

---

**Stellungnahme  
des Bundesverbandes Geriatrie e.V.**

**zum  
Entwurf einer Richtlinie zur regelmäßigen Begutachtung  
zur Einhaltung von Strukturmerkmalen  
von OPS-Kodes nach § 275d SGB V**

**5. Januar 2021**

Die Richtlinie über die Durchführung der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen soll die näheren Einzelheiten dazu festlegen, wie regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen in OPS-Komplexbehandlungskodes durch die Medizinischen Dienste zu erfolgen haben. Um das Fachwissen aus der Praxis einzubinden, sollen bei der Festlegung der Richtlinie gemäß § 283 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 SGB V die maßgeblichen Fachverbände sowie Interessensvertreter beteiligt werden, indem insbesondere ihre Stellungnahmen bei der Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind.

Eine bedarfsorientierte Ausformulierung der Richtlinie ist von besonderer Bedeutung, um den vom Gesetzgeber formulierten Zielen "Planbarkeit für die Krankenhäuser bezüglich der Abrechnungsbefugnis" und „mehr Transparenz im Prüfgeschehen“ langfristig gerecht zu werden. Unter anderem sind rechtssichere Kriterien zu definieren, um allen Beteiligten Abrechnungssicherheit zu verschaffen. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Bundesverband Geriatrie e.V., dass die geplante Richtlinie gemäß Abschnitt 2 für die Medizinischen Dienste grundsätzlich verbindlich ist.

Um den im MDK-Reformgesetz verankerten Mindestvorgaben sowie den vom Gesetzgeber formulierten Zielen gerecht zu werden, bezieht der Bundesverband Geriatrie e.V. nachfolgend zu ausgewählten Inhalten des vorliegenden Entwurfs Stellung.

**Abschnitt 2 „Geltungsbereich“ und Anlage 6 „Erforderliche Unterlagen“**  
**Eingeschränkte Öffnungsklausel für bereitzustellende Nachweise und Unterlagen**

Gemäß dem allgemeinen Geltungsbereich (Abschnitt 2) sind die vom Krankenhaus für die Begutachtung bereitzustellenden Nachweise und Unterlagen in den Anlagen 6 (Erforderliche Unterlagen je OPS-Kode) festgelegt. Den allgemeinen Hinweisen zur Anlage 6 ist in Bezug auf die vom Krankenhaus bereitzustellenden Nachweise und Unterlagen folgende allgemeine Öffnungsklausel zu entnehmen (vgl. OPS 8-550, OPS 8-98a): „Sollte es sich im Rahmen der Durchführung der Strukturprüfung als notwendig erweisen, behalten wir uns vor, weitere prüfrelevante Unterlagen anzufordern bzw. bereitstellen zu lassen.“

Die Möglichkeit, auf der Ebene eines einzelnen Krankenhauses von den Regelungen der Richtlinie abzuweichen, um so die notwendige individuelle Flexibilität zu gewährleisten, ist grundsätzlich zu begrüßen. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. ist eine allgemeine

beziehungsweise unbedingte Öffnungsklausel – wie sie die Richtlinie in der aktuellen Fassung vorsieht – jedoch nicht geeignet und widerspricht dem Willen des Gesetzgebers durch die Einführung von Strukturprüfungen „mehr Transparenz im Prüfgeschehen“ zu schaffen. Ausweislich der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz sollen „immer wieder auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch reduziert werden“. Um mehr Transparenz im Prüfgeschehen zu gewährleisten und die Planbarkeit bei den Krankenhäusern zu sichern, ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. eine eingeschränkte beziehungsweise bedingte Öffnungsklausel in Bezug auf die bereitzustellenden Nachweise und Unterlagen erforderlich. Konkret sollte diese eingeschränkte Öffnungsklausel nur im begründeten Einzelfall wirksam sein. Analog der ständigen Rechtsprechung zur Auslegung von Vergütungsregelungen, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen sind, haben sich die prüfrelevanten Nachweise und Unterlagen zudem streng an dem Wortlaut des von der zuständigen Stelle herausgebenden Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V zu orientieren und dürfen keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belassen.

