



**Richtlinien
über die Zusammenarbeit
der Krankenkassen
mit den Medizinischen Diensten
der Krankenversicherung**

**Empfehlungen
zur vorrangigen Beauftragung
von Gutachtern**

VORWORT

Es war ein hartes Stück Arbeit, bis die „Richtlinien zur Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten“ nun beschlossen und gedruckt vorliegen und als verbindliche Norm die Arbeit der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste strukturieren können. Die „Richtlinien für die Zusammenarbeit“ sind das Fundament, die Grundsubstanz, für die zukünftige Arbeit des Dienstes.

Es war ein hartes Stück Arbeit sowohl inhaltlicher als auch formaler Art:

inhaltlich galt es, die konzeptionelle Arbeit der vergangenen Jahre an der „Weiterentwicklung des VdD“ zu einem modernen Beratungs- und Begutachtungsdienst der Krankenversicherung in den Richtlinien komprimiert zusammenzufassen und verbindlich niederzulegen; formal galt es, mit den Entscheidungsträgern auf den verschiedenen Ebenen der Krankenversicherung in vielfältigen Gesprächs- und Beratungsrunden diese „neue Philosophie“ des Medizinischen Dienstes zu konkretisieren und im Lichte der jeweils unterschiedlichen Interessenlage zu prüfen. Dies bedeutete naturgemäß erheblichen Beratungsbedarf auf den verschiedenen Ebenen der Krankenkassen, zwischen den Kassenarten und zwischen den Bundesverbänden, den Landesverbänden und den Kassen vor Ort. Schließlich wurden diese Konzepte auch in den Medizinischen Diensten ärztlicherseits und von Seiten der Verwaltungen eingehend diskutiert und entsprechende Wünsche eingebracht.

Die vorliegenden Richtlinien betreten in vielerlei Hinsicht Neuland. Sie rücken die Beratungs- und Qualitätssicherungsfunktion des Medizinischen Dienstes ins Zentrum der zukünftigen Aufgaben des Dienstes. Sie zeigen wichtige Bereiche auf, in denen die Krankenversicherung, d. h. die Kassen und ihre Verbände, sinnvollerweise den Medizinischen Dienst als ihre medizinische Beratungsinstanz nutzen sollte. Sie binden die Begutachtung einzelner Leistungsfälle in ein Gesamtkonzept der Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ein. Und sie schaffen in ihrem Verfahrensteil — sozialmedizinische Vorberatung, als Kern der Auftragssteuerung — die Voraussetzungen für eine zielführende Zusammenarbeit zwischen den Kassen und den Medizinischen Diensten.

Dass dies alles in einem noch überschaubaren Zeithorizont gelungen ist, verdanken wir vor allem der engagierten Arbeit der Fachebene. An den Beratungen haben Ärztinnen und Ärzte des Medizinischen Dienstes und Mitarbeiter der Spitzenverbände mitgewirkt, die sich mit großer Fachkompetenz dieser schwierigen Aufgaben angenommen haben. Unser Dank gilt vor allem dem Vorsitzenden des Arbeitsausschusses, Herrn Fröhlingdorf (IKK-Bundesverband), der mit großer Umsicht die vielfältigen und oft widerstreitenden Wünsche der Beteiligten koordiniert und zu dem vorliegenden Gesamtkonzept zusammengeführt hat.

Damit ist für jeden Medizinischen Dienst der Bundesrepublik die verbindliche Arbeitsgrundlage geschaffen, auf die sich die Beteiligten berufen können und nach der die Organisation der Medizinischen Dienste und die Zusammenarbeit mit der Krankenversicherung ausgerichtet werden muss. Damit ist auch die Grundlage für die Arbeit des Medizinischen Dienstes in den Ländern der heutigen DDR geschaffen, für die gerade in der Phase der Umstrukturierung der Versorgungsstrukturen ein hoher Beratungsbedarf im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zukommen dürfte.

Vorsitzender

stellv. Vorsitzender

(Dr. Detlef Balzer)

(Karl Kaula)

Geschäftsführer

(Karl Schütgens)

TEIL A

Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung

Die nachstehenden Richtlinien wurden auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 27. August 1990 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen.

INHALTSVERZEICHNIS

TEIL A

RICHTLINIEN ÜBER DIE ZUSAMMENARBEIT MIT DEN MEDIZINISCHEN DIENSTEN DER KRANKENVERSICHERUNG

Präambel		7
1	Allgemeines	9
1.1	Verbindlichkeit der Richtlinien	9
1.2	Funktion des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung	9
1.3	Beratungs- und Begutachtungsanlässe	10
1.4	Mitwirkung des Versicherten	11
2	Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen	12
2.1	Allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten	12
2.2	Fragen der Qualitätssicherung	13
2.2.1	Kassen- und vertragsärztliche Versorgung	13
2.2.2	Stationäre Versorgung	13
2.2.3	Arzneimittelversorgung	14
2.2.4	Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln	14
2.3	Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern	15
2.3.1	Kassen- und vertragszahnärztliche Versorgung	15
2.3.2	Stationäre Versorgung	15
2.3.3	Arzneimittelversorgung	16
2.3.4	Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und sonstigen Leistungen	16
2.4	Beratung der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten (Zahnärzten) und Krankenkassen	17
2.4.1	Bundesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen	17
2.4.2	Bewertungsausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen	17
2.4.3	Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen (zahnärztlichen) Versorgung	17
3	Beratung und Begutachtung in Einzelfällen	18
3.1	Allgemeine Verpflichtung zur Beratung und Begutachtung	18
3.1.1	Leistungen im einzelnen	19
3.1.1.1	Arzneimittel (§ 31 SGB V, §§ 195 Abs. 2 und 200 f RVO, §§ 22 Abs. 2 und 31 b KVLG)	19
3.1.1.2	Heilmittel (§ 32 SGB V, §§ 195 Abs. 2 und 200 f RVO, §§ 22 Abs. 2 und 31 b KVLG)	19
3.1.1.3	Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)	19
3.1.1.4	Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)	20
3.1.1.5	Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)	20
3.1.1.6	Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)	21
3.1.1.7	Rehabilitationssport (§ 43 Nr. 1 SGB V)	21
3.1.1.8	Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 Nr. 2 SGB V)	22
3.1.1.9	Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V)	22
3.1.1.10	Fahrkosten (§ 60 SGB V)	22

3.1.2	Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation (§ 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V).....	23
3.1.3	Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).....	24
3.1.3.1	Sicherung des Behandlungserfolges (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 a SGB V).....	24
3.1.3.2	Beseitigung von begründeten Zweifeln (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 b SGB V).....	25
3.1.3.3	Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (§ 74 SGB V).....	26
3.2	Beratung und Begutachtung in gesetzlich bestimmten Fällen.....	26
3.2.1	Medizinische Vorsorgeleistungen, Vorsorgekuren für Mutter (§§ 23 und 24 SGB V) 26	
3.2.2	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und Müttergenesungskuren (§§ 40 und 41 SGB V).....	27
3.2.3	Schwerpflegebedürftigkeit (§ 53 ff SGB V).....	27
3.2.4	Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches (§ 18 SGB V).....	28
3.2.5	Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V).....	28
3.3	Begutachtung in geeigneten Fällen.....	28
3.3.1	Kieferorthopädische Behandlung (§ 29 SGB V).....	29
3.3.2	Hilfsmittel (§ 33 SGB V).....	29
3.3.2.1	Brillen und andere Sehhilfen.....	29
3.3.2.2	Hörhilfen.....	29
3.3.2.3	Orthopädische und andere Hilfsmittel, Körperersatzstücke.....	30
3.3.3	Dialysebehandlung.....	30
3.4	Sonstige Begutachtungsanlässe.....	31
3.4.1	Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen der Erwerbsunfähigkeit (§ 51 Abs. 1 SGB V).....	31
3.4.2	Zusammenhangsfragen.....	31
3.4.3	Sonstige personenbezogene Beratungen und Begutachtungen.....	32
4	Auswahlverfahren zur Beratung und Begutachtung im MDK	33
4.1	Vorauswahl durch die Krankenkasse.....	33
4.2	Sozialmedizinische Vorberatung.....	33
4.3	Folgerungen für den Beratungs- und Begutachtungsauftrag.....	34
5	Beratung oder Begutachtung durch den MDK	36
5.1	Gutachter des MDK.....	36
5.1.1	Beauftragung externer Gutachter.....	36
5.1.2	Konsiliarbegutachtung.....	36
5.1.3	Differenzen zwischen behandelndem Arzt und MDK (Zweitgutachten).....	37
5.1.4	Differenzen zwischen Krankenkasse und MDK.....	37
5.2	Allgemeine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung.....	37
5.3	Gebietsspezifische sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung.....	38
5.4	Grundsatzberatung.....	38
5.5	Beratung auf Wunsch des Versicherten.....	39
6	Mitteilungspflichten (§ 277 Abs. 1 SGB V)	40
6.1	Mitteilung des MDK an Ärzte und sonstige Leistungserbringer.....	40
6.2	Mitteilung des MDK an die Krankenkasse.....	40
6.3	Mitteilung des MDK an den Versicherten.....	40
7	Geschäftsübersichten und Statistiken (§ 281 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 79 Abs. 1 und 2 SGB IV)	41

Präambel

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der Krankenversicherung. Er ist auf Landesebene als eigenständige, von den Krankenkassen gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft organisiert. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung werden auf Bundesebene durch eine von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft gefördert und koordiniert. Der Medizinische Dienst unterstützt und berät die Krankenkassen

- bei der Sicherung der Qualität der Leistungen,
- bei der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie
- in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und der Beratung der Versicherten.

Mit der Aufstellung dieser Richtlinien kommen die Spitzenverbände der Krankenkassen der Verpflichtung aus § 282 Satz 3 SGB V nach, die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten zu regeln. Diese Richtlinien schließen an die Richtlinien "Grundsätze für die Struktur des Medizinischen Dienstes vom 27. Februar 1990" an und ersetzen die "Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Vertrauensärzten vom 20. Juni 1986". Sie tragen den Änderungen aufgrund des SGB V Rechnung und berücksichtigen

- die verpflichtende Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 und 2 SGB V)
- die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes "in geeigneten Fällen" (§ 275 Abs. 3 SGB V)
- die Beratung durch den Medizinischen Dienst in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, in Fragen der Qualitätssicherung, bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und bei Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse (§ 275 Abs. 4 SGB V)

Die Richtlinien sollen dazu beitragen,

- den Beratungsbedarf der Krankenversicherung in sozialmedizinischen Grundsatzfragen zu erfüllen,
- den Beratungsbedarf der Krankenversicherung in Fragen der Qualitätssicherung und in allgemeinen Vertragsfragen zu erfüllen,
- die gezielte Fallauswahl der Krankenkassen bei der sozialmedizinischen Vorberatung für die
 - o allgemeine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung
 - oder
 - o gebietsspezifische sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung

zu erleichtern

und

- durch die Verbesserung des Informationsverfahrens zwischen den Beteiligten die Effizienz des Medizinischen Dienstes zu steigern.

Durch diese Richtlinien wird das gestufte Verfahren der Zusammenarbeit von Medizinischem Dienst und Krankenversicherung auf örtlicher Ebene, auf Landesebene und auf Bundesebene geregelt (vgl. Abschnitt 5.4)

Die Gutachter des Medizinischen Dienstes haben bei der Ausbildung ihrer fachlichen Tätigkeit diese Richtlinien zu beachten. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen (§ 275 Abs. 5 SGB V).

Die Richtlinien wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 213 Abs. 2 SGB V beschlossen.

Bei der Abfassung der Richtlinien sind die Anregungen und Empfehlungen der Sozialpartner, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, des Deutschen Gewerkschaftsbundes und der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft vom 6. November 1969, vom 23. Juni 1971 und vom 18. Mai 1983 - soweit sie noch dem geltenden Recht entsprechen - berücksichtigt worden.

Weitere Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 282 Satz 3 SGB V zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie der Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung sind im Einzelfall zu beachten.

1 Allgemeines

1.1 Verbindlichkeit der Richtlinien

Nach § 210 Abs. 2 SGB V hat jeder Landesverband eine Satzungsbestimmung darüber zu treffen, dass diese Richtlinien für den Landesverband und die angeschlossenen Mitglieds-kassen verbindlich sind. Für die Ersatzkassen ergibt sich die Verbindlichkeit der Richtlinien aus der Satzung ihres jeweiligen Verbandes.

1.2 Funktion des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Als Grundsatz gilt:

Der Medizinische Dienst wird nach konkretem Auftrag durch die Krankenkasse oder ihre Verbände tätig.

Dabei steht zunächst die Beratung der Krankenkasse und ihrer Verbände im Vordergrund. Er berät in allgemeinen Fragen der Sicherung einer leistungsfähigen und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. Diese Beratungsfunktion ist auch bei der Erledigung eines konkreten Begutachtungsauftrags im Einzelfall, insbesondere hinsichtlich der Qualitätssicherung, zu beachten.

