

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im In- und Ausland nach § 23 Abs. 2 SGB V	
Kurzbeschreibung	Bearbeitung von Anträgen für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im In- und Ausland
Gültig ab	26.09.2019

Hinweis: Aus Gründen der Vereinheitlichung wird auf die weibliche Form verzichtet. Es werden jedoch immer beide Geschlechter angesprochen.

1. Allgemeines

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können in Betracht kommen, wenn diese medizinisch erforderlich und die ambulanten Behandlungen und Versorgungen mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln am Wohnort nicht ausreichend oder nicht geeignet sind.

Das Arbeitspapier verfolgt das Ziel, das Verfahren von der Antragsbearbeitung und Entscheidung über ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V bei der AOK Nordost einheitlich zu gestalten sowie Transparenz für alle Beteiligten herzustellen.

2. Rechtsgrundlagen und Arbeitshilfen

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. (§ 23 Abs. 1 SGB V)

Reichen bei Versicherten diese Leistungen nicht aus oder können sie wegen besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von bis zu 16,00 Euro täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 25,00 Euro erhöht werden. (§ 23 Abs. 2 SGB V)

Übrige Kosten sind Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Fahrkosten.

Die Satzung der AOK Nordost regelt, dass

- für Kinder bis zum 17. Lebensjahr der Zuschuss für eine ambulante Vorsorgeleistung 13,00 Euro täglich und
- für chronisch kranke Kleinkinder 25,00 Euro täglich beträgt.
- Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung, Reisekosten, Kurtaxe werden mit einer Pauschale von 100,00 Euro bei der Leistungsdauer von mindestens 14 bis 20 Kalendertagen bzw. 150,00 Euro bei einer Leistungsdauer ab 21 Kalendertagen bezuschusst

Anzuwenden sind die Regelungen für die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nach den §§ 31 bis 34 SGB V. (§ 23 Abs. 3 SGB V)

Grundsätzlich können gesetzlich Krankenversicherte auch ambulante Vorsorgeleistungen in anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft (EG) sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass von den Versicherten ausschließlich berechnete Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. (§ 13 Abs. 4 SGB V).

Die Krankenkassen haben die Notwendigkeit medizinischer Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten vor ihrer Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung in Stichproben durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) prüfen zu lassen. (§ 275 Abs. 2 SGB V)

Bei der Antragsbearbeitung sind die mit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes (seit 26.02.2013) festgelegten Fristen nach § 13 Abs. 3a SGB V zu beachten.

Danach beträgt die Frist für die Bearbeitungszeit des Antrages auf ambulante Vorsorgeleistungen

- ohne Hinzuziehung des MDK ab Antragseingang 3 Wochen,
- mit Hinzuziehung des MDK ab Antragseingang 5 Wochen.

Zu beachten ist, dass die Leistung als genehmigt gilt und die Krankenkasse zur Erstattung der entstandenen Kosten verpflichtet ist, wenn innerhalb dieser Frist keine Entscheidung getroffen ist.

Rechtsgrundlagen	
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
§ 19 SGB IV	Leistungen auf Antrag oder von Amts wegen
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
§ 11 SGB V	Leistungsarten
§ 13 Abs. 3 a SGB V	Kostenerstattung Hier: Fristenregelung für u. a. ambulante Vorsorgeleistungen
§ 13 Abs. 4 SGB V	Kostenerstattung im Ausland
§ 16 SGB V	Ruhen des Anspruchs
§ 23 Abs. 2 SGB V	Medizinische Vorsorgeleistungen Hier: ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
§ 23 Abs. 5 SGB V	Medizinische Vorsorgeleistungen Hier: Durchführung
§ 137 d SGB V	Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Vorsorge oder Reha
§ 275 SGB V	Begutachtung und Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Richtlinien
Kurarztvertrag - Anlage 25 des Bundesmantelvertrages Ärzte
Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation
Vordruckvereinbarung – Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung in der jeweiligen aktuellen Fassung

Satzung
Satzung der AOK Nordost in der Fassung des 33. Nachtrages mit Wirkung ab 1.7.2020

3. Vorsorge

3.1. Begriffsdefinitionen

International wird in der Vorsorge und Rehabilitation zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden. Der Vorsorge im Sinne der „Gemeinsamen Rahmenempfehlungen für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation auf der Grundlage des § 111b SGB V" vom 12. Mai 1999 sind nur die Primär- und Sekundärprävention zugeordnet.

Die Tertiärprävention ist weitestgehend identisch mit dem Begriff der Rehabilitation im Sinne der Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation.

