

SOZIALVERBAND

**VdK**

RHEINLAND-PFALZ



April 2012

Medizinische Vorsorge- und  
Rehabilitationsleistungen

## **Impressum**

Inhalte: Isabella Lück

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: [rheinland-pfalz@vdk.de](mailto:rheinland-pfalz@vdk.de)

Internet: [www.vdk.de/rheinland-pfalz](http://www.vdk.de/rheinland-pfalz)

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, März 2012

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.....</b>	<b>4</b>
2.1 Medizinische Vorsorgemaßnahmen.....	4
2.1.1 Ambulante Vorsorge in einem anerkannten Kurort.....	5
2.1.2 Stationäre Vorsorge.....	6
2.2 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen.....	7
2.2.1 Ambulante Rehabilitation.....	8
2.2.2 Stationäre Rehabilitation.....	8
2.3 Besondere Leistungen für Mütter und Väter.....	9
2.3.1 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter.....	9
2.3.2 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.....	10
2.4 Kuraufenthalt im Ausland.....	11
<b>3. Antragsverfahren.....</b>	<b>11</b>
<b>4. Mögliche Kostenträger.....</b>	<b>12</b>
<b>5. Eigenanteil des Versicherten.....</b>	<b>13</b>
<b>6. Schlusswort.....</b>	<b>14</b>

# 1. Einleitung

Kuranwendungen kannte man bereits in der Antike. So fanden sich schon im alten Rom Badehäuser mit warmen Thermalquellen. Hierzulande haben Kuranwendungen erst im 19. Jahrhundert mehr an Bedeutung gewonnen. Heutzutage gibt es in Deutschland sehr viele bekannte Kurorte. Dort finden sich teilweise spezielle Thermal-, Sole- oder Moorheilbäder – manch anderer Kurort wird wiederum wegen der gesunden Luft geschätzt.

Eigentlich wird der Begriff der Kur nicht mehr verwendet. Vielmehr ist jetzt die Rede von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Anspruch auf diese Leistungen ist beim Erfüllen der jeweiligen Voraussetzungen mittlerweile auch gesetzlich geregelt.

Doch welche Leistungen werden unterschieden? Mit Fragen um die einzelnen Leistungen beschäftigt sich dieses Thema des Monats.

## 2. Medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

Allgemein sind ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu unterscheiden. Mit Präventions-, also Vorsorgemaßnahmen sollen Krankheiten und drohende Behinderungen verhütet werden. Eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation setzt hingegen bei einem bestehenden Gesundheitsschaden an und versucht diesen zu beseitigen, zu mindern oder dessen Folgen zu mildern. Daneben kann bei Vorsorge und Rehabilitation jeweils auch Entspannung und Wellness für die Psyche und die Seele auf dem Plan stehen.

Der Patient ist bei ambulanten Leistungen nicht durchgehend in der medizinischen Einrichtung, sondern nach den Anwendungen zu Hause oder anderweitig untergebracht. Handelt es sich um eine stationäre Leistung, erfolgen die Behandlung und Unterbringung über Nacht meist in derselben Einrichtung.

Generell gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“, so dass ambulante Leistungen regelmäßig vorrangig zu stationären Leistungen sind.

### 2.1 Medizinische Vorsorgemaßnahmen

Ist eine ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln am Wohnort nicht ausreichend oder sind diese ohne Erfolg durchgeführt worden, kommen Vorsorgeleistungen in Betracht. Dazu zählen:

- ambulante Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort einschließlich sogenannter Kompaktkuren (Kur mit ganzheitlichem Behandlungsansatz, zum Beispiel zur gezielten Behandlung chronischer Erkrankungen)
- stationäre Vorsorgeleistungen,
- stationäre Vorsorgeleistungen für Mütter/Väter beziehungsweise Mutter-/Vater-Kind-Leistungen (hier gelten besondere Regelungen siehe Seite 9).

