Weitere sozialrechtliche Informationen sowie Ratgeber zum kostenlosen Download finden Sie stetig aktualisiert unter www.betanet.de.

© 2024 beta Institut gemeinnützige GmbH | Kobelweg 95, 86156 Augsburg | www.betanet.de

Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren

1. Das Wichtigste in Kürze

Vorsorgeleistungen und -kuren sollen Krankheiten verhüten. Sie können am Wohnort oder in einem Kurort erbracht werden. In einem Kurort, spricht man von einer ambulanten oder stationären Vorsorgekur. Darunter fallen auch Maßnahmen der medizinischen Vorsorge für Mütter und Väter (sog. Mutter-Kind-Kuren bzw. Vater-Kind-Kuren). Vorsorgekuren dauern meist 3 Wochen und werden in der Regel nur alle 3 Jahre (ambulant) bzw. 4 Jahre (stationär) genehmigt.

2. Voraussetzungen

Damit die Krankenkasse die Kosten für Vorsorgeleistungen oder -kuren übernimmt, muss die Leistung notwendig sein, um mindestens eines der folgenden Ziele zu erreichen:

- Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit (körperlich, psychisch oder geistig), aus der sich wahrscheinlich in absehbarer Zeit eine Krankheit entwickeln würde
  oder
- Entgegenwirken einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes
  oder
- Verhütung von Krankheiten oder Vermeidung ihrer Verschlimmerung
  oder
- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit

3. Leistungsumfang

Die Vorsorgeleistungen umfassen

- ärztliche Behandlung
- Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln , Heilmitteln und Hilfsmitteln
- ambulante Vorsorgekur (= offene Badekur)
- stationäre Vorsorgekur
- stationäre Vorsorgekur für Mütter und Väter (Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur)

Es gilt der Grundsatz "ambulant vor stationär". Bei Vorsorgemaßnahmen für Mütter und Väter und für pflegende Angehörige gilt dieser Grundsatz nicht.

3.1. Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob Sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig Vorsorgeleistungen oder -kuren übernimmt (§ 11 Abs. 6 SGB V).

4. Ambulante Vorsorgekur

Ist eine Behandlung im eigenen Wohnort nicht ausreichend, besteht Anspruch auf eine ambulante Vorsorgekur an einem anerkannten Kurort. Anerkannte Kurorte zeichnen sich durch das Vorhandensein natürlicher Heilmittel aus, z.B. Heilquellen oder besonderes Klima. Die Bundesländer regeln die Anerkennung als Kurort. Die versicherte Person muss die Kureinrichtung für eine ambulante Vorsorgekur selbst aussuchen und ihren Aufenthalt selbst organisieren. Für Anwendungen am Kurort ist eine Verordnung vom behandelnden Arzt oder vom Kurarzt (Badearzt) vor Ort nötig. Anwendungen sind z.B. Krankengymnastik oder Massagen. Ambulante Vorsorgekuren sind auch im EU-Ausland möglich, Näheres unter Auslandsbehandlung .

4.1. Dauer und Wartezeit

- Die Kur dauert längstens 3 Wochen, eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.
- Für die Zeit der ambulanten Vorsorgekur müssen Arbeitnehmende Urlaub nehmen.
- Zwischen 2 ambulanten Vorsorgekuren müssen in der Regel 3 Jahre liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

4.2. Kosten und Zuschuss

- Unterkunft und Verpflegung sowie die Kurtaxe muss die versicherte Person bezahlen, jedoch gibt es je nach Satzung der Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 16 € täglich. Gegebenenfalls wird nur bei langer Dauer der Kur ein Zuschuss gewährt und eventuell auch nur eine feste Pauschale.
- Für chronisch kranke Kleinkinder kann dieser Zuschuss je nach Satzung der Krankenkasse bis zu 25 € täglich betragen.
- Fahrtkosten können ggf. zusätzlich bezuschusst oder übernommen werden.

4.3. Zuzahlung

Versicherte nach dem 18. Geburtstag müssen Zuzahlungen für **Anwendungen am Kurort** leisten.

5. Stationäre Vorsorgekur

Reichen ambulante Vorsorgemaßnahmen nicht aus, übernimmt die Krankenkasse eine stationäre Vorsorgekur. Diese umfasst die stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung.

