

Lernbrief

Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten

4.7 Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:
AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autorin: Yvonne Ehrmann, AOK Baden-Württemberg

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartner: Thomas Streißelberger, Tel.: 030 34646-3603

Druck und Vertrieb durch
Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	3
2 Lernziele	3
3 Ziele der Vorsorgemaßnahmen	4
4 Ambulante Vorsorgeleistungen am Wohn- oder Aufenthaltsort	5
5 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	6
5.1 Voraussetzungen	8
5.1.1 Medizinische Voraussetzungen	8
5.1.2 Leistungsintervalle	9
5.1.3 Anerkannter Kurort	9
5.2 Leistungsumfang	11
5.2.1 Leistungsinhalt	11
5.2.2 Dauer	12
5.2.3 Verfahren	13
5.2.4 Unterschiedliche Kurformen	14
6 Stationäre Vorsorgeleistungen	15
6.1 Voraussetzungen	15
6.1.1 Medizinische Voraussetzungen	15
6.1.2 Gemeinsamkeiten mit der ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten	15
6.1.3 Leistungsintervalle	16
6.1.4 Auswahl der Vorsorgeeinrichtung	16
6.2 Leistungsumfang	17
6.2.1 Leistungsinhalt	18
6.2.2 Dauer	18
6.2.3 Zuzahlung	18
6.3 Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Haushaltshilfe und Fahrkosten	18

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten



7 Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter	19
7.1 Besonderheiten	24
7.2 Weitere Leistungsansprüche	26
8 Weitere Gestaltungsmöglichkeiten	26
9 Zusammenfassende Selbstkontrolle	27
10 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	29



1 Einleitung

Dieser Lernbrief setzt sich mit ambulanten und stationären Vorsorgemaßnahmen auseinander. Eine wichtige Aufgabe für Sie als AOK-Mitarbeitende ist es, dem Kunden die ambulanten und stationären Vorsorgemaßnahmen kundenorientiert, unbürokratisch sowie marktgerecht anzubieten und dabei die Unternehmensziele der AOK zu berücksichtigen. Deshalb ist es erforderlich, die Leistungen vom Inhalt und von den Voraussetzungen her genau zu kennen und entsprechend dem Kunden zur Verfügung zu stellen.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten. Die Inhalte des Teilprozesses 6.2 sind Gegenstand dieses Lernbriefs.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

- den Kunden über ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen zu beraten
- die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Vorsorgemaßnahmen im Beratungsgespräch vermitteln zu können
- die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Vorsorgemaßnahmen zu kennen und den Versicherten unbürokratisch zur Verfügung zu stellen
- die Genehmigung der ambulanten und stationären Vorsorgemaßnahmen kundenorientiert zu formulieren und den Mehrwert der AOK aktiv zu verkaufen
- die Ablehnung der ambulanten und stationären Vorsorgemaßnahmen zu begründen und evtl. Alternativen anzubieten
- die Unternehmensziele der AOK bei der Leistungsgewährung zu berücksichtigen
- bei der Leistungsgewährung zwischen Kundeninteressen, gesetzlichen Vorgaben und AOK-Interessen abzuwägen



3 Ziele der Vorsorgemaßnahmen

3 leistungsrechtliche Prüfung

Die „AOK – Die Gesundheitskasse.“ stellt nicht nur Maßnahmen zur Behandlung von bereits bestehenden Krankheiten zur Verfügung. Sie bietet auch Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten an. Dazu gehören auch medizinische Vorsorgeleistungen.

§ 23 Abs. 1 SGB V

Zielsetzungen der medizinischen Vorsorgeleistungen 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.

GR v. 09. 12. 1988 zu § 23 SGB V, Ziff. 3 Abs. 1

Zur ersten Zielsetzung der medizinischen Vorsorgeleistungen: Der Allgemeinzustand des Kunden ist so angegriffen, dass der Ausbruch einer Krankheit künftig bei gleichbleibender beruflicher und anderer Belastung nicht mehr ausgeschlossen werden kann. Der Begriff „Gesundheit“ im § 23 Abs. 1 Nr. 1 SGB V bezieht sich dabei sowohl auf die körperliche als auch auf die seelische Gesundheit.

Bei der zweiten Zielsetzung handelt es sich um Vorsorgeleistungen für Kinder, deren körperliche und seelische Gesundheit gefährdet ist. Dazu gehören Kunden bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Zur dritten Zielsetzung: Neben der Verhütung einer Krankheit wird auch die Vermeidung der Verschlimmerung einer Krankheit der Vorsorge und nicht der Rehabilitation zugeordnet.

Vorsorge umfasst also primär- und sekundärpräventive Zielsetzungen.

Die vierte Zielsetzung der medizinischen Vorsorgeleistungen wird vor allem durch Heil- und Hilfsmittel erreicht.

Die medizinischen Vorsorgeleistungen werden in einem dreistufigen Verfahren zur Verfügung gestellt, das Sie im Folgenden näher kennenlernen. Dabei werden Leistungen einer höheren Stufe erst dann erbracht, wenn die der niedrigeren Stufe ausgeschöpft sind oder nicht ausreichen.

Die medizinischen Vorsorgeleistungen werden nach einem dreistufigen System zur Verfügung gestellt.

Stufe 3

stationäre Vorsorgeleistungen in einer zugelassenen Vorsorgeeinrichtung

Stufe 2

ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort

Stufe 1

ambulante Vorsorgeleistungen, insbesondere am Wohn- oder Aufenthaltsort

Merke

Die AOK kann ambulante oder stationäre Vorsorgeleistungen übernehmen, die das Ziel haben,

- 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.

Je nach medizinischer Notwendigkeit werden diese Leistungen ambulant oder stationär nach einem Drei-Stufen-Prinzip erbracht.



4 Ambulante Vorsorgeleistungen am Wohn- oder Aufenthaltsort

3 leistungsrechtliche Prüfung

Zu den ambulanten Vorsorgeleistungen gehören

§ 23 Abs. 1 SGB V

- ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit
- Arznei-, Verband-,
- Heil- und
- Hilfsmitteln.

GR v. 09. 12. 1988 zu § 23 SGB V, Ziff. 4.1 Abs. 3, 4

Sie werden vom Arzt im Rahmen der ärztlichen Behandlung am Wohnort durchgeführt bzw. verordnet. Versicherte nehmen sie nicht bewusst als solche wahr. Sie weisen ihren Anspruch auf diese Vorsorgemaßnahmen einfach und bequem nach, indem sie ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK) in der Arztpraxis bzw. ihre Verordnung beim Vertragspartner vorlegen.

§ 23 Abs. 3 SGB V

Für die medizinischen Vorsorgeleistungen (im dritten Abschnitt des SGB V geregelt) gelten einige Regelungen der Krankenbehandlung (im fünften Abschnitt des SGB V geregelt) entsprechend. Dazu gehören:

- § 31 SGB V – Arzneimittel müssen apothekenpflichtig und verordnungsfähig sein, um von der AOK übernommen werden zu können. Sie dürfen nicht ausgeschlossen sein. Es gelten die Festbetragsregelungen und die Zuzahlungspflicht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Arznei-/Verbandmittel bearbeiten“.
- § 32 SGB V – Heilmittel dürfen nicht von der Versorgung ausgeschlossen sein, Versicherte nach Vollendung des 18. Lebensjahres haben sich an den Kosten der Mittel zu beteiligen. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Heilmittel bearbeiten“.

- § 33 SGB V – Hilfsmittel müssen im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Sie dürfen keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und nicht ausgeschlossen sein. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Hilfsmittel bearbeiten“.

Eine Zuzahlung ist nicht zu leisten, wenn die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V bereits erreicht wurde. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Belastungsgrenze bearbeiten“.

Merke

Im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistungen übernimmt die AOK die Kosten für ärztliche Behandlung sowie für die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Es gelten dabei die allgemeinen Regelungen zur Kostenübernahme und zu den Zuzahlungen durch die Versicherten.

