmedizinische Begutachtung



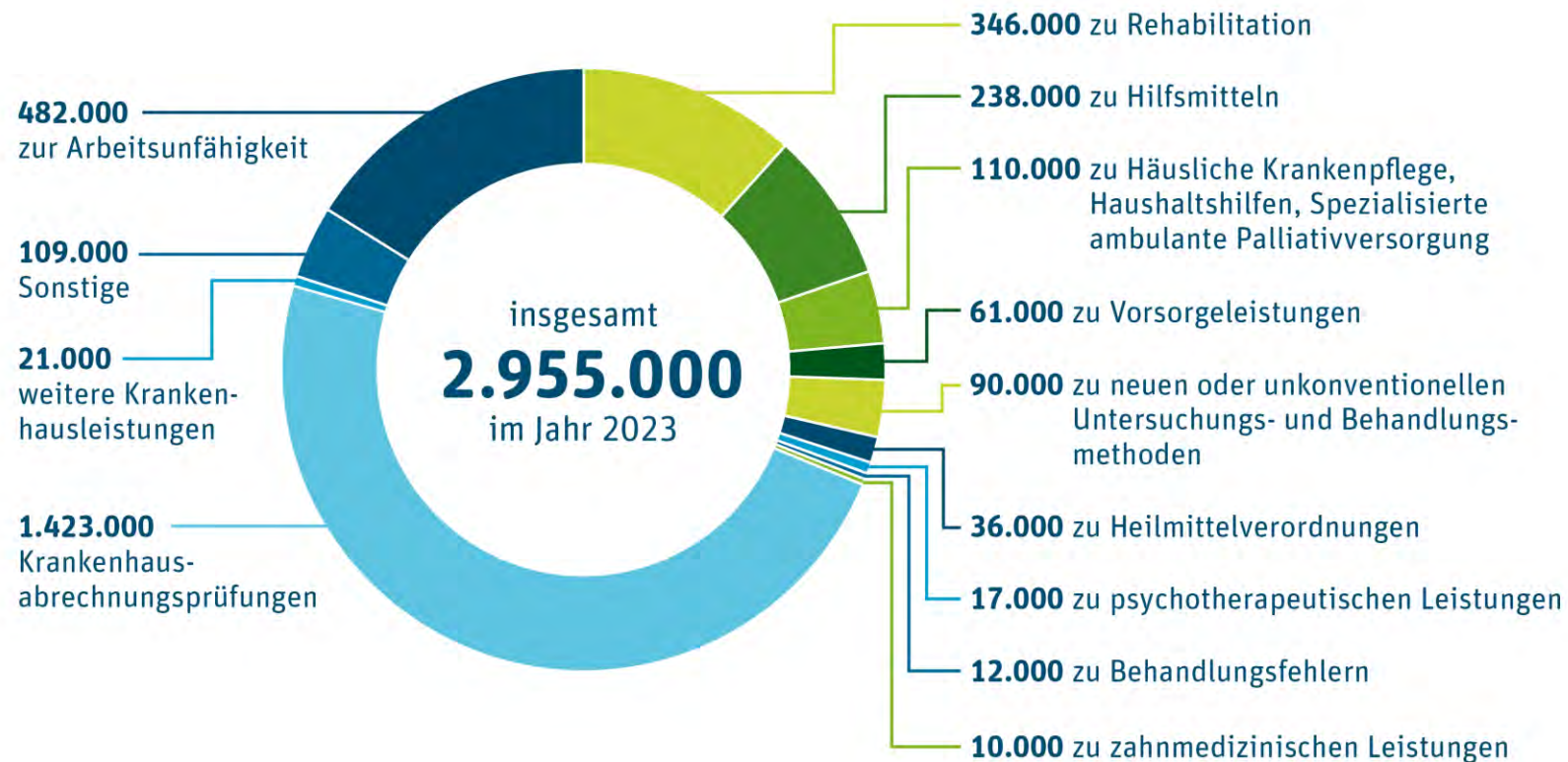
# Sozialmedizin als Kernkompetenz des Medizinischen Dienstes



