

Stellungnahme zum Entwurf einer Richtlinie des Medizinischen Dienstes Bund nach § 283 Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur regelmäßigen Begutachtung zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V (StrOPS-RL)

23.01.2023

der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)

Die Richtlinie über die Durchführung der regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen definiert das Verfahren, aber auch die Nachweise, welche der Medizinische Dienst zur Prüfung der Strukturmerkmale für erforderlich hält.

Kritische Vorbemerkung

Das in der ersten Version der StrOPS-RL noch proklamierte Ziel, mit der Richtlinie eine „Vereinfachung und Reduzierung von Prüffällen bei der Krankenhausrechnungsprüfung im Einzelfall“ zu erreichen, wurde bereits mit der 2. Auflage nicht mehr weiterverfolgt, denn der Satz wurde aus dem Prüfungskonzept ersatzlos gestrichen.

Dies deckt sich auch mit den Erfahrungen der Krankenhäuser. Im Rahmen einer Umfrage der DGfM nach der Novellierung der StrOPS-Richtlinie in 2022 gaben über 95% der antwortenden Krankenhäuser an, weder eine Erleichterung bei den Einzelfallprüfungen, noch eine spürbare Verringerung dieser wahrgenommen zu haben. Eine Vereinfachung durch die Novellierung, bei der anfängliche Unklarheiten ausgeräumt werden sollten, gaben nur 6% der Befragten an.

Insgesamt wurde in den zahlreichen Einzelmeldungen zur Evaluation der StrOPS-RL der hohe Bürokratieaufwand, die Kleinteiligkeit der Vorgaben und die geringe Vorbereitungszeit und die kurzen Zeitintervalle bis zur obligaten Wiederholungsprüfung beklagt. Zugleich finden sich Rückmeldungen, dass es aufgrund der internen Datenschutzvorgaben der MD an einer Weitergabe der StrOPS-Prüfergebnisse von den StrOPS-Prüfteams an die Teams der Fallprüfung fehlt. Im Ergebnis wissen die Krankenhaus-Prüfteams nicht, welche Komplexkodes der Strukturprüfung positiv beschieden wurden, so dass es weiterhin Einzelfallprüfungen in hohem Umfang gibt. So sind die Prüfteams des MD gezwungen die Bescheide bei den Kliniken abzufordern, obwohl sie beim MD vorliegen. Das führt wiederum zu administrativen Ressourcenverbrauch auf beiden Seiten. Datenbanken, welches Krankenhaus welche Struktur vorhält, sollte für den kompletten MD einsehbar sein, um Reibungsverluste bei allen Beteiligten zu vermeiden.

Auch in der neuen Version der Richtlinie finden sich nur vereinzelt Ansätze, von diesem ausufernden Bürokratismus Abstand zu nehmen. Im Gegenteil: Es wird beispielsweise durch neue Mitteilungspflichten wie den Umzug von OPS-Codes auf andere Stationen /Einheiten am gleichen Standort noch tiefer in die Organisation der Krankenhausstruktur eingegriffen. Vorgaben bzgl. Fristen und Mitwirkungspflichten der Kliniken nehmen Ausmaße an, die nicht mehr handelbar sind.

Insbesondere im Hinblick darauf, dass für Strukturprüfungen laut Rückmeldungen aus der Umfrage der

DGfM in den Kliniken zu 95% kein neues Personal eingestellt wurde, um den Erfordernissen der Strukturprüfungen gerecht zu werden.

Da neben den Strukturprüfungen auch in zunehmendem Maße GBA-Richtlinienprüfungen durchgeführt werden, für die ähnliche Nachweise zu führen sind, lediglich für andere Prüfzeiträume, übersteigen die Dokumentations- und Darlegungspflichten für die Kliniken vertretbare Maße. Mit Einführung der neuen Level und Leistungsgruppen im Rahmen der politisch intendierten Umstrukturierung der Krankenhauslandschaft werden zudem weitere MD-Prüfungen zu Strukturvorgaben in Aussicht gestellt. Hier sollte dringend eine Angleichung der Inhalte und wechselseitige Anerkennung der bereits getätigten Nachweise erfolgen, da der Umfang der diversen Prüfungsarten sowohl auf Klinikseite als auch auf Seiten des MD extreme Personalaufwände generiert und damit auch unnötig Kosten verursacht.

Mit dem Gesetzeszweck unvereinbar sind in dieser Richtlinie vorgeschlagene retrospektiv wirkende Aufhebungen von Bescheiden bei turnusgemäßen Prüfungen. Normzweck der Strukturprüfungen war eine prospektive Entscheidung anhand eines in der Vergangenheit liegenden Prüfzeitraums. Ziel war die Herstellung von Planungssicherheit sowohl von Leistungserbringern, als auch Kostenträgern für den Zeitraum der Bescheidung. Mit einer Aufhebung von Bescheiden mit Wirkung für die Vergangenheit wird der Normzweck konterkariert.

Inhalt

Kritische Vorbemerkung.....	1
Vorwort	6
I. Zu den Regelungsinhalten der aktuellen Richtlinie	6
A. Abschnitt Geltungsbereich	6
Regelungsinhalt der Richtlinie - Anwendungsbereich:	6
Bewertung.....	6
B. Abschnitt Begriffsbestimmungen und Prüfkonzept.....	6
1) Regelungsinhalt der Richtlinie – Legaldefinitionen streitbefangener Rechtsbegriffe	6
Bewertung.....	7
2) Regelungsinhalt der Richtlinie – Eingrenzung auf abrechnungsrelevante OPS	7
Bewertung.....	7
3) Regelungsinhalt der Richtlinie – Vereinheitlichung Begrifflichkeiten BfArM/MD	7
Bewertung.....	7
4) Regelungsinhalt der Richtlinie – Vorgehen des MD bei der Prüfung.....	8
Bewertung.....	8
Lösungsvorschlag	8
5) Regelungsinhalt der Richtlinie – Prüfzeitraum und Nachweispflicht.....	8
Bewertung.....	8
6) Regelungsinhalt der Richtlinie – Umzug.....	8
Bewertung.....	8
7) Regelungsinhalt der Richtlinie – Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen.....	9
Bewertung.....	9
C. Abschnitt Begutachtungsablauf	9
1) Regelungsinhalt der Richtlinie.....	9
Bewertung:.....	9
2) Regelungsinhalt der Richtlinie: Standortverlagerung	9
Bewertung.....	9
Lösungsvorschlag	10
3) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antragsarten.....	10
Bewertung.....	10
4) Regelungsinhalt der Richtlinie: Zeitpunkt der Vorlage von Unterlagen.....	10
Bewertung.....	11
Lösungsvorschlag	11

5) Regelungsinhalt der Richtlinie: OPS-bezogene Vorlage von Unterlagen (I).....	11
Bewertung.....	11
Lösungsvorschlag	11
6) Regelungsinhalt der Richtlinie: OPS-bezogene Vorlage von Unterlagen (II).....	12
7) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag zur turnusgemäßen Prüfung.....	12
Bewertung.....	12
8) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antragsdatum und Prüfzeitraum bei turnusgemäßer Prüfung	12
Bewertung.....	12
9) Regelungsinhalt der Richtlinie: Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V	12
Bewertung.....	13
Lösungsvorschlag	13
10) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung	13
Bewertung.....	14
Lösungsvorschlag	14
11) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag bei erstmaliger Vergütungsrelevanz von OPS-Kodes	14
Bewertung.....	15
Lösungsvorschlag	15
12) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag zur Strukturprüfung nach Planungsprüfung	15
Bewertung.....	15
13) Regelungsinhalt der Richtlinie: Regelungen zu Umzügen, Änderungen des Krankenhausträgers und zusätzlicher Leistungserbringung	16
Bewertung.....	16
Lösungsvorschlag	17
D. Bescheid, Gutachten und Bescheinigung	17
Regelungsinhalt der Richtlinie: Gültigkeitsdauer	17
Bewertung.....	18
E. Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus.....	18
1) Regelungsinhalt der Richtlinie: Grundsätze zur Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen .	18
Bewertung:.....	18
2) Regelungsinhalt der Richtlinie: Aufhebung des Bescheids bei Feststellung der Nichteinhaltung im Rahmen turnusgemäßer Prüfungen	18
Bewertung.....	18
Lösungsvorschlag	18
3) Regelungsinhalt der Richtlinie: Sanktionierung bei grob fahrlässigem Nichtmelden der Nichteinhaltung der Strukturmerkmale.....	19

Bewertung.....	19
Lösungsvorschlag	19
II. Weiterhin bestehende Grundsatzkritik an der StrOPS-RL.....	20
A) Formelle Rechtmäßigkeit	20
I. Regelungskompetenz	20
1) Rechtsgrundsätze für Verwaltungsrichtlinien	20
2) Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts	21
3) Logistik – Fehlende MD- interne Verfahrenssicherung.....	23
4) Logistik – Gesetzesfolgenabschätzung; hier Doppelprüfungen	24
B) Materielle Rechtmäßigkeit.....	25
I) Vorlage von Dienstplänen	25
II) Arbeitsverträge als Nachweise für Erfahrungen, Zuordnungen, Behandlungsleitungen und deren Stellvertretungen sowie die pflegerische Besetzung	26

Vorwort

Der Aufbau der vorliegenden Stellungnahme teilt sich in zwei Bereiche.

Im ersten Teil werden neue Regelungsinhalte der Richtlinie aufgenommen bzw. Sachverhalte, soweit sie durch eine Ergänzung oder Streichung inhaltlich verändert wurden, einer Bewertung unterzogen.