### **Ergänzungsvorschlag:**

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an, an Stelle der allgemeinen Öffnungsklausel für bereitzustellende Nachweise und Unterlagen eine eingeschränkte Öffnungsklausel zu verwenden und schlägt folgende Neuformulierung vor:

#### 2. Geltungsbereich (3. Absatz):

*[...] Sollte es sich im Rahmen der Durchführung der Strukturprüfung als notwendig erweisen, können im begründeten Einzelfall weitere prüfrelevante Nachweise und Unterlagen angefordert werden. Als prüfrelevant gelten nur Nachweise und Unterlagen mit Bezug auf die entsprechende Version des von der zuständigen Stelle herausgebenden Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V.*

#### Anlage 6 (Allgemeine Hinweise OPS 8-550 und OPS 8-98a):

*Sollte es sich im Rahmen der Durchführung der Strukturprüfung als notwendig erweisen, behalten wir uns vor, im begründeten Einzelfall weitere prüfrelevante Unterlagen anzufordern bzw. bereitstellen zu lassen. Als prüfrelevant gelten nur Nachweise und Unterlagen mit Bezug auf die entsprechende Version des von der zuständigen Stelle herausgebenden Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V.*

### **Abschnitt 3 „Prüfkonzept“ und Anlage 6 „Erforderliche Unterlagen“**

#### Grundsatz der Prospektivität für bereitzustellende Dienstpläne

Gemäß des Prüfkonzeptes (Abschnitt 3) fordert der Medizinische Dienst die Vorlage von Dienstplänen über einen Zeitraum von drei zusammenhängenden Monaten an. Die jeweiligen Monate sollen dabei vom zuständigen Medizinischen Dienst aus den letzten 12 Monaten, die vor der Prüfung liegen, benannt werden. Aus den allgemeinen Hinweisen zur Anlage 6 geht in diesem Zusammenhang zusätzlich hervor, dass mit dem „Dienstplan“ der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgestimmte „Ist-Dienstplan“ gemeint ist. Ergänzend kann das Krankenhaus den geplanten „Soll-Dienstplan“ zur Verfügung stellen.

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. ist es im Rahmen einer prospektiven Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nicht sachgerecht, retrospektive Tatbestände – wie „Ist-Dienstpläne“ aus den letzten 12 Monaten – als übergeordnetes allgemeines Begutachungskriterium heranzuziehen. Ein solches kann mit dem Umstand begründet werden, dass das Abstellen auf Ist-Dienstpläne aus den letzten 12 Monaten zu unzumutbaren Ergebnissen für das Krankenhaus führen kann:

Aus dem allgemeinen Regelungssystem des Operationen- und Prozedurenschlüssels ergeben sich in Abgrenzung der einzelnen OPS-Komplexkodes grundsätzlich differente Anforderungen an personelle Anwesenheitspflichten und Vertretungsregelungen. Bei der 24-stündigen bzw. ständigen Anwesenheit eines Facharztes handelt es sich beispielsweise um eine Leistung, die nur in besonderen Behandlungsfällen erforderlich ist und daher explizit als ein Mindestmerkmal im Operationen- und Prozedurenschlüssel benannt wird. Der Wortlaut des OPS 8-550 „geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ fordert beispielsweise keine 24-stündige oder ununterbrochene Anwesenheit der Behandlungsleitung bzw. des Facharztes. Dies ergibt sich unter anderem aus der Abgrenzung zu anderen Operationen- und Prozedurenschlüsseln, welche eine ständige Anwesenheit eines Facharztes fordern, z. B. OPS 8-980 „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ oder OPS 8-981 „Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“. Für die Abrechenbarkeit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ist es daher nicht erforderlich, dass über das Gesamtjahr im betreffenden Krankenhaus jederzeit eine adäquate Vertretungsmöglichkeit für die ärztliche Behandlungsleistung und die qualifizierte Pflegekraft vorgehalten werden muss (vgl. unter anderem: SG Aachen - 14.07.2020 - S 14 KR 560/19, SG Wiesbaden – 25.08.2020 - S 18 KR 438/18, SG München - 23.07.2020 - S 15 KR 2143/18, SG München- 23.07.2020 -S 15 KR 1684/18). Sofern als primäres Begutachungskriterium Ist-Dienstpläne aus den letzten 12 Monaten herangezogen werden, könnte dies im Rahmen der Nachweisführung zum OPS 8-550 zu unzumutbaren Ergebnissen für das Krankenhaus führen, da Ist-Dienstpläne die tatsächliche Nettoarbeitszeit widerspiegeln und Arbeitsausfallzeiten durch Krankheit etc. damit Begutachtungsrelevanz erhalten. Die Begutachtungsrelevanz einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit geht jedoch weit über den Wortlaut des OPS 8-550 hinaus und ist daher strikt abzulehnen.