# Aufgaben im Bereich Medizin

## Sozialmedizinische Begutachtungen

### Sozialmedizinische Empfehlungen für die Krankenversicherung



# Beim Medizinischen Dienst gibt es eine breite Fachkompetenz

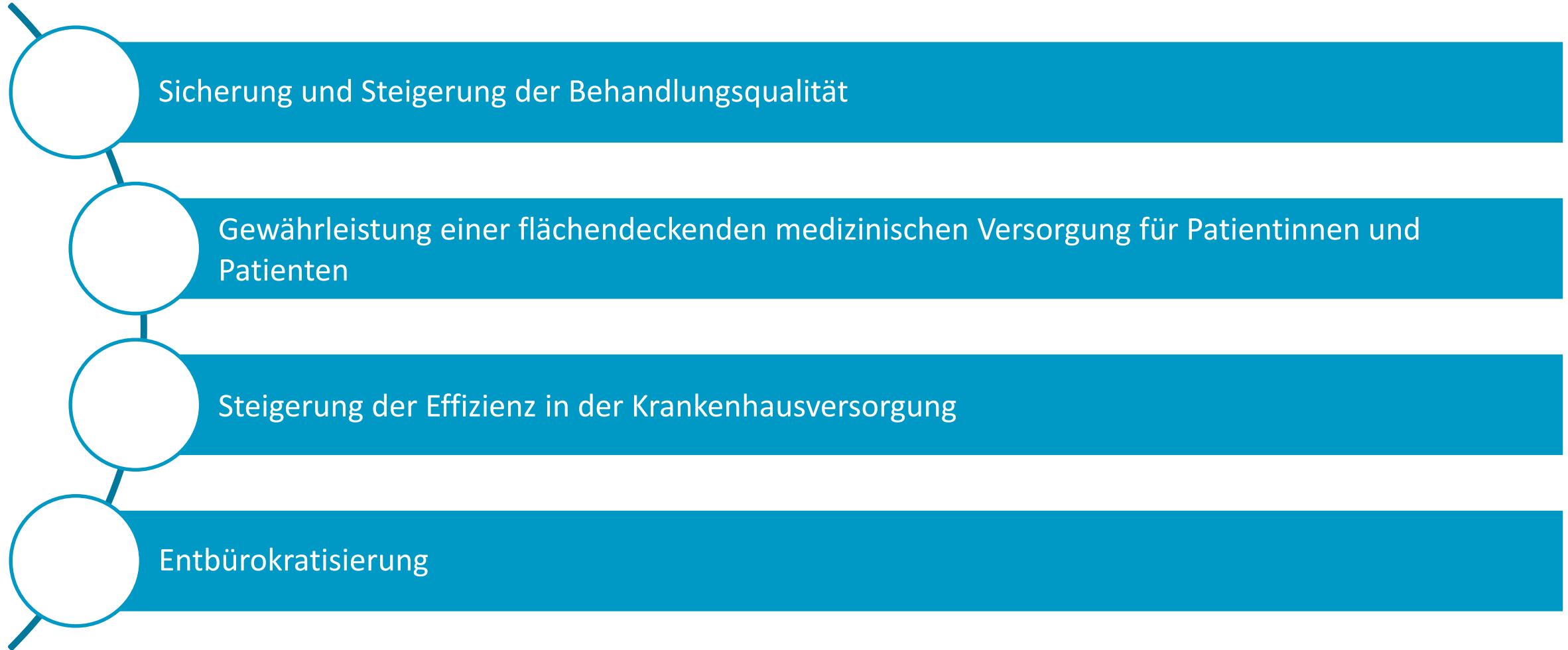
Unter den 2.506 Ärztinnen und Ärzten sind zum Beispiel folgende Fachgebiete vertreten:



ca. 60 – 70 % der Ärztinnen und Ärzte beim Medizinischen Dienst haben die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin oder befinden sich in fortgeschrittener Weiterbildung zum Sozialmediziner

