



Begutachtungsanleitung Heilmittel

Die vorstehende Begutachtungsanleitung wurde auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 29.10.2004 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen.

Vorwort

Am 1. Juli 2004 traten die überarbeiteten Heilmittel-Richtlinien in Kraft. Ziel der Überarbeitung war es, in der Vergangenheit aufgetretenen Fehlentwicklungen bei den Verordnungsmengen entgegenzuwirken und die Ressourcen zielgerichtet einzusetzen. Im Ergebnis gewährleisten die neuen Richtlinien eine qualitativ gesicherte und ausreichende Heilmittelbehandlung.

Die neuen Heilmittel-Richtlinien sehen keine Langfristverordnungen im Regelfall, jedoch genehmigungspflichtige Verordnungen außerhalb des Regelfalls nach Erreichen der Gesamtverordnungsmenge vor. Hierdurch wird der Beratungs- und Begutachtungsbedarf der Krankenkassen und damit die Inanspruchnahme der Medizinischen Dienste zunehmen. Hinzu kommt, dass Krankenkassen in kurzer Zeit über die Fortsetzung einer Heilmitteltherapie außerhalb des Regelfalls entscheiden müssen, damit der Versicherte nach Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse die Heilmittelbehandlung beginnen kann. Dies erforderte die Erstellung einer Begutachtungsanleitung „Heilmittel“ für alle Heilmittelbereiche.

Die Begutachtungsanleitung richtet sich sowohl an Mitarbeiter der Krankenkassen als auch an Ärzte der Medizinischen Dienste. Begutachtungsanleitungen sind im täglichen Umgang zwischen Krankenkassen und Medizinischen Diensten ein unverzichtbares Element zur Systematisierung der Zusammenarbeit. Die Begutachtungsanleitung verfolgt den Zweck, die jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten konkret zu regeln und die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK effektiv und effizient zu strukturieren. Davon ausgehend, dass die Qualität der Fallauswahl bei der Krankenkasse die Prozess- und Ergebnisqualität der Beratung und Begutachtung beim MDK bestimmt, enthält die Begutachtungsanleitung Hinweise und Anregungen für die Mitarbeiter der Krankenkassen. Weiterhin benennt die Begutachtungsanleitung Qualitätskriterien für die zu erstellenden Gutachten und gewährleistet damit die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung nach einheitlichen Kriterien.

Die Begutachtung von Heilmittelverordnungen bezog sich in der Vergangenheit überwiegend auf Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Schon 1988 wurde daher für diesen Bereich eine Begutachtungsanleitung nach § 282 Satz 3 SGB V verabschiedet und 1990 überarbeitet. Mit der jetzt vorliegenden Begutachtungsanleitung wurde diese Begutachtungsanleitung außer Kraft gesetzt.

Die Begutachtungsanleitung für den gesamten Bereich der Heilmittel (Maßnahmen der Physikalischen Therapie, Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Maßnahmen der Ergotherapie und Maßnahmen der Podologischen Therapie) ist das Ergebnis einer engen und konstruktiven Zusammenarbeit zwischen der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Leistungsbeurteilung und Teilhabe“ der MDK-Gemeinschaft und der Fachebene der Spitzenverbände der Krankenkassen. Allen Beteiligten gebührt hierfür besonderer Dank.

Essen, im Dezember 2004

Vorsitzender



(Gert Nachtigal)

stellv. Vorsitzender



(Hans Langenbucher)

Geschäftsführer



(Dr. Peter Pick)

1	Einleitung	4
2	Rechtliche Grundlagen	5
3	Fallauswahl und sozialmedizinische Fallberatung (SFB).....	6
	3.1 Fallauswahl bei der Krankenkasse	6
	3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK ..	7
	3.2.1 Ablauf der SFB	7
	3.2.2 Informationsbeschaffung für die SFB.....	8
	3.2.3 Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB.....	8
	3.2.4 Einleitung einer Begutachtung.....	9
4	Begutachtung beim MDK.....	11
	4.1 Begutachtung nach Aktenlage	11
	4.2 Gutachten nach persönlicher Befunderhebung	12
	4.3 Inhalte der Gutachten.....	12
	4.4 Ergebnismitteilung	14
5	Stellungnahme im Widerspruchsverfahren	15
6	Sonderfälle der Begutachtung	16
	6.1 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit	16
	6.2 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitigen Anträgen auf medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.....	16
	6.3 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitige Begutachtung eines Hilfsmittels	17
	6.4 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und Behandlung in Frühförderereinrichtungen / Sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen	17
	6.5 Begutachtung von „neuen“ Heilmitteln.....	18
7	Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger.....	19
8	Anlagen und Verweise	20
	8.1 Richtlinien / Empfehlungen / Begutachtungsanleitungen	20
	8.2 Auszüge Gesetzestexte.....	22

1 Einleitung

Am 27.08.1990 wurden die „Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung“ auf Empfehlung des Vorstands des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V als Richtlinien nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen. Die vorliegende Begutachtungsanleitung konkretisiert die Ausführungen der Richtlinien über die Zusammenarbeit zum Kapitel Heilmittel.

Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Dienstleistungen, die nur von entsprechend ausgebildeten, berufspraktisch erfahrenen und zugelassenen Leistungserbringern erbracht werden dürfen. Heilmittel sind Bestandteil der Krankenbehandlung; sie dienen einem Heilzweck und sollen den Heilerfolg sichern.

Heilmittel sind die einzelnen Maßnahmen der

- Physikalischen Therapie,
- Podologischen Therapie,
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und
- Ergotherapie.

Die Verordnung von Heilmitteln richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien / HMR). Die Richtlinien sehen u.a. vor, dass bestimmte Verordnungen (Verordnungen außerhalb des Regelfalls) der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen sind, sofern diese nicht ganz oder teilweise darauf verzichtet hat. Versicherte erhalten die verordneten Heilmittel nach Vorlage der Verordnung so lange, bis die Krankenkasse ihre Genehmigung ausdrücklich versagt. Mit der medizinischen Prüfung einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt werden.

Ziel der Begutachtungsanleitung Heilmittel ist

- die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und dem MDK auf diesem Begutachtungsfeld zu regeln und
- die einheitliche Begutachtung in der MDK-Gemeinschaft zu gewährleisten.