Leistungen der Vorsorge sind angezeigt, wenn aus medizinischer Sicht

- Vorsorgebedürftigkeit,
- Vorsorgefähigkeit,
- realistische Vorsorgeziele und
- eine positive Vorsorgeprognose

festgestellt werden. Diese vier Kriterien müssen erfüllt werden und gelten grundsätzlich für alle Leistungen der Vorsorge. Die Beurteilung erfolgt durch den behandelnden Arzt.

### **2.1.1 Ambulante Vorsorge in einem anerkannten Kurort**

Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind (ambulante Vorsorge am Wohnort),

- eine Schwächung der Gesundheit die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.<sup>1</sup>

Reichen die vorgenannten Leistungen der Krankenkasse nicht aus und geht es um leichtere gesundheitliche Probleme, so kann eine ambulante Vorsorgeleistung in Betracht kommen, wenn diese aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die ambulante Vorsorgemaßnahme ist in einem anerkannten Kurort durchzuführen.<sup>2</sup>

Der Versicherte nimmt die Heilmittel des Kurortes in Anspruch, wählt aber selbst seine Unterkunft und hat selbst für diese aufzukommen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Fahrkosten und Kurtaxe werden von der Krankenkasse in der Regel nicht übernommen. Die Satzung der jeweiligen Kasse kann lediglich einen Zuschuss zu diesen übrigen Kosten in Höhe von bis zu 13 Euro täglich vorsehen. Die Leistung müsste dazu allerdings mindestens 14 Tage andauern. Für versicherte chronisch kranke Kleinkinder (bis zum sechsten Lebensjahr) kann der Zuschuss pro Tag bis zu 21 Euro betragen.<sup>3</sup> Chronisch krank bedeutet, dass das Kleinkind dauerhaft ärztlich behandelt werden muss.

Die Kosten für eine ambulante Vorsorgemaßnahme können nur einmal innerhalb von drei Jahren übernommen werden. Eine erneute Leistung kann im Ausnahmefall früher erfolgen, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.<sup>4</sup> Dies müsste dann ärztlicherseits belegt werden.

---

<sup>1</sup> § 23 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V

<sup>2</sup> § 23 Abs. 2 S. 1 SGB V

<sup>3</sup> § 23 Abs. 2 S. 2, S. 3 SGB V

<sup>4</sup> § 23 Abs. 5 S. 4 SGB V

Eine medizinische Vorsorgeleistung dauert maximal drei Wochen und kann nur beim Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit verlängert werden.

Insofern eine ambulante Maßnahme keinen Erfolg mit sich bringt, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine stationäre Maßnahme gewährt werden.

### **2.1.2 Stationäre Vorsorge**

Mittels stationären Vorsorgemaßnahmen soll schweren Gesundheitsstörungen vorgebeugt werden. Die Anwendung von Heilmitteln, Maßnahmen zur Verbesserung des Allgemeinzustandes oder der Gesundheitsberatung stehen dabei im Vordergrund.

Stationäre Vorsorgemaßnahmen kommen infrage, wenn eine ärztliche Behandlung und die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (ambulante Vorsorge am Wohnort) beziehungsweise eine ambulante Vorsorgemaßnahme in einem Kurort nicht ausreichen. Vorgenanntes wäre ansonsten vorrangig vor einer stationären Vorsorgemaßnahme.<sup>5</sup>

Bei Erwachsenen kommen stationäre Vorsorgeleistungen unter folgenden Voraussetzungen in Betracht:

- fehlende Durchführbarkeit ambulanter Vorsorgeleistungen,
- wenn ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort nicht erfolgsversprechend oder ausreichend sind,
- Notwendigkeit eines strukturgebenden Rahmens in einer stationären Einrichtung oder
- Notwendigkeit engmaschiger ärztlicher und medizinischer Kontrollen (zum Beispiel bei Diabetes mellitus).<sup>6</sup>

Die Krankenkasse muss mit der jeweiligen Vorsorgeeinrichtung einen Vertrag geschlossen haben.<sup>7</sup> Mit welchen Einrichtungen eine Vertragsvereinbarung besteht, kann über die jeweilige Krankenkasse in Erfahrung gebracht werden. Die Behandlung selbst erfolgt ganztägig in einer zertifizierten Vertragsklinik.