Generelles zur
Kundenberatung1a
schriftliche
Anträge1b
mündliche
Anträge2
versicherungs-
rechtliche Prüfung3
leistungsrecht-
liche Prüfung4a
Leistung
bewilligen4b
Leistung
ablehnen5
Archivierung,
Nacharbeit

5 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten

Lernbeispiel 1

1a
schriftliche
Anträge

Sie erhalten für Mona Stolz den Antrag auf ambulante Vorsorgeleistungen und die „Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V“ (vgl. Anlage 1).

Anlage 1 / Seite 1

AOK Gesundheitshausen		
Name, Vorname des Versicherten Stolz, Mona		
Winzerweg 12		geb. am
99988 Unterbach		17.01.2020
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
8017779	H771223227	3
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum
01/6184222	12/26	20.01.

AOK - Die Gesundheitskasse
Regionaldirektion Gesundheitshausen

Posteingang
AOK – Die Gesundheitskasse
Regionaldirektion Gesundheitshausen
27. 01.

Antrag des Versicherten

Zu Ihrer Sicherheit (Datenschutzhinweis nach dem I., V., X. und XI. Sozialgesetzbuch: Unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen wir die Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung. Deshalb brauchen wir einige Informationen – selbstverständlich behandeln wir diese vertraulich. Bitte beachten Sie, dass fehlende Angaben Ihren Leistungsanspruch gefährden können. Dies gilt jedoch nicht für Ihre Telefonnummer und Ihre Bankverbindung. Diese Informationen sind freiwillig, sie erleichtern uns jedoch die Arbeit bei Rückfragen. Die im Rahmen der Mitwirkungspflicht der Krankenkasse mitgeteilten Angaben werden an den Medizinischen Dienst (MD) weitergeleitet.

Mein Arzt regt eine ambulante Vorsorgeleistung an.

Ich beabsichtige, diese

vom **Mai** bis **Juni**

in **Langeoog/Nordsee**

durchzuführen.

Ich bitte Sie, sich an den Kosten zu beteiligen.

Ich habe in den letzten drei Jahren bereits eine Vorsorgeleistung erhalten.

☐ ja ☒ nein

wenn ja, vom bis

in

Kostenträger

9999 2025

Telefonisch tagsüber erreichbar

20.01. Elisabeth Stolz (Mutter)

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

Zurück an:

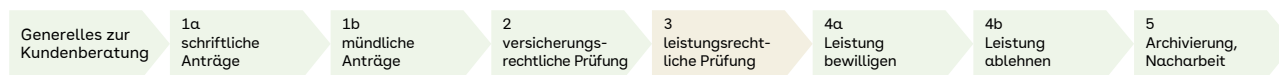
AOK - Die Gesundheitskasse
AOK-KundenCenter Unterbach
Mittelbacher Str. 19
99988 Unterbach

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten



Anlage 1 / Seite 2

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V																			
		<input type="checkbox"/> bei Schwächung der Gesundheit/zur Krankheitsverhütung <input checked="" type="checkbox"/> zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten <input type="checkbox"/> bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern																	
Der/Die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit		1 7 0 2 2 0																	
Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel/Fehlhaltung <input type="checkbox"/> Übergewicht/Fehlernährung <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Sonstige Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen)																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung</th> <th style="width: 15%;">seit wann?</th> <th style="width: 15%;">Ursache</th> <th style="width: 20%;">Verlauf</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. grippale Infekte, rez. spastische Bronchitiden</td> <td style="text-align: center;">seit 10/24</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>2. Allergien</td> <td style="text-align: center;">seit 03/22</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>3. Neurodermitis</td> <td style="text-align: center;">seit 03/22</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> </tbody> </table>				Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann?	Ursache	Verlauf	1. grippale Infekte, rez. spastische Bronchitiden	seit 10/24		1	2. Allergien	seit 03/22		1	3. Neurodermitis	seit 03/22		1
Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann?	Ursache	Verlauf																
1. grippale Infekte, rez. spastische Bronchitiden	seit 10/24		1																
2. Allergien	seit 03/22		1																
3. Neurodermitis	seit 03/22		1																
Ursache: 1 = Unfallfolgen; 2 = Berufskrankheit; 3 = Gesundheitsschäden nach dem BVG Verlauf: 1 = chronisch rezidivierend; 2 = chronisch progredient; 3 = konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezidivierenden somatischen Erkrankungen																			
Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:		Datum der letzten Untersuchung vor 2 Tagen																	
häufige Fehlzeiten im Kindergarten wegen rez. spast. Bronchitis; Neurodermitisschübe																			
Aktuelle Befunde (z. B. Röntgen, EKG, Labor)/Untersuchungsberichte (z. B. Facharzt, Krankenhausentlassungsbericht) <input checked="" type="checkbox"/> können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden <input type="checkbox"/> liegen nicht vor																			
Angestrebtes Vorsorgeziel (z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Beweglichkeit, Abbau von Risikofaktoren, Verhaltensänderung): Verbesserung der Konstitution, Verminderung der Allergieschübe, Verbesserung der Neurodermitis																			
Welche Behandlungen, Maßnahmen/Hilfen wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt? <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Physik. Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech- oder Sprachtherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Rehasport/Funktionstraining <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Sonstige (z. B. Hilfsmittelversorgung): Hilfsmittel: Inhalationsgerät und Neurodermitisanzug Medikamente zur Inhalation sowie Antibiotika und Cortison																			
Nur ausfüllen, sofern in den letzten 3 Jahren eine medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt wurde! Die Vorsorgeleistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 3 Jahren medizinisch dringend erforderlich (z. B. Verschlimmerung durch akuten Schub, andere Krankheiten), weil																			
Sind besondere Anforderungen an den Kurort zu stellen (z. B. Klima, Allergiefaktoren)? <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, welche Hyperaller. Klima																			
Empfohlener Kurort: Langoog/Nordsee		Dauer 3 Wochen																	
Durchführung der Vorsorgeleistungen in kompakter Form (Kompaktkur)		<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein																	
Ggf. weitere Bemerkungen:		Dr. med. A.-D. Gallenstein Rosenstraße 15 99999 Unterfelden Dr. A.-D. Gallenstein <small>Unterschrift und Stempel des Vertragsarztes</small>																	
<small>- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01623 EBM berechnungsfähig -</small> Unterfelden, 20. 01. Ort, Datum																			
<small>Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Vorsorgeleistung entscheiden zu können. Nach §§ 100 SGB X und 73 Abs. 2 Ziffer 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.</small>																			



5.1 Voraussetzungen

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 23 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Reichen die Leistungen am Wohnort nicht aus oder können sie aufgrund besonderer beruflicher oder familiärer Umstände nicht durchgeführt werden, erbringt die AOK die medizinisch notwendigen Leistungen in Form von ambulanten Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort.

Im Folgenden werden wir näher auf die Voraussetzungen für eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten eingehen.

5.1.1 Medizinische Voraussetzungen

Die medizinischen Voraussetzungen (Zielsetzungen) des § 23 Abs. 1 SGB V (vgl. Punkt 3 dieses Lernbriefs) gelten ebenso für die ambulanten Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 23
SGB V,
Ziff. 4.2
Abs. 2

Um beurteilen zu können, ob ambulante Vorsorgeleistungen ausreichend sind bzw. eine ambulante Vorsorgemaßnahme notwendig ist, muss man die Wirkungsweise der ambulanten Vorsorgemaßnahmen kennen: Hierbei werden insbesondere ortsgebundene Heilmittel eingesetzt (z.B. Heilwässer zum Trinken und Baden, geologische und klimatische Besonderheiten wie Seeklima, besonders reine oder trockene Luft, Höhenlage).

Insofern entfaltet die ambulante Vorsorgemaßnahme ihre Wirkung erst durch das Miteinander verschiedener Maßnahmen und Bedingungen, so z.B. auch Ernährungsberatung, gruppen- oder einzeltherapeutische Maßnahmen (Stressabbau, bewusste Lebensführung, ausreichende Bewegung), Hilfen zur Entwöhnung von Genussmitteln, die die AOK ebenfalls im Rahmen einer ambulanten Vorsorgemaßnahme übernimmt.

Ob die medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort vorliegen, lässt die AOK in Stichproben durch den Medizinischen Dienst (MD) feststellen.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation – Stand: 11. 11. 2023. Die Richtlinie definiert die Voraussetzungen, Inhalte und Ziele der ambulanten und stationären medizinischen Vorsorge und Rehabilitation.