Aufgabe des sozialmedizinischen MDK-Gutachters ist es, im Auftrag der Krankenkasse die Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls medizinisch zu prüfen und dabei zu bewerten, ob der Behandlungserfolg durch die verordneten Heilmittel, die verordneten Einheiten der Heilmittel, durch andere Heilmittel oder ggf. auch durch andere Maßnahmen zu erreichen ist. Eventuell erforderliche Maßnahmen wie medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind ggf. aufzuzeigen. Seine Feststellungen teilt der MDK der Krankenkasse schnellst möglich in Form einer sozialmedizinischen Empfehlung mit.

Es gilt auch, die Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger zu erkennen. Ist die Krankenbehandlung und die Verordnung von Heilmitteln z. B. wegen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines Kriegs- oder Versorgungsleidens erforderlich, ist die Krankenkasse darüber zu informieren.

2 Rechtliche Grundlagen

§ 27 Abs. 1 i.V.m. § 32 SGB V sieht vor, dass Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln haben, soweit sie nicht nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.

Die Verordnung von Heilmitteln ist gemäß § 73 Abs. 2 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt gemäß § 92 SGB V die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Heilmitteln.

Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Die Heilmittel-Richtlinien benennen die konkret verordnungsfähigen Heilmittel und die weiteren Modalitäten der Verordnung von Heilmitteln. Die Richtlinien sind Bestandteil der Bundesmantelverträge (§ 92 Abs. 8 SGB V). Sie sind für die Versicherten, die Krankenkassen und für die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich (§ 91 Abs. 9 SGB V).

Die Begutachtung von Heilmittel-Verordnungen erfolgt auf Grundlage des § 275 SGB V „Begutachtung und Beratung“. Die Einleitung der Begutachtung obliegt der Krankenkasse.

3 Fallauswahl und sozialmedizinische Fallberatung (SFB)

Heilmittel sind vom Vertragsarzt zu verordnen. Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind weitere Verordnungen möglich (**Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls**). Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Begründungspflichtige Verordnungen sind der zuständigen Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen, sofern diese nicht ganz oder teilweise darauf verzichtet hat. Vor der Entscheidung über die Genehmigung kann die Krankenkasse die Notwendigkeit einer Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüfen lassen.

In der Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK nehmen die Auswahl der zu beratenden Fälle (**Fallauswahl**) bei der Krankenkasse und die **sozialmedizinische Fallberatung (SFB)** zwischen Krankenkasse und MDK eine entscheidende Stellung ein.

Die **Fallauswahl** erfolgt selbständig durch die Krankenkasse, ggf. mit Unterstützung des MDK. Dabei wird geprüft, ob eine Vorlage beim MDK im Rahmen der **SFB** notwendig ist.

In der **SFB** wird zwischen der Krankenkasse und dem MDK-Gutachter erörtert, ob der Fall in der SFB abschließend beraten werden kann oder weitere Schritte zur Abklärung der Problematik erfolgen müssen. Insbesondere wird festgelegt, ob

- die Fortführung einer zu genehmigenden Heilmitteltherapie medizinisch erforderlich ist,
- zur Vorbereitung der Entscheidung durch die Krankenkasse ein MDK-Gutachten erstellt werden muss.

3.1 Fallauswahl bei der Krankenkasse

Die genehmigungspflichtigen Heilmittelverordnungen werden durch die Krankenkasse geprüft (insbesondere Vollständigkeit der Verordnung). In der Fallauswahl sucht die Krankenkasse Fälle nach formaler Prüfung für die gemeinsame SFB aus. In der SFB sollen möglichst viele Fälle mit einem Ergebnis für die Krankenkasse abgeschlossen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten vorrangig nur solche Fälle ausgewählt werden, die der MDK zum Zeitpunkt der SFB fallabschließend beraten kann.

Für eine effektive Fallauswahl bzw. SFB sollten Daten der Krankenkasse (Leistungszeiträume und Diagnosen) aus den letzten drei Jahren herangezogen werden; dies sind insbesondere:

- GdB / MdE / Berufskrankheit / Arbeitsunfall, Versorgungsleiden / Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nach § 62 SGB V,
- frühere Heilmitteltherapien,
- Arbeitsunfähigkeiten,
- Vorerkrankungen,
- Hilfsmittelversorgungen,
- Krankenhausbehandlungen,
- Behandlungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- Frühförderungen / Heilpädagogik nach SGB IX und
- Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Pflegeversicherung).

Dabei können in die Fallauswahl auch Gesichtspunkte des Krankenkassensachbearbeiters einfließen, welche dieser aufgrund persönlicher Kenntnis eines Versicherten oder örtlicher Gegebenheiten hat (z. B. hinsichtlich auffälliger Heilmittelverordnungen bzw. auffälliger Leistungserbringungen). Dies wird dem MDK-Gutachter zur Fallberatung mitgeteilt.

3.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) zwischen Krankenkasse und MDK

Zwischen MDK-Gutachter und dem Mitarbeiter der Krankenkasse wird das weitere Vorgehen bei den vorausgewählten Fällen festgelegt.

Fallberatungen zu Heilmittelverordnungen erfolgen:

- im persönlichen Kontakt zwischen der Krankenkasse und dem MDK oder
- schriftlich (auch per Fax oder E-Mail) unter Beifügung beurteilungsfähiger Unterlagen (u.a. vollständige Heilmittel-Verordnung, Datenauszüge der Krankenkasse, ggf. weitere ärztliche Berichte) und Darlegung des Begutachtungsanlasses.

Die SFB führt – unabhängig vom Wohnort des Versicherten – der für die Krankenkasse örtlich zuständige MDK durch.

Die Krankenkasse legt zur Fallberatung einen Fallberatungsbogen vor. Der Fallberatungsbogen sollte die unter 3.2.1 genannten Daten sowie eine Fragestellung enthalten. Kommt im weiteren Fallberatungsverfahren der gleiche Vorgang erneut zur Beratung, ist der Fallberatungsbogen wieder vorzulegen.

3.2.1 Ablauf der SFB

Gemäß § 276 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.

In der SFB sind folgende Daten der Krankenkasse, die für die Fallberatung und Begutachtung wichtig sind, vorzulegen:

1. Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Adresse,
2. die vollständig ausgefüllte Heilmittelverordnung (Angabe von Diagnose, Schädigung, Indikationsnummer, Therapieziel, verordnete(s) Heilmittel, Anzahl der verordneten Einheiten, Begründung),
3. falls bekannt: Beginn der aktuellen Heilmitteltherapie.