5.1. Dauer und Wartezeit

- Die Kur dauert längstens 3 Wochen, eine Verlängerung ist nur aus medizinischen Gründen möglich.
- Für die Zeit der stationären Vorsorgekur muss ein Arbeitnehmer keinen Urlaub nehmen.
- Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag kann die stationäre Vorsorgekur 4–6 Wochen dauern.
- Zwischen 2 stationären Vorsorgekuren müssen in der Regel 4 Jahre liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

5.2. Zuzahlung

Versicherte nach dem 18. Geburtstag zahlen 10 € pro Tag an die Einrichtung.

5.3. Praxistipp

Begibt sich ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, stationär auf Vorsorgekur, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe beantragt werden.

6. Vorsorgekur für Mütter und Väter

Eine Vorsorgekur für Mütter und Väter wird nur stationär in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung erbracht, Näheres unter Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter.

6.1. Dauer und Wartezeit

- Die Kur dauert längstens 3 Wochen, eine Verlängerung ist nur aus medizinischen Gründen möglich.
- Zwischen 2 stationären Vorsorgekuren für Mütter und Väter müssen in der Regel 4 Jahre liegen. Ausnahmen gibt es nur bei medizinischer Notwendigkeit.

6.2. Zuzahlung

Versicherte nach dem 18. Geburtstag zahlen 10 € pro Tag an die Einrichtung.

6.3. Praxistipp

Eine Haushaltshilfe kann unter den selben Voraussetzungen wie bei einer anderen stationären Vorsorgekur (siehe oben) beantragt werden.

7. Antrag auf Vorsorgekur

Der Antrag muss gemeinsam von der versicherten Person und dem behandelnden Arzt ausgefüllt und **vor** Beginn der Maßnahme bei der Krankenkasse eingereicht und bewilligt werden. Der Medizinische Dienst (MD, früher MDK) prüft in der Regel die Notwendigkeit der Maßnahme.

7.1. Praxistipps

- Um die Erforderlichkeit der Vorsorgemaßnahme zu belegen ist es sinnvoll, dass der Arzt zusätzlich zum ausgefüllten Antrag eine Stellungnahme schreibt, in der die therapeutische Notwendigkeit und die Ziele der Vorsorgemaßnahme dargelegt sind. Hilfreich kann auch ein persönliches Schreiben zur individuellen Situation des Patienten sein.

- Für eine Mutter/Vater-Kind-Kur ist es sinnvoll, sich an eine Beratungsstelle des Müttergenesungswerks zu wenden, um sich dort zur Antragstellung beraten zu lassen. Adressen finden Sie unter www.muettergenesungswerk.de > Beratungsstelle suchen .
- Versicherte können sich bei Erreichen der Belastungsgrenze (1 bzw. 2 % vom Bruttoeinkommen) von der Zuzahlung durch die Krankenkasse befreien lassen. Näheres unter Zuzahlungsbefreiung Krankenversicherung . Vor allem bei Geringverdienenden lohnt es sich, rechtzeitig bei der Krankenkasse einen Antrag zu stellen, da dann möglicherweise nicht die komplette Zuzahlung zu einer Vorsorgekur geleistet werden muss.

8. Kostenträger

Kostenträger von Vorsorgeleistungen und -kuren sind in der Regel die Krankenkassen und unter bestimmten Umständen auch das Sozialamt. Näheres unter Gesundheitshilfe .

9. Ähnliche Leistungen

Die Rentenversicherungsträger finanzieren auch Maßnahmen zur Prävention (=Vorsorge). Sie haben das Ziel, die **Erwerbsfähigkeit** zu erhalten und sind speziell hierauf ausgerichtet. Inhalte sind z.B. gesundheitsförderlicher Sport und verbesserter Umgang mit Belastungen. Sie dienen nicht der Erholung, sondern dem Erlernen gesundheitsförderlichen Verhaltens. Sie beginnen normaler Weise mit einer kurzen stationären oder ganztägig ambulanten Phase von wenigen Tagen. Darauf folgt eine Phase mit 1–2 mal einem Kurs am Abend und später gibt es noch eine kurze stationäre oder ganztägig ambulante Auffrischung. Näheres unter Prävention .

10. Wer hilft weiter?

Behandelnder Arzt, Krankenkasse oder das Müttergenesungswerk

11. Verwandte Links

Kompaktkur

Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Früherkennung von Krankheiten

Prävention

Rechtsgrundlagen: §§ 23, 24 SGB V