Danach sind Vorsorgeleistungen indiziert, wenn im Einzelfall

- Vorsorgebedürftigkeit,
- Vorsorgefähigkeit,
- realistische Vorsorgeziele und
- eine positive Vorsorgeprognose festgestellt wird.

Näheres hierzu können Sie der bereits genannten Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation entnehmen.

Die Begutachtung durch den MD gilt sowohl für die Bewilligung als auch für die Verlängerung der Leistung.

Bei Vorsorgemaßnahmen für Kinder und Jugendliche kann bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres auf die Begutachtung verzichtet werden, wenn aus der medizinischen Begründung eindeutig deren Notwendigkeit hervorgeht.

Ist eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort notwendig, führt die versicherte Person mit dem behandelnden Arzt oder Ärztin ein Gespräch über die Notwendigkeit und die Ziele einer solchen Kur. Als Folge kann eine entsprechende Bescheini-

§ 275 Abs. 2
Nr. 1 SGB V,
§§ 1, 2
RL MDK-
Stichproben-
prüfung



gung ausgestellt werden, mit der sich die versicherte Person an die AOK wendet. Dort erfolgt die Beratung über die Voraussetzungen und die verschiedenen Kurformen. Die notwendigen Daten werden in einen Kurantrag aufgenommen.

5.1.2 Leistungsintervalle

§ 23 Abs. 5
Satz 4 SGB V

Ambulante Vorsorgekuren können frühestens erneut nach drei Jahren zulasten der AOK durchgeführt werden. Hier ist eine Ausnahme möglich, wenn die Vorsorgekur aus gesundheitlichen Gründen dringend notwendig ist.

In einem solchen Fall sollte der behandelnde Arzt jedoch bereits bei der Bescheinigung der Kurnotwendigkeit eine ausdrückliche Stellungnahme und Begründung abgeben.

Auf das Leistungsintervall von drei Jahren sind alle gleichen oder ähnlichen Leistungen anzurechnen, deren Kosten nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften getragen bzw. bezuschusst wurden.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 23
SGB V,
Ziff. 11
Abs. 3 – 5

Dabei werden jedoch nur solche Kuren angerechnet, die den medizinischen Vorsorgeleistungen zuzurechnen sind.

Anzurechnen sind:

- ambulante Vorsorgemaßnahmen im anerkannten Kurort
- stationäre Vorsorgemaßnahmen in einer Vorsorgeeinrichtung
- Vorsorgemaßnahmen für Mütter und Väter
- Gesundheitsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger nach § 14 SGB VI
- Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe des Versorgungs- oder Sozialamts

- Vorsorgemaßnahmen im Rahmen der Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) durch das Versorgungsamt

Ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen nach § 40 Abs. 1, 2 SGB V sind nicht zu berücksichtigen. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation bearbeiten“.

In der Praxis erfahren Sie von einigen dieser Leistungen erst durch die entsprechende Information durch die Versicherten, wenn diese den Kurantrag vollständig ausfüllen. Hierzu sind sie allerdings auch rechtlich verpflichtet.

5.1.3 Anerkannter Kurort

Ambulante Vorsorgemaßnahmen können ausschließlich in staatlich anerkannten Heilbädern und Kurorten durchgeführt werden, in denen eine sinnvolle Durchführung der Kurmaßnahme unter (kur- bzw. bade-) ärztlicher Betreuung und unter Verwendung ortsgebundener Heilmittel sichergestellt ist. Ob ein Ort eine solche Anerkennung hat, können Sie an seinem Namen feststellen: Er führt größtenteils ein „Bad“ voran (z.B. Bad Waldliesborn, Bad Wilsnack). Ein Verzeichnis aller staatlich anerkannten Heilbäder und Kurorte finden Sie im sogenannten „Bäderkalender“. Er ist im Internet unter „www.baederkalender.de“ zu finden.

Hat der Arzt oder die Ärztin keinen bestimmten Kurort empfohlen, unterstützen die AOK-Mitarbeitenden die Versicherten bei der Auswahl eines geeigneten Ortes. Dabei ist besonders zu beachten, dass nicht bestimmte Orte bevorzugt bzw. vernachlässigt werden, ohne dass es dafür sachliche Gründe gibt.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 23 SGB V,
Ziff. 6 Abs.1



Im Rahmen der Beratung können individuelle Bedürfnisse festgestellt und ggf. entsprechende Angebote unterbreitet werden.

§ 13 Abs. 4
SGB V,
GMG-Empf
Ziff. 4.2.8,
VRA-Empf

Eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten kann auch in einem EU-/ EWR-Staat oder der Schweiz durchgeführt werden. Voraussetzung ist, dass die

- Maßnahme vorher beantragt und von der AOK genehmigt wurde und
- der in Anspruch genommene Leistungserbringer im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist.

Die Kunden nehmen z.B. in Abano Terme (Italien) oder Bad Hévíz (Ungarn) die

- kurärztliche Behandlung,
- Heilmittelanwendungen (oder auch weitere Gesundheitsförderungsmaßnahmen)

in Anspruch und zahlen die Behandlungen selbst. Sie reichen anschließend die Rechnungen bei der AOK ein und erhalten die tatsächlichen Kosten

- max. bis zur Höhe der deutschen Vertragssätze,
- abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen (z.B. für Heilmittel 10 % der Kosten und 10 € je Verordnung) und
- abzüglich eines Abschlags für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 %

erstattet. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK nach der praktischen Umsetzung.

Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Auslandserstattung bearbeiten“.

Merke

Voraussetzungen für eine ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten:

- AOK-Versicherung
- medizinische Notwendigkeit besteht, um
 - 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
- Arzt/Ärztin (und MD) stellt medizinische Notwendigkeit fest
- ambulante Maßnahmen am Wohnort sind ausgeschöpft bzw. reichen nicht aus
- erneute Inanspruchnahme frühestens nach drei Jahren
- Inanspruchnahme an einem anerkannten Kurort



Zum Lernbeispiel 1 von Seite 6

Prüfen Sie, ob Mona Stolz die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt hat.

- Mona Stolz ist AOK versichert.
- Die medizinische Notwendigkeit besteht, um eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Mona Stolz entgegenzuwirken.
- Der Arzt und der MD haben die medizinische Notwendigkeit festgestellt.
- Laut ärztlichem Attest sind die Leistungen am Wohnort ausgeschöpft.
- Mona Stolz war noch nie zur Kur.
- Die ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten soll auf Langeoog/Nordsee durchgeführt werden.

4a
Leistung
bewilligen

Mona Stolz hat Anspruch auf die ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten auf Langeoog/Nordsee.

5.2 Leistungsumfang

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 23 Abs. 2
Satz 1, 2
i.V.m. Abs. 1
SGB V

Im Folgenden werden wir auf den Inhalt und die Dauer der ambulanten Vorsorgeleistungen eingehen.

5.2.1 Leistungsinhalt

Beim Leistungsinhalt ist zwischen zwei Bereichen zu unterscheiden. Einerseits verweist § 23 Abs. 2 Satz 1 SGB V auf die

- ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit
- Arznei-, Verband-,
- Heil- und
- Hilfsmitteln.

Hierfür gelten dieselben Aussagen wie unter Pkt. 4 dieses Lernbriefs zu den ambulanten Vorsorgeleistungen am Wohn- oder Aufenthaltsort. Diese Leistungen sind Regelleistungen, sie sind also gesetzlich geregelt.

Andererseits kann die Satzung zusätzlich vorsehen, dass die AOK zu den übrigen Kurkosten einen Zuschuss in Höhe von bis zu 16 € täglich zahlt. Hierbei handelt es sich um Mehrleistungen, also solche, die erst durch eine Satzungsregelung möglich sind.

Auszug aus der AOK-Mustersatzung

§ 9

Bei einer aus medizinischen Gründen erforderlichen ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten (§ 23 Abs. 2 SGB V) zahlt die AOK zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten einen Zuschuss von 16 € täglich. Für chronisch kranke Kinder beträgt der Zuschuss 25 € täglich.