Dem konkreten Auftrag soll eine sozialmedizinische Vorberatung vorausgehen. Die Einladung von Eilfällen ist zulässig. In der sozialmedizinischen Vorberatung wird

- die Krankenkasse bei der Auswahl von Beratungs- und Begutachtungsfällen, bei der Konkretisierung des Gutachtenauftrags und über die dazu erforderlichen medizinischen Unterlagen beraten,
- darüber entschieden, ob es sich um eine allgemeine oder eine gebietspezifische sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung handelt, und
- organisatorisch geklärt, welche Stelle des Medizinischen Dienstes den Beratungs- oder Begutachtungsauftrag bearbeitet.

Unter Berücksichtigung der sozialmedizinischen Fragestellung ist nach ärztlichem Ermessen zu entscheiden, ob eine Beratung oder Begutachtung nach Aktenlage oder auf Grund einer körperlichen Untersuchung in Betracht kommt, es sei denn, eine bestimmte Verfahrensweise ist gesetzlich vorgeschrieben.

Als Ergebnis der Begutachtung sind der Krankenkasse

- Entscheidungshilfen für die leistungsrechtliche Beurteilung des Einzelfalles und ggf.
- Hinweise für die Versorgungsqualität des Einzelfalles,
- Hinweise zur medizinischen Versorgung, soweit sie aus dem Einzelfall abzuleiten sind,

zu geben.

Der Gutachter des Medizinischen Dienstes nimmt zu sozialmedizinischen Fragen Stellung, deren Klärung die Krankenkassen für ihre Entscheidungen benötigen, trifft aber selbst keine

Leistungsentscheidung, Der Gutachter ist nicht berechtigt, in die Behandlung des Kassenarztes einzugreifen (S 275 Abs. 5 Satz 2 SGB V).

Soweit ausreichende Beratungs- oder Begutachungskapazität im Bereich eines Landes nicht vorhanden ist, hat der betroffene Medizinische Dienst einen anderen Medizinischen Dienst oder externe Gutachter zu beauftragen.

Die Untersuchungen durch den Medizinischen Dienst sollen in der Art und Weise vorgenommen und deren Ergebnisse so festgehalten werden, dass sie auch bei der Prüfung der Voraussetzungen anderer Sozialleistungen verwendet werden können (§ 96 Abs. 1 SGB X).

1.3 Beratungs- und Begutachtungsanlässe

Der Rahmen möglicher Verordnungen und Leistungen wird durch Verträge mit Leistungserbringern und Richtlinien abgesteckt. Dies bedeutet, dass der Beratungsfunktion des Medizinischen Dienstes in allgemeinen medizinischen Fragen der gesundheitlichen Versorgung, in Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für die in gemeinsamen Ausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zu regelnden Fragen große Bedeutung zukommt. In Abschnitt 2 werden deshalb die Beratungsfelder und die Formen der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen, ihren Verbänden und dem Medizinischen Dienst in diesem Bereich beschrieben. In Abschnitt 3 werden der Systematik des § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V folgend die Beratungs- und Begutachtungsanlässe und die inhaltlichen Schwerpunkte der Beratung und Begutachtung in diesen Fällen behandelt. Abschnitt 4 beschäftigt sich mit den organisatorischen Fragen der Zusammenarbeit.

Neben einer allgemeinen Verpflichtung, gutachtliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes einzuholen, wird diese Verpflichtung in besonderen Fallgruppen konkretisiert und spezifiziert. Darüber hinaus können die Krankenkassen in weiteren geeigneten Fällen eine Begutachtung veranlassen und den Medizinischen Dienst für allgemeine medizinische Fragen zu Rate ziehen.

Nach § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen; weiche Fälle dies sind, ergibt sich aus § 275 Abs. 2 SGB V. Daneben haben die Krankenkassen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Dies gilt bei der Erbringung von Leistungen, zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, bei Arbeitsunfähigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolges oder zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit.

Darüber hinaus können die Krankenkassen nach § 275 Abs. 3 SGB V in geeigneten Fällen vom Medizinischen Dienst prüfen lassen

- die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung,
- die Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit eines Hilfsmittels,
- Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Dialysebehandlung.

Bei der Erfüllung sonstiger Aufgaben, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen, sollen die Krankenkassen nach § 275 Abs. 4 SGB V den Medizinischen Dienst im notwendigen Umfang zu Rate ziehen.

Der gutachtlichen Stellungnahme geht im allgemeinen eine sozialmedizinische Vorberatung voraus.

1.4 Mitwirkung des Versicherten

Nach § 62 SGB I soll sich der Versicherte, der Leistungen beantragt oder erhält, auf Verlangen der Krankenkasse einer sozialmedizinischen Untersuchung unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich ist.

Allerdings hat die Krankenkasse dabei die Grenzen der Mitwirkung des Versicherten zu beachten. Nach § 65 Abs. 1 SGB I. bestehen Mitwirkungspflichten nicht, soweit

- ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Leistung steht oder
- ihre Erfüllung dem Versicherten aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
- die Krankenkasse sich durch einen geringeren Aufwand als der Versicherte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

Bei der Beurteilung, ob eine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung in Betracht kommt, aber auch bei der konkreten Ausgestaltung, wie z.B. Bestimmung der Stelle des Medizinischen Dienstes, des Untersuchungstermins, der Uhrzeit usw., sind entsprechend § 33 SGB I die persönlichen Verhältnisse des Versicherten, sein Bedarf und seine Leistungsfähigkeit sowie die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen. Dabei soll den Wünschen des Versicherten entsprochen werden, soweit sie angemessen sind.

2 Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen

Die Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen, ihre ökonomischen Wirkungen und ihr qualitativer Gehalt werden vor allen Dingen in Richtlinien sowie Verträgen, welche die Krankenkassen mit den Organisationen der Leistungserbringer abschließen, festgelegt. Damit kommt den Vertragsverhandlungen, der Arbeit in den gemeinsamen Ausschüssen und den sonstigen planenden Funktionen der Krankenversicherung eine erhebliche Bedeutung für Struktur und Qualität der Versorgung zu, dabei ist medizinischer Sachverstand unerlässlich. Dieser medizinische Sachverstand ist vom Medizinischen Dienst vorzuhalten. Er muss für diese Funktion vorbereitet, seine Organisation entsprechend ausgestaltet werden.

Bei der Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen sind die Ebene der vertraglichen Ausgestaltung der Leistungsbereiche, die Ebene der Steuerungsinstrumente im Prozess der Versorgung und die Ebene der Prüfung der Ergebnisse einschließlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu unterscheiden

Auf der Ebene der vertraglichen Ausgestaltung der Leistungsbereiche ist es das Anliegen der Krankenversicherung, die medizinischen Inhalte festzulegen und die Qualität der Leistungen zu sichern. Die Diskussion um die Kosten der Leistungen ist vor diesem Hintergrund zu führen. Der Medizinische Dienst ist dabei insbesondere bei der Beurteilung der Dimension "Versorgungsqualität" gefordert.

In der Ebene der Steuerung des Leistungsprozesses sind geeignete Instrumente zu entwickeln, die das Leistungsgeschehen hinsichtlich seiner ökonomischen Wirkung (Wirtschaftlichkeit) und hinsichtlich seiner Versorgungsqualität (Qualitätssicherung) hinreichend transparent gestalten.

Schließlich soll auf der Ebene der Ergebnisprüfung im Einzelfall der Leistungserbringung ein Zusammenwirken zwischen Krankenkassen und Medizinischem Dienst erreicht werden, um die medizinisch-inhaltliche Würdigung zu erleichtern. Dies dient auch der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Einzelfall.

Bei der Beratung in Grundsatz- und Vertragsfragen ist insbesondere zu denken an

- medizinische Vorbereitung von Beratungen in den Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung,
- medizinische Beurteilung der Informationsgrundlagen für die Beratungs- und Entscheidungsverfahren der gemeinsamen Selbstverwaltung oder bei Entscheidungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände,
- Überprüfung der Gewährleistungspflicht für die Leistungsqualität durch Festlegung und Überprüfung der Einhaltung von Verfahren zur Qualitätssicherung,
- Beobachtung und Auswertung von Stand und Entwicklung der Versorgungssituation durch Konzeption und Realisierung von Informationssystemen der Marktbeobachtung.

2.1 *Allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten*

Die Beratung der Krankenkassen und ihrer Verbände durch den Medizinischen Dienst kann sich auf konzeptionelle Vorarbeiten, verhandlungsbegleitende Aktivitäten sowie die praktische Durchführung und gegebenenfalls Prüfung bestimmter Maßnahmen erstrecken. Dies gilt insbesondere für folgende Bereiche:

- Entwicklung medizinischer und ökonomischer Orientierungsdaten,
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung,
- Maßnahmen zur Information und Beratung der Versicherten,
- Medizinische Aspekte bei Erprobungsregelungen.

2.2 Fragen der Qualitätssicherung

Die Krankenkassen stellen den Versicherten Leistungen zur Verfügung, die nach Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Bei dieser Qualitätssicherung entsteht Beratungsbedarf in den nachfolgenden Leistungsbereichen:

2.2.1 Kassen- und vertragsärztliche Versorgung

- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 - o Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Anerkennung, sachgerechten Anwendung und zu den erforderlichen Aufzeichnungen über die Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ärztlichen Behandlung (§ 135 Abs. 1 SGB V).
- Qualifizierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
 - o Beratung der Verbände der Krankenkassen bei der Vereinbarung von Qualifikationsanforderungen für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen (§ 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V).
 - o Beratung der Krankenkassen, ob die Ärzte im Einzelfall die Qualifikationsanforderungen erfüllen, die zur Anwendung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vereinbart sind (§ 135 Abs. 2 Satz 2 SGB V).
- Verfahren der Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung
 - o Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Entwicklung von Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung der ambulanten kassen- und vertragsärztlichen Versorgung (§ 135 Abs. 3 und 5 136 SGB V).
 - o Beratung der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Verbände der Ersatzkassen bei Auswahl, Umfang und Verfahren zur Qualitätsprüfung der in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen und im Krankenhaus erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben (§ 136 SGB V).

2.2.2 Stationäre Versorgung

- Verfahrensgrundsätze zur Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung
 - o Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen im Zusammenhang mit den Rahmenempfehlungen zur Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung im Krankenhaus (§ 112 Abs. 5 SGB V).

- Beratung der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen in Vertragsfragen der Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung im Krankenhaus (§ 112 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).
- Beratung der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen bei der Vereinbarung von Verfahrens- und Prüfungsgrundsätzen der Qualitätssicherung in Versorgungsverträgen mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 Abs. 2 SGB V).
- Vergleichende Qualitätsbeurteilung
 - Beratung der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen bei der vergleichenden Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse in Krankenhäusern sowie in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (§ 137 SGB V).
- Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen
 - Beratung der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind (§ 137 Satz 5 SGB V).

2.2.3 Arzneimittelversorgung

Im Bereich der Arzneimittelversorgung kommt eine Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen über Wirksamkeit und therapeutischen Nutzen von Arzneimitteln in Betracht. Es besteht medizinischer Beratungsbedarf durch den Medizinischen Dienst bei

- Unterstützung der Krankenkassen in den Prüfungsausschüssen und bei der Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise in Grundsatzfragen.

Beurteilungskriterien sind:

- Verordnungsstruktur (aufwendige – preiswerte Verordnungen),
- Menge der verordneten Arzneimittel,
- Generika-Anteil,
- Häufiger Wechsel zwischen verschiedenen Arzneimitteln.
- Unterstützung und Beratung der Krankenkassen oder gegebenenfalls Ärzten im Hinblick auf
 - besondere Therapierichtungen (homöopathische -anthroposophische Arzneimittel),
 - Versicherteninformation, z.B. zu Festbeträgen,
 - Beratung über verordnungsfähige Arzneimittel.

2.2.4 Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln

- Verfahren der Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung
 - Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen über den therapeutischen Nutzen bei Verordnung neuer Heilmittel sowie für die Empfehlungen zur Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V).

- Prüfung des Herstellernachweises über die Funktionstauglichkeit, den therapeutischen Nutzen und die Qualität von Hilfsmitteln, die in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden sollen (§ 139 Abs. 2 SGB V).
- Qualitätsstandards für Hilfsmittel
 - o Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Entwicklung von Qualitätsstandards für bestimmte Hilfsmittel (§ 139 Abs. 1 SGB V).
- Unterstützung der Krankenkassen in den Prüfungsausschüssen bei der Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise.

Beurteilungskriterien sind:

- o Verordnungsstruktur (aufwendige - preiswerte Verordnungen)
- o Menge der verordneten Heil- oder Hilfsmittel.

