

Begutachtung

Die LKK hat die Notwendigkeit von Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen entsprechend den Richtlinien durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen.

Dauer der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen

Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen werden in der Regel für längstens drei Wochen erbracht; eine Verlängerung ist möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Bei bestimmten Krankheiten kann ebenfalls von der Regeldauer von drei Wochen abgewichen werden und sofort z. B. eine vierwöchige Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistung bewilligt werden.

Medizinisch notwendige stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für versicherte Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden in der Regel für vier bis sechs Wochen erbracht.

Wiederholte Leistungen

Ambulante Vorsorgeleistungen können in der Regel nicht vor Ablauf von drei Jahren, stationäre Vorsorgeleistungen sowie ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen in der Regel nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, deren Kosten aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst wurden. Eine vorzeitige Wiederholung ist nur aus dringenden medizinischen Gründen möglich.

Vorrangige Leistungspflicht anderer Sozialversicherungsträger

Ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen sowie Rehabilitationsleistungen für Mütter oder Väter werden von der LKK nur dann übernommen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger, wie z. B. die landwirtschaftliche Alterskasse oder ein anderer Renten- bzw. Unfallversicherungsträger, für die Gewährung einer solchen Leistung zuständig ist.

Fahrkosten bei Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Im Zusammenhang mit einer stationären Vorsorgeleistung übernimmt die LKK die notwendigen Fahrkosten für die Hin- und Rückfahrt vom Wohnort zur Vorsorgeeinrichtung. Der Versicherte hat für jede einfache Fahrt einen Eigenanteil in Höhe von zehn Prozent der Fahrkosten, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro zu bezahlen (siehe Abschnitt „Belastungsgrenze für Zuzahlungen“).

Als ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation werden Reisekosten übernommen, die aus Anlass der Vorbereitung oder der Teilnahme an einer Rehabilitationsmaßnahme entstehen. Zu den Reisekosten gehören die notwendigen Fahr-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten sowie die Kosten des erforderlichen Gepäcktransports. Zu den Reisekosten gehören auch die Aufwendungen für eine erforderliche Begleitperson. Der Versicherte hat zu den Reisekosten keinen Eigenanteil zu leisten.

Belastungsgrenze für Zuzahlungen

Eine Befreiung von den Zuzahlungen ist grundsätzlich nicht möglich. Überschreiten Sie jedoch mit Ihren gesetzlichen Zuzahlungen die persönliche Belastungsgrenze, so können Sie sich für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen. Über weitere Einzelheiten informiert Sie das Faltblatt „Belastungsgrenze für Zuzahlungen“. Wenn Sie Fragen haben, sind wir Ihnen gern behilflich.



Kontakt

Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg

Schulstraße 29
24143 Kiel
Telefon 0431 7024-0
Fax 0431 7024-6120
E-Mail post@kiel.lsv.de

Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen

Im Haspelfelde 24
30173 Hannover
Telefon 0511 8073-0
Fax 0511 8073-498
E-Mail info@nb.lsv.de

Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen

Hoher Heckenweg 76-80
48147 Münster
Telefon 0251 2320-0
Fax 0251 2320-554
E-Mail mailbox@nrw.lsv.de

Landwirtschaftliche Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland

Bartningstraße 57
64289 Darmstadt
Telefon 06151 702-0
Fax 06151 702-1260
E-Mail info.da@hrs.lsv.de

Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Franken und Oberbayern

Dammwäldchen 4
95444 Bayreuth
Telefon 0921 603-0
Fax 0921 603-386
E-Mail kontakt@fob.lsv.de

Land- und forstwirtschaftliche Krankenkasse Niederbayern/Oberpfalz und Schwaben

Dr.-Georg-Heim-Allee 1
84036 Landshut
Telefon 0871 696-0
Fax 0871 696-488
E-Mail lsv@landshut.lsv.de

Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg

Vogelrainstraße 25
70199 Stuttgart
Telefon 0711 966-0
Fax 0711 966-2140
E-Mail post@bw.lsv.de

Landwirtschaftliche Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland

OT Hönow
Hoppegartener Straße 100
15366 Hoppegarten
Telefon 03342 36-0
Fax 03342 36-1230
E-Mail mail@mod.lsv.de

Krankenkasse für den Gartenbau

Frankfurter Straße 126
34121 Kassel
Telefon 0561 928-0
Fax 0561 928-2486
E-Mail info@gartenbau.lsv.de



Herausgeber:
Spitzenverband der
landwirtschaftlichen Sozialversicherung
Weißensteinstraße 70-72
34131 Kassel
www.lsv.de

Stand: 7/2011

Landwirtschaftliche Krankenversicherung

Vorsorge und Rehabilitation

Ihre landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) sorgt im Einzelfall für eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Vorsorge und Rehabilitation. Diese Leistungen richten sich nach der individuellen medizinischen Notwendigkeit. Dabei wird den Wünschen der Versicherten, soweit dies möglich ist, entsprochen.

Vorsorgeleistungen

Durch Vorsorgeleistungen sollen Krankheiten verhütet oder deren Verschlimmerung vermieden werden. Es handelt sich um ein gestuftes Leistungsangebot, wobei die jeweils intensivere Behandlungsform erst angewandt wird, wenn mit der vorausgehenden Stufe der angestrebte Behandlungserfolg nicht erreicht werden kann.