Primärprävention

zielt darauf ab, die Neuerkrankungsrate von Krankheiten zu senken. Sie dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch z. B. gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Impfungen gegen Infektionskrankheiten und Beseitigung von Gesundheitsrisiken im umwelt- und personenbezogenen Kontext. Krankheiten liegen noch nicht vor, Risikofaktoren können erkennbar sein.

Sekundärprävention

zielt darauf ab, die Krankenbestandsrate durch Verkürzung der Krankheitsdauer, d. h. durch Krankenbehandlung, zu verringern. Sie dient der Frühdiagnostik und Frühtherapie mit dem Ziel, das Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu verhindern bzw. dessen Umkehr zu bewirken sowie die Beschwerden zu verringern. Dadurch sollen Schädigungen beseitigt bzw. verringert und Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe vermieden werden.

Die Sekundärprävention kommt zum Zuge, wenn eine Krankheit bereits Symptome verursacht.

Tertiärprävention

Ist eine Erkrankung bereits eingetreten, so sollen tertiärpräventive Maßnahmen die Entwicklung von Komplikationen verhindern oder hinauszögern bzw. das Wiederauftreten der Erkrankung (z. B. zweiter Herzinfarkt) verhindern.

Eine eindeutige Trennung zwischen diesen einzelnen Präventionsbereichen ist nicht immer möglich. In der tagtäglichen ärztlichen Arbeit spielt die Prävention eine wichtige Rolle. Die Übergänge zwischen Prävention und (Akut-)Behandlung sind dabei häufig fließend.

3.1.1. Vorsorgebedürftigkeit

Sie besteht, wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden, oder wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes/Jugendlichen gefährdet ist (Primärprävention).

Vorsorgebedürftigkeit besteht auch, wenn bei manifester (chronischer) Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert, das Auftreten von Rückfällen (Rezidiven) bzw. deutlichen Verschlechterungen (Exazerbationen) vermieden bzw. deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll (Sekundärprävention).

Bei der Beurteilung der Vorsorgebedürftigkeit sind die auf das Gesundheitsproblem sowohl positiv wie negativ wirkenden umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Beispiele für überwiegend negativ wirkende Kontextfaktoren können sein:

- Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner
- Tod des Partners bzw. naher Angehöriger
- chronische Krankheiten/Suchtproblematik von Angehörigen
- Verantwortung für die Pflege von Familienangehörigen
- Schwierigkeiten bei der Problembewältigung, insbesondere von Alltagsproblemen
- ständiger Zeitdruck
- finanzielle Sorgen
- Arbeitslosigkeit/berufliches Anforderungsprofil (Überforderung)
- soziale Isolation
- beengte Wohnverhältnisse.

Beeinflussbare medizinische Risikofaktoren (Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Adipositas, übermäßiger Alkohol-, Nikotin- und Medikamentenkonsum) können ein bereits bestehendes Gesundheitsproblem verstärken.

Vorsorgebedürftigkeit besteht nur dann, wenn über die kurative Versorgung hinaus der komplexe (interdisziplinäre, mehrdimensionale) Ansatz der Vorsorgeleistung erforderlich ist.

Siehe auch:

[Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation](#)

3.1.2 Vorsorgefähigkeit

Sie ist gegeben, wenn der Versicherte

- motiviert bzw. zu motivieren ist, sich insbesondere mit dem individuellen Vorsorgeziel zu identifizieren und
- (körperlich und geistig) in der Lage ist, am festgelegten Vorsorgeprogramm teilzunehmen und
- bereit ist bzw. befähigt werden kann, konsequent und langfristig sein/ihr Gesundheitsverhalten im Sinne einer Risikobeseitigung bzw. -verminderung zu ändern oder durch Krankheitsbewältigungsstrategien (Coping) zu lernen, mit der (chronischen) Krankheit besser zu leben.

3.1.3. Vorsorgeprognose

Sie ist die unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren medizinisch begründete Wahrscheinlichkeit, durch eine geeignete Vorsorgeleistung in einem angemessenen Zeitraum die Vorsorgeziele zu erreichen.

3.1.4. Vorsorgeziele

Ziele der ambulanten Vorsorgeleistungen sind

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Erst durch das Zusammenwirken von Maßnahmen der Kurortmedizin (ortsgebundene und/oder kurortspezifische Heilmittel u. a.) mit aus medizinischen Gründen notwendigen anderen Maßnahmen entfaltet die ambulante Vorsorgeleistung ihre besondere Wirkung. Sie soll dazu beitragen, dass der Versicherte, die in seiner Lebensweise begründeten gesundheitsgefährdenden Faktoren erkennt und sein Verhalten ändert.

