

Protokoll

Sitzung der Arbeitsgruppe SFB

Köln, 04.02.2019, 09:00 bis 14:30 Uhr

Teilnehmer

Siehe Teilnehmerliste im Anhang

Protokollführerin

Dr. Kerstin Garbrock

1. Begrüßung

Fr. Dr. Garbrock begrüßt die Teilnehmer.

2. Protokoll der letzten AG-Sitzung

Es gibt zum Protokoll der letzten Sitzung keine Änderungswünsche.

3. PUVA-Kamm bei Psoriasis

Herr Dr. Greven hat die Thematik vorbereitet. Für die SFB wird die Ausarbeitung übernommen und bei SFB unter Stichwortverzeichnis A-Z unter U-UV-Kamm, P-PUVA/Psoriasis-Kamm, D-Dermatologie, Psoriasisbehandlung Kopf und K-Kamm eingestellt.

4. Begleitperson (Begutachtung im KHF - Ablehnung)

Wenn ein Auftrag im KHF vorhanden ist, DTA-Auftrag liegt vor, verbleibt der Auftrag zur Prüfung im KHF. Wenn kein KHF Auftrag vorliegt verbleibt der Fall in der SFB. Eine korrekte Prüfung der Sachlage ist eigentlich nur im Nachgang mit allen dann vorhandenen Unterlagen möglich. Daher wird erneut der Textbaustein betrachtet und korrigiert. Die MFB-Leitung KHF wird zum grundsätzlichen Vorgehen erneut befragt.

Hierzu wird mit dem MFB SV besprochen und festgelegt:

Vorabbegutachtung, Begleitperson ist noch nicht oder aktuell mit stationär aufgenommen - SFB mit Textbaustein wie konsentiert.

Versicherte(r) und die Begleitperson sind schon entlassen, die Behandlung ist abgeschlossen, unabhängig von einem DTA Auftrag, Begutachtung im Nachgang - Bearbeitung im KHF

Textbaustein, wie besprochen:

„Mit der „Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 KHG i. V. m. § 2 Abs. 2 KHGEntgG wurde eine bundeseinheitliche Regelung getroffen. Darin ist festgelegt, dass zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gehört. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt und dokumentiert dies in den Krankenunterlagen.

Bei der Prüfung der Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen ergibt sich die Notwendigkeit aus Umständen, die in der Person des vollstationär Behandlungspflichtigen Patienten begründet sein müssen und nicht in der mitaufgenommenen Person ursächlich sind. Hierbei ist insbesondere auf das Alter, schwerste und lebensbedrohliche Erkrankungen sowie auf das Vorliegen von Schwerstbehinderungen abzustellen. Grundsätzlich können diese medizinischen Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson anerkannt werden, wenn das Erreichen des Behandlungszieles maßgeblich von oder ständiger Anwesenheit der Begleitperson (also tags und nachts) abhängt.

Ergebnismitteilung an die Kasse (nur eine Antwort kann notiert werden, daher bitte auswählen):

1. Anhand der vorliegenden Unterlagen ist eine Einschätzung jedoch nicht möglich, da zum jetzigen Zeitpunkt Art und Umfang der erforderlichen Behandlung noch gar nicht feststehen.
2. Anhand der vorliegenden Unterlagen ist sozialmedizinisch nicht nachvollziehbar, dass die ständige Anwesenheit einer Begleitperson zwingend erforderlich ist. Im Rahmen einer nachgelagerten Prüfung (Krankenhausfallbegutachtung) können sich aber bei vollständig vorliegenden Unterlagen neue Erkenntnisse ergeben.
3. Dieser Einzelfall entspricht einer Ausnahmesituation, der die ständige Anwesenheit einer Begleitperson für die Behandlung erfordert und sozialmedizinisch nachvollziehbar begründet.