Die Krankenkasse kann die Kosten für die ärztliche Behandlung, aber auch die für Unterkunft und Verpflegung übernehmen. Der Inhalt der Leistung, das heißt die Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung wird von der Krankenkasse nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse bestimmt. Die Kosten für stationäre Vorsorgemaßnahmen übernimmt die Krankenkasse jedoch nur einmal innerhalb von vier Jahren. Eine vorzeitige abermalige Inanspruchnahme kommt in Betracht, wenn die Leistung aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> § 23 Abs. 4 S. 1 SGB V

<sup>6</sup> MDS, Begutachtungs-Richtlinie, Seite 26

<sup>7</sup> § 111 SGB V

<sup>8</sup> § 23 Abs. 5 S. 4 SGB V

Die Kur dauert längstens drei Wochen und kann nur bei medizinischer Notwendigkeit verlängert werden.<sup>9</sup> Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag kann die stationäre Vorsorgekur dagegen vier bis sechs Wochen andauern.<sup>10</sup>

Sollte ein Elternteil, welcher zuhause Kinder unter 12 Jahren betreut, eine stationäre Vorsorgemaßnahme in Anspruch nehmen, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe bei der Krankenkasse beantragt werden.<sup>11</sup>

## 2.2 Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Im Vergleich zu den Vorsorgemaßnahmen werden Rehabilitationsleistungen gewährt, wenn eine Erkrankung bereits vorliegt. Der gesetzlichen Regelung nach haben "Versicherte [...] einen Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und ihre Folgen zu mildern."<sup>12</sup> Auch Rehabilitationsmaßnahmen können ambulant oder stationär gewährt werden.

Rehabilitationsleistungen kommen in der Regel in Betracht, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind und ärztlich bestätigt werden:

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose.

Für ambulante und stationäre Rehabilitationsleistungen gilt, dass die Krankenkasse nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall die Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtmäßigen Ermessen bestimmt.

Antragsteller können von ihrem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen und darauf Bezug nehmen.<sup>13</sup> Das Sozialgesetzbuch sieht vor, dass ein Rehabilitationsträger berechtigten Wünschen zu entsprechen hat. Versicherte sollten besonders auf die Qualität der medizinisch-therapeutischen Leistungen, Service, Ausstattung und Lage der Klinik achten. Es dürfen keine medizinischen Gründe gegen die Wunschklinik sprechen. Die Klinik muss für die Rehabilitation also geeignet sein und einen Vertrag nach den gesetzlichen Vorschriften haben. Patienten sollten sich rechtzeitig vor einer Rehabilitation bei ihrem Arzt, bei Beratungsstellen der Rehabilitationsträger, beim Sozialdienst im Krankenhaus oder im Internet darüber informieren, welche Klinik besonders geeignet erscheint.

---

<sup>9</sup> § 23 Abs. 5 S. 2 SGB V

<sup>10</sup> § 23 Abs. 7 SGB V

<sup>11</sup> § 38 SGB V

<sup>12</sup> § 11 Abs. 2 S. 1 SGB V

<sup>13</sup> § 9 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX

Außerdem sollte die Klinik einen hohen Qualitätsstandard vorweisen können. Das ist der Fall, wenn die Klinik eine Zertifizierung besitzt. Die Klinik der Wahl sollte von einer unabhängigen Stelle nach anerkannten Qualitätsstandards überprüft und zertifiziert worden sein. Es gibt hierzu auch ein einheitliches Zertifizierungsverfahren.<sup>14</sup> Wird eine anders zertifizierte Klinik gewählt, mit der kein Versorgungsvertrag besteht gewählt, sind dadurch entstehende Mehrkosten vom Versicherten selbst zu tragen.<sup>15</sup> Erste Informationen hierzu können die Kliniken geben.

## 2.2.1 Ambulante Rehabilitation

Ambulante Rehabilitationsleistungen werden in den von der Krankenkasse zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt oder am Wohnort des Patienten.

