

## Protokoll

### Sitzung der Arbeitsgruppe SFB als Videokonferenz per Webex

Köln, 03.05.2021, 09:00 bis 12:15 Uhr

#### Teilnehmer

Dr. R. Beckmann  
Dr. V. Fleck  
Dr. K. Garbrock  
Dr. S. Haack  
Dr. A. Hemmer  
Dr. V. Jovasevic  
Dr. U. Preugschat  
Dr. J. Schefels  
Dr. R. Stimpel

#### Protokollführerin

Dr. V. Jovasevic

#### Inhaltsverzeichnis

1. Begrüßung .....	1
2. Protokoll der letzten Sitzung der AG .....	1
3. Am Beispiel der Unterkieferprotrusionsschienen bei obstruktiver Schlafapnoe - ab wann besteht die Leistungspflicht der GKV nach positivem Votum des G-BA? .....	2
4. Fristen und Ablaufschemata (Mail Dr. Haack vom 16.04.2021) .....	3
5. Änderungen der Richtlinien in der Pandemie-Situation .....	4
6. Sonstiges.....	4

#### 1. Begrüßung

Frau Dr. Garbrock begrüßt die Teilnehmer. Herr Dr. Schefels vertritt ab 01.05.2021 den Verbund Nord bei der AG SFB kommissarisch.

#### 2. Protokoll der letzten Sitzung der AG

Es gibt zum Protokoll der letzten Sitzung seitens der Teilnehmer keine Änderungswünsche.

### 3. Am Beispiel der Unterkieferprotrusionsschienen bei obstruktiver Schlafapnoe - ab wann besteht die Leistungspflicht der GKV nach positivem Votum des G-BA?

Am 20.11.2020 beschloss der G-BA, die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zu ändern und der Anlage I dieser Richtlinie (Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) unter Nummer 36 „Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe“ anzufügen.

Im Zeitraum zwischen der Veröffentlichung des positiven G-BA-Votums im Bundesanzeiger (BAnz) und der Aufnahme der Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)/Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) vergehen erfahrungsgemäß 6 Monate. Währenddessen haben die Versicherten zwar bei erfüllten Voraussetzungen der Richtlinie einen Anspruch auf die vom G-BA positiv bewertete Leistung, den Krankenkassen fehlt aber eine Abrechnungsbasis wegen fehlender EBM/BEMA-Legendierung. Hiermit argumentieren einige Krankenkassen die fehlende Leistungspflicht der GKV während dieses halbjährlichen Zeitintervalls und monieren den Abschluss der Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes mit Ergebnisschlüssel 50 („medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt“).

Laut § 2 der Verfahrensordnung des G-BA als „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethode für Zwecke des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V können nur Leistungen gelten,

- a) die nicht als abrechnungsfähige ärztliche oder zahnärztliche Leistungen im EBM oder BEMA enthalten sind oder
- b) die als Leistungen im EBM oder BEMA enthalten sind, deren Indikation oder deren Art der Erbringung, bei zahnärztlichen Leistungen einschließlich des zahntechnischen Herstellungsverfahrens, aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

Das bedeutet, dass nach der Veröffentlichung des positiven G-BA-Votums im BAnz die betroffene Leistung trotzdem als NUB i. S. des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V gilt. Der Leistungsanspruch des Versicherten besteht in diesen Fällen nur dann, wenn die beantragte Leistung medizinisch unaufschiebbar ist.

Die Beurteilung, ob die Leistung unaufschiebbar ist, stellt einen wichtigen Teil der sozialmedizinischen Begutachtung dieser Aufträge dar. Bei der Beurteilung ist nicht der Maßstab des sog. Nikolausbeschlusses anzuwenden, sondern zu beurteilen, ob durch eine zeitliche Verzögerung (von maximal 6 Monaten) der Leistungserbringung der/dem Versicherten ein (zusätzlicher) gesundheitlicher Schaden entstehen kann. Die Krankenkasse erstattet in solchen Fällen üblicherweise die Kosten nach § 13 Abs. 3 SGB V („Systemversagen“); zur Höhe der Kostenerstattung fehlt eine einheitliche Regelung. Nicht unüblich ist eine Erstattung eines einfachen GOÄ-Satzes.

Erweist sich die Leistung als medizinisch aufschiebbar, kann die Krankenkasse den Antrag der/des Versicherten bis zur EBM-Legendierung „einfrieren“ bzw. zu einer erneuten Stellung des Antrags zum späteren Zeitpunkt raten, oder die Kostenübernahme zunächst ablehnen.

Aus den o. g. Gründen soll bei der Begutachtung solcher Aufträge (zusätzlich zu den üblichen Inhalten) die Unaufschiebbarkeit der Leistung beurteilt werden. Als Ergebnisschlüssel ist 70 („Andere Antwort“) zu wählen.