Entsprechend ihren Zielsetzungen wird die ambulante Vorsorgeleistung unterschieden in

Ambulante Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung	Ambulante Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten
Das sind Maßnahmen zur <ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Gesundheit und - Verhütung von Krankheiten unter Anwendung von kurortspezifischen Mitteln und Methoden.	Sie dienen dazu <ul style="list-style-type: none"> - Heilungsprozesse zu fördern - bestehende Schädigungen und Funktionsstörungen zu beseitigen oder zu vermindern - eine Verschlimmerung zu verhüten - Beschwerden zu lindern - dem Patienten Hilfen zum besseren Umgang mit seinen Leiden zu geben - die Kompetenz im Alter zu erhalten - Vermeidung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit.

Um das Ziel der ambulanten Vorsorgeleistungen an einem anerkannten Kurort zu erreichen, erstellt der Kurarzt zu Beginn der Maßnahme einen individuellen Vorsorgeplan. Dieser kombiniert die medizinischen Maßnahmen mit dem Schwerpunkt der ortsgebundenen und/oder kurortspezifischen Heilmittel mit anderen Maßnahmen.

3.2. Zielgruppe

Ambulante Vorsorgeleistungen sind auf Versicherte ausgerichtet, bei denen

- die Neuerkrankungsrate von Krankheiten bzw. die Häufigkeit des Vorkommens entsprechender Krankheitsauswirkungen gesenkt oder
- die Entstehung voraussichtlich nicht nur vorübergehender Funktionsstörungen entgegengewirkt bzw. deren Entstehung verzögert werden soll.

3.3. Zuweisungskriterien für ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort (§ 23 Abs. 2 SGB V) sind angezeigt, wenn

- ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichen oder ohne Erfolg durchgeführt worden sind,
- die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten erscheint.

Ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort sind ausgeschlossen, wenn auf Grund des geringen Grades der Gesundheitsgefährdung z. B. ein Klimawechsel im Rahmen eines Erholungsurlaubes ausreichend ist.

3.4. Dauer einer ambulanten Vorsorgeleistung

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sollen für längstens 3 Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich, um das Vorsorgeziel zu erreichen. Bei ambulanten Maßnahmen von kürzerer Dauer

und bei ausschließlicher Anwendung von Heilmitteln zur Fortsetzung der kurativen Versorgung handelt es sich nach den kurmedizinischen Prinzipien nicht um ambulante Vorsorgeleistungen. Die Entscheidung über eine Genehmigung von kürzerer Dauer trifft die Krankenkasse.

3.5. Verlängerung der Maßnahme

Eine Verlängerung, beantragt vom behandelnden Arzt, kann nur in Betracht kommen, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist, um das Vorsorgeziel zu erreichen. Die medizinische Notwendigkeit der Verlängerung der Leistungsdauer ist durch den MDK zu prüfen.

3.6. Zeitliche Voraussetzung für erneute Leistungen

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können nicht vor Ablauf von drei Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten auf Grund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. (§ 23 Abs. 5 SGB V)

Anzurechnen sind bei ambulanten Vorsorgekuren andere Vorsorgemaßnahmen, u. a.

- medizinische Vorsorgekuren für Mütter und Väter nach § 24 SGB V
- stationäre Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 4 SGB V.

4. Zuständigkeiten

Ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 SGB V in anerkannten Kurorten gehören zu den medizinischen Vorsorgeleistungen, die nach kurärztlicher Verordnung von der Gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden.

4.1. Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

Ein Anspruch auf ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten besteht für die Versicherten der AOK Nordost und ihre familienversicherten Angehörigen.

4.2. Ambulante Vorsorgeleistungen durch den Rentenversicherungsträger

Die Rentenversicherung erbringt gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI u.a. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

Demzufolge können ambulante Vorsorgeleistungen durch den Rentenversicherungsträger nicht erbracht werden, da dieser ambulante Vorsorgeleistungen in seinen Gesetzesvorschriften nicht vorsieht.

5. Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im Inland und Ausland

Ambulante Vorsorgeleistungen können grundsätzlich nur in staatlich anerkannten Heilbädern und Kurorten erbracht werden, in denen eine Durchführung unter badeärztlicher Betreuung und unter Verwendung ortsgebundener Heilmittel sichergestellt ist.