# Krankenhausreform

# Was ist die Idee hinter der Krankenhausreform?



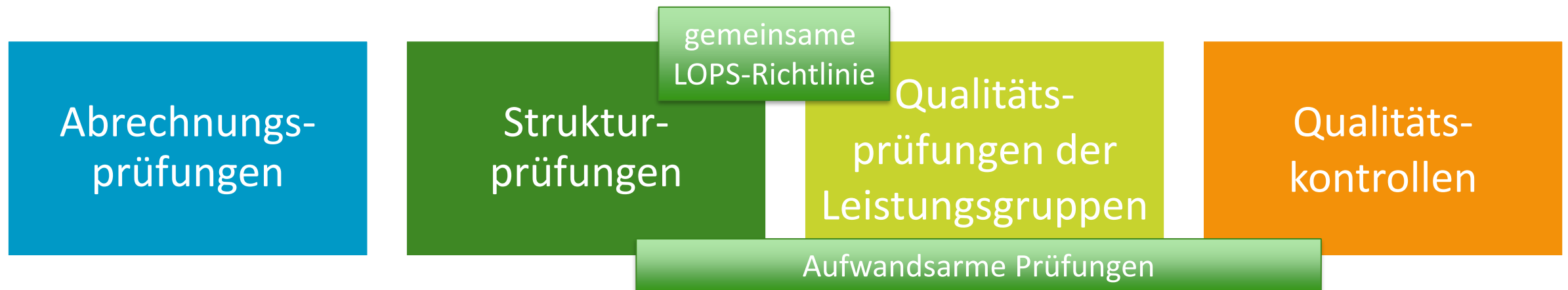
# Wie soll die Reform umgesetzt werden?

Zuweisung von  
Leistungsgruppen

Vorhaltevergütung

Ausbau  
sektorenübergreifender  
und integrierter  
Gesundheitsversorgung

# Prüfungsaufgaben der Medizinischen Dienste



# Beispiel Leistungsgruppe Notfallmedizin

Leistungsgruppennummer	Leistungsgruppe (LG)	Mindestvoraussetzung	Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
65	Notfallmedizin	Mindestvoraussetzung	LG Intensivmedizin LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Chirurgie		Ultraschall, Videolaryngoskopie, Möglichkeit zur nicht-invasiven und invasiven Beatmung oder Transportbeatmung, Sauerstofftherapie, Blutgasanalyse, Röntgen, CT jederzeit, Telemedizinische Behandlung, Monitoring von Elektrokardiogramm (EKG)	FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung  FA in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung jeweils mit ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Fünf FA, die fachlich, räumlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung in der Notaufnahme zugeordnet sind, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit  davon mindestens drei FA mit der ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin  Davon bis zum 31.12.2028 maximal zwei FA in der Zusatz-Weiterbildungsphase zur ZW Klinische Akut- und Notfallmedizin	Erfüllung der Voraussetzungen der Basisnotfallversorgung gemäß den §§ 8 bis 12 der Bekanntmachung eines Beschlusses des G-BA über Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 19. April 2018 (BAnz AT 18.05.2018 B4), der durch den Beschluss vom 20. November 2020 (BAnz AT 24.12.2020 B2) geändert worden ist

# Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart

## Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, 2023

Tabelle 22: Anzahl durchgeführter Strukturprüfungen nach Antragsart, 2023

	Anzahl	Anteil
Anzahl durchgeführter Prüfungen gesamt	13.167	100%
Turnusgemäße Prüfung	12.213	92,8%
Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V	97	0,7%
Erstmalige oder erneute Leistungserbringung	415	3,2%
Antrag zur Planungsprüfung	82	0,6%
Strukturprüfung nach Planungsprüfung	144	1,1%
Antrag bei erstmaliger Abrechnungsrelevanz von OPS-Kodes	6	0,0%
Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2022	144	1,1%
Begutachtung nach Widerspruch Antragsjahr der Ausgangsprüfung 2023	53	0,4%