Selbstverständlich kann der MDK nach einer stationären Krankenhausbehandlung im Rahmen der Krankenhausfallbegutachtung Notwendigkeit, Art und Umfang der entsprechenden Behandlung, inklusive der Notwendigkeit der Aufnahme einer Begleitperson, prüfen und gutachterlich beurteilen.“

Weitere Vorlagen in der SFB sind auch:

- Stationäre Behandlung notwendig bei eigentlich klassisch ambulantem Behandlungsmodus
- Spezialprothese vor Implantation und stationärer Behandlung, Fragestellung nach Kostenübernahme des teuren Implantates.
- Kostenübernahme teurer Medikation während der Behandlung oder auch im Rahmen der Rehabilitation.

Hierfür können keine Strategien besprochen werden, diese Fragestellung wäre in der Sitzung ÄL, VL und MFB-L zu besprechen.

Ergebnis der AG SFB: für die Wahl des Implantates oder der Medikation ist der behandelnde Arzt verantwortlich, daher wird von einer abschließenden Einschätzung abgeraten. Es handelt sich um eine Mischkalkulation bei der DRG-Abrechnung.

Hinweis hierzu:

Nun ist der Volltext zum Urteil des LSG Dresden vom 26.02.2019 veröffentlicht worden. Auszug aus dem Volltext:

"... Aus den vorstehend skizzierten Grundsätzen zur Prüfung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlungen ergibt sich, dass eine Prüfung seitens des Krankenhauses vor/bei Aufnahme (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) und seitens der Krankenkasse regelmäßig erst danach (insb. nach Eingang der Abrechnung) - ggf. unter Beauftragung des MDK (§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1c SGB V) - vorgenommen wird. Für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der vom Krankenhaus erstellten Rechnung ergibt sich dies bereits aus der Natur der Sache. In diesem Sinne definieren die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR, Version 2019) in Abschnitt D002f die Hauptdiagnose als "Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Der Begriff nach Analyse bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war."

Sozialgericht Dresden S 25 KR 317/17 ER; Sächsisches Landessozialgericht [L 9 KR 691/17 B ER](#)

Es gibt den ICD-Scout, hier kann DRG- und OPS nachgesehen werden als kurze Info für die SFB geeignet. Link: <http://www.icd-code.de/> oder: <http://icdscout.de/?c=ICD2014&q=>

Hüft-TEP Implantation in der Schweiz, Privatklinik. Nun Vorlage in der SFB. Bei Satzungsleistungen immer wieder gleich Fragestellung nach Indikation und Kostenübernahme. Hierzu erfolgt dann die Rückfrage im KHF bzgl. Abrechnungsfragen. Auch IKK classic und TK fragen vermehrt danach. Da alle Verbünde betroffen sind und die Abrechnungsfragen eigentlich im KHF bearbeitet werden, wird erneut mit dem MFB SV Kontakt aufgenommen um hier ein abschließendes Bearbeitungsprozedere festzulegen. Die Fragestellungen der Kasse überfordern die Gutachter in der SFB zunehmend. Dies wird voraussichtlich auch in der nächsten Sitzung ÄL, VL, MFB-L besprochen.

5. Verschlüsselung der 130er-Anfragen

Gewählt werden soll als Anlasssschlüssel die vorrangige Frage der Krankenkasse. Bei mehrfachen Fragestellungen gilt nur Zweifel des Arbeitgebers als vorrangige Frage, die zwingend gewählt werden muss. Ansonsten kann der Gutachter festlegen, welches die vorrangige Frage der Krankenkasse ist, wenn dies nicht aus den Unterlagen hervorgeht oder die Assistentkraft bei der Kasse nachgefragt hat. Sollte der Fall aus der SFB ins BBZ geschickt werden, ist es die Aufgabe des SFB-Gutachters, die vorrangige Frage festzulegen. Hier empfiehlt sich die Formulierung einer Fragestellung, um Missverständnissen vorzubeugen. Einer Ausweitung der Fragestellung durch die Kasse kann nur bedingt gefolgt werden, je nach Anlass der Weiterleitung (Bsp. Frage nach Vorliegen des § 51 bei Weiterleitung zur Kurz-KU). Hinweis des Controllings: im vergangenen Jahr wurden zu viele Gutachten mit dem Anlasssschlüssel 130 mit dem falschen Ergebnis codiert. Dies erfolgt insbesondere falsch in der summarischen SFB, jedoch auch im Rahmen der AL- und KU-Begutachtung. Die Felder bei Anlasssschlüssel 130, die als Ergebnis zur Verfügung stehen, sind nicht grau hinterlegt. Nur diese Felder dürfen gestrichelt werden. Es sind in den ersten zwei Monaten über 300 Ergebnisse falsch notiert, dies betrifft vor allem die summarische SFB. Alle Gutachter werden erneut angehalten, bei der Fragestellung nach § 51, Anlasssschlüssel 130, richtig zu stricheln oder das richtige Ergebnis anzuklicken im Gutachten. Als Fragestellung ist die Frage der Kasse zu beantworten. Wir müssen anlassbezogen schlüsseln, nicht ergebnisbezogen. Gefragt wird auch, ob es möglich ist, dass die EDV so eingestellt werden kann, dass die Assistentkraft diese falschen Informationen nicht eingeben kann und dies direkt zur Fehlermeldung führt. Dann