Ambulante Vorsorgeleistungen

Sofern die ärztliche Behandlung am Wohnort nicht mehr ausreicht, kann die LKK ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten, auch als ambulante bzw. freie Badekur bekannt, bewilligen.

Leistungen der LKK:

- Kurarztschein für die kostenfreie kurärztliche Behandlung am Kurort.
- Übernahme der vom Kurarzt verordneten Heilmittel. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittelanwendung im Rahmen ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung zu leisten (siehe Abschnitt „Belastungsgrenze für Zuzahlungen“).
- Zahlung eines Zuschusses in Höhe von bis zu 13 Euro kalendertäglich zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe sowie der An- und Abreise. Für chronisch kranke Kleinkinder wird ein Zuschuss in Höhe von bis zu 21 Euro kalendertäglich gezahlt. Näheres zur Erläuterung des Begriffs „chronisch kranke Kleinkinder“ erfahren Sie bei Ihrer LKK.

Ambulante Vorsorgeleistungen können nur in staatlich anerkannten Heilbädern und Kurorten erbracht werden. Die Versicherten können den geeigneten Kurort selbst wählen. Näheres zu ambulanten Kuren im Ausland erfragen Sie bitte bei Ihrer LKK.

Stationäre Vorsorgeleistungen

Reichen ambulante Vorsorgeleistungen nicht mehr aus, kann die LKK die Kosten einer Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer stationären Vorsorgeeinrichtung übernehmen. Die LKK wählt die Vorsorgeeinrichtung nach den medizinischen Erfordernissen aus. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, entrichten eine Zuzahlung von 10 Euro je Tag an die Vorsorgeeinrichtung (siehe Abschnitt „Belastungsgrenze für Zuzahlungen“).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Rehabilitation ist darauf ausgerichtet, behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen möglichst auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.

Ambulante Rehabilitation am Wohnort

Bei der ambulanten medizinischen Rehabilitation handelt es sich um ein umfassendes Angebot, dem ein ganzheitlicher Ansatz zugrunde liegt. Dieser Ansatz geht über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus. Er berücksichtigt berufliche und gesellschaftliche Aspekte, die in ihrem Zusammenspiel Auswirkungen auf die Krankheit haben können. Durch die Kombination unterschiedlicher Behandlungselemente entsteht unter ganzheitlichen Gesichtspunkten ein komplexes Therapieangebot.

Reicht die ärztliche Behandlung einschließlich physikalischer Therapien (z. B. Bäder, Massagen) nicht mehr aus, um das Behandlungsziel zu erreichen (u. a. bei schweren Verletzungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates), übernimmt die LKK eine ambulante Rehabilitation für die Dauer von in der Regel längstens 20 Behandlungstagen; die ambulante Rehabilitation kann in einer wohnortnahen Rehabilitationseinrichtung sowie durch mobile Rehabilitations-Teams im häuslichen Bereich oder in einer stationären Pflegeeinrichtung durchgeführt werden.

Stationäre Rehabilitation

Sofern eine ambulante medizinische Rehabilitation nicht ausreicht, übernimmt die LKK eine stationäre medizinische Maßnahme mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung mit der ein Versorgungsvertrag besteht. Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherte eine zertifizierte Rehabilitationseinrichtung wählt, mit der die LKK keinen Versorgungsvertrag geschlossen hat, trägt der Versicherte.

Zuzahlung

Sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Rehabilitationsleistungen entrichten Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro je Tag direkt an die Rehabilitationseinrichtung (siehe Abschnitt „Belastungsgrenze für Zuzahlungen“).

Wird eine Rehabilitationsleistung im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung – sogenannte „Anschlussrehabilitation“ – notwendig, ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.



Stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter

Als spezielle stationäre Maßnahmeform, die auf die besonderen Bedürfnisse der oft mehrfach belasteten Mutter oder des Vaters ausgerichtet ist, übernimmt die LKK die Kosten einer medizinisch notwendigen Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung („Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme“).

Mutter/Vater-Kind-Maßnahmen

Für Mütter oder Väter, die minderjährige oder behinderte bzw. chronisch kranke Kinder versorgen, besteht die Möglichkeit, gemeinsam mit ihrem Kind oder ihren Kindern an einer Mutter/Vater-Kind-Maßnahme teilzunehmen. Voraussetzung ist u. a., dass die Mitaufnahme des Kindes notwendig ist und dem Erfolg der Maßnahme nicht entgegensteht.

Vermittlung der Leistungen

Die Vermittlung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter oder Väter einschließlich der Antragstellung bei der LKK erfolgt durch die Beratungs- und Vermittlungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände oder der kirchlichen Frauenorganisationen des Müttergenesungswerkes (z. B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt, Diakonisches Werk) in Kooperation mit Ihrer LKK.

Kostenübernahme und Zuzahlung

Die LKK übernimmt die vollen Kosten der Maßnahme. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, entrichten eine Zuzahlung von 10 Euro je Aufenthaltstag an die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (siehe Abschnitt „Belastungsgrenze für Zuzahlungen“).

Allgemeine Hinweise

Antragstellung

Wichtig ist die rechtzeitige, vorherige Antragstellung. Die Anregung der Maßnahmen sollte im Regelfall über den behandelnden Arzt erfolgen.