



## VLK - Forum

### Zukünftige Rolle des MDK

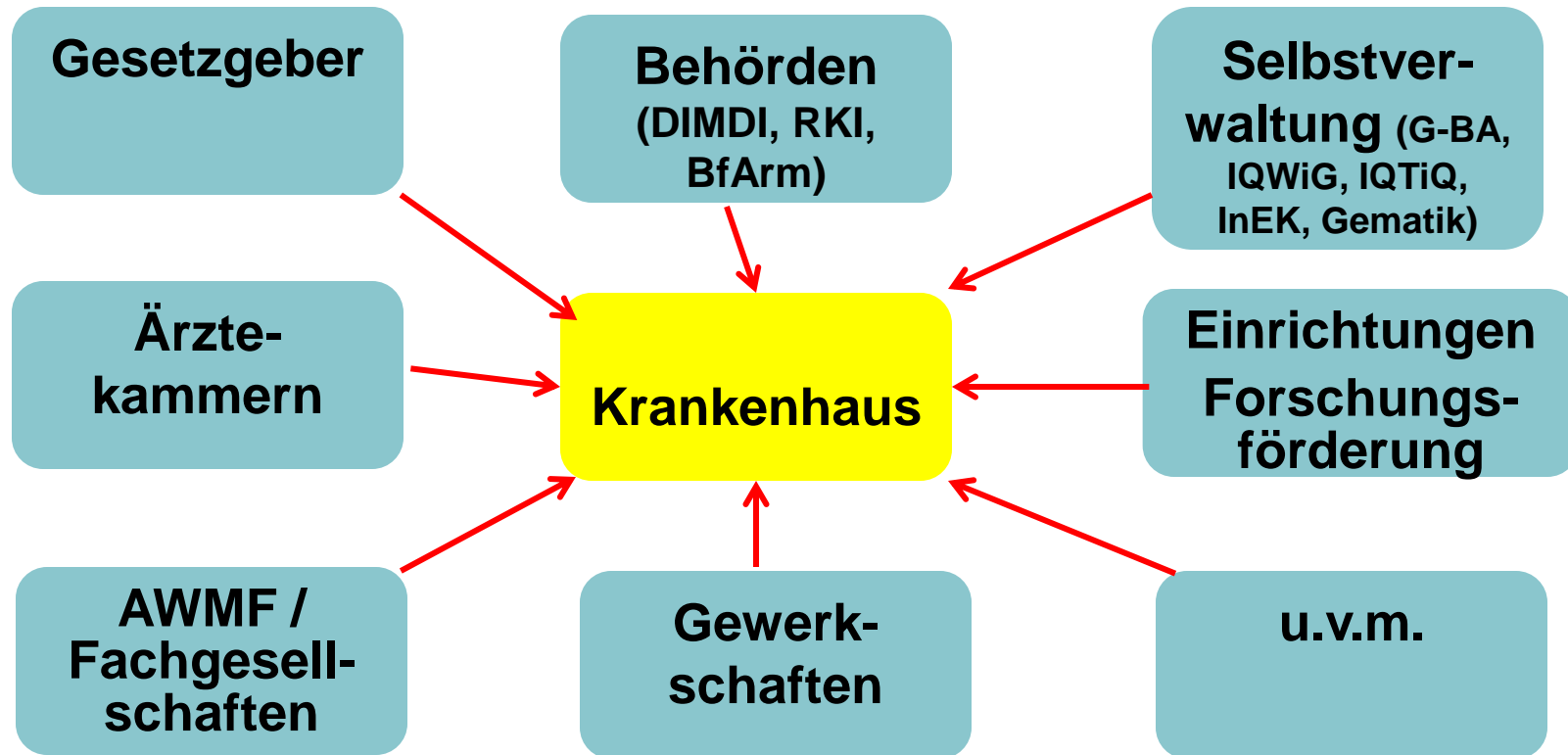
*Wie können und müssen wir die OPS-Kodes restrukturieren*

*Düsseldorf, 19. November 2019*

Dr. N. Schlottmann  
Geschäftsführerin Dezernat Medizin I  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

- 
- **Rahmenbedingungen im Krankenhaus**
  - **OPS im Fokus des Gesetzgebers und der Politik**
  - **Probleme in Verbindung mit dem OPS**
  - **Forderungen an die Weiterentwicklung/  
Restrukturierung der Prozedurenklassifikation**