Soweit vorhanden und beschaffbar sollten weitere relevante Daten in der Fallberatung vorgelegt werden:

- GdB / MdE / Berufskrankheit / Arbeitsunfall, Versorgungsleiden / Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung nach § 62 SGB V,
- frühere Heilmitteltherapien,
- AU-Diagnosen, ggf. Angaben über die Art der Beschäftigung,
- Vorerkrankungen,
- Hilfsmittelversorgungen,
- Krankenhausaufenthalte (möglichst der letzten drei Jahre),
- Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- Antrag / Ablehnung einer Rehabilitationsleistung,
- Frühförderungen / Heilpädagogik nach SGB IX und
- Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI,

In der Fallberatung ist zu klären, ob die Informationen zur Beurteilung des Falls ausreichen.

Nach der SFB wird der Vorgang entweder von der Krankenkasse oder dem MDK weiterbearbeitet.

Für die Krankenkasse kann sich ergeben:

- Einholung weiterer Informationen (z. B. Arztanfrage),
- Wiedervorlage in der SFB nach Einholung weiterer Informationen,
- Genehmigung oder Ablehnung der Heilmittelverordnung auf Grundlage der sozialmedizinischen Empfehlung.

Für den MDK kann sich ergeben:

- Fallabschluss durch sozial-medizinische Empfehlung auf dem Fallberatungsbogen,
- Einleitung einer Begutachtung
 - nach Aktenlage,
 - nach persönlicher Befunderhebung.

3.2.2 Informationsbeschaffung für die SFB

Nach § 100 SGB X „Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufs“ sind Ärzte oder Angehörige eines anderen Heilberufs verpflichtet, Krankenkassen im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat. Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Dies gilt auch für Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

Die Einholung weiterer Informationen für die SFB ist kein regelhaft einzusetzendes Instrument.

Die Einholung weiterer Informationen kann u.a. in Betracht kommen

- als Anfrage beim behandelnden Arzt
 - zur Therapie- / Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose,
 - zu diagnostischen Ergebnissen, insbesondere zur Eingangs- und Zwischendiagnostik,
 - zur Mitteilung des Heilmittelerbringers über den Therapieverlauf (sofern vorhanden),
 - zum ärztlichen Behandlungsplan,
 - zu ggf. bestehende(n) arbeitsunfähigkeitsbegründende(n) Diagnose(n),
- zur Einholung von weiteren Befunden bei Fachärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Sozialpädiatrischen Zentren, Frühfördereinrichtungen etc.

3.2.3 Fallabschluss und Ergebnismitteilung im Rahmen der SFB

Das Ergebnis der SFB soll der Krankenkasse für den größten Teil der Fälle eine leistungrechtliche Entscheidung ermöglichen (fallabschließende SFB). Ein Fallabschluss in der SFB liegt vor, wenn entweder eine sozial-medizinische Empfehlung zur Leistungsentscheidung der Krankenkasse gegeben oder eine sozialmedizinische Begutachtung nach Aktenlage oder durch persönliche Befunderhebung eingeleitet wird.

Bei ausreichenden medizinischen Informationen trifft der MDK eine medizinisch begründete Aussage, die zu dokumentieren ist (z. B. auf dem Fallberatungsbogen). Für die Beurteilung gelten die Kriterien, wie sie in Kapitel 4.3 dargelegt sind.

Der MDK gibt ggf. Hinweise zu notwendigen Behandlungsalternativen. Erscheint der Erfolg der Heilmitteltherapie fraglich, ist ggf. zu prüfen, ob der Behandlungserfolg durch andere

therapeutische Maßnahmen zu erreichen ist. Dabei ist auch die Indikation für eine Rehabilitation zu prüfen. Gemäß § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V haben die Krankenkassen die Notwendigkeit von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Bei behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern ist ggf. auch Stellung zu nehmen, ob Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung nach § 30 Abs. 1 SGB IX bzw. heilpädagogische Leistungen nach § 56 Abs. 1 SGB IX angeregt werden sollten.

Das Ergebnis der SFB wird der Krankenkasse umgehend zugeleitet (auch per Fax oder E-mail).

3.2.4 Einleitung einer Begutachtung

Ist ausnahmsweise der Fallabschluss mit einer sozial-medizinischen Empfehlung in der SFB nicht möglich, kann eine Begutachtung durch den MDK nötig werden.

