

Salus- BKK	ARBEITSHILFE	Stand April 2019
SBC		
<b>Ambulante Vorsorgekuren § 23 Abs 2 SGB V</b>		
Verantwortlich für den Inhalt: Andrea von Faßmann		

1. Gesetzesgrundlagen.....	1
2. Zuständigkeit.....	1
3. Antragsverfahren.....	1
4. Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen.....	1
5. Fallbearbeitung.....	2
6.	
Erfassung.....	4
7.	
Bezahlung.....	6
8.	
Widersprüche.....	6
9.	
Ablage.....	7

## **1. Gesetzesgrundlagen**

§ 23 Abs. 2 SGB V

Satzung der Salus BKK, nach § 13 wird der erhöhte Zuschuss von täglich 16 EUR übernommen, bei Kleinkindern 25 EUR

Richtlinie MDK-Stichprobenprüfung ab 01.07.2008

## **2. Zuständigkeit**

Mitarbeiter\*Innen des SBC

## **3. Antragsverfahren**

Auf Anfrage einer ambulanten Maßnahme wird der 2-seitige Antrag (hinterlegt in Germo) verschickt. Für Familienversicherte gibt es einen separaten Antrag. Zusätzlich wird dem Antrag der Selbstauskunftsbogen beigelegt, dieser ist ebenfalls in Germo hinterlegt.

## **4. Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen**

Grundsätzlich ist die Richtlinie zur MDK-Stichprobenprüfung zu beachten (hinterlegt im sharepoint – Reha- und Vorsorgemaßnahmen - Begutachtungsanleitung).

Danach ist seit 01.07.2008 nur jeder 4. Antrag an den MDK zur Einschätzung zu übergeben, es sei denn, der Mitarbeiter kommt zu keinem eigenem Ergebnis laut Prüfschema/ Handlungshilfe (bitte kurzen Hinweis im Fall notieren). In Zweifelsfällen kann hierzu auch Rücksprache mit dem Gruppenleiter genommen werden.

Unter Berücksichtigung dessen wird nach Eingang der ärztlichen Verordnung und dem Kurantrag die Mitgliedschaft geprüft, und ob innerhalb der **letzten 3 Jahre** eine ambulante Vorsorgemaßnahme in Anspruch genommen wurde.

Besteht die Mitgliedschaft noch keine 3 Jahre, ist eine Vorkassenanfrage zu stellen.

Die Vorsorgemaßnahme muss mindestens 14 - 21 Tage umfassen. Bei weniger als 14 Tagen ist ein Kurcharakter nicht erkennbar.

Weiterhin erfolgt die Prüfung, ob es sich um einen anerkannten Kurort handelt.

[www.baederkalender.de](http://www.baederkalender.de)

## **5. Fallbearbeitung ab 18.06.2018**

Ab 18.06.2018 werden die Anträge mit einem ICD Schlüssel „M“ anhand einer Checkliste geprüft. Diese ist im Germo im Ordner Kuren/ambulante Vorsorgekuren hinterlegt:

### **SBC Prüfblatt**

Sollte der Sachbearbeiter dabei die Notwendigkeit dieser Maßnahme feststellen, ist diese zu bewilligen. Allerdings sollte bei Vorfristigkeit, bei Krankengeldbeziehern oder Arbeitslosen eine Vorlage beim MDK erfolgen.

Antragsunterlagen werden zur Vorlageberatung per Fax an den MDK am Wohnort gesendet. In Leipzig besteht vorrangig die Möglichkeit, den MDK im Haus zu kontaktieren.

### **MDK stimmt der Kur nicht zu => Ablehnung**

Zunächst wird der/die Versicherte telefonisch vorab informiert und die Gründe der Ablehnung werden erläutert.

Danach erhält er/sie ein Ablehnungsschreiben inkl. Rechtsbehelfsbelehrung.

In diesem Schreiben werden die Gründe der Ablehnung (Stellungnahme des MDK) angegeben.

Außerdem werden in dem Schreiben mögliche Alternativen, wie z.B. die Aktivwoche, angeboten. In diesem Fall ist der Flyer „Aktivwoche-Basisprogramm“ beizufügen. Dies ist nach Einzelfall zu entscheiden.

