

Checklisten für Krankenkassen

**Notwendige Unterlagen
für die Begutachtung
zu Arbeitsunfähigkeit, Leistungen
zur Vorsorge und Rehabilitation,
Heilmittel, SAPV, Stationäre
und ambulante Hospizleistungen
durch den Medizinischen Dienst**

Leistungsanträge SGB V

IMPRESSUM

Sozialmedizinische Expertengruppe

SEG 1 – Leistungsbeurteilung und Teilhabe
Medizinischer Dienst Niedersachsen
Hildesheimer Straße 202
30519 Hannover

Beschlussfassung

Die Checklisten für Krankenkassen – notwendige Unterlagen für die Begutachtung zu Arbeitsunfähigkeit, Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation, Heilmittel, SAPV, Stationäre und ambulante Hospizleistungen durch den Medizinischen Dienst – wurden am 27. November 2023 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Str. 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@md-bund.de
Internet: md-bund.de

Präambel

In Zeiten knapper Ressourcen und Fristvorgaben inkl. Genehmigungsfiktion ist es wichtiger denn je, dass Aufträge, die von den Krankenkassen den Medizinischen Diensten (MD) zur Begutachtung vorgelegt werden, ausreichend vorbereitet sind. Ohne ausreichende Vorbereitung der Aufträge erhöhen sich Laufzeiten, steigen das Risiko von Verfristungen, Fallrückgaben und die Gefahr, dass Versicherte unnötig lange auf Leistungen warten müssen, die sie zum Erhalt oder Wiederherstellung ihrer Gesundheit und / oder ihrer Teilhabe benötigen.

Zur Standardisierung und Verbesserung der Fallvorbereitung haben sich seit Jahren Checklisten in den MD etabliert, die den Krankenkassen eine begutachtungsreife Fallvorbereitung der Aufträge erleichtern. Die Checklisten erhalten anlassspezifisch alle Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden müssen, damit der MD den Fall sachgerecht begutachten kann. Diese Checklisten werden von jeweiligen Kompetenzeinheiten (KC / SEG) regelmäßig aktualisiert, insbesondere wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

Die Checklisten enthalten nur anlassspezifisch definierte, obligat vorzulegende Unterlagen. Wenn die Krankenkasse darüber hinaus die Vorlage weiterer Unterlagen für notwendig hält, kann sie diese gerne ergänzen. Wichtig ist, dass bei der Fallvorbereitung die Vorgaben des Datenschutzes und Datensparsamkeit beachtet werden.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Präambel | 3 |
| Arbeitsunfähigkeit | 6 |
| (110) Sicherung des Behandlungserfolges | 6 |
| (130) Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation..... | 6 |
| (140) Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten..... | 6 |
| (150) Fragen zum Leistungsbild | 6 |
| (161) Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse | 6 |
| (180) Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V | 6 |
| (190) Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit..... | 6 |
| (162) AU – Zweifel des Arbeitgebers..... | 7 |
| (163) Arbeitsunfähigkeit bei ALG II | 8 |
| Ambulante Leistungen | 9 |
| (310) Heilmittel nach § 32 SGB V | 9 |
| (311) Physiotherapie | 9 |
| (312) Podologische Therapie..... | 9 |
| (313) Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie | 9 |
| (314) Ergotherapie | 9 |
| (315) Ernährungstherapie | 9 |
| (350) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V..... | 10 |
| Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation | 11 |
| (511) Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V – Erstantrag | 11 |
| (512) Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V – Verlängerungsantrag..... | 11 |
| (521) Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V – Erstantrag | 11 |

| | |
|--|-----------|
| (522) Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V – Verlängerungsantrag..... | 12 |
| (532) Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V – Verlängerungsantrag..... | 12 |
| (541) Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V – Erstantrag..... | 12 |
| (542) Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V – Verlängerungsantrag..... | 12 |
| (551) Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V – Erstantrag..... | 13 |
| (552) Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V – Verlängerungsantrag | 13 |
| (561) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V – Erstantrag..... | 13 |
| (571) Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V | 14 |
| (572) Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 2 SGB V | 14 |
| (580) Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX..... | 14 |
| (591) Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge..... | 14 |
| (592) Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation..... | 15 |
| (599) Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V | 15 |
| Sonstige Anlässe | 16 |
| (020) Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39a SGB V | 16 |

Arbeitsunfähigkeit

- (110) Sicherung des Behandlungserfolges**
- (130) Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation**
- (140) Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten**
- (150) Fragen zum Leistungsbild**
- (161) Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse**
- (180) Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V**
- (190) Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit**

Zusammenfassend für die o. g. Anlässe: Übernahme aus der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (BGA AU) vom 20.12.2021.