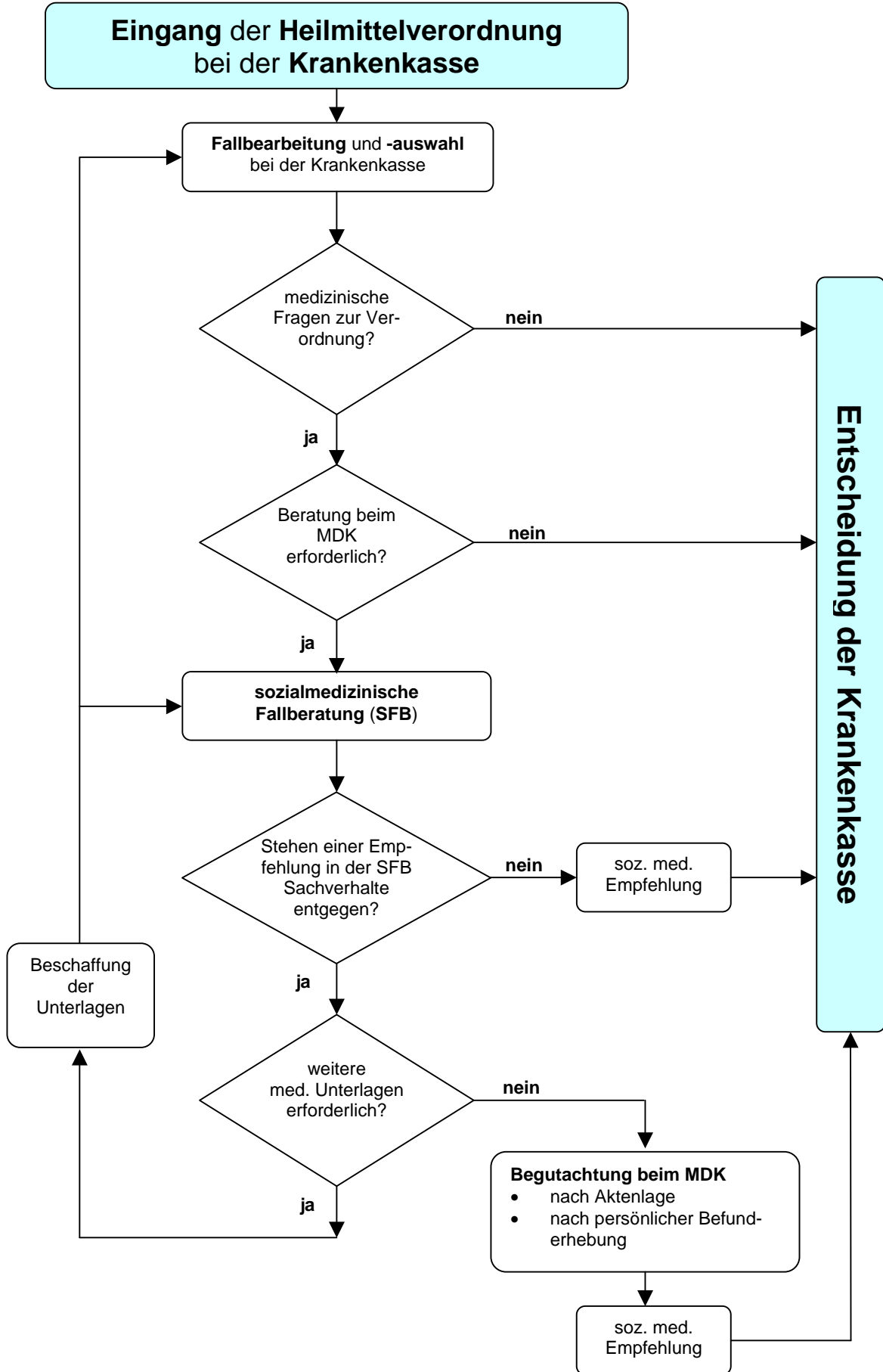
Die Einleitung einer Begutachtung ist insbesondere dann erforderlich, wenn sich in der Fallberatung zeigt, dass eine Genehmigung der Heilmittelverordnung außerhalb des Regelfalls nicht sachgerecht erscheint **und** für die weitere Heilmitteltherapie eine Änderung hinsichtlich der Art der eingesetzten Heilmittel oder von Anzahl und Frequenz der eingesetzten Heilmittel erforderlich erscheint. Auf Basis des MDK-Gutachtens kann der Vertragsarzt dann seine Heilmittel-Verordnung bzw. das Therapiekonzept ggf. ändern.

Die Einleitung einer Begutachtung ist Teil der SFB. Sie beinhaltet die Strukturierung des weiteren Vorgehens bei Fällen, die durch eine Begutachtung beim MDK beurteilt werden sollen. Die Fragestellung an den MDK ist ggf. gemeinsam zu formulieren.

Der fallberatende MDK-Gutachter legt in Abstimmung mit der Krankenkasse die schnellst mögliche Einleitung der Begutachtung fest.

Der Termin für ein Gutachten nach persönlicher Befunderhebung ist kurzfristig festzusetzen. Die Einladung des Versicherten erfolgt je nach örtlicher Absprache durch den MDK oder die Krankenkasse. Die Auswahl nach Dringlichkeit wird einvernehmlich mit der Krankenkasse festgelegt.

Ablaufschema Fallauswahl und Fallberatung



4 Begutachtung beim MDK

Für die Begutachtung stellt die Krankenkasse den bei der Fallberatung ausgefüllten Fallberatungsbogen mit dem Ergebnis der SFB dem MDK zur Verfügung. Ggf. sind weitere Unterlagen beizufügen.

Das Gutachten ist grundsätzlich an der Fragestellung der Krankenkasse auszurichten. Begutachtungsanlässe sind vor allem die Prüfung von Voraussetzung, Art und Umfang der Heilmitteltherapie.

Die Begutachtung erfolgt als

- Begutachtung nach Aktenlage oder
- Begutachtung nach persönlicher Befunderhebung.

Die Begutachtung kann auch im Zusammenhang mit einer

- AU-Begutachtung (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V),
- Begutachtung zur Prüfung der Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) oder
- Begutachtung zur Prüfung des Erfordernisses eines Hilfsmittels (§ 275 Abs. 3 Nr. 1 SGB V)

in Auftrag gegeben werden (Sonderfälle der Begutachtung: siehe Kapitel 6.1 bis 6.3). Dabei sind die jeweiligen Begutachtungsanleitungen zu beachten.

Die Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und Behandlungen in Frühförderereinrichtungen / sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen und auch die Begutachtung eines „neuen“ Heilmittels stellen weitere Sonderfälle der Begutachtung dar (siehe Kapitel 6.4 und 6.5).

4.1 Begutachtung nach Aktenlage

Ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage ist möglich, wenn genügend aussagefähige medizinische Informationen vorliegen. Auch wegen der Notwendigkeit einer möglichst umgehend zu treffenden Entscheidung der Krankenkasse ist die Begutachtung nach Aktenlage zu bevorzugen.

Die Begutachtung nach Aktenlage berücksichtigt Aspekte der medizinischen, psychologischen, sozialen und beruflichen Problematik und bezieht auch Begleitaspekte mit ein. Sie ist als fachbezogene Begutachtung entsprechend des zu behandelnden Krankheitsbildes vorzusehen.

Eine (Schwerpunkt-) Begutachtung durch besonders qualifizierte Gutachter kann vor allem bei

- psychiatrischen Erkrankungen,
 - neurologischen Erkrankungen,
 - HNO-Erkrankungen,
 - komplexen pädiatrischen Erkrankungen,
- sinnvoll sein.

Zur Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage kann der MDK-Gutachter den verordnenden Arzt, den Heilmittelerbringer und/oder den Versicherten auch telefonisch befragen.

4.2 Gutachten nach persönlicher Befunderhebung

Diese Begutachtungsform stellt einen Ausnahmefall bei der Begutachtung von Heilmittelverordnungen dar und sollte nur bei gezielten Fragestellungen erfolgen, wenn eine Begutachtung nach Aktenlage erkennbar nicht ausreichend ist.

Das Gutachten wird in der Regel in den Räumen des MDK durchgeführt. Ziel ist die Erlangung ausreichender Informationen zur Beurteilung der Notwendigkeit einer weiteren Heilmitteltherapie.

Hierbei sind insbesondere Aussagen

- zur Diagnose,
- zu Therapiebedarf, -fähigkeit, -ziel und -prognose der Erkrankung,
- zur laufenden oder geplanten Therapie,
- zum beruflichen, sozialen und psycho-sozialen Umfeld zu berücksichtigen.