### **MDK stimmt zu => Bewilligung**

Anwendungen müssen im Kurort erfolgen, Wohnort kann aber auch der Nachbarort oder z.B. ein Campingplatz in der Nähe sein.

Der/die Versicherte erhält ein Bewilligungsschreiben, welches in Germo hinterlegt ist. Weiterhin wird der Kurarztschein, der von uns auszufüllen ist, mitgeschickt.

### **Hinweis:**

Der Gesetzgeber hat 2001 im § 9 Abs. 1 EFZG das Wort „stationär“ gestrichen. Somit besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung sowohl bei ambulanten als auch stationären Leistungen. In der Praxis zahlen Arbeitgeber häufig bei ambulanten Vorsorgeleistungen keine Entgeltfortzahlung. Dies ist jedoch ein arbeitsrechtliches Problem.

### **Beispiel Kurarztschein:**

dieser ist manuell auszufüllen, 4-fach zu unterschreiben und zu stempeln, wenn die Vorsorgemaßnahme in einem deutschen Badeort durchgeführt wird

**- Kurarztschein -**  
**Behandlungsnachweis für kurärztliche Behandlung**

**Mitgegebene Unterlagen:** Original  EKG  RÖ  Sono  Keine   
 Auswertung

Relevante Diagnosen / Schädigungen / Funktionsstörungen / Befunde / Risikofaktoren / Regulations- / Befindlichkeitsstörungen

Von der Krankenkasse auszufüllen

Ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung  
 Ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten  
 Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder  
 Durchführung als Kompaktkur

Kurort: \_\_\_\_\_ Dauer in Wochen: \_\_\_\_\_

**Zur Beachtung für den Versicherten!**  
 Bitte den Kurarztschein ca. 1 Woche vor Beginn vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

Bitte unbedingt die Krankenversichertenkarte für den Kurarzt mitnehmen

Verhaltenspräventive Maßnahmen empfohlen?  
 Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

*Beispiel*

**Germobriefe:**

Formularname	Beschreibung	Sachg
ambulante Vorsorge		
Kurantrag-ambulante Vorsorge -M-	Antrag auf amb. Vorsorgeleistungen Mitglied	MBF
Kurantrag-ambulante Vorsorge -F-	Antrag auf amb. Vorsorgeleistungen Familienversicherte	MBF
Anschreiben Kurantrag -M-	*Kurantrag BKK Mitglieder	MBF
Anschreiben Kurantrag -F-	*Kurantrag BKK Familienangehörige	MBF
Amb.Vorsorgekur- Bewilligung Arbeitnehmer	*ambulante Vorsorgekur - Bewilligung - Arbeitnehmer	MBF
Amb. Vorsorgekur-Bewilligung Rentner	*ambulante Vorsorgekur - Bewilligung Rentner	MBF
Amb.Vorsorgekur- Bewilligung -Fami	*ambulante Vorsorgekur - Bewilligung - Familienangehörige	MBF
Amb.Vorsorgekur- Zuschusszahlung -M-	ambulante Vorsorgekur- Zuschuss - Mitglieder	MBF
Amb.Vorsorgekur- Zuschusszahlung -F-	ambulante Vorsorgekur- Zuschuss- Familienangehörige	MBF
Ablehnung ambulante Vorsorge	individueller Bescheid	AU
Fit und Vital		
Antrag Fit und Vital	Antragsformular Gesundheitservice	
Amb.Vorsorgekur- Bewilligung Fit u.Vital -M-	*ambulante Vorsorge Fit und Vital Versicherte	MBF
Amb.Vorsorgekur- Bewilligung Fit u.Vital -F-	*ambulante Vorsorge Fit und Vital Familienversicherte	MBF

## 6. Erfassung

6.1. Die Erfassung von Anträgen erfolgt unter: Leistungen > medizinische Vorsorge/-Rehabilitation > ambulante Vorsorge bearbeiten  
Reiter „Antrag“

Die Antragsdaten sind entsprechend zu erfassen und mit „Prüfen“ werden diese auf die rechte Seite übertragen. Die Tage werden automatisch gefüllt, wenn der Zeitraum der Vorsorge exakt gefüllt ist. Es ist unter „Med.-Indikation“ zwingend eine Diagnose zu erfassen.

Der Versicherte erhält ein Bewilligungsschreiben, welches im Germo hinterlegt ist.

### Alternative Möglichkeiten der Vorsorgemaßnahmen

#### Kompaktkur

- 14-tägiges Kompaktprogramm
- Variante der ambulanten Kur
- Streng indikationsbezogenes strukturiertes Programm = Kombination von ganzheitlicher therapeutischer Intensität stationärer Kuren mit der individuellen Wahlfreiheit ambulanter Kuren (physikalisch-therapeutische Elemente, Ansprache von Geist und Seele sowie Hilfen zu einer gesundheitlichen besseren Lebensgestaltung)
- Mögliche Bestandteile eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes: physikalische Therapie, Balneo- und Hydrotherapie, Fango, Massage, Moor, Bäder, Lymphdrainage, aktives Bewegungstraining,

Gymnastik, Ergotherapie, Ausdauertraining, Ernährungsseminare, Entspannungstherapie, Angst-, Schmerz- und Stressbewältigung, Nichtraucherseminare, Rückenschule

- Behandlung wird zum Teil als Gruppentherapie durchgeführt
- Meist feste Termine
- Infos über [www.kompaktkur.de](http://www.kompaktkur.de)

### Fit und Vital (über Gesundheitservice)

- 14-tägiges Kompaktprogramm
- feste Häuser
- keine Zuschusszahlung an den Versicherten mehr von uns
- Zuschuss wurde bereits beim Preis für den Versicherten berücksichtigt
- Antragsformular vom Gesundheitservice als PDF ist in Germa hinterlegt
- Bewilligung auf Formular des Gesundheitservices mit 14 Tage Zuschuss
- Bewilligung an den Versicherten ist in Germa hinterlegt

### Achtung: Ablehnung bei nachträglichem Antrag auf Kostenerstattung

Wenn die Kostenübernahme / Kostenzuschuss im Nachgang der Maßnahme beantragt wird, erfolgt keine Kostenbeteiligung durch uns.

## 6.2 Erfassung der Zahlung

### Erfassungsbeispiel:

**Ambulante Vorsorgemaßnahme - Erstattung**

Maßnahme  
 KVNR:  Person:  Geburtsdatum:

Leistungsart:  Zeitraum von:  Zeitraum bis:  B/-:  LE-Nr.:  Rechtskreis:

Journal | Antrag | Verlängerung | MDK | Rechnung | **Erstattung** | Widerspruch | Notizen

Rechnung vom:  Eingang am:  Zeitraum von:  Zeitraum bis:  Art:

Land:  Kostenerstattungsart:  Abrechnungscode:  Tariffkennz.:   DMP

Zuschuss	Tage	Zuschuss täglich €	Gesamtzuschuss €
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	21,00	16,00	336,00

Zahlbetrag Brutto €:  336,00 Abschlag § 13 €:  Zahlbetrag Netto €:  336,00

Prüfungsvermerk:  Am:

Stornierung Stornierung am:  Stornogrund:

Freigabe... ZV-Konto... Anweisung... Erläuterung... Erstattungen... Neu Korrigieren Löschen

Auskunft... ELW-Fälle... Maßnahmen... Neu Löschen Übernehmen Verwerfen Abbrechen

Nach Beendigung der Kur wird nach Vorlage der Rechnung (für Unterkunft, Verpflegung, Fahrkosten und Kurtaxe) und des Kurarztberichtes eine Erstattung des Zuschusses **von derzeit 16,00 EUR** für 3 Wochen pro Tag fällig. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen chronisch kranker Kleinkinder **beträgt der Zuschuss täglich 25,00 EUR** (siehe § 13 Satzung der Salus BKK).

## 7. Bezahlung

Zahlungsbegründende Unterlagen (**Unterkunftsrechnung bzw. Fahrkosten- oder Verpflegungsrechnung Kurkosten-Abrechnungs-Scheck**) werden zu den Bewilligungsunterlagen in die Ablage Vorsorge/Reha gegeben.

Auch der Kurarztbericht wird zu den Bewilligungsunterlagen in den Kurordner abgelegt.

Hinweis: Die Abrechnung der Kurmittelanwendung erfolgt über das Abrechnungszentrum Emmendingen

## 8. Bearbeitung von Widersprüchen

Der Widerspruch ist im Reiter „Widersprüche“ zu erfassen und dort auch abzuschließen. Die Abhilfe wird erfasst oder die Weiterleitung an die Widerspruchsstelle !

Legt der/die Versicherte Widerspruch innerhalb der zulässigen Frist ein, so sind die Unterlagen mit evtl. neuen medizinischen Unterlagen dem MDK am Wohnort vorzulegen. Außerdem erhält der/die Versicherte eine Zwischennachricht.

Empfiehlt der MDK in der Zweitbegutachtung die Maßnahme, wird dem Widerspruch abgeholfen. Der/die Versicherte erhält einen entsprechenden Abhilfebescheid sowie das reguläre Bewilligungsschreiben.

Wird die beantragte Leistung nach Zweitgutachter erneut abgelehnt, geht der Fall ohne Bearbeitung an den zuständigen Gruppenleiter zur Prüfung.

Dann wird der Versicherte telefonisch kontaktiert und auch nachgefragt, ob der WS aufrechterhalten wird, dies ist auf jeden Fall schriftlich vom Versicherten anzufordern.

Versicherte dürfen bei der Ausübung ihres Rechtes auf Gewährung effektiven Rechtsschutzes nicht behindert werden.

Der Widerspruchsführer muss daher nicht nach Aufforderung mitteilen, dass er das Verfahren weiterverfolgen will, wenn die Krankenkasse nicht abzuhelpen gedenkt. Eine aktive Mitwirkung des Versicherten, damit über seinen Widerspruch entschieden wird, darf nicht verlangt werden.

In der Nachfrage der Krankenkasse ist im Hinblick auf die ordnungsgemäße Durchführung der Widerspruchsbearbeitung klar zu stellen, dass über den Widerspruch auch bei fehlender Rückäußerung in jedem Fall entschieden wird, d. h. der Widerspruch dem Widerspruchsausschuss unverzüglich zugeleitet wird und dieser eine abschließende Entscheidung trifft.

Dabei darf insbesondere die Nachfrage der Krankenkasse an den Versicherten nicht derart abgefasst werden, als ob die Zurückweisung des Widerspruchs bereits beschlossen sei. Es ist also zu vermeiden, bei dem Versicherten den Eindruck zu erwecken, es sei hier bereits die Entscheidung vorweggenommen worden.

Danach wird der gesamte Fall an die Widerspruchsstelle zur weiteren Bearbeitung abgegeben; (Abzeichnung vorher durch Abteilungsleiter).

Die Weiterleitung ist dem Versicherten mitzuteilen und im 21c zu erfassen.

Widerspruch bearbeiten - Journal - Ambulante Vorsorgeaufnahme - Widerspruch

Widerspruchsführer  
Ordnungsbegriff\* Name\*

Widerspruch | Sozialgerichtsklage | Fallakte | Zusatzregister

Dezentral  
Aktueller Status\* Statuszusatz Erhoben am\* Eingang am\* Erledigt am  
neu  
Betroffener Verwaltungsakt\* Abweichender Widerspruchsführer  
Streitgegenstand\* Streitgegenstand Detail  
Streitwert in € Bereich Zuständiger Mitarbeiter Weitergeleitet am

Zentral  
Eingang Widerspruchsstelle Organisationseinheit\* Zuständiger Mitarbeiter  
Widerspruch  
 KV  PV  
 Klage erhoben  
Klage verknüpfen...  
 Druckdaten aktualisieren  
Weiterbearbeitung  
Durch Am Widerspruchsausschuss  
Sitzung am Ergebnis besonderer Ausschuss Gericht\*  
Grund

## **9. Ablage**

Die Ablage erfolgt im Ordner „Reha/Vorsorge“.