

Checklisten für Krankenkassen

Notwendige Unterlagen für die Begutachtung zu Heilmitteln und zu Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst

Leistungsanträge SGB V

Stand: 29. Februar 2024 –
Redaktionelle Änderung vom 28. März 2025



IMPRESSUM

Beteiligte Kompetenzeinheit

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

Beschlussfassung

Die Checklisten für Krankenkassen – notwendige Unterlagen für die Begutachtung zu Heilmitteln und zu Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation durch den Medizinischen Dienst – wurden am 16. April 2024 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und zur Anwendung empfohlen.

Herausgeber

Medizinischer Dienst Bund (KÖR)
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 regelhaft notwendigen Unterlagen, die von den Krankenkassen angefordert werden sollten, damit der MD den Fall sachgerecht und effizient begutachten kann. Diese Checklisten werden von jeweiligen Kompetenzeinheiten wie KC/SEG regelmäßig aktualisiert, insbesondere wenn gesetzliche Änderungen oder untergesetzliche Normen dies notwendig machen.

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
Heilmittel	6
(311) Physiotherapie	6
(312) Podologische Therapie.....	6
(313) Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie	6
(314) Ergotherapie	6
(315) Ernährungstherapie	6
Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation	8
(511) Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V – Erstantrag	8
(512) Leistungen zur ambulanten Vorsorge nach § 23 SGB V – Verlängerungsantrag	8
(521) Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V – Erstantrag	8
(522) Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nach § 40 SGB V – Verlängerungsantrag	9
(531) Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V – Erstantrag	10
(532) Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V – Verlängerungsantrag	10
(541) Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V – Erstantrag	10
(542) Leistungen zur stationären Rehabilitation nach § 40 SGB V – Verlängerungsantrag	11
(551) Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V – Erstantrag	12
(552) Leistungen zur medizinischen Vorsorge nach § 24 SGB V – Verlängerungsantrag	12
(561) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V – Erstantrag	12
(562) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V – Verlängerungsantrag ..	13
(571) Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation: Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	13
(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.....	14
(599) Mitaufnahme eines Kindes bei Maßnahmen nach § 24 oder § 41 SGB V	15

Heilmittel

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

Die Checkliste ist nicht abschließend – die Gutachterin / der Gutachter entscheidet für den jeweiligen Einzelfall, ob und ggf. welche Unterlagen darüber hinaus für die Begutachtung notwendig sind.

(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
- Leistungsauszug der Krankenkasse zu bisherigen Heilmittelverordnungen, wenn der Kasse vorliegend
- 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

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.

Die Checkliste ist nicht abschließend – die Gutachterin / der Gutachter entscheidet für den jeweiligen Einzelfall, ob und ggf. welche Unterlagen darüber hinaus für die Begutachtung notwendig sind.

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

- Auftrag der Krankenkasse
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung (z. B. Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten auf Muster 25)
- Leistungsauszug der Krankenkasse mit Angabe der Krankenhausaufenthalte und Vorsorge-/Rehabilitationsleistungen der letzten 3 bzw. 4 Jahre

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

Hinweis: Bei primärpräventiv ausgerichteten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten ist gemäß BGA Vorsorge und Rehabilitation eine Verlängerung grundsätzlich nicht vorgesehen.

- Auftrag der Krankenkasse
- Antrag auf Verlängerung mit Darlegung des bisherigen Behandlungsverlaufes und Begründung der Notwendigkeit einer Verlängerung durch die Kurärztin / den Kurarzt
- Sofern Erstvorlage: ursprüngliche ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

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

Übernahme aus der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA Vorsorge und Rehabilitation) vom 11.11.2023

- Auftrag der Krankenkasse

- Ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung der Leistung einschließlich Angaben zu anlassbezogenen relevanten Kontextfaktoren (Muster 61 oder AR-Antrag oder Befundbericht für die DRV)
- Ggf. medizinische Befundunterlagen und Berichte zur Verordnung (nach Anforderung direkt an den Medizinischen Dienst) bzw. Entlassungsberichte
- Unterlagen der Krankenkasse, sofern relevant für die beantragte Leistung
 - Angaben zu vorausgegangenen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
 - Arbeitsunfähigkeitszeiten
 - Aufnahme- und Entlassungsanzeigen von Krankenhausbehandlungen
 - begutachtungsrelevante Gutachten des Medizinischen Dienstes gemäß SGB V und SGB XI
 - Leistungsauszug der Krankenkasse
- Zusätzlich bei Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen: Sozialbericht
- Für die Beantragung einer RPK ist auch der Bericht der aufnehmenden Einrichtung Voraussetzung für eine Begutachtung
- Bei vorzeitigem Leistungsantrag bei gleicher Indikation: Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Rehabilitationsleistung