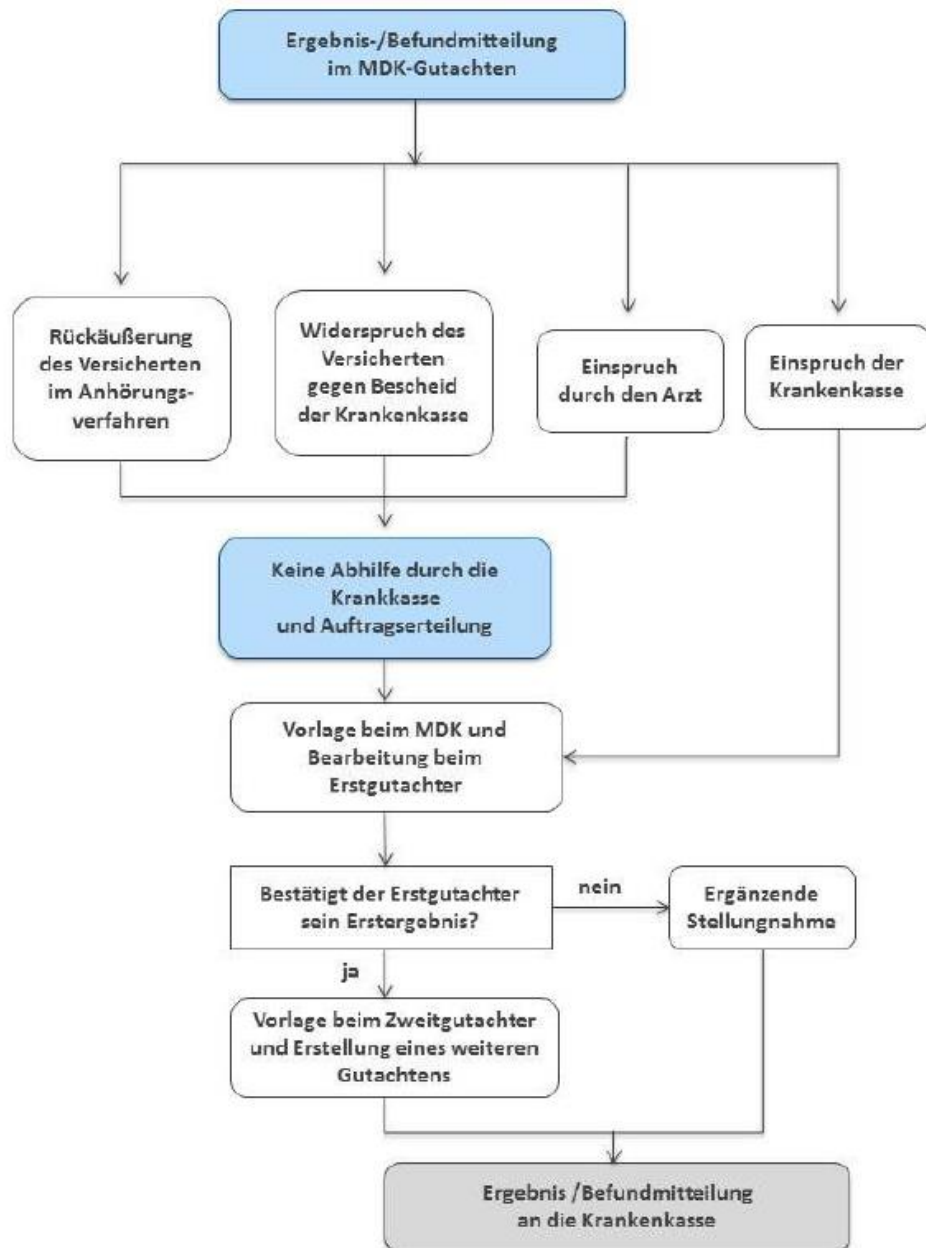
könnte durch kurze Rückinfo der Assistenzkraft an den betreffenden Gutachter die Problematik „im Keim erstickt werden“. Klärung erfolgte, keine Korrekturmöglichkeit vorhanden.

