

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

der

Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling begrüßt die Richtlinie mit der Zielsetzung eines bundeseinheitlichen Vorgehens bei der Strukturprüfung ausdrücklich und nimmt zu einzelnen Themen wie folgt Stellung:

Problemstellung: Unbestimmte Rechtsbegriffe in den Mindestmerkmalen:

Große Streitpotentiale weisen die unbestimmten Rechtsbegriffe in den Mindestmerkmalen auf, welche bereits vor Beginn der Prüfungen in einer einheitlichen Legaldefinition zugeführt werden sollten.

Lösungsvorschlag:

Es wird vorgeschlagen, insbesondere folgende wiederkehrende Begriffe zu definieren bzw. einer Messbarkeit zuzuführen:

- Vertretungsregelung;
- Behandlungsleitung;
- Vorhandensein vs. Verfügbarkeit und die jeweilige konkrete Operationalisierung;
- zeitliche Angaben: Verfügbarkeit am Bett innerhalb 30 min (Wie darzustellen? Beginn der Messung?);
- Definition des Begriffes „umgehend“ (OPS 8-98b.2)- falls dasselbe gemeint ist, einheitliche Formulierung;
- kontinuierliche Behandlungsbereitschaft (Operationalisierung des Begriffes?)

Problemstellung: Fehlender Definition der Verfügbarkeit Behandlungsleitung

Ob es zur benannten Person der Behandlungsleitung (z.B. dem Chefarzt einer Abteilung) einen benannten Vertreter gleicher Qualifikation geben muss ist undefiniert und oft strittig.

Lösungsvorschlag:

Eine klare Definition der für die Behandlungsleitung nachzuweisenden Personalkapazität muss für jedes Prüfthema fixiert werden.

Problemstellung: Durchführung der Prüfungen vor Ort oder im Verfahren der Dokumentenprüfung

Die Beurteilung von räumlichen Strukturen vor Ort, Vorhaltung apparativer Einrichtungen, der Umsetzung beschriebener Prozesse sowie der in den jeweiligen Kliniken umgesetzten Konzepte ist nur im persönlichen Kontakt vor Ort sinnvoll und abschließend möglich. Die Durchführung von Strukturprüfungen im rein schriftlichen Verfahren ist dafür ungeeignet.

Lösungsvorschlag:

Grundsätzlich sollten Strukturprüfungen durch einen Arzt des MD in der Klinik vor Ort durchgeführt werden. Ausnahmen sollte es nur in klar beschriebenen Sondersituationen (z.B. aktuell pandemiebedingte Kontaktbeschränkungen) geben. Vor Erlass eines negativen Prüfbescheides muss eine Begehung der Klinik zur Prüfung der aus der Dokumentensichtung vermuteten Defizite verpflichtend sein.

Problemstellung: unterschiedliche Gültigkeitsdauer von Komplexkodes (S.5)

„In der Richtlinie sind insbesondere Aussagen darüber zu treffen, welche Anforderungen konkret geprüft werden und in welchen regelmäßigen zeitlichen Abständen die Strukturmerkmale der OPS-Kodes nach fachlicher Einschätzung jeweils zu prüfen sind. Hierbei sind unterschiedliche zeitliche Abstände möglich. Insoweit sollen die Krankenhäuser einen Vertrauensvorschuss derart erhalten, dass davon ausgegangen wird, dass sie die strukturellen Voraussetzungen für den in der Bescheinigung ausgewiesenen zukünftigen Zeitraum erfüllen.“

Es ist kein hinreichender Sachgrund ersichtlich, für die OPS-Komplexprozeduren unterschiedliche Gültigkeitsdauern einzurichten.

Lösungsvorschlag:

Zur Vereinfachung der Überwachung der Geltungszeiträume für alle Parteien empfiehlt sich eine Vereinheitlichung unter Anwendung des Regel-/Ausnahmeprinzips. Gemäß § 275d SGB V sind die Kliniken sowieso verpflichtet, gegenüber den Kassen und ihren Verbänden anzuzeigen, wenn sie die geforderten Strukturvoraussetzungen für Komplexprozeduren länger als 4 Wochen nicht erfüllen.

Problemstellung: Nachweis von Qualifikationen oder Tätigkeiten durch Arbeitsverträge (S. 7)

„Relevante Nachweise und Unterlagen sind dabei insbesondere Nachweise über die Anzahl und Qualifikation des zur Erbringung des jeweiligen OPS-Kodes vorgehaltenen Personals (Qualifikationsnachweise und bei Bedarf zusätzlich Arbeitsverträge)...“

Arbeitsverträge sind regelmäßig nicht geeignet, Qualifikationen nachzuweisen, da die Arbeitnehmer häufig nur Standardverträge erhalten, die sich zu den Nachweisen nicht verhalten. Klinikintern und extern kann allein durch die Option einer Schwärzung irrelevanter Anteile nicht zuverlässig sichergestellt werden, daß sensible personenbezogene Daten stets geschützt sind.

Lösungsvorschlag:

Vorlage von Fachkundenachweisen, Abschlusszertifikaten oder Zeugnisse. Für Tätigkeitsnachweise sind Stellenbeschreibungen geeignet. Zum Nachweis von Positionen erscheinen Stellenpläne mit konkreter Benennung der jeweils eingesetzten Personen und ihrer vertraglichen Arbeitszeiten besser geeignet.

