

Zu § 23 SGB V

Titel: Gemeinsames Rundschreiben betr. GRG;
hier: Leistungsrechtliche Vorschriften

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 88c

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Zu § 23 SGB V Tit. 10 RdSchr. 88c – Prüfung durch den Medizinischen Dienst

(1) Die Krankenkassen haben die Notwendigkeit medizinischer Vorsorgeleistungen vor ihrer Bewilligung unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplanes durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V). Dasselbe gilt für eine Verlängerung der Leistungsdauer. Die Prüfpflicht durch den Medizinischen Dienst soll gewährleisten, dass präventive [jetzt] Vorsorgeleistungen von allen Krankenkassen nach gleichen Beurteilungsmaßstäben bewertet und ausgerichtet werden. Der Medizinische Dienst beurteilt die medizinischen Fragen, die die Krankenkasse für ihre sozialrechtliche Entscheidung benötigt.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen können gemeinsam und einheitlich Ausnahmen von der generellen Begutachtung medizinischer Vorsorgeleistungen durch den Medizinischen Dienst zulassen. Das soll insbesondere dann der Fall sein, wenn Prüfungen durch den Medizinischen Dienst nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen (§ 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V). Die Regelung entsprechender Ausnahmen ist in den nach § 282 Satz 3 SGB V zu beschließenden Richtlinien vorgesehen

(3) Die Form der Begutachtung (körperliche Untersuchung oder Begutachtung nach Aktenlage) ist in das Ermessen des Medizinischen Dienstes gestellt. Im Hinblick auf mögliche Schwierigkeiten bei Beantragung der Verlängerung einer [jetzt] Vorsorgeleistung ist es denkbar, dass in diesen Fällen eine Begutachtung nach Aktenlage ausreicht. Wird eine körperliche Untersuchung erforderlich, soll sie vom Medizinischen Dienst des Aufenthaltsortes durchgeführt werden.

(4) Für die Begutachtung einer Verlängerung in einer Vorsorgeeinrichtung (Abschnitt 4) ist anzumerken, dass die Ärzte des Medizinischen Dienstes befugt sind, für die erforderlichen Feststellungen eine Vorsorgeeinrichtung zu betreten. Die näheren Einzelheiten sind in § 276 Abs. 4 SGB V geregelt.