Prof. Dr. med. André-Michael Beer
Lehrbereich Naturheilkunde, Abt. Allgemeinmedizin,
Ruhr-Universität Bochum, Hattingen

Koautor:
Prof. Dr. med. Detmar Jobst,
Universitätsklinikum Bonn,
Institut für Hausarztmedizin

Primäre und sekundäre Präventionsmaßnahmen

Kur und Rehabilitation – das sollten Sie wissen!

Kur- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen ähneln Intensivseminaren für Geist und Körper. Es handelt sich dabei um unterschiedliche Maßnahmen, die jeweils eigene Antragsstellungen und Stellungnahmen des Hausarztes oder des Spezialisten erfordern. Dieser Beitrag versucht, Ihnen einen aktuellen Überblick über die komplexe Materie zu geben.

Kuren sollen eine geschwächte Gesundheit stärken. Eine Rehabilitations(Reha)-maßnahme soll erkrankten Menschen helfen, die Krankheit zu bewältigen. Ziel ist es, wieder am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben, um z. B. wieder wie zuvor arbeiten zu können.

Zielgruppen für die Kur sind nicht berufstätige Mütter, zunehmend auch Väter, Selbstständige, Beamte oder Freiberufliche sowie Rentner. Kostenträger sind die Patienten, die Krankenversicherungen sowie die Beihilfe. Für eine Reha-Maßnahme hingegen kommen vor allem Berufstätige mit Rentenversicherungspflicht in Frage. Kostenträger ist die Deutsche Rentenversicherung.

Wenn eine Maßnahme indiziert ist, müssen zunächst folgende Punkte geklärt werden:

- Liegt eine Indikation für eine Kur oder für eine Reha-Maßnahme vor?
- Soll diese ambulant oder stationär erfolgen?
- Soll eine Mutter-/Vater-Kind-Kur verordnet werden?

Wenn die Art der Maßnahme geklärt ist, werden gemeinsam mit den Patienten die gesundheitlichen Ziele, die dafür notwendigen Voraussetzungen und gegebenenfalls auch der passende Kurort besprochen. Einen Überblick über die unterschiedlichen Kur- bzw. Rehabilitationsformen gibt die **Tab. 1**.

Entspannung ist ein wesentlicher Bestandteil jeder Kur oder Rehabilitationsmaßnahme.

© Jevtic / Getty Images / iStock

Die Kur

Seit dem Jahr 2000 ist der Begriff „Kur" in der Sozialgesetzgebung durch die „Ambulante Vorsorgeleistung am anerkannten Kurort" nach § 23, Abs. 2 SGB V, ersetzt worden. Von niedergelassenen Ärzten werden solche ambulanten Vorsorgeleistungen vergleichsweise selten empfohlen: Jährlich werden ca. 100.000 Vorsorgekuren durchgeführt. Die Zahl der genehmigten Reha-Maßnahmen beträgt hingegen mehr als eine Million Fälle!

Gewöhnlich fragen Patienten meist selbst nach einer „Kur". Eine Indikation liegt in der Regel vor, wenn Heilmaßnahmen am Wohnort ausgereizt sind und ein Gesundheitsurlaub (offene Badekur) oder ein wohnortfernes „Intensivseminar" (Kompaktkur) medizinisch notwendig erscheinen. Hierfür müssen die Patienten Urlaub nehmen.

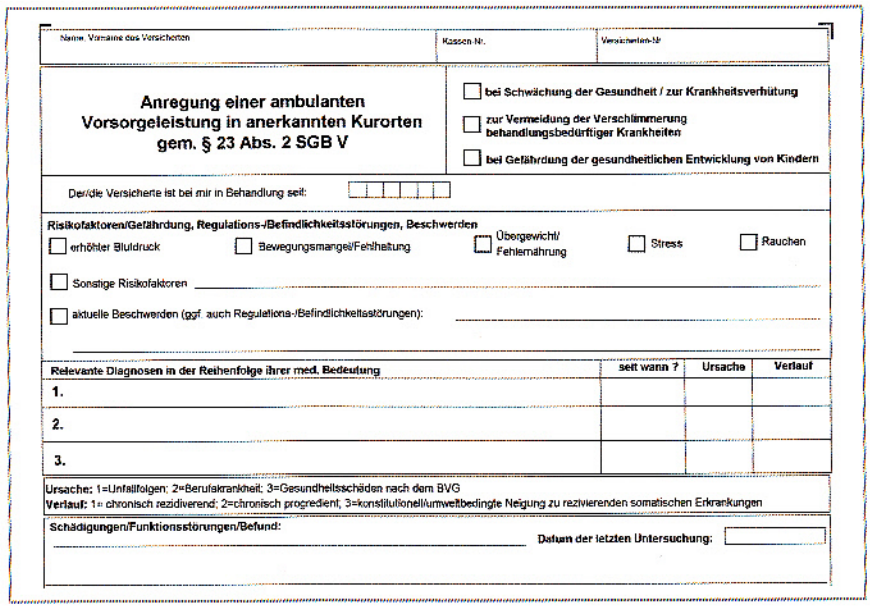
Während einer ambulanten Vorsorgeleistung, die in der Regel drei Wochen dauert, können und sollen vom Kurarzt geeignete Anwendungen für die Beschwerden der Patienten verschrieben werden. Hierzu ist eine Überweisung

▪ *Die Autoren danken Frau Sigrid Ayasse, Abteilungsleitung Kurärztliche Verwaltungsstelle, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund, für die kritische Durchsicht des Manuskripts.*

des Hausarztes an den Kur- und Badearzt notwendig. Die Therapiekosten werden von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen bis auf einen Selbstbehalt der Kurpatienten von 10% getragen. Wichtig ist, dass die Patienten kurfähig sind, um Anwendungen, aktive therapeutische Maßnahmen und die kurbegleitende Gesundheitsförderung nutzen zu können.