# Durchgeführte Strukturprüfungen

MD Bayern, 2023/2024

	2023		2024	
		Anteil		Anteil
<b>Abgeschlossene StrOPS</b>	1.896		779	
davon Widersprüche	18	0,9%	17	2,2%
davon Wiederholungsprüfungen	4	0,2%	1	0,1%
Prüfungen vor Ort	727	38,3%	482	61,9%
Dokumentenprüfungen mit Vor-Ort-Begehung	35	1,8%	40	5,1%
Dokumentenprüfung	1.134	59,8%	257	33,0%
<b>Ergebnisse</b>				
Strukturmerkmale eingehalten	1.866	98,4%	764	98,1%
Strukturmerkmale nicht eingehalten	29	1,5%	15	1,9%
Abbruch/Stornierung	1	0,1%		

# Anhörungsverfahren nach § 24 SGB X

## Strukturprüfungen

- eine Anhörung ist durchzuführen, wenn ein Eingriff in bestehende Rechte des Betroffenen durch Bescheidung mit belastendem Verwaltungsakt (VA) erfolgt, bspw. wird **Antrag** des Betroffenen **abgelehnt** oder nur **mit Einschränkungen beschieden**
- die Anhörung muss **vor Erlass des VA** durchgeführt werden, um Überraschungsbescheidungen zu vermeiden
- der Betroffenen kann Stellung nehmen und die Behörde hat kritisch ihre Entscheidung zu überdenken
- wurde die Anhörung versäumt, kann diese nachgeholt und damit geheilt werden
- dies ist im laufenden Verwaltungsverfahren (z. B. im Widerspruch) und auch in einem anschließenden Gerichtsverfahren möglich

# Anhörungsverfahren nach § 24 SGB X

## Exkurs Qualitätskontrollen

- die bestehende Möglichkeit der Stellungnahme des Krankenhauses in der QK-RL wurden mit Beschluss vom 19.09.2024 in § 14 QK-RL Teil A verortet und neu ausgestaltet
- *„Dadurch sollen die Mitwirkungsgelegenheiten des Verfahrensbeteiligten Krankenhauses an der Ermittlung des für die beauftragte Qualitätskontrolle maßgeblichen Sachverhalts weiter verbessert werden.“*  
(so Tragende Gründe des G-BA zur QK-RL vom 19.09.2024)

# Klageverfahren

Jahr	Anzahl Klageverfahren	Davon abgeschlossen
2022	11	9
2023	21	17
2024	9	4
2025	bisher erwartet 5	-

- Verfahren dauern unterschiedlich lang (bisher bis zu drei Jahren)
- Verfahren verkürzen sich z. B. durch Klagerücknahme, einen Vergleich oder positive Bescheidung wegen nachgereichter Unterlagen vorzeitig beendet werden können
- Verfahren verlängern sich, z. B. durch Berufungsverfahren

# Konfliktpotential

- Stellvertretung der Behandlungsleitung
- Verfügbarkeit eines Facharztes für ...
- 24-stündige ärztliche Anwesenheit
- 24-stündige Verfügbarkeit von ...
- Verfügbarkeit intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- ...

# Bespiel: OPS 8-718.8 vs. OPS 8-718.9

## Prolongierte Beatmungsentwöhnung

8-718.8 Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

**Exkl.:** Alleinige Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials (1-717 ff.)

**Hinw.:** Die Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Rahmen der Beatmungsentwöhnung auf der intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist nicht gesondert zu kodieren

Ein Kode aus diesem Bereich ist bei allen Formen einer invasiven oder nicht invasiven maschinellen Beatmung anzuwenden, wenn die Dauer der Beatmung entsprechend den Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien zur Berechnung der Beatmungsdauer seit Beginn der Beatmung mehr als 168 Stunden an aufeinanderfolgenden Tagen beträgt oder wenn der Patient aus einem anderen Krankenhaus zuverlegt oder aus anderen Einrichtungen oder aus dem häuslichen Bereich zur prolongierten Beatmungsentwöhnung aufgenommen wird

