

## Tit. 3.2.1 MDKRL

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

Bundesrecht

---

## Teil A – Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung -> Tit. 3 – Beratung und Begutachtung in Einzelfällen

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

**Normgeber:** Bund

**Redaktionelle Abkürzung:** MDKRL

**Gliederungs-Nr.:** [keine Angabe]

**Normtyp:** Rundschreiben

### Tit. 3.2.1 MDKRL – Medizinische Vorsorgeleistungen, Vorsorgekuren für Mütter ( §§ 23 und 24 SGB V )

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

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

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

erforderlich sind.

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