

**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Rückmeldung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Richtlinienentwurf des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 SGB V: „Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen nach § 275a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 SGB V (LOPS-RL)“**

<b>Datum</b>	<b>25.03.2025</b>
<b>Rückmeldung von</b>	AWMF unter Beteiligung von Fachgesellschaften der AWMF Ad hoc Kommission Versorgungsstrukturen. Die Stellungnahme wurde erstellt von Dr. Manfred Gogol, Prof. Andreas Markewitz, Dr. Monika Nothacker, Prof. Winfried Randerath, Prof. Rolf-Detlef Treede. Ansprechpartner ist: Dr. Manfred Gogol, gogol@awmf.org, office@awmf.org

<b>Allgemeine Anmerkungen zum Richtlinienentwurf</b>
<p>Vorbemerkung: Die zentralen Ziele der Krankenhausreform sind, die Qualität von Krankenhausbehandlungen zu sichern und zu steigern, eine flächendeckende stationäre Versorgung zu gewährleisten sowie die Effizienz der Krankenhausversorgung zu steigern und Bürokratie abzubauen. Insofern wird der vorliegende Richtlinienentwurf vor allem in Hinsicht dieser Zielsetzungen kritisch bewertet. Die AWMF hat den Entwurf an ihre Mitgliedsfachgesellschaften weitergegeben, die bei gegebenem Bedarf eigene Stellungnahmen einreichen. Bitte finden Sie die eigenen, z.T. zusätzlichen Stellungnahmen von DGAV, DGI, DGNR, DGP, DGU, GNP. Die Stellungnahme der AWMF – verfasst von der AWMF Ad Hoc Kommission Versorgungsstrukturen- wird weiterhin explizit unterstützt von folgenden Fachgesellschaften: DGAV, DGGG, DGHO, DGHNO-KC, DGK, DGNC, DGPRÄC, DGVS, DIVI.</p> <p><b>In Richtung hin zu mehr Qualität, Effizienz und Bürokratieabbau möchten wir folgende übergeordnete Aspekte adressieren:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die vorgesehene gemeinsame Nutzung der Daten für die Prüfung von Leistungsgruppen und Strukturen kann eine Verminderung der bürokratischen Belastung für Krankenhäuser bewirken. Die Umsetzung erfolgt durch eine einmalige Lieferung der Daten, die vom Medizinischen Dienst in geeigneter Art und Weise verarbeitet und gespeichert werden müssen, so dass die Daten für verschiedene Prüfzwecke verwendet werden können. Dem Krankenhaus obliegt, etwaige Änderungen dem Medizinische Dienst in Vorbereitungen auf eine Prüfung mitzuteilen. Dem Medizinische Dienst obliegt, öffentliche zugängliche Informationen über das Krankenhaus vorbereitend einzuholen, z.B. von den Landesärztekammern, den Verzeichnissen der Weiterbildungsberechtigungen, dem IQTIG, dem Bundes-Klinik-Atlas und für seine Prüfungen zu nutzen.</li> <li>2. Die elektronische Übermittlung und Datenspeicherung kann zu einer Verringerung der</li> </ol>

### Allgemeine Anmerkungen zum Richtlinienentwurf

wiederholten Einreichungen gleicher Unterlagen führen. Um Bürokratie wirklich abzubauen, müssen die Vereinfachungen konsequenter umgesetzt werden. Ein digitales Antragsformular, welches bereits fertig ausgefüllte Informationen und Nachweise für weitere LG/OPS-Kodes/G-BA-Prüfungen automatisch übernimmt, soll hierzu vom Medizinischen Dienst vorbereitet werden statt der in Anlage 3 vorgegebenen anachronistisch erscheinenden Formulare. Innerhalb der OPS-Kodes, sowie zwischen LG und OPS-Strukturmerkmalen gibt es genügend Überschneidungspunkte, die das Antragsverfahren und die Selbstauskunft weiter deutlich verschlanken können.

**3.** Das Ziel der Vereinheitlichung der Prüfzeiträume wird begrüßt. Der Gültigkeitszeitraum der Strukturprüfungen wurde auf drei oder zwei Jahre verlängert. Wie allerdings schon in einer früheren Stellungnahme der AWMF und der Fachgesellschaften vom Frühjahr 2024 zum Referentenentwurf des KHVVG betont wurde<sup>1</sup>, ist es notwendig, dass die Prüfabstände insgesamt vereinheitlicht werden.

Dazu ist – sachlich und fachlich begründet – für alle regulären Prüfungen – Leistungsgruppen, OPS-Prüfungen, G-BA-Richtlinien – eine Prüffrequenz von nicht unter 3 Jahren zu implementieren. Falls jetzige gesetzliche Regelungen dieser Frequenz entgegenstehen, ist dem Gesetzgeber dazu ein entsprechender Vorschlag durch den MD Bund zu unterbreiten.

Davon unbenommen ist es das Ziel der AWMF und der Fachgesellschaften, durchgehend Prüfzeiträume von 5 Jahren vorzusehen, da selbst bei maximaler Verschlinkung der Prozesse effektiv ein Bürokratiewachstum gegenüber der Zeit vor der Krankenhausreform resultiert. Ein 5-Jahres-Zeitraum hat sich bei der DGUV bewährt. Des Weiteren muss es unser aller Ziel sein, die regulären Voll-Prüfungen ganz abzuschaffen und durch geeignete Stichproben- sowie ggf. Prüfungen aus gegebenen Anlässen- zu ersetzen, wenn durch nutzbare Quer- und Längsschnittdaten beim BfArM sowie weitere Forschungsdaten (prospektive und retrospektive sowie Registerstudien) und Zusammenführung stationärer und ambulanter Bereiche eine ausreichende Grundlage geschaffen ist, um eventuelle Qualitätsmängel in den einzelnen Gesundheitssektoren zu identifizieren.