Strukturmerkmale:

- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist
- Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:
  - Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)
  - Mechanischer Insufflator/Exsufflator
  - 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit
- Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie
- Werk tägliche Verfügbarkeit von:
  - Logopädie mit Dysphagietherapie
  - Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie
- Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Mindestmerkmale:

- Wöchentliche Teambesprechung mit Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche
- Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche mit durchschnittlich mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche: Atmungstherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, Dysphagietherapie. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten Atmungstherapie oder Physiotherapie sein

8-718.9 Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

**Exkl.:** Alleinige Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials (1-717 ff.)

**Hinw.:** Die Feststellung des Beatmungsstatus und des Beatmungsentwöhnungspotenzials im Rahmen der Beatmungsentwöhnung auf der nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist nicht gesondert zu kodieren

Strukturmerkmale:

- Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mindestens 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden
- Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Ausstattung zur Durchführung des Sekretmanagements:
  - Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten (oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme)
  - Mechanischer Insufflator/Exsufflator
  - 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit
- Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie
- Werk tägliche Verfügbarkeit von:
  - Logopädie mit Dysphagietherapie
  - Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie
- Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgesprächs

Mindestmerkmale:

- Wöchentliche Teambesprechung mit Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollständiger Woche
- Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche mit durchschnittlich mindestens 10 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche: Atmungstherapie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Neuropsychologie/Psychologie, Psychotherapie, Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie, Dysphagietherapie. Davon müssen mindestens 6 Therapieeinheiten Atmungstherapie oder Physiotherapie sein

# Urteil Sozialgericht

## OPS 8-718.8

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Der OPS kann Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner kann der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen. Fehlt es an solchen normativen definitorischen Vorgaben, gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind. Ergeben sich danach keine eindeutigen Ergebnisse, ist der allgemeinsprachliche Begriffskern maßgeblich (etwa BSG. Ur. v. 16.8.2021 – B 1 KR 11/21 R, zit. nach Juris, Rn. 7 m.w.N.).

Ausgehend von diesen Maßgaben war bei der Klägerin auf der Station 1b [REDACTED] das Strukturmerkmal "Intensivmedizinische Beatmungsentwöhnungs-Einheit, die auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisiert ist" des OPS 8-718.8 (Version: 2021) erfüllt. Insbesondere bedurfte es anders, als der Beklagte meint, hierfür nicht der Gewährleistung einer akuten Behandlungsbereitschaft für ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen bei ständiger ärztlicher Anwesenheit bzw. bei einer ausschließlichen ärztlichen Zuständigkeit für diese Einheit.

Der Wortlaut des streitigen OPS fordert eine solche akute Behandlungsbereitschaft bei ständiger ärztlicher Anwesenheit bzw. ausschließlicher Zuständigkeit gerade nicht. Ein solches Erfordernis folgt entgegen der Auffassung des Beklagten auch nicht etwa aus dem Umstand, dass die im streitigen OPS aufgeführte Beatmungsentwöhnungs-Einheit als „intensivmedizinische“ Einheit bezeichnet wird und dem Begriff `Intensivmedizin` nach dessen einheitlichem wissenschaftlich-medizinischem Sprachgebrauch ein bestimmter Bedeutungsgehalt zukomme, welcher jedem OPS inhaltlich sein Gepräge gebe. Dies folgt für die Kammer bereits daraus, dass in manchen OPS, in deren Wortlaut der Begriff `Intensivmedizin` bzw. `intensivmedizinisch` ebenfalls Verwendung findet, explizit die strukturellen Anforderungen aufgeführt sind, die der Beklagte für den hier streitigen OPS 8-718.8 fordert. So sieht etwa der OPS 8-98f in seinen Strukturmerkmalen explizit die Gewährleistung einer ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation, der OPS 8-980 unter anderem ein Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft sowie die Gewährleistung einer ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation vor. Wenn allein der Umstand, dass ein OPS, der den Begriff `Intensivmedizin` bzw. `intensivmedizinische` beinhaltet, bedeutete, dass eine akute Behandlungsbereitschaft bei ständiger ärztlicher Anwesenheit und ausschließlicher Zuständigkeit bei jedem dieser OPS zu fordern wäre, wäre nicht zu erklären, weshalb sich die Vertragsparteien in einzelnen OPS gehalten sahen, diese Anforderungen ausdrücklich festzuschreiben, in anderen dagegen nicht. Letztlich streitet damit die systematische Auslegung des streitigen OPS für die Position der Klägerin: Wenn der hier streitige OPS die von der Beklagten geforderten Strukturmerkmale nicht ausdrücklich vorsieht, andere OPS dagegen schon, und der streitige OPS auch keine Bezugnahme auf einen OPS enthält, der die seitens des Beklagten geforderten Anforderungen ausdrücklich vorsieht, so folgt aus einem Umkehrschluss für die Kammer deutlich, dass der streitige OPS die vom Beklagten postulierten Anforderungen gerade nicht stellt.

