



© Alexander Limbach – stock.adobe.com

Das Ziel aus den Augen verloren

Warum der Gesetzgeber den Richtlinienentwurf des MD Bund zu den OPS-Strukturprüfungen überarbeiten muss

Von Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab

Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers, vorgelagerte Strukturprüfungen zur Entlastung des Prüfsystems mit einer Einheitlichkeit im Prüfverfahren zu regeln, jedoch gleichzeitig Rechtssicherheit und letztlich auch Planungssicherheit für alle beteiligten Parteien zu schaffen, wurde auf Seiten der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) ausdrücklich begrüßt. Hintergrund der Zustimmung der DGfM war, dass die jahrelangen Erfahrungen bei OPS-Strukturprüfungen, auf welche beispielsweise der MDK Hessen oder MDK Bayern bereits verweisen konnten, die Zweckmäßigkeit des in einigen Bundesländern regelhaft durchgeführten Prüfverfahren nahelegten. Durch die gewachsene Expertise der Verfahrensbeteiligten gewannen in den vergangenen Jahren die OPS-Strukturprüfungen an Effizienz und Akzeptanz. Unter dieser Prämisse werfen die vom Gesetzgeber gewählten rechtlichen Konstrukte und Aufgabendefinitionen zur Richtlinie zur Strukturprüfung erhebliche Fragen und neue Unsicherheiten auf, welche letztendlich auf die Rolle des Medizinischen Dienstes fortwirken.

Ausgangslage der neuen Regelungen bildet die in § 275d SGB V definierte Pflicht der Krankenhäuser zur Begutachtung von Strukturmerkmalen aufgrund des OPS des BfARM. Grundlage der Begutachtung nach Satz 2 ist die Richtlinie des MD nach § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Danach erlässt der Medizinische Dienst des Bundes unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Richtlinien. Diese legen die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d fest, einschließlich der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen für den Fall, dass Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden.

Fehlende Regelungsbefugnis

Mit der Richtlinie zur Begutachtung der Strukturmerkmale geht aus Sicht der DGfM der MD Bund weit über

In den vergangenen Jahren war der Prüfumfang, aber auch die Detailtiefe der Einzelfallprüfungen insbesondere bei den Komplexcodes für alle Verfahrensbeteiligten zur Belastung geworden. In einigen Bundesländern waren bereits Strukturprüfungen für OPS-Codes eingeführt worden, deren Rechtmäßigkeit jedoch regelmäßig als Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen in Frage gestellt wurde.

Keywords: Abrechnung, Erlöse, Recht

das Ziel einer Definition für die einheitliche Arbeitsweise der Prüfenden hinaus: Es werden umfangreich Festlegungen zu gewünschten Arbeits- und Dokumentationsweisen der Krankenhäuser getroffen. Damit greift der MD Bund massiv in die Arbeitsweise der Krankenhäuser ein, obwohl ihm formaljuristisch die entsprechende Regelungsbefugnis fehlt. Regelungen dieser Art sind grundsätzlich dem Gesetzgeber vorbehalten. Grund für diese Einschätzung der DGfM ist die Folgenbetrachtung einer nicht bestandenen Strukturprüfung, denn: In diesem Fall darf ►

das Krankenhaus grundsätzlich die in der Prüfung nicht bestandene Leistung für einen bestimmten Zeitraum nicht erbringen. Dies führt zu hohen Erlöseinbußen und kann im Ernstfall sogar Stationsschließungen bedeuten. Im Ergebnis wäre davon jedoch nicht nur das Krankenhaus betroffen: Auch mittelbare Auswirkungen, beispielsweise auf die Weiterbildung von Assistenzärzten, sind möglich. Betrifft die nicht bestandene Strukturprüfung mehrere Kliniken in einer Region, wie es vergleichbar in der Vergangenheit im Rahmen der Schlaganfallversorgung aufgrund der Entscheidung des BSG zur Auslegung des OPS-Mindestmerkmals der Transportentfernung drohte, können gravierende Versorgungslücken entstehen. Aufgrund der Tatsache, dass derartige Regelungen wesentliche Folgen für sowohl die Versorgungsstruktur als auch die wirtschaftliche Bestehen von Kliniken entfalten können, muss hier der Gesetzgeber selbst bestimmte Formalien in der Gesetzgebung beachten.