**4.** Der vorliegende Richtlinienentwurf berücksichtigt nicht, dass an vielen Fachabteilungen geprüfte Qualitätszertifikate bestehen, die vom IQTIG akzeptiert und im Bundes-Klinik-Atlas geführt werden. Solchermaßen ausgewiesene und gültige Zertifikate müssen verpflichtend in den Prüfungen anerkannt werden. Ihre Inhalte dürfen nicht erneut Gegenstand einer Prüfung des Medizinischen Dienstes sein, weil dies dem Ziel des KHVVG, Bürokratie abzubauen zuwiderläuft. Desgleichen konterkariert eine nicht verpflichtende Berücksichtigung solcher Zertifikate ein weiteres zentrales Ziel des KHVVG, nämlich die Sicherstellung und Verbesserung der Qualität von stationären Krankenhausbehandlungen.

**5.** Eine Prüfung soll als bestanden gelten, wenn zum Prüfzeitpunkt für 95% der Kriterien die Nachweise vorgelegt wurden.

**6.** Die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe wie „qualifiziertes Personal“ sind nicht zielführend und daher zu streichen.

**7.** Regeln für die Festsetzung zur Anforderungen von zusätzlichen Unterlagen bzw. Fristen sind in Absprache mit der AWMF und den Fachgesellschaften einvernehmlich festzulegen.

**8.** Für den vorgelegten Entwurf der Prüfungsrichtlinie liegt keine Unbedenklichkeitsbescheinigung

<sup>1</sup> Siehe Stellungnahme der AWMF zum Referentenentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) <https://www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen/stellungnahme-der-awmf-zum-referentenentwurf-fuer-ein-gesetz-zur-verbesserung-der-versorgungsqualitaet-im-krankenhaus-und-zur-reform-der-verguetungsstrukturen-khvvvg-0926-02-05-2024>

#### Allgemeine Anmerkungen zum Richtlinienentwurf

einer Landes- oder Bundesbehörde für Datenschutz vor, obwohl quer- und längsschnittlich Persönlichkeitsdaten erhoben, verarbeitet, gespeichert und weitergegeben werden sollen. Ein solches Konzept muss gleichfalls regeln, wann Daten gelöscht werden und wie die Maßnahmen zur Sicherung vor unbefugten Zugriffen aussehen sollen. Vor Vorlage der endgültigen Prüfrichtlinie ist vom Medizinischen Dienst ein Datenschutzkonzept im Sinne einer verpflichtenden Verfahrensanweisung an die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes vorzulegen mit Gelegenheit zur Stellungnahme.

**9a.** Die Inhalte der Anlage 1 KHVVG sind bisher nicht durch den Leistungsgruppen-Ausschuss am G-BA finalisiert. Soweit in den Anlagen zur LOPS-RL auf die derzeit vorliegende Anlage 1 bezuggenommen wird, ist diese vorläufig. Dies gilt gleichermaßen für die Stellungnahme der AWMF und der Fachgesellschaften. Daraus ergibt sich, dass das Stellungnahmeverfahren zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschlossen werden kann, sondern dieses nur sukzessive erfolgen kann, wenn vom Leistungsgruppen-Ausschuss Leistungsgruppen mit ihren Kriterien endgültig beschlossen wurden. Dies ist bei der Entwicklung der Prüfrichtlinie durch den MD und vom Bundesministerium für Gesundheit zu berücksichtigen.

**9b.** Im Entwurf der Richtlinie fehlt ferner ein Vorschlag zum Procedere, wenn vom Leistungsgruppen-Ausschuss während einer geprüften Laufzeit einer Leistungsgruppe die Kriterien angepasst werden.



Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
<b>§ 1 Gesetzliche Grundlage und Aufbau der Richtlinie</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3]
	[Zu Absatz 4] Satz 1: Eine Übermittlung von Strukturdaten und Dienstplänen binnen 1 Woche widerspricht §3 Satz 5, dass von Krankenhäusern angeforderte Unterlagen binnen 6 Wochen an den MD zu übermitteln sind. Satz 3: Qualitätszertifikate, die vom IQTIG anerkannt und im Bundes-Klinik-Atlas ausgewiesen sind, sind verpflichtend zu berücksichtigen. Soweit Qualitätsmerkmale von Leistungsgruppen, OPS-Prozeduren und G-BA-Richtlinien in diesen Zertifikaten geprüft sind, ist eine erneute Prüfung nicht durchzuführen.
<b>§ 2 Prüfkonzept</b>	[Zu Absatz 1] Klarstellung notwendig: Leistungsgruppenprüfungen dienen ausschließlich der Prüfung von Leistungsgruppen. OPS-Prüfungen hier einzuschließen, ist nur statthaft und sinnvoll, wenn ein OPS-Kode Bestandteil der Qualitätskriterien einer Leistungsgruppe gemäß Anlage 1 KHVVG ist. Analog dienen – unter Berücksichtigung der vorherigen Ausführung – OPS-Strukturprüfungen ausschließlich der Feststellung von Abrechnungsvoraussetzungen einer betreffenden OPS. Sie dient ausdrücklich dem Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Leistungserbringenden und Kostenträgenden. Davon unbenommen sind Kriterien, die in mehreren Verfahren zu prüfen sind nur einmal zu prüfen.
	[Zu Absatz 2] Eine Prüfung kann nur einen retrospektiven Inhalt haben. Die Formulierung einer prospektiven Wirkung ist 1. irreführend und 2. lässt sie Spielraum für eine Interpretation durch den MD. Die Formulierung ist gänzlich zu streichen.
	[Zu Absatz 3]