Folgende Daten/Informationen sind von der Krankenkasse (soweit anwendbar auch für Vorversicherungszeiten) für die Beauftragung in strukturierter Reihenfolge bereitzustellen:

- Maßgebliche Tätigkeit vor Beginn der AU, die Dauer des aktuellen Arbeitsverhältnisses (bei beendetem Arbeitsverhältnis Angabe in Bezug auf die letzte Tätigkeit) und Angaben zu den Arbeitgebern, die im Rahmen des § 284 Abs. 1 SGB V von den Krankenkassen erhoben worden sind. Hierunter wird regelmäßig der der Krankenkasse vorliegende Tätigkeitsschlüssel verstanden. In Fällen, in welchen der Tätigkeitsschlüssel nicht aussagekräftig genug ist, sind in diesen Einzelfällen im Rahmen des Mittelungsmanagements zusätzliche Informationen bei Versicherten oder Arbeitgebern für den Medizinischen Dienst anzufordern.
- Sofern möglich ähnlich geartete Tätigkeit (bei beendetem Beschäftigungsverhältnis während der AU für Versicherte mit an- und ungelernten Tätigkeiten)
- Sofern bekannt bei Arbeitslosen (Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB III) die Angabe des zeitlichen Umfangs, für den die oder der Versicherte sich der Agentur für Arbeit zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat
- Beginn der AU (bei längerer AU-Dauer mit Angaben zum Ablauf des Krankengeldanspruchs)
- Aktuelle AU-begründende Diagnose im Klartext/ICD-10-Schlüssel
- Aktuell AU-bescheinigende Ärztin oder aktuell AU-bescheinigender Arzt, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer
- AU-Zeiten mit AU-Diagnosen der letzten 3 Jahre
- Angaben zu früheren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

- Stand der Bearbeitung von Anträgen zur Rehabilitation, Teilhabe oder Rente, bei Ablehnung Mitteilung der Gründe, möglichst mit Bescheid der DRV
- Daten über Krankenhausaufenthalte der letzten 3 Jahre
- Aktuelle Befundberichte, Zwischen und/oder Entlassungsberichte, sofern die Versicherten diese der Krankenkasse zur Vorlage beim Medizinischen Dienst überlassen haben
- Sofern vorhanden, Angaben zu ambulanten Leistungen (z. B. Physiotherapie, Rehasport, Psychotherapie, Ergotherapie)
- Werden im Einzelfall Befunde (z. B. aus Reha-Entlassungsberichten bei Leistungen der RV-Träger) bei anderen Leistungsträgern (z. B. den RV-Trägern) und von Rehabilitationseinrichtungen (z. B. bei Leistungen der RV-Träger) durch den Medizinischen Dienst angefordert und ist deshalb eine unterschriebene Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht/Einwilligungserklärung durch die Versicherte oder den Versicherten erforderlich, wird diese durch die Krankenkasse eingeholt
- Berufskrankheit/Arbeitsunfall (bei Zusammenhang mit der AU)
- Rentenbezug und Art der Rente
- GdB-/GdS-/MdE-Versorgungsleiden

(162) AU – Zweifel des Arbeitgebers

Übernahme aus der BGA AU vom 20.12.2021. Soll bei einem **Zweifel an der AU durch den Arbeitgeber** eine Beauftragung erfolgen, sind reduzierte Daten ausreichend, wobei mindestens folgende Angaben vorhanden sein müssen:

- Letzte maßgebliche Tätigkeit, Anforderungsprofil nach Angaben des Arbeitgebers und Angaben zum Arbeitgeber
- Beginn der AU
- Aktuell AU-begründende Diagnose/ICD-10-Schlüssel
- Aktuell AU-bescheinigende Ärztin oder AU-bescheinigender Arzt, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer
- Leistungsauszug mit den AU-Zeiten und AU-Diagnosen der letzten 3 Jahre, Daten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe
- Stand der Bearbeitung von Anträgen zur Rehabilitation, Teilhabe oder Rente

(163) Arbeitsunfähigkeit bei ALG II

Übernahme aus der BGA AU vom 20.12.2021: Soll bei einem Zweifel an der AU durch die Agenturen für Arbeit oder des Jobcenters bei Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern nach dem SGB II eine Beauftragung erfolgen, müssen mindestens folgende Angaben vorhanden sein:

- Beginn der AU
- Aktuell AU-begründende Diagnose/ICD-10-Schlüssel
- Aktuell AU-bescheinigende Ärztin oder AU-bescheinigender Arzt, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer
- Kopie des Auftragsformulars der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters
- (Sofern vorliegend) Informationen über stationäre Krankenhausaufenthalte
- (Sofern vorliegend) Merkmale der Eingliederungsmaßnahme

Ambulante Leistungen

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Heilmitteln. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen.

