

Berlin, 22.01.2021

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF) zum Richtlinienentwurf des MDS nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V:
Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes
nach § 275d SGB V – Stand: 07.12.2020**

Die AWMF hat zu diesem Entwurf keine Einladung zur Stellungnahme erhalten mit der Begründung, dass hier nur strukturelle, keine fachlichen Aspekte adressiert werden. Die AWMF weist nachdrücklich darauf hin, dass die Mitglieder der 179 in der AWMF organisierten Fachgesellschaften sich vielfach mit Strukturmerkmalen in Krankenhäusern sowie Krankenhausplanung beschäftigen¹. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh) schließen sich dieser Stellungnahme an. Wir übermitteln Ihnen weiterhin die Stellungnahme der Deutsche Gesellschaft für die Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), die die AWMF Stellungnahme ebenfalls unterstützt.

Die im 2. Entwurf vorliegende Richtlinie über die Durchführung der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 283 Absatz 2 Nr. 3 SGB V soll ausweislich der Begründung zum MDK-Reformgesetz die näheren Einzelheiten dazu festlegen,

1. wie regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in OPS-Kodes durch die Medizinischen Dienste zu erfolgen haben. In der Richtlinie sind insbesondere Aussagen darüber zu treffen,
 - 1.1. welche Anforderungen konkret geprüft werden und
 - 1.2. in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Kodes nach fachlicher Einschätzung jeweils zu prüfen sind.
2. Zudem sind in der Richtlinie die Folgen festzulegen, wenn ein Krankenhaus nach einer vorzunehmenden Mitteilung nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V nachgewiesene Strukturmerkmale nicht mehr erfüllt.

Gemäß § 283 Absatz 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V soll den „maßgeblichen Verbänden und Fachkreisen auf Bundesebene“ die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden, „soweit sie von der jeweiligen Richtlinie betroffen sind.“ Dieser Forderung ist der MDS nicht nachgekommen, weil er die medizinischen Fachgesellschaften für nicht betroffen im Sinne des Gesetzestextes hält. Der MDS vertritt dabei den Standpunkt, dass es sich bei der in Rede stehenden Richtlinie um eine reine Ausführungsvorschrift handelt, in der Details eines Verfahrens zur Umsetzung der vom Gesetzgeber vorgesehenen Prüfungen der Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes festgelegt werden, die aber keine medizinisch-fachlichen Fragestellungen beinhaltet.

¹ S.a. Nothacker M, Busse R, Elsner P, Fölsch UR, Gogol M, Jungehülsing GJ, Kopp I, Marckmann G, Maschmann J, Meyer HJ, Miller K, Wagner W, Wienke A, Zimmer KP, Kreienberg R. Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [Medicine and Economy: Measures for a Science Based, Patient-Centred and Resource Conscious Care. The Association of Scientific Medical Societies' (AWMF) Strategy Paper]. Dtsch Med Wochenschr. 2019 Jul;144(14):990-996. German. doi: 10.1055/a-0891-3940.

Aus Sicht der unterzeichnenden Fachgesellschaften ist diese Interpretation des Gesetzestextes schon allein aufgrund der potenziellen Tragweite der Richtlinie nicht nachvollziehbar. Zudem enthalten die dieser Richtlinie im Wesentlichen zugrunde liegenden OPS-Kodes eine Reihe von fachlichen Inhalten, deren Verwendung als Grundlage für Gutachten zur Beurteilung von Strukturmerkmalen fachlicher Expertise bedarf.

Darüber hinaus weist der Entwurf eine Reihe von Inhalten mit Korrekturbedarf bzw. Verbesserungspotential auf, so dass bereits an dieser Stelle zusammenfassend festgestellt werden muss, dass die **Richtlinie in der vorliegenden Fassung aus Sicht der unterzeichnenden Fachgesellschaften nicht zustimmungsfähig** ist.

Weiter muss darauf hingewiesen werden, dass die Umsetzung der Inhalte des vorliegenden Entwurfs **direkten Einfluss auf die Krankenhausplanung** haben werden: Mit der hier vorgelegten Prüfrichtlinie des Medizinischen Dienstes erhält dieser die Möglichkeit gutachterlich festzustellen, wer in Zukunft bestimmte Leistungen abrechnen darf. Wer eine Leistung oder Leistungskomplexes nicht mehr abrechnen darf, wird ihn damit zwangsläufig nicht mehr erbringen können. Dabei bleibt unberücksichtigt, ob der Standort für diesen Leistungsbereich aus anderen Gründen erforderlich ist oder nicht. **Es ist aus Sicht der Fachgesellschaften zumindest fraglich, ob dieser potenziell einschneidende Eingriff des MD in die Landeskrankenhausplanung sinnvoll bzw. im Sinne des Gesetzgebers ist.**

Im Detail konnten folgende Problembereiche identifiziert werden:

Geltungsbereich

In diesem 2. Abschnitt des Entwurfs der Richtlinie werden die zu prüfenden Strukturmerkmale, die vom Krankenhaus für die Begutachtung bereitzustellenden Nachweise und Unterlagen sowie die Selbstauskünfte und deren in Anlage 5 und 6 aufgeführten Details vorgestellt. Dabei entsprechen die geforderten Selbstauskünfte der Anlage 5 cum grano salis den Inhalten der Checklisten der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 - Vergütung und Abrechnung (SEG 4) der MDK-Gemeinschaft, die im Auftrag des GKV-Spitzenverbands zur Nutzung durch die Krankenkassen vor Ort zur Verfügung gestellt werden.

