

Vom Einzelfall zur Systemprüfung

DAS MDK-REFORMGESETZ hat eine Aufgabe der Medizinischen Dienste im Krankenhausbereich auf eine andere Basis gestellt: die OPS-Strukturprüfungen. ► Strukturprüfungen selbst sind nicht neu. Die meisten Medizinischen Dienste führen diese Prüfungen bereits seit Jahren regelmäßig durch. Damit sind die technischen und personellen Voraussetzungen für OPS-Leistungen gemeint. Neu ist aber der Ansatz des Prüfverfahrens, wie er mit dem MDK-Reformgesetz geregelt worden ist: Die Krankenhäuser dürfen von 2022 an abrechnungsrelevante Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nur noch dann abrechnen, wenn der zuständige Medizinische Dienst im Jahr zuvor die Strukturvoraussetzungen geprüft und bescheinigt hat. Die neuen OPS-Strukturprüfungen haben somit eine sehr hohe Bedeutung und können erhebliche Konsequenzen haben. Dies betrifft 53 verschiedene Krankenhaus-Leistungen.

OPS-Katalog ist Grundlage

Grundlage der Prüfungen sind die Strukturvoraussetzungen, die es bereits seit Einführung des DRG-Systems im OPS-Katalog gibt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das den Katalog erstellt, weist sie seit diesem Jahr explizit als Strukturmerkmale aus. Typische zu prüfende Strukturmerkmale sind Vorgaben zur Verfügbarkeit sowie zur Qualifikation des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals sowie zur Verfügbarkeit von diagnostischen

beziehungsweise therapeutischen Verfahren. Bei letzteren ist grundsätzlich zu prüfen, ob das dafür erforderliche qualifizierte Personal und die Geräte vorhanden sind. Das Spektrum der zu prüfenden Leistungsbereiche reicht von Intensivstationen über Schlaganfall- und Palliativeinheiten und die Geriatrie bis hin zu psychiatrischen Behandlungen. So soll sichergestellt werden, dass die Strukturvoraussetzungen als Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen in allen Krankenhäusern eingehalten werden.

Prospektiver Prüfansatz

Bislang sind diese Strukturmerkmale in den Krankenhäusern im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen geprüft worden, teilweise im Rahmen von Einzelfallprüfungen. Durch die Reform werden nun bundesweit einheitliche, regelmäßige Strukturprüfungen stattfinden. Die Krankenhäuser werden wiederum dadurch entlastet, dass die Anzahl der Einzelfallprüfungen durch Quoten begrenzt wird.

Neu ist der den Strukturprüfungen zugrundeliegende Prospektivitätsgedanke: Die Strukturprüfungen erfolgen nun grundsätzlich im Jahr vor der beabsichtigten Abrechnung. Dies verschafft sowohl den Krankenhäusern als auch den Krankenkassen Planungssicherheit. Die Laufzeit der Bescheinigung des Medizinischen Dienstes beträgt in der Regel zwei Jahre. In besonderen Konstellationen wird jährlich geprüft – zum Beispiel, wenn zuvor erst eine Nachprüfung die Voraussetzung bestätigen konnte oder wenn die Behandlungen medizinisch besonders sensibel sind.

Eine weitere Neuerung: Die neuen OPS-Strukturprüfungen stellen erstmals ein Verwaltungsverfahren dar. Die Krankenhäuser müssen seit Ende Mai die Prüfanträge damit direkt an den zuständigen Medizinischen Dienst richten. Dieser stellt zukünftig Verwaltungsbescheide aus sowie bei einer Bestätigung der Voraussetzungen auch eine Bescheinigung. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass Klagen künftig nicht mehr gegenüber den Krankenkassen, sondern gegenüber dem zuständigen Medizinischen Dienst zu führen sind.