Im zweiten Teil verbleibt die Grundsatzkritik an der formellen und materiellen Rechtmäßigkeit der Richtlinie.

I. Zu den Regelungsinhalten der aktuellen Richtlinie

A. Abschnitt Geltungsbereich

Regelungsinhalt der Richtlinie - Anwendungsbereich:

„Die abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüssel mit zu prüfenden Strukturmerkmalen sind in den Anlagen 2a (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes) und 4a (Strukturmerkmale abrechnungsrelevante OPS-Kodes) aufgeführt. Die OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen, die erstmalig vergütungsrelevant werden können, sind in den Anlagen 2b und 4b enthalten.“

Bewertung

Redaktionelle Klarstellung und Präzisierung der Bezugnahmen zu den Anlagen. Aufgrund der Reduktion auf abrechnungsrelevante OPS Eingrenzung des Prüfrahmens der Richtlinie und damit als Entbürokratisierung zu begrüßen.

B. Abschnitt Begriffsbestimmungen und Prüfkonzept

1) Regelungsinhalt der Richtlinie – Legaldefinitionen streitbefangener Rechtsbegriffe

Für die Verwendung folgender Begriffe in der Richtlinie gilt:

- *Der Begriff Leistungserbringung ist in dieser Richtlinie als das Einhalten der Strukturmerkmale zu verstehen, die Begriffe Leistungsbeginn bzw. erstmalige Leistungserbringung sind als Beginn der Einhaltung der Strukturmerkmale zu verstehen.*
- *Die Bezeichnungen abrechnungsrelevant und vergütungsrelevant werden in der Richtlinie synonym verwendet.*
- *Ein Monat bezeichnet im Sinne dieser Richtlinie beispielsweise den Zeitraum vom 5. Februar bis zum 5. März eines Jahres, sofern in der Richtlinie nicht explizit von einem Kalendermonat die Rede ist. Bei einem Antragsingang am 5. März würde z. B. eine rückwirkende Bescheinigung von einem Monat am 5. Februar beginnen und bei einem vorangehenden Prüfzeitraum von einem Monat würde der Zeitraum vom 5. Februar bis zum 4. März resultieren.*
- *Der Begriff Antragsjahr meint das Jahr, in dem ein Antrag zur Strukturprüfung gestellt wird.*
- *Das Antragsingangsdatum ist das Datum des Eingangs des Antrags beim zuständigen Medizinischen Dienst.*

- *Mit Werktagen sind in dieser Richtlinie die Wochentage Montag bis Freitag gemeint, ausgenommen sind gesetzliche Feiertage.*
- *Die Anzeige nach § 275d Absatz 1a SGB V ersetzt nicht den Antrag zur Durchführung einer Strukturprüfung.*

Bewertung

Rechtliche Klarstellung Streitbefangener unbestimmter Rechtsbegriffe. Insbesondere die Klarstellung des Begriffs „Werktag“ ist zu begrüßen, da es unterschiedliche Auslegungen insbesondere in Bezug auf Feiertage an Wochentagen und die Einbeziehung von Samstagen in den Wochentagsbegriff gab.

2) Regelungsinhalt der Richtlinie – Eingrenzung auf abrechnungsrelevante OPS

Es werden nach § 275d Absatz 1 SGB V Strukturmerkmale jener OPS-Kodes begutachtet, die abrechnungsrelevant sind. Der Medizinische Dienst Bund veröffentlicht die zu prüfenden OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen in den Anlagen 2a (Abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen) und 4a (Strukturmerkmale der abrechnungsrelevanten OPS-Kodes). Die Anlagen 2b und 4b enthalten OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen, die im Jahr 2022 nicht vergütungsrelevant sind. Eine erstmalige Vergütungsrelevanz kann sowohl bereits vorbestehende als auch neu eingeführte OPS-Kodes betreffen. Grundlage der Prüfung ist die zum Zeitpunkt des Bescheiderlasses gültige Fassung dieser Richtlinie, soweit in dieser Richtlinie nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist.

Bewertung

Redaktionelle Anpassung und Klarstellung der Eingrenzung der Prüfung des MD auf abrechnungsrelevante Kodes. Die Eingrenzung des Prüfbereichs auf abrechnungsrelevante Kodes ist als Entbürokratisierung zu begrüßen.

3) Regelungsinhalt der Richtlinie – Vereinheitlichung Begrifflichkeiten BfArM/MD

Beantragung und Prüfung erfolgen standortbezogen. Einige OPS-Kodes werden einheits- bzw. stationsbezogen überprüft, da in diesen Kodes die Begriffe „Station“ bzw. „Einheit“ vom BfArM verwendet werden. Diese Kodes sind in Anlage 2a/2b aufgeführt.

Bewertung

Aufnahme der Kritik, dass die Richtlinie 2022 von den Begriffsdefinitionen und Klarstellungen zu OPS des BfArM abwich. Die Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten ist ausdrücklich zu begrüßen.

4) Regelungsinhalt der Richtlinie – Vorgehen des MD bei der Prüfung

Die Prüfung der Strukturmerkmale durch den Medizinischen Dienst erfolgt anhand von Selbstauskünften der Krankenhäuser, geeigneten Nachweisen und Unterlagen und ggf. einer Prüfung vor Ort im Krankenhaus.

Bewertung

Diese Neuregelung bewirkt eine Veränderung des Prüfkonzeptes dahingehend, dass primär eine Unterlagenprüfung durch den MD vorgenommen wird und bei Bedarf („ggf.“) eine Vorortprüfung erfolgt. Ein Anspruch der Krankenhäuser auf eine Vorortprüfung besteht weiterhin nicht.

Lösungsvorschlag

Da Missverständnisse und strittige Fragen sich im direkten Dialog vor Ort einfacher und schneller klären lassen, als im Schriftverfahren, wird empfohlen, vor der beabsichtigten Negativbescheidung verpflichtend eine Vor-Ort-Prüfung im Sinne des Anhörungsverfahrens nach den Regeln des Verwaltungsverfahrens einzuführen.

5) Regelungsinhalt der Richtlinie – Prüfzeitraum und Nachweispflicht

Die Nachweise und Unterlagen beziehen sich auf einen vorgegebenen Prüfzeitraum, der sich aus der jeweiligen Antragsart ergibt und in Abschnitt 4 festgelegt ist.

Bewertung

Grundsätzliche Klarstellung, die in Bezug auf die Änderung des Abschnitts zu den Antragsarten gesehen werden muss.

6) Regelungsinhalt der Richtlinie – Umzug

Im Falle eines Umzugs einer Station bzw. Einheit, für die eine gültige Bescheinigung für einen OPS-Kode vorliegt, ist unter anderem zu unterscheiden zwischen einem Umzug an einen anderen Standort oder einem Umzug am selben Standort. Unter dem Begriff „Umzug eines OPS-Kodes“ ist die OPS-bezogene (räumliche) Verlagerung der Leistungserbringung zu verstehen. Näheres wird in Abschnitt 4 der Richtlinie beschrieben.

Bewertung

Grundsätzlich handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung und Strukturierung. Bezüglich der Kritik an der Auslegung des Begriffes „Umzug“ aus den Praxiserfahrungen in Anwendung der Richtlinie wird auf die Darstellung in Abschnitt 4 verwiesen.

7) Regelungsinhalt der Richtlinie – Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen

Bei Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen hat durch die Krankenhäuser eine Mitteilung nach Abschnitt 6 der Richtlinie zu erfolgen.

Bewertung

Klarstellung. Es fehlt jedoch die Unterscheidung in temporärer und dauerhafter Nichteinhaltung. Im gewählten Kontext ist die „Nichteinhaltung“ ein unbestimmter Rechtsbegriff, welcher zu Streit führen wird. Insofern wird auf die Kritik in Abschnitt 6 verwiesen.

C. Abschnitt Begutachtungsablauf

1) Regelungsinhalt der Richtlinie

Geregelt werden

- a. der Zeitpunkt der Beantragung der Prüfung, der von der Antragsart abhängig ist,

und

- b. die Erledigungsart der Prüfung - hier wird zwischen einer Dokumentenprüfung, Dokumentenprüfung mit ergänzender Vor-Ort-Prüfung oder Vor-Ort-Prüfung unterschieden

und

der jeweils zugrunde gelegte Prüfzeitraum.

Bewertung:

Strukturelle und redaktionelle Klarstellung.

2) Regelungsinhalt der Richtlinie: Standortverlagerung

Wird eine Leistung an einen anderen Standort verlagert, ist für diesen Standort ein Antrag auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß 4.1.3 der Richtlinie zu stellen. Dies gilt auch, wenn eine zusätzliche Station/Einheit am Standort eingerichtet wird. Bei Verlagerung innerhalb des Standortes (Umzug einer Station bzw. Einheit, für die eine gültige Bescheinigung für den OPS-Kode vorliegt) bedarf es keines Antrags zur Prüfung. Stattdessen ist der Medizinische Dienst unter Verwendung des Formulars nach Anlage 8 über den Umzug zu informieren. Näheres wird in 4.1.6. geregelt.

