

**Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei der  
Begutachtung durch den Medizinischen Dienst  
und Ausnahmen davon  
nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V  
(Richtlinie MD–Stichprobenprüfung)  
vom 02.07.2008  
in der Fassung vom 29.08.2022**

Nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V beschließt der GKV–Spitzenverband die nachfolgende Richtlinie über den Umfang und die Auswahl der Stichproben bei der Begutachtung von Anträgen auf Leistungen nach §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V durch den Medizinischen Dienst (MD) und Ausnahmen davon.

**§ 1 Begutachtung durch den MD in Stichproben**

Nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V haben die Krankenkassen durch den MD die Notwendigkeit von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung prüfen zu lassen.

**§ 2 Umfang und Festlegung der Stichprobe**

- (1) Für die Grundgesamtheit der Stichprobe sind alle Anträge für folgende Leistungen (Leistungsarten) einzubeziehen:
- a) Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V)
  - b) Stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V)
  - c) Stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)
  - d) Ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 1 SGB V)
  - e) Ambulante Anschlussrehabilitationen (§ 40 Abs. 1 SGB V)
  - f) Stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 2 SGB V)
  - g) Stationäre Anschlussrehabilitationen (§ 40 Abs. 2 SGB V)
  - h) Stationäre Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (§ 41 SGB V).
- (2) Für die Festlegung der Stichprobe berücksichtigt die Krankenkasse jeden 4. Antrag der Grundgesamtheit der unter Abs. 1 genannten Anträge in der Reihenfolge des Eingangs.

### **§ 3 Ausnahmen von der Prüfung in Stichproben**

- (1) Ausgenommen von der Prüfung in Stichproben nach § 1 sind
- a) vertragsärztliche Verordnungen von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation, sofern die Verordnung entsprechend der Regelungen des § 15 Abs. 1 und 2 der Rehabilitations-Richtlinie (Reha-RL) erfolgt ist,
  - b) Anträge auf Anschlussrehabilitation für eine der in § 16 Abs. 1 Reha-RL genannten Diagnosen und/oder Indikationsgruppen einschließlich der Indikation einer geriatrischen Anschlussrehabilitation.
- (2) Von der Prüfung in Stichproben nach § 1 kann in folgenden Fällen abgesehen werden:

#### **1. Anschlussrehabilitationen**

Sofern im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 1 oder 2 SGB V) für andere als die in § 16 Abs. 1 Reha-RL genannten Diagnosen und/oder Indikationen erforderlich ist, kann von einer Begutachtung durch den MD abgesehen werden, wenn

- a) die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen und die Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung im Rahmen eines AR-Verfahrens erfolgt oder
- b) die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation zwar vorliegen, die Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung jedoch z.B. aus medizinischen, persönlichen oder Kapazitätsgründen spätestens innerhalb von sechs Wochen erfolgt.

#### **2. Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche**

Sofern für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen beantragt werden, kann von einer Begutachtung durch den MD abgesehen werden, wenn aus der medizinischen Begründung eindeutig die Notwendigkeit der Versorgung hervorgeht. Für die Leistung einer Anschlussrehabilitation für die in § 16 Abs. 1 Reha-RL genannten Diagnosen und/oder Indikationsgruppen gilt § 3 Abs. 1.

#### **3. Disease-Management-Programm (DMP)**

Bei Leistungsanträgen von Versicherten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) der Krankenkassen teilnehmen, kann von einer Begutachtung durch den MD abgesehen werden, wenn die antragsrelevante Diagnose im Zusammenhang mit dem DMP steht. Für die Leistung einer Anschlussrehabilitation für die in § 16 Abs. 1 Reha-RL genannten Diagnosen und/oder Indikationsgruppen gilt § 3 Abs. 1.

#### **4. Integrierte Versorgung**

Bei Rehabilitationsanträgen von Versicherten kann von einer Begutachtung durch den MD abgesehen werden, sofern die Integrationsverträge die Rehabilitation mit einschließen. Für die vertragsärztliche Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation sowie für die Leistung einer Anschlussrehabilitation für die in § 16 Abs. 1 Reha-RL genannten Diagnosen und/oder Indikationsgruppen einschließlich der Indikation einer

geriatrischen Anschlussrehabilitation gilt § 3 Abs. 1.

- (3) Die Regelungen des § 4 bleiben unberührt.

#### **§ 4 Begutachtung durch den MD unabhängig von Stichproben**

- (1) Unabhängig von der Prüfung in Stichproben (§ 2) sind die Krankenkassen bei diesen Leistungen verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MD einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Dies gilt insbesondere bei
- a) Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung aufgrund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben im Ärztlichen Befundbericht zu Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -zielen,
  - b) Leistungen vor Ablauf von vier Jahren, bei Leistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V vor Ablauf von drei Jahren, wenn sich die aus medizinischen Gründen erforderliche Dringlichkeit nicht zweifelsfrei aus den Antragsunterlagen ergibt.
- (2) Bei einer vertragsärztlichen verordneten Leistung zur geriatrischen Rehabilitation kann die medizinische Notwendigkeit/Erforderlichkeit ausschließlich bei Verordnungen
- für Versicherte über 60 und unter 70 Lebensjahren mit einer erheblich ausgeprägten geriatritypischen Multimorbidität oder
  - bei denen die Voraussetzungen nach § 15 Absatz 1 oder 2 Reha-RL nicht vorliegen überprüft werden (vgl. § 15 Abs. 3 Reha-RL).
- (3) Bei Anschlussrehabilitationen kann die medizinische Notwendigkeit/Erforderlichkeit der Rehabilitation durch die Krankenkasse nur überprüft werden, soweit keine der in § 16 Abs. 1 Reha-RL genannten Diagnosen und/oder Indikationsgruppen einschließlich der geriatrischen Rehabilitation gegeben ist.
- (4) Die Krankenkassen sind, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, darüber hinaus verpflichtet, zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 14 bis 24 SGB IX, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt eine gutachterliche Stellungnahme des MD einzuholen (§ 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

#### **§ 5 Ausnahmen bei der Begutachtung von Verlängerungsanträgen**

Bei Anträgen auf Verlängerung einer Rehabilitationsleistung nach §§ 40 und 41 SGB V kann auf eine Einschaltung des MD verzichtet werden, wenn

- a) wegen der Schwere der Krankheitsauswirkungen das Rehabilitationsziel noch nicht erreicht wurde oder
- b) die Rehabilitation in Folge einer interkurrenten Erkrankung unterbrochen werden musste

und die beantragte Verlängerungszeit eine Woche nicht übersteigt. Die medizinischen Gründe

für die Verlängerung sowie die voraussichtlich noch erforderliche Behandlungsdauer sind in dem Verlängerungsantrag zweifelsfrei darzulegen.

## **§ 6 Inkrafttreten**

Die Änderungen der Richtlinie treten durch Beschluss des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes zum 01.07.2022 in Kraft.