

Protokoll der Sitzung der Arbeitsgruppe SFB als Videokonferenz, 14.08.2023, 09:00 bis 14:00 Uhr

Teilnehmer

Dr. R. Beckmann
Dr. K. Garbrock
Dr. A. Hemmer
M. Kolb
A. Pauer
Dr. J. Schefels
Dr. R. Stimpel

An der Teilnahme verhindert waren

Dr. R. Hauser
Dr. U. Preugschat
Dr. V. Fleck

Protokollführung:

Dr. Kerstin Garbrock

Inhaltsverzeichnis

1. Begrüßung.....	2
2. Protokoll der letzten SFB AG-Sitzung.....	2
3. Meldungen aus den Verbünden	2
4. Verordnung von Krankenfahrten bei tagesstationärer Behandlung	2
5. Meldungen aus der SEG 1 Multiplikatorenversammlung	3
6. Sonstiges.....	4
6.1. Reform des Sozialen Entschädigungsrechtes	4
6.2. Fachnews: Aktualisiertes ASV-Angebot zur Multiplen Sklerose in Kraft	5
6.3. Anfrage von Frau Stimpel - Fragen der DAK bei HKP Verordnung	6
6.4. Aktualisierung der Arbeitshilfe zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe bei Transsexualismus	7
6.5. Zwischeninfo aus dem Produktaudit – Vorabinformation	7

1. Begrüßung

Frau Dr. Garbrock begrüßt alle Teilnehmer/-innen.

2. Protokoll der letzten SFB AG-Sitzung

Protokoll einstimmig abgenommen.

3. Meldungen aus den Verbünden

- **Nord:** Auftragslage wie zuvor. Vorlageverhalten Barmer zuverlässig. IKK gut. AOK RH bisher noch wenig AU-Fälle, viele Reha-Fälle jedoch. Viele Fristfälle
- **Ost:** Relativ große Engpässe im NUB-Bereich durch hohe Auftragslast, Tausch mit Süd. Gutachter für orthopäd. HiMi aus dem Verbund Süd wurden mit eingearbeitet. Viele Fälle noch von der TK. Viele Gutachter und Gutachterinnen werden an den anstehenden Sozialmedizinkursen teilnehmen.
- **West:** Rückmeldungen zu geprüften Gutachten sind angekommen. Auch rein grüne Gutachten wurden gemeldet. Auftragslage ist weiterhin kritisch. Sozialmedizinkurse besonders im September verschärfen auch in West die eh schon enge Personalsituation (MD-interne Personalverschiebungen). Neue Kollegen wurden gewonnen.
- **Süd:** Gute Zusammenarbeit mit dem Verbund Ost. Einarbeitung der neuen Gutachter für orthopäd. HiMi ist erschwert. Viele neue Kollegen und Kolleginnen für die allg. SFB wurden gewonnen. TK weiterhin problematisch. Routing an den Wohnort durch TK, dann werden diese Fälle in die Kasernenberatung geroutet. Rückstau durch Sonderberatungstage und Mehrarbeit für die AOK RH sind erfolgt. Aufbereitung der Fälle bei Eilfällen weiterhin nicht gut. Sozialmedizinkurse werden auch für Süd in der Bearbeitung problematisch werden.

4. Verordnung von Krankenfahrten bei tagesstationärer Behandlung

Mit Rundschreiben 2023/376 vom 13.07.2023 informierten wir Sie unter Bezugnahme auf das Rundschreiben 2023/254 vom 16.05.2023 darüber, dass **Krankenhäuser Krankenfahrten im Rahmen von tagesstationären Behandlungen für Versicherte verordnen können, die die Voraussetzungen für die Übernahme von Fahrkosten zu ambulanten Behandlungen erfüllen**. Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Ausführungen unter Ziffer 3 in den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung (Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte, BMV-Ä), dass vertragsärztliche Mustervordrucke nicht an Nichtvertragsärzte und andere Personen weitergegeben werden dürfen, wurde gemeinsam mit der DKG und der KBV eine Empfehlung erarbeitet. Ziel war, dass Krankenhäuser entsprechende Krankenfahrten unter Nutzung der Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4) verordnen können. Im Zusammenhang mit der Übermittlung des Empfehlungspapiers (Anlage 1 zum Rundschreiben 2023/376 vom 13.07.2023) teilten wir mit, dass sich das Papier nach Abschluss der fachlichen Abstimmungen noch im Unterschriftenverfahren mit der DKG und der KBV befindet.