Bereits die Kleinteiligkeit der in Anlage 5 geforderten Selbstauskünfte war und ist eine bürokratische Herausforderung. Anlage 6 stellt eine diesbezügliche Steigerung dar, zumal sich die Notwendigkeit der dort aufgeführten zusätzlichen Unterlagen je ausgewiesenem Strukturmerkmal nicht erschließt und in jedem Fall zu einer weiteren Steigerung des bürokratischen Aufwands führen wird. Hierzu zählen z.B. das Einfordern von Arbeitsverträgen von Ärzten und anderem Fachpersonal, Qualifikationsnachweise wie Facharztzeugnisse, Kooperationsverträge mit Dritten, Qualifikationsnachweise und Dienstpläne auch von Kooperationspartnern etc. Dieses Ausmaß ist den Beteiligten nicht vermittelbar und inakzeptabel. Dass es sich dabei um den Ausdruck einer ausgeprägten Misstrauenskultur handelt, sei hier nur am Rande erwähnt.

Es bleibt zudem unklar, wie die an manchen Stellen geforderten zusätzlichen Nachweise erbracht werden sollen; z.B. „*Nachweis über die Sicherstellung der Behandlungsleitung*“ oder „*Nachweise, dass die Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin auch außerhalb der werktäglichen Anwesenheitszeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sind.*“

Die Anlage 6 bedarf daher aus unserer Sicht einer Überarbeitung i.S.e. Kürzung auf relevante bzw. zweifelsfrei prüfbare Inhalte.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage zum Umgang mit den erhobenen Daten und zum Datenschutz. Die vorgelegte Richtlinie gibt keine Auskunft darüber, welche Personen unter welchen Bedingungen Dateneinsicht erhalten, wie die Daten gesichert, verwahrt und wann sie gelöscht werden.

Die datenschutzrechtlichen Aspekte bedürfen daher einer fachkundigen Ergänzung und vermutlich einer Korrektur.

Prüfkonzept

In diesem 3. Abschnitt des Entwurfs werden die „*relevanten Nachweise und Unterlagen*“ für die Prüfung näher beschrieben, aber in mehreren Fällen unzureichend definiert. So bleibt z.B. unklar, was mit „*Personalstruktur*“ oder „*sachlich-apparativen Vorhaltungen*“ gemeint ist. Es bleibt auch unklar, welche Qualifikationsnachweise bei Erfüllung von Strukturmerkmalen durch Kooperationen oder Honorarverträge vorgelegt werden sollen.

Diese Textabschnitte bedürfen einer Überarbeitung

Weiter ist es durch den Gesetzestext nicht gedeckt und dadurch unklar, was den Medizinischen Dienst in die Lage versetzt, die drei zusammenhängende Monate festzulegen, für die Dienstpläne vom Krankenhaus vorgelegt werden müssen. Eine gesetzliche Grundlage dafür fehlt.

Dieser Passus ist daher dahingehend zu ergänzen, dass die Festlegung der Monate im Einvernehmen mit dem begutachteten Krankenhaus erfolgt.

Begutachtungsablauf

Im 4. Abschnitt des Entwurfs werden die Beantragung, die möglichen Arten sowie der Ablauf der Prüfungen vorgestellt. Hier ergibt sich zunächst die Frage, wer auf welcher Grundlage beurteilt, ob „*die Unterlagen OPS-bezogen lesbar*“ sind, die vom dafür verantwortlichen Krankenhaus vorgelegt wurden.

Weiter soll dem Medizinischen Dienst eine Vertreterin oder ein Vertreter des Krankenhauses in angemessenem Umfang zur Verfügung stehen, um den Medizinischen Dienst bei der ordnungsgemäßen Durchführung der Prüfung zu unterstützen. Es bleibt unklar, wer die Bezahlung dieses Vertreters / Vertreterin des Krankenhauses für den Zeitraum der Unterstützung übernimmt.

Diese beiden Punkte bedürfen einer Klarstellung.

Bescheid, Gutachten und Bescheinigung

Dieser 5. Abschnitt enthält die aus Sicht der Fachgesellschaften **problematischsten Punkte**.