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5] Die Mitteilung über Anzahl und Qualifikationen sowie einer „Personalstruktur“ ist zu streichen. Sie ist dahingehend anzupassen, dass sie sich nur auf die Kriterien der Leistungsgruppen bzw. OPS-/G-BA-Bestimmungen beziehen kann und darf und dort nur insoweit, insofern Qualifikationen und/oder Quantitäten bestimmt worden sind. Dienstpläne sind nur relevant, soweit Kriterien eine 24/7-Bereitschaft oder -Tätigkeit fordern. Insofern sind diese konkret auch nur dann auf eine Fachabteilung abzustellen, soweit eine Leistungsgruppe mit einer Fachabteilung identisch ist.
	[Zu Absatz 6]
<b>§ 3 Einleitung der Begutachtung und gezielte Unterlagenanforderung</b>	[Zu Absatz 1] Der Auftraggeber der Begutachtung wird in § 3 nicht deutlich genannt. 5. Prüffristen und Zeiträume sind unterschiedlich angegeben, von einer bis vier Wochen. Alle genannten Fristen beziehen sich auf unterschiedliche Sachverhalte.
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3] Siehe §1 Absatz 4
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5]
	[Zu Absatz 6]
	[Zu Absatz 7] Unter Berücksichtigung von Feiertagen und Urlaubzeiten sowie möglichen Krankheitsständen ist den Krankenhäusern eine Frist von 15 Werktagen einzuräumen.
	[Zu Absatz 8] Es ist ein Satz 2 anzufügen:



Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<p>Die Anforderung zusätzlicher prüfungsrelevante Unterlagen ist beschränkt auf solche Unterlagen, die unmittelbar Inhalte der Leistungsgruppen, OPS-Kodes und G-BA-Richtlinien berühren und in diesen ausreichend konkretisiert sind.</p> <p>Es ist ein Satz 3 anzufügen:</p> <p>Soweit der MD in seinen Prüfungen zu der Einschätzung kommt, dass von Absatz 8 Satz 2 abgewichen werden sollte, hat er mit der AWMF und den betroffenen Fachgesellschaften eine einvernehmliche Einigung über Form und Inhalt zusätzlicher Unterlagen zu treffen.</p>
§ 4 Erledigungsarten	[Zu Absatz 1] Die Entscheidungshoheit über die Art der Prüfung (Begutachtung nach Aktenlage oder durch Begehung vor Ort) sollte nicht allein beim MD liegen, sondern auch das Krankenhaus sollte in die Entscheidung mit einbezogen werden.
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3] Zu Satz 3: Der MD hat für die Prüfungsrichtlinie eine einvernehmliche Frist mit der AWMF und des Fachgesellschaften festzulegen. Die Formulierung, dass der MD allein eine angemessene Frist bestimmt, ist sachlich und fachlich nicht angemessen.
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5]
	[Zu Absatz 6] Nach Satz 1 ist ein neuer Satz 2 einzufügen: Der MD hat den Wechsel der Erledigungsart zu begründen und sich mit den Leistungserbringenden darüber ins Benehmen zu setzen. Die Leistungserbringenden können dem Wechsel der Erledigungsart begründet widersprechen. Kann ein Benehmen zwischen MD und Leistungserbringenden nicht hergestellt werden, hat die Erledigungsart entsprechend dem Auftrag der beauftragenden Stelle Vorrang. Die nachfolgenden Sätze sind entsprechend anzupassen.
	[Zu Absatz 7] Es ist ein Satz 3 und 4 anzufügen:

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<p>Bei einer unangemeldeten Prüfung ist Leistungserbringenden für die bereitzustellenden Unterlagen eine angemessene Zeitfrist während der stattfindenden Prüfung einzuräumen. Über diese angemessene Frist hat der MD eine einvernehmliche Vereinbarung mit der AWMF und den Fachgesellschaften zu treffen.</p>
<p><b>§ 5 Strukturdaten, Unterlagen und Nachweise</b></p>	<p>[Zu Absatz 1] Hier muss auf eine zeitliche Entzerrung hingewirkt/geachtet werden, da Maximal- und große Schwerpunktkrankenhäuser ansonsten der Situation von einer Prüfung pro 1-3 Werktage konfrontiert sind. Dies gilt analog für Gebiete der Medizin, denen mehrere Leistungsgruppen zuzuordnen sind.  Dies muss gleichfalls erfolgen bei Konstellationen von kombinierten Prüfungen von Leistungsgruppen, G-BA-Richtlinien und OPS-Kodes, da sich Prüfungsaufwände bei simultanen Prüfungen deutlich erhöhen können.</p>
	<p>[Zu Absatz 2]</p>
	<p>[Zu Absatz 3] Es ist einzufügen nach Satz 4: Soweit Kooperationsvereinbarungen, Arbeitsverträge oder teleradiologische Genehmigungen unbefristet bestehen, sind diese bei Wiederholungsprüfungen zu verwenden und nicht erneut zu prüfen. Die Mitteilung über das Fortbestehen solcher Vereinbarungen durch das Krankenhaus ist ausreichend.</p>
	<p>[Zu Absatz 4]</p>
	<p>[Zu Absatz 5]</p>
	<p>[Zu Absatz 6] Satz 5 ist zu streichen, da gesetzliche Bestimmungen, insbes. z.B. für die radiologische Bildgebung, entsprechende Vorschriften regeln. Eine Prüfung im Rahmen der Richtlinie führt zu einem Mehr an Bürokratie.  Soweit unbestimmte Rechtsbegriffe eingeführt werden, wie qualifiziertes Personal für Untersuchung X, sind diese in der Richtlinie zu streichen. Davon unberührt sind ggf. anerkannte Berufsbezeichnungen oder analog anzuwendende Qualifikationsnachweise. Soweit solche nicht durch Gesetz oder andere Bestimmungen gefordert sind, ist die Nennung durch die</p>

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<p>Leistungserbringenden fakultativ.</p> <p>Ein zeitlicher Umfang ist nur dann nachzuweisen, wenn durch die Inhalte der Leistungsgruppen, OPS-Kodes oder G-BA-Richtlinien eine 24/7-Anforderung (jederzeit; jederzeit, mindestens in Rufbereitschaft) besteht oder konkrete Anforderungen in den Kriterien genannt werden. Ansonsten ist von einer regulären ganztägigen Leistungserbringung auszugehen.</p> <p>Satz 6:</p> <p>Das Vorhandensein bestimmter technischer Ausstattungen, die Inhalte von Leistungsgruppen, OPS-Kodes oder G-BA-Richtlinien sind, sind an einem Standort nur einmalig zu erbringen, selbst wenn sie in unterschiedlichen Anforderungen aufgeführt werden.</p>
	<p>[Zu Absatz 7]</p> <p>Der Strahlenschutz unterliegt gesonderten gesetzlichen Bestimmungen und Kontrollen. Es ist ausdrücklich davon auszugehen, dass Leistungserbringende diesen gesetzlichen Vorgaben entsprechen und eine erneute Vorlage der entsprechenden Qualifikation nicht notwendig ist.</p>
	<p>[Zu Absatz 8]</p>
<b>§ 6 Gutachten</b>	<p>[Zu Absatz 1]</p> <p>Das Gutachten wird zunächst ausschließlich an die beauftragenden Stellen übermittelt und nicht an das Krankenhaus. Aktuell erhält das Krankenhaus eine Vorabversion des Gutachtens, so dass es Unterlagen nachreichen oder widersprechen kann. Dieses Vorgehen sollte künftig, d.h. in dieser Richtlinie verwirklicht werden</p> <p>Es ist ein Satz 4 anzufügen:</p> <p>Mindestens einer der ärztlichen Begutachtenden des Medizinischen Dienstes muss über die Gebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzweiterbildung verfügen, in dessen Bereich eine Leistungsgruppe, ein OPS-Kode oder eine G-BA-Richtlinie fällt und deren Qualifikationsnachweis vom Krankenhaus vorzulegen ist. Analog gilt dies, soweit andere Zusatzqualifikationen gefordert werden.</p> <p>Es ein Satz 5 anzufügen: Für nicht-ärztliche Berufe ist Satz 4 analog anzuwenden, insbesondere soweit bestimmte Berufsbezeichnungen oder definierte Zusatzqualifikationen Prüfungsinhalte sind.</p>



Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3]
<b>§ 7 Mitwirkung der Krankenhäuser</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
<b>§ 8 Beauftragung Leistungsgruppenprüfungen</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2] Leistungsgruppenprüfungen sind in einem Abstand von 3 Jahren durchzuführen. OPS-Prüfungen und Prüfungen von G-BA-Richtlinien sind mit dieser Frequenz zu harmonisieren. Analog DGUV soll im Prozess eine Überprüfung der Frage erfolgen, ob eine Prüfung nach Konsolidierung der stationären Leistungserbringung gem. KHVVG in einem prolongierten Abstand von 5 Jahren erfolgen kann, um den Bürokratie- und Ressourcenaufwand für Leistungserbringende, Medizinischen Dienst, Kostenträger und Aufsichtsführende Behörden zu reduzieren. Davon bleiben Prüfungen aus besonderen Gründen unberührt. Ggf. hat dann eine Harmonisierung mit Prüfungen aus anderen Anlässen (OPS-Strukturprüfungen, G-BA-Richtlinien) zu erfolgen. Zur Perspektive siehe Allgemeine Anmerkungen Ziffer 4.
	[Zu Absatz 3] Satz 5: Prüfungen nach Satz 5 a bis d beziehen sich ausschließlich auf die Merkmale, deren Erfüllung nicht vorlag oder deren Nichterfüllung temporär angezeigt wurde.
	[Zu Absatz 4] Satz 2 und 4: Hier ist zunächst die Finalisierung der Qualitätskriterien durch den Leistungsgruppen-Ausschuss abzuwarten. Satz 8: Der Satz 8 ist zu ergänzen um den Teilsatz: ...und begründet werden.
	[Zu Absatz 5] Der Abschnitt ist zu ergänzen um:

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Mindestkriterien sind Prüfzeitraumdurchschnittlich zu mindestens 95% zu erfüllen.</li> <li>2. Kurzfristige, nicht planbare Ausfälle von bis zu zusammenhängend 3 Kalendertagen sind dokumentations- und meldepflichtig. Sie bleiben konsequenzlos hinsichtlich der Genehmigung von Leistungsgruppen.</li> </ol>
	[Zu Absatz 6]
<b>§ 9 Durchführung Leistungsgruppenprüfungen</b>	[Zu Absatz 1] Prüfungen sollen nur alle 3 Jahre stattfinden. Siehe allgemeine Eingangsbemerkungen sowie § 8 Absatz 2. Darüber hinaus ist Satz 2 zu streichen, weil eine zwischenzeitliche Teilprüfung - hier von Strukturdaten - nicht gefordert ist. Die Pflicht der Aktualisierung von Strukturdaten ergibt sich nur soweit, als das Leistungserbringende Änderungen der Strukturdaten, soweit sie konkrete Inhalte der Leistungsgruppen, OPS-Kodes oder G-BA-Richtlinien betreffen, zwischen den Prüfungen anzuzeigen haben.
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3]
<b>§ 10 Spezielle Begutachtungsinhalte</b>	[Zu Absatz 1] Satz 1 ist zu ändern dahingehend, dass die Arbeitszeitregelung für eine VK (Vollzeitäquivalent) auf Grundlage des für die jeweiligen Leistungserbringenden geltenden Tarifvertrags zu erfolgen hat. Ein 24/7-Rufbereitschaftsdienst oder auch Präsenzdienst kann auch bei einer tariflich vereinbarten Regelarbeitszeit von 38,5 Stunden mit drei VK ohne Abstriche an der Behandlungsqualität organisiert werden. Entsprechend sind die nachfolgenden Sätze 2 und 3 zu streichen.
	[Zu Absatz 2]

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<p>[Zu Absatz 3] Es gilt hier die Vereinbarung der Selbstverwaltungen (PpUG-Nachweis-Vereinbarung) in der jeweils gültigen Form. Abweichungen oder Erweiterungen führen zu einem Mehraufwand an Bürokratie.</p>
	<p>[Zu Absatz 4]</p>
<p><b>§ 11 Leistungsgruppengutachten</b></p>	<p>[Zu Absatz 1]</p>
	<p>[Zu Absatz 2] Bei einer LG, bei der in Kooperation eine LG an einem anderen Standort vorausgesetzt wird, ist diese nicht bei der zu prüfenden LG mit zu prüfen, da LG grundsätzlich vom Medizinischen Dienst geprüft werden und die „koop. LG“ somit schon einem Prüfprozess unterliegt. Eine erneute Prüfung wäre faktisch eine doppelte Prüfung.</p>
	<p>[Zu Absatz 3]</p>
	<p>[Zu Absatz 4]</p>
	<p>[Zu Absatz 5] Satz 2 bis 4 sind zu streichen. Es besteht weder sachlich die Notwendigkeit, personenbezogene Daten an die beauftragende oder andere Stellen zu übermitteln, noch wäre ein solches Vorgehen datenschutzrechtlich korrekt. Im Zweifel hat der MD eine Pseudonymisierung durchzuführen, wie sie im Umgang mit Forschungsdaten üblich ist. Die Vorlage ein genehmigten Datenerhebungs- und -schutzregelung ist zwingend erforderlich. Siehe Allgemeine Anmerkungen Ziffer 3.  Satz 5: Kooperationspartner sind nicht zu prüfen, soweit es sich um eine LG handelt, die in Kooperation erbracht wird, da diese vom Medizinischen Dienst zu prüfen ist. Eine erneute Prüfung wäre eine doppelte Prüfung. Siehe auch Anmerkung zu § 11 Absatz 2.</p>

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	[Zu Absatz 6]
	[Zu Absatz 7]
	[Zu Absatz 8] Siehe Kommentar zu Absatz 5.
	[Zu Absatz 9]
<b>§ 12 Beauftragung OPS-Strukturprüfungen</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3] Der Punkt c von Satz 5 ist zu streichen, da jede Veränderung des OPS-Kataloges Auswirkung im Sinne einer Abrechnungsrelevanz haben kann. Dies hätte zur Folge, dass Raum für eine Prüf- und Bürokratieausweitung erfolgt. Ggf. ist der Begriff der Abrechnungsrelevanz einvernehmlich mit der AWMF und den betroffenen Fachgesellschaften zu konsentieren.
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5]
<b>§ 13 Regelung zu den Auftragsarten</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3]
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5]
<b>§ 14 Durchführung und</b>	[Zu Absatz 1]

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
<b>Bearbeitungszeiten OPS-Strukturprüfungen</b>	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3]
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5]
	[Zu Absatz 6]
<b>§ 15 Regelungen zu Umzügen, Änderungen des Krankenhausträgers und zusätzlicher Leistungserbringung</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3]
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5]
	[Zu Absatz 6]
	[Zu Absatz 7]
<b>§ 16 Spezielle Begutachtungsinhalte</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
<b>§ 17 Bescheid und Gutachten der OPS-Strukturprüfungen</b>	[Zu Absatz 1] Zu Satz 1: OPS-Kodes werden geprüft auf Fachabteilungs- oder Stationsebene. Soweit davon abgewichen wird – hier der unscharfe Terminus Einheit – ist darüber eine einvernehmliche Einigung mit der AWMF und den betroffenen Fachgesellschaften herbeizuführen.
	[Zu Absatz 2]