# Definition Intensivmedizin

Die Intensivmedizin ist ein medizinisches Fachgebiet, das sich mit der Überwachung, Behandlung und Pflege von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen oder Zuständen befasst.

Sie umfasst Maßnahmen zur Unterstützung oder Wiederherstellung lebenswichtiger Organfunktionen, häufig unter Einsatz spezieller technischer Geräte wie Beatmungsmaschinen und Dialysegeräte.

Intensivmedizin wird in speziellen Abteilungen, den Intensivstationen, durchgeführt und erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen medizinischen Fachrichtungen.

publiziert bei:  **AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

AWMF-Register Nr. 020/015

Klasse: S2k

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

## Prolongiertes Weaning

S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

# Leitlinien werden bei der Begutachtung herangezogen

## Beispiel: Prüfung abgerechneter Beatmungsstunden

- diagnostisch-therapeutischer Ansatz arterieller Blutgasanalysen unter stationären Bedingungen bei beatmeten Patienten
- in der DKR sind diese nicht ausdrücklich verlangt
- es gibt mehrere S3-Leitlinien („Sauerstoff in der Akuttherapie beim Erwachsenen“, „Nicht-invasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz“), die zu diesem Thema eindeutige Aussagen treffen:
  - kritisch kranke Patienten, z. B. im Schock oder mit metabolischen Störungen
  - beatmete Patienten
  - Patienten mit schwerer Hypoxämie (über 6 L O<sub>2</sub>/min, bzw. FiO<sub>2</sub> über 0,4)
  - Patienten mit Hyperkapnie-Risiko (z. B. COPD, schweres Asthma, Adipositas mit BMI > 40 kg/m<sup>2</sup>)
  - Patienten ohne zuverlässiges Pulsoximetrie-Signal

# Leitlinien werden bei der Begutachtung herangezogen

- in den verbindlichen Regelwerken zur medizinischen Dokumentation und Abrechnung werden aber nicht alle medizinischen Grundlagen umfassend abgebildet, insbesondere finden sich dort medizinisches Selbstverständnis und Allgemeingültiges nicht zwingend wieder
- durch den Verweis auf entsprechende medizinische Leitlinien wird die Lücke zwischen formaler Begutachtungsgrundlage (z. B. DKR) und medizinischer Versorgung nach allgemein anerkanntem, aktuellem wissenschaftlichen Standard (insbesondere bei S3 – Leitlinien) geschlossen
- daher sollten diese nicht nur in der Behandlung des Patienten, sondern auch in der Begutachtung Berücksichtigung finden



---

Dr. med. Christine Adolph

Stv. Vorstandsvorsitzende und Leitende Ärztin

Medizinischer Dienst Bayern

Haidenauplatz 1

81667 München

Tel. 089 - 159060-3871

[christine.adolph@md-bayern.de](mailto:christine.adolph@md-bayern.de)

[www.md-bayern.de](http://www.md-bayern.de)

---