1. Es bleibt völlig unklar, welche fachliche Expertise die Mitarbeiterin bzw. den Mitarbeiter des medizinischen Dienstes kennzeichnet, die oder der die Begutachtung über die Einhaltung der Strukturmerkmale übernimmt.

Dieser Punkt bedarf der Ergänzung, dass es sich um einen Facharzt ggf. mit Zusatzweiterbildung in dem Fachgebiet handeln muss, für das die Strukturmerkmale überprüft werden.

2. Die in Anlage 4 aufgeführten Strukturmerkmale der abrechnungsrelevanten OPS-Kodes sind in mehreren Fällen ungeeignet, um als Begutachtungsgrundlage dienen zu können. Dies wurde bereits von verschiedenen Fachgesellschaften während der weitestgehend öffentlichkeitsfern vorgenommenen Erstfassung der Strukturmerkmale der OPS-Kodes für den Katalog 2021 bemängelt. Es erweist sich nunmehr als besonders bedauerlich, dass die entsprechenden Verbesserungsvorschläge der Fachgesellschaften keine Berücksichtigung durch das BfArM fanden. Beispielhaft seien hier die Strukturmerkmale „*Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft*“ und „*die Ärzte des Teams sind in der Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten*“ erwähnt. Diese cum grano salis für die OPS-Kodes 8-980, 8-98d und 8-98f geltenden Strukturmerkmale sind z.T. redundant, aber v.a. inhaltlich undefiniert, so dass sie Anlass zu kreativen Interpretationen mit daraus resultierenden Sozialgerichtsverfahren sein werden. Insofern spielt es kaum noch eine Rolle, dass laut Anlage 5 „*Ärzte mit intensivmedizinischer Erfahrung*“ namentlich identifiziert werden müssen, ohne dass klar ist, wie diese Erfahrung definiert ist.

Dieser Punkt bedarf zunächst einer inhaltlichen Überarbeitung der Strukturmerkmale durch das BfArM und in der Folge der Anlagen 5 und 6

Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus und Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen

Im 6. Abschnitt wird in Übereinstimmung mit dem Gesetzestext des § 275 d Absatz 3 Satz 3 SGB V die Verpflichtung der Krankenhäuser festgehalten zu melden, wenn eines oder mehrere der im Rahmen einer Strukturprüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale eines OPS-Kodes über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr eingehalten werden.

Der folgende Satz: „*Ab 1. Januar 2022 gilt, dass als Folge dieser Mitteilung die Leistung nach Ablauf dieses Monats nicht mehr vereinbart und nicht mehr abgerechnet werden darf.*“ findet sich allerdings so nicht im Gesetzestext. In § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr.3 ist lediglich festgehalten, dass die Richtlinie, die „*Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden*“ festlegen soll.

Es kann nicht sein, dass das vorübergehende Fehlen eines Strukturmerkmals ausreicht, um die Vergütung von in der Regel ressourcenintensiver Behandlungsverfahren so lange zu streichen bis die unter Abschnitt 8.3. aufgeführte „Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen“ abgeschlossen ist.

Hier ist aus Sicht der Fachgesellschaften, den Krankenhäusern eine Frist von mindestens 6 Monaten zu gewähren, bevor die Vergütung der Leistung ausgesetzt wird und eine Wiederholungsprüfung beantragt werden muss.

Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch

Im 9. Abschnitt wird das Vorgehen bei einem Widerspruch beschrieben.

Das Widerspruchsverfahren ist aber inhaltlich völlig unzureichend beschrieben und bedarf einer substanziellen Überarbeitung.

Fazit

Zusammengefasst müssen aus unserer Sicht folgende wesentliche Korrekturen und Ergänzungen vorgenommen werden:

1. Beseitigung der inhaltlichen Unschärfen der Strukturmerkmale von abrechnungsrelevanten OPS-Kodes.
2. Eindeutige Definition der fachlichen Qualifikation der Gutachter*in des MD.
3. Anpassung der Zeitvorgaben und des formalen Ablaufs der Prüfung bei der vorübergehenden Nicht-Einhaltung von Strukturmerkmalen.

Die unterzeichnenden Fachgesellschaften sind sich bewusst, dass die Beseitigung der strittigen Punkte so viel Zeit in Anspruch nehmen kann, dass sich erneut die Notwendigkeit ergibt, Änderungen der Terminangaben in den §§ 275d und 283 SGB V vorzunehmen. Möglicherweise hätte der Einbezug fachlicher Expertise zu einem früheren Zeitpunkt dazu beitragen können, dass die Erstellung dieses Richtlinienentwurfs unter besseren Voraussetzungen und einem größeren Konsenspotential möglich geworden wäre.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

Prof. Dr. Andreas Markewitz markewitz@gmx.de

Dr. Monika Nothacker nothacker@awmf.org

Prof. Dr. Rolf Kreienberg kreienberg@awmf.org

Anhang 1: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)