## Unterschiedlichste Stellen regeln den Krankenhausbereich



## Themenspezifische Verteilung der Regelungskompetenzen

Qualität

Leitlinien

Weiterbildung/  
Qualifizierung

Vergütungs-  
systeme

Klassifikationen  
DIMDI

Datenaus-  
tausch

Datenschutz

Finanzierung/  
Budgetermitt-  
lung

Personal

Hygiene

Krankenhaus-  
Planung

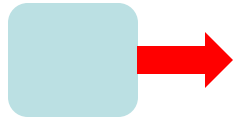
Kodierung  
Abrechnung

Spezialangebote  
ASV, HSA, SAPV, 115b, PIA,

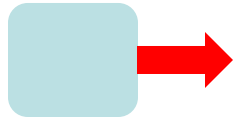
EPA

Forschung/  
Studienteil-  
name

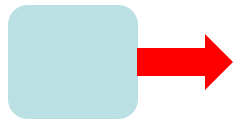
## Gesetze, Richtlinien etc. machen Vorgaben für unterschiedliche medizinische Aspekte



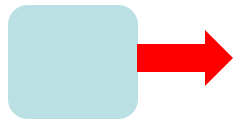
- Diagnosen
- Prozeduren: Einzelleistungen, Komplexleistungen oder Prozedurenkomponenten



- Fachabteilungen, Spezialversorgungsangebote, z.B. Schlaganfallversorgung, Intensivmedizin oder NICU
- Notfälle, ambulante, stationäre oder teilstationäre Fälle