Dieses Muster für eine AOK-Satzung entspricht auch den Aussagen des Gemeinsamen Rundschreibens. Beide definieren gleich, für welche „übrigen Kosten der Kur“ der Zuschuss eingesetzt werden soll.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 23
SGB V,
Ziff. 4.2 Abs. 3



Gleichzeitig wird auch klargestellt, dass z.B. zusätzliche Fahrkosten (für die An- und Abreise zum und vom Kurort) nicht erstattet werden können.

§ 23 Abs. 2 Satz 3 SGB V Für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss auf bis zu 25 € erhöht werden. Durch diese Regelung sollen unnötige stationäre Maßnahmen und damit Kosten vermieden werden.

BE v. 22. 02. 2000 Der GKV-Spitzenverband Bund hat den Begriff „Kleinkinder“ wie folgt definiert. Danach sind dies Kinder, die das erste Lebensjahr vollendet und das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Kleinkinder sind als chronisch krank anzusehen, wenn sie sich in ärztlicher Dauerbehandlung befinden. Eine Dauerbehandlung liegt vor, wenn mindestens ein Jahr lang ärztliche Behandlung, andere medizinische Behandlungen oder ärztliche Überwachung einer Krankheit oder Therapie durchgeführt wurden und auch zukünftig notwendig sind, die regelmäßige – wenigstens einmal im Quartal stattfindende – Kontakte zwischen Patient/-in und Arzt/Ärztin erfordern, um eine ausreichende „Beherrschung“ der vorliegenden Erkrankung (Beschwerdearmut) zu sichern. Die Dauerbehandlung beginnt mit der ersten ärztlichen Behandlung der Krankheit. Zu den chronischen Krankheitsbildern bei Kleinkindern zählen insbesondere Asthma bronchiale, Allergien, Mukoviszidose und Neurodermitis.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK nach der Satzungsregelung. Manche AOKs und auch andere Krankenkassen haben einen niedrigeren Zuschuss geregelt.

5.2.2 Dauer

Hinsichtlich der Dauer einer ambulanten Kurmaßnahme gibt es keine gesetzlich festgelegten Werte. Allerdings ist hier der medizinische Aspekt ausschlaggebend. Vorsorgemaßnahmen mit einer Dauer von weniger als drei Wochen (Begrenzung bei stationären Kuren) sind nur dann sinnvoll, wenn der Erholungs- und der vorbeugende Effekt eintreten können, die gesetzlich geforderte Zielsetzung also erreicht wird.

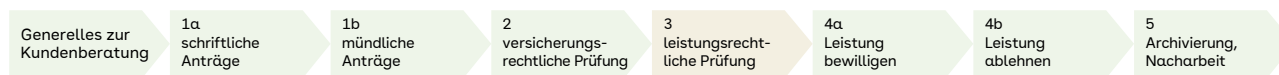
Merke

Die AOK übernimmt im Rahmen einer ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort die Kosten der (kur-) ärztlichen Behandlung sowie der Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Darüber hinaus kann die Satzung die Zahlung eines weiteren Zuschusses zu den übrigen Kosten der Kur regeln. Die Dauer der ambulanten Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 6

Mona Stolz hat im Rahmen der ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten Anspruch auf die kurärztliche Behandlung sowie auf die verordneten Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie auf einen Zuschuss zu den übrigen Kosten der Kur in Höhe von 16 € (bei chronischer Erkrankung 25 €). Die Kur kann für drei Wochen genehmigt werden.

4a
Leistung
bewilligen



5.2.3 Verfahren

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Ist die ambulante Vorsorgeleistung notwendig, erhält die Kundschaft von Ihnen eine Kostenzusage und das sogenannte „Kurscheckheft“. Das „Kurscheckheft“ enthält mehrere Teile:

- Eine Kostenzusage mit Informationen über den Umfang der Leistungen, die die AOK übernimmt bzw. bezuschusst.
- den Kurarztschein (vgl. Abb. auf Seite 14); dieser wird etwa eine Woche vor Beginn der Kur vom behandelnden Hausarzt mit Angaben über die bisherige Behandlung bzw. Therapie ausgefüllt; der Kurarztschein wird am Kurort dem Kurarzt ausgehändigt, er lässt die entsprechenden Informationen in die Planung des Kurkonzepts einfließen und rechnet anschließend die Behandlung mit der AOK ab
- ein bis zwei Kurmittelschecks; mit diesen kann sich die Kundschaft an die Behandler wenden, die die Heilmittel anbieten
- Häufig auch einen Abrechnungsbogen, auf dem die Kundschaft die Dauer der Kurmaßnahme bestätigt, seine Bankverbindung angibt und so den Zuschuss zu den übrigen Kurkosten mit der AOK abrechnen kann.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 6

Stellen Sie den Verfahrensablauf der ambulanten Vorsorgeleistung für Mona Stolz dar.

- Genehmigung der ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten
- Zusätzlich wird das Kurscheckheft ausgestellt.
- Familie Stolz bucht einen Aufenthalt für drei Wochen auf Langeoog (Nordseeinsel, anerkannter Kurort).
- Familie Stolz organisiert Anreise und Aufenthalt auf Langeoog selbst.
- Auf Langeoog sucht Mona Stolz zusammen mit ihrer Mutter einen Kurarzt auf und gibt diesem die ärztlichen Unterlagen vom Kinderarzt (Hausarzt) sowie den Kurarztschein.
- Der Kurarzt plant die Behandlungen während des Aufenthalts und verordnet die entsprechenden Anwendungen, z.B. Heilmittel.
- Der Kurarzt sowie die weiteren Behandler rechnen direkt mit der AOK ab.
- Eine Zuzahlung hat Mona Stolz (fünf Jahre) nicht zu leisten.
- Familie Stolz beantragt nach Ende der Kur für Mona den kalendertäglichen Zuschuss von 16 € zu den übrigen Kosten der Kur. Falls Mona Stolz chronisch krank ist, können auch 25 € kalendertäglich erstattet werden.

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten



Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Gesundheitshaus		- Kurarztschein - Behandlungsnachweis für kurärztliche Behandlung	
Name, Vorname der Versicherten: Stolz, Mona Winzerweg 12 99988 Unterbach		Original <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mitgegebene Unterlagen: EKG <input type="checkbox"/> Ro <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Auswertung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
geb. am: 17.01.2020 Kassen-Nr. 8017779 Versicherten-Nr. H771223 227 Status 3 Kassenarzt-Nr. 01/6184222 VK gültig bis 12/26 Datum 27.01.		Relevante Diagnosen / Schädigungen / Funktionsstörungen / Befunde / Risikofaktoren / Regulations- / Befindlichkeitsstörungen	
Von der Krankenkasse auszufüllen <input type="checkbox"/> Ambulante Vorsorgeleistungen zur Krankheitsverhütung <input type="checkbox"/> Ambulante Vorsorgeleistungen bei bestehenden Krankheiten <input checked="" type="checkbox"/> Ambulante Vorsorgeleistungen für Kinder <input type="checkbox"/> Durchführung als Kompaktkur Kurort: Langeoog/Nordsee Dauer in Wochen: 3 ! Zur Beachtung für den Versicherten ! Bitte Kurarztschein ca. 1 Woche vor Kurbeginn vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen		Dauermedikation: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja – welche: *Dauermedikamente sind ausreichend zu verordnen! +	
Bitte unbedingt Krankenversichertenkarte für den Kurarzt mitnehmen AOK – Die Gesundheitskasse Regionaldirektion Gesundheitshaus Mittelbacher Str. 19 99988 Unterbach 27.01. Datum		In Behandlung seit: Der Patient ist vorsorgefähig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hinweise/Risiken/Einschränkungen: Verhaltenspräventive Maßnahmen empfohlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes	

5.2.4 Unterschiedliche Kurformen

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Eine ambulante Vorsorgemaßnahme in anerkannten Kurorten kann in verschiedenen Formen durchgeführt werden.

So gibt es beispielsweise die **Badekur**. Hierbei handelt es sich um eine Kur, die in erster Linie durch physikalische Anwendungen bzw. medizinische Bäder geprägt ist.

Eine **Kompaktkur** ist eine Sonderform der Badekur. Sie ist eine besonders zielgerichtete, komplexe medizinische Leistung. Ihre wesentlichen Merkmale sind:

- krankheitsspezifische Ausrichtung
- strukturierte Therapiekonzepte aus verschiedenen aufeinander abgestimmten medizinischen Gesichtspunkten
- hohe Therapiedichte
- Behandlung in Gruppen mit maximal 15 Teilnehmenden unter Gruppenleitung
- Qualitätszirkel der verschiedenen Behandler am Kurort
- Kompaktkuren werden z.B. bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, muskuloskelettale Erkrankungen, obstruktiven Atemwegs- oder Hauterkrankungen durchgeführt.



6 Stationäre Vorsorgeleistungen

Bei diesen besonderen Anforderungen muss der jeweilige Kurort eine spezielle Anerkennung für die Durchführung von Kompaktkuren haben. Diese Kurmaßnahme kann nur von mehreren Berufsgruppen im Team nach einem besonderen Therapiekonzept erbracht werden.

Bei **Kinderkuren** werden nicht nur die Therapien, sondern auch die gesamten Rahmenbedingungen besonders auf die Bedürfnisse der kleinen Patienten abgestimmt. Sie lernen z.B. auf spielerischem Weg, sich mit ihren Gesundheitsstörungen und deren Behandlung auseinanderzusetzen. Häufig werden spezielle Kindergruppen gebildet, die aus Kindern mit denselben Krankheitsbild bestehen. Sofern notwendig, werden die Kurmaßnahmen z.B. durch schulähnliche Veranstaltungen ergänzt.

Lernbeispiel 2

Wilhelm Siedler (70 Jahre alt) ist als Altersrentner bei der AOK versichert. Aufgrund akut eintretender Rückenbeschwerden beantragt Wilhelm Siedler bei Ihnen eine Kur in der Kurklinik Dr. Vötisch in Bad Mergentheim. Im Beratungsgespräch erfahren Sie, dass bisher noch keine ambulanten Maßnahmen am Wohnort in Anspruch genommen wurden.

1b
mündliche
Anträge

6.1 Voraussetzungen

Die Krankenkasse erbringt stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Versorgungseinrichtung.

Im Folgenden werden wir näher auf die Voraussetzungen für eine stationäre Vorsorgeleistung eingehen.

3
leistungsrechtliche
Prüfung

§ 23 Abs. 4
Satz 1
1. Halbsatz
SGB V

6.1.1 Medizinische Voraussetzungen

Reichen weder ambulante Vorsorgeleistungen am Wohn- oder Aufenthaltsort noch eine ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort aus, gibt es als weitere Steigerungsmöglichkeit die stationäre Vorsorgeleistung. Bei ihr erhalten kurbedürftige Versicherte neben Unterkunft und Verpflegung eine intensive Behandlung ihrer Gesundheitsstörungen.

6.1.2 Gemeinsamkeiten mit der ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten

Der MD entscheidet in Stichproben bei jedem viertem Antrag vor Durchführung der Maßnahme über ihre medizinische Notwendigkeit (Richtlinie MD-Stichprobenprüfung).

§ 275 Abs. 2
Nr. 1 SGB V



§ 23 Abs. 5 Satz 1 SGB V Die AOK bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen für die jeweiligen Versicherten

- Art,
- Dauer,
- Umfang,
- Beginn,
- Durchführung der stationären Vorsorgeleistung sowie
- die Vorsorgeeinrichtung (Vertragspartner i. S. d. § 111 SGB V) nach pflichtgemäßen Ermessen.

§ 33 SGB I Selbstverständlich berücksichtigt die AOK dabei auch angemessene Wünsche ihrer Versicherten.

Die Einleitung einer stationären Vorsorgemaßnahme beginnt wiederum mit einem Gespräch zwischen dem behandelnden Arzt oder Ärztin und den Patienten und einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung. Dabei kann bereits der Arzt oder Ärztin eine bestimmte Einrichtung empfehlen oder die Versicherten einen Wunsch äußern. Außerdem kann der MD bei der anschließenden Beurteilung einen Vorschlag machen.

6.1.3 Leistungsintervalle

§ 23 Abs. 5 Satz 4 SGB V Eine Wiederholung ist grundsätzlich erst nach vier Jahren möglich. Auch hier ist eine Ausnahme möglich, wenn die Vorsorgemaßnahme aus medizinischen Gründen dringend notwendig ist. Auf dieses Intervall sind dieselben Leistungen anzurechnen wie bei der ambulanten Vorsorgemaßnahme (vgl. Punkt 5.1.2 dieses Lernbriefs).

6.1.4 Auswahl der Vorsorgeeinrichtung

Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die AOK ist, dass die Leistung in einer Vorsorgeeinrichtung durchgeführt wird, mit der ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht.

Welche Forderungen an eine Kurklinik gestellt werden, damit sie einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden abschließen kann, beschreibt § 107 Abs. 2 SGB V.

Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK über die Möglichkeit festzustellen, ob eine Kurklinik einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Sie können dann den behandelnden Arzt oder Ärztin bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung unterstützen oder eine Einrichtung gemeinsam mit dem Kunden aussuchen.

Übrigens muss eine vertragliche Vorsorgeeinrichtung nicht unbedingt in einem anerkannten Heilbad oder Kurort stehen. Vielmehr können Sie in der Regel davon ausgehen, dass alle medizinischen und sonstigen erforderlichen Leistungen innerhalb der Einrichtung erbracht werden können.

Kann die stationäre Vorsorgekur bewilligt werden, setzt sich die AOK mit der jeweiligen Einrichtung in Verbindung, reserviert einen Behandlungsplatz und vermittelt den Versicherten an die Einrichtung. Da ein Versorgungsvertrag mit der Einrichtung besteht, kann diese die Kosten direkt mit der AOK abrechnen. Versicherte brauchen keine Beträge auszulegen oder sich um die Organisation ihrer Vorsorgemaßnahme zu kümmern.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 23
SGB V, Ziff. 6
Abs. 2



Merke

Voraussetzungen für eine stationäre Vorsorgeleistung sind:

- AOK-Versicherung
- medizinische Notwendigkeit besteht, um
 - 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
- Vom Arzt (und MD) ist eine medizinische Notwendigkeit festgestellt.
- Ambulante Maßnahmen am Wohnort und ambulante Vorsorgeleistungen an anerkannten Kurorten sind ausgeschöpft bzw. reichen nicht aus.
- erneute Inanspruchnahme frühestens nach vier Jahren
- zugelassene Vorsorgeeinrichtung

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 15

Prüfen Sie die Anspruchsvoraussetzungen auf eine stationäre Vorsorgeleistung.

- Wilhelm Siedler ist AOK versichert.
- Die medizinische Notwendigkeit kann nicht beurteilt werden, da lediglich Aussagen zum Gesundheitszustand von Wilhelm Siedler vorliegen jedoch keine ärztlichen Informationen.
- Die ambulanten Maßnahmen am Wohnort sind nicht ausgeschöpft.

Wilhelm Siedler hat keinen Anspruch auf eine stationäre Vorsorgeleistung, da die ambulanten Maßnahmen am Wohnort nicht ausgeschöpft sind.

Zeigen Sie Wilhelm Siedler Alternativen auf.

- Ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt führen, mit dem Ziel, ambulante Behandlungen am Wohnort (z.B. Physiotherapie, Facharztbehandlung) in Anspruch zu nehmen.
- Präventionsangebote der AOK empfehlen.

6.2 Leistungsumfang

Im Folgenden werden wir auf Inhalt, Dauer und Zuzahlung bei stationärer Vorsorgeleistung eingehen.



6.2.1 Leistungsinhalt

§ 23 Abs. 4 Satz 1 1. Halbsatz SGB V Die stationäre Vorsorgeleistung umfasst neben der Behandlung auch Unterkunft und Verpflegung.

6.2.2 Dauer

§ 23 Abs. 5 Satz 2 SGB V Die Dauer von stationären Vorsorgeleistungen ist auf längstens drei Wochen begrenzt. Eine Ausnahme davon ist möglich, wenn die Verlängerung der Kur aus medizinischen Gründen dringend notwendig ist. Die Vorsorgeeinrichtung stellt dann einen entsprechenden Verlängerungsantrag bei der AOK.

§ 23 Abs. 7 SGB V Außerdem gibt es eine Besonderheit bei stationären Vorsorgeleistungen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Kurdauer beträgt in der Regel vier bis sechs Wochen. Diese verlängerte Kurdauer ergibt sich aus den medizinischen und entwicklungsspezifischen Besonderheiten kurbedürftiger Kinder und Jugendlicher.

6.2.3 Zuzahlung

§ 23 Abs. 6 SGB V Haben Versicherte, die eine stationäre Vorsorgeleistung erhalten, das 18. Lebensjahr vollendet, beteiligen sie sich an den Kosten dieser Leistung. Die Zuzahlung wird je Kalendertag der Maßnahme von der Vorsorgeeinrichtung erhoben und an die AOK weitergeleitet. In der Praxis reduziert die Vorsorgeeinrichtung ihren Rechnungsbetrag um die entsprechende Zuzahlung des Kunden.

§ 61 Satz 2 SGB V Die Höhe der Zuzahlung beträgt kalendertäglich 10 €. Eine Zuzahlung ist nicht zu leisten, wenn die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V bereits erreicht wurde. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Belastungsgrenze bearbeiten“.

Merke

Die stationäre Vorsorgeleistung umfasst die Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in anerkannten Vorsorgeeinrichtungen grundsätzlich für die Dauer von drei Wochen. Die AOK-Versicherten haben ab Vollendung des 18. Lebensjahres eine Zuzahlung in Höhe von 10 € je Kalendertag zu leisten.

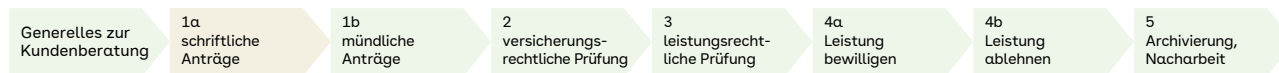
6.3 Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Haushaltshilfe und Fahrkosten

Durch stationäre Vorsorgeleistungen können weitere Ansprüche entstehen. Dazu zählen Entgeltfortzahlung und Krankengeld sowie Haushaltshilfe und Fahrkosten.

Auf die näheren Voraussetzungen gehen wir an dieser Stelle nicht ein, da dies bereits in den Lernbriefen zu den Themen „Anträge auf Krankengeld bearbeiten“, „Anträge auf Haushaltshilfe bearbeiten“ und „Anträge auf Fahrkostenzuschüsse bearbeiten“ geschehen ist.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§§ 3, 9 EntgFG, § 44 Abs. 1, §§ 38, 60 SGB V



7 Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

Lernbeispiel 3

1a
schriftliche
Anträge

Ihre Kundin Ines Herold hat für sich und ihre Tochter Jasmin eine Kur beantragt. Sie erhalten heute die Unterlagen vom MD zurück (vgl. Anlage 2).

Anlage 2 / Seite 1

AOK Gesundheitshausen Name, Vorname des Versicherten Herold, Ines Ringstr. 13 geb. am 99988 Unterbach 03.02.1995			AOK - Die Gesundheitskasse Regionaldirektion Gesundheitshausen
Kassen-Nr. 8017779	Versicherten-Nr. L771894561	Status 3	
Vertragsarzt-Nr. 6184925/01	VK gültig bis 12/26	Datum 24.02.	

**Antrag auf eine stationäre Vorsorgemaßnahme
für eine Mutter oder einen Vater oder
eine Mutter oder einen Vater mit Begleitkind/Begleitkindern**

Datenschutzhinweis: Diese Daten erheben wir für die Durchführung unsere gesetzlichen Aufgaben gem. § 284 SGB V, sowie § 94 Abs. 1 Nrn. 3 und 4 SGB XI. Zur Mitwirkung sind Sie auf Grund von § 60 Abs.1 Nr. 1 SGB I in Verbindung mit §§ 40, 41 (ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahme) SGB V verpflichtet. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies gemäß § 66 SGB I zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die im Rahmen der Mitwirkungspflicht der Krankenkassen mitgeteilten Angaben werden an den MD weitergeleitet (§ 275 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 276 Abs. 1 SGB V).

Angaben zur Person

Name, Vorname Herold, Ines

Geburtsdatum 03.02.1995 KV-Nummer L771894561

Straße, Hausnummer Ringstr. 13

PLZ, Wohnort 99988 Unterbach

1. Wurden Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet?

☒ nein ☐ ja, ☐ Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg ☐ Deutsche Rentenversicherung Bund ☐ andere

wenn ja, vom _____ bis _____

RV-Nr.: _____

Schwerbehinderung? ☒ nein ☐ ja, Grad der Behinderung _____

2. Wurde innerhalb der letzten vier Jahre eine ambulante oder stationäre Vorsorgemaßnahme durchgeführt?

☒ nein ☐ ja, vom _____ bis _____

Ort/Einrichtung _____

Kostenträger _____

3. Ich beantrage mein Kind/meine Kinder als Begleitkind/Begleitkinder in die stationäre Vorsorgemaßnahme mitzunehmen:

Name Herold, Jasmin ☐ gesundes Begleitkind ☒ behandlungsbedürftiges Begleitkind

Name _____ ☐ gesundes Begleitkind ☐ behandlungsbedürftiges Begleitkind

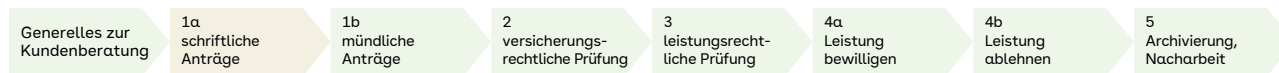
09999 929777

Telefonisch tagsüber erreichbar

24.02. Ines Herold

Datum, Unterschrift der/des Versicherten

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten



Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Gesundheitshaus		
Name, Vorname des Versicherten Herold, Ines Ringstr. 13 99988 Unterbach		
geb. am 03.02.1995		
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. L771894561	Status 3
Betriebsstätten-Nr. 619530400	Arzt-Nr. 6184925/01	Datum 24.02.

Anlage 2, Seite 2
64 Teil A

**Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V**

*Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben.*

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

Chronisches Erschöpfungssyndrom durch Zeitmangel, Doppelbelastung Familie + Beruf

häufige Bronchitis und Rückenschmerzen

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

<u>Ausgebranntsein [Burn-out], Stress</u>	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM <u>Z73</u>
<u>häufige Bronchitis</u>	<u>J40</u>
<u>Rückenschmerzen, nicht näher bez.: mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule</u>	<u>M54.90</u>

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

Ehemann hatte im November 2023 einen schweren Verkehrsunfall – die Sorge um den Gesundheitszustand des Ehemannes über längere Zeit, die alleinige Verantwortung über Entscheidungen und Erziehungsfragen sowie finanzielle Sorgen belasten die Patientin schwer.

B. Vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/ soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

eigene Gesundheit rückt in den Hintergrund

häusliche und berufliche Anforderungen sind schwer unter einen Hut zu bringen

schulische Probleme der Tochter

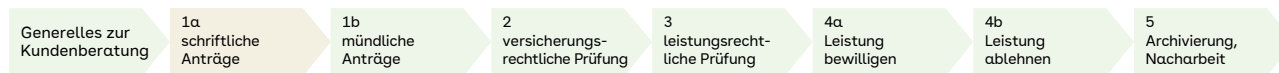
C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

<input checked="" type="checkbox"/> Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	<input checked="" type="checkbox"/> fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	<input type="checkbox"/> Tod des Partners/naher Angehöriger	<input type="checkbox"/> beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
<input checked="" type="checkbox"/> mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	<input type="checkbox"/> Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner	<input type="checkbox"/> Teenager-schwangerschaften	<input checked="" type="checkbox"/> Überforderungssituation am Arbeitsplatz/ in der Schule
<input checked="" type="checkbox"/> Erziehungs-schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Pflege von Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> soziale Isolation	<input type="checkbox"/> sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
<input checked="" type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)		<input checked="" type="checkbox"/> finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/> besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten
<input type="checkbox"/> mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters		<input checked="" type="checkbox"/> ständiger Zeitdruck	<input type="checkbox"/> drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
<input checked="" type="checkbox"/> erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	<input type="checkbox"/> alleinerziehend		<input type="checkbox"/> nicht gleichberechtigte Stellung der Frau/ des Mannes in der Familie

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Ausfertigung für die Krankenkasse

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten



Anlage 2, Seite 3

Name, Vorname des Versicherten Herold, Ines	Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. L771894561	64 Teil B
---	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

Hausärztliche Behandlung, orthopädische Mitbehandlung mit anschließender Physiotherapie

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend/ nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

Beratung bei der Vertrauenslehrerin sowie der Erziehungsberatungsstelle

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

Stabilisierung der gesundheitlichen und familiären Gesamtsituation

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☒ Mutter-Kind-Leistung ☐ Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
Name des Kindes Geburtsdatum			
1. <u>Herold, Jasmin</u> <u>1 0 0 1 1 7</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____ <u> </u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____ <u> </u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Das „ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmender Kinder)

☒ ja, folgende Mutter-Kind-Kur im stressfreien Reizklima

C. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung _____

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

A. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum
2 4 | 0 2 |

Dres. med. B. und M. Strobel
 Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
 Kössinger Str. 18, 99988 Unterbach
 Tel. 09999/1266 - Fax 09999/1267

Mutter-Kind-Maßnahmen | 1. Edition Herbst 2018 | Seite 2
 Muster 64 Ba (10.2018)

Ausfertigung für die Krankenkasse

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten



Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Gesundheitswesen Name, Vorname des Versicherten Herold, Jasmin Ringstr. 13 99988 Unterbach geb. am 10.01.2017			Anlage 2/Seite 4 65 Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge/Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V		
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. L771894561	Status 3			
Betriebsstätten-Nr. 619530400	Arzt-Nr. 6184925/01	Datum 24.02.			

II. Kurze Angaben zur Anamnese

Schulische Probleme wegen Entwicklungsverzögerungen und familiärer Gesamtsituation

Gesundheitliche Beeinträchtigungen als Belastungsreaktion

III. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. **Gesundheitsstörungen** (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

Entwicklungsverzögerung, schulische Probleme

Atemnotattacken, Hauterkrankungen

B. **Erkrankungen**

<u>Entwicklungsverzögerung</u>	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
<u>Krankheit der Haut und der Unterhaut</u>	F89
<u>Akute Infektion der oberen Atemwege</u>	L98.9
	J06.9

C. **Weitere relevante Informationen** (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

Schulische Probleme

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

Abklärung beim Hautarzt und Lungenfacharzt

Medikamente und Inhalationsbehandlung mit Bromid und Davorin sowie Cortisonsalbe

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. **Anforderungen an die Einrichtung** (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☒ ja, folgende Mutter-Kind-Kur im stressfreien Reizklima

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum
2 4 0 2

Dres. med. B. und M. Strobel
 Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin
 Kössinger Str. 18, 99988 Unterbach
 Tel. 09999/1266 - Fax 09999/1267

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes
 Muster 65a (10.2018)

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten



Auszug MD Reha_oscare®

Anlage 2/Seite 5

Reha Anz.: Ines Herold, L771894561			
Gutachteneingang	Gutachteneingang Ergänzung	Gutachteneingang Diagnosen	Notizen
<p>Aktenzeichen</p> <p style="margin-left: 20px;"> <u>Aktenzeichen</u> 1800000000987123 </p> <p style="margin-left: 20px;">Gutachteneingang Detail</p> <p>Bezug zum GA </p> <p>BegutachtArt MD-Gutachten</p> <p>BegutachtGrund MD: Erstauftrag</p> <p>Gutachter 190800019 Medizinischer Dienst / 99988 Unterbach</p> <p>Nebenstelle 32123 MD-Beratungsstelle Unterbach</p> <p>Begutachtung am heute Erfassungsdatum heute</p> <p>Erstelldatum heute Eingangsdatum heute</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Eingang extern</p> <p>Anzahl 0</p> <p>Begutachtungsergebnis Voraussetzungen für die beantragte Leistung sind erfüllt</p> <p>Erläuterung</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Die Mutter-Kind-Kur wird für Ines Herold und dem behandlungsbedürftigen Begleitkind Jasmin Herold dringend medizinisch angezeigt.</p> <p>Die ambulanten Maßnahmen am Wohnort sind für die Mutter wegen Erschöpfungszustand sowie die chronische Bronchitis und den Erkrankungen des Kindes Jasmin nicht möglich. Eine Mutter-Kind-Kur ist die zurzeit richtige Behandlungsmöglichkeit, um auch den zukünftigen Belastungen gewachsen zu sein.</p> <p>Die Mutter-Kind-Kur kann für drei Wochen in einem Kurhaus in Baden-Württemberg durchgeführt werden.</p> <p>Die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels ist möglich.</p> </div>			



3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 24 Abs. 1
i.V.m. § 23
Abs. 1 SGB V

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter sind eine Pflichtleistung der Krankenkasse. Sie sind eine besondere Form der Vorsorgeleistungen, die stationär in Einrichtungen des Müttergenesungswerks (MGW) oder gleichartigen Einrichtungen durchgeführt werden. Sie können auch als Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Leistungen in dafür geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Diese Kuren haben dieselben Zielsetzungen wie die anderen Vorsorgeleistungen (vgl. Punkt 4 dieses Lernbriefs).

§ 24 Abs. 2
i.V.m. § 23
Abs. 5, § 275
Abs. 2 Nr. 1
SGB V,
GR v.
21. 12. 1999,
Ziff. 7

Hinsichtlich des Umfangs der Ermessensentscheidung, der Leistungsintervalle, der Dauer sowie zur Beurteilung der Notwendigkeit durch den MD gelten die gleichen Regelungen wie bei den Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V (vgl. Punkte 6.1.2, 6.1.3 und 6.2.2 dieses Lernbriefs).

§ 24 Abs. 3
SGB V

Auch bezüglich der Zuzahlung gelten die Aussagen zu § 23 SGB V

7.1 Besonderheiten

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Die Programme sind speziell auf Mütter und Väter bzw. Mütter und Väter mit ihren Kindern abgestimmt. Sie berücksichtigen die besondere Situation von Frauen und Männern, die im Erziehungsprozess stehen und häufig als Mehrfachbelastete (Familie, Beruf, Haushalt, Pflege von Angehörigen) besonders durch Gesundheitsstörungen gefährdet sind.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 24
SGB V,
Ziff. 5 Abs. 2

Die Kuren in Einrichtungen des Müttergenesungswerks (MGW) beinhalten ein indikationsbezogenes Angebot an Kurmitteln, gesundheitspädagogischen Maßnahmen sowie Unterkunft und Verpflegung.

Die meisten Einrichtungen des MGW bieten auch Mutter-Kind- und Vater-Kind-Kuren an. Bei dieser Sonderform können kurbedürftige Mütter und Väter ihre Kinder mit in die Einrichtung bringen; sie werden dort einen Teil des Tages erzieherisch und/oder pflegerisch betreut. So ist sichergestellt, dass die Frau oder der Mann sich einerseits der Gesundheit widmen kann, aber andererseits auch eine mehrwöchige (oft unzumutbare) Trennung von Mutter bzw. Vater und Kind vermieden wird. Ist das Kind oder sind die Kinder ebenfalls kurbedürftig, richtet sich die Auswahl der geeigneten Einrichtung dennoch nach den Bedürfnissen der Mutter oder des Vaters. Die Belange des Elternteils stehen bei dieser Kurform eindeutig im Vordergrund.

Voraussetzung für die Kostenübernahme einer medizinischen Vorsorgeleistung für Mütter und Väter durch die Krankenkasse ist, dass ambulante Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 1, 2 SGB V nicht ausreichen, um die Gesundheitsschwächung zu beheben bzw. die Krankheit zu verhüten oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Jedoch müssen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sein, wenn das angestrebte Vorsorgeziel nicht mit diesen Maßnahmen zu erreichen ist.