Unter Berücksichtigung des Prospektivitätsgrundsatzes (vgl. § 17 Absatz 1 Satz 2 KHG) haben die Krankenhäuser den Kostenträgern die Bescheinigung darüber, dass sie die Strukturmerkmale der OPS-Komplexbehandlungskodes einhalten, im Voraus zu dem Jahr zu übermitteln, für das eine Budgetvereinbarung getroffen wird bzw. die Leistungen abgerechnet werden. Vor diesem Hintergrund hat sich auch die Nachweisführung an dem Grundsatz der Prospektivität zu orientieren, weshalb Soll-Dienstpläne primär zur Nachweisführung herangezogen werden sollten und Ist-Dienstpläne ausschließlich im begründeten Einzelfall in Ergänzung bereitgestellt werden sollten.

### **Ergänzungsvorschlag:**

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an, für die Nachweisführung primär Soll-Dienstpläne heranzuziehen und schlägt folgende Neuformulierung vor:

### 3. Prüfkonzept (6. Absatz):

*[...] Mit Dienstplan ist der geplante „Soll-Dienstplan“ gemeint. Liegen tatsächliche Anhaltspunkte vor, die den Anlass zu Zweifeln an der Plausibilität geben, kann im begründeten Einzelfall ergänzend der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ angefordert werden. Sofern die entsprechende Version des von der zuständigen Stelle herausgebenden Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V für den abrechnungsrelevanten OPS-Kode personelle Anwesenheitspflichten und/oder Vertretungsregelungen in den Strukturmerkmalen benennt, ist der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ grundsätzlich ergänzend zur Verfügung zu stellen.*

### Anlage 6 (Allgemeine Hinweise OPS 8-550 und OPS 8-98a):

*Mit Dienstplan ist der geplante „Soll-Dienstplan“ gemeint. Liegen tatsächliche Anhaltspunkte vor, die den Anlass zu Zweifeln an der Plausibilität geben, kann im begründeten Einzelfall ergänzend der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ angefordert werden. Sofern die entsprechende Version des von der zuständigen Stelle herausgebenden Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 Absatz 2 SGB V für den abrechnungsrelevanten OPS-Kode personelle Anwesenheitspflichten und/oder Vertretungsregelungen in den Strukturmerkmalen benennt, ist der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ grundsätzlich ergänzend zur Verfügung zu stellen.*

## **Abschnitt 4 „Begutachtungsablauf“**

### Einheitliche Konkretisierung genannter Fristen

Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. sollten alle innerhalb der Richtlinie genannten Fristen einheitlich formuliert werden. In Abschnitt 4.2.3 (Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung) werden die genannten Fristen dahingehend konkretisiert, dass die genannte Frist „nach Zugang der Mitteilung“ beginnt. Diese Konkretisierung ist zur Vereinheitlichung aller genannten Fristen auf die gesamte Richtlinie anzuwenden.