2.3 Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern

Die Beratung kommt immer dann in Betracht, wenn sich bei Vertrags- und Preisverhandlungen mit sowie bei der Zulassung von Leistungserbringern in allen Bereichen des Aufgabenspektrums der Krankenkassen und auf allen Ebenen der Aufgabenwahrnehmung medizinische Fragestellungen ergeben. Ziel der Beratung muss es sein, dass in der Entscheidungsvorbereitung medizinische Aspekte in angemessener Weise berücksichtigt werden und dass damit der Anspruch der Krankenversicherung dokumentiert wird, die Ziele der Kostendämpfung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung mit den Zielen der Erhaltung und Verbesserung der Qualität der Versorgung zu vereinbaren.

Im Rahmen der Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern besteht Beratungsbedarf in folgenden Bereichen:

2.3.1 Kassen- und vertragszahnärztliche Versorgung

- Beratung bei medizinischen Fragestellungen für Verhandlungen über den Bundesmantelvertrag, den Arzt-/Ersatzkassenvertrag, die Gesamtverträge und sonstige vertragliche Beziehungen,
- Beratung der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten (Zahnärzten) und Krankenkassen gemäß Abschnitt 2.4 dieser Richtlinien,
- Beratung bezüglich der medizinischen Wirkung ökonomischer Rahmendaten bei der Vorbereitung von Empfehlungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen.

2.3.2 Stationäre Versorgung

- Beratung bei Abschluss oder Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern (§§ 109, 110 SGB V),
- Beratung bei Abschluss oder Kündigung von Versorgungsverträgen mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 Abs. 2 und 4 SGB V),

- Beratung bei zweiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung (§ 112 Abs. 2 und 5 SGB V),
- Beratung bei dreiseitigen Verträgen und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten (§ 115 Abs. 2 und 5 SGB V);
- Beratung bei der Veranlassung, Mitwirkung und Auswertung der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Krankenhausbehandlung (§ 113 Abs. 1 SGB V),
- Unterstützung bei Pflegesatzverhandlungen und Schiedsstellenverfahren (§ 114 SGB V),
- Beratung bei der Erstellung und Fortschreibung der Verzeichnisse der Leistungen und Entgelte (§ 39 Abs. 3 SGB V).

2.3.3 Arzneimittelversorgung

- Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei dem Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung (§ 129 SGB V)
- Beratung bei den ergänzend zu schließenden Arzneilieferungsverträgen (§ 129 Abs. 5 SGB V), insbesondere bei
 - o der Qualität der Arzneimittel,
 - o der Arzneimittelauswahl durch die Apotheker bei Substitutionsfreigabe,
- Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei Rahmenverträgen mit pharmazeutischen Unternehmen über die Arzneimittelversorgung (§ 131 SGB V),
- Beratung bei der Vereinbarung von Richtgrößen gemäß § 84 SGB V, insbesondere bei
 - o der Festlegung und Fortschreibung arztgruppenspezifischer Richtgrößen für das Volumen verordneter Arzneimittel,
 - o der Beurteilung der therapeutischen Sinnhaftigkeit und Wirtschaftlichkeit der arztgruppenspezifischen Ordnungsprofile.

2.3.4 Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln und sonstigen Leistungen

- Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Bestimmung der Festbetragsgruppen für Hilfsmittel (§ 36 Abs. 1 SGB V),
- Beratung der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen bei der Festsetzung der Festbeträge für Hilfsmittel (§ 36 Abs. 2 SOB V),
- Beratung der Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Abgabe von Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen von Leistungserbringern von Heilmitteln und Hilfsmitteln (§§ 124 Abs. 4, 126 Abs. 2 SOB V),
- Beratung der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen bei der Zulassung und Überprüfung der Zulassung von Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln (§§ 124, 126 SGB V),
- Beratung der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen in den Vertragsverhandlungen über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln und Hilfsmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung (§§ 125, 127 SGB V),
- Beratung der Krankenkassen bei Versorgungsverträgen über häusliche Krankenpflege, häusliche Pflegehilfe, häusliche Pflege oder Haushaltshilfe (§ 132 SGB V),
- Beratung der Krankenkassen oder ihrer Verbände bei den Vertragsverhandlungen über die Versorgung mit Krankentransportleistungen (§ 133 SGB V).

2.4 Beratung der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten (Zahnärzten) und Krankenkassen

In den Ausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten (Zahnärzten) und Krankenkassen kommt eine Beratung und Unterstützung durch den Medizinischen Dienst auf der Bundesebene in den Bundesausschüssen der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen und in den Bewertungsausschüssen, auf der Landesebene in den Prüfungs- und Beschwerdeauschüssen zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen (zahnärztlichen) Versorgung in Betracht.

2.4.1 Bundesausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen

Beratungsbedarf besteht bei der Vorbereitung, den Verhandlungen und der Überprüfung der Richtlinien der Bundesausschüsse zur Konkretisierung des Auftrags zur Sicherung einer qualitativ ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung.

2.4.2 Bewertungsausschüsse der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen

Beratungsbedarf ergibt sich bei der Erörterung in den Bewertungsausschüssen und der Arbeitsausschüsse bei der Beurteilung einzelner Leistungspositionen, von Leistungskomplexen sowie bei den vertraglichen Anwendungs- und Ausschlussbestimmungen. Insbesondere die mit der Neueinführung von Leistungen notwendige Bewertung in EBM erfordert eine Beurteilung hinsichtlich ihrer Wirkungen auf die medizinische Versorgung sowie deren ökonomischer Konsequenzen. Im Übrigen ist eine ständige Überprüfung der Bewertungsrelationen der Leistungen untereinander nötig.

2.4.3 Prüfungs- und Beschwerdeauschüsse zur Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen (zahnärztlichen) Versorgung

Das Instrumentarium der Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen (zahnärztlichen) Versorgung geht über die bloße Betrachtung von Durchschnittswerten hinaus und erhält durch die Möglichkeit der Stichprobenprüfung einzelner Ärzte und Leistungen sowie der Richtgrößenprüfung für verordnete Leistungen eine mehr qualitative Ausrichtung (§§ 106, 296, 297 SGB V). Die Krankenkassen benötigen zur Umsetzung ihrer Möglichkeiten in den Prüfungsausschüssen zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit konkreter Behandlungs- und Verordnungsfälle die Unterstützung durch ärztlichen (zahnärztlichen) Sachverstand.

Die Einschaltung des Medizinischen Dienstes erfolgt bei Bedarf nach Aufbereitung der Prüfunterlagen durch die Krankenkassen bzw. deren Landesverbände und Verbände der Ersatzkassen. Die Prüfung kann Kassen-/Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie im Krankenhaus erbrachte ambulante ärztliche und belegärztliche Leistungen betreffen. Sie erstreckt sich insbesondere auf folgende Bereiche:

- Beratung, ob die ärztliche (zahnärztliche) Behandlung gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind (§ 106 Abs. 5 SGB V).
- Beratung, ob die Überschreitung der Richtgrößen nach § 84 SGB V auf eine unwirtschaftliche Ordnungsweise schließen lässt und welche Maßnahmen zu treffen sind.
- Beratung, ob die ärztliche (zahnärztliche) Behandlung den Qualifikationserfordernissen gemäß den geltenden Richtlinien entspricht.

3 Beratung und Begutachtung in Einzelfällen

Bei der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Einzelfällen steht im allgemeinen die Beratung der Krankenkasse im Vordergrund. Damit soll erreicht werden, dass ausgehend vom Einzelfall die Krankenkasse auch Hinweise

- zur Qualität der medizinischen Versorgung,
- zur Zweckmäßigkeit der Therapie,
- zur wirtschaftlichen Versorgung

erhält. Der MDK soll seine im Rahmen von Einzelfallbegutachtungen dazu gewonnenen Erkenntnisse (z.B. Trends bei Verordnungen) von sich aus den Krankenkassen mitteilen.

In gleicher Weise sollen auch die Krankenkassen den MDK über Entwicklungen (z.B. Veränderungen in der Versorgungsstruktur) informieren, die seine Tätigkeiten berühren.

Die aus der gegenseitigen Information gewonnenen Erfahrungen machen ggf. den Kontakt mit Leistungserbringern erforderlich. Hierbei sollten Krankenkassen und MDK zusammenwirken.

Beratungen und Begutachtungen sind durch die Krankenkassen rechtzeitig zu veranlassen. Das bedeutet, dass der hiermit angestrebte Zweck noch erreicht werden kann und der Einsatz des MDK noch sinnvoll ist. Die gutachtlichen Stellungnahmen sind so frühzeitig zu veranlassen, dass die berechtigten Interessen des Versicherten gewahrt bleiben. Eine Beurteilung durch den MDK soll grundsätzlich zu einem Zeitpunkt vorgenommen werden, zu dem das Ergebnis noch in die Entscheidung der Krankenkasse über die Leistungsgewährung einbezogen werden kann. Die Beurteilung der Notwendigkeit einer von der Krankenkasse schon zur Verfügung gestellten Leistung durch den MDK unter Mitwirkung des Versicherten ist im allgemeinen nicht zu veranlassen,

3.1 *Allgemeine Verpflichtung zur Beratung und Begutachtung*

Die Krankenkassen haben nach § 275 Abs. 1 SGB V grundsätzlich eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist.

Eine Beratung oder Begutachtung kann auch dann erforderlich sein, wenn die Verordnung einer Leistung im Einzelfall Zweifel an der Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit oder Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmaßnahmen aufkommen lässt.

3.1.1 Leistungen im einzelnen

3.1.1.1 Arzneimittel

(§ 31 SGB V, §§ 195 Abs. 2 und 200 f RVO, §§ 22 Abs. 2 und 31 b KVLG)

Die Begutachtung der Notwendigkeit verordneter Arzneimittel kommt für sich allein selten in Betracht. Die Krankenkasse kann jedoch die Verordnung von Arzneimitteln zum Anlass nehmen, sich unter dem Gesichtspunkt der Sicherung des Behandlungserfolges über die Zweckmäßigkeit der Behandlungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen beraten zu lassen. Dabei kann der MDK Anregungen für weitere Behandlungsmaßnahmen (z.B. Alternativen bei Arzneimittelversorgung, gebietsärztliche Behandlung, besondere Therapieformen wie physikalische Therapie, Krankengymnastik) geben.

Der MDK hat die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln zu berücksichtigen.

3.1.1.2 Heilmittel

(§ 32 SGB V, §§ 195 Abs. 2 und 200 f RVO, §§ 22 Abs. 2 und 31 b KVLG)

Bei gutachtlichen Stellungnahmen des MDK im Bereich der Heilmittelversorgung steht die Beratung der Krankenkasse über die Zweckmäßigkeit des Therapiekonzepts und über die Qualität der Versorgung im Vordergrund. Insbesondere bei wiederholten Verordnungen von Maßnahmen der physikalischen Therapie, Sprachtherapie und Beschäftigungstherapie soll der MDK beurteilen, ob das angestrebte therapeutische Ziel erreicht werden kann oder ob andere Mittel oder Therapieformen erfolgversprechender sind.

Der MDK hat die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln und die Begutachtungsanleitung für Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) zu berücksichtigen.

3.1.1.3 Häusliche Krankenpflege

(§ 37 SGB V)

Bei häuslicher Krankenpflege kann sich die Beratung oder Begutachtung durch den MDK erstrecken auf

- die Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen für die häusliche Krankenpflege
 - o zur Vermeidung oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung,
 - o zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung,
- den Inhalt und Umfang der häuslichen Krankenpflegeleistungen,
- die Notwendigkeit weiterer häuslicher Krankenpflege,
- Fragen der Abgrenzung zu Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit.

In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse häusliche Krankenpflege zur Vermeidung oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung für einen längeren Zeitraum als vier Wochen bewilligen, wenn der MOK die Notwendigkeit festgestellt hat (vgl. Abschn. 3.2.5).

3.1.1.4 Haushaltshilfe (§ 38 SGB V)

Wird die Erweiterung des Anspruchs auf Haushaltshilfe in Satzungsregelungen der Krankenkasse von medizinischen Voraussetzungen abhängig gemacht, kann der MDK zur Stellungnahme, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, herangezogen werden.

3.1.1.5 Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V)

Bei gutachtlichen Stellungnahmen des MDK im stationären Bereich steht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung sowie für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten im Vordergrund. Insbesondere kommt der Qualität der Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Die Auswahl der Einzelfälle hat auch zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der Stellungnahmen des MDK für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Krankenhäusern und für die Entscheidung der Krankenkasse von Bedeutung sind.

