

# Klassifikation sozialmedizinischer Leistungen nach Produktgruppen

Katalog der Produkte der Medizinischen Dienste



**In der Fassung vom 25. Oktober 2023**  
Gültig ab 1. Januar 2024

## *Inhaltsverzeichnis*

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Präambel .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2. Einleitung.....</b>   | <b>4</b>  |
| 2.1 Produkte .....  | 4         |
| 2.2 Definition der gutachtlichen Leistung.....  | 5         |
| 2.3 Übersicht über die Inhalte der Produktgruppen .....   | 6         |
| 2.4 Ausschlusskriterien .....   | 6         |
| <b>3. Produktgruppe S – Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS – nicht fallabschließend).....</b>        | <b>7</b>  |
| 3.1 Definition .....  | 7         |
| 3.2 Erläuterungen .....   | 7         |
| 3.3 Begleitung / Beratung von Auftraggebern zu Einzelfällen in Sozialgerichtsverfahren .....            | 7         |
| <b>4. Produktgruppe I – Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS – fallabschließend).....</b> | <b>8</b>  |
| 4.1 Definition .....  | 8         |
| 4.2 Erläuterungen .....   | 8         |
| 4.3 Fallkonferenzen .....   | 8         |
| <b>5. Produktgruppe II – Sozialmedizinisches Gutachten (SGA – fallabschließend) .....</b>               | <b>9</b>  |
| 5.1 Definition .....  | 9         |
| 5.2 Fallkonferenzen .....   | 9         |
| <b>6. Produktgruppe III – Sozialmedizinische Beratung.....</b>  | <b>10</b> |
| 6.1 Definition .....  | 10        |
| 6.2 Erläuterungen .....   | 10        |
| 6.3 Erledigungsarten der Produktgruppe III – Sozialmedizinische Beratung .....                          | 10        |
| 6.4 Ausschlusskriterien .....   | 11        |
| 6.5 Dokumentation .....   | 11        |
| 6.6 Grundsatzgutachten - Systematik.....  | 12        |
| <b>7. Glossar und ergänzende Hinweise .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>8. Anlage zum Katalog der Produkte der Medizinischen Dienste .....</b>                               | <b>16</b> |

## 1. *Präambel*

Der Medizinische Dienst ist der fachlich unabhängige sozialmedizinische Begutachtungs- und Beratungsdienst für die gesetzliche Kranken- und die soziale Pflegeversicherung und anderer Auftraggeber.

Kernaufgabe des Medizinischen Dienstes ist, sozialmedizinische Fragestellungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie deren Bundes- und Landesorganisationen kompetent und zeitnah zu beantworten. Die Grundlage für die Beauftragung des Medizinischen Dienstes und genauso für dessen Dienstleistung ist das Sozialgesetzbuch. Dieses umreißt die Auftragsfelder der Kassen und die Arbeitsgebiete der Medizinischen Dienste. Eine differenzierte Ausgestaltung erfolgt durch andere verbindliche Vorgaben, z. B. die Begutachtungsrichtlinien.

Die Produkte der Medizinischen Dienste sind ihre Begutachtungs- und Beratungsleistungen. Aufgrund des immateriellen Charakters handelt es sich hierbei um Dienstleistungen. Diese sind den Geboten der Qualität, der Humanität und Wirtschaftlichkeit verpflichtet (§§ 12 und 70 SGB V).

Zentrales Anliegen dieses Produktkatalogs ist die Sicherstellung eines einheitlichen Produktverständnisses in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste.

In den Beschreibungen soll der besondere Charakter der verschiedenen Produkte inkl. der Produktmerkmale deutlich werden. Die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes müssen das Produkt auswählen, welches aus ihrer fachlich unabhängigen gutachterlichen Sicht der Fragestellung des Auftraggebers am besten gerecht wird.

Die Unterarbeitsgruppe „Produkte/Audits“ der O3 „Controlling“ hat Definitionen erstellt, welche gleichzeitig den Anforderungen der Auftraggeber und den Erfordernissen der einzelnen Medizinischen Dienste entsprechen. Hierbei wurden die unterschiedlichen Eigenentwicklungen einzelner Medizinischer Dienste eingebunden. Die in der Anlage zum Produktkatalog aufgeführten Merkmale in den einzelnen Anlassbereichen sind Mindestmerkmale zur Abgrenzung der Produkte. Weitere notwendige Inhalte können im Rahmen von Richtlinien u.ä. notwendig werden.

Der Produktkatalog wurde erstmals in der Geschäftsführer-Konferenz im Dezember 2002 beschlossen und ist seitdem u.a. Grundlage für das Berichtswesen in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. Der Katalog wurde seitdem unter Einbindung von Mitarbeitenden der Medizinischen Dienste regelmäßig aktualisiert. Auch bei den Richtlinien zur Personalbemessung spielt der Produktkatalog eine wichtige Rolle, weil nur auf Basis standardisierter Produkte eine belastbare Berechnung und Planung des Personals erfolgen kann.

Die Änderungen der aktuellen Version wurden notwendig, da das Produkt "Sozialmedizinische Fallberatung" (SFB) infolge der gestiegenen gesetzlichen Anforderungen nach dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) kaum noch vom Kurzgutachten abgrenzbar war. Auch die Doppelbelegung der Bezeichnung „SFB“ - einerseits für das Produkt, andererseits für den Beratungsprozess bei der Kasse - wird mit dieser Version behoben. Das Ergebnis ist eine Verschlankung der Produktpalette mit Änderungen der Produktbezeichnungen.

Die hier vorliegende Version des Produktkataloges inkl. Anlage wurde am TT.MM.2023 von der Konferenz der Vorständinnen und Vorstände abgenommen. Sie tritt zum 01.01.2024 in Kraft.

## 2. Einleitung

### 2.1 Produkte

Produkte im Sinne dieses Kataloges sind alle Leistungen der sozialmedizinischen / pflegerischen Begutachtung und Beratung.

Interne Leistungen, die ebenfalls zur Wertschöpfung beitragen, wie z.B. MD-interne Qualitätssicherung, MD-interne Schulungen, organisatorische Absprachen in den SEG und Multiplikatorenseminare, werden hier nicht beschrieben. Auch die Arbeit in O-Gruppen, Ü-Gruppen, MD-IT ist nicht Inhalt des Produktkataloges.