### **Ergänzungsvorschlag:**

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an, alle genannten Fristen anlog Abschnitt 4.2.3 zu konkretisieren und schlägt folgende Neuformulierung vor:

#### 4.1.3 Antragsstellung:

*Der zuständige Medizinische Dienst bestätigt binnen zehn Werktagen (Mo.-Fr.) **nach Antrags-  
eingang** OPS-bezogen den Eingang des Antrages und teilt gleichzeitig dem beantragenden Krankenhaus OPS-bezogen die Erledigungsart mit. Dieses Schreiben enthält ggf. den Zeitraum der zu prüfenden Dienstpläne. Das Krankenhaus übermittelt dem Medizinischen Dienst OPS-bezogen alle erforderlichen Dokumente gemäß Anlagen 5 und 6 binnen zehn Werktagen (Mo.-Fr.) **nach Zugang der Mitteilung.***

#### 4.2.2 Dokumentenprüfung:

*Wenn im Verlauf der Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die eingereichte Selbstauskunft mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen nicht vollständig oder nicht aussagefähig ist, wird dem Krankenhaus die Möglichkeit einer Nachlieferung der*

---

vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen (Mo.-Fr.) *nach Zugang der Mitteilung* gegeben.

#### 4.2.3 Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung:

Wenn im Verlauf der Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die eingereichte Selbstauskunft mit den erforderlichen Nachweisen und Unterlagen nicht vollständig ist, wird dem Krankenhaus die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen (Mo.-Fr.) *nach Zugang der Mitteilung* gegeben.

#### 4.2.4 Vor-Ort-Prüfung

Wenn im Verlauf der Vor-Ort-Prüfung durch den Medizinischen Dienst festgestellt wird, dass die vorgelegten Nachweise und Unterlagen nicht vollständig oder nicht aussagefähig sind, wird dem Krankenhaus die Möglichkeit einer Nachlieferung der vom Medizinischen Dienst zu benennenden Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen (Mo.-Fr.) *nach Zugang der Mitteilung* gegeben.

### **Abschnitt 7 „Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels“**

#### Umgang mit Dienstplänen aus den letzten 12 Monaten

Gemäß Abschnitt 7 sind die Richtlinie beziehungsweise ihre Anlagen entsprechend anzupassen, sofern der Operationen- und Prozedurenschlüssel im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung durch die zuständige Stelle geändert wird. Der Bescheid über die Erteilung der Bescheinigung bleibt von der Änderung des Operationen- und Prozedurenschlüssels für die Dauer seiner Gültigkeit unberührt. Unterjährige OPS-Kode-Änderungen führen aus Gründen der Planungssicherheit im Prüfablauf nicht zu einer unterjährigen Anpassung der Richtlinie sowie deren Anlagen.

Die endgültige amtliche Fassung des Operationen- und Prozedurenschlüssels tritt jeweils zum 1. Januar des Systemjahres in Kraft. Für Krankenhäuser, die den betreffenden Operationen- und Prozedurenschlüssel im Jahr der Antragsstellung bereits erbracht und abgerechnet haben, muss der Antrag auf Prüfung der Strukturmerkmale gemäß Abschnitt 4.1.1 der Richtlinie bis spätestens zum 30. Juni des jeweiligen Prüfjahres beim Medizinischen Dienst vorliegen. Sofern zur Nachweisführung Dienstpläne aus den letzten 12 Monaten die vor der Prüfung liegen herangezogen werden, kann dies im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung von Strukturmerkmalen zu unzumutbaren Ergebnissen für das Krankenhaus führen. Beispiel: Die OPS-Version 2020 definiert für den OPS 8-550 keine ständige Anwesenheitspflicht für die Behandlungsleitung. Im Zuge der Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels wird der OPS 8-550 für das Jahr 2021 konkretisiert, weshalb der OPS 8-550 zum Stichtag des 1. Januar 2021 eine ständige Anwesenheitspflicht für die Behandlungsleitung vorsieht. Das Krankenhaus stellt fristgerecht zum 30. Juni 2021 den Antrag auf Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen für das Systemjahr 2022. Der zuständige Medizinische Dienst bestätigt binnen zehn Werktagen den Eingang des Antrages und teilt gleichzeitig dem beantragenden Krankenhaus die Erledigungsart mit. Dieses Schreiben enthält auch den Zeitraum der zu prüfenden Dienstpläne aus den letzten 12 Monaten: 1. November 2020 bis 31. Januar 2021. Aufgrund der