Kriterien für die Auswahl der erforderlichen Fälle können sowohl besondere Erfahrungen mit den einzelnen Krankenhäusern als auch besondere Verhältnisse des einzelnen Krankheitsfalles sein. Daraus lassen sich insbesondere folgende Anhaltspunkte für die Fallauswahl ableiten:

- Beobachtung der Erfüllung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses,
- Einweisungs-, Verlegungs- und Entlassungsverhalten (Verweildauer, z.B. bei bestimmten Krankheitsarten, Vorbereitung auf Operationen, verspätete Einleitung von AHB-Verfahren, regelmäßig Krankenhausbehandlung im Anschluss an die stationäre Entbindung - § 197 RVO, § 24 KVLG -),
- Indikation invasiver oder kostenträchtiger diagnostischer oder therapeutischer Verfahren,
- Einweisung oder Verlegung mit einer Diagnose, die Zweifel an der Notwendigkeit der (weiteren) Krankenhausbehandlung aufkommen lässt,
- Einweisung durch einen Arzt, der überdurchschnittlich häufig Krankenhausbehandlung verordnet,
- Selbsteinweisung durch das Krankenhaus,
- Aufnahme Pflegebedürftiger oder älterer Menschen aus sozialen Erwägungen (z.B. mangelnde Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten im häuslichen Bereich, Verhinderung der sie sonst versorgenden Betreuungspersonen),
- Diagnose lässt Zweifel aufkommen, ob es sich um eine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne handelt (z.B. Adipositas, kosmetische Operation),
- Verlängerungsantrag enthält keine ausreichende medizinische Begründung für die Notwendigkeit weiterer Krankenhausbehandlung,
- Dauer der Behandlung weicht ohne ausreichende medizinische Begründung von allgemeinen Erfahrungswerten (Krankenhausverweildauer-Katalog) ab.

Ausgehend von den konkreten Fragestellungen der Krankenkasse zur medizinischen Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sollte der Gutachter darüber hinaus auch Stellung nehmen,

- ob der Versorgungsauftrag des Krankenhauses erfüllt wird,
- ob ambulante oder stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation in Betracht kommen (z.B. Behandlung in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung, insbesondere Anschlussheilbehandlung, Entwohnungsbehandlung bei Suchterkrankungen),
- ob ein Pflegefall vorliegt,
- ob Aktivitäten zur Qualitätssicherung erkennbar sind,
- zu Fragestellungen, die für die Krankenkasse im Rahmen ihrer Planungs- und Steuerungskompetenz bedeutsam sind.

Das Recht der Krankenkasse, Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch den MDK im Krankenhaus beurteilen zu lassen (Krankenhausbegehung), ergibt sich aus § 276 Abs. 4 SGB V. Danach sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt, zwischen 8.00 und 18.00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können. Nähere Einzelheiten richten sich nach dem Inhalt der von den Landesverbänden der Krankenkassen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land zu schließenden Verträge (§ 112 SGB V).

Die Grundsätze für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelt. Außerdem enthalten die Verträge mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung weitere Hinweise für die Verordnung von Krankenhausbehandlung. Der MDK hat die Richtlinien und Hinweise ebenso wie das Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte (§ 39 Abs. 3 SGB V) zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Dauer der Krankenhausbehandlung kann sich der MDK an den Anhaltswerten für die Krankenhausverweildauer orientieren.

3.1.1.6 Belastungserprobung und Arbeitstherapie (§ 42 SGB V)

Die Beurteilung einzelner Maßnahmen ist im allgemeinen nur möglich, wenn diese Elemente eines schlüssigen Rehabilitationskonzeptes sind. Bei dieser Beurteilung kommt dem MDK große Bedeutung zu.

Bei Belastungserprobung und Arbeitstherapie können neben der Beratung über die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit insbesondere auch Stellungnahmen zum Verlauf in Betracht kommen, wenn diese Maßnahmen ambulant durchgeführt werden.

3.1.1.7 Rehabilitationssport (§ 43 Nr. 1 SGB V)

Ist Rehabilitationssport verordnet, kann sich die Beratung oder Begutachtung durch den MDK auf folgende Kriterien erstrecken:

- ob die Teilnahme am Rehabilitationssport aus medizinischer Sicht zweckmäßig und die verordnete Sportart angezeigt ist,

- welche zeitliche Dauer und Anzahl der wöchentlichen Übungsstunden zu empfehlen ist,
- ob der Rehabilitationssport nach Ablauf des Bewilligungszeitraums zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles weiterhin angezeigt ist.

Es können auch Verlaufsbeobachtungen zur Beurteilung der Belastbarkeit in Betracht kommen.

Vereinbarungen über den ambulanten Rehabilitationssport sind zu berücksichtigen.

3.1.1.8 Sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 43 Nr. 2 SGB V)

Der MDK berät die Krankenkassen, ob die medizinischen Voraussetzungen zur Gewährung sonstiger ergänzender Leistungen zur Rehabilitation, die unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Behinderung erforderlich sind, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern, erfüllt sind.

3.1.1.9 Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (§ 45 SGB V)

Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes (Kinderpflege-Krankengeld) erhalten Versicherte u.a. dann, wenn es nach ärztlichem Zeugnis erforderlich ist, dass sie zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege ihres erkrankten Kindes der Arbeit fernbleiben.

Der MDK kann zur Beurteilung dieser medizinischen Voraussetzungen in Anspruch genommen werden.

3.1.1.10 Fahrkosten (§ 60 SGB V)

Bei Fahrkosten kann eine Stellungnahme des MDK dazu in Betracht kommen, ob

- ein Krankentransport aus medizinischen Gründen erforderlich ist,
- das gewählte Transportmittel (z.B. Taxi statt öffentliches Verkehrsmittel) erforderlich ist,
- die nächsterreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit genutzt wird.

Da die ärztlichen Verordnungen von Krankentransporten im allgemeinen von den Krankenkassen vor Ausführung des Transportes nicht zu genehmigen sind, ist in Zweifelsfällen auch eine nachträgliche Prüfung möglich. Die für die Notwendigkeit der Verordnung maßgebenden Verhältnisse lassen sich nachträglich nur schwer objektivieren. Die Notwendigkeit von Fahrkosten lässt sich jedoch bei längeren Behandlungsserien im voraus beurteilen.

3.1.2 Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation (§ 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V)

Der MDK hat durch seine sozialmedizinische Fachkompetenz und seine Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis eine wichtige Beratungs- und Steuerungsfunktion bei Entwicklung eines rehabilitativen Gesamtkonzepts für die Krankenversicherung. Der Auftrag zur Beratung und Begutachtung im Einzelfall umfasst sowohl die Beurteilung der Versorgungsstrukturen als auch der Indikation im einzelnen Behandlungsfall.

Eine gutachtliche Stellungnahme zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen kann insbesondere in Betracht kommen, wenn die Krankenkasse vom behandelnden Arzt oder vom Krankenhaus eine Mitteilung erhalten hat, dass eine Behinderung vorliegt oder droht (§§ 92 Abs. 5, 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V). Die Krankenkasse kann eine gutachtliche Stellungnahme aber auch dann veranlassen, wenn sie nach eigener Prüfung, evtl., auf Anregung des MDK, zu dem Ergebnis kommt, dass Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt sein können

Nach § 275 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK zu veranlassen, wenn dies zur Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Aufstellung eines Gesamtplanes nach § 5 Abs. 3 RehaAnglG erforderlich erscheint.

Der MDK hat die Krankenkasse zu beraten,

- ob die Möglichkeiten ambulanter Rehabilitation ausgeschöpft sind,
- ob und ggf. welche weiteren Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation angezeigt sind (z.B. stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, Belastungserprobung oder Arbeitstherapie, Rehabilitationssport, Hilfsmittelversorgung, sonstige ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V),
- ob die vorgeschlagenen Einrichtungen nach Art, Ausstattung und Indikationsbereichen zweckmäßig sind,
- ob und ggf. welche Maßnahmen der beruflichen, schulischen und/oder sozialen Rehabilitation angezeigt sind,
- ob sonstige Betreuungsmaßnahmen in Betracht kommen (z.B. Selbsthilfegruppen),
- bei der Planung der Rehabilitation,
- bei der Vorbereitung und Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen,
- über Art, Zeitpunkt und Dauer von Rehabilitationsmaßnahmen,
- ob weitergehende Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. in sozialpädiatrischen Zentren, Rehabilitationskliniken usw.) zweckmäßig sind,
- über Maßnahmen zur Sicherung der Nachsorge.

Die Veranlassung einer gutachtlichen Stellungnahme durch den MDK setzt nicht voraus, dass Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Die Krankenkasse hat vielmehr in allen geeigneten Fällen möglichst frühzeitig eine gutachtliche Stellungnahme zur Beurteilung rehabilitativer Maßnahmen zu veranlassen und dem MDK die Gründe für die Begutachtung bekannt zu geben, damit sie in die Beurteilung einbezogen werden können.

Bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und bei Müttergenesungskuren hat die Krankenkasse die Notwendigkeit der Leistung im Rahmen einer sozialmedizinischen Begutachtung zu prüfen (vgl. Abschnitt 3.2.2).

3.1.3 Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V)

Die Krankenkassen haben eine gutachtliche Stellungnahme des MDK zur Arbeitsunfähigkeit zu veranlassen, wenn es

- zur Sicherung des Behandlungserfolges oder
- zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

erforderlich ist.

Der MDK unterstützt die Krankenkasse durch die sozialmedizinische Vorberatung bei der Auswahl der geeigneten Fälle. Zum Verfahren siehe Abschnitt 4.2.

Der MDK hat auch ohne ausdrückliche Fragestellung durch die Krankenkasse bei der Beratung oder Begutachtung Arbeitsunfähiger zu beurteilen, ob im Sinne von § 51 Abs. 1 SGB V Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist.

3.1.3.1 Sicherung des Behandlungserfolges (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 a SGB V)

Insbesondere bei Stellungnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges kommt der Beratung der Krankenkasse durch den MDK große Bedeutung zu. Der MDK hat dann zu beurteilen, welche Behandlungsmaßnahmen geeignet und ausreichend sind, um den angestrebten Behandlungserfolg zu erzielen. So hat er insbesondere zu erwägen, ob

- weitere Maßnahmen zur Abklärung der Diagnose angezeigt sind,
- die ambulante Behandlung ausreichend und zweckmäßig ist.

Der MDK soll auch weiterführende Hinweise geben, wenn er z.B.

- eine Oberweisung zu einem Arzt mit spezieller Gebietsbezeichnung,
- stationäre Behandlung,
- eine Überprüfung der Arzneimitteltherapie,
- Maßnahmen der physikalischen Therapie,
- Versorgung mit Hilfsmitteln,
- medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation oder
- Leistungen zur Forderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten

für erforderlich halt.

Eine Beratung oder Begutachtung zur Sicherung des Behandlungserfolges soll auch der Klärung dienen, ob Maßnahmen der Sozialleistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einzuleiten sind. Der MDK hat deshalb nicht nur die Leistungen der Krankenkasse in Erwägung zu ziehen, sondern auch das Leistungsangebot anderer Sozialleistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung, Kriegsopferversorgung, Sozialhilfe) zu berücksichtigen und dabei zu beurteilen, ob und ggf. welche Maßnahmen der medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in Betracht kommen. Aus dieser Aufgabenstellung ergibt sich, dass der Beratungs- und Begutachtungsanlass "zur Sicherung des Behandlungserfolges" mit dem Anlass "Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation" (§ 275 Abs. 1 Nr. 2

SGB V) korrespondieren kann. Der Gutachter hat deshalb bei Stellungnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges in medizinischen Fragen auch die Koordinierungsfunktion in der Rehabilitation wahrzunehmen,

Überlegungen zur Sicherung des Behandlungserfolges können z.B. dann angebracht sein, wenn wiederholte Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit auf eine Chronifizierung hindeutet, die durch eine rechtzeitig vom MDK angeregte Maßnahme verhindert werden könnte. Weitere Hinweise auf die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges können sein:

- häufige Arbeitsunfähigkeit bei nicht eindeutigen Diagnosen,
- wiederholter Arztwechsel,
- häufig wechselnde Diagnosen,
- Erkrankungsfälle, die eine besondere psychosomatische Problematik vermuten lassen.

Eine gutachtliche Stellungnahme durch den MDK zur Sicherung des Behandlungserfolges kann auch nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit noch angezeigt sein, wenn die besonderen Umstände des Einzelfalles darauf hindeuten, dass ein abschließender Behandlungserfolg nicht erzielt wurde.

3.1.3.2 Beseitigung von begründeten Zweifeln (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 b SGB V)

Die Krankenkassen haben eine gutachtliche Stellungnahme über die Arbeitsunfähigkeit durch den MDK zu veranlassen, wenn es zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit erforderlich erscheint, insbesondere auf Verlangen des Arbeitgebers, wenn er begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit darlegt.

Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit können medizinische, rechtliche oder sonstige Ursachen haben, z.B.:

- die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung enthält keine eindeutige Diagnose,
- der Befundbericht fehlt, ist unzureichend oder entspricht nicht der Diagnose,
- Diagnose und Befundbericht stehen nicht im Einklang mit der bescheinigten voraussichtlichen Dauer der Arbeitsunfähigkeit,
- Attestierung von Arbeitsunfähigkeit außerhalb des Fachgebietes des Arztes,
- häufige Auffälligkeit des Arztes bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit,
- das Vorliegen einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne ist fraglich,
- häufige Arbeitsunfähigkeit wegen wechselnder leichter Befindlichkeitsstörungen,
- häufiger Arztwechsel,
- erneute Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit durch einen anderen Arzt nach Feststellung von Arbeitsfähigkeit durch den bisher behandelnden Arzt oder den MDK,
- regelmäßige Arbeitsaufnahme vor der ersten Einladung zur sozialmedizinischen Begutachtung durch den MDK,
- Fehlverhalten des Versicherten im Hinblick auf das bescheinigte Krankheitsbild,
- Arbeitsunfähigkeitsmeldung nach innerbetrieblichen Differenzen oder nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses,
- vorherige Ankündigung der Arbeitsunfähigkeit durch den Versicherten.

Die Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit müssen "begründet" sein. Es müssen also im Einzelfall konkrete Umstände oder Tatsachen vorliegen, die zu objektiv berechtigten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit führen, Die Umstände oder Tatsachen, die zu begründeten Zweifeln ver-

anlassen, können sich aufgrund eigener Feststellungen der Krankenkasse oder aus Hinweisen des behandelnden Arztes ergeben.

Der Arbeitgeber hat das Recht, von der Krankenkasse eine Einladung seines Arbeitnehmers zum MDK zu verlangen, wenn er begründete Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit darlegt. Der Arbeitgeber muss dabei konkret und schlüssige Tatsachen vorbringen, die seine Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Krankenkasse ist verpflichtet, die Argumente des Arbeitgebers abzuwägen. Sie hat unverzüglich eine sozialmedizinische Begutachtung zu veranlassen, wenn die vom Arbeitgeber dargelegten Zweifel berechtigt erscheinen. Die jeweiligen Gründe, auch die vom Arbeitgeber dargelegten Zweifel, sind den MDK bekannt zu geben, damit sie in die Beurteilung einbezogen werden können.

3.1.3.3 Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (§ 74 SGB V)

Die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess soll während der Arbeitsunfähigkeit eine schrittweise, medizinisch begründete allmähliche Arbeitsbelastung bewirken. Mit der medizinisch kontrollierten, langsamen arbeitsmäßigen Belastung tritt keine Arbeitsfähigkeit ein, die letzte versicherte Beschäftigung bleibt Maßstab und Bezugspunkt für die Beurteilung,

Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung hat der behandelnde Arzt auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung anzugeben. In geeigneten Fällen soll der behandelnde Arzt die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des MDK einholen; die Zustimmung der Krankenkasse wird durch den Gutachtenauftrag an den MDK erteilt.

3.2 Beratung und Begutachtung in gesetzlich bestimmten Fällen

Die Krankenkassen haben nach § 275 Abs. 2 SGB V in den nachstehend genannten Fällen eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen. Es handelt sich hierbei im allgemeinen um solche Fälle, bei denen die Leistung unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Gesichtspunkte gestaltet werden sollte. Der MDK hat bei seiner Stellungnahme ggf. die Indikation der Therapiekonzepte sowie Art und Ausstattung der vorgeschlagenen Einrichtungen zu berücksichtigen und die Krankenkasse entsprechend zu beraten.

3.2.1 Medizinische Vorsorgeleistungen, Vorsorgekuren für Mutter (§§ 23 und 24 SGB V)

Die Krankenkassen haben vom MDK vor Bewilligung und bei beantragter Verlängerung die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von medizinischen Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mutter unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplanes prüfen zu lassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V hierzu gemeinsam und einheitlich Ausnahmen zugelassen. Als ärztlicher Behandlungsplan gilt der "ärztliche Befundbericht zur Anregung einer Kurmaßnahme".

Bei der Prüfung ist abzuwägen, welche Maßnahmen innerhalb des gestuften Systems,

- ambulante Behandlung am Wohnort, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- ambulante Vorsorgekur
- Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung
- Vorsorgekur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung

erforderlich sind.

Der MDK entscheidet darüber, ob eine Beratung oder Begutachtung nach Aktenlage oder eine körperliche Untersuchung in Frage kommt. Bei Verlängerungsanträgen ist in der Regel eine Begutachtung nach Aktenlage angezeigt; falls eine körperliche Untersuchung erforderlich ist, ist sie vom MDK des Aufenthaltsortes durchzuführen. Das Recht des MDK, die Rehabilitationseinrichtung zu betreten, ergibt sich aus § 276 Abs. 4 SGB V.

3.2.2 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und Müttergenesungskuren (§§ 40 und 41 SGB V)

Die Krankenkassen können aus medizinischen Gründen erforderliche Maßnahmen in Form einer ambulanten Rehabilitationskur erbringen. Reicht diese Leistung nicht aus, können sie stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht. Für die Behandlung ist die Krankenkasse nur zuständig, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften, mit Ausnahme des § 1305 Abs. 1 RVO, des § 84 Abs. 1 AVG und § 97 Abs. 1 RKG, solche Leistungen nicht erbracht werden können.

Die Krankenkassen haben die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der verordneten Leistungen vor ihrem Beginn durch den MDK prüfen zu lassen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben nach § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V hierzu gemeinsam und einheitlich Ausnahmen zugelassen. Wird eine Verlängerung beantragt, ist auch diese durch den MDK zu prüfen.

Bei seiner Prüfung hat der MDK abzuwägen, ob anstelle einer stationären Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung oder anstelle einer Müttergenesungskur ambulante medizinische Behandlung am Wohnort einschl. physikalischer Anwendung oder eine ambulante Rehabilitationskur ausreichend ist.

Der MDK hat die Krankenkasse auch bei der Auswahl geeigneter Einrichtungen zu beraten (z.B. therapeutische und heilklimatische Bedingungen).

Zur Frage, ob eine Beratung oder Begutachtung nach Aktenlage oder eine körperliche Untersuchung erfolgen soll, siehe Abschn. 3.2.1.

3.2.3 Schwerpflegebedürftigkeit (§ 53 ff SGB V)

Die Prüfung der Schwerpflegebedürftigkeit erfordert vom MDK hohe medizinische und sozialmedizinische Kompetenz. Bei der Begutachtung von Schwerpflegebedürftigkeit hat der MDK neben medizinischen Gesichtspunkten auch solche der rehabilitativen Versorgung, des

sozialen Umfeldes und der personellen Betreuungsmöglichkeiten zu beachten. Deshalb ist die Beurteilung des Vorliegens von Schwerpflegebedürftigkeit bei erstmaliger Feststellung regelmäßig aufgrund einer ärztlichen Untersuchung des Versicherten in seiner häuslichen Umgebung zu prüfen. Die Prüfung soll auch Möglichkeiten zur Rehabilitation einbeziehen und ist auf Veranlassung der Krankenkasse in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Bei Wiederholungsbegutachtungen kann von der ärztlichen Untersuchung in häuslicher Umgebung abgesehen werden, wenn die Vorbefunde und die aktuellen ärztlichen Atteste eine Besserung des Zustandes oder eine Änderung des Hilfebedarfs des Schwerpflegebedürftigen nicht erkennen lassen.

Der MDK hat die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen zu berücksichtigen. Entsprechende Richtlinien zur Begutachtung sind zu beachten.

3.2.4 Kostenübernahme bei Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches (§ 18 SGB V)

Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung dann ganz oder teilweise übernehmen, wenn der MDK vor Behandlungsbeginn die erforderlichen Feststellungen hierzu getroffen hat. Der MDK muss dabei die Ergebnisse sozialmedizinischer Grundsatzberatungen beachten oder ggf. eine solche Grundsatzberatung veranlassen.

Eine Behandlung außerhalb des Geltungsbereichs des Sozialgesetzbuches kann auch dann in Frage kommen, wenn eine medizinisch notwendige Behandlung im Inland nicht rechtzeitig zur Verfügung gestellt werden kann.

3.2.5 Häusliche Krankenpflege (§ 37 Abs. 1 SGB V)

Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege zur Vermeidung oder Abkürzung von Krankenhausbehandlung besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. Die Krankenkasse kann diese häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der MDK feststellt, dass an sich gebotene Krankenhausbehandlung weiterhin vermieden werden kann (vgl. Abschn. 3.1.1.3).

3.3 Begutachtung in geeigneten Fällen

Die Krankenkassen können nach § 275 Abs. 3 SGB V in den nachstehend genannten Fällen eine Prüfung durch den MDK veranlassen. Eine Prüfung ist im Einzelfall dann angezeigt, wenn bei der Art der Erkrankung (Diagnose) und dem bisherigen Krankheitsverlauf Zweifel darüber bestehen, ob die verordnete Leistung den Grundsätzen einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung (§5 2, 12 SGB V) entspricht. Der MDK hat bei seiner Beurteilung auch Stellung zur Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zu nehmen.

3.3.1 Kieferorthopädische Behandlung (§ 29 SGB V)

Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den MDK prüfen lassen, ob

- die medizinischen Voraussetzungen für die Durchführung der kieferorthopädischen Behandlung vorliegen,
- die kieferorthopädische Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen ist.

Der MDK hat die Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädischer Behandlung zu berücksichtigen.

3.3.2 Hilfsmittel (§ 33 SGB V)

Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den MDK prüfen lassen, ob das verordnete Hilfsmittel erforderlich und zweckmäßig ist; der MDK hat hierbei den Versicherten zu beraten. Er hat - soweit erforderlich - mit den orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten.

Der MDK hat die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Heilmitteln und Hilfsmitteln, das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen herausgegebene "Hilfsmittelverzeichnis", sowie Richtlinien zur Sicherung einer einheitlichen Begutachtung zu berücksichtigen.

3.3.2.1 Brillen und andere Sehhilfen

Die Beratung und Begutachtung bei Brillen und anderen Sehhilfen kann sich auf die Versorgung mit besonderen Sehhilfen beschränken und beziehen auf

- die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der vorliegenden Verordnung bzw. des Kostenvoranschlages über eine besondere (z.B. elektronische) Sehhilfe,
- die Möglichkeit alternativer Versorgung (zusätzliche Sehhilfe: z.B. Glas, Kontaktlinse, Lupe, Leuchtlupe oder elektronische Sehhilfe).

3.3.2.2 Hörhilfen

Die Beratung und Begutachtung bei Hörhilfen kann sich beziehen auf

- Notwendigkeit dieser Versorgung,
- Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Verordnung/ des Versorgungsvorschlages,
- Qualität der Versorgung,
- alternative Versorgungsmöglichkeiten (Art des Hörgerätes, ggf. der Zusatzeinrichtungen),

- Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Reparatur,
- Notwendigkeit einer Wiederholungsversorgung /Ersatzversorgung,
- Wirtschaftlichkeit des Wiederholungs- oder Ersatzversorgungs-Vorschlages,

3.3.2.3 Orthopädische und andere Hilfsmittel, Körperersatzstücke

Die Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit der Verordnung/Versorgung mit Hilfsmitteln und Körperersatzstücken kann sich beziehen auf

- Indikation für die Verordnung/Versorgung,
- Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität der Verordnung, des Versorgungsvorschlages oder bereits erfolgter Versorgung, insbesondere im Hinblick darauf, ob es sich um eine
 - o dauernde oder vorübergehende Behinderung,
 - o Versorgung zur Sicherung des Behandlungserfolges,
 - o Versorgung zur Unterstützung einer Rehabilitationsmaßnahme handelt oder
 - o eine unterstützende Rehabilitationsmaßnahme zweckmäßig ist.
- die Auswahl eines geeigneten Hilfsmittels,
- alternative Versorgung oder alternative Maßnahmen zur Unterstützung oder anstelle einer Hilfsmittelversorgung,
- Reparatur oder Änderung,
- die Frage, ob vorhandene Hilfsmittel weiter benötigt werden,
- die Übereinstimmung von Verordnung (Kostenübernahmeerklärung) und Lieferung unter Berücksichtigung von
 - o Funktionstauglichkeit,
 - o Zweckerfüllung,
 - o Passform,
- die Notwendigkeit einer Ausbildung zum Gebrauch des Hilfsmittels.

Bei orthopädischen Schuhen ist insbesondere zu berücksichtigen, ob statt orthopädischer Schuhe die Versorgung mit anderen geeigneten Mitteln, z.B. Zurichtungen von Konfektionsschuhen üblicher Art, Zurichtungen an oder Einbauten in "konfektionierten Sonderschuhmodellen" zweckmäßig ist.

3.3.3 Dialysebehandlung

Die Krankenkasse kann eine Stellungnahme des MDK dazu einholen, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalles notwendig und wirtschaftlich ist. Als Entscheidungskriterien sind

- der medizinische Schweregrad des Nierenversagens sowie
- das regionale Versorgungsangebot der für den Fall erforderlichen Einrichtungen

zu berücksichtigen.

