

Ambulante Vorsorgeleistung (hieß früher „Badekur“)

Das Gesetz zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen

-vom 26.7.2002, verkündet in BGBl I 2002 Nr. 53 vom 31.7.2002.- besagt:

Anhebung des Kurzuschusses von 8 auf 13 EURO (nach Ermessen der Kasse).

Regeldauer der Kur ist aufgehoben (bisher 3 Wochen).

Das Kurwiederholungsintervall ist auf 3 Jahre verkürzt worden (bisher 4 Jahre).

Die bisherige „offene Badekur“ heißt „**ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort**“ und ist im § 23 SGB V (Sozialgesetzbuch) verankert.

Auf dem Kurarztschein unterscheidet man zwischen

- ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung**
um das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder zu verzögern
und
- ambulante Vorsorgeleistung bei bestehender Krankheit.**
um die Verschlimmerung einer chronisch gewordenen Krankheit zu verhindern.

Die Wirkprinzipien der „Badekur“ sind Schonung (Erholungsförderung), Übung (Regulationstherapie zur Wiedereinregulierung des inneren Gleichgewichts) und Kräftigung (zur Funktionsverbesserung der Organe). Diese Reiz-Reaktionstherapie kann nur an einem entsprechenden Kurort durchgeführt werden = **wohntfern**, nicht am Wohnort selbst.

Der Kurantrag wird vom Hausarzt ausgefüllt und von Ihnen bei Ihrer Krankenkasse eingereicht. Im Antrag genügt es nicht, nur die Diagnose anzugeben, sondern hier muss die „**Krankheitsverhütung**“ begründet werden (z. B. stressbedingte Befindlichkeitsstörungen, Kopfschmerz, Muskelverspannung, Schichtarbeitsfolgen, Schlafstörungen usw.).

Bei einer bestehenden **chronischen Krankheit** muss die **Schädigung** nach der ICF (z. B. Schultersteife, dauerhafter WS-Schmerz bei degenerativen Veränderungen der WS, usw.) mit den resultierenden **Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen** (wie z. B. nicht mehr Socken anziehen oder Schuhe binden möglich, Treppensteigen nicht mehr möglich oder gefährdet, tägliche Hygienemaßnahmen nicht mehr möglich oder stark eingeschränkt, usw.) im Kurantrag attestiert werden.

Wichtig ist auch die Formulierung des Kurziels: Dem Patienten wird dadurch eine Hilfe zum besseren Umgang mit seinem Leiden gegeben, der Erhalt der Fähigkeiten im Alter (Teilhabe) wird gefördert, Pflegebedürftigkeit vermieden oder gemindert. Kurbegleitende Maßnahmen der Gesundheitsförderung können auf dem Kurarztschein empfohlen werden (z. B. Entspannungstechniken, Bewegungstraining, Ernährungsseminare, Raucherentwöhnung usw.).

Seit 1. April 2007 entscheidet der Arzt über die Notwendigkeit einer Kurmaßnahme. **Der MDK (Medizinische Dienst) wird nur noch stichprobenartig die Kuranträge überprüfen.** Entscheiden kann nur Ihre Krankenkasse. Deshalb: **Notwendigkeit einer Kur durch Ihren Hausarzt/Orthopäden gut begründen lassen.** Erfolgt eine Ablehnung der ambulanten Kur, legen Sie Widerspruch ein.

Ihr Hausarzt/Orthopäde kann für die Antragstellung die Ziffer 01623 als Honorar abrechnen. Die Verordnung einer ambulanten Kurmaßnahme belastet nicht das „Budget“ Ihres Arztes. Bei Vorlage des Kurarztscheines beim Badearzt müssen Sie keine 10 € Kassengebühr bezahlen.

Zeigen Sie dieses Informationsblatt Ihrem betreuenden Arzt.

Bei Ablehnung des Kurantrages hilft Widerspruch

Häufigster Grund der Krankenkassen, um eine Reha- oder Vorsorge-
maßnahme abzulehnen: "Die wohnortnahen Möglichkeiten sind nicht
ausgeschöpft". Wird ein Kurantrag abgelehnt, lohnt sich in vielen Fällen
der Widerspruch oder ein persönliches Vorsprechen bei der Kasse.
Dazu hat man einen Monat Zeit. Eine nochmalige ärztliche Stellungnah-
me über Dringlichkeit und die medizinische Notwendigkeit der Kur erhöht
die Aussicht auf Erfolg.