Einen vergleichbaren Sachverhalt bildet beispielsweise die gesetzgeberische Einbindung des RKI zur Festlegung der Geltungsdauer des Genesenenstatus: Die fachlichen Vorgaben des RKI für COVID-19-Genesennachweise nach der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung wurden zum 19. März 2022 außer Kraft gesetzt und mit Wirkung vom 19. März 2022 unmittelbar in § 22a Abs. 2 Infektionsschutzgesetz geregelt. Grund hierfür ist, dass wesentliche Grundrechtseingriffe durch den sogenannten Parlamentsvorbehalt durch ein Gesetz zu regeln sind, nicht durch eine Rechtsverordnung.

Aufgrund der grundrechtsrelevanten Eingriffswirkung des vorgeschlagenen Prüfverfahrens des MD inklusive der vorgelegten Interpretationen der Rechtsbegriffe und der dementsprechend vorgegebenen Nachweise sowie ihrer geforderten Detailtiefe, ist bereits jetzt absehbar, dass die Verfassungsmäßigkeit der Richtlinie und ihrer Anlagen Gegenstand von Klagen der Kliniken sein werden. Im Rahmen der ordnungsgemäßen Geschäftsführung ist die Krankenhausgeschäftsführung bei derart hohen wirtschaftlichen Nach-

teilen, wie sie durch abgelehnte Strukturprüfungen entstehen, gezwungen, zur Abwendung der Rechtsnachteile vollumfänglich den Rechtsweg auszuschöpfen. Es ist daher aus Sicht der DGfM angeraten, den Richtlinienentwurf des MD Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts dringend einer verfassungs- und verwaltungsrechtlichen Überprüfung zu unterziehen, um späteren gerichtlichen Auseinandersetzungen vorzubeugen.

Zugleich ist eine solche Rechtsunklarheit nicht geeignet, die Rolle des MD Bundes zu festigen. In der momentanen Ausführung muss der MD quasi die Rolle der Legislativen und Exekutiven zugleich einnehmen. Einerseits definiert er das Verfahren und die dafür erforderlichen Nachweispflichten, andererseits kontrolliert er diese auch und erstellt den Bescheid. In diese Rolle gedrängt, kann der MD Bund den diversen rechtlichen Anforderungen an ein Organ der Legislative, etwa eine Rechtsfolgenabschätzung für das Verfahren zu geben, gar nicht gerecht werden. Dafür fehlt die erforderliche Ausstattung mit den entsprechenden Werkzeugen, etwa aus der Versorgungsforschung.

Prüfungsgerechtigkeit durch Bürokratie?

Das gesetzgeberische Dilemma setzt sich für den MD Bund letztlich in der Aufgabe fort, einheitliche Richtlinien für die Prüfung der Strukturmerkmale zu schaffen. Unbestimmte Rechtsbegriffe erfordern zunächst eine Konkretisierung, die ihrerseits mit der Angabe von Nachweismöglichkeiten prüfungstauglich werden. Auch hier gilt es grundsätzlich anzuerkennen, dass der MD Bund selbst in sehr intensiver Auseinandersetzung mit der Prüfmaterie versuchte, die potenziellen streitbefangenen Begriffe durch die Vorgaben einer einheitlichen Auslegung zu definieren und anhand der Definition geeignete Nachweise zu finden.

Erkennbar verfolgt der Entwurf des MD das Ziel, eine Prüfungsgerechtigkeit zu schaffen. Mit dem Präzisierungsgrad des streitbefangenen Begriffs steigt allerdings die Detailtiefe, was wiederum den Umfang der Nachweispflicht beeinflusst. Im Ergebnis geschieht so aus Sicht der

DGfM im Richtlinienentwurf in vielen Positionen eine Überinterpretation der Inhalte der betroffenen OPS Codes, häufig entgegen der bereits durch das BfArM getroffenen Klarstellungen. Konkret werden die in den BfArM Klarstellungen festgelegten Voraussetzungen bei der Vertretungsregelung sowohl bei der Behandlungsleitung als auch bei Vorhalten eines Therapiebereiches missachtet.