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

Übernahme aus der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA Vorsorge und Rehabilitation) vom 11.11.2023

- Auftrag der Krankenkasse
- Für die Beantragung von Verlängerungen existieren einheitliche Formulare. Neben dem Formular für „allgemeine“ Rehabilitationsleistungen liegen zurzeit Verlängerungsanträge für die Bereiche Geriatrie, Neurologie, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen vor.

Unabhängig davon, in welcher Form der Verlängerungsantrag (Formular, Freitext) gestellt wird, muss dieser Aussagen zu nachfolgenden Sachverhalten enthalten:

- zur rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zum ICD -10 GM-Diagnoseschlüssel
- zu den zu Beginn der Leistung und zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten bezüglich alltäglicher Verrichtungen und zur weiterhin drohenden oder manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen
- zu Art und Häufigkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen
- zu den konkreten Vorsorge- bzw. Rehabilitationszielen, die bis zum Ende des Verlängerungszeitraums erreicht werden sollen, und zu den Gründen, warum diese vorher voraussichtlich nicht erreicht werden können
- zum Rehabilitationsplan bis zum beantragten Ende der Leistung

- eine Begründung, warum ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichend sind
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag (z. B. Muster 61)

(531) Leistungen zur stationären Vorsorge nach § 23 SGB V – Erstantrag

- Auftrag der Krankenkasse
- Die vorhandenen Antragsunterlagen mit ärztlicher Stellungnahme
- Leistungsauszug der Krankenkasse mit Angaben zur Krankenbehandlung, zu Arbeitsunfähigkeitszeiten und ggf. vorausgegangenen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 4 Jahre
- Bei vorzeitigem Leistungsantrag bei gleicher Indikation: Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Vorsorgeleistung

(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 durch die Vorsorgeeinrichtung
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag

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

Übernahme aus der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA Vorsorge und Rehabilitation) vom 11.11.2023

- Auftrag der Krankenkasse
- Ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung der Leistung einschließlich Angaben zu anlassbezogenen relevanten Kontextfaktoren (Muster 61 oder AR-Antrag oder Befundbericht für die DRV)
- Ggf. medizinische Befundunterlagen und Berichte zur Verordnung (nach Anforderung direkt an den Medizinischen Dienst) bzw. Entlassungsberichte
- Unterlagen der Krankenkasse, sofern relevant für die beantragte Leistung
 - Angaben zu vorausgegangenen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
 - Arbeitsunfähigkeitszeiten

- Aufnahme- und Entlassungsanzeigen von Krankenhausbehandlungen
- begutachtungsrelevante Gutachten des Medizinischen Dienstes gemäß SGB V und SGB XI
- Leistungsauszug der Krankenkasse
- Zusätzlich bei Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen: Sozialbericht
- für die Beantragung einer RPK ist auch der Bericht der aufnehmenden Einrichtung Voraussetzung für eine Begutachtung
- Bei vorzeitigem Leistungsantrag bei gleicher Indikation: Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Rehabilitationsleistung

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

Übernahme aus der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA Vorsorge und Rehabilitation) vom 11.11.2023

- Auftrag der Krankenkasse
- Für die Beantragung von Verlängerungen existieren einheitliche Formulare. Neben dem Formular für „allgemeine“ Rehabilitationsleistungen liegen zurzeit Verlängerungsanträge für die Bereiche Geriatrie, Neurologie, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen vor.