Zu unterscheiden ist zwischen versichertenbezogenen gutachtlichen Stellungnahmen zum Einzelfall einerseits (Produktgruppe S, I und II) und in einzelfallübergreifenden Grundsatz-Stellungnahmen und -Beratungen (Produktgruppe III).

Folgende vier Produkte gibt es:

- Die **Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS – nicht fallabschließend) = Produktgruppe S** dient der Auswahl und Konkretisierung von Begutachtungsaufträgen, der Festlegung notwendiger Informationen und/oder der weiteren Bearbeitung im Medizinischen Dienst. Sie beinhaltet keinen Fallabschluss, aber eine Information zur Steuerung (z.B. weitere Ermittlungen notwendig, zur Begutachtung empfohlen) an den Auftraggeber.
- Die **Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS – fallabschließend) = Produktgruppe I** ist eine kurze, schriftliche, ergebnisorientierte fallabschließende Form der sozialmedizinischen Bearbeitung, welche dem Auftraggeber eine Leistungsentscheidung durch ein abschließendes Ergebnis ermöglicht.
- Das **Sozialmedizinische Gutachten (SGA - fallabschließend) = Produktgruppe II** enthält über die Anforderungen der SGS hinaus weitere Bestandteile und stellt eine ausführlichere, schriftliche, einzelfallbezogene sozialmedizinische fallabschließende Stellungnahme dar.
- Die **Sozialmedizinische Beratung = Produktgruppe III** erfolgt ohne personalisierten Auftrag. Dazu gehören zum Beispiel Grundsatzberatungen, Konzept- und Strukturprüfungen, Teilnahme an Gremien und Ausschüssen, Zuarbeit bei der Richtlinienerstellung des MD Bund, Anonymisierte Fallberatung, usw.

Die **Anlässe** der Begutachtung sind im „Handbuch Berichtswesen“ festgelegt. Derzeit gibt es folgende **Anlassgruppen**:

- Arbeitsunfähigkeit
- Krankenhausleistungen
- Ambulante Leistungen
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung
- Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation
- Pflege
- Hilfsmittel GKV
- Ansprüche gegenüber/von Dritten (Ersatzansprüche, Regress)
- Sonstiges

Fallrückgaben und Stornos sind keine Produkte im Sinne dieses Produktkataloges – siehe auch Glossar.

## **2.2 Definition der gutachtlichen Leistung**

Einheitliche Produktdefinitionen sind eine wesentliche Grundlage für ein gemeinsames Berichtswesen und die Möglichkeit von Vergleichen. Unabdingbare Voraussetzung ist hierfür eine einheitliche Definition der gutachtlichen Leistungen. Dazu gehören sowohl die quantitative Erfassung als auch eine Dokumentation des zeitlichen Aufwands. Erforderlich ist immer eine genaue Festlegung des Umfangs der Tätigkeiten, welche bei der Zeiterfassung einzubeziehen bzw. auszuschließen sind.

In Abhängigkeit vom Produkt werden folgende Prozessschritte – sofern angefallen – einbezogen:

- Die Bewertung der Unterlagen durch die/den Gutachter/in
- Das Gespräch mit dem Versicherten und Angehörigen
- Das Einholen von Stellungnahmen bei Fachgutachtern
- Das Einholen weiterer Informationen z. B. bei Leistungserbringern, Kostenträgern
- Literaturrecherchen
- Die Untersuchung des Versicherten
- Schreibearbeiten der Gutachterin/des Gutachters im Zusammenhang mit der Gutachtenerstellung
- Diktat, Überprüfung und Korrekturen des Gutachtens
- Die Freigabe des Gutachtens
- Wegezeit

Gutachtlich tätig sind z.B.:

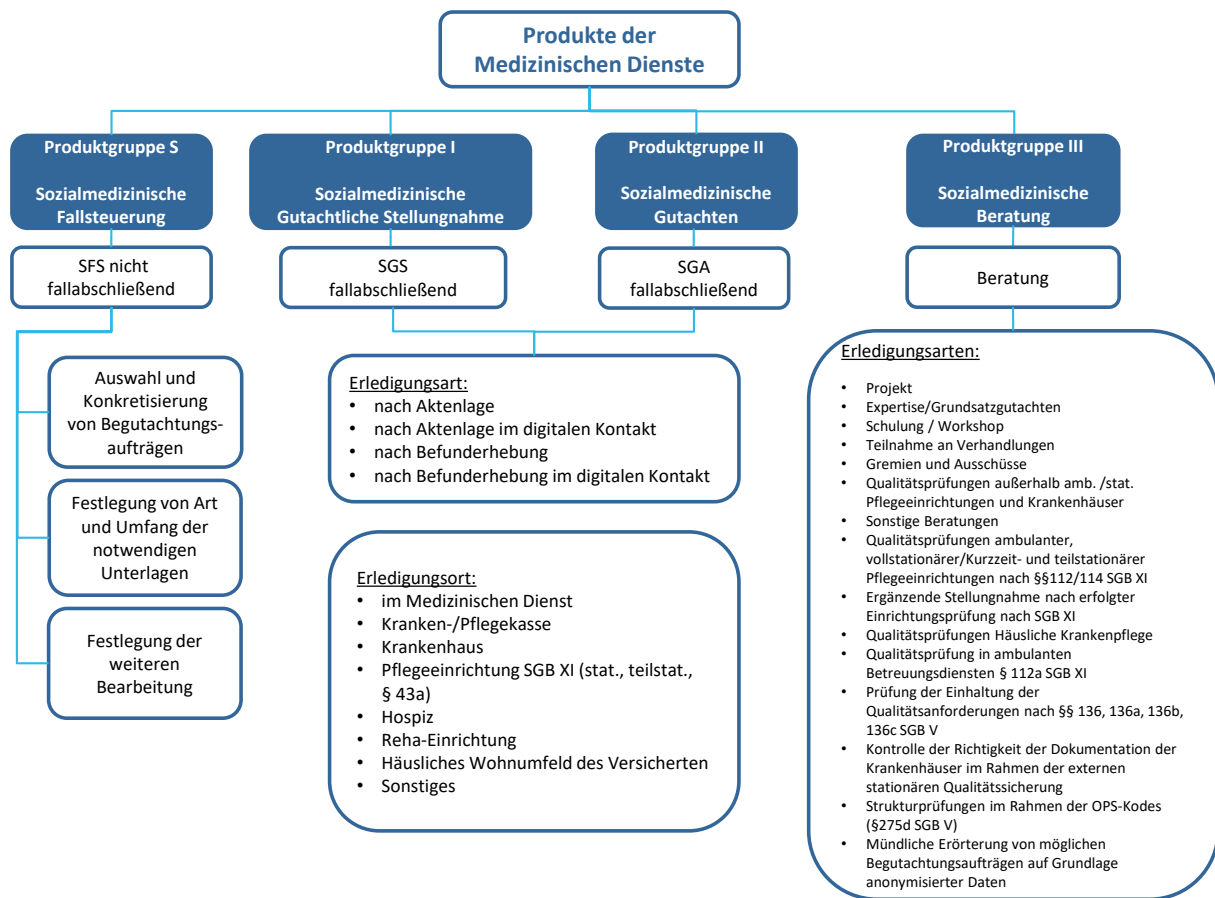
- Ärztinnen und Ärzte
- Zahnärztinnen und Zahnärzte
- Nichtärztliches Personal in Heil- und Gesundheitsberufen (z.B. Psychologinnen und Psychologen, Apothekerinnen und Apotheker, Orthopädietechnikerinnen und Orthopädietechniker, Orthopädieschuhmacherinnen und Orthopädieschuhmacher...)
- Pflegefachkräfte
- Kodierfachkräfte