**6. Arztanfrage AU
 hier Gefährdung der EF/Rehabedarf**

Frage der Gutachter, ob die MDK-Arztanfrage ergänzt werden soll durch die Abfrage der Einschätzung der Gefährdung oder Minderung der EF beim Behandler. Diskussion hierzu erfolgt, Konsens, eine Erweiterung findet nicht statt. Dies sind die ureigene Einschätzung des MDK-Gutachters und seine Aufgabe, die nicht delegiert werden kann.

7. Widerspruchsbearbeitung/Zweitgutachter?

Erstvorlage beim MDK im Widerspruch, Ablehnung der KK ohne MDK-Beteiligung. Es erfolgt die Bearbeitung als Widerspruchsgutachten. Der Gutachter, der den Widerspruch bearbeitet, ist für weitere Fragestellungen, Nachfragen bei weiteren Informationen, zuständig. Ein Gutachterwechsel ist erforderlich, sollte dem Widerspruch nicht abgeholfen werden können. Der zweite Gutachter ist dann weiter zuständig (siehe [Begutachtungshilfe AU-Ende im Widerspruch](#), siehe [BGA-AU](#))



8. Familienversicherung

Ein Ablaufschema wird entworfen. Der Anlass der Begutachtung mit Schlüssel (099) wird erörtert. Das Ablaufschema soll die Bearbeitung erleichtern, ein Textbaustein wird vorbereitet für die nächste Sitzung zum Konsentieren. Das Ablaufschema ist für den Krankenkassensachbearbeiter geeignet und verdeutlicht die Voraussetzungen auf Seiten der Krankenkasse, die zur Leistungsberechtigung führen.

9. Fahrtkosten

Gefragt wurde nach der Versichertenanfrage, wer versendet und wohin. Gefordert wird die Versichertenanfrage über die Kasse mit Muster 86 und Rückinfo über MiMa/ZUM. Sollte die Anfrage nicht beantwortet werden ist der Gutachter gehalten, mit den vorliegenden Unterlagen die Begutachtung abzuschließen. Ggf. kann die Kasse über die Mitwirkungspflicht tätig werden, der MDK hat keine weiteren Möglichkeiten.

10. Nutzung des Mailpostfachs MFB Arbeitsunfähigkeit

Ab sofort werden alle gebeten die Anfragen an die MFB-AU-Leitung an das Mailpostfach arbeitsunfaehigkeit@mdk-nordrhein.de zu schicken. Hintergrund ist die Bearbeitung der Anfragen nach Verfügbarkeit durch Frau Dr. Garbrock oder Frau Dr. Jovasevic, Vertretung der MFB-Leitung.

11. Sonstige

Wenn die SFB AA nicht beantwortet wird, bitte Meldung an den Fachbereich oder an Frau Börgartz, diese Informationen werden hier gesammelt und an Herrn Kirch und Herrn Dr. Thiele weitergeleitet. Ein Gespräch mit der KV NO zum Thema Auskunftspflicht/Informationsrecht des MDK war besprochen. Dafür werden Informationen notwendig sein, die über den Fachbereich zur Verfügung gestellt werden sollen.

Auf die nächste Sitzung verschoben ist das Vorbereiten der Arbeitshilfe Kurzzeitpflege.

Dr. Kerstin Garbrock

Köln, 16.04.2019