Zuweisungskriterien für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen:

- Das Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Rehabilitation erreichbar.
- Eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Versorgung des Versicherten ist nicht erforderlich. Die hausärztliche Versorgung ist außerhalb der Rehabilitationszeiten sichergestellt.
- Der Versicherte verfügt über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität und über ausreichende Aktivitäten zur Selbstversorgung.
- Der Versicherte ist für die ambulante Leistung physisch und psychisch ausreichend belastbar.
- Die Rehabilitationseinrichtung kann in einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden.
- Eine Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht notwendig.
- Die hauswirtschaftliche Versorgung ist sichergestellt.<sup>16</sup>

Erst wenn die ambulante Leistung nicht ausreicht, kann eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme gewährt werden.

## 2.2.2 Stationäre Rehabilitation

Auch stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden genauso wie stationäre Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung ganztägig erbracht. Vor allem bei chronischen Erkrankungen und bei ausgeprägten Risikofaktoren ist die stationäre Rehabilitationsmaßnahme geeignet. Stationär ist eine Rehabilitation durchzuführen, wenn die Zuweisungskriterien für eine ambulante Rehabilitation nicht sämtlich erfüllt sind (siehe Seite 8). Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag durchzuführen.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> § 20 Abs. 2a SGB IX

<sup>15</sup> § 40 Abs. 2 S. 2 SGB V

<sup>16</sup> MDS, Begutachtungsrichtlinie, S. 35

<sup>17</sup> § 40 Abs. 2 S. 1 SGB V i. V. m. § 111 SGB V



## 2.3 Besondere Leistungen für Mütter und Väter

Gerade Mütter und Väter sind aufgrund einer Mehrfachbelastung (Beruf, Familie, Haushalt etc.) vielen körperlichen wie seelischen Belastungen ausgesetzt, welche eine Krankheit bedingen können. Für Mütter und Väter gibt es daher besondere Leistungen. Mütter- oder Väter-Maßnahmen, Mutter-Kind- sowie Vater-Kind-Maßnahmen als stationäre Leistungen der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation sind inzwischen Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Bis 2007 handelte es sich hierbei noch um Ermessensleistungen der Krankenkassen.

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt bei dieser Leistungsart nicht, so dass die ambulanten Leistungen nicht ausgeschöpft sein müssen.<sup>18</sup> Einen Anspruch auf eine medizinische Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme haben somit grundsätzlich Frauen und Männer in einer Familienverantwortung, sofern die Leistung angezeigt ist und ärztlicherseits die medizinische Notwendigkeit durch Attest belegt wird.<sup>19</sup>

Vorsorgeleistungen können von versicherten Müttern und Vätern nachgefragt werden, die

- leibliche Kinder,
- Adoptivkinder,
- Stiefkinder,
- Pflegekinder,
- Enkelkinder (bei überwiegender Erziehungsverantwortung der Großeltern) oder
- Kinder in „Patchworkfamilien“

aktuell betreuen und erziehen. Grundsätzlich kann von einer aktuellen Erziehungsverantwortung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes ausgegangen werden. In Einzelfällen kann auch darüber hinaus eine Erziehungsverantwortung bestehen. Bei im Haushalt lebenden, behinderten Kindern kann die Erziehungsverantwortung über das 18. Lebensjahr hinaus reichen.<sup>20</sup>

Die Krankenkasse prüft die eingehenden Leistungsanträge und kann stichprobenartig noch eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) veranlassen. Das Stichprobenverfahren wird von den Krankenkassen festgelegt.

### 2.3.1 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

Angezeigt sind die Leistungen zur medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter insbesondere

- wenn beeinflussbare Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen vorliegen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen werden oder
- wenn die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes gefährdet ist.