Zusätzlich zur Begutachtung können für die Gutachterin/den Gutachter administrative Tätigkeiten anfallen, die nicht zur Produkterstellung gehören, wie z. B.

- Routenplanung
- Statistische Erfassung
- Rechnungsstellung (z.B. bei Begutachtungen für Dritte)

Nicht erfasst werden alle Aufgaben, die durch Assistenzkräfte erbracht werden.

## 2.3 Übersicht über die Inhalte der Produktgruppen



Die Mindestbestandteile der Produkte sind in der Anlage definiert.

## 2.4 Ausschlusskriterien

Einzelne Bearbeitungsschritte stellen für sich alleine kein Produkt dar. Dies sind insbesondere:

- Transport von Akten aus der Kassenberatung
- Verteilen der Post/von Akten an Fachgutachter
- Telefonate innerhalb des Medizinischen Dienstes
- Weiterleitung des Auftrages innerhalb des Medizinischen Dienstes
- Fallbesprechungen/Rücksprachen mit anderen Gutachtern
- Telefonate mit Behandlern/Versicherten/Krankenkassen/Pflegekassen
- Gegenlesen von Gutachten
- Durch- oder Irrläufer
- Sichtung eines Widerspruchs durch den Erstgutachter
- Mündliche Auskunft und Erörterung zu einer abgeschlossenen oder laufenden Stellungnahme ohne neue Fragestellung
- Terminvergabe
- Information an Kasse über Nichterscheinen des Versicherten
- Mitteilungen zum Bearbeitungsstand/zum Fehlbesuch
- Rückgabe des Auftrags ohne gutachterliche Stellungnahme
- Leistungen, die von Verwaltungs-/Assistenzkräften erbracht werden.

### **3. Produktgruppe S – Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS – nicht fallabschließend)**

#### **3.1 Definition**

Die **Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS)** dient

- der Auswahl und Konkretisierung von Begutachtungsaufträgen,
- der Festlegung notwendiger Informationen und/oder
- der Festlegung der weiteren Bearbeitung durch den Medizinischen Dienst.

Die SFS erfolgt personalisiert.

#### **3.2 Erläuterungen**

Ist eine abschließende Beurteilung des personalisierten Begutachtungsauftrages nicht möglich, handelt es sich um eine „**Sozialmedizinische Fallsteuerung**“ (SFS – nicht fallabschließend) = **Produktgruppe S**. Es werden weitere Ermittlungen und/oder die Bearbeitung des vorgelegten Falles (z. B. Begutachtung) im Medizinischen Dienst veranlasst und dem Auftraggeber das Ergebnis mitgeteilt. Eine Mitteilung an den Leistungserbringer erfolgt nicht. Die Bearbeitung erfolgt nach Aktenlage.

#### **3.3 Begleitung / Beratung von Auftraggebern zu Einzelfällen in Sozialgerichtsverfahren**

Analog der Dokumentation von Fallkonferenzen ist der Aufwand bei der Begleitung/Beratung von Auftraggebern zu Einzelfällen im Sozialgerichtsverfahren in der Produktgruppe S als Sozialmedizinische Fallsteuerung zu erfassen.

## **4. Produktgruppe I – Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS – fallabschließend)**

### **4.1 Definition**

Die **Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS – fallabschließend)** = **Produktgruppe I** ist eine kurze, einzelfallbezogene schriftliche ergebnisorientierte Form der sozialmedizinischen Bearbeitung, die dem Auftraggeber eine Leistungsentscheidung ermöglicht. Die SGS ist eine einzelfallbezogene Stellungnahme, die nicht alle Anforderungen an ein Sozialmedizinisches Gutachten (SGA) erfüllt.

### **4.2 Erläuterungen**

Die Bearbeitung erfolgt nach Aktenlage oder als Aktenlage im digitalen Kontakt sowie nach Befunderhebung oder als Befunderhebung im digitalen Kontakt in Form einer schriftlichen Stellungnahme, welche nicht den formalen Kriterien eines Sozialmedizinischen Gutachtens (SGA) entspricht.

Es gibt folgende Begutachtungsarten:

- Erstbegutachtung
- Begutachtung nach Höher- und Rückstufungsantrag (nur Pflegebegutachtung)
- Wiederholungsbegutachtung (nur Pflegebegutachtung)
- Folgebegutachtung
- Widerspruchsbegutachtung
- Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren

### **4.3 Fallkonferenzen**

Fallkonferenzen sind einzelfallbezogene Besprechungen mit mehr als zwei beteiligten Parteien (z. B. Kasse / Kassenverband / Medizinischer Dienst und/oder Leistungserbringer, ggf. andere Leistungsträger). Es werden hierbei Fälle beraten. Das Ergebnis kann z. B. eine SGS mit Beteiligung von Vertretern der Krankenkasse und des Leistungserbringers sein.