Bewertung

Strukturelle und redaktionelle Klarstellung. In der Richtlinie wird bezüglich des Umzugs von Stationen

(S.13) zwischen am gleichen oder an einem anderen Standort unterschieden, was in Anlage 4 klargestellt wird. Auf S.15 wird im 1. Absatz festgelegt, dass ein neuer Standort einen neuen Antrag auslöst. Bei einem gleichen Standort bleibt es bei einer Informationspflicht an den MD. Wird den Grundsätzen der Gesetzgebungslehre gefolgt, wären die Rechtsfolgen zu klären, wenn die Information unterbleibt bzw. wenn der MD im Rahmen einer turnusgemäßen Prüfung die vorgenommenen Veränderungen als Umzug deklariert. Insofern wird auch auf die Darstellung unter 4.1.6. verwiesen.

Lösungsvorschlag

Streichung der Informationspflicht bei Umzug innerhalb eines Standortes. Die aus der Vorgabe erwachsende Rechtsfolgenregelung der Richtlinie ist, abgesehen von ihrem norminterpretierenden Charakter unter Bezug auf die Wesentlichkeitslehre des BVerfG, nicht in der eingeschränkten Richtlinienkompetenz des MD abgedeckt. Die Richtlinie gilt ausdrücklich für die MD, regelt jedoch Rechtsfolgen für Krankenhäuser. Insofern wird auch auf die Grundlagenkritik im 2. Abschnitt verwiesen.

3) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antragsarten

Folgende Antragsarten sind vorgesehen:

- *Antrag zur turnusgemäßen Prüfung (4.1.1)*
- *Antrag zur Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (4.1.2)*
- *Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung (4.1.3)*
- *Antrag bei erstmaliger Vergütungsrelevanz von OPS-Kodes (4.1.4)*
- *Antrag zur Strukturprüfung nach Planungsprüfung (4.1.5)*

Je Antragsart ist ein gesondertes Antragsformular (Anlage 1a/1b) zu verwenden, das alle zur Prüfung beantragten OPS-Kodes je Standort umfasst. In Anlage 1a sind alle abrechnungsrelevanten OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen aufgeführt. In Anlage 1b sind die übrigen OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen aufgeführt, bei denen eine Abrechnungsrelevanz zum Zeitpunkt der Einleitung des Stellungnahmeverfahrens zu dieser Richtlinienversion nicht bekannt war. Sollten OPS-Kodes aus dieser Anlage 1b erstmalig vergütungsrelevant werden, können sie hierüber beantragt werden. Bei den in Anlage 2a/2b speziell gekennzeichneten OPS-Kodes sind bei der Beantragung zusätzlich jeweils die Gesamtzahl sowie die Bezeichnungen aller Stationen bzw. Einheiten, auf denen die jeweilige Leistung erbracht werden soll, in dem Antragsformular anzugeben.

Bewertung

Redaktionelle und strukturelle Klarstellung. Durch die vorgenommene Zusammenführung vergleichbarer Tatbestände ist die Wahl der Antragsart vereinfacht worden.

4) Regelungsinhalt der Richtlinie: Zeitpunkt der Vorlage von Unterlagen

Das Krankenhaus hat zum Zeitpunkt der Antragstellung zu einer turnusgemäßen Prüfung die erforderlichen Nachweise, Unterlagen sowie Selbstauskunftsbögen gemäß den Anlagen 5a (Selbstauskunftsbö-

gen) und 6a (Erforderliche Unterlagen abrechnungsrelevante OPS-Kodes) vorzuhalten. Bei allen anderen Anträgen sind die o. g. Unterlagen bereits bei der Antragstellung einzureichen. Bei der Wiederholungsprüfung nach 4.1.2 sind nur die zuvor nicht eingehaltenen Strukturmerkmale nachzuweisen und entsprechende Unterlagen mit der Antragstellung einzureichen.

Bewertung

Klarstellung des Zeitpunkts der Vorlagepflichten der Antragsunterlagen. Nur bei turnusmäßiger Prüfung sind die bereitzustellenden Unterlagen vorzuhalten, bei allen anderen Arten, sind die Unterlagen bereits bei Antragstellung zu übermitteln. Im Ergebnis bedeutet die Übersendungspflicht noch mehr Formalismus und weniger Datenschutz von sensiblen Mitarbeiterdaten, da diese bei Vorortbegehungen eingesehen wurden, aber nicht das Haus verlassen haben.

Lösungsvorschlag

Gerade mit Blick auf die sensiblen Mitarbeiterdaten, darunter Dienstpläne, Arbeitsverträge, Zertifikate und persönliche Nachweise, teilweise bei Personenstands- und Geschlechtsänderungen sogar geforderte Kopien von Personalausweisen, Heiratsurkunden und Urkunden/ärztlichen Nachweisen zum Nachweis des Geschlechtswechsels, empfiehlt sich aufgrund der datenschutzrechtlichen Vorgaben, aber auch unter Gesichtspunkten des Antidiskriminierungsgesetzes eine Einsichtnahme vor Ort. Insofern wäre es zu begrüßen, wenn in allen Verfahren die Unterlagen bei Antragstellung vorgehalten würden und bei Bedarf in der Vor-Ort-Prüfung vorgelegt würden.

5) Regelungsinhalt der Richtlinie: OPS-bezogene Vorlage von Unterlagen (I)

Das Krankenhaus ist dafür verantwortlich, die Unterlagen OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) vollständig, lesbar und in einer sinnvollen Ordnungsstruktur analog der Reihenfolge der Anlagen 6a/6b einzureichen. Das Krankenhaus kann zusätzliche Unterlagen, die für den Nachweis der zu prüfenden Strukturmerkmale als notwendig angesehen werden, hinzufügen.

Bewertung

Grundsätzlich erfolgt eine Klarstellung zur Vorlagepflicht. Allerdings wird durch die Vorgabe, sämtliche Unterlagen jeweils OPS-bezogen vorzulegen, unnötig Bürokratie aufgebaut.

Lösungsvorschlag

Es wird empfohlen, personelle, infrastrukturelle oder gerätebezogene Unterlagen, welche in diversen OPS vorgelegt werden müssen und unnötig zur Einhaltung einer „vollständigen“ Ordnungsstruktur innerhalb der jeweiligen OPS zu duplizieren sind, im Sinne der Vereinfachung des Antragsverfahrens zu bündeln. Außerdem wird dadurch dem Datenschutzgrundsatz der Sparsamkeit der Weitergabe sensibler Mitarbeiterdaten entgegengewirkt, da Daten, die sonst nur vor Ort eingesehen würden, nun im Vorfeld obligat nach außen gegeben werden müssen.

Es wird vorgeschlagen, die Verwendung subjektiv zu bewertender und damit unbestimmter Rechtsbegriffe (z.B. „in einer sinnvollen Ordnungsstruktur“) wegzulassen.

6) Regelungsinhalt der Richtlinie: OPS-bezogene Vorlage von Unterlagen (II)

Der zuständige Medizinische Dienst bestätigt binnen zehn Werktagen nach Zugang des Antrages OPS-bezogen den Eingang des Antrages und teilt gleichzeitig dem beantragenden Krankenhaus OPS-bezogen (ggf. pro Station/Einheit) die Erledigungsart mit. Diese Mitteilung enthält auch den Prüfzeitraum. Dieser Prüfzeitraum dient als Bezugszeitraum für alle vorzulegenden Nachweise und Unterlagen und ggf. Dienstpläne. Der Prüfzeitraum ergibt sich aus der Antragsart und wird in Abschnitt 4 festgelegt.

Bewertung

Redaktionelle Klarstellungen und Streichungen zur Verbesserung der Übersichtlichkeit.

7) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag zur turnusgemäßen Prüfung

Voraussetzung für diesen Antrag ist, dass dem Krankenhaus am Standort zum Zeitpunkt der Antragstellung eine gültige Bescheinigung für den OPS- Kode vorliegt, deren Gültigkeit zum 31. Dezember des Antragsjahres endet und dass sämtliche Strukturmerkmale dieses OPS-Kodes vom Krankenhaus weiterhin als erfüllt und nachweisbar angesehen werden.

Bewertung

Redaktionelle Klarstellung zur Verbesserung der Verständlichkeit des Regelungsinhaltes.

8) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antragsdatum und Prüfzeitraum bei turnusgemäßer Prüfung

In diesem Fall hat das Krankenhaus bis zum 30. Juni des Antragsjahres die Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes unter der Antragsart „Antrag zur turnusgemäßen Prüfung“ gemäß Anlage 1a zu beantragen.

Bei der turnusgemäßen Prüfung legt der Medizinische Dienst den Prüfzeitraum fest, er beträgt drei zusammenhängende Kalendermonate aus den letzten zwölf Monaten vor der Antragstellung.

Bewertung

Redaktionelle und strukturelle Zusammenfassung zur Verbesserung der Übersichtlichkeit. Im Ergebnis ist der 3-Monatszeitraum damit nur noch bei der turnusgemäßen Prüfung relevant.

9) Regelungsinhalt der Richtlinie: Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen gemäß § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V

Voraussetzung für diesen Antrag ist,

- *dass eine Mitteilung nach § 275d Absatz 3 Satz 3 SGB V erfolgt ist und*
- *dass das Krankenhaus die vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens einem Monat als erfüllt und nachweisbar ansieht.*

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann das Krankenhaus einen Antrag zur Wiederholungsprüfung

nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmale gemäß Anlage 1a/1b beim Medizinischen Dienst stellen. Bei Antragstellung ist das Datum des ersten Tages der Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale vom Krankenhaus mitzuteilen.

Mit der Antragstellung sind die zur Überprüfung der zuvor nicht eingehaltenen Strukturmerkmale erforderlichen Unterlagen gemäß den Anlagen 5a/5b und 6a/6b dem Medizinischen Dienst zu übermitteln. Der Prüfzeitraum umfasst einen Monat ab dem ersten Tag der Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale.