Das Unterschriftenverfahren ist nunmehr abgeschlossen. Die Empfehlung gilt für den Übergangszeitraum bis zum Inkrafttreten einer Änderung der Krankentransport-Richtlinie (KT-RL), welche die Verordnung von Krankenfahrten im Zusammenhang mit der tagesstationären Behandlung betrifft. Entsprechende Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) werden derzeit geführt.

Wir informieren, sobald eine Änderung der KT-RL in Kraft getreten ist.

5. Meldungen aus der SEG 1 Multiplikatorensitzung

Aus dem Protokoll der Multiplikatorensitzung der SEG 1:

Stellenwert der körperlichen Untersuchung nach Auslaufen der Corona-Regelungen

„Bericht des Bundesrechnungshofs (BRH) aus 2017 wird zitiert. AU-Begutachtung ist unterfinanziert. Nach Abnahme der KU-Anzahl im MD Baden Württemberg sind die nachvollziehbaren Ergebnisse deutlich gesunken (statt 64 nun 48%).

Stattdessen zeigen sich eher Nacherzählungen (Entlassungsbericht oder Berichte der Behandelnden) ohne inhaltliche Herleitung als Darstellung

- Nur Abschreiben von Befunden
- „Deduktive“ Herleitung des Gutachtenergebnisses – wegen welcher Diagnose AU attestiert wird und welche Symptome und Beeinträchtigungen bei dieser Diagnose üblicherweise hervorgerufen werden – dieses wird dann als üblicherweise zu erwartenden Krankheitsfolgen als wesentliche Gründe für das Votum abgegeben,
- „Induktive“ Herleitung des Ergebnisses – mittels kritischer Würdigung des Einzelfalls, welche Diagnose aus gutachterlicher Sicht zutreffend aufgrund welcher Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe tatsächlich AU-begründend ist.

Rechtsprechung LG Nürnberg-Fürth 12. Strafkammer, AZ 12 QS 34/22 vom 28.07.2022 – unrichtige Gesundheitszeugnisse i. S. des § 278 StGB „Ein unrichtiges Gesundheitszeugnis liegt aber auch dann vor, wenn der Arzt den Patienten – wie hier der Verdacht besteht – zuvor nicht ordnungsgemäß untersucht hat.“

Auch der Weg ist wesentlich für das Gesundheitszeugnis, wenn schon der Weg nicht zutreffend ist, dann kann das Gesundheitszeugnis nicht korrekt sein. Im Regelfall soll es die eigene Untersuchung sein.

Induktive Gutachtenlogik als Grundlage für das Ergebnis ist erforderlich. Aktenlage ist oft unzureichend. Zeitverzug bei der Unterlagensichtung, da zu spät bearbeitet wird. Auch eigene Befunderhebung erforderlich.

ABER: Gutachterzeit muss dafür vorhanden sein, Bereitschaft zur persönlichen und konfliktbehafteten Begegnung erforderlich.

Diskussion:

Thema in jedem Dienst. Mehr KUs müssen durchgeführt werden. Info an KLÄ und der Vorstände ist sinnvoll und wird erfolgen.“

Stellenwert eigener Befunderhebung bei AU:

Beobachtete Modelle der Gutachtenlogik

1. „Nacherzählung“ vorliegender Beurteilungen (z. B. Reha-Entlassbericht) ohne inhaltliche Herleitung der Bewertung
2. „Deduktive Herleitung“ des Gutachtenergebnisses:
 - Wegen welcher Diagnose wird AU bescheinigt,
 - welche Symptome und Beeinträchtigungen werden üblicherweise durch diese Diagnose hervorgerufen?Im Gutachten werden dann diese üblicherweise zu erwartenden Krankheitsfolgen als wesentliche Gründe für das Votum angegeben
3. „Induktive Herleitung“ des Gutachtenergebnisses:
 - mittels kritischer Würdigung des Einzelfalls feststellen, welche Symptome und Beeinträchtigungen tatsächlich vorliegen,
 - welche Diagnose aus gutachterlicher Sicht auf dieser Basis tatsächlich vorliegt
 - schrittweise Dokumentation des Begutachtungsergebnisses und der wesentlichen Gründe hierfür.

