

**Stellungnahme
des Bundesverbandes Geriatrie e.V.
zum Entwurf einer Richtlinie zur regelmäßigen Begutachtung
zur Einhaltung von Strukturmerkmalen
von OPS-Kodes nach § 275d SGB V**

26.02.2020

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 SGB V Abs. 2 Nr. 4 SGB V die maßgeblichen Fachverbände sowie Interessenvertreter 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 verbindlich ist und die Anlagen abschließende Aufzählungen der Prüfmerkmale sowie der erforderlichen Unterlagen zur Nachweisführung darstellen.

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.

Geriatricspezifische inhaltliche Stellungnahme:

Wöchentliche Teambesprechung OPS 8-550ff.

Die in den Anlagen 4 und 6 im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung aufgeführten Prüfmerkmale sowie erforderlichen Unterlagen zur Nachweisführung werden vom Bundesverband Geriatrie e.V. grundsätzlich begrüßt.

Nach Auffassung der DRG-Projektgruppe – gemeinsam getragen vom Bundesverband Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG) – kommt der multiprofessionellen wöchentlichen Teambesprechung in der Geriatrie eine Doppelfunktion zu. Demnach ist die Durchführung der Teambesprechung als solches ein Strukturmerkmal, die Besprechung des einzelnen Patienten im Rahmen der Sitzung zugleich jedoch ein Prozessmerkmal.

Die Teambesprechung in der Geriatrie ist ein wiederkehrend stattfindender multiprofessioneller Informationsaustausch zu den Ergebnissen der bisherigen Behandlung und den weiteren Behandlungszielen der einzelnen Patienten an einem Tag in der Kalenderwoche. Die Teambesprechung ist somit ein allgemeines Strukturmerkmal, welches sich nicht nach dem Aufnahmedatum/Beginn der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung einzelner Patienten richtet.

Das Zusammenwirken der an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen im Rahmen einer multiprofessionellen Teambesprechung stellt eine organisatorische Herausforderung dar. Durch die Definition der wöchentlichen Teambesprechung als allgemeines Strukturmerkmal wird klargestellt, dass die Durchführung der Teambesprechung den krankenhausinternen Abläufen entsprechend verbindlich zu regeln ist.

In der Doppelfunktion ist die Durchführung der Teambesprechung als solches daher zweifellos ein Strukturmerkmal, die Besprechung des einzelnen Patienten im Rahmen der Sitzung zugleich jedoch ein Prozessmerkmal. Vor diesem Hintergrund fordert der Bundesverband Geriatrie e.V. eine eindeutige Formulierung zur Ausweitung der Strukturprüfung um die wöchentliche Teambesprechung.

Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf:

Der Bundesverband Geriatrie e.V. schlägt vor, die Anlagen 4 und 6 entsprechend zu ergänzen:

Anlage 4 Ergänzung um folgendes Prüfmerkmal: Durchführung einer Teambesprechung pro Kalenderwoche unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und jeweils mindestens eines Vertreters der Pflege sowie der Therapiebereiche Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie

Anlage 6 Ergänzung zur Nachweisführung der wöchentlichen Teambesprechung: Vorlage von Anwesenheitslisten aller an der Teambesprechung beteiligten Berufsgruppen über einen Zeitraum von drei zusammenhängenden Monaten

Allgemeine Hinweise:

3. Prüfkonzept

Das aktuelle Prüfkonzept wird sowohl inhaltlich als auch prozessual vom Bundesverband Geriatrie e.V. grundsätzlich begrüßt.

Die Überprüfung notwendiger, zur ordnungsmäßigen und qualitativen Leistungserbringung erforderlichen Mindestvorgaben bildet aktuell den Inhalt der Strukturprüfungen. Die Vorgaben der Anlagen sind abschließend und für die Gutachter der Medizinischen Dienste bindend.

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 jedoch 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 sicher zu stellen, sollte bereits heute normiert werden, dass die Prüfung von fachspezifischen Strukturmerkmalen nur durch solche Gutachter erfolgen darf, die in dem zu begutachtenden Bereich fachlich qualifiziert bzw. geschult sind.

Ergänzungsvorschlag:

Die Prüfung fachspezifischer Kriterien erfolgt ausschließlich durch Gutachter, die in dem zu begutachtenden Bereich fachlich qualifiziert bzw. geschult sind.