## 5. **Produktgruppe II – Sozialmedizinisches Gutachten (SGA – fallabschließend)**

### 5.1 **Definition**

Das **Sozialmedizinische Gutachten (SGA - fallabschließend) = Produktgruppe II** ist eine schriftliche einzelfallbezogene Stellungnahme, die alle in der Anlage zum Produktkatalog definierten Mindestanforderungen erfüllt. Das Sozialmedizinische Gutachten kann nach Aktenlage oder als Aktenlage im digitalen Kontakt sowie nach Befunderhebung oder als Befunderhebung im digitalen Kontakt erstellt werden.

Es gibt folgende Begutachtungsarten:

- Erstbegutachtung
- Begutachtung nach Höher- und Rückstufungsantrag (nur Pflegebegutachtung)
- Wiederholungsbegutachtung (nur Pflegebegutachtung)
- Folgebegutachtung
- Widerspruchsbegutachtung
- Begutachtung im Sozialgerichtsverfahren

### 5.2 **Fallkonferenzen**

Fallkonferenzen sind einzelfallbezogene Besprechungen mit mehr als zwei beteiligten Parteien (z. B. Kasse/Kassenverband/Medizinischer Dienst und/oder Leistungserbringer und ggf. andere Leistungsträger). Das Ergebnis kann z. B. ein Sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage sein, das nach einer Falldiskussion mit Beteiligung von Vertretern der Krankenkasse und des Leistungserbringers erstellt wird.

## 6. Produktgruppe III – Sozialmedizinische Beratung

### 6.1 Definition

Eine **sozialmedizinische Beratung** erfolgt **ohne personalisierten Auftrag**. Das ist das zentrale Unterscheidungsmerkmal zu Produkten der Produktgruppen S, I und II.

### 6.2 Erläuterungen

In Produktgruppe III gehören zum Beispiel Grundsatzberatungen, Strukturprüfungen, Anonymisierte Fallberatungen, Prüfungen nach § 114 SGB XI, Beratungen des BfArM, Richtlinienarbeit. Sie erfolgen im Auftrag der gesetzlichen Kranken- oder Pflegekassen bzw. ihrer Verbände sowie sonstiger Auftraggeber (z. B. Ministerien). Sie dienen der Erörterung und Abwägung mit abschließender Empfehlung in mündlicher und/oder schriftlicher Form.

Die schriftliche Beratung kann in formalisierter oder freier Gestaltung erstellt werden. Der einzelne Auftrag bestimmt die Ausgestaltung und den Umfang der sozialmedizinischen Stellungnahme (z. B. G-Systematik der Grundsatzgutachten).

### 6.3 Erledigungsarten der Produktgruppe III – Sozialmedizinische Beratung

- Projekt
- Expertise (z. B. Grundsatzgutachten, Konzeptprüfung)
- Schulung und Workshop
- Teilnahme an Verhandlungen
- Gremien und Ausschüsse (z. B. G-BA und Fachgruppen LQS, BQS, BfArM, Arbeitsgruppen zur Richtlinienarbeit)
- Qualitätsprüfung – außer ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser
- Tätigkeit in Kompetenzeinheiten, sofern ein Auftrag eines externen Auftraggebers vorliegt
- Sonstige Beratungstypen
- Qualitätsprüfung ambulante Pflegeeinrichtung gemäß §112/114 SGB XI
- Qualitätsprüfung vollstationäre Pflegeeinrichtung/Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß §112/114 SGB XI
- Qualitätsprüfung teilstationäre Pflegeeinrichtung gemäß §112/114 SGB XI
- Ergänzende Stellungnahme nach erfolgter Einrichtungsprüfung nach SGB XI
- Qualitätsprüfungen Häusliche Krankenpflege
- Qualitätsprüfung in ambulanten Betreuungsdiensten nach § 112a SGB XI
- Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden (§275a SGB V)
- Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung) (§275a SGB V)
- Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen) (§275a SGB V)
- Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus) (§275a SGB V)
- Prüfung der Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136c SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus) (§275a SGB V)
- Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung. (§275a SGB V)
- Prüfung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes“ (§275d SGB V)

- Mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen auf Grundlage anonymisierter Daten

#### **6.4 Ausschlusskriterien**

Nicht zu berücksichtigen sind **MD-interne und organisatorische Tätigkeiten**, z.B.:

- Mitarbeit in Arbeitsgremien des Medizinischen Dienstes (einschließlich Kompetenzeinheiten) zum Beispiel zur Erstellung von Begutachtungsfäden
- Maßnahmen der Qualitätssicherung
- Multiplikatorenseminare
- Interne Schulungen und Beratungen
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildung von Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes
- Konzeptionelle Tätigkeit für die Entwicklung des eigenen Unternehmens
- Ausarbeitung interner Organisationsanweisungen
- Bearbeitungshinweise
- Besprechungen mit Kassen bzw. –verbänden, die nicht allgemeine (sozial-) medizinische Fragen betreffen, z. B. zu organisatorischen Fragen der Zusammenarbeit

#### **6.5 Dokumentation**

Die Dokumentation muss folgende Parameter abbilden:

- Eingangsdatum
- Eindeutige Identifizierung eines Auftrags / Auftragsnummer
- Auftraggeber
- Anlassgruppe
- Erledigungsart, z. B. Gremienarbeit, Schulungen, Projektarbeit u. a.
- Beteiligte Mitarbeitende
- Zeitaufwand
- Abschlussdatum/Freigabedatum

Weitere Angaben können erforderlich sein, wenn Gesetze und/oder Richtlinien (z.B. StrOPS und GBA-Qualitätskontrollen) das vorgeben.

## 6.6 Grundsatzgutachten - Systematik

Für die Bearbeitung von medizinischen Grundsatzfragen ist nachfolgende Systematik in InfoMeD eingestellt. Sie regelt die Erstellung von Grundsatzgutachten zwischen MD Bund und den Medizinischen Diensten.