- (310) Heilmittel nach § 32 SGB V**
- (311) Physiotherapie**
- (312) Podologische Therapie**
- (313) Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie**
- (314) Ergotherapie**
- (315) Ernährungstherapie**

Zusammenfassend für die o. g. Anlässe:

Der MD kann gemäß § 32 SGB V in Verbindung mit der Heilmittel-Richtlinie des G-BA regelhaft nur zu Fragen im Zusammenhang mit Genehmigung eines langfristig erforderlichen Heilmittels nach § 32 Abs. 1a SGB V beauftragt werden. Diese Aufträge fallen nicht in die Regelungen des § 13 Abs. 3a SGB V, sondern hier gilt, dass die Krankenkasse über die Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs innerhalb von 4 Wochen nach Antragseingang zu entscheiden hat.

- Auftrag der Krankenkasse
- Antrag der/des Versicherten auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs
- Vollständig ausgefüllte Verordnung (Muster 13) der Verordnerin / des Verordners gemäß § 13 der Heilmittel-Richtlinie
- Medizinische Begründung der Verordnung mit Angaben zu
 - Schwere und Dauerhaftigkeit der Schädigungen/Beeinträchtigungen
 - Therapieziel und -prognose
 - ggf. durchgeführter störungsbildabhängiger Diagnostik und
 - ggf. für die Heilmitteltherapie relevanten Befunden, insbesondere bei Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie
- Leistungsauszüge der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen
- Bei Kindern ggf. Angaben zu Frühförderung / heilpädagogischen Leistungen entsprechend SGB I
- Wenn vorhanden, ergänzend Angaben mit ggf. Befundberichten zu
 - Hilfsmittelversorgungen
 - Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

- Krankenhausbehandlungen
- Leistungen aus der Pflegeversicherung
- Arbeitsunfähigkeit
- Anerkennung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung
- GdB, MdE

(350) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37b SGB V

- Vollständig ausgefüllter SAP(P)V-Antrag gemäß SAPV-Richtlinie (Muster 63)
- Aktueller Leistungsauszug des/der Versicherten
- Angaben zum Aufenthaltsort des/der Versicherten
- Falls vorhanden: Pflegegutachten (SGB XI)

- Bei Verlängerung zusätzlich: ärztliche Begründung

- Bei Widerspruchsverfahren zusätzlich:
 - Widerspruchsschreiben der/des Versicherten / Bevollmächtigten / Betreuers
 - Ärztliche Begründung
 - Entlassungsbericht bei KH-Behandlung
 - Ausführliche Verlaufsdokumentation des SAPV-Teams
 - Ablehnungsbescheid der Krankenkasse

Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen.

(511) Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V – Erstantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Antrag der/des Versicherten
- Vollständig ausgefüllter Ärztlicher Befundbericht zum Antrag (Muster 25)
- Leistungsauszug der Krankenkasse mit Angabe der Krankenhausaufenthalte und Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen der letzten 4 Jahre

(512) Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V – Verlängerungsantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Antrag auf Verlängerung mit Darlegung des bisherigen Behandlungsverlaufes und Begründung der Notwendigkeit einer Verlängerung
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag der/des Versicherten, vollständig ausgefüllter ärztlicher Befundbericht zum Antrag

(521) Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V – Erstantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefülltes Muster 61
- Angaben der Krankenkasse zu Pflegegrad, Krankenbehandlung, zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und ggf. vorausgegangenen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen der letzten 4 Jahre (Leistungsauszug)
- Zusätzlich bei Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen: Sozialbericht
- Bei vorzeitigem Leistungsantrag: Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Rehabilitationsleistung

(522) Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V – Verlängerungsantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Verlängerungsantrag der Rehabilitationseinrichtung mit Angaben zum Rehabilitationsverlauf, erreichtem Rehabilitationsziel, Rehabilitationsprognose
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag (Muster 61)