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
<b>§ 18 Gültigkeitsdauer der Bescheinigung</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2] Siehe auch allgemeine Vorbemerkung: Die Frequenz von Prüfungen bzw. die Gültigkeitsdauer von Bescheinigungen für OPS-Kodes haben mit der Zielsetzung einer Harmonisierung der Prüfabstände und des Bürokratieabbaus eine Dauer von 3 Jahren. Abweichungen hiervon können in begründeten Fällen durch einvernehmliche Vereinbarungen von MD und AWMF und den betroffenen Fachgesellschaften getroffen werden. Siehe auch Allgemeine Anmerkungen Ziffer 3.
	[Zu Absatz 3]
	[Zu Absatz 4]
	[Zu Absatz 5]
<b>§ 19 Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2] Es ist ein Satz 2 einzufügen: Wiederholungsprüfungen beziehen sich ausschließlich auf solche Merkmale, bei denen in der vorausgegangenen Prüfung eine Nichteinhaltung festgestellt wurde.
	[Zu Absatz 3]
<b>§ 20 Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS)</b>	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
<b>§ 21 Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch</b>	[Zu Absatz 1] Es ist der Satz einzufügen nach Satz 1: Die erneute Begutachtung bezieht sich nur auf die Umstände, zu denen der Leistungserbringer Widerspruch eingelegt hat.

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<p>Satz 7 ist zu ändern in: Der Widerspruch wird von einem in der Erstprüfung nicht teilnehmenden Zweitgutachter geprüft. Dies entspricht dem juristischen Standard, dass eine Revision gegen ein Urteil nicht bei der gleichen „Instanz“ erfolgt. Ferner ist zu ergänzen, dass der Zweitbegutachtende über die Gebiets- und/oder die Zusatzbezeichnung, ggf. die Zusatzqualifikation, der zu beurteilenden Leistungsgruppe, OPS-Kode oder G-BA-Richtlinie verfügen.</p> <p>Diese durch Gebiets-, Schwerpunkt- oder ggf. Zusatzweiterbildung zu fordernde Qualifikation an die Gutachter des Medizinischen Dienstes gilt gleichermaßen auch für die Prüfung von Leistungsgruppen in dem Sinne, dass mind. 1 Prüfer des Medizinischen Dienstes eine solche Qualifikation nachzuweisen hat. Dies ist im Regelungstext des Abschnitts zur Prüfung von Leistungsgruppen an geeigneter Stelle einzufügen.</p> <p>[Zu Absatz 2]</p>
§ 22 Übergangsbestimmungen	[Zu Absatz 1]
	[Zu Absatz 2]
	[Zu Absatz 3]
§ 23 Inkrafttreten	
Anlage 1 Auftrag Prüfung OPS-Kodes	Die Liste sehr umfangreich. Umso mehr ist der Terminus „abrechnungsrelevant“ einvernehmlich mit der AWMF und den Fachgesellschaften zu definieren.
Anlage 2 Strukturdaten zu Leistungsgruppen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zur datenschutzrechtliche Fragen siehe Abschnitt Allgemeine Vorbemerkungen und Anmerkungen zu den einzelnen Paragraphen der Richtlinie.</li> <li>2. Die Anmeldung soll nur über die Standortnummer erfolgen, da nach erstmaliger Anmeldung die damit verbundenen Informationen dem Medizinischen Dienst vorliegen.</li> <li>3. Bezüglich der Systematik soll die Reihenfolge Gebiet/Schwerpunkt/Zusatzweiterbildung/andere Qualifikationen eingehalten werden.</li> <li>4. In den Drop down-Menüs sind zur Verschlinkung alle Gebiete/Schwerpunkte/Zusatzweiterbildungen/andere Qualifikationen zu streichen, die nicht explizit in Anlage 1</li> </ol>