Aus dem MD NR:

Im Rahmen der laufenden Auswertungen hat sich gezeigt, dass in einigen Fällen auch ohne aktuelle Informationen (Unterlagen älter als 3 Monate) Beendigungen der AU oder Erstellung von § 51 Gutachten erfolgen. In einigen Fällen wurden die med. Voraussetzungen nach § 51 nicht bestätigt, trotz erkennbarer AU auf Dauer. Es fanden sich zahlreiche Fälle mit längerer Laufzeit, bei denen inzwischen bereits keine AU mehr attestiert wurde und durch die Gutachter/-innen eine SFB-Stellungnahme mit Fallabschluss/Ergebnisschlüssel 10 „nicht weiter AU“ erstellt wurde. In diesen Fällen ist der Fall entweder durch Assistenzkräfte oder die Gutachter/-innen zurückzugeben. Die Gutachter/-innen erfassen vorher ihre Bearbeitungszeiten. Das Controlling ist informiert, die Zeiten gehen nicht verloren.

KUs sollten nicht weiterhin vermieden werden. Zeit bleibt ein Problem, doch mehr Zeit statt SFB-Stellungnahme. Die Laufzeit nach Beauftragung der AU-Fälle ist zu lang, da diese keine Fristfälle sind.

Es bleiben Schwierigkeiten mit der Menge auf verschiedenen Ebenen. Rückmeldung aus dem MFB gewünscht.

Fälle sind häufig Folgeaufträge, statt Erstbegutachtung. Kasse hat richtig gemeldet, wurde durch AK geändert. Ein Folgeauftrag setzt eine fallabschließende vorhergehende Begutachtung (gutachtliche Stellungnahme, Kurzgutachten oder Gutachten) im eigenen MD voraus – Hinweis aus dem Handbuch Berichtswesen.

Bericht aus der UAG AU beim G-BA

Auftrag des MD Bund wird an die SEG 1 gegeben werden. Der GKV-Spitzenverband möchte wissen, welche Daten noch erhoben werden können.

Die SEG 1 soll sich fachlich zu erforderlichen und umsetzbaren Änderungen für Muster 52 äußern. Dadurch sollen mehr Informationen den Krankenkassen zur Verfügung stehen und der MD weniger nähere Befunde anfordern müssen.

Erörterung der Ergebnisse der Sitzung des AU-Teams

Handbuch Berichtswesen – Ergebnisschlüssel bei AU bzgl. Dauer der AU und Einschätzung der erheblichen Gefährdung oder Minderung der EF.

Vorschlag dazu:

52 – erhebliche Gefährdung liegt vor

53 – Minderung der EF liegt vor

62 – Weder erhebliche Gefährdung noch Minderung liegt vor

Sozialmedizinische Beurteilung oder wesentliche Gründe für das Ergebnis:

„Einschließlich Abgleich des Leistungsvermögens mit Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (BGA AU)“ wird entfernt.

6. Sonstiges

6.1. Reform des Sozialen Entschädigungsrechtes

„Anfang Januar kommenden Jahres tritt ein reformiertes Soziales Entschädigungsrecht für Gewaltpfer in Kraft. Die bisherigen Regelungen wurden dafür in einem neuen Sozialgesetzbuch, dem SGB XIV, zusammengefasst. Ziel der Neuregelung ist, dass Entschädigungsleistungen künftig einfacher und schneller in Anspruch genommen werden können und höher ausfallen sollen.“

Der Kreis der Berechtigten wird auf psychisch Geschädigte ausgeweitet. Dies gilt sowohl für unmittelbar durch eine Tat Betroffene als auch für einem Gewaltpatienten nahestehende Personen, wie Geschwister oder eheähnliche Lebenspartner, sofern auch diese eine psychische Beeinträchtigung infolge der miterlebten Gewalttat erlitten haben.

Unter psychische Gewalt fallen nach dem SGB XIV alle Formen des sexuellen Missbrauchs, einschließlich Nötigungen und Vergewaltigungen, Menschenhandel, die strafbewehrte Nachstellung (Stalking) einer Person, Geiselnahme, räuberische Erpressung und Straftaten von vergleichbarer Schwere.