|            | Kurzbezeichnung  | Legende   | Aufwand<br>(Angaben zur Orientierung) <sup>1</sup>    | Review   | Abfrage Kundenzufriedenheit                       |
|------------|--|---|---|--|---|
| <b>G-1</b> | Gutachterliche Stellungnahme                                   | <p>Bearbeitung eines gut abgrenzbaren Sachverhalts, i.d.R. schriftlich; Reviews, Projekt-, Ideenskizzen</p> <p>Hier können auch Aktivitäten mit vergleichbarem Aufwand, etwa Fachvorträge oder telefonische Beratungen mit besonderem Aufwand erfasst werden</p> <p>Grundlage können z.B. bei einer Methodenbewertung sein: vorgelegte Unterlagen, systematische Reviews, z. B. Cochrane, Leitlinien etc.</p>               | 0,5 - 5 PT  | Nicht obligat  | Nicht erforderlich                                |
| <b>G-2</b> | Eingehende Gutachterliche Stellungnahme                        | <p>Ausführliche schriftliche Stellungnahme</p> <p>In der Regel betrifft diese die fachliche Bewertung einer Methode oder eines Vorgehens, eines Projektes, eines Vertrages o. ä. Hier können auch Ausführungen zur Konzeptentwicklung oder zu Projektplanungen erfasst werden</p> <p>Für Methodenbewertungen ist eine eigene Literaturrecherche erforderlich; die Strukturierung nach P41 wird empfohlen</p>                | - 25 PT   | In der Regel, Ausnahmen themenabhängig (s. Anhang Reviews) | erforderlich                                      |
| <b>G-3</b> | Umfassende Gutachterliche Stellungnahme                        | <p>Umfassendes schriftliches Gutachten</p> <p>z.B. Methodenbewertung (HTA), Grundsatzgutachten oder Ausarbeitungen mit vergleichbarem Aufwand; Erarbeitung detaillierter Konzepte</p> <p>Vorgehen nach P41 bei Methodenbewertung obligat<br/>Eigene systematische Literaturrecherche erforderlich<br/>Ggfs. Eigene Berechnungen</p>   | > 25 PT   | Für Methodenbewertung verpflichtend (s. Anhang Reviews)    | erforderlich                                      |
| <b>G-4</b> | Gremienarbeit / Systemberatung                                 | <p>Inkl. Unteraufträge, die sich aus der Gremienarbeit ergeben, die aber nicht das ganze Gremium betreffen und zeitlich begrenzt sind</p> <p>Hier kann z.B. auch die Teilnahme an Vertragsverhandlungen bzw. die Durchführung von Schulungen erfasst werden.</p>  |   | entfällt   | In der Regel durch Rückkoppelung mit Auftraggeber |
| <b>G-5</b> | Grundlagen und Weiterentwicklung der Begutachtung und Beratung | <p>Mitarbeit an Begutachtungsanleitungen, Arbeitshilfen u.ä. zur Steuerung der Begutachtung in der MDK-Gemeinschaft Unter Beachtung der Formalia bzgl. Auftrag, Abstimmung und Beschlussfassung (u.a. „Vorgaben“)</p> <p>Auch Organisation von Veranstaltungen im Sinne von „Multiplikatoren-Seminaren“</p> <p>Konzepte und Projekte, z.B. zur Qualitätssicherung, zum Controlling oder zur Evaluation der Begutachtung</p> | Je nach Auftrag und abhängig von Abstimmungsverfahren | Entfällt (wird durch Abstimmungsprozess gewährleistet)     | In der Regel durch Rückkoppelung mit Auftraggeber |

<sup>1</sup> Orientierung für Einstufung ist der Gesamtaufwand für Auftrag; der Teilaufwand für eine beteiligte Kompetenzeinheit kann geringer sein

## 7. *Glossar und ergänzende Hinweise*

### **Anlass**

Bereich/Anlassschlüssel, welchem die Fragestellung des Auftraggebers zuzuordnen ist.

### **Auftrag** (einzelfallbezogen)

Versichertenbezogene Anfrage eines Auftraggebers: Diese kann sowohl eine oder mehrere Fragen beinhalten. Auch bei mehreren Fragen zu einem oder verschiedenen Anlässen ist nur ein Auftrag zu zählen. Stellt ein Auftraggeber in einem Auftrag zu einem Einzelfall mehrere Fragen, welche verschiedene Anlässe betreffen, ist die im Vordergrund stehende Fragestellung zu verschlüsseln.

Ein Auftrag kann wie folgt bearbeitet werden:

- Storno/Rückgabe
- Fallsteuerung oder
- fallabschließendes Produkt.

### **Auftraggeber-Frage**

Konkret formulierte Frage des Auftraggebers an den Gutachter (z. B. ist die Arbeitsunfähigkeit begründet, sind die Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V gegeben, ist eine bestimmte Wohnumfeld-verbessernde Maßnahme erforderlich).

### **Erledigungsart**

Verfahren, mit welchem ein Begutachtungs- oder Beratungsauftrag bearbeitet bzw. erledigt wird.

- Bei versichertenbezogenen Begutachtungen
  - Begutachtung nach Aktenlage
  - Begutachtung nach Aktenlage im digitalen Kontakt
  - Begutachtung nach Befunderhebung
  - Begutachtung nach Befunderhebung im digitalen Kontakt
- Bei der sozialmedizinischen Beratung z. B.
  - Gremienarbeit
  - Teilnahme an Verhandlungen und Beratungen
  - Weitere Erledigungsarten (siehe Punkt 8)

### **Fallabschließend**

Wenn der Auftraggeber aus der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eine leistungsrechtliche Entscheidung ableiten kann.

### **Fallrückgaben/Stornos**

Das ist die Rückgabe eines Auftrags an den Auftraggeber ohne die Erstellung eines Produkts im Sinne des Produktkatalogs, z. B. bei

- Stornierung durch den Auftraggeber
- angeforderten, aber nicht/nicht vollständig erhaltenen Unterlagen
- mehrfach erteiltem Auftrag bzw. mit derselben Fragestellung bei schon bearbeitetem Auftrag
- Fallzusammenführung im Rahmen der Krankenhausbegutachtung, ggf. Streichung eines Auftrages
- Auftrag außerhalb der Zuständigkeit des eigenen Medizinischen Dienstes
- fehlender Mitwirkung/Erreichbarkeit des Antragstellers (z. B. keine Befunderhebung möglich)

### **GVWG**

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, kurz GVWG, wurde dem § 275 SGB V folgender Absatz angefügt:

