

99134055017001

Medizinische Vorsorgeleistungen für Krankenversicherte Bewilligung in stationären Einrichtungen

Heruntergeladen am 26.06.2025

<https://fimportal.de/xzufi-services/103786138/B100019>

Modul	Sachverhalt
Leistungsschlüssel	99134055017001
Leistungsbezeichnung I	Medizinische Vorsorgeleistungen für Krankenversicherte Bewilligung in stationären Einrichtungen
Leistungsbezeichnung II	Stationäre Vorsorgeleistungen wie eine Kur für gesetzlich Krankenversicherte beantragen
Typisierung	1 - Bund: Regelung und Vollzug
Quellredaktion	Bund
Freigabestatus Katalog	fachlich freigegeben (gold)
Freigabestatus Bibliothek	unbestimmter Freigabestatus
Begriffe im Kontext	Kur, Gesetzliche Krankenversicherung, Krankenkasse, Kurantrag, Vorsorgeleistung, Kurklinik, Kuraufenthalt, Stationäre Vorsorge, GKV, Stationäre Kur
Leistungstyp	Leistungsobjekt mit Verrichtung
Leistungsgruppierung	

Modul	Sachverhalt
Verrichtungskennung	Bewilligung (17)
SDG-Informationsbereich	Allgemeine Informationen über Zugangsrechte zu verfügbaren öffentlichen Präventionsmaßnahmen im Gesundheitsbereich und über die Pflichten zur Teilnahme an diesen Maßnahmen
Lagen Portalverbund	Gesundheitsvorsorge (1130100)
Einheitlicher Ansprechpartner	Nein
Fachlich freigegeben am	10.11.2022
Fachlich freigegeben durch	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Handlungsgrundlage	https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_23.html
Teaser	Eine stationäre Vorsorgeleistung beziehungsweise Kur kann Ihnen helfen, drohende Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Die Vorsorgeleistung beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse.
Volltext	Bei medizinischen Vorsorgeleistungen gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Wenn jedoch eine ambulante Vorsorgeleistung in einem staatlich anerkannten Kurort nicht ausreicht, weil zum Beispiel • Sie körperlich stark beeinträchtigt sind, • Sie intensive ärztliche Betreuung benötigen oder • es aufgrund besonderer familiärer oder beruflicher Umstände erforderlich ist, muss Ihre Krankenkasse Ihnen auf Antrag eine stationäre Vorsorgeleistung bewilligen. Diese schließt neben der Behandlung auch Unterkunft und Verpflegung in der Kurklinik ein. Medizinische Notwendigkeit Eine stationäre Vorsorgeleistung kann Ihnen Ihre Krankenkasse nur dann bewilligen, wenn Sie zuvor an Ihrem Wohnort alle ambulanten Therapieangebote ausgeschöpft haben. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss im Antrag die Notwendigkeit der Vorsorgeleistung gegenüber Ihrer Krankenkasse begründen.

Modul

Sachverhalt

Als medizinisch notwendig kann eine Kur gelten, wenn

- sie eine drohende Erkrankung verhindern beziehungsweise ihre Verschlimmerung vermeiden kann oder
- Pflegebedürftigkeit vermieden wird oder
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegengewirkt werden kann.

Dauer

Stationäre Vorsorgeleistungen sollen für längstens 3 Wochen erbracht werden - es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich.

In Einzelfällen sind auch Kuraufenthalte im Ausland möglich, informieren Sie sich hierfür bei Ihrer Krankenkasse.

Erforderliche Unterlagen

- Antrag auf stationäre Vorsorgeleistung beziehungsweise Kur
- In einzelnen Fällen können ärztliche Unterlagen erforderlich sein. Welche dies sind, erfahren Sie bei Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt beziehungsweise bei Ihrer Krankenkasse.

Voraussetzungen

- Ihre Ärztin oder Ihr Arzt verordnet Ihnen die Kur und begründet die medizinische Notwendigkeit gegenüber Ihrer Krankenkasse.