jährlichen Weiterentwicklung des OPS ergeben sich aus diesem Zeitraum unterschiedliche Anforderungen an die Dienstpläne. Die Dienstpläne aus dem Systemjahr 2020 haben inhaltlich aufgrund der Weiterentwicklung des OPS keine Aussagekraft hinsichtlich der Erfüllung von Strukturmerkmalen innerhalb des Prüfjahres. Dienstpläne, die vor einer systemrelevanten Weiterentwicklung des OPS liegen, sind daher für eine Strukturprüfung nicht sachgerecht.

### **Ergänzungsvorschlag:**

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an, bei systemrelevanten Weiterentwicklungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels in Bezug auf die Anzahl und die Qualifikation des zur Erbringung des jeweiligen OPS-Kodes vorgehaltenen Personals, den Zeitraum der Dienstpläne auf die jeweiligen Monate zu reduzieren, die nach der Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels liegen und schlägt folgende Neuformulierung vor:

#### *7. Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (4. Absatz):*

*[...] Sofern sich im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels systemrelevante Änderungen in Bezug auf die Anzahl und die Qualifikation des zur Erbringung des jeweiligen OPS-Kodes vorgehaltenen Personals ergeben, werden die Dienstpläne vom Medizinischen Dienst aus den Monaten, die nach der OPS-Kode-Änderung liegen, benannt.*

### **Abschnitt 8.2 „Wiederholungsprüfung“**

#### Aufschiebende Wirkung bei Wiederholungsprüfung

Kann eine Wiederholungsprüfung im Antragsjahr nicht abgeschlossen werden, ist diese gemäß Abschnitt 8.2 im Folgejahr abzuschließen. In diesem Fall führt der Medizinische Dienst eine auf die zuvor nicht eingehaltenen Strukturmerkmale bezogene Prüfung auf Basis der zum Zeitpunkt der ursprünglichen Antragstellung gültigen OPS-Version durch.

Gemäß § 275d SGB V Absatz 4 SGB V dürfen Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen ab dem Jahr 2022 nicht vereinbaren und nicht abrechnen. Soweit Krankenhäusern die Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturmerkmale aus von ihnen nicht zu vertretenden Gründen erst nach dem 31. Dezember 2021 vorliegt, können diese Krankenhäuser bis zum Abschluss einer Strukturprüfung bislang erbrachte Leistungen weiterhin vereinbaren und abrechnen. Sofern ein Krankenhaus gegen das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes klagt, kann es ausweislich der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz (BT-Drs 19/14871, S. 118) aufgrund der aufschiebenden Wirkung der Klage die entsprechenden Leistungen weiter vereinbaren und abrechnen. Demnach gilt der Ausschluss erst ab dem Zeitpunkt der Rechtskraft der Entscheidung, die die Nichterfüllung der Strukturvoraussetzungen ausweist. Um dem Willen des Gesetzgebers gerecht zu werden und den Krankenhäusern Rechtssicherheit zu verschaffen, ist es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. erforderlich, einheitlich in der gesamten Richtlinie die aufschiebende Wirkung aufzuführen.