---

<sup>18</sup> § 24 Abs. 1 S. 4 Hs. 1 SGB V, § 41 Abs. 1 S. 4 Hs. 1 SGB V

<sup>19</sup> §§ 24, 41 SGB V

<sup>20</sup> MDS, Begutachtungsrichtlinie, S. 28

Eine Vorsorgebedürftigkeit besteht außerdem,

- wenn bei chronischer Krankheit drohende Beeinträchtigungen der Aktivitäten verhindert werden sollen oder
- wenn das Auftreten von Rückfällen oder Verschlimmerungen vermieden beziehungsweise deren Schweregrad vermindert oder dem Fortschreiten der Krankheit entgegengewirkt werden soll
- und ein komplexer mehrdimensionaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz erforderlich ist.

Die Vorsorgeleistung kann auch als Mutter- oder Vater-Kind-Leistung erbracht werden. Eine solche Leistung kann in Betracht kommen, wenn

- das Kind behandlungsbedürftig ist und seiner Indikation entsprechend behandelt werden kann oder
- zu befürchten ist, dass eine maßnahmebedingte Trennung von der Mutter oder dem Vater zu einer psychischen Störungen des Kindes führen kann (zum Beispiel aufgrund des Alters) oder
- bei Müttern/Vätern, insbesondere bei allein erziehenden oder berufstätigen Müttern/Vätern, eine belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung verbessert werden soll oder
- wegen einer besonderen familiären Situation eine Trennung des Kindes von der Mutter oder dem Vater unmöglich ist oder
- das Kind während der Leistungsanspruchnahme der Mutter oder des Vaters nicht anderweitig betreut und versorgt werden und die Durchführung der Leistung für die Mutter oder den Vater daran scheitern kann.<sup>21</sup>

Wird eine Mutter-/Vater-Kind-Leistung in Anspruch genommen, so werden die Kinder in der Einrichtung von pädagogisch qualifiziertem Fachpersonal betreut und, sofern erforderlich, in das Vorsorgekonzept der Mutter oder des Vaters mit einbezogen.

Vorsorgemaßnahmen für Mütter oder Väter werden nur stationär in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer ähnlichen Einrichtung erbracht.<sup>22</sup> Mit der jeweiligen Einrichtung muss ein Versorgungsvertrag bestehen.<sup>23</sup>

Die Leistung dauert längstens drei Wochen und kann nur aus medizinischen Gründen verlängert werden. Zwischen zwei stationären Vorsorgeleistungen müssen in der Regel vier Jahre liegen. Bei medizinischer Notwendigkeit kann es Ausnahmen von dieser Regel geben.<sup>24</sup>

### **2.3.2 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter**

Von den Vorsorgeleistungen zu unterscheiden sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter. Eine Rehabilitation kommt in Betracht, wenn aufgrund einer gesundheitlichen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende

---

<sup>21</sup> MDS, Begutachtungsrichtlinie, S. 32

<sup>22</sup> § 24 Abs. 1 S. 1, S. 2 SGB V

<sup>23</sup> § 24 Abs. 1 S. 3 i. V. m. § 111 a SGB V

<sup>24</sup> § 24 Abs. 2 SGB V

alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder diese bereits bestehen und ein komplexer Behandlungsansatz erforderlich ist.

Die Leistung wird durch eine Einrichtung des Deutschen Müttergenesungswerkes oder einer ähnlichen Einrichtung eines anderen Trägers erbracht. Weitere Informationen sind im Internet unter [www.muettergenesungswerk.de](http://www.muettergenesungswerk.de) zu finden.

## 2.4 Kuraufenthalt im Ausland

Kurorte und -anwendungen gibt es natürlich auch zahlreich im europäischen Ausland. Eine Auslandsbehandlung ist nur dann zulässig, wenn die Inlandsbehandlung im konkreten Fall keinen Erfolg verspricht. Die Kosten für eine Kur im Ausland können dann unter engen Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen werden. Allgemein gelten folgende Voraussetzungen:

- Antragstellung bei der Krankenkasse vor Kurantritt,
- der Arzt des Wohnortes bescheinigt die medizinische Notwendigkeit,
- der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bestätigt der Krankenkasse die medizinische Notwendigkeit ebenfalls,
- keine erneute Leistung innerhalb der Dreijahresfrist.

