

Normen

§ 23 SGB V

Kurzinfo

Die Krankenkassen stellen **medizinische Vorsorgeleistungen** aus verschiedenen Anlässen zur Verfügung. Es handelt sich dabei um ein zweistufiges Vorsorgeangebot von ambulanten Vorsorgeleistungen und stationären Vorsorgemaßnahmen.

Die medizinischen Vorsorgeleistungen der Krankenkasse werden mit dem Ziel gewährt, eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die nach der Satzung der jeweiligen Krankenkasse mögliche Höhe des täglichen Zuschusses für die übrigen Kosten ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten beträgt maximal 16,00 EUR, für chronisch kranke Kleinkinder maximal 25,00 EUR. Das Wiederholungsintervall für ambulante Vorsorgeleistungen beträgt drei Jahre, für stationäre Leistungen vier Jahre. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen mit primärpräventiver Zielsetzung kommt eine längere Dauer als drei Wochen nicht in Betracht, weder für Erwachsene noch für Kinder. Allenfalls bei Leistungen mit sekundärpräventiver Zielsetzung und zwingender medizinischer Begründung ist im Einzelfall von vornherein eine Dauer von längstens vier Wochen möglich.

Bei stationären Vorsorgemaßnahmen übernimmt die Krankenkasse die gesamten Kosten; Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben für jeden Kalendertag eine Zuzahlung von 10,00 EUR zu leisten.

Information

Inhaltsübersicht

1. Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
2. Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
3. Umfang der Ermessensentscheidung
4. Wiederholte Vorsorgeleistungen
5. Leistungsdauer medizinischer Vorsorgeleistungen
6. Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer
7. Leistungsdauer stationärer Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche
8. Zuzahlung

Die **ambulanten Leistungen** am Wohnort umfassen ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln. Reichen diese Maßnahmen nicht aus oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, kann die Krankenkasse eine **ambulante Vorsorgeleistung** an einem anerkannten Kurort gewähren. Die Krankenkasse übernimmt die vertraglichen Kosten für den Badearzt (per Badearztschein) und die Kosten für verordnete Anwendungen (wie Bäder, Massagen usw.). Für die Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und die Kosten für An- und Abreise zahlt die Krankenkasse evtl. Zuschüsse gemäß ihrer Satzung.

Lassen sich die Behandlungsziele ambulant nicht erreichen, kann die Krankenkasse eine **stationäre Vorsorgemaßnahme** mit Unterkunft und Verpflegung in einer vertraglichen Vorsorgeeinrichtung erbringen. Daneben werden unter bestimmten Voraussetzungen die Fahrkosten übernommen, außerdem wird bei Anrechnung von Vorerkrankungen nach Ablauf der sechswöchigen Gehalts- bzw. Leistungsfortzahlung Krankengeld gezahlt.

1. Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Die Leistungen der Vorsorge umfassen primärpräventive und sekundärpräventive Zielsetzungen (Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten). Kompaktkuren sind Bestandteil ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten.

Ambulante Vorsorgeleistungen können nur in staatlich anerkannten Heilbädern und Kurorten erbracht werden.

2. Zuschuss bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Die Satzung der Krankenkasse kann einen Zuschuss zu den bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten entstehenden Ausgaben vorsehen. Die Höhe des Zuschusses ist in der Satzung festzulegen und darf 16,00 EUR täglich nicht überschreiten. Zu den Ausgaben, zu deren Finanzierung der Zuschuss beitragen soll, zählen insbesondere Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe, An- und Abreisekosten.

Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung den **Zuschuss zu ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten für chronisch kranke Kleinkinder** auf bis zu 25,00 EUR täglich erhöhen.

3. Umfang der Ermessensentscheidung

§ 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V konkretisiert die Möglichkeiten der Ermessensentscheidungen bei stationären Vorsorgeleistungen. Die Krankenkasse bestimmt nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistung sowie die stationäre Vorsorgeeinrichtung, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Dabei soll den Wünschen des Versicherten, soweit sie angemessen sind, entsprochen werden (§ 33 SGB I).

4. Wiederholte Vorsorgeleistungen

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können nicht vor Ablauf von drei Jahren und stationäre Vorsorgeleistungen nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

Anzurechnen sind dabei insbesondere

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V),
- stationäre Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V),
- Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 1 SGB V),
- sonstige Leistungen nach § 31 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI und § 10 ALG ,
- Leistungen zur Prävention (§ 14 SGB VI und § 10 ALG),
- Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Heilbehandlung (§ 11 Abs. 2 BVG , § 12 Abs. 4 BVG),
- Vorsorgeleistungen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII).

5. Leistungsdauer medizinischer Vorsorgeleistungen

Die Dauer richtet sich im Einzelfall grundsätzlich nach der individuellen medizinischen Notwendigkeit.

Als Regeldauer ambulanter Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 2 SGB V) und stationärer Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 4 SGB V) gilt nach wie vor die Dauer von längstens drei Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

6. Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer

Anstelle der gesetzlich vorgeschriebenen Regeldauer von drei Wochen kann der GKV-Spitzenverband in Leitlinien indikationsspezifische Regeldauern festlegen. Von dieser Regeldauer kann die Krankenkasse bei der Bewilligung von Vorsorgeleistungen nur abweichen, wenn dies aus medizinischen Gründen im Einzelfall

dringend erforderlich ist.

Für die Übergangszeit bis zum Vorliegen der Leitlinien zur indikationsspezifischen Regeldauer gelten die Aussagen zur gesetzlichen Regeldauer.

7. Leistungsdauer stationärer Vorsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche

Die Dauer stationärer Vorsorgeleistungen für Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist u.a. aufgrund der medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten in der Regel auf vier bis sechs Wochen festgelegt.

Auf das " Gemeinsame Rahmenkonzept der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche von Februar 2008 " (BAR) und die " Gemeinsame Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen auf der Grundlage des § 111a SGB V vom 12.05.1999 (Abschnitt 7 der Rahmenempfehlung) ", die auch Aussagen zur Dauer stationärer Vorsorgeleistungen für Jugendliche enthält, wird ergänzend verwiesen.

8. Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt bei stationären Vorsorgeleistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, 10,00 EUR pro Kalendertag. Bei der Berechnung der Zuzahlung sind der An- und Abreisetag als je ein Kalendertag zu rechnen.