Die Beurteilung von sozialmedizinischen Sachverhalten zu bestimmten Fragestellungen der Heilmitteltherapie kann - je nach sozialmedizinischer Erfordernis - in Form einer Untersuchung oder eines sozialmedizinischen Gespräches mit dem Versicherten erfolgen.

Die Beurteilung setzt eine eigene Befunderhebung voraus. Der Umfang der Befunderhebung kann nicht standardisiert werden und richtet sich nach dem Begutachtungsanlass. Er wird bestimmt durch den Einzelfall und liegt in der Verantwortung des MDK-Gutachters. Diagnose, Schädigungen, Funktions- und Fähigkeitsstörungen sind präzise, verständlich und nachvollziehbar zu dokumentieren

4.3 Inhalte der Gutachten

Gliederungspunkte des Gutachtens sind:

1. Auftrag der Krankenkasse mit Wiedergabe der Fragestellung(en),
2. Informationsbasis des Gutachters (Auflistung der Unterlagen unter Angabe der Quellen, die in der aktuellen Begutachtung Verwendung finden),
3. Befund,
4. Diagnose,
5. Beurteilung (sozialmedizinische Empfehlung).

Entsprechend den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien ist im Gutachten Bezug zu nehmen auf:

- Diagnose(n),
- Indikationsschlüssel entsprechend der Heilmittel-Richtlinien (HMR)
 - Diagnosengruppe des Heilmittel-Kataloges,
 - Schädigung / Funktionsstörungen (bei Maßnahmen der Ergotherapie auch Fähigkeitsstörungen),
- Ziel der Heilmitteltherapie,
- verordnete(s) Heilmittel,
- Anzahl der verordneten Einheiten,
- weiterer Behandlungsbedarf,
- Prognose der weiteren Behandlung und
- ggf. bestehende Zweifel an der Notwendigkeit des verordneten Hausbesuchs und der Einzeltherapie.

Je nach Fragestellung der Krankenkasse sind ggf. weitere Sachverhalte zu erörtern.

Bei der Begutachtung hat der MDK zu beurteilen, ob

- die Verordnung den medizinischen Vorgaben der Heilmittel-Richtlinien (HMR) entspricht,
- die Behandlungsmaßnahmen nach Art und Umfang notwendig, geeignet und ausreichend sind, um den angestrebten Behandlungserfolg zu erzielen,
- medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ggf. auch Leistungen anderer Sozialleistungsträger) bzw. ergänzende Leistungen zur Rehabilitation erforderlich bzw.
- ggf. weitere Maßnahmen zur Diagnostik oder Therapie angezeigt sind.

Nach der Nr. 11.4 der Heilmittel-Richtlinien hat der Vertragsarzt bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls auf der Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen oder andere Maßnahmen einzuleiten. Dementsprechend sind bei der Begutachtung diese Punkte zu beachten.

Therapiebedarf:

Therapiebedarf besteht, wenn als Folge einer Krankheit Funktionsstörungen / Schädigungen vorliegen, die gezielt einer Behandlung mit Heilmitteln bedürfen.

Therapiefähigkeit:

Der Versicherte muss therapiefähig sein. Dies betrifft insbesondere die körperliche, geistige und seelische Verfassung des Patienten. Vor allem eine längerfristige Behandlung außerhalb des Regelfalls erfordert eine ausreichende Motivation und Belastbarkeit des Versicherten für die Heilmitteltherapie.

Therapieprognose:

Therapieprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage über die Erreichbarkeit eines festgelegten Therapieziels. Durch eine geeignete Heilmittelanwendung – auch in Kombination mit weiteren ärztlichen Leistungen – sollte in einem bestimmten Zeitraum unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankungen und des bisherigen Therapieverlaufs eine positive Beeinflussung der Funktionsstörungen bzw. Schädigungen zu erwarten sein. Dabei sind auch die persönlichen Ressourcen des Versicherten (Therapiepotenzial) zu beachten und zu fördern.

Therapieziel:

Das Therapieziel besteht im idealen Fall darin, den ursprünglichen gesundheitlichen Zustand wieder zu erreichen („restitutio ad integrum“). Kann dieses Ziel nicht erreicht werden und bestehen beeinträchtigende Krankheitsfolgezustände, sind die therapeutischen Bemühungen so auszurichten, dass nur ein Minimum an Restschäden und Funktionsstörungen verbleibt („restitutio ad optimum“). Möglichst frühzeitig sind alltagsrelevante Störungen zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, so dass der Versicherte wieder in die Lage versetzt wird, z. B. seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können und/oder den üblichen Anforderungen einer selbstbestimmten Lebensführung gewachsen zu sein. In diesem Zusammenhang gilt es, ein realistisches Therapieziel zu formulieren, das sich an den Grundbedürfnissen und Alltagsanforderungen des Versicherten zu orientieren hat.

Die sozialmedizinische Empfehlung ist zu begründen. Werden medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angeregt, sind konkrete Vorschläge zu unterbreiten.

Datenschutzrechtlich sensible Sachverhalte, insbesondere

- Mitteilungen vertraulicher oder persönlicher Natur im Rahmen z. B. psychotherapeutischer oder psychiatrischer Maßnahmen,
- private oder familiäre Probleme mit Erwähnung Dritter

sollen nicht im Gutachten vermerkt werden. Eine summarische Aufführung solcher Sachverhalte im Gutachten ohne Erwähnung von Einzelheiten kommt nur dann in Betracht, wenn sie leistungsrechtliche Konsequenzen der Krankenkasse nach sich ziehen können.

Sozialmedizinische Konsequenzen der Begutachtung hängen entscheidend von der Aussage des MDK-Gutachters zu den vorgenannten Aspekten ab. Beurteilungen der zukünftigen Entwicklung einer Erkrankung sind deshalb besonders sorgfältig und ggf. unter Hinweis auf den aktuell anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu formulieren.

4.4 Ergebnismitteilung

Der MDK leitet der beauftragenden Krankenkasse umgehend das Gutachten zu. Die Krankenkasse erhält ggf. vorab eine Mitteilung über das Ergebnis der Begutachtung.

Grundsätzlich liegt die rechtsverbindliche Benachrichtigung des Versicherten über die sozialmedizinische Empfehlung oder Begutachtung, wenn sie mit einer Leistungsentscheidung verbunden ist, im Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse.