„(6) Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung

und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.“

In § 277 Abs. 1 werden die Sätze 1 bis 3 durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen. Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer, über dessen Leistung er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen; dies gilt bei Prüfungen nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 nur, wenn die betroffenen Versicherten in die Übermittlung an den Leistungserbringer eingewilligt haben. Fordern Leistungserbringer nach der Mitteilung nach Satz 2 erster Halbsatz mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet. Der Medizinische Dienst hat den Versicherten die sie betreffenden Gutachten nach § 275 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 schriftlich oder elektronisch in vollständiger Form zu übermitteln.“

| Mitteilungspflichten nach § 277 SGB V                      |   |  |                                      |  |
|--|---|--|--------------------------------------|--|
| Produkt  | Sozialmedizinische Fallsteuerung<br>SFS <b>ohne</b> Fallabschluss | Sozialmedizinische gutachtliche Stellungnahme<br>SGS <b>mit</b> Fallabschluss  | Sozialmedizinisches Gutachten<br>SGA | Produktgruppe III<br>Anonymisierte Fallberatung<br>(Erledigungsart 40) |
| Ergebnismitteilung an die Krankenkasse                     | Schriftlich / Elektronisch  | Schriftliche Ergebnismitteilung und wesentliche Gründe   |                                      | Mündlich   |
| Ergebnismitteilung an Leistungserbringer                   | Nein  | Verpflichtend in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht*, ansonsten möglich. |                                      | Nein   |
| Mitteilung der „wesentlichen Gründe“ an Leistungserbringer | Nur mit Einverständnis der Versicherten                           | Nur mit Einverständnis der Versicherten, außer bei Prüfungen nach §275c**  |                                      | Nein   |
| Übersendung des Gutachtens an die Versicherten             | Nein  | Nur bei Behandlungsfehlervermutung gem. § 66 SGB V*  |                                      | Nein   |

\* Ergebnismitteilung an Leistungserbringer im Fall von Behandlungsfehlervermutung durch den Versicherten (§66 SGB V) nur mit Zustimmung des Versicherten möglich  
 \*\* bei Prüfungen nach §275c ist ein Einverständnis des Versicherten nicht notwendig

### Laufzeit

Der Beginn der Laufzeit ist das Datum des Auftragseingangs, das Ende ist das Datum des Versands des fertig gestellten Produkts. Die Laufzeit errechnet sich aus dem Tag des Postausgangs minus dem Tag des Posteingangs. Bei taggleicher Erledigung beträgt die Laufzeit damit 0 Tage. In der Laufzeit werden fremdverschuldete Verzögerungen, in welchen der Medizinische Dienst nicht tätig werden kann, miterfasst. Bei Bedarf kann die Laufzeit minus fremdverschuldete Verzögerung ermittelt werden, z.B.:

| Fremdverschuldete Verzögerung   | Messpunkte von – bis (Datum)                  |
|---|---|
| Unterlagen nicht vollständig  | Zeit von Unterlagenanforderung bis - eingang  |
| Absage oder Verschiebung des Termins durch Versicherte / durch Leistungserbringer | ursprünglicher Termin bis realisierter Termin |

### **Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen**

Bei den Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen wird unterschieden nach:

- Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI
  - Regelprüfung
  - Anlassprüfung
  - Wiederholungsprüfung
- Qualitätsprüfungen teilstationärer Pflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI
  - Regelprüfung
  - Anlassprüfung
  - Wiederholungsprüfung
- Qualitätsprüfungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen/Kurzzeitpflegeeinrichtungen gemäß §§ 112/114 SGB XI
  - Regelprüfung
  - Anlassprüfung
  - Wiederholungsprüfung

8. *Anlage zum Katalog der Produkte der Medizinischen Dienste*

## **Abgrenzung der Produkte**

- **Sozialmedizinische Gutachtliche  
Stellungnahme (SGS)**
- **Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)**



## **Inhalt**

### Vorbemerkungen

1. Arbeitsunfähigkeit
2. Krankenhausleistungen
  - 2.1. Krankenhausleistungen ohne Abrechnung\* nach DRG oder PEPP
  - 2.2. Krankenhausleistungen mit Abrechnung\* nach DRG oder PEPP
3. Ambulante Leistungen
4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/Arzneimittelversorgung
5. Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation
6. Pflege SGB XI
  - 6.1. Pflegebedürftigkeit, sofern nicht eine Bearbeitung im Rahmen des Formulargutachtens entsprechend Richtlinie vorgeschrieben ist
  - 6.2. Sonstige Fragen zur Pflege, z. B. Pflegehilfsmittel, Wohnumfeld-verbessernde Maßnahmen
7. Hilfsmittel GKV
8. Anlassgruppe 800 nicht belegt
9. Ansprüche gegenüber/von Dritten
  - 9.1. Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler
  - 9.2. Übrige Ansprüche gegenüber/von Dritten
10. Sonstige Anlässe

Produktgruppe S: Fallsteuerung

### **Vorbemerkungen**

Die Anlage zum Produktkatalog ist verbindlich für alle Medizinischen Dienste. Jeder Medizinische Dienst hat seine Produkte an Hand der Abgrenzungskriterien korrekt einzustufen.

Die zu den einzelnen Produkten der Medizinischen Dienste aufgeführten Produktbestandteile sind lediglich formale **Mindestanforderungen** an das jeweilige Produkt. Unabhängig davon sind für einige Anlässe weitere Kriterien aufgrund von Begutachtungsanleitungen und/oder Richtlinien zu beachten (z. B. Berücksichtigung der Pflegebegutachtungsrichtlinie).

Die Anlassgruppe 800 ist nicht belegt. Punkt 8 ist daher als Übersicht nicht aufgeführt.

| <b>1. Arbeitsunfähigkeit</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Bestandteile</b>  | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers zur AU  | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden und für die aktuelle AU relevanten Unterlagen  |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts  | X  |  |
| Ausführliche Angaben zum Sachverhalt z.B.:<br>Anamnese / wesentliche Fremdanagen<br>Befunde / Ergebnisse der Funktionsdiagnostik, Leistungsvermögen<br>Therapie<br>vorangegangene Reha- und Rentenverfahren. GdB / Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit |  | X  |
| AU begründende Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text  |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers   |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)   | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis in Abhängigkeit vom Anlass, z.B. Abgleich des Leistungsvermögens mit dem Anforderungsprofil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, Einschätzung Gefährdung/Minderung der Erwerbsfähigkeit  | X  | X  |
| Für statistische Zwecke:<br>Auftraggeber<br>Anlassschlüssel 110 bis 190<br>Erledigungsart<br>Erledigungsort<br>Begutachtungsart<br>Anlassschlüssel 130: Ergebnisschlüssel 52, 53 oder 62<br>übrige Anlässe: Ergebnisschlüssel 10 bis 40 oder 70                        | X<br>X<br>X<br>X<br>X<br>X<br>X                            | X<br>X<br>X<br>X<br>X<br>X<br>X            |