Problemstellung: Nachweis einer eigenen Personalstruktur (S.7)

„...Nachweis einer eigenen Personalstruktur und eines Dienstplans der betreffenden Abteilung für die Erbringung der betreffenden Leistung einschließlich der sächlich-apparativen Vorhalten.“

Unbestimmter Rechtsbegriff der „eigenen Personalstruktur“.

Lösungsvorschlag:

Definition bzw. Operationalisierung des Begriffs im Rahmen des jeweiligen OPS. Da die Prüfung sich auf den OPS-Code des Jahres bezieht und darüber hinaus Wirkung auf das Folgejahr entfaltet, können nur Dienstpläne aus dem Jahr betrachtet werden, das dem Jahr der

Gültigkeit des geprüften OPS entspricht. Prospektive Dienstpläne über einen Zeitraum von mehreren Monaten sind praxisfern. Retrospektive Dienstpläne ermöglichen die Beurteilung der Vergangenheit und bieten ein Indiz für die Zukunft.

Problemstellung: Personalstruktur und Dienstplan einschließlich der sächlich-apparativen Vorhaltungen (S.7)

„...Nachweis einer eigenen Personalstruktur und eines Dienstplans der betreffenden Abteilung für die Erbringung der betreffenden Leistung einschließlich der sächlich-apparativen Vorhaltungen.“

Unbestimmter Rechtsbegriff in der Kausalität der Verknüpfung von Personal und Dienstplan mit Ausstattungsmerkmalen.

Lösungsvorschlag:

Definition bzw. Operationalisierung des Begriffs im Rahmen des jeweiligen OPS. Überprüfung der sächlich-apparativen Vorhaltungen können über Gerätelisten erfolgen, die das Krankenhaus zu Verfügung stellt.

Problemstellung: Stationsbegriff (S. 9):

„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.“

Beispielsweise wird im OPS 8-550 für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht der Terminus „Station“ erwähnt, sondern es wird stets der Terminus ‚geriatrische Einheit‘ verwendet.

Lösungsvorschlag:

Vereinheitlichung der Termini. Nur bei ausdrücklicher Benennung im OPS selbst als „Station“ ausdrücklich fordert, ist diese auch zu benennen

Problemstellung: Nachprüffrist (S. 14)

„Die Beantragung einer Wiederholungsprüfung erfolgt unter Vorlage geeigneter Nachweise und Unterlagen.“

Fehlende Angabe einer Prüf- und Begutachtungsfrist.

Lösungsvorschlag:

Da der grundlegende Sachverhalt bereits im Rahmen der Erstprüfung geklärt wird und es sich in der Regel um Nachweise von Einzelaspekten handeln dürfte, wäre eine adäquate Frist sinnvoll.

Vorschlag:

Die Nachprüfung erfolgt innerhalb von 20 Tagen nach Antrag des Klinikums. Das Gutachten ergeht innerhalb von 20 Tagen nach der Nachprüfung.

Zur Anlage 6:

Seite 33 / 47: OPS 8-987 und 8-98g: Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern bzw. nicht-multiresistenten Erregern.

Gefordert werden Schulungsnachweise für das speziell eingewiesene medizinische Personal. Bei großen Kliniken müssten die Kliniken die Nachweise für mehrere tausend Mitarbeiter übersenden und mit entsprechenden Dienst- und Stellenplänen abzugleichen. In diesen Grö-

Benordnungen ist dies derzeit weder in einer Übersendung von Nachweisen noch in der Prüfung für den MD praktikabel. Daher werden Stichprobenüberprüfungen empfohlen. Alternativ könnte das Klinikum die erhobenen Quoten bei Online-Schulungen für die Vollständigkeit der Schulungen übermitteln.

OPS 8-98f: Hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung.

Gefordert wird ein Nachweis über die Sicherstellung der Behandlungsleitung und der Nachweis, dass die überwiegende Tätigkeit der Behandlungsleitung auf der Intensivstation ausgeübt wird.

Hier sollte die Gelegenheit genutzt werden, um konkret zu benennen, wie diese Nachweise geführt werden. Über die Vorlage von Dienstanweisungen der Kliniken? Über die Vorlage von Vertretungsregeln?

Seite 44, OPS 8-98f: Hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Die Art, wie die Erfahrung der Ärzte in der Intensivmedizin dargestellt werden kann ist zu konkretisieren. Zum Beispiel über den Nachweis von Einarbeitungscurricula, die nach Absolvierung und Überprüfung durch die Behandlungsleiter eine Befähigung aussprechen.

Seite 45, OPS 8-98f: Hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Konkretisierung, wie die Verfügbarkeit am Patienten nachgewiesen werden kann. Zum Beispiel über die Berechnung von Wegezeiten vom Wohnort zum Klinikum, über Dienstanweisungen des Arbeitgebers etc.

Seite 46, OPS 8-98f: Hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Gefordert werden Leistungen des Labors. Gefordert wird nicht die Verfügbarkeit eines Labormediziners.

Seite 46, OPS 8-98f: hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung

Gefordert werden Leistungen von diversen (6 von 8) Fachgebieten. Dabei werden vom Klinikum Leistungen im Rahmen des Facharztstandards geschuldet. Dabei kann der diensthabende Arzt zwar den Facharztstatus innehaben, muss es aber nicht. Die Forderung des MD, dass ein Facharzt innerhalb von 20 Minuten verfügbar sein muss, ist dabei im OPS nicht gefordert.

Heidelberg, 6. Januar 2021

Die Vorstandsvorsitzenden

Dr. Nikolai von Schroeders

Prof. Dr. Erika Raab