GR v.
09. 03. 2007
zu § 24
SGB V, Ziff. 2

Allerdings gibt es zwischen den stationären Vorsorgeleistungen und den Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter auch keine rechtliche Vor- oder Nachrangigkeit. Welche Vorsorgemaßnahme geeignet ist, richtet sich im Einzelfall danach, welches Angebot aus medizinischer Sicht am besten dem Vorsorgebedarf der Mutter bzw. des Vaters entspricht. Dabei beachtet die AOK insbesondere auch die berechtigten Interessen, Wünsche, Belange und Bedürfnisse der betroffenen Versicherten.



Das Verfahren für die Einleitung einer medizinischen Vorsorgeleistung für Mütter und Väter unterscheidet sich ein wenig von den anderen Verfahren. Versicherte, die eine solche Kurmaßnahme wünschen, können sich auch mit einem Wohlfahrtsverband oder einer karitativen Einrichtung (z.B. Caritasverband, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz) in Verbindung setzen. Diese unterhalten Beratungs- und Sozialeinrichtungen, die die Organisation der Kurmaßnahme übernehmen. Zunächst wird die Kundschaft an einen Arzt (ggf. den Hausarzt) verwiesen, der die entsprechende Untersuchung durchführt und die Notwendigkeitsbescheinigung ausstellt. Anschließend sucht die beratende Person gemeinsam mit der betroffenen Kundschaft eine geeignete Einrichtung des MGW aus und reserviert dort einen Behandlungsplatz. Außerdem beantragt die karitative Einrichtung die Kostenübernahme bei der AOK und rechnet nach Beendigung der Maßnahme deren Kosten mit der AOK ab. Die Vorsorgemaßnahmen werden in Häusern erbracht, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht. Die Kosten werden in voller Höhe übernommen.

BE v.
25. 11. 2021

Der GKV-Spitzenverband hat festgestellt, dass die Kosten für die Mitaufnahme von Kindern (egal aus welchem Grund) immer von der Krankenkasse des anspruchsberechtigten Elternteils zu tragen sind

Merke

Die AOK übernimmt die Kosten der medizinischen Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, die dieselben Zielsetzungen wie allgemeine Vorsorgekuren verfolgen. Ein Anspruch auf eine erneute medizinische Vorsorgeleistung besteht nach vier Jahren (Ausnahme medizinische Notwendigkeit). Die medizinische Vorsorgeleistung beinhaltet Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung für die Dauer von drei Wochen.

Zum Lernbeispiel 3 von Seite 19

Dem AOK-Informationssystem für Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen entnehmen Sie die für die Erkrankung von Ines und Jasmin Herold geeignete und zugelassene „Eltern-Kind-Klinik Dr. Hörnle“.

Prüfen Sie nun die Anspruchsvoraussetzungen und treffen Sie ggf. eine Aussage zum Leistungsumfang.

- Ines und Jasmin Herold sind AOK-versichert.
- Die medizinische Notwendigkeit ist gegeben, um die Krankheiten zu verhüten und eine Verschlimmerung zu vermeiden.
- Der Arzt und der MD haben die medizinische Notwendigkeit festgestellt.



8 Weitere Gestaltungsmöglichkeiten

- Laut ärztlichem Attest und MD-Gutachten sind die Leistungen am Wohnort ausgeschöpft.
- Ines und Jasmin Herold waren noch nie zur Kur.
- Die „Eltern-Kind-Klinik Dr. Hörnle“ ist AOK-Vertragspartner und für die Erkrankungen von Ines und Jasmin Herold geeignet.
- Die Mutter-Kind-Kur ist für drei Wochen medizinisch notwendig.
- Ines Herold ist 30 Jahre alt. Sie hat eine Zuzahlung in Höhe von 10 € je Kalendertag zu zahlen. Jasmin Herold ist acht Jahre alt. Sie hat keine Zuzahlung zu leisten.

4a
Leistung
bewilligen

Ines und Jasmin Herold haben Anspruch auf die beantragte Mutter-Kind-Kur für drei Wochen. Ines Herold hat eine Zuzahlung in Höhe von 10 € je Kalendertag zu zahlen.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen bei Vorsorgemaßnahmen für ihre Versicherten zu regeln. Voraussetzung ist, dass diese Leistungen nicht ausgeschlossen sind und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK, ob eine entsprechende Satzungsregelung besteht.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 11 Abs. 6
Satz 1 SGB V

7.2 Weitere Leistungsansprüche

§§ 3, 9
EntgFG,
§ 44 Abs. 1,
§§ 38, 60
SGB V

Auch hier können sich für Versicherte weitere Ansprüche auf Entgeltfortzahlung, Krankengeld, Haushaltshilfe und Fahrkosten ergeben (vgl. Punkt 6.3 dieses Lernbriefs).



9 Zusammenfassende Selbstkontrolle

1. Sachverhalt

Gerti Freud und ihr Mann Heinz beziehen beide eine Altersrente und sind seit vielen Jahren bei der AOK versichert. Sie haben nun, auch auf Anraten ihres Arztes, wegen Hüftarthrose bzw. chronischen LWS-Schmerzen beschlossen, dieses Jahr mal in Kur zu fahren. Einen Kuraufenthalt hatten sie bisher noch nicht.

Die Eheleute Freud kommen heute bei Ihnen vorbei, um sich beraten zu lassen. Sie haben von Bekannten erfahren, dass es eine ambulante Badekur gibt und möchten von Ihnen wissen, welche Voraussetzungen dazu notwendig sind, um diese zu erhalten. Des Weiteren haben sie Fragen zum Leistungsumfang und zur Kostenübernahme von Übernachtungs- und Verpflegungskosten.

Hinweis zur Aufgabe 1

Die fachlichen Beratungsinhalte sind zu nennen.

Aufgabe 1

Erstellen Sie einen Gesprächsleitfaden für Ihr Gespräch mit dem Ehepaar Freud.

2. Sachverhalt

Diana Pohl, 32 Jahre, nimmt in der Zeit vom 06. bis 27. 03. an einer stationären medizinischen Vorsorgeleistung in der Kurklinik „Roter Hügel“ (Einrichtung nach § 111 SGB V) teil, deren Kosten die AOK übernimmt. Die Kurklinik berechnet der AOK für diese Zeit 21 Pflegesätze à 121 €.

Hinweis zur Aufgabe 2

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 2

In welcher Höhe hat sich Diana Pohl an den Kosten zu beteiligen?

Aufgabe 3

Stellen Sie anhand des § 23 Abs. 1 SGB V die Zielsetzung medizinischer Vorsorgeleistungen fest und listen Sie diese auf.

4.7 · Anträge auf ambulante und stationäre Vorsorgemaßnahmen (auch Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen) bearbeiten





10 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

Lösung zu 1

Fachliche Beratungsinhalte:

- Voraussetzungen sind die medizinische Notwendigkeit und dass ambulante Behandlungen am Wohnort ausgeschöpft sind
- Kurantrag vom behandelnden Arzt ausgefüllt
- Kur in einem anerkannten Kurort
- Kunde organisiert Unterkunft/Anreise selbst – Unterstützung anbieten bei Kurortsuche
- Behandlung am Kurort durch Kurarzt und Anwendungen
- volle Kostenübernahme des Kurarztes und Anwendungen abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen (Ausnahme Belastungsgrenze mit bereits geleisteten Zuzahlungen 2025 bereits erreicht)
- Vertragspartner rechnen direkt mit der AOK ab
- Zuschuss zu den übrigen Kosten der Kur in Höhe von 16 €/täglich
- Dauer richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit (in der Regel drei Wochen)

Lösung zu 2

Diana Pohl hat sich mit 220 € an den Kosten zu beteiligen.

Begründung

§ 23 Abs. 6 Satz 1 (i.V. m. § 61 Satz 2) SGB V

[hier:]

Diana Pohl hat das 18. Lebensjahr vollendet. Sie nimmt vom 06. bis 27. 03. (22 Kalendertage) an einer stationären Vorsorgeleistung teil, deren Kosten die AOK trägt.

[also:]

Diana Pohl hat sich mit 220 € (22 x 10 €) an den Kosten der Maßnahme zu beteiligen.

Lösung zu 3

Medizinische Vorsorgeleistungen haben folgende Zielsetzungen:

- 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