Die Herausgabe von Befunden an Dritte erfordert die schriftliche Einverständniserklärung des Versicherten.

5 Stellungnahme im Widerspruchsverfahren

Wird gegen die Entscheidung der Krankenkasse Widerspruch erhoben, kann sich die Krankenkasse an den zuständigen MDK wenden und eine SFB bzw. eine Begutachtung einleiten.

Wurde bereits eine SFB durchgeführt oder ein Gutachten angefertigt, wendet sich die Krankenkasse an die MDK-Beratungsstelle, die die Erstbearbeitung durchgeführt hat. Der Auftrag ist mit dem Widerspruch des Versicherten und ggf. der Stellungnahme des Vertragsarztes vorzulegen. Der MDK prüft, ob sich aufgrund neuer medizinischer Aspekte eine andere Beurteilungsgrundlage und ein anderes Beurteilungsergebnis ergeben.

6 Sonderfälle der Begutachtung

6.1 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitig bestehender Arbeitsunfähigkeit

In Fällen mit längerdauernder Arbeitsunfähigkeit und der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit kombiniert werden. Heilmittel dienen auch der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Bei der Begutachtung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien / HMR) zu beachten.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK ist die „Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA)“ maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

6.2 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitigen Anträgen auf medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Es ist Aufgabe des MDK, behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu identifizieren und geeignete Maßnahmen vorzuschlagen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern oder auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folge zu mildern. Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf medizinische Vorsorgeleistungen oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt und ist gleichzeitig eine Prüfung der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls notwendig, kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung des Antrages auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen kombiniert werden.

In der SFB zwischen Krankenkasse und MDK ist herauszuarbeiten, welche Unterlagen zur Begutachtung beim MDK vorliegen müssen, um eine qualifizierte Begutachtung zu gewährleisten.

Bei der Begutachtung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien / HMR) zu beachten.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK sind die „Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge- und Rehabilitation“ maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

6.3 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und gleichzeitige Begutachtung eines Hilfsmittels

Krankenkassen können in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Wird bei der Krankenkasse ein Antrag auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel gestellt und ist gleichzeitig eine Prüfung der Verordnung von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls notwendig, kann die Prüfung der Heilmittelverordnung mit einer Begutachtung der Erfordernis des Hilfsmittels kombiniert werden.

Vor jeder Verordnung von Heilmitteln ist u.a. auch zu prüfen, ob entsprechend dem Gebot der Wirtschaftlichkeit das angestrebte Behandlungsziel auch durch eine Hilfsmittelversorgung unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann. Dann haben diese Maßnahmen Vorrang gegenüber einer Heilmittelverordnung.

In der SFB zwischen Krankenkasse und MDK ist herauszuarbeiten, welche Unterlagen zur Begutachtung beim MDK vorliegen müssen, um eine qualifizierte Begutachtung zu gewährleisten.

Bei der Begutachtung sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Hilfsmittel-Richtlinien“), das Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien / HMR) zu beachten.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK sind die Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vom 27.08.1990 maßgebend. Zur Bewertung der Heilmittelverordnungen sind die Ausführungen dieser Begutachtungsanleitung anzuwenden.

6.4 Begutachtung bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls und Behandlung in Frühfördereinrichtungen / Sozialpädiatrischen Zentren / sonderpädagogischen Einrichtungen

Heilmittel dürfen gemäß Nr. 16.3 der Heilmittel-Richtlinien (HMR) bei Kindern nicht verordnet werden, wenn an sich störungsbildspezifische heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen zur Beeinflussung von Schädigungen geboten sind. Sind heilpädagogische / sonderpädagogische Maßnahmen nicht durchführbar, dürfen Heilmittel nicht an deren Stelle verordnet werden. Neben heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen dürfen Heilmittel nur bei entsprechender medizinischer Indikation außerhalb dieser heilpädagogischen / sonderpädagogischen Maßnahmen verordnet werden.

Heilmittel dürfen nicht verordnet werden, soweit diese im Rahmen der Frühförderung nach §§ 30 ff SGB IX in Verbindung mit der Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 als therapeutische Leistungen bereits erbracht werden.

Bei diesem Begutachtungsanlass ist u.a. dazu Stellung zu nehmen, ob

- neben der Behandlung in spezialisierten Einrichtungen wie interdisziplinären Frühfördereinrichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren zusätzlich eine gezielte Heilmitteltherapie zur Krankenbehandlung erforderlich ist,
- statt der Verordnung von Heilmitteln eine Vorstufung bzw. Behandlung in Frühfördereinrichtungen oder Sozialpädiatrischen Zentren notwendig ist.

6.5 Begutachtung von „neuen“ Heilmitteln

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

Neue Heilmittel sind ärztlich verordnete Maßnahmen, die

- nach den Heilmittel-Richtlinien nicht verordnungsfähig sind oder
- für bestimmte Indikationen bereits nach den Heilmittel-Richtlinien verordnet werden können, deren Indikationsbereiche aber wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren haben.

Bei der Begutachtung sind inhaltliche Vorgaben der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien / HMR) zu beachten.

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen MDK und Krankenkassen und der Begutachtung durch den MDK ist die Begutachtungsanleitung "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)" maßgebend.

7 Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger

Ergeben sich bei der Begutachtung Hinweise auf das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit oder anderer Krankheiten, die in den Leistungsbereich anderer Sozialleistungsträger fallen, ist dies der Krankenkasse mitzuteilen.

8 Anlagen und Verweise

8.1 Richtlinien / Empfehlungen / Begutachtungsanleitungen

Je nach Begutachtungsanlass sind u.a. folgende Richtlinien, Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Begutachtungsanleitungen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten:

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses:

- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
(Heilmittel-Richtlinien / HMR)
[www.g-ba.de] [www.mds-ev.org]
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
(Rehabilitations-Richtlinien)
[www.g-ba.de] [www.mds-ev.org]
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung
(Hilfsmittel-Richtlinien)
[www.g-ba.de] [www.mds-ev.org]
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V
(BUB-Richtlinien)
[www.g-ba.de] [www.mds-ev.org]
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung
(Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien)
[www.g-ba.de] [www.mds-ev.org]

Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen:

- Gemeinsame **Rahmenempfehlungen** gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene
[www.ikk.de]
- Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der **Zulassungsbedingungen** nach § 124 Abs. 2 SGB V für Leistungserbringer von Heilmitteln, die als Dienstleistung an Versicherte abgegeben werden
[www.ikk.de]

Begutachtungsanleitungen:

(auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen)

- Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den MDK
[www.mds-ev.org]
- Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004)
[www.mds-ev.org]
- Begutachtungsanleitung "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) ohne Fertigarzneimittel"
[www.mds-ev.org]
- Begutachtungs-Richtlinien "Vorsorge und Rehabilitation"
[www.mds-ev.org]

8.2 Auszüge Gesetzestexte

SGB V § 2 Leistungen

- (1) Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- (2) Die Versicherten erhalten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.
- (3) Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihre Vielfalt zu beachten. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist Rechnung zu tragen.
- (4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

SGB V § 11 Leistungsarten

- (1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen
 1. (weggefallen)
 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
 3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
 4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52).
- (2) Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.
- (3) Bei stationärer Behandlung umfassen die Leistungen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Versicherten.
- (4) Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind.