(532) Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V – Verlängerungsantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Antrag auf Verlängerung mit Darlegung des bisherigen Behandlungsverlaufes und Begründung der Notwendigkeit einer Verlängerung
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag

(541) Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V – Erstantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefülltes Muster 61
- Angaben der Krankenkasse zu Pflegegrad, Krankenbehandlung, zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und ggf. vorausgegangenen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen der letzten 4 Jahre (Leistungsauszug)
- Zusätzlich bei Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen: Sozialbericht
- Bei vorzeitigem Leistungsantrag: Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Rehabilitationsleistung

(542) Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V – Verlängerungsantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Verlängerungsantrag der Rehabilitationseinrichtung mit Angaben zum Rehabilitationsverlauf, erreichtem Rehabilitationsziel, Rehabilitationsprognose
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag (Muster 61)

(551) Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V – Erstantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefülltes Muster 64, ggf. Muster 65
- Angaben der Krankenkasse zur Krankenbehandlung, zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und ggf. vorausgegangenen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 4 Jahre (Leistungsauszug)
- Bei vorzeitigem Leistungsantrag: ausführliche medizinische Begründung und Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Vorsorgeleistung

(552) Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V – Verlängerungsantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Antrag auf Verlängerung mit Darlegung des bisherigen Behandlungsverlaufes und Begründung der Notwendigkeit einer Verlängerung
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag

(561) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V – Erstantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefülltes Muster 61, ggf. Muster 65
- Angaben der Krankenkasse zur Krankenbehandlung, zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und ggf. vorausgegangenen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme der letzten 4 Jahre (Leistungsauszug)
- Bei vorzeitigem Leistungsantrag: ausführliche medizinische Begründung und Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Rehabilitationsleistung

(571) Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

- Auftrag der Krankenkasse
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
- Bestätigung einer chronischen Erkrankung
- Antragsrelevante bisherige vertragsärztliche Behandlungen am Wohnort
- Angaben zu KH-Aufenthalten, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
- Sind bereits zur selben Erkrankung Patientenschulungen durchgeführt worden?
- Teilnahme an einem DMP?

(572) Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder und Jugendliche nach § 43 Abs. 2 SGB V

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefüllte ärztliche Verordnung entsprechend Verordnungsformular für sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V (einschl. Angaben zu den Ausprägungen von Schädigungen von Körperfunktionen und dem Schweregrad der beeinträchtigten Aktivitäten/Teilhabe und den zugehörigen Interventionen entsprechend der Listen im Verordnungsformular)
- Entlassungsbericht der stationären Einrichtung

(580) Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig ausgefüllte Verordnung auf Muster 56
- Leistungsauszug

(591) Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge

- Auftrag der Krankenkasse mit konkreter Fragestellung
- Antrag auf Leistung mit Begründung

(592) Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation

- Auftrag der Krankenkasse mit konkreter Fragestellung
- Antrag auf Leistung mit Begründung
- Bei Fragestellung zur Kostenübernahme bei Medikamenten während der Rehabilitationsleistung: Angaben zur Behandlungsdiagnose und ob diese auch rehabilitationsbegründend ist sowie weitere Angaben zum klinischen Verlauf.

(599) Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V

wird in aller Regel beim Auftrag zu 551 oder 561 mitbeantragt

Sonstige Anlässe

(020) Stationäre und ambulante Hospizleistungen nach § 39a SGB V

Diese Checkliste dient zur Fallvorbereitung von Aufträgen zu stationären und ambulanten Hospizleistungen nach § 39a SGB V. Folgende Unterlagen müssen von der Krankenkasse angefordert werden und zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegen:

- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung über die (tages-)stationäre Hospizversorgung mit leserlichen und aussagekräftigen Angaben
- Aktueller Leistungsauszug der/des Versicherten
- Angaben zum Aufenthaltsort der/des Versicherten
- Falls vorhanden: Pflegegutachten (SGB XI)

- Bei Verlängerung zusätzlich: begründendes Schreiben der betreuenden Ärztin / des betreuenden Arztes

- Bei Widerspruchsverfahren zusätzlich:
 - Widerspruchsschreiben des/der Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers
 - Schreiben der betreuenden Ärztin / des betreuenden Arztes mit ärztlicher Begründung
 - Ablehnungsbescheid der Krankenkasse