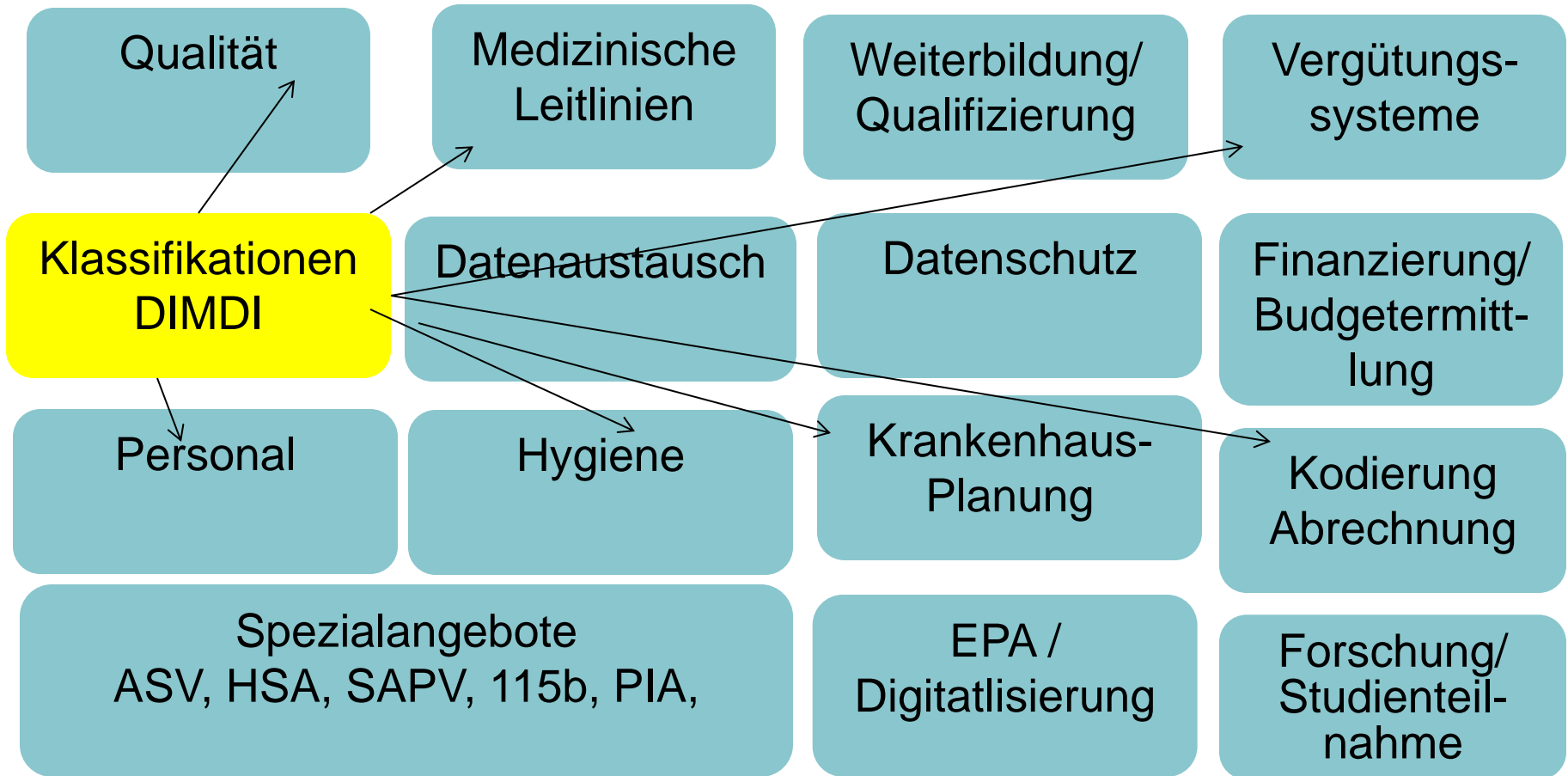


- Spezielle Versorgungsangebote, ASV, SAPV, HSA, 115b...
- Fach- und Berufsgruppen



- Krankenhäuser (z.B. Sicherstellung, Standorte)
- u. V. m.

## Überschreitung der Regelungskompetenzen ist eher die Regel als die Ausnahme



## Anforderungen OPS-Komplexkodes

- **Vorhaltung:** von diag./therap. Einheiten, Verfahren, Fachabteilungen, wo am Standort, in der Einrichtung, Kooperation, Nähe
- **Team:** Zusammensetzung, Qualifikation, Anzahl, zeitliche Verfügbarkeit
- **Vergütungsvorgaben:** Leistungen anrechenbar nur von angemessen vergütetem Personal
- **Arbeitszeiten:** Anwesenheitszeiten, Aufenthaltsvorgaben, Erreichbarkeit
- **Weiterbildung:** was, wann, wie lange
- **Kooperationen:** mit wem, wie geregelt
- **Dokumentation:** was, wann, wie oft
- **Leistungen:** was, wann, wie, wie oft

**Jeder Kode macht  
andere Vorgaben**

## Probleme mit der OPS-Weiterentwicklung

- Vielfältige Zweckentfremdung des OPS
  - Ausgleich DRG-Kalkulations-/Vergütungsmängel (z.B. Vorhaltung)
  - KH-Strukturplanung/-bereinigung
  - Durchsetzung isolierter FG-Interessen, u. v. m.
- Unausgewogener Umgang mit Änderungsvorschlägen/Positionen
- Interessenskonflikte nicht ausreichend offen gelegt
- Letztentscheidung bei Dissens intransparent
- Verbindlichkeit OPS-Auslegung durch DIMDI unterschiedlich (FAQ, Corrigenda)

**Neuregelung:** Verfahrensordnung für das DIMDI



## OPS-Komplexkodes

- Wenig Übereinstimmung der Komplexkodes mit Prozedurenklassifikation (keine präzise und knappe Leistungsbeschreibung)
- Bisweilen fachlich wenig nachvollziehbare Vorgaben
- Interpretationsanfällige und ungeeignete Formulierungen
- Erhebliche Abrechnungskonflikte
- Stetig wechselnde Anforderungen mit erheblicher Planungsunsicherheit für die Krankenhäuser

- **Basiswissen Kodieren (Hrsg. DIMDI)**
- **ICD-10-GM (German Modification)**
- **ICD-10-WHO, Todesursachenstatistik**
- **OPS**
- **FAQ DIMDI (unverbindlich), Corrigenda DIMDI (verbindlich)**
- **Deutsche Kodierrichtlinien (verbindlich)**
- **Schlichtungsausschuss Bund (verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen)**
- **Kommentare DKR (DKG, MDK, FG, Foka, alle nicht verbindlich)**
- **Rechtsprechung, zahlreiche Urteile (verbindlich, BSG fachlich nicht nachvollziehbar)**
- **Regelungen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V**
- **Neu: Strukturprüfungen durch den MDK, Richtlinien über die regelmäßige Begutachtung zur Einhaltung der RL**