Unabhängig davon, in welcher Form der Verlängerungsantrag (Formular, Freitext) gestellt wird, muss dieser Aussagen zu nachfolgenden Sachverhalten enthalten:

- zur rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zum ICD -10 GM-Diagnoseschlüssel
- zu den zu Beginn der Leistung und zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten bezüglich alltäglicher Verrichtungen und zur weiterhin drohenden oder manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen
- zu Art und Häufigkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen
- zu den konkreten Rehabilitationszielen, die bis zum Ende des Verlängerungszeit-raums erreicht werden sollen, und zu den Gründen, warum diese vorher voraussichtlich nicht erreicht werden können
- zum Rehabilitationsplan bis zum beantragten Ende der Leistung
- bei stationären Rehabilitationsleistungen die Begründung, warum die Maßnahme nicht als ambulante Rehabilitation wohnortnah fortgeführt werden kann
- eine Begründung, warum ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichend sind
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag (z. B. Muster 61)

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

- Auftrag der Krankenkasse
- 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: medizinische Begründung auf Muster 64 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, Begründung der Notwendigkeit einer Verlängerung und Vorlage eines Vorsorgeplans bis zum beantragten Ende der Leistung durch die Einrichtung
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag

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

Übernahme aus der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA Vorsorge und Rehabilitation) vom 11.11.2023

- Auftrag der Krankenkasse
- Ärztliche oder psychotherapeutische Verordnung der Leistung einschließlich Angaben zu anlassbezogenen relevanten Kontextfaktoren (Muster 61)
- Ggf. medizinische Befundunterlagen und Berichte zur Verordnung (nach Anforderung direkt an den Medizinischen Dienst) bzw. Entlassungsberichte
- Unterlagen der Krankenkasse, sofern relevant für die beantragte Leistung
 - Angaben zu vorausgegangenen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
 - Arbeitsunfähigkeitszeiten
 - Aufnahme- und Entlassungsanzeigen von Krankenhausbehandlungen
 - begutachtungsrelevante Gutachten des Medizinischen Dienstes gemäß SGB V und SGB XI
 - Leistungsauszug der Krankenkasse

- Bei vorzeitigem Leistungsantrag: medizinische Begründung auf Muster 61 und Vorlage des Entlassungsberichtes der letzten Rehabilitationsleistung

(562) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 41 SGB V – Verlängerungsantrag

Übernahme aus der Begutachtungsanleitung Vorsorge und Rehabilitation (BGA Vorsorge und Rehabilitation) vom 11.11.2023

- Auftrag der Krankenkasse
- Unabhängig davon, in welcher Form der Verlängerungsantrag (Formular, Freitext) gestellt wird, muss dieser Aussagen zu nachfolgenden Sachverhalten enthalten:
 - zur rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zum ICD -10 GM-Diagnoseschlüssel
 - zu den zu Beginn der Leistung und zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten bezüglich alltäglicher Verrichtungen und zur weiterhin drohenden oder manifesten Beeinträchtigung der Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen
 - zu Art und Häufigkeit der bisher durchgeführten Maßnahmen
 - zu den konkreten Rehabilitationszielen, die bis zum Ende des Verlängerungszeit-raums erreicht werden sollen, und zu den Gründen, warum diese vorher voraussichtlich nicht erreicht werden können
 - zum Rehabilitationsplan bis zum beantragten Ende der Leistung
 - eine Begründung, warum ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichend sind
- Sofern Erstvorlage: ursprünglicher Antrag (z. B. Muster 61)

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

- Auftrag der Krankenkasse
- Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung
- Antragsrelevante bisherige vertragsärztliche Behandlungen am Wohnort
- Angaben zu KH-Aufenthalten, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen
- Angaben zu vorangegangenen Schulungen oder inhaltlich vergleichbaren Schulungen im Rahmen von Vorsorgeleistungen und/oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Angaben zu Teilnahme an Disease-Management-Programmen

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

- Auftrag der Krankenkasse
- 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)
- (Vorläufiger) Entlassungsbericht der stationären Einrichtung

(580) Rehasport/Funktionstraining nach § 64 SGB IX

- Auftrag der Krankenkasse
- Vollständig Ausgefüllte Verordnung auf Muster 56
- Leistungsauszug der Krankenkasse
- Ggf. Angabe, für welche Diagnose/Funktionsstörung die vorherigen Verordnungen ausgestellt worden waren

(591) Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Vorsorge

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

(592) Sonstige Anlässe zu Leistungen zur Rehabilitation

- Auftrag der Krankenkasse mit konkreter Fragestellung
- Antrag auf Leistung mit medizinischer 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
 - Angaben der Rehabilitationseinrichtung zur vorgesehenen Behandlung (z. B. welches Medikament wann/wie oft) bei welcher Diagnose

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

wird in aller Regel beim Auftrag zu 551 oder 561 mitbeantragt.