Zudem wird eine Kur seitens der Krankenkasse im Ausland meist nur gewährt, wenn

- das medizinische Personal am Kurort die deutsche Sprache versteht,
- der Kurort „medizinisch sinnvoll“ gewählt worden ist,
- der Kurort oder das Heilbad anerkannt ist,
- die Qualität der Behandlung der Qualität einer Behandlung in Deutschland nicht nachsteht.

Sollte eine Kur im Ausland in Betracht gezogen werden, ist es empfehlenswert, sich vor der Kurplanung bei der eigenen Krankenkasse näher hinsichtlich der Voraussetzungen und der Kostenübernahme zu informieren. Meist haben die Krankenkassen Kooperationsverträge mit Kurkliniken oder Kurhotels im europäischen Ausland abgeschlossen und können in Frage kommende Orte und Einrichtungen konkret benennen.

## 3. Antragsverfahren

Vor dem Beginn der Maßnahme hat der Versicherte einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Meist ist der Arzt die erste Anlaufstelle. Der behandelnde Arzt kann beurteilen, ob und wenn ja welche Leistung (Vorsorge- oder eher eine Rehabilitationsmaßnahme) notwendig ist und ob alle notwendigen Therapien am Wohnort bereits ausgeschöpft worden sind. Mit dem Arzt kann besprochen werden, welche Therapien und Heilmittel im Einzelnen notwendig sind und ob eine ambulante oder stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung benötigt wird. Bei gegebener medizinischer Notwendigkeit stellt der Arzt eine Verordnung aus. Doch nicht jeder Mediziner ist dazu berechtigt eine solche Verordnung auszustellen. In einem Gespräch mit dem

Arzt oder durch eine Anfrage bei der Krankenkasse, lässt sich dies aber herausfinden. Im Anschluss an das ärztliche Gespräch kann der Antrag beim mutmaßlichen Kostenträger mit der Bitte um Prüfung gestellt werden. Das Antragsformular selbst ist beim zuständigen Träger erhältlich und der Hausarzt kann beim Ausfüllen des medizinischen Teils des Formulars unterstützend tätig sein.

Die Träger holen bei Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit Gutachten ein und machen ihre Entscheidung hiervon abhängig. Ist beispielsweise die Krankenkasse zuständig, so wird diese, wenn nötig, durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) unter Einbeziehung der ärztlichen Unterlagen überprüfen lassen, ob eine Notwendigkeit der beantragten Leistung besteht. In den Begutachtungsrichtlinien des MDK finden sich nähere Hinweise zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen und den Begutachtungsgrundlagen der Krankenkassen.

Wird der Antrag bewilligt, so sollte eine ambulante Rehabilitation möglichst gleich begonnen werden. Alle anderen Maßnahmen sollten zumindest innerhalb der nächsten drei Monate begonnen werden, da ansonsten der Leistungsanspruch entfallen kann. Je nach Art der Maßnahme übernimmt die Krankenkasse den Anteil an den Kosten. Die Krankenkassen haben mit den Anbietern Verträge geschlossen, in denen die Art und Umfang der Leistungen und der Kosten festgelegt sind. In Abhängigkeit davon, dass mit der jeweiligen Einrichtung ein Vertrag besteht, kann ein Zuschuss oder die volle Kostenübernahme seitens des Trägers erfolgen.

Die Krankenkasse kann auch dazu befragt werden, ob es spezielle Fahrdienste oder einen Fahrkartenservice für die Hin- und Rückreise zum Kurort gibt.

Wird die Notwendigkeit einer Leistung seitens der Krankenkasse nicht gesehen, wird der Antrag entweder ganz abgelehnt oder es wird eine andere Maßnahme vorgeschlagen. Die Gründe für die Ablehnung werden in der Regel durch einen Bescheid mitgeteilt. Gegen die Ablehnung des Antrages kann man sich mittels eines Widerspruches wehren. Wenn auch das Widerspruchsverfahren erfolglos bleibt, ist der Weg zum Sozialgericht eröffnet. Vor allem die Fristen für Widerspruch und Klage gilt es für Patienten besonders zu beachten.