---

### **Ergänzungsvorschlag:**

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an, analog der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz die Regelungen zur Wiederholungsprüfung nach Nichterteilung der Bescheinigung zu konkretisieren und schlägt folgende Neuformulierung vor:

#### 8.2 Wiederholungsprüfung (2. Absatz)

*[...] Die Wiederholungsprüfung hat aufschiebende Wirkung.*

### **Abschnitt 9 „Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch“**

#### Aufschiebende Wirkung des Widerspruchs

Liegt ein Widerspruch des Krankenhauses gegen die Entscheidung des Medizinischen Dienstes vor, so kann zu diesem Sachverhalt gemäß Abschnitt 9 eine erneute Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Diese Begutachtung kann nach Aktenlage oder vor Ort erfolgen. Es können ergänzende Unterlagen beim Krankenhaus angefordert werden. Folgt der Erstgutachter dem Vorbringen im Widerspruch nicht, wird der Sachverhalt durch einen Zweitgutachter geprüft.

Um dem Willen des Gesetzgebers gerecht zu werden und den Krankenhäusern Rechtssicherheit zu verschaffen (vgl. vorherige Ausführungen), ist es aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. erforderlich, einheitlich in der gesamten Richtlinie die aufschiebende Wirkung aufzuführen.

### **Ergänzungsvorschlag:**

Der Bundesverband Geriatrie e.V. regt an, analog der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz die Regelungen zum Vorgehen bei Widersprüchen zu konkretisieren und schlägt folgende Neuformulierung vor:

#### 9. Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch

*[...] Der Widerspruch hat aufschiebende Wirkung.*

### **Abschnitt 9 „Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch“**

#### Bearbeitungsfristen bei Widerspruch gemäß § 88 Sozialgerichtsgesetz (SGG)

Der beratungsorientierte Prüfansatz wird vom Bundesverband Geriatrie e.V. grundsätzlich begrüßt. Die Strukturprüfungen sollten eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur strukturellen Verbesserung bilden. Das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten bei Auffälligkeiten und strukturellen Defiziten ermöglicht ein bedarfsorientiertes Prüfverfahren.

In Anbetracht der Relevanz, die mit der Erfüllung der entsprechenden Strukturmerkmale einhergeht – nur bei Erfüllung der entsprechenden Strukturmerkmale darf ein OPS-Komplexbehandlungskode abgerechnet werden – sollten im Widerspruchsverfahren bindende Bearbeitungsfristen vorgesehen werden. Angesichts bestehender Differenzen sind in der Auslegung der OPS-Mindestkriterien auch bei den vorgesehenen Strukturprüfungen zahlreiche Konstellationen denkbar, in denen das Vorliegen eines Strukturmerkmals von Krankenhaus und Medizinischem Dienst unterschiedlich beurteilt wird. Durch die Implementierung einer bindenden

---

Bearbeitungsfirst wird die vom Gesetzgeber geforderte Planungssicherheit für die Krankenhäuser gestärkt.

### **Ergänzungsvorschlag:**

#### 9. Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch

*[...] Der Medizinische Dienst hat über einen Widerspruch zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Monaten nach Widerspruchseingang, zu entscheiden.*

### **Anlage 2 „Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen“**

#### Verwendung einheitlicher, konsistenter Begrifflichkeiten und Terminologien

Bei den in der Anlage 2 (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen) speziell gekennzeichneten OPS-Kodes sind bei der Beantragung alle Stationen anzugeben, auf denen die jeweilige Leistung erbracht werden soll. Der OPS 8-550 „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ ist in der Anlage 2 entsprechend speziell gekennzeichnet, weshalb ein expliziter Bezug zur Ebene der Station hergestellt wird.

Der Wortlaut des OPS 8-550 kennt jedoch keinen Stationsbezug (im Wortlaut ist ausschließlich die „geriatrische Einheit“ benannt); somit nimmt der OPS 8-550 keine Unterscheidung zwischen Stationen, geriatrischen Einheiten oder Fachabteilungen vor. Unter einer „geriatrischen Einheit“ im Sinne des OPS 8-550 sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. eine geriatrische Klinik, geriatrische Fachabteilung oder Kombinationen von verschiedenen stationären geriatrischen Einrichtungen einer Klinik zu verstehen, für deren Leitung ein Chefarzt bzw. ein fachlich weisungsungebundener Facharzt - jeweils mit der Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung Geriatrie bzw. Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie - zuständig ist. Stehen mehrere geriatrische Einheiten an verschiedenen Standorten unter der Leitung eines Chefarztes bzw. eines fachlich weisungsungebundenen Facharztes - jeweils mit der Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnung Geriatrie bzw. Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie -, so muss an jedem Standort ein Facharzt mit der Zusatz oder Schwerpunktbezeichnung Geriatrie in der geriatrischen Einheit überwiegend ärztlich tätig sein.