Folgende Textbausteine können je nach Begutachtungsergebnis benutzt werden:

1. *Die beantragte Leistung ist medizinisch notwendig, zweckmäßig und wurde vom G-BA positiv bewertet. Eine EBM/BEMA-Legendierung erfolgte bisher nicht, weshalb es sich formal weiterhin um eine „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethode i. S. des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V handelt. Nach vorliegenden Informationen würde in diesem Einzelfall das Verzögern der Leistungserbringung bis zur Aufnahme in EBM/BEMA zu zusätzlichen gesundheitlichen Schäden bei der/dem Versicherten führen, weshalb die Leistung medizinisch unaufschiebbar ist.*
2. *Die beantragte Leistung ist medizinisch notwendig und zweckmäßig und wurde vom G-BA positiv bewertet. Eine EBM/BEMA-Legendierung erfolgte bisher nicht, weshalb es sich formal weiterhin um eine „neue“ Untersuchungs- und Behandlungsmethode i. S. des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V handelt. Nach Prüfung der vorliegenden Informationen ist in diesem Einzelfall durch das Verzögern der Leistungserbringung bis zur Aufnahme in EBM/BEMA nicht von zusätzlichen gesundheitlichen Schäden bei der/dem Versicherten auszugehen.*

#### 4. Fristen und Ablaufschemata (Mail Dr. Haack vom 16.04.2021)

Frau Dr. Haack berichtet, dass einige Krankenkassen Aufträge per DTA einreichen, die sehr wenige medizinische Unterlagen enthalten, dafür aber einen Hinweis, dass weitere Unterlagen per Post unterwegs sind. In diesen Fällen stellt sich die Frage, ab wann die interne Fristberechnung beim Medizinischen Dienst beginnt.

Frau Dr. Garbrock stellt klar, dass eine Antwort des Bereichs Compliance zu dieser Problematik bislang fehlt, sodass auch vom MFB Ambulante KV/AU keine verbindliche Auskunft erfolgen kann, wenngleich gemutmaßt wird, dass die Frist erst beim Vorliegen aller (d. h. elektronischer und postalischer) Unterlagen beginnt (Eingangsstempel postalischer Unterlagen). Das Procedere soll mit Ärztlicher Leitung geklärt werden: **ToDo MFB Ambulante KV/AU.**

Alle Ärztlichen Teamleitungen berichten über gehäufte Probleme beim Auslesen der externen Datenträger (z. B. Sozialdaten auf Clouds, USB-Sticks, CDs etc.). Das Auslesen dieser Daten gelingt den Gutachtern und Gutachterinnen häufig aus technischen Gründen nicht. Außerdem ist das Öffnen fremder Datenträger bzw. fremder Dateien ohne vorherige Prüfung aus IT-Sicht verboten. Benutzung externer Datenträger kann besonders im Mobilen Arbeiten auch datenschutzrechtlich problematisch sein. Andererseits sind die Begutachtenden auf diese Informationen bei der Begutachtung angewiesen bzw. haben diese sogar oft selbst angefordert. Die Aufträge unterliegen in der Regel einer gesetzlichen Fristregelung (PRG, BTHG), sodass auch ein zeitlicher Druck besteht.

Frau Dr. Garbrock schildert als eine mögliche Lösung, dass alle externen Datenträger zuerst durch den Bereich IT ausgelesen und anschließend an einer zentralen Stelle den Gutachtern und Gutachterinnen zur Verfügung gestellt werden. Dafür sollte eine Frist gelten: die AG schlägt zwei Tage zwischen dem Eingang der Daten beim Bereich IT und der Zurverfügungstellung der Daten an die Begutachtende vor. Alle AG-Teilnehmer sind sich einig, dass eine gemeinsame Regelung nach Absprache zwischen den Bereichen IT und Compliance gefunden werden muss. **ToDo MFB Ambulante KV/AU.**

Frau Dr. Haack berichtet, dass sie die im Verbund Ost stattgehabten Verfristungen ausgewertet hat. Dabei ist aufgefallen, dass u. a. ein von den veröffentlichten Fristen-Schemata abweichendes Vorgehen praktiziert wird. So wird in einigen PRG-Fällen länger als 28 Tage auf den Eingang der angeforderten Unterlagen gewartet, ohne dass der Auftrag durch Assistenzkraft abgeschlossen wird. Außerdem werden einige Aufträge nach Nicht-Eingang der angeforderten Unterlagen innerhalb von 28 Tagen

abweichend von der Absprache von der Assistenzkraft erneut dem Gutachter/der Gutachterin vorgelegt, der/die ggf. erneut Unterlagen nachfordert oder ein Produkt erstellt.

Frau Dr. Preugschat fragt nach dem korrekten Vorgehen, wenn bei einem BTHG-Auftrag trotz stattgehabter Unterlagenanforderung für die Begutachtung unentbehrliche Informationen weiterhin fehlen. Frau Dr. Garbrock erklärt, dass die Sachermittlungspflicht der Begutachtenden auch eine persönliche Untersuchung der Versicherten einschließt und laut dem Gesetz nur die fehlende Mitwirkung des/der Versicherten (bzw. Nicht-Wahrnehmung des vorgeschlagenen Untersuchungstermins) die BTHG-Frist aussetzen kann.