Der Medizinische Dienst führt eine Prüfung bezogen auf die neuerliche Einhaltung der gemeldeten, vorübergehend nicht eingehaltenen Strukturmerkmale durch. Diese erfolgt auf der Grundlage der Richtlinienversion, auf deren Basis die vormalige Bescheinigung ausgestellt wurde. Die Krankenhäuser erhalten vom Medizinischen Dienst einen Bescheid innerhalb von zwanzig Werktagen nach Vorliegen vollständiger und aussagefähiger Unterlagen oder Abschluss der Vor-Ort-Prüfung sowohl bei Einhaltung als auch bei Nicht-Einhaltung der Strukturmerkmale der von ihnen beantragten und durch den Medizinischen Dienst geprüften Strukturvoraussetzungen von abrechnungsrelevanten OPS-Kodes.

Die im Zusammenhang mit dem Bescheid erteilte Bescheinigung über die Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale, bezogen auf den OPS-Kode, dient dem Krankenhaus zur Vorlage bei den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen.

Bewertung

Grundsätzlich Klarstellung und strukturelle Zusammenführung der Regelungen. In der gewählten missverständlichen Formulierung liegt Interpretationsspielraum: Prüfzeitraum ist 1 Monat nach Wiedereinhaltung der Strukturmerkmale. Fällt der Antrag jedoch mit dem ersten Tag der Erbringbarkeit zusammen, etwa bei absehbaren Personaleinstellungen, kollidiert in der Praxis die Prüfbarkeit des Antragszeitraumes mit der tatsächlichen Erbringung. Der Bescheid des MD wird innerhalb von 20 Werktagen (= 4 Arbeitswochen) erstellt. Dementsprechend stellt sich die Frage, ob die Klinik erst (mindestens?) einen Monat die vollständigen Strukturmerkmale erbringen muss und dann geprüft werden kann.

Lösungsvorschlag

In der Gesamtschau aller Regelungen der Richtlinie ist davon auszugehen, dass tatsächlich gemeint ist, dass die Klinik die Strukturvoraussetzung erst einen Monat erbringen muss, bevor der Antrag gestellt werden kann. Wenn im Antrag der Zeitpunkt der erstmaligen Erfüllung angegeben werden muss und der Prüfzeitraum der Monat vor dem Antragsdatum ist, kann es keine Planprüfung sein, sondern eine reale retrospektive. Im Kontext der Gültigkeit der Bescheinigung (Nr. 5.4.): „jedoch frühestens einen Monat zuzüglich maximal zehn Werktagen (für die Antragstellung) vor Antragsingang“ und dem geplanten Wegfall der Planungsprüfung bedarf es hier der Präzisierung.

10) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung

Voraussetzung für diesen Antrag ist, dass ein Krankenhaus zum Zeitpunkt der Antragstellung am Standort die Leistung erbringt und sämtliche Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens drei Kalendermonaten als erfüllt und nachweisbar ansieht, aber keine Bescheinigung vorliegt.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, kann das Krankenhaus die Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes unter dieser Antragsart gemäß Anlage 1a/1b beim Medizinischen Dienst beantragen.

Bei Antragsstellung ist das Datum der erstmaligen oder erneuten Einhaltung der Strukturmerkmale vom Krankenhaus mitzuteilen. Die gleichzeitig mit dem Antrag vorzulegenden Unterlagen umfassen drei Kalendermonate vor der Antragstellung (Antragseingangsdatum) beim Medizinischen Dienst.

Für diese Antragskonstellation gilt, dass bereits gleichzeitig mit der Antragstellung die vollständigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5a/5b und 6a/6b dem Medizinischen Dienst zu übermitteln sind. Der Prüfzeitraum umfasst die drei Kalendermonate vor der Antragstellung (Antragseingangsdatum).

Ist eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V beim Medizinischen Dienst erfolgt und liegt der Antrag einschließlich der vollständigen und aussagefähigen Unterlagen innerhalb von zehn Werktagen nach dieser Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V beim Medizinischen Dienst vor, wird die Prüfung durch den Medizinischen Dienst zeitgerecht erledigt. Das heißt, dass das Krankenhaus das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung so rechtzeitig erhält, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vor Ablauf des sechsmonatigen Zeitraumes nach Anzeige gemäß § 275d Absatz 1a Satz 2 SGB V möglich ist. Wenn keine Anzeige beim Medizinischen Dienst erfolgt ist, wird der Antrag bis spätestens drei Monate nach Eingang vollständiger und aussagefähiger Unterlagen beschieden.

Bewertung

Redaktionelle Anpassungen. Im Kontext der Regelungen zur Gültigkeit von Bescheiden nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen (Abschnitt 5) wird geregelt, dass der Bescheid Gültigkeit ab dem Wiedereintritt der Einhaltung der Strukturmerkmale entfaltet.

*Bei Anträgen auf Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen **beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung ab dem Zeitpunkt der nachweislichen Wiedererfüllung der Strukturmerkmale**, jedoch frühestens einen Monat zuzüglich maximal zehn Werktagen (für die Antragstellung) vor Antragseingang beim Medizinischen Dienst. Das Ende der Laufzeit stimmt mit derjenigen des ursprünglichen und zwischenzeitlich aufgehobenen Bescheides überein.*

Das bedeutet, es liegt *kein Bescheid zum Zeitpunkt der erneuten Antragstellung* vor. Grundsätzlich ist dann dem Wortlaut der Richtlinie entsprechend ein Antrag auf erneute Leistungserbringung zu stellen. In der Rechtssystematik stellt die Wiederholungsprüfung damit eine Ausnahme zur Antragstellung bei erneuter Leistungserbringung vor.

Lösungsvorschlag

Aus verwaltungsrechtlicher Sicht ist eine Präzisierung erforderlich, da die den Antragsarten zu Grunde liegenden Zeiträume differieren. Es wird empfohlen, die Antragstellung zur Wiedererbringung der Strukturmerkmale als Ausnahmeregelung zur erneuten Leistungserbringung abzubilden.

11) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag bei erstmaliger Vergütungsrelevanz von OPS-Kodes

Voraussetzung für diesen Antrag ist, dass der beantragte OPS-Code im Jahr 2023 erstmalig vergütungsrelevant wurde und das Krankenhaus dessen Strukturmerkmale über einen Zeitraum von mindestens drei Kalendermonaten als erfüllt und nachweisbar ansieht.

Das Krankenhaus hat den Antrag auf Prüfung der Strukturmerkmale des OPS-Kodes unter dieser Antragsart gemäß Anlage 1b beim Medizinischen Dienst zu stellen, sobald es die Strukturmerkmale über drei Kalendermonate als nachweisbar ansieht. Für diese Antragskonstellation gilt, dass bereits gleichzeitig mit der Antragstellung die vollständigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5b und 6b dem Medizinischen Dienst zu übermitteln sind. Der Prüfzeitraum umfasst die drei Kalendermonate vor der Antragstellung (Antragseingangsdatum) beim Medizinischen Dienst.

Sofern eine Anzeige nach § 275d Absatz 1a Satz 1 SGB V beim Medizinischen Dienst erfolgt ist und der Antrag einschließlich der vollständigen und aussagefähigen Unterlagen gemäß den Anlagen 5b und 6b bis zum 15. April des Antragsjahres vorliegt, wird die Prüfung durch den Medizinischen Dienst zeitgerecht erledigt. Das heißt, dass das Krankenhaus das Gutachten und den Bescheid über die Erteilung oder Nicht-Erteilung der Bescheinigung so rechtzeitig erhält, dass die Vorlage der Bescheinigung bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum 30. Juni möglich ist. Wenn keine Anzeige beim Medizinischen Dienst erfolgt ist, wird der Antrag bis spätestens drei Monate nach Vorliegen vollständiger und aussagefähiger Unterlagen beschieden.

Bewertung

Redaktionelle Anpassungen und Verfahrensvereinfachung. Allerdings besteht ein Interpretationszeitraum, ab wann der Dreimonatszeitraum zu laufen beginnt (mit/vor Zeitpunkt der Umstellung auf Abrechnungsrelevanz).

Lösungsvorschlag

Da ein Großteil der OPS bereits vor Entfaltung einer Vergütungsrelevanz bestehen und erbracht werden, empfiehlt sich die Präzisierung, dass der prüfungsrelevante Dreimonatszeitraum nicht erst mit der Umstellung auf eine Vergütungsrelevanz entsteht, sondern auch vor dem Zeitpunkt der Einführung der Abrechnungsrelevanz liegen kann.

12) Regelungsinhalt der Richtlinie: Antrag zur Strukturprüfung nach Planungsprüfung

Im Jahr 2023 ist die Beantragung einer Strukturprüfung nach Planungsprüfung letztmalig möglich. Voraussetzung für einen solchen Antrag ist, dass dem Krankenhaus eine gültige Bescheinigung nach Planungsprüfung für den Standort vorliegt.

Drei Monate nach erfolgtem Leistungsbeginn hat das Krankenhaus innerhalb von zehn Werktagen einen Antrag zur Strukturprüfung nach Planungsprüfung zu stellen. Mit dem Antrag sind die zuvor noch nicht vorgelegten Dokumente gemäß den Anlagen 5a und 6a und insbesondere die Ist-Dienstpläne/Einsatzpläne vorzulegen. Die Unterlagen sind für den der Antragstellung (Antragseingangsdatum beim Medizinischen Dienst) vorausgehenden Zeitraum von drei Monaten (Prüfzeitraum) vorzulegen. Der weitere Begutachtungsablauf erfolgt gemäß Abschnitt 4.2 der Richtlinie. Sofern bei Antragstellung die Unterlagen und Nachweise vollständig vorgelegt wurden, wird diese Prüfung vor Ablauf der Laufzeit der im Rahmen der Planungsprüfung ausgestellten Bescheinigung abgeschlossen.

