

**Richtlinie über Umfang und Auswahl der Stichproben bei
der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der
Krankenversicherung und Ausnahmen davon
nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V
(Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung)
vom 02.07.2008**

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 der Krankenversicherung (MDK) und Ausnahmen davon.

§ 1 Begutachtung durch den MDK

- (1) Nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V haben die Krankenkassen durch den MDK die Notwendigkeit von Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung prüfen zu lassen.
- (2) In die Prüfung in Stichproben werden alle Anträge für folgende Leistungen (Leistungsarten) einbezogen:
 - 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 einschließlich mobile Rehabilitation (§ 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).
- (3) Unabhängig von der Prüfung in Stichproben (§ 2) sind die Krankenkassen bei diesen Leistungen verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK 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.
- (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 §§ 10 bis 12 SGB IX, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen (§ 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).

§ 2 Prüfung in Stichproben

- (1) In die Prüfung in Stichproben sind alle Anträge nach § 1 Abs. 2, bei denen keine Ausnahme nach § 3 vorliegt, einzubeziehen.
- (2) Die Krankenkasse hat jeden 4. Antrag in der Reihenfolge des Eingangs durch den MDK prüfen zu lassen.

§ 3 Ausnahmen von der Prüfung in Stichproben

- (1) Von der Prüfung in Stichproben nach § 2 kann in folgenden Fällen abgesehen werden:

1. Anschlussrehabilitationen

Sofern im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine ambulante oder stationäre Anschlussrehabilitation nach § 40 Abs. 1 oder 2 SGB V erforderlich ist, kann von einer Begutachtung durch den MDK abgesehen werden, wenn

- a) die Voraussetzungen für eine Anschlussrehabilitation vorliegen und die Verlegung vom Krankenhaus in die Rehabilitationseinrichtung im Rahmen eines AHB-/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 MDK abgesehen werden, wenn aus der medizinischen Begründung eindeutig die Notwendigkeit der Versorgung hervorgeht.

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 MDK abgesehen werden, wenn die antragsrelevante Diagnose im Zusammenhang mit dem DMP steht.

4. Integrierte Versorgung

Bei Rehabilitationsanträgen von Versicherten kann von einer Begutachtung durch den MDK abgesehen werden, sofern die Integrationsverträge die Rehabilitation mit einschließen.

(2) Die Regelungen des § 1 Abs. 3 und 4 bleiben unberührt.

§ 4 Ausnahmen bei der Begutachtung von Verlängerungsanträgen

Bei Anträgen auf Verlängerung einer Rehabilitationsleistung nach §§ 40 und 41 SGB V kann auf eine Einschaltung des MDK 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.

§ 5 In-Kraft-Treten

- (1) Diese Richtlinie tritt durch Beschluss des Vorstandes des GKV-Spitzenverbandes vom 01.07.2008 am 02.07.2008 in Kraft.
- (2) Die "Ausnahmeregelungen von der Begutachtungspflicht durch den MDK vom 03.07.1996" treten am 01.07.2008 außer Kraft.