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig

| <b>2.1 Krankenhausleistungen ohne Abrechnung* nach DRG oder PEPP</b>  |  |   |
|---|--|---|
| z.B. Ambulante Behandlung im Krankenhaus, Psychriefälle ohne PEPP, Fragen vor Aufnahme in das Krankenhaus, Fragen zu laufender Krankenhaus-Behandlung   |  |   |
| <b>Bestandteile</b>   | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinische Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers  | X  | X   |
| Name des Krankenhauses und Dauer des Aufenthaltes (von ... bis) bei bereits begonnener oder abgeschlossener Krankenhausbehandlung   | X  | X   |
| Angabe der relevanten Unterlagen (z.B. Entlassbericht, OP-Bericht bzw. Klinikdokumentation)   |  | X   |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers   | X  |   |
| Ausführliche Beschreibung des Sachverhalts mit Angaben zu folgenden Aspekten –z.B.:<br>Vorgeschichte/Anamnese<br>Beschwerden/Symptome<br>Befunde<br>Beantragte bzw. erbrachte Leistungen, z.B. Diagnostik, Therapie |  | X   |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text  |  | X   |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers  |  | X   |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)  | X  | X   |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis  | X  | X   |
| Für statistische Zwecke :   |  |   |
| Auftraggeber  | X  | X   |
| Anlassschlüssel 240, 261 - 269, 290 - 299   | X  | X   |
| Erledigungsart  | X  | X   |
| Erledigungsort  | X  | X   |
| Begutachtungsart  | X  | X   |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70   | X  | X   |

\*DRG=diagnoses related groups

\*PEPP=Pauschalisiertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>2.2 Krankenhausleistungen mit Abrechnung* nach DRG oder PEPP</b>   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Bestandteile</b>   | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinische Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers  | X  | X   |
| Name des Krankenhauses und Dauer des Aufenthaltes (von ... bis)   | X  | X   |
| Daten nach § 301 SGB V  |  | X   |
| Angabe der relevanten Unterlagen (z.B. Entlassungsbericht, OP-Bericht bzw. Klinikdokumentation, Grouperauszüge der Kasse, Entlassungsschein und Rechnung des Krankenhauses, u.a.)   |  | X   |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers   | X  |   |
| Angabe der geprüften abrechnungsrelevanten DRG / PEPP-Komponenten in Abhängigkeit der Fragestellung, z.B. der DTA-Frage   |  | X   |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers, z.B.<br>Prüfung der Hauptdiagnose<br>Prüfung der OPS-Leistung<br>Prüfung der Nebendiagnosen, die Schweregrad- und Ressourcen-relevant sind<br>Sonstiges<br>Übermittlung des Groupingergebnisses |  | X   |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)  | X  | X   |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis  | X  | X   |
| Für statistische Zwecke :   |  |   |
| Auftraggeber  | X  | X   |
| Anlassschlüssel 250, 251, 270, <b>271</b>   | X  | X   |
| Erledigungsart  | X  | X   |
| Erledigungsort  | X  | X   |
| Begutachtungsart  | X  | X   |
| Ergebnisschlüssel 50, 60 und 70   | X  | X   |

\*DRG=diagnoses related groups

\*PEPP=Pauschalisiertes Entgelt für Psychiatrie und Psychosomatik

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>3. Ambulante Leistungen</b>  |  |  |
|---|--|--|
| <b>Bestandteile</b>   | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers  | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen (Befundberichte, Antragsformulare usw.)           |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts   | X  |  |
| Ausführliche Angaben zum Sachverhalt: Beschreibung der Beschwerden und der beantragten Leistung |  | X  |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text  |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers    |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)  | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis  | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :   |  |  |
| Auftraggeber  | X  | X  |
| Anlassschlüssel 311 bis 399   | X  | X  |
| Erledigungsart  | X  | X  |
| Erledigungsort  | X  | X  |
| Begutachtungsart  | X  | X  |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70   | X  | X  |

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>4. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden / Arzneimittelversorgung</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Bestandteile</b>  | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers   | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen (Untersuchungsbefunde, Berichte über stationäre Behandlungen usw.)   |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts  | X  |  |
| Ausführliche Angaben zum Sachverhalt, z.B.:<br>Schilderung der Beschwerden<br>Stattgehabte Diagnostik<br>Ergebnis bereits erfolgter Therapie im vertraglichen Rahmen<br>Evidenzlage der beantragten Diagnostik oder Therapie |  | X  |
| Beschreibung der beantragten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode bzw. Arzneimittel, Heilmittel etc.   |  | X  |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text   |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers unter Berücksichtigung der Begutachtungsanleitung und wissenschaftlicher Erkenntnisse, ggf. mit Quellenangabe                   |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)   | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis   | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :  |  |  |
| Auftraggeber   | X  | X  |
| Anlassschlüssel 410 bis 490  | X  | X  |
| Erledigungsart   | X  | X  |
| Erledigungsort   | X  | X  |
| Begutachtungsart   | X  | X  |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70  | X  | X  |

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>5. Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Bestandteile</b>  | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers   | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen  |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts  | X  |  |
| Ausführliche Beschreibung des Sachverhalts z.B.:<br>Befund / Schädigung<br>Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe<br>Kontextfaktoren<br>Vorangegangener Therapien<br>Vorsorge-/Rehabilitationsziele |  | X  |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text   |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung (z.B. Bedürftigkeit, Fähigkeit, Ziele, Prognose)  |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)   | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis   | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :  |  |  |
| Auftraggeber   | X  | X  |
| Anlassschlüssel 511 bis 599  | X  | X  |
| Erledigungsart   | X  | X  |
| Erledigungsort   | X  | X  |
| Begutachtungsart   | X  | X  |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70  | X  | X  |

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.