Kosten

Ihre Krankenkasse übernimmt die Kosten für Behandlung, Unterkunft und Verpflegung. Sie zahlen die Eigenbeteiligung.

Verfahrensablauf

Den Antrag für eine stationäre Vorsorgeleistung können Sie persönlich, postalisch und bei vielen Krankenkassen auch online einreichen:

- In einem Beratungsgespräch verordnet Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt eine medizinische Vorsorgeleistung.
- Mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt füllen Sie gemeinsam das Antragsformular Ihrer Krankenkasse aus und begründen die Notwendigkeit der Maßnahme.

Modul	Sachverhalt
	• Senden Sie den ausgefüllten Antrag an Ihre gesetzliche Krankenkasse. Sie können den Antrag per Post und - bei vielen Krankenkassen - auch online einreichen oder in der Geschäftsstelle abgeben. • Die Krankenkasse prüft, ob ein Anspruch auf eine Vorsorgeleistung besteht und teilt Ihnen das Ergebnis mit. • Gerne können Sie Ihrer Krankenkasse Ihre Wünsche zu einer bestimmten Vorsorgeeinrichtung nennen. Ihre Krankenkasse prüft, ob diesen Wünschen entsprochen werden kann.
Bearbeitungsdauer	5 - 20 Tag(e) Für eine schnelle Bearbeitung und Entscheidung müssen Ihrer Krankenkasse die notwendigen Informationen sowie gegebenenfalls erforderliche Unterlagen vollständig und aussagekräftig vorliegen. Die Krankenkasse entscheidet über Anträge zeitnah, wobei zum Schutz der Patientenrechte die gesetzliche Bearbeitungsfrist eingehalten wird. Bitte beachten Sie, dass es sich bei der angegebenen Bearbeitungsdauer um einen Durchschnittswert aller Krankenkassen handelt. Sie kann im Einzelfall abweichen. Die exakte Bearbeitungsdauer hängt darüber hinaus von der Komplexität des Einzelfalls ab und kann sich entsprechend verlängern. Gleiches gilt, wenn Dokumente oder Unterlagen per Post an Sie oder Ihre Krankenkasse versandt werden. Gegebenenfalls muss der Medizinische Dienst eingebunden werden. Dieser benötigt für die Bearbeitung Ihres Anliegens zusätzlich bis zu 5 Wochen.
Frist	Damit Ihre Krankenkasse den Antrag bewilligt, muss Ihre letzte stationäre Kur in der Regel mindestens 4 Jahre zurückliegen. Bei dringender medizinischer Notwendigkeit ist auch ein kürzerer Zeitabstand möglich.
weiterführende Informationen	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/gkv_spitzenverband.jsp
Hinweise	
Rechtsbehelf	• Widerspruch

Modul	Sachverhalt
	• Klage vor dem Sozialgericht
Kurztext	• Medizinische Vorsorgeleistungen für Krankenversicherte Bewilligung in stationären Einrichtungen • gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf stationäre Vorsorgeleistungen, umgangssprachlich: Kur oder Vorsorgekur • Voraussetzung: Ärztin oder Arzt bescheinigt und begründet im Antrag an die Krankenkasse die medizinische Notwendigkeit der Vorsorgeleistung • Vorgehensweise: in der Regel von Antragstellenden und Ärztin oder Arzt gemeinsam ausgefüllter Antrag an Krankenkasse • Antrag muss vor Antritt der Vorsorgeleistung von Krankenkasse genehmigt sein • Kosten: Behandlungskosten, Unterkunft und Verpflegung übernimmt die Krankenkasse • zuständig: gesetzliche Krankenkassen
Ansprechpunkt	
Zuständige Stelle	
Formulare	Formulare vorhanden: Ja Schriftform erforderlich: Ja Formlose Antragsstellung möglich: Nein Persönliches Erscheinen nötig: Nein Online-Dienste vorhanden: Ja
Ursprungsportal	Medizinische Vorsorgeleistungen für Krankenversicherte Bewilligung in stationären Einrichtungen, Medizinische Vorsorgeleistungen für Krankenversicherte Bewilligung in stationären Einrichtungen