Es werden insbesondere folgende ambulante Dialyseverfahren unterschieden:

- Heimdialyse
 - o Hämodialyse
 - o Kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse (CAPD)
- Behandlung in Dialyseeinrichtungen
 - o Trainingsdialyse
 - o Limited-Care-Dialyse
 - o Praxisdialyse
 - o Zentrumsdialyse

Diese Dialyseverfahren können als Hämodialyse, Hämofiltration bzw. Hämodiafiltration durchgeführt werden,

3.4 Sonstige Begutachtungsanlässe

3.4.1 Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen der Erwerbsunfähigkeit (§ 51 Abs. 1 SGB V)

Die Krankenkasse kann einem Versicherten, der nach ärztlichem Gutachten als erwerbsunfähig anzusehen ist, eine Frist von zehn Wochen setzen, innerhalb derer er einen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen - bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland ggf. auch einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit - zu stellen hat. Da die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit differenzierte sozialmedizinische Kenntnisse voraussetzt, kann die Krankenkasse den MDK zur Beratung oder Begutachtung einschalten. Kommt der MDK zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Annahme von Erwerbsunfähigkeit in diesem Sinne vorliegen, hat er im Gutachten die Gründe dafür anzugeben.

Der MDK hat auch ohne ausdrückliche Fragestellung durch die Krankenkasse bei der Beratung oder Begutachtung Arbeitsunfähiger zu beurteilen, ob im Sinne von § 51 Abs. 1 SGB V Erwerbsunfähigkeit anzunehmen ist.

3.4.2 Zusammenhangsfragen

Soweit bei der Beurteilung versicherungsrechtlicher Ansprüche medizinische Zusammenhangsfragen zu klären sind und die Angaben des behandelnden Arztes nicht ausreichen, kann die Krankenkasse den MDK insbesondere zur Klärung folgender Fragen in Anspruch nehmen:

- Handelt es sich im Sinne von § 48 SGB V, § 1 Abs. 1 Satz 2 LFZG um dieselbe Krankheit?
- Ist die Krankheit auf einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen (§ 11 Abs. 4 SGB V)?
- Beruht die Krankheit auf einem Versorgungsleiden (z.B. Wehrdienstbeschädigung)?

- Ist die Krankheit Folge eines sonstigen Unfalles (z.B. Verkehrsunfall)?
- Liegen medizinische Merkmale für die Annahme eines sogenannten missglückten Arbeitsversuches vor?
- Steht die Krankheit im Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler?

3.4.3 Sonstige personenbezogene Beratungen und Begutachtungen

Sonstige personenbezogene Beratungs- und Begutachtungsanlässe können z.B. sein:

- ob medizinische Bedenken gegen die Verlegung des Aufenthaltsortes während der Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 16 Abs. 4 SGB V),
- Inanspruchnahme von Außenseitermethoden,
- ob eine körperliche, geistige oder seelische Behinderung bei Kindern vorliegt (§ 10 Abs. 2 Nr. 4 SGB V),
- ärztliche Bescheinigungen über den voraussichtlichen Entbindungstermin,
- ob die Gründe des Versicherten gerechtfertigt sind, Behandlungs- und Untersuchungsmaßnahmen abzulehnen (§ 65 Abs. 2 Nm. 1 bis 3 SGB I),
- Beratung der Krankenkasse und Stellungnahme zu medizinischen Fragen in Streitverfahren (Vorverfahren, Sozialgerichtsverfahren),
- medizinische Beratung der Versicherten vor erheblichen Eingriffen oder bei unklaren Behandlungsverläufen.
- Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 SGB V)

4 Auswahlverfahren zur Beratung und Begutachtung im MDK

4.1 Vorauswahl durch die Krankenkasse

Die Krankenkasse wählt die für eine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung in Betracht kommenden Fälle unter Berücksichtigung des Abschnitts 3 dieser Richtlinien aus: Die Verhältnisse des einzelnen Falles sind dabei maßgebend. Weder der Status des Versicherten noch die Art seiner finanziellen Absicherung (Bezug von Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle, Bezug von Krankengeld) dürfen die Auswahl beeinflussen. Bei dieser Vorauswahl wirkt der MDK im allgemeinen nicht mit.

Die sachgerechte Vorauswahl der für eine Beratung oder Begutachtung geeigneten Fälle setzt sozialmedizinische Grundkenntnisse und Berufserfahrung bei dem zuständigen Mitarbeiter der Krankenkasse voraus. Nur vor diesem Hintergrund ist eine zutreffende Beurteilung des Einzelfalles möglich. Nur wenn das erforderliche Wissen vorhanden ist, kann der Mitarbeiter erkennen, ob Fragen bestehen, die einer sozialmedizinischen Klärung bedürfen.

Wegen des Erfordernisses von Kenntnissen und Erfahrungen empfiehlt sich, bestimmte Mitarbeiter mit der Auswahl zu betrauen. Die Wahrnehmung der Aufgabe durch bestimmte Mitarbeiter erleichtert die Beziehungen zwischen Krankenkassen und MDK. Eine qualifizierte Auswahl trägt ferner zu einer vollen Ausschöpfung der Kapazitäten bei und vermindert die Gefahr von Fehleinladungen.

In jeder Dienststelle des MDK steht ebenfalls ein Ansprechpartner zur Verfügung.

Bevor die Krankenkasse eine Stellungnahme des MDK einholt, hat sie eine Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Verordnung vorzunehmen. Sie hat sich auch davon zu überzeugen, dass die Angaben in der ärztlichen Verordnung vollständig und plausibel sind, und eventuell fehlende Angaben, Unklarheiten oder Unstimmigkeiten mit dem handelnden Arzt oder sonstigen Leistungserbringern zu ergänzen oder zu klären.

Weder der MDK noch der Versicherte sollen um Vervollständigung von Unterlagen bemüht werden, die sich die Krankenkasse durch geringeren Aufwand selbst beschaffen kann. Für den Versicherten bestehen insofern keine Mitwirkungspflichten.

4.2 Sozialmedizinische Vorberatung

Die Krankenkasse legt die vorausgewählten Fälle dem MDK zur sozialmedizinischen Vorberatung vor. In begründeten Eilfällen ist in Absprache mit dem MDK die direkte Einladung des Versicherten zur Beratung oder Begutachtung möglich.

Die sozialmedizinische Vorberatung dient der Auswahl geeigneter Fälle, die eine eingehende Beratung oder Begutachtung durch den MDK erfordern.

Je nach Fallgestaltung, Dringlichkeit und organisatorischen Möglichkeiten kann die sozialmedizinische Vorberatung

- durch persönlichen Kontakt in der Krankenkasse oder im MDK,

- schriftlich unter Beifügung beurteilungsfähiger Unterlagen,
- telefonisch unter Darlegung des Begutachtungsanlasses und der sozialmedizinischen Relevanz

erfolgen.

Im Rahmen der sozialmedizinischen Vorberatung berät der MDK die Krankenkasse

- bei der Auswahl geeigneter Beratungs- und Begutachtungsfälle,
- bei der Konkretisierung des Auftrages,
- bei der Auswahl der erforderlichen Unterlagen für die Beratung oder Begutachtung.

Insbesondere kommen folgende Unterlagen in Betracht:

- die Verordnung der Leistung oder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung,
- Angaben über die frühere Versorgung mit gleichartigen Leistungen oder Leistungen mit gleicher medizinischer Wirkung,
- Angaben über den Krankheitsverlauf, insbesondere über medizinische Leistungen im Behandlungsverlauf,
- Angaben über Vorerkrankungen,
- Krankenhausentlassungsberichte, Kurentlassungsberichte,
- Angaben über die Art der Beschäftigung,
- Angaben über Besonderheiten aus dem sozialen Umfeld.

Bei begründeten Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit sind dem MDK die Umstände und Tatsachen zu benennen, die zu den Zweifeln führten.

Bei der sozialmedizinischen Vorberatung legt der beratende Arzt fest,

- ob eine allgemeine oder eine gebietsspezifische sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung erfolgen soll,
- an welche Dienststelle oder an welchen externen Gutachter der Beratungs- oder Begutachtungsauftrag erteilt wird,
- ob die Beratung oder Untersuchung des Versicherten in der Dienststelle oder in häuslicher Umgebung erfolgen soll,
- ob eine gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage ausreichend ist,

Die sozialmedizinische Vorberatung führt - unabhängig vom Wohnort des Versicherten - die für die Krankenkasse örtlich zuständige Dienststelle des MDK durch.

4.3 Folgerungen für den Beratungs- und Begutachtungsauftrag

Im Rahmen der sozialmedizinischen Vorberatung legt die Krankenkasse im Benehmen mit dem MDK den konkreten Beratungs- oder Begutachtungsauftrag fest. Er kann entweder

- eine Beratung oder Begutachtung nach Aktenlage oder
- eine Einladung des Versicherten zur sozialmedizinischen Beratung oder Begutachtung

zur Folge haben. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem MDK die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus der Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den MDK nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67 Satz 2 SGB X.

Für die Beratung oder Begutachtung wird ein Auftrag von der Krankenkasse auf den entsprechenden Vordrucken erteilt, der nach dem Ergebnis der sozialmedizinischen Vorberatung

- auf eine allgemeine oder gebietsspezifische sozialmedizinische Begutachtung verweist,
- ergänzende Angaben zum Beratungs- oder Begutachtungsanlass sowie
- den konkreten Auftrag

enthält und dem die angeforderten Unterlagen beigelegt sind.

Sofern eine Einladung des Versicherten zur sozialmedizinischen Beratung oder Begutachtung notwendig ist, wird der Termin für die Beratung oder Begutachtung im Rahmen der sozialmedizinischen Vorberatung festgelegt. Die Einladung zur Untersuchung nimmt, je nach örtlicher Absprache die Krankenkasse oder der MDK vor. Das frei gestaltbare Einladungsschreiben an den Versicherten hat folgende Angaben zu enthalten:

- Tag, Uhrzeit und Ort der Beratung oder Begutachtung,
- Hinweis auf die Möglichkeit der Entschuldigung durch den behandelnden Arzt,
- Hinweise auf die Mitwirkungspflichten und die Folgen einer Nichtbeachtung des Termins,
- Hinweis auf das Widerspruchsrecht nach § 277 Abs. 1 Satz 2 SGB V sowie ggf.
- Verpflichtung, sich vor der Begutachtung dem behandelnden Arzt vorzustellen,
- Hinweis, dass Befunde (z.B. Labor- oder Röntgenbefunde), Arzneimittel, die derzeit eingenommen werden, oder welche Hilfsmittel mitzubringen sind.

Die Krankenkasse übermittelt dem MDK zeitgleich mit der Einladung die Informationen und Fragestellungen mit dem Vordrucksatz.

Kann ein Termin nicht wahrgenommen werden oder entfällt ein Termin, hat die Krankenkasse den MDK davon zu unterrichten.

Bei kurzfristigen Wieder- bzw. Umbestellungen ist anzumerken, ob die Einladung durch die Krankenkasse zu veranlassen ist oder schon vom MDK vorgenommen wurde.

5 Beratung oder Begutachtung durch den MDK

5.1 Gutachter des MDK

Die Beratung oder Begutachtung der Versicherten wird von Ärzten im MDK oder von externen medizinischen Gutachtern durchgeführt. Neben Ärzten aller Gebietsbezeichnungen und Zahnärzten können auch Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe in Betracht kommen.

Der MDK kann unter Berücksichtigung der sozialmedizinischen Relevanz des Gutachtenauftrags externe Gutachter beauftragen; der MDK bleibt dabei gegenüber dem Auftraggeber für die Ergebnisse und die Qualität des Gutachtens verantwortlich.

5.1.1 Beauftragung externer Gutachter

Der MDK hat sich davon zu überzeugen, dass beauftragte externe Gutachter die für die Erstellung gutachtlicher Stellungnahmen erforderliche sozialmedizinische Kompetenz besitzen. Der MDK hat dafür Sorge zu tragen, dass der beauftragte externe Gutachter die entsprechenden Richtlinien und Empfehlungen für die Einheitlichkeit und Qualität der Begutachtung kennt und in seinen gutachtlichen Stellungnahmen beachtet. Der externe Gutachter kann keine weiteren Gutachtenaufträge vergeben.

Die Vergabe an externe Gutachter kommt vorrangig in den Fällen in Betracht, in denen eine spezielle sozialmedizinische Fachkunde nicht erforderlich ist oder für die das erforderliche medizinische Fachwissen im MDK nicht verfügbar ist.

Die Empfehlungen zur Beauftragung externer Gutachter gemäß § 282 Satz 4 SGB V sind zu beachten.