In diesem Kontext ergibt sich eine Diskussion über den Einsatz von Checklisten, die bei bestimmten Fragestellungen etabliert und sinnvoll genutzt werden, deren pauschaler Einsatz aber nicht zu empfehlen ist, da einerseits möglicherweise Sozialdaten erhoben werden, die für die Begutachtung im Einzelfall nicht notwendig sind. Andererseits kann das Einsetzen von Checklisten wiederholte Unterlagenanforderungen erforderlich machen, da nicht alle fehlenden Daten durch die Checkliste berücksichtigt werden.

MBF Ambulante KV/AU macht einen Vorschlag, dass die Assistenzkraft zunächst eingehende Aufträge prüft. Sollten nach ihrer Ansicht Unterlagen fehlen, erfolgt eine Vorlage beim Gutachter/der Gutachterin, der/die ggf. erforderliche Unterlagenanforderung veranlasst. Frau Dr. Haack schildert personelle Ressourcenproblematik in den Verbünden, die solches Vorgehen erschwert, zumal auch ein Gutachterwechsel zwischen dem ersten Sichten/Unterlagenanforderung und der fallabschließenden Begutachtung stattfinden kann.

Die durch den MFB Ambulante KV/AU durchgeführte Umfrage aller MFB-Leitungen zum bestehenden Anpassungsbedarf intern geltender Fristablaufschemas hat keinen wesentlichen Änderungsbedarf ergeben. Berichtet wurden sporadisch abweichende Fristen seitens des MFB PPP bei der Begutachtung geschlechtsangleichender Maßnahmen sowie vom MFB Pharmakologie bei der Begutachtung einzelner neuartiger Arzneimittel. Genereller Anpassungsbedarf der geltenden Schemata wurde seitens MFB-Leitungen nicht gesehen. Die AG-Teilnehmer sind sich einig, dass das PRG-Schema keinen Verbesserungsbedarf ausweist, das BTHG-Schema wird geringfügig angepasst.

## 5. Änderungen der Richtlinien in der Pandemie-Situation

Die bisher geltenden, Pandemie-bedingten Änderungen der G-BA-Richtlinien für den ambulanten KV-Bereich wurden zunächst bundesweit bis zum 30.06.2021 verlängert.

## 6. Sonstiges

- Frau Dr. Beckmann berichtet, dass es durch das Erscheinen der neuen Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10 F64.0)“ (Stand 8/2020) in der letzten Zeit zu einigen diskrepanten Bewertungen zum Thema Penisepithesen nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen zwischen den somatischen und den psychiatrischen Ansprechpartnern gekommen ist. Frau Dr. Garbrock wird eine kurzfristige Klärung mit MFB PPP anstreben, um das Verfahren und die Zuständigkeit beim Medizinischen Dienst zu vereinheitlichen. Nach Absprache werden diese Begutachtungsaufträge bei den speziellen Ansprechpartnern für Transsexualismus bearbeitet, nicht bei Hilfsmittelgutachter/-innen.
- Frau Dr. Garbrock berichtet, dass Frau Dr. Demme rentenbedingt in 5/2021 als Leitung der AG Pneumologie ausscheidet und Herr Dr. Stark die fachliche Leitung der AG übernimmt.

- Alle Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes Nordrhein, die einen persönlichen Kontakt zu den Versicherten haben (im Rahmen von KUs, Hausbesuchen, Klinik- und Pflegeheimbegehungen), werden voraussichtlich bis Ende Juni 2021 vollständiges Impfangebot erhalten haben, sodass ab 01.07.2021 eine Erweiterung bzw. Wiederaufnahme persönlicher Untersuchungen von Versicherten geplant wird. Voraussetzung dafür ist das bundeseinheitliche, an die neuen Gegebenheiten im Rahmen der Pandemie (Impfstatus der Beteiligten, Z. n. durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion, aktuelle Empfehlungen des RKI etc.) angepasste Hygienekonzept des MDS. Frau Dr. Garbrock empfiehlt, die Vorbereitungen zur Wiederaufnahme körperlicher Untersuchungen frühzeitig über die Verbundleitungen/Ärztliche Teamleitungen anzustoßen.
- Eine Arbeitshilfe zur Vorabbegutachtung stationärer Leistungen befindet sich in der interdisziplinären Vorbereitung. Eine Verbund- und Fachbereich-übergreifende Arbeitsgruppe soll demnächst zur Begutachtung dieser Fragestellungen gebildet werden. Solange das neue Konzept nicht umgesetzt ist, erfolgt die Begutachtung wie bisher.
- Frau Dr. Fleck fragt, ob das Konzept SFB bei der Krankenkasse demnächst aufgelöst wird. Frau Dr. Garbrock berichtet, dass sich dieses Konzept durch das GVWG (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz) erübrigen könnte bzw. wesentliche Veränderungen erleben wird. Beibehalten des bisherigen Arbeitsmusters erscheint nicht mehr möglich. Es ist von einer deutlichen Ausweitung der Dokumentationspflichten Medizinischer Dienste auszugehen.

**Die nächste Sitzung findet am 06.09.2021 voraussichtlich als Webex statt. Eine Einladung folgt gesondert.**

Köln, 21.05.2021

Dr. Kerstin Garbrock

Dr. Veronika Jovasevic