## **4. Mögliche Kostenträger**

Welcher Träger für die Kostenübernahme im Einzelfall zuständig ist, hängt im Wesentlichen vom Behandlungsziel und den Krankheitsursachen ab. Die medizinische Beurteilung kann der behandelnde Arzt treffen.

Die Krankenkassen sind vor allem für medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und für die spezifischen Mutter-/Vater-Kind-Leistungen zuständig.

Doch es gibt noch andere Leistungen und damit andere Kostenträger. So wird zum Beispiel eine medizinische Rehabilitation bei langjährig Erwerbstätigen in der Regel durch den Rentenversicherungsträger übernommen werden. Es gilt hier der Grundsatz „Reha vor Rente“. Vorgenanntem Grundsatz nach soll die Erwerbsfähigkeit also solange wie möglich erhalten werden. Als beispielhaft genannte weitere Kostenträger kommen unter anderem auch die Berufsgenossenschaften in Betracht. Letztgenann-

te sind für die Rehabilitation nach Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zuständig.

Hat man den Rehabilitationsantrag bei einem falschen Kostenträger gestellt, so hat dieser den Antrag an den zuständigen Träger weiterzuleiten. Bei den Vorsorgeleistungen (ambulante und stationäre Vorsorgekuren, Mutter-/Vater-Kind-Leistungen) besteht keine Weiterleitungsverpflichtung der unzuständigen Behörde. Bezüglich der Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter können sich Patienten an ihre Krankenkasse wenden.

## 5. Eigenanteil des Versicherten

Bei den Leistungen der Krankenkassen ist meist ein Eigenanteil zu leisten. Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen in der Regel nichts dazu bezahlen.

Patienten müssen im Kalenderjahr nur Zuzahlungen bis zu ihrer individuellen Belastungsgrenze erbringen. Das sind zwei Prozent der jährlichen Familien-Bruttoeinnahmen. Bei schwerwiegend chronisch erkrankten Menschen liegt die Grenze dagegen bei nur einem Prozent. Es besteht die Möglichkeit, sich von der Zuzahlung befreien zu lassen, wenn die individuelle Belastungsgrenze überschritten wird.<sup>25</sup> Patienten sollten dann die Befreiung von weiteren Zuzahlungen bei ihrer Krankenkasse beantragen.

Der Patient hat bei stationären Maßnahmen oder den speziellen Mutter- oder Vater-Kind-Leistungen eine Zuzahlung in Höhe von zehn Euro pro Tag zu leisten. Bei ambulanten Maßnahmen ist der Eigenanteil auch abhängig von den vertraglich vereinbarten Kosten der Kurmittel, die der Arzt verordnet. Je Verordnung fallen zehn Euro an.<sup>26</sup>

Für die Anreise zu stationären Vorsorgeleistungen fallen für die einfache Fahrt eine Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent – mindestens fünf und höchstens zehn Euro – der Kosten an. Bei Fahrten zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen muss zu den Fahrkosten in der Regel nichts zugezahlt werden.

---

<sup>25</sup> § 62 SGB V

<sup>26</sup> § 61 SGB V

## **6. Schlusswort**

In Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen sollen Patienten ihre Gesundheit fördern und zur Selbsthilfe befähigt werden. Auch im Anschluss soll das Erlernte weiter selbständig umgesetzt werden können, so mitunter eine gesunde Ernährung, Bewegung, Stressabbau und Entspannung. Im Entlassungsbericht finden Patienten hierzu entsprechende Hinweise.

Der Sozialverband VdK kann seine Mitglieder über die rechtlichen Voraussetzungen von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen informieren und sie bei der Antragstellung unterstützen. Darüber hinaus können VdK-Mitglieder beispielsweise auch in einem möglichen Widerspruchs- und Klageverfahren für eine Mutter- oder Vater-Kind-Kur oder eine Rehabilitationsleistung unterstützt werden.