5.1.2 Konsiliarbegutachtung

Der MDK kann zur Ergänzung und Unterstützung seiner Feststellungen,

- Gutachter im eigenen MDK
- Gutachter in einem anderen MDK
- externe Gutachter oder
- Angehörige anderer Gesundheitsberufe

konsiliarisch hinzuziehen. Eine konsiliarische Hinzuziehung kommt insbesondere in Betracht, wenn

- nach Art und Schwere der Erkrankung sowie dem Behandlungsverlauf die medizinische Abklärung durch Ärzte mehrerer Gebiete erforderlich ist,
- die Überprüfung der medizinischen Voraussetzungen der Versorgung den Einsatz besonderer medizinisch-technischer Verfahren oder
- die Überprüfung der sozialen Voraussetzungen der Versorgung aufwendige Ermittlungen erfordern.

Die Verarbeitung der Konsiliargutachten obliegt dem mit der gutachtlichen Stellungnahme beauftragten Gutachter des MDK. Die Stellungnahme der Konsiliargutachter und die wesentlichen Befunde, auf die die Stellungnahme gestützt ist, sollen im Gutachten angeführt werden. Konsiliarisch hinzugezogene Gutachter können keine Gutachtaufträge vergeben.

5.1.3 Differenzen zwischen behandelndem Arzt und MDK (Zweitgutachten)

Grundsätzlich ist die gutachtliche Stellungnahme des MDK für den behandelnden Arzt verbindlich. Bestehen zwischen dem behandelnden Arzt und dem MDK über das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen der Leistung, insbesondere über das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit, Meinungsverschiedenheiten, soll der behandelnde Arzt unter Darlegung seiner Gründe die Krankenkasse unterrichten, die das Weitere veranlasst. Der behandelnde Arzt kann ein Zweitgutachten beantragen. Ist die Leistung durch einen Arzt mit einer Gebietsbezeichnung in seinem Fachgebiet verordnet oder die Arbeitsunfähigkeit von einem solchen Arzt festgestellt worden, soll für das Zweitgutachten ein Arzt desselben Gebiets tätig werden.

5.1.4 Differenzen zwischen Krankenkasse und MDK

Bestehen zwischen der Krankenkasse und dem MDK unterschiedliche Auffassungen über Qualität oder Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme, so gibt die Krankenkasse das Gutachten unter Darlegung der Gründe an den ärztlichen Leiter des MDK, der die Stellungnahme abgegeben hat oder an dessen Beauftragten. Der MDK prüft die Einwände und gibt, ggf. nach weiterer Begutachtung, eine erneute Stellungnahme ab.

5.2 *Allgemeine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung*

Die allgemeine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung der Versicherten erfolgt durch Ärzte, die über mehrjährige Berufserfahrung in der ambulanten Primärversorgung oder aus entsprechender klinischer Tätigkeit verfügen.

Anregungen oder Vorschläge für den behandelnden Arzt oder sonstigen Leistungserbringer und für die Krankenkasse sind in der gutachtlichen Stellungnahme zu benennen. Sind die dem Gutachter vorgelegten Angaben des behandelnden Arztes oder der Krankenkasse für die Erfüllung seiner Aufgaben unzureichend oder sind weitere Fragen zu klären, hat er entsprechende Hinweise zu geben.

In der gutachtlichen Stellungnahme ist zu vermerken, ob und ggf. in welcher Form der Versicherte über das Ergebnis der Untersuchung unterrichtet wurde.

Das Muster für das Gutachten ist als Anlage beigefügt.

5.3 Gebietsspezifische sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung

Die gebietsspezifische sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung der Versicherten wird von Gebietsärzten in ihren jeweiligen Fachgebieten durchgeführt. Vorwiegend handelt es sich um Ärzte der Gebiete

- Innere Medizin,
- Orthopädie,
- Chirurgie,
- Neurologie/Psychiatrie,
- HNO-Heilkunde.

Die Gebietsärzte unterstützen auch in geeigneter Weise die sozialmedizinische Vorberatung und ergänzen in geeigneten Fällen die allgemeine sozialmedizinische Beratung oder Begutachtung.

Im übrigen gilt Abschnitt 5.2 entsprechend.

5.4 Grundsatzberatung

Bei Grundsatz- und Vertragsfragen ist grundsätzlich die gestufte Zuständigkeit der verschiedenen regionalen Ebenen zu unterscheiden. Soweit Grundsatz- und Vertragsfragen von den Krankenkassen und ihren Verbänden gemeinsam und einheitlich zu regeln sind, erfolgt die Zusammenarbeit mit dem MDK im allgemeinen über den jeweils federführenden Verband.

Ansprechpartner der Krankenkassen auf örtlicher Ebene ist die regional für die sozialmedizinische Vorberatung zuständige Dienststelle des MDK. Ansprechpartner der Landesverbände der Krankenkassen und Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene ist der MDK des jeweiligen Landes. Ansprechpartner der Spitzenverbände der Krankenkassen in Grundsatz- und Vertragsfragen ist die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS).

Bei Fragen von grundsätzlicher Bedeutung und Beratungsbedarf in Grundsatz- und Vertragsfragen auf örtlicher Ebene entscheidet der beratende Arzt im Rahmen der sozialmedizinischen Vorberatung, ob und welche Schwerpunktgutachter oder Gutachter der gebietsspezifischen sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung einzuschalten sind oder ob der Fall zur Koordinierung des weiteren Verfahrens an die Leitung des MDK abzugeben ist.

Der MDK kann Schwerpunktgutachterstellen einrichten, die die Beratung der Krankenkassen der Region in bestimmten Grundsatz- und Vertragsfragen übernehmen. Eine solche aufgabenbezogene Spezialisierung könnte z.B. auf dem Gebiet der stationären Versorgung für die Unterstützung in Budgetverhandlungen, bei Bedarfsplanung und Großgeräteplanung oder auf dem Gebiet der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Kassenärzten, Zahnärzten oder der Krankenhäuser in Betracht kommen. In diesem Fall benennt der MDK den Verbänden die jeweils zuständigen Dienststellen oder Gutachter. In den auf Landesebene zu bearbeitenden Fällen beauftragt der MDK geeignete Gutachter oder führt den medizinischen Sachverstand in Teams zur Bearbeitung eines bestimmten Auftrags zusammen.

Der MDS koordiniert die Beantwortung der Beratungsanfragen der Spitzenverbände der Krankenkassen, indem er in Abstimmung mit den MDK medizinischen Sachverstand aus den Regionen zusammengeführt, den Einsatz im Hinblick auf den Beratungsbedarf leitet und die Arbeit der Gutachter informativ und organisatorisch unterstützt. Er informiert die Spitzenverbände laufend über aktuelle Beratungsanfragen und den Stand der Erledigung.

5.5 *Beratung auf Wunsch des Versicherten*

Auf Wunsch des Versicherten vermittelt die Krankenkasse ein Beratungsgespräch beim MDK. Die Krankenkasse sollte diese Möglichkeit nutzen und dem Versicherten ein solches Beratungsgespräch insbesondere dann anbieten, wenn er

- Fragen zur Qualität seiner medizinischen Versorgung äußert,
- Beratungsbedarf vor schwierigen Eingriffen oder zum Therapiekonzept/-verlauf besteht.

6 Mitteilungspflichten (§ 277 Abs. 1 SGB V)

6.1 *Mitteilung des MDK an Ärzte und sonstige Leistungserbringer*

Der MDK hat dem behandelnden Arzt und sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, das Ergebnis und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen; hierauf ist in der Einladung zur sozialmedizinischen Begutachtung hinzuweisen.

6.2 *Mitteilung des MDK an die Krankenkasse*

Dem MDK hat der Krankenkasse das Ergebnis der Beratung oder Begutachtung und die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen.

6.3 *Mitteilung des MDK an den Versicherten*

Der Versicherte hat gegenüber dem MDK ein Recht auf Akteneinsicht; für das Akteneinsichtsrecht gilt § 25 SGB X entsprechend. Der MDK hat dem Versicherten das Ergebnis einer Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen.

7 Geschäftsübersichten und Statistiken (§ 281 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 79 Abs. 1 und 2 SGB IV)

Der MDK hat Übersichten über seine Geschäfts- und Rechnungsergebnisse sowie sonstiges statistisches Material aus seinem Geschäftsbereich zu erstellen.

Für die Zusammenführung, Aufbereitung und Weiterleitung des statistischen Materials ist die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zuständig.

TEIL B

Empfehlungen zur vorrangigen Beauftragung von Gutachtern

Die nachstehende Empfehlung wurde auf Vorschlag des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 26. Juni 1990 als Empfehlung nach § 282 Satz 4 SGB V beschlossen.

INHALTSVERZEICHNIS**TEIL B****EMPFEHLUNGEN
ZUR VORRANGIGEN BEAUFTRAGUNG VON GUTACHTERN**

Ziel der Empfehlung	44
1 Sozialmedizinische Gesichtspunkte.....	45
2 Kriterien für die Vergabe von Gutachten	47
3 Qualitätssicherung	49
3.1 Anforderungsprofil für ärztliche Berater/Gutachter	49
3.2 Anforderungsprofil für nichtärztliche Berater/Gutachter.....	49
3.3 Anforderungsprofil für Stellungnahmen und Gutachten.....	50
4 Rechtliche Gesichtspunkte	51
5 Verfahrensfragen	52

Ziel der Empfehlung

Der Medizinische Dienst steht in der Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Ausführung der Beratungs- und Begutachtungsaufträge der Krankenversicherung. Er hat bei Einschaltung externer Gutachter die Qualität der medizinischen Beratung/Begutachtung für die GKV sicherzustellen. Dies kann nur gewährleistet werden, wenn bei Auswahl, Einsatz und Ergebnisprüfung sozialmedizinisch begründete Qualitätskriterien ausschlaggebend sind. Dem dienen diese Empfehlungen zur Sicherstellung einer einheitlichen und qualitätsorientierten Begutachtung im Sinne von § 282 Satz 14 SGB V.

Der Medizinische Dienst, nicht der beauftragte Gutachter, steht in der fachlichen Verantwortung für die Qualität der Beratungs- und Begutachtungsleistung. Es müssen daher sozialmedizinische Kriterien erarbeitet, Qualitätskriterien für den externen Gutachter und das Gutachten beschrieben und das Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Medizinischem Dienst und externen Gutachtern festgelegt werden.

Die nachfolgenden Ausführungen gelten für die Beauftragung von Ärzten in gleichem Maße wie für Zahnärzte und Apotheker und für Angehörige anderer Gesundheitsberufe, wie z.B. Orthopädie-Handwerker und Augenoptiker.

Die Empfehlung gilt nicht für die Hinzuziehung externen Sachverständigen zur fachlichen Absicherung und Ergänzung der sozialmedizinischen Beurteilung.

1 Sozialmedizinische Gesichtspunkte

Die Beauftragung externer Gutachter (§ 279 Abs. 5 SGB V) kann die Unabhängigkeit und die Kompetenz des Dienstes stärken. Sie legt die Grundlage, Zeit für die Beratungsaufgaben durch die Abgabe von geeigneten Begutachtungsaufträgen an "Externe" zu schaffen.

Die Vergabe an externe Gutachter kann aber auch Probleme der Qualitätssicherung aufwerfen. Sie muss deshalb an Kriterien gebunden werden, die der "sozialmedizinischen Relevanz" des Behandlungsfalles oder der Fragestellung folgen müssen.

Die Vergabe von Beratungs- und Begutachtungsaufträgen des Medizinischen Dienstes an Externe ist überall dort sinnvoll, wo

- spezieller Sachverstand mit entsprechender technischer Ausstattung gefragt ist, vor allem bei seltenen oder besonders schwierigen fachlichen Begutachtungsaufträgen, für die der Dienst wegen der hohen Spezialisierung keine eigenen Kapazitäten vorhalten kann,
- zur Bewältigung einer Vielzahl von gesetzlich bestimmten Einzelfallbegutachtungen, die mit den personellen Kapazitäten des Dienstes nicht zu bewältigen sind, ergänzende Kapazitäten außerhalb des MDK geschaffen werden können,
- zur Ergänzung und Flankierung der eigenen personellen Ressourcen, z.B. bei der Beratung in Grundsatzfragen und von Therapiekonzepten, bei denen der Medizinische Dienst gemeinsam mit externen Vertretern der jeweiligen Fachgebiete Grundsatzentscheidungen und Arbeitshilfen vorbereiten muss und auf diesem Wege die fachliche Qualität verbessert werden kann und
- neue Beratungs- und Begutachtungsaufgaben des SGB V (z.B. im zahnmedizinischen oder pharmakologischen Bereich) zu erfüllen sind und die personellen Ressourcen des Dienstes fachlich und zahlenmäßig dafür nicht ausreichen.