5.1. Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im Inland

Kurorte sind alle inländischen, landesgesetzlich anerkannten

- Mineral-, Moor- und Seeheilbäder,
- Kneippheilbäder und –kurorte,
- heilklimatische Kurorte und
- Orte mit Heilquellen-, Heilstollen-Kurbetrieb.

Bundesweit anerkannte Kurorte sind z. B. im [Deutschen Bäderkalender](#) enthalten.

5.2. Ortsgebundene und/oder kurortsspezifische Heilmittel

Hierunter sind natürliche Heilmittel des

- Bodens – u. a. Sole, Moor, Kreide,
- Wassers – u. a. Mineral- und Thermalwasser oder
- Klimas – u. a. frisches Klima, Heilstollen, Radon
zu verstehen.

Ortsgebundene Heilmittel sind insbesondere Heilwässer zum Trinken und für Bäder, geologische oder klimatische Besonderheiten.

5.3. Ambulante Vorsorgeleistungen für Kinder

Die Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder besteht aus einer abgestimmten Kombination von Maßnahmen zur Konstitutionskräftigung und Steigerung der Abwehrkräfte unter Nutzung der heilklimatischen Faktoren des Kurortes. Die Maßnahmen sollen geeignet sein, der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken.

Die Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder umfasst folgende ärztliche Leistungen:

- Anamneserhebung und Untersuchung des Kindes zu Beginn der Ambulanten Vorsorgeleistung
- Vorsorgeplan des Kurarztes für einen erfolgreichen Verlauf
- Abschlussuntersuchung mit Empfehlungen für weitere Maßnahmen am Wohnort.

Die Satzung der AOK Nordost regelt, dass für Kinder bis zum 17. Lebensjahr der Zuschuss für eine ambulante Vorsorgeleistung 13,00 Euro täglich und für chronisch kranke Kleinkinder 25,00 Euro täglich beträgt.

5.4. Kompaktkuren

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können auch in Form einer Kompaktkur durchgeführt werden. Kompaktkuren können nur für das Inland genehmigt werden. Bei einer Kompaktkur sind mehrere therapeutische Bereiche eng miteinander verzahnt und werden unter ärztlicher Verantwortung koordiniert, wie

- Physikalische Therapie, z. B. Fango-, Kneipp- und Mooranwendungen, Massagen, Lymphdrainagen,
- Aktives Bewegungstraining, z. B. Aquagymnastik, Nordic Walking, Ergotherapie, Ausdauertraining,
- Gesundheitsförderung, z. B. Entspannungstraining, Rückenschule, Kurse zur Schmerz-, Stress- und Angstbewältigung, Nichtraucherseminare

Durch diese enge Verzahnung ist eine ganzheitliche Behandlung gewährleistet.

Für die Durchführung der Kompaktkur gelten folgenden Anforderungen:

- indikationsspezifische Ausrichtung für Patienten mit gleichen oder ähnlichen Krankheitszuständen
- strukturierte Therapiekonzepte mit multidisziplinärem Ansatz
- Behandlung in stabilen Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern und Gruppenleitung
- interdisziplinäre Qualitätszirkel.

Diese Anforderungen erfordern eine Tätigkeit des Kurarztes, die in ihrer Häufigkeit und Intensität über die Leistungsinhalte der genannten ärztlichen Leistungen (Punkt Leistungsinhalte Inland, Ärztliche Behandlung) hinausgehen.

Dazu gehören insbesondere:

- kontinuierliche ärztliche Begleitung durch mindestens zweimal wöchentlichen Arzt-/Patientenkontakt
- verhaltenspräventive Motivation des Patienten
- das Mitwirken des Arztes bei der Festlegung des gruppenspezifischen Behandlungszieles
- die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln.

5.5. Leistungsinhalte Inland

5.5.1. Ärztliche Behandlung

Die kurärztliche Behandlung im **Inland** erfolgt auf der Grundlage eines bestehenden Kurarztvertrages im Inland.

Die durch den Kurarzt festgelegten Behandlungen sind grundsätzlich Maßstab für eine Kostenübernahme.