Bewertung

Klarstellung. Die Planungsprüfung im zweistufigen Verfahren entfällt künftig und wird perspektivisch

in die erstmalige Antragstellung integriert. Die Regelungsänderung ist als Entbürokratisierung zu begrüßen.

13) Regelungsinhalt der Richtlinie: Regelungen zu Umzügen, Änderungen des Krankenhausträgers und zusätzlicher Leistungserbringung

Bei Umzügen einer Station oder Einheit, bei Änderungen des Krankenhausträgers bzw. bei der Erbringung einer Leistung auf einer zusätzlichen Station/Einheit ergeben sich unterschiedliche Konstellationen und Handlungserfordernisse. Das konkrete Vorgehen ist abhängig davon, ob es sich um einen OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug handelt und ob der Umzug innerhalb des Standortes oder an einen anderen Standort erfolgt.

1. Umzug eines OPS-Kodes ohne Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

Es ergibt sich kein Handlungsbedarf für das Krankenhaus, sofern eine gültige Bescheinigung vorliegt und die Strukturmerkmale unverändert eingehalten werden.

2. Umzug eines OPS-Kodes mit Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort

Das Krankenhaus hat den zuständigen Medizinischen Dienst über diesen Umzug zu informieren (Anlage 8). Sofern eine gültige Bescheinigung vorliegt und die Strukturmerkmale unverändert eingehalten werden, stellt der Medizinische Dienst ohne erneute Prüfung einen Bescheid und eine Bescheinigung für die neue Station/Einheit aus. Das Ende der Laufzeit stimmt mit derjenigen des ursprünglichen Bescheides überein. Ändert sich die Bezeichnung der Station/Einheit durch den Umzug nicht, ist keine Information erforderlich.

3. Änderung des Krankenhausträgers

Bei Änderungen des Krankenhausträgers, zum Beispiel infolge eines Verkaufs, einer Übernahme oder Fusion, beantragt das Krankenhaus mit der Anlage 8 beim zuständigen Medizinischen Dienst eine Umschreibung der Bescheinigung.

4. Umzug eines OPS-Kodes an einen anderen Standort

Unabhängig davon, ob es sich um einen OPS-Kode mit oder ohne Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b handelt, ist ein Antrag zur Prüfung zu stellen. Hierbei ist ein Antrag auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß Abschnitt 4.1.3 der Richtlinie zu stellen.

5. Zusätzliche Station/Einheit bei einem OPS-Kode mit Stations-/Einheitsbezug gemäß Anlage 2a/2b am selben Standort.

Das Krankenhaus hat einen Antrag zur Prüfung zu stellen, wenn es einen OPS-Kode auf einer zusätzlichen Station/Einheit erbringen will. Hierbei ist ein Antrag auf erstmalige oder erneute Leistungserbringung gemäß Abschnitt 4.1.3 der Richtlinie zu stellen.

Bewertung

Grundsätzlich begrüßenswerte Klarstellung, die in der Ausführung jedoch eine hohe Detailtiefe und weiterhin unbestimmte Rechtsbegriffe aufweist. Es entsteht eine neue Mitteilungspflicht, deren Rechtsfolge nicht präzise geregelt ist und unter Hinweis auf die Beschränkung der Ermächtigungsgrundlage der Richtlinie (siehe unten zu der Grundkritik an der Richtlinie, Wesentlichkeitstheorie) nicht

geregelt werden darf.

Lösungsvorschlag

Zur Vermeidung von Streitigkeiten wird grundsätzlich die Definition des unbestimmten Rechtsbegriffes „Umzug eines OPS-Kodes“ und Abgrenzung des Begriffs zu Einzelfällen, etwa temporäre Verlegung eines Zimmers ohne Verlegung der eigentlichen Station/Einheit auf eine baulich angrenzende Station/Einheit als Ausweicherfordernis bei Reparatur/Sanierung des Zimmers oder bei medizinisch erforderlicher Isolation empfohlen. Mithin empfiehlt sich die Definition, ab welchem Zeitraum von einem dauerhaften Umzug der Station/Einheit auszugehen ist.

Weiterhin wäre die Folge bei Nichtmeldung zu regeln: Ab wann ist von einer Nichtmeldung auszugehen (s.o. Abgrenzung)? Was ist die Rechtsfolge? Zweck-Mittel-Relation der Rechtsfolge? Auf welcher Rechtsgrundlage beruht die Entscheidung? Widerspruchsverfahren? Zuständige Widerspruchsbehörde?

D. Bescheid, Gutachten und Bescheinigung

Regelungsinhalt der Richtlinie: Gültigkeitsdauer

Bei nicht fristgerechter Antragstellung durch das Krankenhaus und Prüfung erst im Folgejahr beginnt die Laufzeit der Bescheinigung mit dem Datum der Ausstellung der Bescheinigung und kann daher weniger als ein bzw. zwei Jahre betragen, sofern in den vorangegangenen Abschnitten keine abweichenden Regelungen getroffen wurden. In Fällen, in denen Strukturmerkmale eines OPS-Kodes aufgrund der Regelung des § 25 KHG als erfüllt angesehen werden, beträgt die Gültigkeitsdauer der Bescheinigung bei turnusgemäßen Prüfungen ebenfalls nur ein Jahr.

Bei Anträgen auf Wiederholungsprüfung nach Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung ab dem Zeitpunkt der nachweislichen Wiedererfüllung der Strukturmerkmale, jedoch frühestens einen Monat zuzüglich maximal zehn Werktage (für die Antragstellung) vor Antragsingang beim Medizinischen Dienst. Das Ende der Laufzeit stimmt mit derjenigen des ursprünglichen und zwischenzeitlich aufgehobenen Bescheides überein.

Bei Anträgen zur Prüfung bei erstmaliger oder erneuter Leistungserbringung beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung mit dem Datum des Bescheiderlasses und endet am 31. Dezember 2024. Dies gilt auch für OPS-Kodes, die in Anlage 3 aufgeführt sind und für OPS-Kodes, die von den Regelungen nach § 25 KHG betroffen sind.

Bei Anträgen zur Prüfung bei erstmaliger Vergütungsrelevanz beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung mit dem Datum des Bescheiderlasses und endet am 31. Dezember 2024.

Bei Anträgen auf Strukturprüfung nach Planungsprüfung beginnt die Gültigkeit der Bescheinigung mit dem Datum des Bescheiderlasses und endet am 31. Dezember 2024. Dies gilt auch für OPS-Kodes, die in Anlage 3 aufgeführt sind, und für OPS-Kodes, die von den Regelungen nach § 25 KHG betroffen sind.

Bewertung

Grundsätzlich Redaktionelle Klarstellungen mit Verbesserung der Lesbarkeit der Richtlinie.

E. Mitteilung der Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen durch das Krankenhaus**1) Regelungsinhalt der Richtlinie: Grundsätze zur Nichteinhaltung von Strukturmerkmalen**

Seit 1. Januar 2022 gilt gemäß § 275d Absatz 4 SGB V, dass Krankenhäuser, die die strukturellen Voraussetzungen nicht erfüllen, die Leistungen nicht vereinbaren und nicht abrechnen dürfen. Die Medizinischen Dienste haben in ihren Bescheiden auf diese Rechtsfolge hinzuweisen.

Halten Krankenhäuser eines oder mehrere der im Rahmen einer Prüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale eines OPS-Kodes über einen Zeitraum von mehr als einem Monat nicht mehr ein, so haben sie dies gemäß § 275 d Absatz 3 Satz 3 SGB V den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen und dem zuständigen Medizinischen Dienst unverzüglich mitzuteilen.

Auf Grundlage der Mitteilung des Krankenhauses hebt der Medizinische Dienst den Bescheid mit Wirkung vom Zeitpunkt von einem Monat nach Nichteinhaltung eines oder mehrerer im Rahmen einer Prüfung nachgewiesenen Strukturmerkmale auf, so dass die Leistungen nicht mehr vereinbart und abgerechnet werden dürfen.

Bewertung:

Bis zu dieser Stelle Klarstellung und redaktionelle Anpassung.

2) Regelungsinhalt der Richtlinie: Aufhebung des Bescheids bei Feststellung der Nichteinhaltung im Rahmen turnusgemäßer Prüfungen

Fällt im Rahmen einer turnusgemäßen Prüfung auf, dass die Strukturvoraussetzungen mehr als einen Monat nicht mehr eingehalten wurden, hebt der Medizinische Dienst den bestehenden Bescheid auf.

Die Aufhebung wirkt grundsätzlich rückwirkend ab einem Monat nach Beginn der Nichteinhaltung der Strukturvoraussetzungen.

Bewertung

Kritische Neuregelung. Grundsätzlich kann der MD den Bescheid nach den Grundsätzen des Verwaltungsrechts nur mit Wirkung für die Zukunft aufheben. Die Richtlinie erlaubt es normativ dem MD nicht, Eingriffe in grundrechtsrelevante Positionen der Krankenhäuser vorzunehmen. An dieser Stelle fehlt es an einer Ermächtigungsgrundlage.

Lösungsvorschlag

Streichung der Passage. Ergibt die turnusmäßige Prüfung, dass Strukturmerkmale im Prüfzeitraum

nicht vorlagen, ist der Bescheid für die Zukunft zu versagen. Das ist das Grundprinzip der Strukturprüfungsrichtlinie und entspricht den rechtlichen Rahmenbedingungen.

3) Regelungsinhalt der Richtlinie: Sanktionierung bei grob fahrlässigem Nichtmelden der Nichteinhaltung der Strukturmerkmale

In engen gesetzlichen Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn es das Krankenhaus grob fahrlässig unterlassen hat, die Nichteinhaltung der Strukturvoraussetzungen fristgerecht mitzuteilen, erfolgt eine Aufhebung mit Wirkung ab Nichteinhaltung der Strukturvoraussetzungen.

Bewertung

Hier legt der MD in einer eigentlich intern wirkenden norminterpretierenden Richtlinie ohne Ermächtigungsgrundlage weitere grundrechtsrelevante Rechtsfolgen fest, da er die Bewertung, ob die Nichteinhaltung der Meldung durch das Krankenhaus grob fahrlässig erfolgte, selbst nicht vornehmen darf.

Weder bestehen Offenbarungs- und Exculpationspflichten der Kliniken gegenüber dem MD aus dieser Richtlinie, noch besteht ein entsprechender Auskunftsanspruch des MD zu den Ursachen der Nichtmeldung.

In diesem Fall wäre im Übrigen dann auch zu regeln, ob der MD dann bei Widerspruch und der Klage des Krankenhauses gegen die Aufhebung des Bescheides aufgrund von vermuteter grob fahrlässiger Fristversäumnis passivlegitimiert ist und letztlich auch der entsprechenden Haftung/Amtshaftung unterliegt.

Lösungsvorschlag

Die Passage ist rechtswidrig und zu streichen. Sie widerspricht Rechtsstaatsgrundsätzen.

II. Weiterhin bestehende Grundsatzkritik an der StrOPS-RL

A) Formelle Rechtmäßigkeit

I. Regelungskompetenz

§ 275d SGB V normiert die Pflicht der Krankenhäuser zur Begutachtung von Strukturmerkmalen, welche das BfArM definiert und verweist auf die Richtlinienkompetenz des MD Bund in § 283 Abs. 2 Nr. 3 SGB V. Nach dem Wortlaut der Norm wird dem MD Bund die Kompetenz übertragen,

- a) eine Richtlinie (= interne Verwaltungsvorschriften!) zu erlassen,
- b) für die Tätigkeit des MD (Normadressat).

1) Rechtsgrundsätze für Verwaltungsrichtlinien

Die Medizinischen Dienste (MD, bis Mitte 2021 „Medizinische Dienste der Krankenversicherung“, MDK) sind nun eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts in den Bundesländern und damit juristische Personen öffentlichen Rechts, die durch einen Hoheitsakt gegründet werden und für den Staat Aufgaben übernehmen. Die vom MD BUND im Entwurf vorgelegte Richtlinie ist daher an den verwaltungsrechtlichen Grundsätzen zu messen.

Im Verwaltungsrecht versteht man unter Richtlinien verwaltungsinterne Verwaltungsvorschriften. Sie stehen zwar im Rang mit der Satzung, sind aber keine Rechtsnormen, da sie grundsätzlich nur innerhalb der Verwaltung wirken und keine Außenwirkung entfalten. Richtlinien als Verwaltungsvorschriften sind abstrakt-generelle Regelungen, die von übergeordneten Instanzen oder Vorgesetzten an nachgeordnete Behörden oder Bedienstete innerhalb der Verwaltung erlassen worden sind, um einen gleichmäßigen Gesetzesvollzug in eine bestimmte Richtung sicherzustellen.

Die Verwaltungsvorschriften lassen sich in *norminterpretierende* und *normkonkretisierende* Verwaltungsvorschriften unterteilen. Letztere haben unmittelbare Außenwirkung, sind also im Gegensatz zu norminterpretierenden Verwaltungsvorschriften, die nur für die Bediensteten der jeweiligen Verwaltungsbehörde von Belang sind, auch für die Krankenhäuser von Bedeutung. Solche normkonkretisierenden Verwaltungsvorschriften akzeptiert das Bundesverwaltungsgericht ausschließlich im Bereich des Umwelt- und Technikrechts zur Konkretisierung von unbestimmten Rechtsbegriffen wie „allgemein anerkannter technischer Standard“ oder „Stand der Wissenschaft und Technik“ und stellt zudem weitere Anforderungen an sie.

Im Jahr 2004 hatte das Bundesverwaltungsgericht über eine anspruchskonkretisierende Verwaltungsvorschrift im Sozialrecht zu entscheiden.¹ Es entschied, dass Verwaltungsvorschriften mit unmittelbarer Außenwirkung gegenüber Dritten den Betroffenen vollständig bekannt zu machen sind und leitete dies aus dem Rechtsstaatsprinzip und der Garantie des effektiven Rechtsschutzes (Art. 19 Abs. 4 GG) her.

Das Fehlen der Veröffentlichung führt bei dieser Art von Verwaltungsvorschrift zu ihrer Unwirksamkeit.

Unter verfassungsrechtlichem Blickwinkel begegnen die in der Richtlinie geregelten Sachverhalte deutlichen Bedenken, weil das Rechtsstaats- und das Demokratieprinzip verlangen, dass der demokratisch legitimierte Gesetzgeber die wesentlichen Entscheidungen selbst in Gesetzesform trifft (Wesentlichkeitstheorie). Der Medizinische Dienst als Verwaltungsbehörde hat nur eine abgeleitete, sozusagen

¹ BVerwG, Urteil vom 25. 11. 2004 – 5 CN 1.03

„verdünnte“ demokratische Legitimation und soll deswegen nicht mit zu viel Entscheidungsgewalt ausgestattet sein.

Die Regelungen im vorgelegten Richtlinienentwurf richten sich unmittelbar auch an die Krankenhäuser, denen, die auszufüllenden Anträge, die einzureichenden Unterlagen, die Form, die Frist und das Widerspruchsverfahren für Strukturvorgaben enthalten, die einen Leistungsanspruch auslösen oder versagen. Bei Nichteinhaltung droht die Präklusion von Leistungsbereichen. Die Richtlinieninhalte sind damit anspruchskonkretisierend, sie geben dem Anspruch des Krankenhauses auf Erbringung von Leistungen und dem damit verbundenen Vergütungsanspruch die abschließende Gestalt.

Fazit:

Der MD BUND überschreitet im vorlegten Regelungsumfang mit Außenwirkung für die Kliniken die Regelungskompetenz, welche ihm § 283 Abs. 2 Nr1 SGB V verleiht: „Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste.“ Der Wortlaut des Gesetzes erteilt dem MD BUND keine Befugnis, diese Regelungen auf die Krankenhäuser auszudehnen. Aufgrund der Grundrechtsrelevanz der Regelungswirkung ist diese Befugnis ausschließlich dem Gesetzgeber vorbehalten.

2) Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts

Vorgelagert stellt sich jedoch die Frage, ob die vom MD BUND gewählte Materie überhaupt per Verwaltungsrichtlinie geregelt werden darf. Nach der vom Bundesverfassungsgericht entwickelten und in ständiger Rechtsprechung ausgeprägten Wesentlichkeitslehre muss der Gesetzgeber staatliches Handeln in grundlegenden Bereichen durch ein förmliches Gesetz legitimieren und alle wesentlichen Entscheidungen selbst treffen.² Im Ergebnis folgt daraus ein Verbot der Delegation wesentlicher Entscheidungen an die Exekutive. Die Wesentlichkeitslehre wird als Ausprägung des Grundsatzes des Vorbehalts des Gesetzes gesehen.³ Nach diesem Grundsatz darf die Verwaltung nur tätig werden, wenn sie dazu durch ein formelles Gesetz ermächtigt wurde.⁴

Anhand des Kriteriums der Wesentlichkeit versucht das Bundesverfassungsgericht zum einen die Notwendigkeit eines Gesetzes und zum anderen dessen erforderliche Regelungsdichte zu bestimmen. Eindeutige Abgrenzungskriterien zu der Frage, welche Entscheidungen wesentlich und damit durch formelles Gesetz zu regeln sind, existieren nicht. Die Bestimmung der Wesentlichkeit erfolgt vielmehr nach einer Art Gleitformel.⁵ Je wesentlicher sich eine Angelegenheit für die Allgemeinheit darstellt, desto stärker ist der parlamentarische Gesetzgeber gefordert und desto detaillierter und bestimmter muss die gesetzliche Regelung ausgestaltet sein.⁶ Entscheidend ist für das Bundesverfassungsgericht insbesondere die Grundrechtsrelevanz. Die Wesentlichkeit bestimmt sich demnach vor allem danach, inwieweit eine Maßnahme in Grundrechte des Einzelnen eingreift oder für die Verwirklichung von Grundrechten bedeutsam ist.⁷

² St. Rspr., vgl. nur BVerfGE 40, 237 (249); 49, 89 (126); 83, 130 (142, 151 f.); 95, 267 (307)

³ Vgl. Maurer/Waldhoff, Allgemeines Verwaltungsrecht, 20. Auflage 2020, § 6 Rn. 11 f.

⁴ Ehlers, in: Ehlers/Pünder (Hrsg.), Allgemeines Verwaltungsrecht, 15. Auflage 2016, § 2 Rn. 40

⁵ Maurer/Waldhoff, Allgemeines Verwaltungsrecht, 20. Auflage 2020, § 6 Rn. 14; Ehlers, in: Ehlers/Pünder (Hrsg.), Allgemeines Verwaltungsrecht, 15. Auflage 2016, § 2 Rn. 45

⁶ Maurer/Waldhoff, Allgemeines Verwaltungsrecht, 20. Auflage 2020, § 6 Rn. 14.

⁷ Schulze-Fielitz, in: Dreier (Hrsg.), GG, 3. Auflage 2015, Art. 20 (Rechtsstaat) Rn. 113 m.w.N.

Vorliegend ist besonders auf Eingriffe in die Berufsfreiheit (Art 12 GG) und einen Eingriff in das Eigentumsrecht (Art 14 GG) zu verweisen. Durch die Rechtsprechung im Rahmen des § 823 I BGB ist das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb entwickelt und anerkannt worden. Daher stellt es ein vermögenswertes subjektives Recht dar, welches auch in Art. 14 I 1 GG geschützt ist. Der Wert eines Betriebs besteht aus der Summe der zu den betrieblichen Vermögen gehörenden Sachen und Rechte, diese Summe geht über die in Art. 14 GG geschützten Einzelrechte hinaus. Der Wert eines Unternehmens wird aber gerade durch die unternehmerische Leistung gebildet, sie ist der Ausdruck der Leistung und der Verfügungsmacht des Unternehmers über den Betrieb als Ganzes.

Mit der Entscheidung, dass ein Krankenhaus bei Nichtbestehen der Strukturmerkmale die Leistung generell nicht erbringen darf und dementsprechend unter Umständen die Schließung von Abteilungen, Personalabbau bis hin zu Betriebsschließungen hinnehmen muss, handelt es sich um eine Regelung eines wesentlichen Eingriffs in Grundrechte von Krankenhäusern, welche nicht durch eine Subdelegation an den MD Bund mit einer Verwaltungsrichtlinie geregelt werden darf, sondern vielmehr dem Gesetzes und damit Parlamentsvorbehalt unterliegt. Das ist auch deshalb naheliegend, weil die Sicherstellung der funktionierenden Versorgungsstrukturen für die Daseinsvorsorge eine Staatsaufgabe ist. Dass der Gesetzgeber ebenfalls dieser Auffassung ist, ist anhand seiner derzeitigen Bestrebungen und Aktivitäten zur Umgestaltung der Krankenhauslandschaft offenkundig.

Wie schnell eine flächendeckende Versorgung von Patienten gefährdet sein kann, zeigte nicht zuletzt das Urteil des Bundessozialgerichtes im Jahr 2018 zum OPS 8-981 für die Vergütung von Schlaganfallbehandlungen. Der OPS legte fest, dass die lokalen Schlaganfalleinheiten für Spezialleistungen, die sie nicht selbst erbringen, Vereinbarungen mit Schlaganfallzentren in höchstens halbstündiger Transportentfernung treffen müssen. Die halbe Stunde bezog sich laut OPS auf die „Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende“. „Die halbstündige Transportentfernung muss unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (zum Beispiel mit einem Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar“ sein. Während diese Forderung in der Praxis nicht regelhaft erfüllbar war, interpretierte das BSG mit seinem Urteil vom 19. Juni 2018 (B1 KR38/17 R und B1 KR 39/17 R) die Regelung komplett um, indem es die halbe Stunde auf die Zeit zwischen der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern und der Übergabe des Patienten beim Kooperationspartner bezog. Selbst in hochverdichteten Regionen Deutschlands konnte eine solchermaßen definierte Transportzeit nicht eingehalten werden. Die Konsequenz des Urteils war, dass sich bedarfsnotwendige Krankenhäuser aus der Schlaganfallversorgung zurückgezogen hätten. Eine solche Entwicklung wäre gänzlich zum Nachteil der Patienten gewesen, die beides brauchen, die schnell erreichbare lokale Schlaganfalleinheit wie auch solche vernetzten Zentren für spezialisierte Therapien.

Fazit:

In diesem Sinne dürfte es besonders kritisch zu sehen sein, dass wesentliche Aspekte der Strukturprüfung vom Gesetzgeber nicht mehr selbst geregelt werden, sondern er dies einer Körperschaft des öffentlichen Rechts, nämlich dem MD BUND, überlässt.

Der MD BUND überschreitet im vorlegten Regelungsumfang mit Außenwirkung für die Kliniken die Regelungskompetenz, welche ihm § 283 Abs. 2 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 275 d SGB V verleiht: „Der Medizinische Dienst Bund erlässt unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts und unter fachlicher Beteiligung der Medizinischen Dienste und des Sozialmedizinischen Dienstes Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See *Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste.*“

Der eindeutige Wortlaut des Gesetzes erteilt dem MD BUND keine Befugnis, diese Regelungen auf die

Krankenhäuser auszudehnen. Aufgrund der Grundrechtsrelevanz der Regelungswirkung ist diese Befugnis auch ausschließlich dem Gesetzgeber vorbehalten.

3) Legistik – Fehlende MD- interne Verfahrenssicherung

Gemäß § 283 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V erlässt der Medizinische Dienst Bund unter Beachtung des geltenden Leistungs- und Leistungserbringungsrechts [...] Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste nach diesem Buch über die regelmäßigen Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d einschließlich der Festlegung der fachlich erforderlichen Zeitabstände für die Begutachtung und der Folgen, wenn Strukturmerkmale nach Mitteilung durch das Krankenhaus nicht mehr eingehalten werden.

Dem Gesetzeswortlaut nach handelt es sich lediglich um die Ermächtigung zum Erlass einer internen Verfahrensrichtlinie nach den Grundsätzen des Verwaltungsverfahrensrecht. Diese Organisations- und Dienstvorschriften regeln Aufbau und innere Ordnung sowie Geschäftsverteilung und Verfahren der Behörden im Rahmen der exekutiven Organisationsgewalt, soweit gesetzliche Regelungen fehlen. Das vorliegende Gesetz begnügt sich damit, die Zuständigkeiten der Behörde Medizinischer Dienst als Einheit zuzuweisen und kümmert sich nicht um deren Binnendifferenzierung. Die Geschäftsverteilung innerhalb dieser Einheiten ist dann Regelungsthema von Verwaltungsvorschriften.

Vorliegend trifft die vorgelegte Richtlinie weder Aussagen zur Zuständigkeit der Medizinischen Dienste, noch zur Fachkompetenz der Prüfer noch werden interne Verfahrensvorgänge geregelt. Es fehlt an der Offenlegung interner Qualitätssicherungsrichtlinien im eigenen MD-Verfahren. Sie entspricht damit nicht den legistischen Grundsätzen von Verwaltungsverfahren im o.g. Sinne.

In der Richtlinie werden vielmehr durch die Benennung von Nachweisen Rechtsbegriffe des OPS interpretiert. Abgesehen von der Frage, ob nicht das BfArM mit der Definition der OPS – Merkmale auch die Zuständigkeit zur Festlegung von Nachweisen innehat, bewirkt die Festlegung der anspruchsbegründenden Unterlagen in Bezug auf das Strukturmerkmal durch den Medizinischen Dienst eine Konkretisierung des Strukturmerkmals, so dass die Richtlinie norminterpretierende Charakterzüge aufweist. Norminterpretierende Verwaltungsvorschriften legen die Verwaltung auf eine bestimmte Interpretation der anzuwendenden Rechtsvorschriften fest. Sie geben den nachgeordneten Behörden (hier MD der Länder) eine Interpretationshilfe und gewährleisten eine einheitliche Verwaltungspraxis gegenüber den Krankenhäusern.

Das heißt auch, der Sachverstand der zur Standardisierung berufenen Behörde begründet und begrenzt zugleich legistisch die Bindungswirkung der normkonkretisierenden Verwaltungsvorschriften⁸ und bedarf somit der Transparenz auch der Prüfkompetenz der beteiligten Prüfer. Vorliegend fehlt es an der Ausweisung der funktionellen Zuständigkeit; die Frage ist, ob die sachlich und instanzuell einer bestimmten Behörde zugewiesene Aufgabe dort von bestimmten Funktionsträgern zu erledigen ist oder einer anderen Person in einer besonderen Funktion oder mit einer besonderen Qualifikation erledigt werden muss. Funktionelle Zuständigkeitsbeschränkungen bedürfen grundsätzlich einer besonderen rechtlichen Grundlage, wenn und soweit sie wie vorliegend Richtlinien mit Außenwirkung be-

⁸ Vgl. dazu etwa R. Wahl, Risikobewertung der Exekutive und richterliche Kontrolldichte – Auswirkungen auf das Verwaltungs- und das gerichtliche Verfahren, NVwZ 1991, S. 409 ff.

treffen (vgl. § 3 VwVfG). Die instanzielle Zuständigkeit zeigt auf, welche Behörde durch den mehrstufigen Behördenaufbau zuständig ist. So ist ein Widerspruchsbescheid gem. § 73 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 VwGO etwa an die „*nächsthöhere Behörde*“ zu richten.

Während der MD Bund regelt, welche Nachweise zur Qualifikation und Fachkompetenz das Personal im jeweiligen Strukturmerkmal beizubringen hat, bleibt die Kompetenz des Prüfenden verborgen. Da der Erlass des Bescheides über das Bestehen einer Strukturprüfung einem Verwaltungsakt entspricht, sind die Grundsätze des Verwaltungsverfahrens einzuhalten. Vorliegend werden in den Nachweisen beispielsweise Unterlagen (siehe Gerätenachweise nach dem MPG) gefordert, deren technische Inhalte aufgrund der fehlenden Expertise nicht nachvollzogen werden können.

Der MD muss sich an den Grundsätzen des Verwaltungsverfahrens messen lassen. Dazu zählt, dass eine ungeprüfte und ohne Bewertung vorgenommene Übernahme von gutachterlichen Ergebnissen im Verwaltungsverfahren jedoch als Aufklärungsfehler⁹ gilt und dies kann zur Anfechtbarkeit des Verwaltungsaktes führen. Dritte mit besonderem Sachverstand hat eine Behörde einzuschalten, wenn es ihr an der notwendigen Sachkunde fehlt.¹⁰

Fazit

Mit der neuen Rolle als Behörde muss der MD Bund die gesetzlichen Vorgaben des Verwaltungsverfahrens umsetzen. Die sind in der Richtlinie durch die logistischen Elemente des Anwendungsbereichs, der Zuständigkeit und der Fachlichkeit darzulegen.

4) Logistik – Gesetzesfolgenabschätzung; hier Doppelprüfungen

Entsprechend § 43 Absatz 1 Nr. 5 und § 44 Absatz 1 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien (GGO) sind die Ressorts verpflichtet, die voraussichtlichen Gesetzesfolgen einer Regelung darzustellen.¹¹ Diese umfassen die beabsichtigten Wirkungen und unbeabsichtigten Nebenwirkungen (§ 44 Absatz 1 Satz 2 GGO). Die Darstellung der voraussichtlichen Folgen muss im Benehmen mit den jeweils fachlich zuständigen Bundesministerien erfolgen. Es ist darüber hinaus darzustellen, ob die Wirkungen des Vorhabens einer nachhaltigen Entwicklung entsprechen, insbesondere welche langfristigen Wirkungen das Vorhaben hat (§44 Absatz 1 Satz 4 GGO).

Dieser Gesetzesfolgenabschätzung ist auch das Bundesgesundheitsministerium als Genehmigungsbehörde verpflichtet. Die Gesetzesfolgenabschätzung (GFA) befasst sich mit der Erfassung und Analyse von gewollten Auswirkungen und ungewollten Nebenwirkungen von Rechtsnormen. Zweck von Gesetzesfolgenabschätzungen ist es, staatliches Handeln effektiver zu gestalten, staatliche Eingriffe auf das notwendige Mindestmaß zu beschränken und mögliche Alternativen einzubeziehen. Mit Blick auf die Bedeutung der Strukturprüfungen für die Gesundheitsversorgung fehlt die Darstellung der Kostenfolgen und der Regelungsalternativen und somit eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Genehmigungsfähigkeit der Richtlinie.

Durch die im Verfahren vorgesehenen Prüfungen nach einzelnen Strukturmerkmalen für jeden einzel-

⁹ NJW 1989, 1297 (1297).

¹⁰ VG München BayVerwBl 2015, 172 – Beck RS 2014 46409 Rn 17

¹¹ Vgl. auch Böhret, C./Konzendorf, G., Handbuch Gesetzesfolgenabschätzung (GFA), Gesetze, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften, Baden-Baden 2001; Bundesministerium der Justiz (Hrsg.), Handbuch der Rechtsförmlichkeit – Empfehlungen zur Gestaltung von Gesetzen und Rechtsverordnungen, 3. überarbeitete Auflage, Köln 2008.

nen Standort entstehen Doppelprüfungen. Neben der Verletzung des Grundsatzes der Datensparsamkeit nach § 3a BDSG entsteht zusätzlicher Arbeitsaufwand sowohl auf Seiten des Medizinischen Dienstes als auch der Krankenhäuser durch Doppelprüfungen, wodurch sich beispielsweise Personalkosten erhöhen.

Grundsätzliche Strukturmerkmale in den Kliniken, welche die Infrastruktur betreffen, wären in einem allgemeinen Teil vor die jeweiligen spezifischen Strukturmerkmale zu ziehen und einmalig prüfbar. Das vorgeschlagene Verfahren der Prüfung von Infrastrukturmerkmalen (z.B. Gerätenachweise nach MPG mit Geräteeinweisungen und Geräteeinweisungen pro Mitarbeiter) führt zu einer unnötigen Doppelüberprüfung derselben Dokumente zum selben Zweck.

Fazit

Den Anforderungen des NKR-Gesetzes zur Gesetzesfolgenabschätzung und Alternativenprüfung wird im vorliegenden Richtlinienentwurf weiterhin nicht entsprochen.

B) Materielle Rechtmäßigkeit

I) Vorlage von Dienstplänen

Nach der Anlage 6a ist mit „Dienstplan“ ist der umgesetzte und durch die Personalabteilung abgerechnete „Ist-Dienstplan“ gemeint. Den Dienstplänen müssen die Zuordnung zum Krankenhausstandort und zur Fachabteilung/Station/Einheit sowie die zeitliche Zuordnung zu entnehmen sein. Darüber hinaus ist die Legende zum Dienstplan vorzulegen.

Problemstellung

Bei der aktuellen Umfrage der DGfM zu den Erfahrungen aus der Praxis der Strukturprüfungen wurde von 83% der Befragten zurückgemeldet, dass die Detailtiefe der Prüfungsanforderungen überschießende Tendenzen angenommen hatte.

So wurden Maximalversorger mit über 1.000 Mitarbeitenden in der unmittelbaren Patientenversorgung aufgefordert, zum Nachweis der Verfügbarkeit von Fachpersonal personengenau die jeweiligen Tageseinsätze nach Fachabteilung/Station/Ambulanz/Notaufnahme/Funktionsbereiche/Inanspruchnahme im Rufbereitschaftsdienst bei mehreren Standorten oder Telemedizin nachzuweisen. Abgesehen davon, dass eine solche minutengenaue Erfassung praxisfremd ist und zudem durch das Betriebsverfassungsgesetz als Leistungserfassung definiert wird, welche durch die Betriebsräte nur bei zwingender Notwendigkeit zugelassen wird, kann aus einer retrospektiven Inanspruchnahme nicht auf die Zukunft geschlossen werden.

Weiterhin wurde gefordert, dass Chefarzte als Leitende Angestellte, die nicht der Zeiterfassung unterliegen, ihre Präsenzzeiten im Dienstplan als Behandlungsleitung nachweisen sollten. Angesehen davon, dass zur Erfüllung von Leitungsaufgaben mittels moderner Arbeitsformen (mobiles Arbeiten durch die Zurverfügungstellung elektronischer Patientenakten, SOP als Behandlungsstandards, Regelungen zum Facharztstandard) eine stetige Anwesenheit nicht zwingend vorliegen muss, erscheint die geforderte Detailtiefe überbordend, praxisfremd und willkürlich. Eine solche Detail- und Dokumentationstiefe be-

deutet für alle Beteiligten im Verfahren, d.h. Klinikangestellte als auch MD-Mitarbeitende einen enormen Bürokratieaufwand, der außer Verhältnis zum angestrebten Ziel steht.

Lösungsvorschlag:

Dienstpläne sind Pläne, in welcher die Personalabteilung die Anwesenheit des Personals in der Fachabteilung bzw. Einheit erfasst. Forderungen nach einer personenbezogenen und tätigkeitsbezogenen Nachweistiefe durch die Abteilungsleitenden sind zurückzuweisen, soweit sie nicht explizit im OPS gefordert wird. Insofern sollte eine Klarstellung in der Richtlinie erfolgen.

II) Arbeitsverträge als Nachweise für Erfahrungen, Zuordnungen, Behandlungsleitungen und deren Stellvertretungen sowie die pflegerische Besetzung

Problemstellung

Seitens der Richtlinie wird die umfassende Vorlage von Arbeitsverträgen als Nachweis für die Einhaltung von Strukturmerkmalen gefordert.

Arbeitsverträge sind teilweise deutlich älter als das DRG-System und die Nutzung von OPS als Leistungsbeschreibungen. Sie enthalten regelhaft gar nicht oder zumindest nicht in einheitlicher Form Vorgaben zu Strukturmerkmalen, die in den OPS definiert wurden. Dazu gehören insbesondere die Funktion der Behandlungsleitung oder deren Stellvertretung, die zeitliche Verteilung der Arbeitszeit auf einzelne funktionale Einheiten oder eine spezifische Qualifikation/Erfahrung, welche beispielsweise während der nach Unterzeichnung folgenden Anstellung oder durch Stufenaufstieg erworben wurde.

Lösungsansatz

Es ist ein standardisierter personenbezogener Datensatz auf Basis universell einheitlicher Items durch die Selbstverwaltung zu definieren, der durch die jeweilige Geschäftsführung /Personalabteilung zu bestätigen ist.

Ergänzend könnte für die exponierten Leistungserbringern ein standardisierter Lebenslauf zum Nachweis beruflicher Erfahrungen und fachlicher Expertise definiert werden.

Heidelberg, 23. Januar 2023

Der Vorstand:

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA (Vorstandsvorsitzende)

Dipl.-Kfm. (FH) Dirk Hohmann (Stellv. Vorstandsvorsitzender)

Dr. med. Nikolai von Schroeders (Generalsekretär)

Jannis Radeleff (Finanzvorstand)

Dr. med. Martin Winter (Schriftführer)

Dr. med. Jacqueline Voges (Beirat)

Dr. med. Bettina Beinhauer (Beirat)

Dr. med. Jörg Liebel, M.SC (Beirat)

PD Dr. med. Claus Wolff-Menzler, M.A. (Beirat)