SGB V § 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

- (1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

...

SGB V § 15 Ärztliche Behandlung, Krankenversichertenkarte

- (1) Ärztliche oder zahnärztliche Behandlung wird von Ärzten oder Zahnärzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dürfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt (Zahnarzt) angeordnet und von ihm verantwortet werden.

...

- (3) Für die Inanspruchnahme anderer Leistungen stellt die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine aus, soweit es zweckmäßig ist. Der Berechtigungsschein ist vor der Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen.

...

SGB V § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

- (1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,
 1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
 2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
 3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
 4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen. Kosten die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von bis zu 13 Euro täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 21 Euro erhöht werden.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ 31 bis 34 anzuwenden.

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

...

SGB V § 27 Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz,
3. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation. ...

...

SGB V § 32 Heilmittel

(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln, soweit sie nicht nach § 34 ausgeschlossen sind. Für nicht nach Satz 1 ausgeschlossene Heilmittel bleibt § 92 unberührt.

...

SGB V § 34 Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

(1) Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind von der Versorgung nach § 31 ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Bis zum Inkrafttreten dieser Richtlinien kann der Vertragsarzt nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach den Kriterien des Satzes 2 verordnen. Satz 1 gilt nicht für:

1. versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

Für Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, sind von der Versorgung nach § 31 folgende verschreibungspflichtige Arzneimittel bei Verordnung in den genannten Anwendungsgebieten ausgeschlossen:

1. Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten einschließlich der bei diesen Krankheiten anzuwendenden Schnupfenmittel, Schmerzmittel, hustendämpfenden und hustenlösenden Mittel,
2. Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
3. Abführmittel,
4. Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Von der Versorgung sind außerdem Arzneimittel ausgeschlossen, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Ausgeschlossen sind insbesondere Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz, zur Raucherentwöhnung, zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts oder zur Verbesserung des Haarwuchses dienen. Das Nähere regeln die Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6...

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 weitere Arzneimittel ausschließen, die ihrer Zweckbestimmung nach üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden. Dabei ist zu bestimmen, unter welchen besonderen medizinischen Voraussetzungen die Kosten für diese Mittel von der Krankenkasse übernommen werden. Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates von der Versorgung nach § 31 unwirtschaftliche Arzneimittel ausschließen. Als unwirtschaftlich sind insbesondere Arzneimittel anzusehen, die für das Therapieziel oder zur Minderung von Risiken nicht erforderliche Bestandteile enthalten oder

deren Wirkungen wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicherheit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Arzneimittel bleibt § 92 unberührt.

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt. Die Rechtsverordnung kann auch bestimmen, inwieweit geringfügige Kosten der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel von der Krankenkasse nicht übernommen werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für die Instandsetzung von Hörgeräten und ihre Versorgung mit Batterien bei Versicherten, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Für nicht durch Rechtsverordnung nach Satz 1 ausgeschlossene Heil- und Hilfsmittel bleibt § 92 unberührt.

(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Heilmittel nach § 32, wenn sie im Anwendungsgebiet der ausgeschlossenen Arzneimittel verwendet werden.

SGB V § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht.

...

SGB V § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

SGB 5 § 73 Vertragsärztliche Versorgung

...

(2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz; kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
6. Anordnung der Hilfeleistung anderer Personen,
7. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
8. Verordnung häuslicher Krankenpflege,
9. Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. ärztlichen Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Soziotherapie.

...

SGB V § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss

...

(9) Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 137b und zu Empfehlungen nach § 137f sind für die Versicherten, die Krankenkassen und für die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich.

...

SGB V § 92 Richtlinien der Bundesausschüsse

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen, vor allem bei den Leistungen zur Belastungserprobung und Arbeitstherapie; er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. ärztliche Behandlung,
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
4. ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
5. Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
6. Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie,
7. Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
8. Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation,
9. Bedarfsplanung,
10. medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1,
11. Maßnahmen nach den §§ 24a und 24b,
12. Verordnung von Krankentransporten.

...

(6) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist insbesondere zu regeln

1. der Katalog verordnungsfähiger Heilmittel,
2. die Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen,
3. die Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen und
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Vertragsarztes mit dem jeweiligen Heilmittelerbringer.

Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur Verordnung von Heilmitteln nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 ist den in § 125 Abs. 1 Satz 1 genannten Organisationen der Leistungserbringer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

...

(8) Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der Bundesmantelverträge.

SGB V § 124 Zulassung

(1) Heilmittel, die als Dienstleistungen abgegeben werden, insbesondere Leistungen der physikalischen Therapie, der Sprachtherapie oder der Ergotherapie, dürfen an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden.

(2) Zuzulassen ist, wer

1. die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis besitzt,
2. über eine Praxisausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet, und
3. die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt.

Ein zugelassener Leistungserbringer von Heilmitteln ist in einem weiteren Heilmittelbereich zuzulassen, sofern er für diesen Bereich die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 2 und 3 erfüllt und eine oder mehrere Personen beschäftigt, die die Voraussetzungen des Satzes 1 Nr. 1 nachweisen.

(3) Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen dürfen die in Absatz 1 genannten Heilmittel durch Personen abgeben, die die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1 erfüllen; Absatz 2 Nr. 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam geben Empfehlungen für eine einheitliche Anwendung der Zulassungsbedingungen nach Absatz 2 ab. Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer auf Bundesebene sollen gehört werden.

(5) Die Zulassung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen sowie der See-Krankenkasse erteilt. Die Zulassung berechtigt zur Versorgung der Versicherten.