Die ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung umfasst folgende kurärztliche Leistungen:

- Anamneseerhebung und eingehende Untersuchung des Patienten am Anfang der ambulanten Vorsorgeleistung
- Aufstellen eines schriftlichen individuellen Vorsorgeplans mit Angaben der anzuwendenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Anamnese und der erhobenen und mitgebrachten Befunde sowie Festlegung des Vorsorgeziels
- kontinuierliche Überwachung und ggf. Korrektur des Vorsorgeplans sowie regelmäßige Kontrolluntersuchungen
- Abschlussuntersuchung mit Beurteilung des Effektes der ambulanten Vorsorgeleistung
- schriftlicher kurärztlicher Bericht mit Angaben zur Anamnese, durchgeführte Maßnahmen, Verlauf und Effekt der ambulanten Vorsorgeleistung sowie mit spezifischen Empfehlungen für weitere Maßnahmen am Wohnort
- soweit verhaltenspräventive Maßnahmen, wie Ernährungsberatung, Hilfen zur Entwöhnung von Genussmitteln usw. erforderlich sind und am Kurort angeboten werden, ist der Patient zur Teilnahme durch themenzentrierte Gesprächsführung zu motivieren.

Bei bestehenden Krankheiten umfasst eine ambulante Vorsorgeleistung zusätzlich:

- Anamneseerhebung und eingehende Untersuchung unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde über die somatischen und psychischen Schädigungen
- Abschlussuntersuchung mit eingehender Erörterung des Effektes der ambulanten Vorsorgeleistung mit dem Patienten sowie der weiteren Maßnahmen am Wohnort, die der Festigung des Erfolges der ambulanten Vorsorgeleistung dienen.

5.5.2. Arznei-, Verband- und Heilmittel

Am Kurort können notwendige Arznei-, Verband- und Heilmittel, die vom Badearzt verordnet werden, neben den ortsspezifischen Heilmitteln erbracht werden. Hinsichtlich der Zuzahlung, der Festbeträge für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind die §§ 31 bis 34 SGB V zu berücksichtigen.

5.5.3. Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen am Kurort sind die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe mit dem/der nach der Satzung möglichen Zuschuss/Pauschale abgegolten.

5.5.4. Fahrkosten

Bei ambulanten Vorsorgeleistungen am Kurort ist eine Fahrkostenerstattung ausgeschlossen. Ggf. anfallende Fahrkosten sind mit dem/der nach der Satzung möglichen Zuschuss/Pauschale zu den übrigen Kosten der Vorsorgeleistung abgegolten.

5.6. Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im Ausland

Kurärztliche Verträge für die kurärztliche Behandlung im Ausland bestehen nicht.

Kurärztliche Unterlagen nach dem Kurarztvertrag, wie bei einer ambulanten Vorsorgeleistung im Inland, erhält der Versicherte damit nicht.

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 ist eine Leistungserbringung auf das Inland beschränkt. Daher sind ambulante Vorsorgeleistungen im Ausland nur unter bestimmten Voraussetzungen bewilligungsfähig.

§ 13 Abs. 4 SGB V räumt den Versicherten grundsätzlich das Recht ein, Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) sowie in anderen Vertragsstaaten des Abkommens der Europäischen Wirtschaftsunion (EWR) im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch nehmen zu können.

Um den Versicherten die Durchführung von ambulanten Vorsorgeleistungen zu ermöglichen, haben die ehemaligen Spitzenverbände der Krankenkassen, jetzt der GKV-Spitzenverband, auf Grund einer Anfrage der Deutschen Verbindungsstelle Ausland (DVKA) bei den ausländischen Verbindungsstellen die rechtlichen Gegebenheiten im jeweiligen Krankenversicherungssystem des ausländischen Staates geprüft.

Bei den Staaten, deren Verbindungsstelle nicht auf die DVKA-Anfrage geantwortet hat, wird unterstellt, dass die rechtlichen Voraussetzungen für die Durchführung von ambulanten Vorsorgeleistungen nicht gegeben sind. Eine Genehmigung und Kostenerstattung in diesen Ländern ist deshalb nicht möglich.

Wie auch im Inland ist Voraussetzung für die Durchführung einer ambulanten Vorsorgeleistung im Ausland das Vorliegen der maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen. Dazu zählen wie bei einer Inanspruchnahme im Inland z. B. eine vorherige Antragstellung und die Vorlage einer ärztlichen Verordnung.

Hat die AOK Nordost eine ambulante Vorsorgemaßnahme im Ausland genehmigt, können nach Beendigung der Maßnahme die in diesem Zusammenhang entstandenen Kosten für u. a. ärztliche Leistungen und Heilmittel zur Kostenerstattung in deutscher Sprache vom Versicherten eingereicht werden. (§ 13 Abs. 4 SGB V)

5.6.1. Akuterkrankungen

Tritt während der ambulanten Vorsorgeleistung eine Akuterkrankung (interkurrente Erkrankung) ein, die einer sofortigen ärztlichen Behandlung bedarf, kann der Versicherte unter Vorlage seiner Europäischen Krankenversicherungskarte einen für das jeweilige System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringer in Anspruch nehmen.