Viele Vorgaben sind mit der Alltagsrealität eines Krankenhauses nicht vereinbar und müssen entsprechend überarbeitet werden. Dies sind zum Beispiel:

- Antragsfristen, die eine Beantragung von Codes mit grundlegenden Veränderungen im Klassifikationstext unmöglich machen
- Vorlage „umgesetzter“ Dienstpläne entspräche einem stundengenauen Anwesenheitsnachweis von Personen mit Bezug zu räumlichen Einheiten (z.B. einer Station oder einer Ambulanz). Dies ist insbesondere bei leitenden Mitarbeitenden faktisch nicht möglich
- Geräte- und Verfahrensnachweise: Diese führte in der Prüfpraxis 2021 zur Forderung von Nachweisen detailliertester Inventarisierungsinformationen, technischer Nachweise sowie personenbezogener Nachweise der Geräteeinweisung. In großen Kliniken müssen dafür tausende von Dokumenten aus verschiedensten Abteilungen zusammengetragen werden was in keinem Verhältnis zur Vorhalteforderung des jeweiligen OPS-Codes steht
- Nachweis von „Erfahrung“ durch Vorlage von Arbeitsverträgen, teilweise sogar Arbeitszeugnissen: Hier werden hochsensible Dokumente einem großen und unkontrollierbaren Kreis von Personen zugänglich gemacht. Dies ist mit den Persönlichkeitsrechten der betroffenen Personen nicht vereinbar und datenschutzrechtlich bedenklich
- Komplexcodes mit sehr seltener Anwendung, die wegen der bestehenden Fristen von Beantragung und Nachweis faktisch gar

nicht erfolgreich beantragt werden können

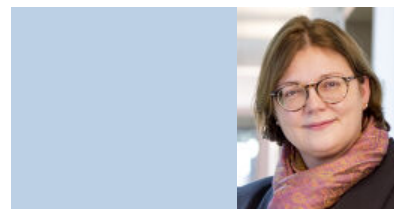
Hausaufgaben für den Gesetzgeber

Die eigentlichen Hausaufgaben bei der Richtlinie zu den Strukturprüfungen betreffen grundsätzlich den Gesetzgeber. Er ist gefordert, handwerklich nachzubessern. Dem MD Bund wurden innerhalb kürzester Zeit nach der Änderung der Organisationsform als Verwaltungsbehörde schwerwiegende Aufgaben übertragen. In der gewählten Rechtskonstruktion ist erkennbar, dass der MD Bund - trotz der intensiven Bemühungen - der Aufgabenstellung nicht gerecht werden kann: Es ist grundsätzlich die Aufgabe des Gesetzgebers bzw. der Selbstverwaltungspartner, die Verfahrensweise analog der Prüfverfahrensvereinbarung in der Einzelfallprüfung zu regeln. Es ist grundsätzlich die Aufgabe des BfArM, unbestimmte Rechtsbegriffe in den OPS zu erkennen und selbst zu definieren bzw. Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren zu prüfen. Es bleiben weiterhin offene Fragen wie jene nach dem Rechts-

schutz: Ist das Gutachten des MD ein (versagender) Verwaltungsakt? Für die Kliniken ist in diesem Fall der Versagung der sicherste Weg eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, welche auf die Aufhebung des erstellten Gutachtens und die Verpflichtung zur Ausstellung der positiven Bescheinigung gerichtet ist. Offen bleibt auch, ob die Leistungserbringung in einem solchen Fall erst mit Rechtskraft des Urteils wirksam wird, so dass hier ein erhebliches Amtshaftungsrisiko für den MD vorliegt, falls dem Krankenhaus zu Unrecht das Bestehen der Strukturprüfung aberkannt wurde. Dürfen Leistungen während des laufenden Rechtsschutzverfahrens weiter erbracht werden? Sieht man das negative Gutachten als versagenden Verwaltungsakt an, so haben Widerspruch und Klage grundsätzlich aufschiebende Wirkung, d.h. die Leistung dürfte zunächst weiter vereinbart, erbracht und abgerechnet werden, wenn das Krankenhaus diese Leistungen bisher schon erbracht hat. Die Gesetzesbegründung stützt diese Sicht: „Sofern ein Krankenhaus

gegen das Prüfergebnis des Medizinischen Dienstes klagt, kann es auf Grund der aufschiebenden Wirkung der Klage die entsprechenden Leistungen weiter vereinbaren und abrechnen. (BT-Drs. 19/14871, S. 118).“ Die DGfM spricht sich dafür aus, die StrOPS-RL gemeinsam mit Vertretern der Krankenhäuser zu erarbeiten, denn diese verfügen über die Kenntnisse des praktischen Ablaufes der jeweils betroffenen Codes sowie dem Aufbau von neuen Organisationseinheiten und Strukturen in Krankenhäusern. ■

Ass. Jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA
stellvertretende Vorsitzende der Deutschen
Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.



Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab
©Sandra Schildwächter