Die Vergabe von Beratungs- und Begutachtungsaufträgen des Medizinischen Dienstes an externe Gutachter ist jedoch überall dort nicht sinnvoll, wo

- eine spezifische sozialmedizinische Kompetenz der Berater/Gutachter auf der Grundlage einschlägiger sozialrechtlicher Kenntnisse und gezielter Fortbildung erforderlich ist,
- die Kontinuität der Begutachtung und/oder eine fundierte Beratungs- und Begutachtungserfahrung vorausgesetzt werden muss,
- das Gutachten strittig ist und durch eine Zweitbegutachtung in erster Linie die sozialmedizinischen Aussagen auf sozialrechtlichem Hintergrund beurteilt werden müssen,
- die Gefahr einer interessengeleiteten Beratung und Begutachtung droht, die die Unabhängigkeit des Gutachters in Frage stellt.

Daraus ergibt sich: Der Medizinische Dienst hat

- die Fallauswahl an abgestimmten sozialmedizinischen Kriterien zu orientieren,
- die Auswahl und Zulassung externer Gutachter nach Qualitäts Gesichtspunkten zu entscheiden und dauerhaft zu überprüfen,
- die Einarbeitung und Fortbildung der externen Gutachter nach vergleichbaren qualitativen Standards wie für die Gutachter des Dienstes selbst zu organisieren und
- sicherzustellen, dass die Beratung/Begutachtung durch "Externe" sich an den Begutachtungsgrundlagen, -richtlinien und Informationssystemen orientiert, die für den Medizinischen Dienst bindend sind.

2 Kriterien für die Vergabe von Gutachten

Bei der Entscheidung, welche Fälle für eine externe Beratung oder Begutachtung in Frage kommen und bei welchen Fallgestaltungen die Erledigung durch hauptamtliche Berater/Gutachter des Medizinischen Dienstes zweckmäßiger oder wirtschaftlicher ist, gelten folgende Beurteilungskriterien:

- Kenntnisse des Sozialrechts

Lässt sich die sozialmedizinische Fragestellung auf der Basis von Grundkenntnissen des Sozialrechts angemessen behandeln, kann eine Begutachtung durch Externe in Frage kommen.

Wenn jedoch eine qualifizierte sozialmedizinische Begutachtung erforderlich ist, setzt dies beim Gutachter sozialmedizinische Fachkunde voraus, zu der auch sozialrechtliche Kenntnisse gehören. Bei externen Gutachtern ist darauf zu achten, dass hinreichende und laufend aktualisierte Kenntnisse der leistungsrechtlichen Anforderungen und medizinischen Anspruchsvoraussetzungen nach der Sozialrechtsprechung vorhanden sind.

Der Einsatz hauptberuflicher Berater/Gutachter ist angezeigt, wenn es nach der erkennbaren Fragestellung des Gutachtens auf eine medizinische Argumentation ankommt, die explizit oder implizit auf sozialrechtliche, insbesondere auch richterrechtlich entwickelte Kriterien Bezug nimmt.

- Zugang zu sozialmedizinischen Informations- oder Expertensystemen

Externe Berater/Gutachter können dann beauftragt werden, wenn der Auftrag

- auf der Grundlage einer Untersuchung oder eines Beratungsgespräches oder
- nach Lage der medizinischen Akten ohne Rückgriff auf komplexe Referenzdaten oder MDK—interne Informations- und Expertensysteme

ausreichend geklärt und beurteilt werden kann.

Demgegenüber bietet sich der Einsatz hauptberuflicher Berater/ Gutachter für Aufgaben an, deren Bearbeitung sich auf Informationen stützt,

- die den Zugriff auf spezifische, nicht allgemein zugängliche Informationsquellen voraussetzen, insbesondere auf eine statistische oder DV-gestützte Informationsbasis, die speziell für die Aufgabendurchführung des MDK aufgebaut sind
- deren Beherrschung eine längere Einarbeitung und ständige Übung erfordern.

- Unabhängigkeit

Die Beauftragung externer Berater/Gutachter ist solange unbedenklich, wie die Folgen der Beratung/Begutachtung (das Begutachtungsergebnis) individuell - für den sozialrechtlichen Status des Versicherten - oder kollektiv - für die Krankenkassen oder ihre Verbände - begrenzt sind, so dass eine Beeinflussung des Beraters/Gutachters nicht zu erwarten ist.

- **Zeitbedarf und Komplexität der Beratungs- und Begutachtungsaufgabe**

Der Einsatz externer Berater und Gutachter kommt vor allem bei zeitlich gut strukturierbaren und in ihrer Komplexität begrenzten Aufträgen in Betracht. Auftrag, Einsatz, Qualitätssicherung und Honorierung sind in diesen Fällen leichter handhabbar.

Sofern die Inanspruchnahme des Beraters/Gutachters eine auch ökonomisch vertretbare Grenze übersteigt, eine im Einzelfall gebotene Dringlichkeit des Auftrages gegeben ist, oder die Komplexität der Beratungs-/Begutachtungsaufgabe koordiniertes Zusammenwirken erfordert, ist der Einsatz hauptberuflicher Berater/Gutachter angezeigt.

3 Qualitätssicherung

3.1 Anforderungsprofil für ärztliche Berater/Gutachter

Grundsätzlich gelten für externe Berater und Gutachter die Qualifikationsanforderungen, die auch für die Ärzte des Medizinischen Dienstes selbst gelten. Diese sind unter Berücksichtigung der Grundsätze für die Struktur des MDK

- die Gebietsanerkennung,
- klinische Erfahrungen oder entsprechende Erfahrungen in niedergelassener Praxis,
- Kenntnisse der aktuellen apparativen Diagnostik und Therapie sowie
- eine ununterbrochene ärztliche Tätigkeit.

Externe Berater/Gutachter sollen darüber hinaus über Gutachtererfahrungen aus dem Bereich der Sozialversicherung oder der Sozialgerichtsbarkeit verfügen und bereit sein, diese über Fortbildungsmöglichkeiten im MDK zu vertiefen und zu aktualisieren, Dies gilt insbesondere für jene Berater/Gutachter, mit denen sich eine dauerhafte Zusammenarbeit anbahnt,

Bei der Vergabe von Beratungs- und Begutachtungsaufträgen, die einen hochspezialisierten medizinischen Hintergrund erfordern und nur ein eng umgrenzter externer Gutachterkreis in Frage kommt, kann nicht auf die sozialmedizinischen Kenntnisse des Beraters/Gutachters abgestellt werden. Hierbei ist in der Regel die fachlich hochspezialisierte medizinische Kompetenz maßgebend. In diesen Fällen muss der Medizinische Dienst die sozialrechtliche und sozialmedizinische Schlüssigkeit des Gutachtens bestätigen.

3.2 Anforderungsprofil für nichtärztliche Berater/Gutachter

Für Berater und Gutachter aus nichtärztlichen Heilberufen gelten die bisherigen Ausführungen entsprechend. Sie haben neben der Qualifikation nach den Regelungen der jeweiligen Berufsordnung und den vertraglichen Absprachen mit der Krankenversicherung

- einschlägige Erfahrungen in berufspraktischer Tätigkeit
- Kenntnisse der aktuellen Versorgungs- und Therapieformen
- ununterbrochene fachgebundene Tätigkeit

als Qualifikationsnachweis zu erbringen.

3.3 Anforderungsprofil für Stellungnahmen und Gutachten

Das extern erstellte Gutachten muss inhaltlich, fachlich und formal dem Standard entsprechen, der für die Gutachten des Medizinischen Dienstes maßgebend ist. Die Verantwortlichkeit für die extern erstellten Gutachten liegt beim MDK. Formulare, Arbeitshilfen, Begutachtungsanleitungen und Richtlinien sind für den externen Gutachter in gleichem Maße Grundlage seiner Arbeit wie für den hauptamtlichen Gutachter im MDK. Insbesondere die Richtlinien für die Zusammenarbeit des Medizinischen Dienstes mit den Krankenkassen nach § 282 SGB V sind bindend.

4 Rechtliche Gesichtspunkte

Der externe Gutachter nach § 279 Abs. 5 SGB V übt schlicht-hoheitliche Funktionen aus. Seine Haftung richtet sich nach § 839 BGB i.V.m. Artikel 314 GG (Amtshaftungsanspruch). Von daher ist der externe Gutachter dem betroffenen Versicherten gegenüber nicht direkt verantwortlich. Damit wird der von der Verwaltung beauftragte Sachverständige anders behandelt als der sogenannte Gerichtssachverständige. Für Fehler und Irrtümer des Gutachters, die beim Versicherten einen Schaden zur Folge haben, haftet - ungeachtet eventueller Rückgriffsansprüche der Anstellungskörperschaft gegenüber dem Berater/Gutachter bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit - der MDK als Anstellungskörperschaft. Eine Amtspflichtverletzung einer Anstellungskörperschaft kann in der mangelhaften Auswahl und Überwachung des Gutachters liegen. Der Auswahl und der Qualitätssicherung bei externen Gutachtern ist deshalb eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Wenn § 279 Abs. 5 SGB V vorschreibt, vorrangig externe Gutachter zu beauftragen, muss der Medizinische Dienst dann als Anstellungskörperschaft für den beauftragenden wie beauftragten Gutachter haften.

Diese Ableitung macht deutlich, dass

- der "Medizinische Dienst" sozialmedizinisch plausible und qualitätsgestützte Kriterien für die Vergabe von Gutachtaufträgen an Externe entwickeln muss,
- die Beauftragung "Externer" an einen "Qualitätsnachweis" (Erfüllung von Vergabekriterien, z.B. Nachweis der fachlichen Qualifizierung von Begutachtungskennntnissen, Erfahrungen in kassenärztlicher oder klinischer Praxis usw.) gebunden ist,
- die Weitergabe der Gutachten an den Auftraggeber oder Dritte (Leistungserbringer) nur nach "Abnahme" durch den Medizinischen Dienst selbst erfolgen kann,

Berufsrechtliche oder datenschutzrechtliche Probleme entstehen grundsätzlich nicht. Datenschutzrechtlich gilt: soweit die Angaben dieser Daten für den beauftragten Gutachter zur ordnungsgemäßen Bearbeitung des Auftrages erforderlich sind, müssen sie ihm zur Verfügung gestellt werden. Wichtig ist, dass ein beauftragter Kassenarzt weder als "Kassenarzt" noch als "Medizinischer Dienst" tätig wird, sondern als Sachverständiger (Gutachter). Sein Gutachten wird erst durch die Weitergabe seitens des MDK an den Auftraggeber zu einem "Gutachten" im Sinne des Gesetzes.

Konkurrenzfragen der einzelnen Kassenärzte untereinander spielen rechtlich keine Rolle, sollten aber - wenn immer möglich - berücksichtigt werden.

Rechtlich wie faktisch bedeutsam ist die Auslegung des Wortsinnes des § 279 Abs. 5 SGB V, wonach vorrangig - in extensiver Lesart, also in jedem Fall - "externe Gutachter" vor angestellten oder beamteten Gutachtern des MDK beauftragt werden müssten. Dies würde zum einen dem Willen des Gesetzgebers nicht entsprechen und zum anderen auch zwei essentiellen Prinzipien des Krankenversicherungsrechts zuwiderlaufen, die ohne Einschränkung auch für den MDK gelten:

- einmal dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz (§ 12 SGB V), der in § 281 SGB V für den MDK seinen Niederschlag gefunden hat und
- dem Prinzip der Qualität der Versorgung (§ 2 SGB V), deren Sicherung in § 275 Abs. 14 SGB V auch zur Aufgabe des Medizinischen Dienstes gemacht wurde.

5 Verfahrensfragen

Auftrage an externe Berater/Gutachter vergibt der Medizinische Dienst. Die Vergabe an externe Gutachter ist mit der sozialmedizinischen Vorberatung gekoppelt, weil nur so die MDK-interne Kapazitätssteuerung sinnvoll bewältigt werden kann.

Der Medizinische Dienst stellt eine zügige Bearbeitung der Gutachtaufträge in den Gutacherverträgen sicher. Er beauftragt regional zuständige hauptamtliche Gutachter mit der Prüfung, Dokumentation und statistischen Erfassung und Weitergabe externer Gutachten.

Das Ergebnis der Beratung/Begutachtung (die Stellungnahme, das Gutachten) wird über eine vom MDK zu benennende Stelle an die jeweilige Krankenkasse oder an mitteilungsrechtliche Dritte weitergeleitet. In Eilfällen (insbesondere bei Arbeitsunfähigkeitsfällen) kann der Medizinische Dienst bestimmen, dass das Ergebnis der Begutachtung direkt der anfragenden Krankenkasse weitergeleitet wird. In diesen Fällen ist eine Durchschrift des Gutachtens an den auftraggebenden Medizinischen Dienst zu senden.

Die Vergabe von Gutachtaufträgen an Externe sowie die Qualitätssicherung und Dokumentation der Gutachten sollte sinnvollerweise nicht bei ein und derselben Stelle oder Person im MDK angesiedelt sein, Eine Trennung beider Funktionen ist zum Zwecke der Steuerung der Vergabepaxis, der Auslastungsplanung, der internen Qualitätssicherung und der Dokumentation wichtig.