5.6.2. Verfahren der Kostenerstattung

Lassen sich Versicherte in einem anderen EWR-Staat behandeln, können sie eine Kostenerstattung nur dann beanspruchen, wenn alle nach deutschem Recht maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen – so genannter Verwaltungskostenabschlag – vorzusehen. Darüber hinaus sind die gesetzlichen Zuzahlungen (Verordnungsblattgebühr, Eigenanteil) in Abzug zu bringen.

Der Erstattungsbetrag ist zuerst um die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und anschließend um den Verwaltungskostenabschlag in Höhe von 5 Prozent (bis 10.05.2019 7,5 Prozent) zu mindern. Der Abschlag beträgt je Antrag mindestens 5,00 Euro und höchstens 40,00 Euro. Die AOK Nordost kann bei Kostenerstattungsanträgen nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, deren Rechnungsbetrag 100,00 Euro nicht übersteigt, pauschal 70 v. H. des Rechnungsbetrags erstatten.

Erforderlich für eine Kostenerstattung ist die Vorlage quittierter und spezifizierter Rechnungen

- Name, Vorname des Versicherten,
- Bezeichnung der Leistung,
- Betrag,
- Datum der Abgabe,
- Stempel der abgebenden Stelle sowie

- z. B. bei der Abgabe von Heilmitteln im Rahmen ambulanter Vorsorgeleistungen am Kurort eine (kur-)ärztliche Verordnung.

Damit die Krankenkasse eine möglichst genaue Kostenerstattung vornehmen kann, ist eine detaillierte deutschsprachige Übersetzung der Auslandsrechnung und der ärztlichen Verordnung unverzichtbar. Sollte sich aus den eingereichten Unterlagen in ausländischer Sprache der Sachverhalt nicht eindeutig nachvollziehen lassen, so hat der Versicherte eine beglaubigte oder von einem öffentlich bestellten vereidigten Dolmetscher oder Übersetzer angefertigte Übersetzung vorzulegen. Die Übersetzungskosten trägt der Versicherte. (§ 19 Abs. 2 SGB X)

5.6.3. Höhe der Kostenerstattung

Der Leistungsumfang richtet sich nach dem SGB V (§ 23 SGB V) und nicht nach den Bestimmungen im jeweiligen Krankenversicherungssystem des ausländischen Staates.

Danach besteht der Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte.

Bei der Ermittlung der deutschen Vertragsätze für Kostenerstattungsfälle bei ambulanten Vorsorgeleistungen am Kurort ist Folgendes zu beachten:

(kur-)ärztliche Leistungen	Pauschale gemäß Kurarztvertrag, ggf. nach BM Ä/E-GO
Heilmittel nach den Heilmittel-Richtlinien	landes-/bundesweite Vergütungsliste mit Leistungserbringerverbänden
Ortsgebundene Heilmittel	Orientierung an den mit deutschen Kurorten vereinbarten Vergütungen vergleichbarer Leistungen
Gesundheitsförderungsmaßnahmen	Orientierung an den mit deutschen Kurorten vereinbarten Vergütungen vergleichbarer Leistungen
Sonstige Kosten	Zuschuss/Pauschale gemäß Satzung (§ 23 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB V)

Ist der eingereichte Rechnungsbetrag höher als die deutschen Vertragsätze, sind die Zuzahlungen auf der Grundlage der Inlandssätze zu ermitteln.

Ist der eingereichte Rechnungsbetrag niedriger als die deutschen Vertragsätze, sind die Zuzahlungen vom Rechnungsbetrag ausgehend zu ermitteln.

6. Antragstellung über den Versicherten

Leistungen in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung, nach dem Recht der Arbeitsförderung sowie in der sozialen Pflegeversicherung werden auf Antrag erbracht, soweit sich aus den Vorschriften für die einzelnen Versicherungszweige nichts Abweichendes ergibt (§ 19 SGB IV).

6.1. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Bei Anträgen auf Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen sind die Krankenkassen nach § 275 SGB V verpflichtet, zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit dieser Leistungen in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung den MDK mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu beauftragen. Ausnahmen von dieser Begutachtungspflicht haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 275 Abs. 2 Nr. 1 SGB V festgelegt.

Beurteilungsgrundlage für die gutachterliche Stellungnahme sind der Antrag des Versicherten und die ärztliche Verordnung (Muster 25).