(6) Die Zulassung kann widerrufen werden, wenn der Leistungserbringer nach Erteilung der Zulassung die Voraussetzungen nach Absatz 2 Nr. 1, 2 oder 3 nicht mehr erfüllt. Die Zulassung kann auch widerrufen werden,

wenn der Leistungserbringer die Fortbildung nicht innerhalb der Nachfrist gemäß § 125 Abs. 2 Satz 3 erbringt. Absatz 5 Satz 1 gilt entsprechend.

SGB V § 125 Rahmenempfehlungen und Verträge

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene sollen unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgeben; es kann auch mit den für den jeweiligen Leistungsbereich maßgeblichen Spitzenorganisationen eine gemeinsame entsprechende Rahmenempfehlung abgegeben werden. Vor Abschluss der Rahmenempfehlungen ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahme ist in den Entscheidungsprozeß der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalt der einzelnen Heilmittel einschließlich Umfang und Häufigkeit ihrer Anwendungen im Regelfall sowie deren Regelbehandlungszeit,
 2. Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung, die die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse umfassen,
 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Heilmittelerbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt,
 4. Maßnahmen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und deren Prüfung und
 5. Vorgaben für Vergütungsstrukturen.
- ...

SGB V § 135 Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss überprüft die zu Lasten der Krankenkassen erbrachten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Leistungen daraufhin, ob sie den Kriterien nach Satz 1 Nr. 1 entsprechen. Falls die Überprüfung ergibt, dass diese Kriterien nicht erfüllt werden, dürfen die Leistungen nicht mehr als vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

...

SGB V § 138 Neue Heilmittel

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte dürfen neue Heilmittel nur verordnen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor ihren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat.

SGB V § 275 Begutachtung und Beratung

(1) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.

...

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41 unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans vor Bewilligung und bei beantragter Verlängerung; die Spitzenverbände der Krankenkassen

sen können gemeinsam und einheitlich Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung),

...

- (3) Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen
1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,

...

- (5) Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

SGB V § 276 Zusammenarbeit

(1) Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst 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 des Ersten Buches hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67b Abs. 2 des Zehnten Buches.

(2) Der Medizinische Dienst darf Sozialdaten nur erheben und speichern, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 und für die Modellvorhaben nach § 275a erforderlich ist; haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den Medizinischen Dienst veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. ...

...

- (3) Für das Akteneinsichtsrecht des Versicherten gilt § 25 des Zehnten Buches entsprechend.

...

SGB V § 277 Mitteilungspflichten

(1) Der Medizinische Dienst hat dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Er ist befugt, den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistungen er eine gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat, die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen.

...

SGB VII § 202 Anzeigepflicht von Ärzten bei Berufskrankheiten

Haben Ärzte oder Zahnärzte den begründeten Verdacht, dass bei Versicherten eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle in der für die Anzeige von Berufskrankheiten vorgeschriebenen Form (§ 193 Abs. 8) unverzüglich anzuzeigen. Die Ärzte oder Zahnärzte haben die Versicherten über den Inhalt der Anzeige zu unterrichten und ihnen den Unfallversicherungsträger und die Stelle zu nennen, denen sie die Anzeige übersenden. § 193 Abs. 7 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

SGB IX § 30 Früherkennung und Frühförderung

(1) Die medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder nach § 26 Abs. 2 Nr. 2 umfassen auch

1. die medizinischen Leistungen der mit dieser Zielsetzung fachübergreifend arbeitenden Dienste und Einrichtungen,
2. nichtärztliche sozialpädiatrische, psychologische, heilpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten, auch in fachübergreifend arbeitenden Diensten und Einrichtungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen individuellen Behandlungsplan aufzustellen.

Leistungen nach Satz 1 werden als Komplexleistung in Verbindung mit heilpädagogischen Leistungen (§ 56) erbracht.

(2) Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder umfassen des Weiteren nichtärztliche therapeutische, psychologische, heilpädagogische, sonderpädagogische, psychosoziale Leistungen und die Beratung der Erziehungsberechtigten durch interdisziplinäre Frühförderstellen,

wenn sie erforderlich sind, um eine drohende oder bereits eingetretene Behinderung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen oder die Behinderung durch gezielte Förder- und Behandlungsmaßnahmen auszugleichen oder zu mildern.

(3) Zur Abgrenzung der in den Absätzen 1 und 2 genannten Leistungen und der sonstigen Leistungen dieser Dienste und Einrichtungen, zur Übernahme oder Teilung der Kosten zwischen den beteiligten Rehabilitationsträgern, zur Vereinbarung und Abrechnung der Entgelte sowie zur Finanzierung werden gemeinsame Empfehlungen vereinbart; § 13 Abs. 3, 4 und 6 gilt entsprechend. Landesrecht kann vorsehen, dass an der Komplexleistung weitere Stellen, insbesondere die Kultusverwaltung, zu beteiligen sind. In diesem Fall ist eine Erweiterung der gemeinsamen Empfehlungen anzustreben.

SGB IX § 56 Heilpädagogische Leistungen

(1) Heilpädagogische Leistungen nach § 55 Abs. 2 Nr. 2 werden erbracht, wenn nach fachlicher Erkenntnis zu erwarten ist, dass hierdurch

1. eine drohende Behinderung abgewendet oder der fortschreitende Verlauf einer Behinderung verlangsamt oder
 2. die Folgen einer Behinderung beseitigt oder gemildert
- werden können. Sie werden immer an schwerstbehinderte und schwerstmehrfachbehinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind, erbracht.

(2) In Verbindung mit Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung (§ 30) und schulvorbereitenden Maßnahmen der Schulträger werden heilpädagogische Leistungen als Komplexleistung erbracht.

SGB X § 25 Akteneinsicht durch Beteiligte

(1) Die Behörde hat den Beteiligten Einsicht in die das Verfahren betreffenden Akten zu gestatten, soweit deren Kenntnis zur Geltendmachung oder Verteidigung ihrer rechtlichen Interessen erforderlich ist. Satz 1 gilt bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens nicht für Entwürfe zu Entscheidungen sowie die Arbeiten zu ihrer unmittelbaren Vorbereitung.

...

SGB X § 100 Auskunftspflicht des Arztes oder Angehörigen eines anderen Heilberufs

(1) Der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufs ist verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich und

1. es gesetzlich zugelassen ist oder
2. der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat.

Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Krankenhäuser sowie für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.

...