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag [Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]
	<p>KHVVG in der gültigen Fassung aufgeführt sind.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Die Aufstellung ist zu erweitern um IQTIG-akzeptierte Qualitätszertifikate oder ihnen in Zukunft ggf. gleichzustellenden Zertifikate (z.B. AltersTraumaZentrum DGU für G-BA-Richtlinie Hüftfrakturen).</li> <li>6. Eine mögliche Freitextangabe zu anderen Zertifikaten ist zu ermöglichen.</li> <li>7. Die doppelte Nennung von Fachärzten im Allgemeinen und solchen im Rufbereitschaftsdienst ist überflüssig, da Anlage 1 KHVVG nur Letztere fordert. Eine davon abweichende Regelung ist nur für entsprechende explizite Anforderungen in G-BA-Richtlinien statthaft.</li> <li>8. Die Forderung von Angaben zur Assistenz (Blatt 7-9) ist überflüssig und ergibt sich nicht aus den Anforderungen der Anlage 1 KHVVG. Sie ist zu streichen einschl. der Liste der „Assistenzberufe“.</li> <li>9. Spalte 2 „Gegenstand/Zweck der Kooperationsvereinbarung“ (Seite 10-12) ist überflüssig und ergibt sich aus der Angabe der entsprechenden Leistungsgruppe (→ Nummer) oder Angabe der Leistung (→ z.B. MRT). Entsprechend ist Spalte 5 zu modifizieren.</li> </ol> <p>Soweit hier Anforderungen zur Angabe formuliert werden, ist sicher zu stellen, dass eine gemachte Angabe für mehrere Leistungsgruppen oder andere Prüfanlässe berücksichtigt werden. Eine allgemeine Angabe über eine bestehende Kooperationsvereinbarung eines Krankenhauses ist dann ausreichend.</p>
<p><b>Anlage 3</b> <b>Strukturdaten zu OPS-Kodes</b></p>	<p>Siehe Anmerkungen zu Anlage 2.</p> <p>Des Weiteren kann und darf es nicht sein, dass identische Angaben in verschiedenen Formularen, hier Anlage 1 und 3, vom Krankenhaus zu tätigen sind.</p>
<p><b>Anlage 4</b> <b>Erforderliche Unterlagen zu Leistungsgruppen</b></p>	<p>Die in dieser Anlage aufgeführten Angaben können zum jetzigen Zeitpunkt nicht endgültig bearbeitet, da zu 90% der Leistungsgruppen der Anlage 1 KHVGG Änderungsanträge vorliegen. Eine abschließende Stellungnahme muss deshalb aus sachlichen Grund zurückgestellt werden und kann erst nach definitiver Festlegung der Qualitätskriterien für einzelne Leistungsgruppen erfolgen.</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren muss deshalb zwingend in Fragen betreffend der Anlage 4 zurückgestellt werden bis entsprechende Beschlüsse des Leistungsausschusses vorliegen.</p>



Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<p>Soweit der Medizinische Bund dem nicht entsprechen kann oder will, beantragen die AWMF und die Fachgesellschaften eine Verlängerung der Stellungnahmefrist für diese Anlage bis zum 15.04.2025 aufgrund des Umfangs des Dokuments und der deshalb durchzuführenden Abstimmungen.</p> <p>Zum jetzigen Zeitpunkt sind folgende Anmerkungen zu machen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es sind nur Qualifikationen für eine Prüfung aufzuführen, die in einer LG gefordert sind. Z.B. sind für die LG 1 nicht ggf. weitere SP-Bezeichnungen oder Zusatzweiterbildungen aufzuführen. Anlage dazu die Anforderungen in Schwerpunkten eines Gebietes.</li> <li>2. Grundsätzlich ist die Anforderung von Qualifikationsnachweise und Dienstplänen des sogen. medizinischen Assistenzpersonals in der Radiologie (MTR) nicht notwendig. Dieser Bereich ist in seiner Organisation in gesetzl. Bestimmungen geregelt (Strahlenschutzgesetz StrLSchG, Strahlenschutzverordnung StrLSchV, Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum Aufsichtsprogramm nach § 180 und § 149 StrLSchV (AVV Aufsichtsprogramm), Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie (MT-Berufegesetz MTBG und andere).</li> <li>3. Wenn Nachweise über die Vorhaltung von FÄ für den Betrieb von CT und/oder MRT zu erbringen sind, dann genügt die einmalige Angabe durch das Krankenhaus bei einer Leistungsgruppe.</li> <li>4. Die Angaben zu FÄ, die über die Mindestverfügbarkeit hinausgehen hat nur dann zu erfolgen, wenn weitere FÄ am Rufbereitschaftsdienst einer Leistungsgruppe teilnehmen.</li> <li>5. Generell haben Prüfungsinhalte in der Hinsicht zu entfallen, wenn eine mindestens in Kooperation vorzuhaltende Leistungsgruppe am Standort existiert.</li> <li>6. Soweit eine Gerätevorhaltung oder ein Funktionsbereich ohne weitere Spezifikation in den Mindestvoraussetzungen oder als Auswahlkriterium aufgeführt ist, ist die Angabe darüber ausreichend. Insbesondere Personalumfänge und Dienstpläne dann nicht zu fordern.</li> <li>7. Dies gilt analog für Forderungen betreffend Eingriffsräumen und Operationssälen. Die Vorhaltung der</li> </ol>