Ablauf in Richtlinie geregelt

Geregelt ist der organisatorische Ablauf der OPS-Strukturprüfungen in der Richtlinie *Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach §275d SGB V (StROPS-RL)*, die am 20. Mai dieses Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt worden ist. Der MDS hatte sie Ende Februar erlassen. Die Richtlinie beschreibt den Ablauf vom Antragsverfahren über die konkreten Prüfarten bis hin zum Ausstellen der Bescheide und der Bescheinigungen. Krankenhäuser müssen grundsätzlich die Strukturvoraussetzungen erfüllen – im ersten Prüffahr also auch bereits zum Zeitpunkt der Prüfung, um die Bescheinigung für das kommende Jahr zu erhalten. Sollte ein Krankenhaus zum Beispiel die Strukturvoraussetzungen nicht auf Anhieb erfüllen, hat es die Gelegenheit zur Nachbesserung und Wiederholungsprüfung, um die Leistungen dann doch noch abrechnen zu können. Deshalb wäre ein spät eingereichter Prüfauftrag riskant, weil das Krankenhaus bei Beanstandungen vielleicht nicht mehr rechtzeitig nachbessern könnte. In der Folge ginge es ohne Bescheinigung in das neue Abrechnungsjahr, was erhebliche finanzielle Auswirkungen haben kann.

Für den konkreten Ablauf der Strukturprüfungen sieht die Richtlinie drei unterschiedliche Erledigungsarten vor: die Dokumentenprüfung, die Prüfung vor Ort und die Dokumentenprüfung mit ergänzender Prüfung vor Ort. Die Wahl der Erledigungsart erfolgt durch den zuständigen Medizinischen Dienst je nach Krankenhaus und OPS-Code.

Pandemie sorgt für Verschiebung

Im Zuge des MDK-Reformgesetzes waren die OPS-Strukturprüfungen bereits für das Jahr 2020 vorgesehen. Die Corona-Pandemie hat auch hier den Start verhindert; er wurde auf dieses Jahr verschoben. Der Gesetzgeber hat außerdem eine Reihe von Strukturmerkmalen für das erste Prüffahr teilweise ausgesetzt, die die Krankenhäuser aufgrund der Corona-Pandemie vor eine besondere Herausforderung gestellt hätten.

Trotz der weitreichenden Neuerungen ändert sich die Rolle der Medizinischen Dienste durch die Strukturprüfungen jedoch nicht: Sie werden weiterhin ausschließlich im Auftrag tätig. Die Strukturvorgaben werden ausschließlich durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) definiert. Sollten Strukturmerkmale zu konkretisieren oder zu interpretieren sein, müssen diese durch die Medizinischen Dienste bestmöglich fachlich ausgelegt werden. Um sicherzustellen, dass in jedem Bundesland und jedem Krankenhaus Strukturmerkmale gleich geprüft und ausgelegt werden, hat die Sozialmedizinische Expertengruppe 4 der Medizinischen Dienste (SEG 4) einen Begutachtungsfaden entwickelt, der die Richtlinie begleitet.



Kernstück dieses Leitfadens sind sogenannte *Strukturmerkmal-Bewertungen*. Darin werden unklare Strukturmerkmale einheitlich verbindlich ausgelegt. Der Begutachtungsfaden gibt auch ergänzende Hinweise, wie in besonderen Konstellationen zu prüfen ist, wie zum Beispiel die Besonderheiten im ersten Prüffahr 2021. Unmissverständliches Ziel ist es, dass das normgebende BfArM alle Strukturmerkmale bereits eindeutig definiert und dadurch Auslegungsfragen vermieden werden.

Alle müssen sich hineinfinden

Für die Krankenhäuser, die Medizinischen Dienste wie auch für die Krankenkassen werden die neuen Strukturprüfungen im ersten Jahr zweifellos eine Herausforderung. Alle müssen sich in das neue Prüfverfahren hineinfinden, ebenso wie in den Umgang mit den Bescheinigungen, die die Grundlage der anschließenden Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bilden. Trotz bestmöglicher Vorbereitung auf allen Seiten werden zahlreiche Fragen von Krankenhäusern sicherlich nicht ausbleiben, etwa zur Antragstellung, zu den bereitzustellenden Unterlagen oder zum Ablauf der Prüfung im ersten Jahr. Hier werden die Medizinischen Dienste den Krankenhäusern angemessene Hilfestellungen für einen ordnungsgemäßen Ablauf geben. 

Der Begutachtungsfaden ist auf der Internetseite des MDS unter www.mds-ev.de im Bereich *Richtlinien / Publikationen* und dort unter *Richtlinien / Grundlagen der Begutachtung* auf der Seite *Stationäre Leistungen* abrufbar.

Dr. Andreas Krokotsch
ist Leiter der Abteilung
Krankenhaus des
Medizinischen Dienstes
Nord.
andreas.krokotsch@md-nord.de