**Wichtige  
Regelwerke und  
Quellen**

## § 301 Abs. 2 SGB V (Datenübermittlung)

- Gesetzgeber legitimiert das DIMDI (nachträglich) im OPS auch Voraussetzungen für die Abrechnung der Operationen und Prozeduren festzulegen. (Begründung: Gemeint sind abstrakt-generelle Voraussetzungen, die unabhängig vom Einzelfall erfüllt sein müssen, damit eine Leistung abgerechnet werden kann. Hierzu gehören insbesondere strukturelle Anforderungen an Anzahl und Qualifikation des medizinischen Personals oder an technische Ausstattung.)
- Mit dem Zeitpunkt der Inkraftsetzung durch das BMG werden die ICD und der OPS als Bestandteil der Krankenhausfinanzierung, des Entgeltrechts, unmittelbar verbindlich. Sie sind für die Abrechnung der erbrachten Leistungen zu verwenden. Eines Normenvertrages durch die Selbstverwaltung (jährliche Fallpauschalen-Vereinbarung) bedarf es nicht mehr, damit OPS Bestandteil des Entgeltrechts wird. Dies ist insbesondere für rückwirkende und unterjährige Anpassungen von Bedeutung. (Aufhebung eines BSG-Urteils, wonach die Klassifikationen ihre Verbindlichkeit für die Abrechnung nur durch die Vereinbarung der Selbstverwaltung erlangen)
- DIMDI gibt sich Verfahrensordnung. Ist durch BMG zu genehmigen.



## § 275d SGB V (Strukturprüfungen durch den MDK)

- Bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen, haben Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen aufgrund des vom DIMDI herausgegebenen OPS nach § 301 Abs. 2 SGB V von dem MD begutachten zu lassen.
- Krankenhäuser haben die für die Begutachtung erforderlichen personen- und einrichtungsbezogenen Daten an den MD zu übermitteln.
- Krankenhäuser erhalten die Gutachten schriftlich und eine Bescheinigung über das (positive) Prüfergebnis und Gültigkeitsdauer.
- Regelungen zur Weitergabe der Bescheinigung an Landesverbände der Krankenkassen.
- Wenn Strukturen über einen Monat nicht eingehalten, unverzügliche Meldung an Landesverbände der Krankenkassen.
- Grundlage der Begutachtung ist die Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V.



---

## § 283 SGB V (Aufgaben des Medizinischen Dienstes Bund)

- Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste.
- U. a. über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und den Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden.
- RL erstmals bis 30.04.2020 zu erlassen
- Folgenden Stellen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

GKV-SV, BÄK, Verbänden der Pflegeberufe, Verbänden für Patientenvertreter, Vereinigungen der Leistungserbringer, maßgebliche Verbände von Fachkreisen auf Bundesebene, Datenschutzbeauftragtem

- Richtlinien sind durch BMG zu genehmigen



---

## § 278, 279 SGB V (unabhängiger Medizinischer Dienst?)

- In jedem Land wird ein Medizinischer Dienst als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet
  - Organe des Medizinischen Dienstes sind der Verwaltungsrat und der Vorstand (Vorstand wird durch Verwaltungsrat gewählt)
  - Der Verwaltungsrat besteht aus **23 Vertretern** und **beschließt mit einfacher Mehrheit (12 Stimmen)**
  - **16 Vertreter** werden von den Verwaltungsräten oder Vertreterversammlungen der Landesverbände der Krankenkassen gewählt
  - **7 Vertreter** werden von der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes benannt. 5 davon von Patientenvertreterorganisationen/Verbraucherschutzorganisationen benannte. 2 davon von Landespflegekammern oder Landesärztekammern benannte (letztere ohne Stimmrecht).
  - Beschäftigte MDK, GKV oder ihrer Verbände sind nicht wähl- bzw. benennbar. Mitglieder Verwaltungsrat oder Vertreterversammlung der GKV, die 12 Monate vor Benennung entsprechend tätig waren können nicht benannt werden.
-



## Zu § 301 Abs. 2 SGB V (Änderungsantrag des Bundesrates, abgelehnt von der Bundesregierung)

- **BRat:**...Die OPS-Codes sind auf präzise und knappe Leistungsbeschreibungen zu begrenzen. Begründung: Das DIMDI regelt zunehmend Qualitätsanforderungen für med. Leistungen und legt so abrechnungsrelevante Strukturvoraussetzungen fest. Dies habe Auswirkungen auf die Versorgungsinhalte der Krankenhäuser und tangiert somit die Versorgungsaufträge, die Bestandteil der Krankenhausplanung der Länder sind. Angesichts der klaren gesetzlichen Aufgabenzuteilung erscheint dies rechtsstaatlich bedenklich. OPS... dürfe nicht für andere Ziele zweckentfremdet werden.
- **BReg:** Ein Konflikt mit der Krankenhausplanung der Länder wird nicht gesehen. Mit der Krankenhausplanung steuern die Länder die räumliche Verteilung der Krankenhäuser und legen fest, welches Versorgungsangebot diese abdecken. Mit Strukturvorgaben des OPS wird dagegen festgelegt, welche strukturellen Voraussetzungen ein Krankenhaus erfüllen muss, um – auf Grund der mit der Vorhaltung der Strukturen verbundenen Kosten – ein bestimmtes Entgelt abrechnen zu dürfen.