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	<p>Bereiche Anästhesie, Anästhesie- und Operationspflege sind nicht zu führen, soweit spezifische Berufe oder Qualifikationen nicht gefordert sind. Das Vorhandensein der vorgenannten Berufsgruppe sind medizinischer Standard.</p> <p>8. Eine Angabe über die Vorhaltung spezifischer Operationssäle, Hybrid-OP, Eingriffsräume ist ausreichend. Die Forderung nach Lage- und Bauplänen ist zu streichen.</p> <p>9. Wenn zusätzliche Qualifikationen oder Zusatzweiterbildungen im ärztlichen oder nicht-ärztlichen nachzuweisen sind und Vorhaltungszeiten nicht definiert sind, reicht der der Vorhaltung der Berufsqualifikation aus.</p>
<p><b>Anlage 5</b> <b>Erforderliche Unterlagen zu Leistungsgruppen: G-BA Richtlinien</b></p>	<p>Es ist aus der Verfahrensbeschreibung und der Auflistung der Anforderungsunterlagen nicht klar, wie vorhandene Unterlagen (z.B. LG 65 Notfallmedizin) genutzt werden, um mehrfache Dokumentationen und Anforderungen zu verhindern.</p> <p>Soweit Anforderungen von Seiten des Medizinischen Bundes zur Erstellung des eigenen Prüfrichtlinien für G-BA-Richtlinien bestehen, die aus der Formulierung des G-BA nicht eindeutig sind, sondern auf einer Interpretation der Richtlinie durch den Medizinischen Dienst beruhen, sind hierüber einvernehmliche Interpretationen und Vorgehensweisen zwischen Medizinischen Dienst und AWMF und Fachgesellschaften herzustellen.</p> <p>Bei der Prüfung der Notfallstrukturen werden Spezialversorgende nicht erwähnt. Diese sind jedoch fester Bestandteil des Gesetzes. Allerdings kommen die genannten Prüfkriterien für sie nicht in gleicher Weise in Frage. Hier sind somit weitere konkretisierende Bestimmungen für Spezialversorgende notwendig.</p>
<p><b>Anlage 6</b> <b>Erforderliche Unterlagen zu OPS-Kodes</b></p>	<p>Es ist aus der Verfahrensbeschreibung und der Auflistung der Anforderungsunterlagen nicht klar, wie vorhandene Unterlagen (z.B. LG 56 Geriatrie) genutzt werden, um mehrfache Dokumentationen und Anforderungen zu verhindern.</p> <p>Soweit Anforderungen von Seiten des Medizinischen Bundes zur Erstellung des eigenen Prüfrichtlinien für OPS-Kodes bestehen, z.B. Forderung des Nachweise einer Vertretung für die in der Prozedur 8-550 aufgeführten therapeutischen Berufe, die aus der Formulierung des betreffenden Kodes nicht eindeutig gefordert werden, sondern auf einer Interpretation der Richtlinie durch den Medizinischen Dienst beruhen, sind hierüber einvernehmliche</p>

<b>Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf</b>	
<b>Zuordnung Paragraf bzw. Anlage</b>	<b>Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag [Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</b>
	<p>Interpretationen und Vorgehensweisen zwischen Medizinischen Dienst und AWMF und Fachgesellschaften herzustellen, soweit bisher nicht geschehen.</p> <p>Dienstpläne und weitere, insbes. personensensitive Daten von kooperierenden Kliniken sind nur dann anzufordern, wenn diese Vorhaltung von der OPS-Prozedur explizit gefordert wird. Ggf. Ist eine einvernehmliche Verständigung zwischen Medizinischen Dienst und AWMF und Fachgesellschaften herzustellen.</p>
<b>Anlage 7 OPS-Kodes mit Stations- / Einheitsbezug</b>	<p>Grundsätzlich sollen OPS-Kodes auf Fachabteilungs- oder Stationsebene überprüft werden. Der Terminus Einheit ist nicht definiert.</p> <p>Die Kennzeichnung der Prozeduren in der Auflistung nach Station/Einheit oder keine Zuordnung ist nicht konsistent.</p>
<b>Anlage 8 OPS-Kodes mit zweijähriger Gültigkeitsdauer der Bescheinigung</b>	<p>Grundsätzlich sollen Prüfungen von OPS-Kodes eine Gültigkeitsdauer von 3 Jahren haben. Siehe dazu auch Allgemeine Anmerkungen zur Prüfungsrichtlinie sowie die entsprechenden Anmerkungen in den einzelnen Bereichen.</p> <p>Es ist ferner weder fachlich noch formal nachzuvollziehen, warum die aufgeführten Zertifizierungen von OPS-Kodes nur eine Laufzeit von 2 Jahren haben (sollen). Dies konterkariert ferner die Bemühungen zum Bürokratieabbau und zur Harmonisierung der Prüfungen in den unterschiedlichen Anforderungsbereichen (Leistungsgruppen, Gemeinsamer Bundes-Ausschuss, OPS-Kodes).</p>
<b>Anlage 9 Bescheinigung Einhaltung OPS-Strukturmerkmale</b>	<p>Hinweis: Es fehlen analoge Formulare für den Bereich Leistungsgruppen und G-BA-Richtlinien.</p>
<b>Anlage 10 Formulare für Mitteilungen an den Medizinischen Dienst</b>	<p>Aus den Formularen kann nicht erkannt werden, ob sie im elektronischen Format vorliegen. Es ist grundsätzlich zu vermeiden, dass Angaben für einen Standort, an welcher Stelle auch immer, wiederholt eingegeben oder angegeben werden müssen. Der Medizinische Dienst hat sicherzustellen, dass keine Mehrfachnennung erfolgen muss.</p> <p>Die Notwendigkeit für das Formular 10.1 besteht nicht oder nur insoweit, als dass eine Leistungsgruppe/G-BA-Richtlinie/OPS-Kode mit zu benennenden infrastrukturellen Kriterien des Krankenhauses verbunden ist. Eine beispielsweise Meldung des Umzuges eine Fachabteilung oder Teile von dieser von Station A auf Station B eines Standortes ist nicht begründet.</p> <p>Es ist sachlich nicht zu erkennen, dass in Formular 10.3 eine</p>

Spezifische Anmerkungen zum Richtlinienentwurf	
Zuordnung Paragraf bzw. Anlage	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschlag <i>[Bitte ordnen Sie Ihre Stellungnahme dem spezifischen Absatz zu.]</i>
	Bescheinigung in welcher Form auch immer vom Krankenhaus vorgehalten (oder geliefert) werden muss.
<b>Anlage 11 Glossar</b>	