

Umfang des Leistungsanspruches nach § 4 Abs. 1 und 2 der Rahmenvereinbarung

Der Umfang des Leistungsanspruches wird in drei Leistungsbereiche differenziert:

A.

Leistungen, die ohne Genehmigungsverfahren direkt über die eGK bezogen werden

Leistungsentscheidungen werden auf der Grundlage des SGB V getroffen:

Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft; die Leistungen werden auf Basis des § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt.

B.

Leistungen, die von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden

Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V:

Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft; die Leistungen werden auf Basis des § 4 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt.

Reparaturen von Zahnersatz gelten ohne weitere Prüfung als unaufschiebbar aus medizinischen Gründen im Sinne des § 27 Abs. 2 letzter Halbsatz SGB V.

C.

Leistungen, die von den Krankenkassen nicht zur Verfügung gestellt werden

1. Vorsorgekuren
2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ausgenommen Anschlussheilbehandlungen)
3. Neuversorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung (ausgenommen Reparaturen von Zahnersatz)
4. Kieferorthopädische Behandlung
5. Haushaltshilfe
6. Künstliche Befruchtungen
7. Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
8. Selektivvertragliche Leistungen nach § 73b SGB V und § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V
9. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
10. Leistungen im Ausland
11. Psychotherapie, soweit genehmigungspflichtig