Eine Studie der Universität Ulm belegt, dass eine psychotherapeutische Frühintervention in einer Trauma-Ambulanz nachweisbare positive Effekte hinsichtlich der Dauer und Schwere psychischer Schäden hat. Aus diesem Grund sieht das SGB XIV die Einführung eines sog. Verfahrens für Leistungen der Schnellen Hilfe einschließlich der Errichtung eines flächendeckenden Netzwerks an Trauma-Ambulanzen vor. Der Zugang zu dem niedrigschwelligen Angebot soll jedem Opfer gewährt werden, das glaubhaft machen kann, infolge einer Gewalttat eine akute oder dauerhaft psychische Beeinträchtigung erlitten zu haben. Die Leistungen der Schnellen Hilfe umfassen bis zu 15 Sitzungen für Erwachsene und bis zu 18 Sitzungen für Kinder- und Jugendliche. Das SGB verpflichtet die Bundesländer bis 01. Januar 2024 durch Verträge mit entsprechenden Einrichtungen ausreichend Kapazitäten zur Verfügung zu stellen, damit Betroffene überall, spätestens 5 Werktagen nach ihrer Kontaktaufnahme, einen Termin erhalten. Fallmanager können und sollen Betroffene im Antrags- und Verwaltungsverfahren unterstützen und begleiten.“ Quelle: Deutsche Ärzteblatt, Heft 25, 23. Juni 2023

Nähere Hinweise: https://www.lvr.de/de/nav_main/soziales_1/soziale_entschaedigung/leistungen/traumaambulanzen/traumaambulanzen.jsp

Link für die Standorte im Rheinland: https://www.lvr.de/media/wwwlvrde/soziales/opfervonkriegundgewalt/kriegsopferundhinterbliebene/dokumente_234/Traumaambulanzen_Rheinland_Stand_Mai_2023.pdf

6.2. Fachnews: Aktualisiertes ASV-Angebot zur Multiplen Sklerose in Kraft

„**Berlin, 18. Juli 2023** – Nach den neu gestalteten Regelungen zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) bei Knochen- und Weichteiltumoren ist heute auch das aktualisierte ASV-Angebot zur Multiplen Sklerose in Kraft getreten. Auch dies war bislang nur als ambulante Leistung im Krankenhaus nutzbar. Ab sofort können sich nun auch hieran niedergelassene Spezialistinnen und Spezialisten beteiligen oder eigene Fachteams gründen. Alle Teams müssen ihre Teilnahme an der ASV bei den erweiterten Landesausschüssen anzeigen. Klinik-Teams, die zu den genannten Indikationen bereits eine ambulante Behandlung im Krankenhaus anbieten, haben per gesetzlicher Übergangsregelung nun 3 Jahre Zeit, sich neu zu bilden, um die Anforderungen der ASV-Richtlinie zu erfüllen und gegebenenfalls ambulante Kooperationspartner mit einzubeziehen.

Neu in der ASV Multiple Sklerose

Der Kreis der Anspruchsberechtigten umfasst Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen der Multiplen Sklerose sowie weitere Erkrankungen mit Schädigungen an der Lipiddhülle der Nervenfasern. Aufgenommen wurden zusätzliche Untersuchungen der Augen-, Harnblasen- und Herzfunktion sowie Schluckdiagnostik. Ein ASV-Team muss neben einer Teamleitung aus Neurologen und Neurologen folgende weitere Fachrichtungen einbinden: Augenheilkunde, Gynäkologie, Innere Medizin und Kardiologie, Labormedizin, Radiologie, Urologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologische/r Psychotherapeut/in oder Ärztliche/r Psychotherapeut/in. Sofern Kinder und Jugendliche behandelt werden, ist zusätzlich eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin – nach Möglichkeit mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie – zu benennen.“

Beschluss zu diesen Fachnews

[Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V: Ergänzung der Anlage 1.2 – Buchstabe a Multiple Sklerose](#)

Weiterführende Informationen

Mehr zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf der Website des G-BA:

<https://www.g-ba.de/themen/asv/116b/>

Informationen zur ASV und zur Anmeldung neuer Teams auf der KBV-Website:

<https://www.kbv.de/html/asv.php>

6.3. Anfrage von Frau Stimpel - Fragen der DAK bei HKP Verordnung

Fragen an den MDK:

Sind die verordneten Wundverbände in Umfang und Dauer medizinisch erforderlich und wirtschaftlich? Handelt es sich beim vom Pflegedienst angegebenen **Zeitumfang pro Wundversorgung um eine sehr aufwändige Versorgung**, die weit über die, als **regelhafte Versorgungszeit im Sinne der Mischkalkulation, Versorgungszeit hinausgeht**?

