

Richtlinien
des Rhein-Lahn-Kreises zur
Durchführung von Kur- und Erholungsmaßnahmen
im Rahmen der Sozialhilfe

Abschnitt 1 - Maßnahmen im Rahmen der vorbeugenden Hilfe

§ 1
Grundlagen

- 1) Vorbeugende Gesundheitshilfe wird nach § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) gewährt. Der Umfang der Leistungen für Kuren entspricht den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- 2) Die §§ 23 und 24 Sozialgesetzbuch V. Teil (SGB V) regeln medizinische Vorsorgeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 2
Vorrangige Leistungen

- 1) Die Vorsorgeleistungen nach dem SGB V sind gleichartig mit der vorbeugenden Gesundheitshilfe nach dem BSHG. Aus dem Grundsatz des Nachranges der Sozialhilfe folgt, dass krankenversicherte Personen verpflichtet sind, vorrangig Leistungen der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen.
- 2) Hinsichtlich der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen, der Höchstdauer und der Häufigkeit gelten die Vorschriften des SGB V auch bei Maßnahmen nach § 37 BSHG.
- 3) Lediglich in der Höhe der Leistungen bestehen Unterschiede. Nach § 38 Abs.2 BSHG darf die Höhe der Leistungen nicht auf die Zuschüsse der Krankenkassen beschränkt werden, sondern muss den notwendigen Bedarf als zuschussfähig anerkennen.
- 4) Die gesetzlichen Krankenkassen entscheiden, ob ambulante und stationäre Maßnahmen erforderlich sind. Diese Entscheidung ist gemäß § 38 Abs. 4 BSHG auch für den Sozialhilfeträger bindend. Bei nicht krankenversicherten Personen werden die medizinischen Voraussetzungen des SGB V durch eine Stellungnahme der Abteilung Gesundheitswesen geprüft. Die abschließende Beurteilung erfolgt unter Berücksichtigung dieser Stellungnahme durch die bewilligende Stelle.

§ 3

Höhe der Leistungen bei ambulanten Maßnahmen

- 1) Reicht nach Entscheidung der Krankenkasse eine ambulante Vorsorgekur aus, kann der Versicherte den Kurort entsprechend der ärztlichen Indikation im Einvernehmen mit der Krankenkasse selbst bestimmen. Die Art der Unterkunft kann er frei wählen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten der Behandlung nach den Bestimmungen des SGB V. Zu den übrigen Kosten (Unterkunft, Verpflegung, Fahrt, Kurtaxe, etc.) gewährt die Krankenkasse einen Zuschuss nach § 23 Abs. 2 SGB V.
- 2) Die Krankenkasse bestimmt die Höhe des Zuschusses in ihrer Satzung. Nach § 23 Abs. 2 SGB V in der derzeit gültigen Fassung kann die Satzung einen Zuschuss für Erwachsene von bis zu 8 € täglich und für chronisch kranke Kleinkinder bis zu 16 € täglich vorsehen.
- 3) Nach dem BSHG sind die notwendigen Kosten einer ambulanten Vorsorgekur als Bedarf anzuerkennen. Für Unterkunft und Verpflegung sind dabei die Aufwendungen in einer Gaststätte, Pension, o. ä. in **angemessener** Höhe zu berücksichtigen. **Als angemessen für übrige Kosten gilt derzeit ein Tagessatz von insgesamt bis zu 30 €, zuzüglich Fahrtkosten.** Die tatsächlichen Kosten werden übernommen, wenn diese unter dem angemessenen Tagessatz liegen.
- 4) Abs. 2 gilt auch dann, wenn bei einer notwendigen ambulanten Kurmaßnahme Unterkunft und Verpflegung in einer von einem Wohlfahrtsverband vermittelten Vorsorgeeinrichtung gewählt werden.
- 5) Die notwendigen Fahrtkosten werden in nachgewiesener Höhe, höchstens jedoch bis zum günstigsten Tarif öffentlicher Verkehrsmittel, übernommen.

§ 4

Höhe der Leistungen bei stationären Maßnahmen

- 1) Stationäre Vorsorgekuren werden in Vertragseinrichtungen der Krankenkassen durchgeführt. Dies gilt auch für nicht krankenversicherte Personen.
- 2) Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung, sowie Fahrtkosten. In Härtefällen kann eine Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungspflichten nach § 61 SGB V durch die Krankenkasse erfolgen. Dieser Anspruch ist auszuschöpfen. Ein höherer Bedarf kann in diesen Fällen nach dem BSHG nicht anerkannt werden. Sofern eine Eigenbeteiligung dennoch vom Versicherten zu leisten ist, kann diese ganz oder teilweise nach den Bestimmungen des BSHG in nachgewiesener Höhe übernommen werden.
- 3) Bei nicht krankenversicherten Personen wird der notwendige Bedarf nach den Abs. 1 und 2 ermittelt. § 3 Abs. 5 findet Anwendung.

Abschnitt 2 - Sonstige Maßnahmen

§ 5
Vorsorge für Mütter

- 1) Bei Vorsorgemaßnahmen für Mütter oder bei Mutter-Kind-Maßnahmen gelten die Regelungen des § 24 SGB V entsprechend. Sofern die Krankenkasse eine Vorsorgemaßnahme in Einrichtungen nicht für erforderlich hält, kann auch nach § 37 BSHG keine stationäre Maßnahme gefördert werden.
- 2) Sofern die Krankenkasse nach ihrer Satzung nur einen Zuschuss zu den Kosten einer Einrichtung im Sinne von § 23 Abs. 1 SGB V zahlt, wird der vereinbarte Pflegesatz der Einrichtung als Bedarf anerkannt. § 4 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.
- 3) Bei nicht krankenversicherten Personen wird der notwendige Bedarf nach den Abs. 1 und 2 ermittelt.

§ 6
Kinder und Jugendliche

Für medizinisch notwendige Vorsorgemaßnahmen von Kindern und Jugendlichen sind diese Richtlinien anzuwenden. Ferien- und Freizeitmaßnahmen sowie Maßnahmen der Kinder- und Jugenderholung sind unabhängig von einem Zuschuss nach § 23 Abs. 2 SGB V der Jugendhilfe zuzuordnen.

§ 7
Altenerholung

- 1) Die Kostenübernahme für medizinische Vorsorgekuren im Sinne von § 23 SGB V ist nach den Bestimmungen dieser Richtlinien gemäß § 37 BSHG zu beurteilen.
- 2) Erholungsmaßnahmen für alte Menschen (§ 75 BSHG) können grundsätzlich nur noch durch die Freien Wohlfahrtverbände bezuschusst werden.

Abschnitt 3 - Allgemeine Bestimmungen

§ 8
Sonstige Regelungen

- 1) Für den Einsatz von Einkommen und Vermögen gelten die entsprechenden Bestimmungen des BSHG für die Hilfen in besonderen Lebenslagen.
- 2) Die Verwaltung kann den höchstens zu berücksichtigenden Tagessatz nach § 3 Abs. 3 dieser Richtlinien anpassen, wenn dies die Entwicklung der Preise für Unterkunft und Verpflegung gebietet.
- 3) Diese Richtlinien treten mit sofortiger Wirkung in Kraft. Gleichzeitig treten alle bisherige Regelungen außer Kraft.

Bad Ems, 17.September 2002

gez.:

DS

(Kurt Schmidt)