4.2.1 Erledigungsarten

Der aktuelle Entwurf der Richtlinie sieht zur Durchführung der Prüfung drei Erledigungsarten vor: Die Prüfung kann als Dokumentenprüfung, als Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung oder als Vor-Ort-Prüfung durchgeführt werden. Die Entscheidung über die Erledigungsart trifft der zuständige Medizinische Dienst.

Um dem formulierten Ziel hinsichtlich der Transparenz im Prüfgeschehen gerecht zu werden, ist aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. eine Klarstellung zur einheitlichen und abschließenden Anwendung der in den Anlagen aufgeführten Prüfmerkmalen sowie erforderlichen Unterlagen für alle drei Erledigungsarten notwendig.

Ergänzungsvorschlag:

Die Aufzählungen der Prüfmerkmale der abrechnungsrelevanten OPS-Kodes der Anlage 4 sowie die erforderlichen Unterlagen je OPS-Komplexcode der Anlage 6 sind abschließend.

7. Änderungen des Operationen- und Prozedurenschlüssels

Für die OPS Version 2020 wurden 286 Vorschläge zur Anpassung des OPS an die Erfordernisse der Entgeltsysteme und der externen Qualitätssicherung eingereicht und bearbeitet. Um die Inhalte einzelner Klassen oder auch ganzer Gruppen präziser zu definieren, ist u.a. eine Aktualisierung der Hinweise, Inklusiva und Exklusiva erfolgt. Insbesondere sind in diesem Zusammenhang die strukturellen und prozessualen Mindestmerkmale für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff.) umfassend konkretisiert worden.

Aufgrund der regelmäßigen jährlichen Weiterentwicklung der OPS-Klassifikationen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens, ist auf eine bedarfsorientierte Aktualisierung der Richtlinie hinzuwirken. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Bundesverband Geriatrie e.V. die im siebten Punkt festgeschriebene Notwendigkeit zur regelmäßigen inhaltlichen Aktualisierung.

Die alleinige Identifizierung des Bedarfs reicht jedoch zukünftig nicht aus, um für die Krankenhäuser die vom Gesetzgeber geforderte Planungssicherheit hinsichtlich der Abrechnungsbefugnis sicherzustellen. Die wesentlichen Eckpunkte zur Umsetzung von Weiterentwicklungen der OPS-Klassifikationen bleiben in dem aktuellen Entwurf der Richtlinie undefiniert. Insbesondere sind aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie e.V. Klarstellungen hinsichtlich der Auswirkungen von Anpassungen des OPS auf die Erteilung zur Erfüllung der strukturellen Mindestmerkmale elementar. Es ist sicherzustellen, dass sich aufgrund differenter zeitlicher Abläufe der Strukturprüfungen und der Weiterentwicklung des OPS keine negativen Folgeeffekte auf den Status der Krankenhäuser zur Erfüllung der strukturellen Voraussetzungen ergeben. Gemäß Abschnitt 6 der Richtlinie haben Krankenhäuser die Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen über einen Zeitraum von mehr als einen Monat unverzüglich mitzuteilen. Diese Regelung gewährleistet, dass Krankenhäuser die Leistungen weiterhin abrechnen können, wenn eines oder mehrere Strukturmerkmale nur kurzfristig, zum Beispiel durch einen Defekt eines Großgerätes oder durch Krankheit, nicht erfüllt sind. Ein sofortiger Wegfall der Abrechnungsmöglichkeit wäre als unverhältnismäßig anzusehen. Ebenso ist es als unverhältnismäßig anzusehen, wenn ein Krankenhaus aufgrund von Weiterentwicklungen des OPS eines oder mehrere Strukturmerkmale (noch) nicht erfüllt.

Vor diesem Hintergrund regt der Bundesverband Geriatrie e.V. einen Bestandsschutz für bereits erteilte Bescheinigungen bis zur Aktualisierung der Richtlinie an.

Ergänzungsvorschlag:

Bereits erteilte Bescheinigungen behalten bis zum Ergebnis der turnusgemäßen Wiederholungsprüfung gemäß Abschnitt 4 ihre Gültigkeit.

9. Gutachterliches Vorgehen bei Widerspruch

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

Ergänzungsvorschlag:

Der MD hat über einen Widerspruch zügig, spätestens bis zum Ablauf von vier Wochen nach Widerspruchseingang zu entscheiden.