## **6. Pflege SGB XI**

**6.1 Aufträge zur Pflegebedürftigkeit werden im Rahmen eines Formulargutachtens gemäß 6.1.1 (Hausbesuch), 6.1.2 (Aktenlage) bzw. in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist gemäß 6.1.3 der Begutachtungs-Richtlinie erstellt.**

| <b>6. Pflege SGB XI</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>6.2 Sonstige Fragen zur Pflege, z.B. Pflegehilfsmittel, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen</b>   |  |  |
| <b>Bestandteile</b>   | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers  | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen (z.B. Selbstauskunftsbögen, Pflegedokumentation)  |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts   | X  |  |
| Ausführliche Beschreibung des relevanten Sachverhalts, z.B.:<br>Pflegerrelevante Vorgeschichte<br>Wohn- und Pflegesituation<br>Befundbeschreibung |  | X  |
| Pflegerrelevante Diagnosen und/oder ICD-Schlüssel mit Text  |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers  | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :   |  |  |
| Auftraggeber  | X  | X  |
| Anlassschlüssel 651 bis 693   | X  | X  |
| Erledigungsart  | X  | X  |
| Erledigungsort  | X  | X  |
| Begutachtungsart  | X  | X  |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70   | X  | X  |

| <b>7. Hilfsmittel GKV</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Bestandteile</b>   | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers  | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen (z.B.: Kostenvoranschlag des Leistungserbringers, Untersuchungsbefundes, Entlassungsberichte über stationäre Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlungen)                     |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts   | X  |  |
| Ausführliche Beschreibung des Sachverhalts z.B.<br>Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe<br>Beschwerden, Symptome, ggf. Darstellung der Befunde<br>Beschreibung des beantragten Hilfsmittels/der bisherigen Versorgung |  | X  |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text  |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse          |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)  | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis  | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :   |  |  |
| Auftraggeber  | X  | X  |
| Anlassschlüssel 701 bis 791   | X  | X  |
| Erledigungsart  | X  | X  |
| Erledigungsort  | X  | X  |
| Begutachtungsart  | X  | X  |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70   | X  | X  |

**Merke:** Nur für Hilfsmittelfragen durch Auftraggeber GKV (Pflegehilfsmittel, siehe Pflege 6.2)

**Hinweis:** Fragen zu Hilfsmitteln, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind, sind unter Anlassschlüssel 790 „Sonstige Fragen zu Hilfsmitteln und Medizinprodukten GKV“ zu verschlüsseln.

Ausschließlich Hilfsmittel, die der G-BA als untrennbaren Bestandteil einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode einstuft, sind mit dem Anlassschlüssel 440 zu verschlüsseln, siehe Punkt 4. NUB.

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>9. Ansprüche gegenüber/von Dritten</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>9.1 Verdacht auf Behandlungs- und Pflegefehler</b>   |  |  |
| <b>Bestandteile</b>   | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Fragen des Auftraggebers  | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen   |  | X  |
| Kurze Beschreibung des Sachverhalts   | X  |  |
| Ausführliche Angaben zum Sachverhalt, z.B.:<br>Aus Sicht des Versicherten (unkommentierte Wiedergabe des vom Versicherten erhobenen Vorwurfs)<br>Zusammenfassung des Inhaltes der vorgelegten Behandlungs- und/oder Pflegedokumentationen<br>Berücksichtigung vorliegender Fremdgutachten |  | X  |
| Darstellung der Diagnostik und Therapie zum Krankheitsbild nach den zum damaligen Zeitpunkt gültigen Standards, Leit- und Richtlinien   |  | X  |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text  |  | X  |
| Bewertung und Beurteilung des Sachverhalts unter Berücksichtigung des Begutachtungsleitfadens und ggf. Angabe des Literaturverzeichnisses   |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)  | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis  | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :   |  |  |
| Auftraggeber  | X  | X  |
| Anlassschlüssel 911 – 919   | X  | X  |
| Erledigungsart  | X  | X  |
| Erledigungsort  | X  | X  |
| Begutachtungsart  | X  | X  |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70   | X  | X  |

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>9. Ansprüche gegenüber / von Dritten</b>  |  |  |
|--|--|--|
| <b>9.2 Übrige Ansprüche gegenüber / von Dritten</b>  |  |  |
| <b>Bestandteile</b>  | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers   | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen (Befundberichte, Antragsformulare usw.)        |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts  | X  |  |
| Ausführliche Beschreibung des Sachverhalts, unkommentierte Wiedergabe des erhobenen Vorwurfs |  | X  |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text   |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)                                       | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis   | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :  |  |  |
| Auftraggeber   | X  | X  |
| Anlassschlüssel 920 – 991  | X  | X  |
| Erledigungsart   | X  | X  |
| Erledigungsort   | X  | X  |
| Begutachtungsart   | X  | X  |
| Ergebnisschlüssel 50 bis 70  | X  | X  |

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>0. Sonstige Anlässe</b>   |  |  |
|--|--|--|
| <b>Bestandteile</b>  | <b>Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)</b> | <b>Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers   | X  | X  |
| Angabe der vorliegenden relevanten Unterlagen (Befundberichte, Antragsformulare usw.)        |  | X  |
| Kurzbeschreibung des Sachverhalts  | X  |  |
| Ausführliche Beschreibung des Sachverhalts   |  | X  |
| Diagnose: ICD-Schlüssel mit Text   |  | X  |
| Sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung bezogen auf die Fragestellung des Auftraggebers |  | X  |
| Ergebnis (Beantwortung der Frage(n) des Auftraggebers)                                       | X  | X  |
| Wesentliche Gründe* für das Ergebnis   | X  | X  |
| Für statistische Zwecke :  |  |  |
| Auftraggeber   | X  | X  |
| Anlassschlüssel 011 bis 092  | X  | X  |
| Erledigungsart   | X  | X  |
| Erledigungsort   | X  | X  |
| Begutachtungsart   | X  | X  |
| Anlässe 011 bis 091: Ergebnisschlüssel 50 bis 70   | X  | X  |
| Anlassschlüssel 092: Ergebnisschlüssel 70  | X  | X  |

\*Die wesentlichen Gründe können der sozialmedizinischen Beurteilung entsprechen. Doppelungen sind nicht notwendig.

| <b>Produktgruppe S: Sozialmedizinische Fallsteuerung</b>                   |  |
|--|--|
| <b>Bestandteile</b>  | <b>Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS)<br/>NICHT fallabschließend</b> |
| Frage(n) des Auftraggebers   | X  |
| Ergebnis (Ausführungen / Hinweis zur Fallsteuerung)                        | X  |
| Für statistische Zwecke :  |  |
| Auftraggeber   | X  |
| Alle Anlassschlüssel der Einzelfallbegutachtung lt. Handbuch Berichtswesen | X  |
| Erledigungsart   | X  |
| Erledigungsort   | X  |
| Begutachtungsart   |  |
| Ergebnisschlüssel 80 oder 90   | X  |