Die im OPS 8-550 genannten Strukturmerkmale beziehen sich daher auf die geriatrische Einheit – nicht aber auf die Station. Da der Operationen- und Prozedurenschlüssel ausweislich der Gesetzesbegründung zum MDK-Reformgesetz die Grundlage für Strukturprüfungen darstellt, ist der Stationsbezug zum OPS 8-550 daher strikt abzulehnen.

### **Änderungsvorschlag:**

#### Anlage 2

*Die spezielle Kennzeichnung des OPS 8-550 ist zu streichen.*

### **Anlage 6 „Erforderliche Unterlagen“**

#### Beachtung datenschutzrechtlicher Anforderungen

Die Anlage 6 (Erforderliche Unterlagen je OPS-Kode) sieht unter den allgemeinen Hinweisen vor, dass Angaben zur Vergütung in Arbeitsverträgen unkenntlich gemacht werden können.



Zugleich sieht diese Anlage vor, dass beispielsweise der Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung der Pflegefachkräfte mit curriculärer geriatriespezifischer Zusatzqualifikation z. B. durch Arbeitszeugnisse zu erfolgen hat. Im Sinne des Datenschutzes und einer Reduzierung zwingend notwendiger Nachweise fordert der Bundesverband Geriatrie e.V., die genannten Nachweise in Form von Arbeitszeugnissen auf solche Arbeitszeugnisse zu beschränken, die keine Angaben zum Arbeits- und Sozialverhalten enthalten und sich auf Tätigkeitsbeschreibungen beschränken. Für den bloßen Nachweis der geforderten einschlägigen und geriatriespezifischen Erfahrung müssen soziale Kompetenzen und Beurteilungen des Führungsverhaltens unerheblich sein.

### **Änderungsvorschlag:**

*Anlage 6 (OPS 8-550 und OPS 8-98a)*

*Der Nachweis einer mindestens 6-monatigen Erfahrung erfordert ausdrücklich nicht die Vorlage eines qualifizierten Arbeitszeugnisses.*

### **Allgemeiner Hinweis:**

#### **Fachliche Qualifikation der eingesetzten Gutachter**

Die aktuell normierte formale Prüfung von Mindestvorgaben setzt aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. in der derzeitigen Ausgestaltung keine gesonderte fachspezifische Qualifikation des Gutachters voraus. Der Bundesverband Geriatrie e.V. weist darauf hin, dass bei einer eventuell späteren inhaltlichen Erweiterung der heutigen Prüfmerkmale um fachspezifische Kriterien eine hinreichende Qualifikation der Gutachter des Medizinischen Dienstes vorausgesetzt werden muss. Um dies grundsätzlich sicherzustellen, sollte bereits heute normiert werden, dass die Prüfung von fachspezifischen Strukturmerkmalen nur durch solche Gutachter erfolgen darf, die in dem zu begutachtenden Bereich ausgebildet, fachlich qualifiziert und geschult sind. Die Erfahrungen aus vergangenen Prüfverfahren zeigen, dass insbesondere in der Geriatrie einschlägige Qualifikationen der eingesetzten Gutachter – im allseitigen Interesse – zwingend erforderlich sind.

### **Ergänzungsvorschlag:**

*Die Prüfung fachspezifischer Kriterien erfolgt ausschließlich durch Gutachter, die in dem zu begutachtenden Bereich fachlich qualifiziert bzw. geschult sind und über einschlägige Praxiserfahrungen verfügen.*