Welche Frequenz der Verbandwechsel ist aktuell notwendig und sinnvoll? Ist auch bei dieser Versorgung diverser Wunden multifaktorieller Genese eine **moderne Wundversorgung** möglich oder ist die tägliche Wundversorgung aus medizinischer Sicht notwendig und sinnvoll?

Handelt es sich um eine leitliniengerechte Wundversorgung mit einer nachvollziehbaren Dokumentation? Ist ein **zertifizierter Wundfachberater in die Versorgung involviert**?

Wie kann eine verbesserte Wundheilung erreicht werden? Kann durch die vorhandenen Hilfsmittel eine optimale Wundversorgung erbracht werden? Muss die Hilfsmittelversorgung (oder anderes) vor Ort optimiert werden, um eine bessere Wundheilung gewährleisten zu können?

Kann bei dieser Wundhistorie eine **VAC Therapie** den Heilungsprozess positiv unterstützen, voranbringen im Sinne einer medizinischen Indikation und als **wirtschaftlich** angesehen werden?

Handelt es sich um eine chronische, langfristige Versorgung oder kann in absehbarer Zeit von einer Abheilung ausgegangen werden?

Wann ist eine Wiedervorlage bei Ihnen angezeigt? In 3 Monaten? In 6 Monaten?

Textbaustein der Krankenkasse. Beantwortet werden soll:

- Prüfung, ob Versorgung im beantragten Umfang erforderlich ist.
- Zeitumfang nicht konkret benennen, jedoch Hinweise, wenn sehr aufwändige Versorgung erforderlich ist oder seitens des Pflegedienstes das Maß der üblichen Versorgung (die ausreichend ist) überschritten wird.

- Alternativen benennen, auch zur Verbesserung der Wundheilung.
- VAC in der Regel keine Alternative.
- Involvieren des Wundfachberaters – Leistungsrecht, ggf. jedoch sinnvoll
- Wundzentren mit einbeziehen.

Hinweis: weiterhin Schulungsbedarf vorhanden, soll umgesetzt. Danach Einstellung im MeDiNet.

6.4. Aktualisierung der Arbeitshilfe zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe bei Transsexualismus

Die Arbeitshilfe behandelt die gutachterliche Bewertung der Kostenübernahme der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe bei Transsexualismus.

Die Änderungen und Ergänzungen der Kryo-Richtlinie machten sowohl die Überarbeitung des Begutachtungsleitfadens „Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe“ als auch die Aktualisierung dieser Arbeitshilfe erforderlich.

↗ <https://infomed.md-extranet.de/GenericHandler/Document.ashx/16628>

6.5. Zwischeninfo aus dem Produktaudit – Vorabinformation

Hinweis aus der Prüfung – Anlassgruppe Arbeitsunfähigkeit

Geprüft wurden auch SFB-Stellungnahmen – Produktgruppe 1.

Diese entsprechen nicht dem üblichen Umfang der Bearbeitung in dieser Produktgruppe. Die Stellungnahmen sind gut, inhaltlich keine Kritik, jedoch ist der Umfang für die Stellungnahme zu viel. Besser wäre die Wahl auf Produktgruppe 2a gefallen, Kurzgutachten. Inhaltlich entsprechen diese Produkte der Produktgruppe 2.

Appell an alle Gutachter/-innen – bitte eher die Produktgruppe 2, Kurzgutachten wählen. Wir verkaufen uns unter Wert.

Danke an alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Die nächste Sitzung findet am 13.11.2023 voraussichtlich als Webex statt. Eine Einladung folgt gesondert.

Save the Date: Gutachtertag am 30.01.2024 in Düsseldorf. Schulungsinhalte: AU, Reha, allg. SFB.

Köln, 01.09.2023

Dr. Kerstin Garbrock
Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Ambulante KV/AU