# Folgen MDK-Reformgesetz

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

## OPS-Strukturplanung versus Krankenhausplanung

OPS	KH-Planung
Zugehörige geriatrische Einheit, Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch	Es liegt eine eigenständige geriatrische Organisationseinheit unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie vor
Fachabteilungen XX am Standort	Das Krankenhaus verfügt über folgende Fachabteilungen: XX
Folgende Dienstleistungen stehen zur Verfügung (eigene Abteilung oder fester Kooperationspartner)	Das Krankenhaus verfügt über Konsiliardienste für folgende Fachabteilungen: XX





# Folgen MDK-Reformgesetz

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

- OPS-Strukturanforderungen werden nunmehr rechtlich legitimiert und durch das BMG/DIMDI verbindlich vorgegeben.
- Strukturanforderungen müssen nicht mit InEK-Kalkulation in Einklang stehen (insb. durch zeitliche Abfolge Beschlussfassung zum DRG-System und OPS-Bekanntgabe und durch rückwirkende Geltung unterjähriger OPS-Anpassungen/Klarstellungen)
- Die Einhaltung dieser Strukturanforderungen erfolgt durch einen neuen MDK, dessen maßgeblichen Organe
  - keine Vertreter der Leistungserbringerseite aufweisen
  - mit mehr als die Hälfte von der GKV benannten Vertretern besetzt sind
  - die mit einfacher Mehrheit beschließen (GKV-Stimmen dafür mehr als ausreichend).

die Spielregeln der Strukturprüfungen alleine in Richtlinien festlegen und hierzu ausschließlich Stellungnahmen und die Genehmigung des BMG einholen müssen. Erstfassung ist in Zeit ohne Unabhängigkeit zu entwickeln)

die die Folgen für die Nichteinhaltung von Anforderungen alleine festlegen können.

## Grundlegende Bereinigung der Komplexcodes, um

- zweckfremde Anforderungen
- Anforderungen ohne Patientennutzen
- Vorgaben fern versorgungspraktischer Realitäten
- kleinteilige Detailregelungen, unbedeutende Prozedurenkomponenten
- Interpretationsanfällige und streitbefangene Formulierungen
- bürokratiefördernde Vorgaben ohne relevanten Patientennutzen
- interessengeleitete Vorgaben einzelner Fachgesellschaften

---

**Anpassung der Kodes**, wenn Strukturvorgaben im OPS nicht verlassen werden

- Anforderungen, die dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen
- Strukturvorgaben mit „belegtem“ Patientennutzen (nicht auf Basis vager Vermutungen)
- Entwicklung längerfristig stabiler Vorgaben unter Berücksichtigung der maßgeblich betroffenen Fachgebiete (keine FG-Einzelinteressen)
- Keine missbräuchlichen Anforderungen für willkürliche Strukturbereinigung als gesundheitspolitische Parallelziel
- Keine Widersprüche zur Krankenhausplanung oder anderen Regelwerken.
- Klare Kennzeichnung der vom MDK zu prüfenden Strukturvorgaben, mit verbindlich geltenden Checklisten im OPS



# Faire Rahmenbedingungen

- Kostenrelevante Strukturanforderungen mit baulichem Änderungsbedarf oder zusätzlichem Personalbedarf nur mit angemessenen Übergangsfristen einführen oder faire Kodeerweiterung mit Planungssicherheit
- Harmonisierung von OPS-Anpassung und DRG-Kalkulation
- Rückführung der Organisationsverantwortung für Teilleistungsschritte bei Komplexcodes und für die Art der Dokumentation in die Hände der Krankenhäuser
- Verbot unverhältnismäßiger Rechnungskürzungen aufgrund von
  - Minimalabweichungen ohne relevanten Einfluss auf die Patientenversorgung
  - nicht beeinflussbaren, nicht planbaren und nicht zu verschuldenden Alltagsumständen
  - patientenindividuell erforderlicher Abweichungen
- Etc.



# Forderungen der DKG

DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

- Grundlegende Komplexitätsreduktion, Abschaffung der Überregulierung
- Gute Patientenversorgung als gemeinsames Ziel vor Dokumentation und Bürokratie
- Faires Miteinander mit gegenseitigem Respekt und Wertschätzung erbrachter Leistungen, Ende der Misstrauenskultur
- Faire Vergütung erbrachter Leistungen
- Längerfristige Planungssicherheit herstellen
- Sachgerechte Berücksichtigung der Leistungserbringer im neuen MDK-Reformgesetz, keine einseitige Deutung von OPS-Kodes

**Herzlichen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit**