



## **DKI Krankenhaus-Pool**

**Umfrage Juni 2021:**

**OPS-Strukturprüfungen nach § 275d SGB V  
– fristgerechte Vorhaltung von Unterlagen**

Dr. Karl Blum

Dr. Sabine Löffert

---

**Ansprechpartner:**

Dr. Karl Blum / Dr. Sabine Löffert  
Deutsches Krankenhausinstitut e. V.  
Hansaallee 201  
40549 Düsseldorf  
Telefon: 0211 / 47051 – 17 / – 56  
E-Mail: karl.blum@dki.de

Datum: 02.06.2021

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>MANAGEMENT SUMMARY</b> .....	<b>4</b>
<b>1 HINTERGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>2 ERBRINGUNG UND ABRECHNUNG VON OPS-KODES</b> .....	<b>6</b>
<b>3 FRISTGERECHTE VORHALTUNG VON NACHWEISEN UND UNTERLAGEN</b> .....	<b>7</b>
<b>4 FAZIT</b> .....	<b>9</b>

---

## Management Summary

Viele Krankenhäuser mit einer relativ hohen Anzahl an OPS-Kodes nach der MDS-Richtlinie zu den Strukturprüfungen nach § 275d SGB V können eine fristgerechte Vorhaltung der erforderlichen Nachweise und Dokumente nicht oder nicht mit Sicherheit gewährleisten können. Damit steigt für die betroffenen Häuser die Wahrscheinlichkeit, die jeweiligen OPS-Kodes im Jahr 2022 nicht bzw. nur verzögert abzurechnen.

Das ist das Ergebnis einer Umfrage im Krankenhaus-Pool des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), einem Online-Tool für Blitzumfragen zu tagesaktuellen Themen. An der Repräsentativbefragung beteiligten sich bundesweit 279 Krankenhäuser ab 50 Betten.

Nach der Richtlinie müssen die Krankenhäuser beim zuständigen Medizinischen Dienst bis zum 30.06.2021 die Strukturprüfungen beantragen. Zu diesem Zeitpunkt sind die in der Richtlinie aufgeführten Nachweise und Unterlagen vorzuhalten, etwa zur personellen und baulich-technischen Infrastruktur für die Erbringung der insgesamt rund 50 OPS-Kodes.

Bei 21 oder mehr OPS-Kodes je Krankenhaus können nur noch 20 % der Häuser die geforderten Dokumente bis zum genannten Stichtag vorhalten. Im Intervall von 6 – 20 OPS-Kodes sind es rund 40 % der Häuser. Lediglich bei 1 – 5 unterschiedlichen OPS-Kodes je Krankenhaus geht eine Mehrheit von zwei Dritteln von einer fristgerechten Vorhaltung der Dokumente aus.

Etwaige Verzögerungen bei den Strukturprüfungen beeinträchtigen mittelbar die Patientenversorgung. Ohne Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturvorgaben dürfen die OPS-Kodes nicht erbracht und abgerechnet werden. Gerade bei den auf relativ wenige Standorte konzentrierten OPS-Kodes gemäß MDS-Richtlinie schmälert dies nachdrücklich die Zugänglichkeit und Wohnortnähe der Versorgung für die betroffene Patienten Klientel.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Anpassung der Frist für die Antragstellung bzw. die Vorhaltung der erforderlichen Nachweise und Unterlagen für die Strukturprüfungen der MDS-Richtlinie in hohem Maße sinnvoll.

## 1 Hintergrund

Der Krankenhaus-Pool des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) ist ein Online-Tool für einfache und schnelle Blitzumfragen im Krankenhaus zu tagesaktuellen Themen. Die Umfragen werden im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und ihrer Mitglieder erstellt. Die vorliegende Umfrage befasst sich mit den durch das MDK-Reformgesetz eingeführten Strukturprüfungen der Krankenhäuser durch den Medizinischen Dienst.

Danach haben die Krankenhäuser die Einhaltung von Strukturmerkmalen des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) durch den Medizinischen Dienst begutachten zu lassen, bevor sie entsprechende Leistungen abrechnen. Grundlage der Begutachtung bildet die Richtlinie für „Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

Krankenhäuser, die im laufenden Jahr die von der Strukturprüfung betroffenen OPS-Kodes abgerechnet haben, müssen beim zuständigen Medizinischen Dienst bis zum 30.06.2021 die Strukturprüfung beantragen. Bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung hat das antragstellende Krankenhaus die in der Richtlinie aufgeführten Nachweise, Unterlagen und Selbstauskunftsbögen vorzuhalten, etwa zur personellen und baulich-technischen Infrastruktur für die Erbringung der jeweiligen OPS-Kodes.

Im Falle einer Beantragung bis spätestens zum 30.06.2021 gewährleistet der Medizinische Dienst, die Strukturprüfung so zeitgerecht zu erledigen, dass er ggf. die bis zum 31.12.2021 bei den Landesverbänden der Krankenkassen vorzulegende Bescheinigung über die Einhaltung der Vorgaben rechtzeitig ausstellen und das Krankenhaus den jeweiligen OPS-Kode mit Beginn des Folgejahres abrechnen kann.

Eine spätere Antragsstellung ist zwar grundsätzlich möglich. Bei Eingang eines Prüfantrages nach dem 30. Juni bzw. wenn die erforderlichen Nachweise und Unterlagen bis dahin nicht vorgehalten werden (können), kann die Prüfung ggf. nicht mehr zeitgerecht erfolgen und der jeweilige OPS-Kode im Folgejahr nicht bzw. nur verzögert abgerechnet werden.

Da die Richtlinie zu den OPS-Strukturprüfungen erst am 28.05.2021 veröffentlicht wurde, ist das Zeitfenster für eine fristgerechte Antragstellung relativ klein. Vor diesem Hintergrund sollten die Teilnehmer der Blitzumfrage angeben, ob sie die erforderlichen Nachweise, Unterlagen und Selbstauskunftsbögen rechtzeitig vorhalten bzw. vorlegen können.

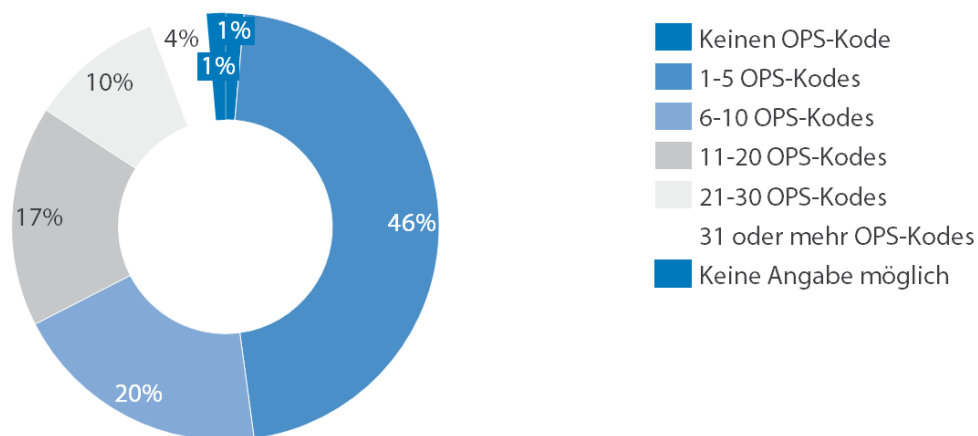
Die Ergebnisse der Umfrage beruhen auf der Online-Befragung einer repräsentativen Stichprobe von 279 Krankenhäusern ab 50 Betten in Deutschland, welche am 2. und 3. Juni 2021 durchgeführt worden ist.

## 2 Erbringung und Abrechnung von OPS-Kodes

Nach der Anlage 2 der MDS-Richtlinie gibt es rund 50 abrechnungsrelevante OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen, welche vom Medizinischen Dienst geprüft werden. Abb. 1 zeigt, wie viele unterschiedliche OPS-Kodes die Krankenhäuser aktuell erbringen und abrechnen.

Fast die Hälfte der Krankenhäuser (46 %) rechnet 1 – 5 OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen ab. 20 % der Teilnehmer erbringen 6 – 10 unterschiedliche OPS-Kodes und 17 % der Häuser 11 – 20 OPS-Kodes gemäß MDS-Richtlinie. 21 oder mehr OPS-Kodes weisen insgesamt 14 % der Krankenhäuser auf.

Wie viele OPS-Kodes gemäß Anlage 2 der MDS-Richtlinie zur Einhaltung von Strukturmerkmalen nach § 275d SGB V rechnet Ihr Krankenhaus aktuell ab?  
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 1: Abrechnung unterschiedlicher OPS-Kodes nach Anlage 2 der MDS-Richtlinie**

Tab. 1 zeigt die Erbringung und Abrechnung der abrechnungsrelevanten OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen nach der Krankenhausgröße. Mit steigender Krankenhausgröße nimmt die Abrechnung unterschiedlicher OPS-Kodes deutlich zu.

So rechnet in den großen Krankenhäusern ab 600 Betten mehr als ein Drittel 11 – 20 unterschiedliche OPS-Kodes und fast die Hälfte mehr als 20 OPS-Kodes ab. Dagegen erbringen 63 % der kleinen Krankenhäuser unter 300 Betten nur 1 – 5 unterschiedliche OPS-Kodes.

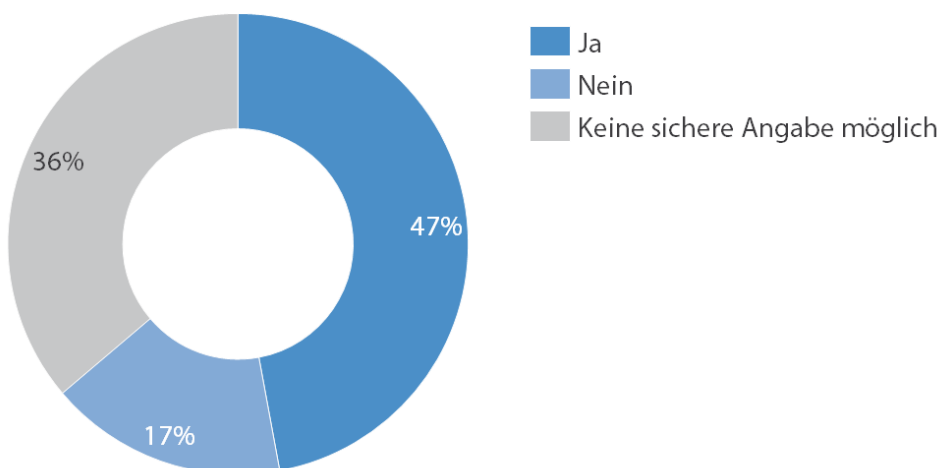
**Tab. 1: Abrechnung unterschiedlicher OPS-Kodes nach Bettengrößenklassen**

Anzahl OPS-Kodes nach MDS-Richtlinie	Bettengrößenklassen		
	KH mit 50-299 Betten	KH mit 300-599 Betten	KH ab 600 Betten
1-5 OPS-Kodes	62,8 %	25,6 %	0 %
6-10 OPS-Kodes	16,3 %	28,2 %	15,4 %
11-20 OPS-Kodes	5,8 %	33,3 %	38,5 %
21-30 OPS-Kodes	8,1 %	10,3 %	23,1 %
31 oder mehr OPS-Kodes	2,3 %	2,6 %	23,1 %
Keine Angabe möglich	2,3 %	0 %	0%

### 3 Fristgerechte Vorhaltung von Nachweisen und Unterlagen

Die Krankenhäuser, welche mindestens einen abrechnungsrelevanten OPS-Kode nach der Anlage 2 der MDS-Richtlinie erbringen und abrechnen, sollten angeben, ob sie die für die Strukturprüfungen erforderlichen Nachweise, Unterlagen und Selbstauskunftsbögen fristgerecht spätestens bis zum 30.06.2021 vorhalten bzw. vorlegen können (Abb. 2).

Kann Ihr Krankenhaus die für die Strukturprüfungen gemäß MDS-Richtlinie erforderlichen Nachweise, Unterlagen und Selbstauskunftsbögen fristgerecht bis spätestens 30. Juni 2021 vorhalten? (Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

**Abb. 2: Fristgerechte Vorhaltung von Nachweisen und Unterlagen nach MDS-Richtlinie**

Etwa jedes zweite Krankenhaus (47 %) geht davon aus, die geforderten Dokumente bis zum genannten Stichtag vorhalten zu können. 17 % der Befragten erwarten dies nicht. Gut ein Drittel der Häuser kann zum jetzigen Zeitpunkt keine sicheren Angaben hierzu machen.

Ein komplexeres Bild ergibt sich, wenn man die fristgerechte Vorhaltung von Nachweisen und Unterlagen nach der Anzahl der abgerechneten OPS-Kodes differenziert (Tab. 2). Mit steigender Anzahl verschiedener abgerechneter OPS-Kodes nimmt der Anteil der Krankenhäuser, welche die erforderlichen Nachweise und Unterlagen bis zum 30.6.2021 vorhalten können, merklich ab.

Bei 21 oder mehr OPS-Kodes können nur noch 20 % der Krankenhäuser die geforderten Dokumente bis zum genannten Stichtag vorhalten.<sup>1</sup> In den Intervallen von 11 – 20 OPS-Kodes und 6 – 10 OPS-Kodes sind es jeweils rund 40 % der Häuser. Lediglich bei 1 – 5 unterschiedlichen OPS-Kodes je Krankenhaus geht eine Mehrheit von zwei Dritteln von einer fristgerechten Vorhaltung der Dokumente aus. Intervallübergreifend können rund 30 bis 40 % der Befragten noch keine sicheren Angaben zur Fragestellung machen.

**Tab. 2: Fristgerechte Vorhaltung von Nachweisen und Unterlagen nach Abrechnung unterschiedlicher OPS-Kodes**

Anzahl OPS-Kodes nach MDS-Richtlinie	Vorhaltung erforderlicher Nachweise und Unterlagen bis 30.06.2021		
	Ja	Nein	Keine sichere Angabe möglich
1-5 OPS-Kodes	65,1 %	4,8 %	30,2 %
6-10 OPS-Kodes	40,7 %	18,5 %	40,7 %
11-20 OPS-Kodes	39,1 %	21,7 %	39,1 %
21 oder mehr OPS-Kodes	20,0 %	50,0 %	30,0 %

<sup>1</sup> Wegen geringer Häufigkeit von mehr als 31 OPS-Kodes (vgl. Abb. 1) wurde dieses Intervall mit dem Intervall für 21 – 30 OPS-Kodes zusammengefasst.



## 4 Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass – zumeist größere – Krankenhäuser mit einer relativ hohen Anzahl an OPS-Kodes mit Strukturmerkmalen die Vorhaltung der erforderlichen Nachweise und Dokumente bis zum 30.06.2021 überhaupt nicht oder nicht mit Sicherheit gewährleisten können. Damit steigt für die betroffenen Häuser die Wahrscheinlichkeit, dass die Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes ggf. nicht mehr zeitgerecht erfolgen und die jeweiligen OPS-Kodes im Folgejahr nicht bzw. nur verzögert abgerechnet werden können

Mit steigender Zahl von OPS-Kodes gemäß MDS-Richtlinie dürfte auch die Anzahl der nach diesen Codes behandelten Patienten merklich zunehmen. Etwaige Verzögerungen bei den Strukturprüfungen beeinträchtigen damit mittelbar auch die Patientenversorgung. Ohne die den Landesverbänden der Krankenkassen vorzulegende Bescheinigung über die Einhaltung der Strukturvorgaben dürfen die OPS-Kodes nicht erbracht und abgerechnet werden. Gerade bei den auf relativ wenige Standorte konzentrierten OPS-Kodes gemäß MDS-Richtlinie schmälert dies nachdrücklich die Zugänglichkeit und Wohnortnähe der Versorgung für die betroffene Patientenklientel.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Anpassung der Frist für die Antragstellung bzw. die Vorhaltung der erforderlichen Nachweise und Unterlagen für die Strukturprüfungen der MDS-Richtlinie in hohem Maße sinnvoll.