Ein Brief an die Krankenkasse sollte folgende Sätze enthalten:

1. Ich bin mit der Ablehnung meines Kurantrages nicht einverstanden.
2. Hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom (Datum)
für meinen Antrag auf eine ambulante Vorsorgemaßnahme nach
§ 23,2 SGB V vom (Datum) ein.
3. Ich bitte Sie, den damals beigefügten Arztbericht und die neuerli-
che Stellungnahme noch einmal genau zu überprüfen.
4. Ich mache Sie darauf aufmerksam, dass es sich um eine Leistung
der Krankenkassen handelt, die alle drei Jahre gewährt werden
kann.

Immerhin: 80 Prozent aller zunächst abgelehnten Kuranträge werden
dann doch noch von den Krankenkassen akzeptiert.

Ambulante Vorsorgeleistung (hieß früher „Badekur“)

Das Gesetz zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen

-vom 26.7.2002, verkündet in BGBl I 2002 Nr. 53 vom 31.7.2002.- besagt:

Anhebung des Kurzuschusses von 8 auf 13 EURO (nach Ermessen der Kasse).

Regeldauer der Kur ist aufgehoben (bisher 3 Wochen).

Das Kurwiederholungsintervall ist auf 3 Jahre verkürzt worden (bisher 4 Jahre).

Die bisherige „offene Badekur“ heißt „**ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort**“ und ist im § 23 SGB V (Sozialgesetzbuch) verankert.

Auf dem Kurarztschein unterscheidet man zwischen

- ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung**
um das Auftreten einer Krankheit zu verhindern oder zu verzögern
und
- ambulante Vorsorgeleistung bei bestehender Krankheit.**
um die Verschlimmerung einer chronisch gewordenen Krankheit zu verhindern.

Die Wirkprinzipien der „Badekur“ sind Schonung (Erholungsförderung), Übung (Regulationstherapie zur Wiedereinregulierung des inneren Gleichgewichts) und Kräftigung (zur Funktionsverbesserung der Organe). Diese Reiz-Reaktionstherapie kann nur an einem entsprechenden Kurort durchgeführt werden = **wohntfern**, nicht am Wohnort selbst.

Der Kurantrag wird vom Hausarzt ausgefüllt und von Ihnen bei Ihrer Krankenkasse eingereicht. Im Antrag genügt es nicht, nur die Diagnose anzugeben, sondern hier muss die „**Krankheitsverhütung**“ begründet werden (z. B. stressbedingte Befindlichkeitsstörungen, Kopfschmerz, Muskelverspannung, Schichtarbeitsfolgen, Schlafstörungen usw.).

Bei einer bestehenden **chronischen Krankheit** muss die **Schädigung** nach der ICF (z. B. Schultersteife, dauerhafter WS-Schmerz bei degenerativen Veränderungen der WS, usw.) mit den resultierenden **Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen** (wie z. B. nicht mehr Socken anziehen oder Schuhe binden möglich, Treppensteigen nicht mehr möglich oder gefährdet, tägliche Hygienemaßnahmen nicht mehr möglich oder stark eingeschränkt, usw.) im Kurantrag attestiert werden.

Wichtig ist auch die Formulierung des Kurziels: Dem Patienten wird dadurch eine Hilfe zum besseren Umgang mit seinem Leiden gegeben, der Erhalt der Fähigkeiten im Alter (Teilhabe) wird gefördert, Pflegebedürftigkeit vermieden oder gemindert. Kurbegleitende Maßnahmen der Gesundheitsförderung können auf dem Kurarztschein empfohlen werden (z. B. Entspannungstechniken, Bewegungstraining, Ernährungsseminare, Raucherentwöhnung usw.).

Seit 1. April 2007 entscheidet der Arzt über die Notwendigkeit einer Kurmaßnahme. **Der MDK (Medizinische Dienst) wird nur noch stichprobenartig die Kuranträge überprüfen.** Entscheiden kann nur Ihre Krankenkasse. Deshalb: **Notwendigkeit einer Kur durch Ihren Hausarzt/Orthopäden gut begründen lassen.** Erfolgt eine Ablehnung der ambulanten Kur, legen Sie Widerspruch ein.

Ihr Hausarzt/Orthopäde kann für die Antragstellung die Ziffer 01623 als Honorar abrechnen. Die Verordnung einer ambulanten Kurmaßnahme belastet nicht das „Budget“ Ihres Arztes. Bei Vorlage des Kurarztscheines beim Badesarzt müssen Sie keine 10 € Kassengebühr bezahlen.

Zeigen Sie dieses Informationsblatt Ihrem betreuenden Arzt.