Als „Antrag" für eine Vorsorgekur dient die „Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung" (Muster 25). Das Formblatt ist im Internet oder bei den gesetzlichen Krankenkassen erhältlich (**Abb. 1**). Sie wird meist vom Hausarzt ausgefüllt. Die förmliche Anregung wird vom Patienten bei seiner gesetzlichen Krankenkasse eingereicht. Für Privatversicherte wird stattdessen ein Attest über die Notwendigkeit einer ambulanten Vorsorgemaßnahme für Beihilfestellen und/oder PKV erstellt. Wichtig ist die Formulierung des angestrebten Kurziels.

Die Krankenkasse muss innerhalb von drei Wochen antworten (§ 13, Abs. 3a, Patientenrechtegesetz). Meist wird eine Kur bewilligt, wenn ambulante Leistungen am Wohnort nicht ausreichen oder ohne Erfolg durchgeführt worden sind und die vorübergehende Herausnahme des Versicherten aus dem sozialen Umfeld geboten ist. Die Krankenkasse prüft auch, ob Vorsorgebedürftigkeit bzw. -fähigkeit, realistische Vorsorgeziele und eine positive Vorsorgeprognose vorliegen. Gegen eine Ablehnung können Patienten Widerspruch einlegen. Für eine Kur kann in der Regel keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ausgestellt werden, da sich AU-Ursache (Krankheit) und Kur-Veranlassung (Vorsorge) widersprechen.



Name, Vorname des Versicherten | Kassen-Nr. | Versicherten-Nr

Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten gem. § 23 Abs. 2 SGB V

☐ bei Schwächung der Gesundheit / zur Krankheitsverhütung
☐ zur Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten
☐ bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Der/die Versicherte ist bei mir in Behandlung seit: ☐☐☐☐☐☐

Risikofaktoren/Gefährdung, Regulations-/Befindlichkeitsstörungen, Beschwerden

☐ erhöhter Blutdruck ☐ Bewegungsmangel/Fehlhaltung ☐ Übergewicht/ Fehlernährung ☐ Stress ☐ Rauchen

☐ Sonstige Risikofaktoren _____

☐ aktuelle Beschwerden (ggf. auch Regulations-/Befindlichkeitsstörungen): _____

Relevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	seit wann ?	Ursache	Verlauf
1.			
2.			
3.			

Ursache: 1=Unfallfolgen; 2=Berufskrankheit; 3=Gesundheitsschäden nach dem BVG
Verlauf: 1= chronisch rezidivierend; 2=chronisch progredient, 3=konstitutionell/umweltbedingte Neigung zu rezivierenden somatischen Erkrankungen

Schädigungen/Funktionsstörungen/Befund:

Datum der letzten Untersuchung: ☐☐☐☐☐☐

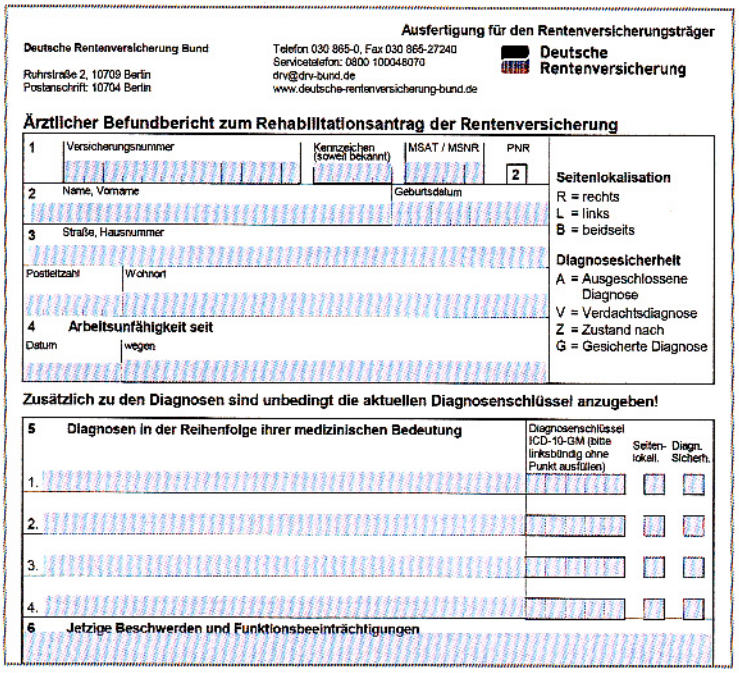
Abb. 1 **Mit diesem Formular wird beantragt, was früher „Kur" hieß.**

Kurortauswahl und Leistungen

Es gibt rund 350 Heilbäder und Kurorte in Deutschland, in denen ambulante Kuren nach § 23, Abs. 2 SGB V, durchgeführt werden. Kurwillige Patienten können wählen, wann sie in welchen Kurort fah-

Tab. 1 **Übersicht zu den verschiedenen Kur- und Rehabilitationsformen**

Formen	Verordner	Kostenträger	Dauer	Wiederholungs-intervall	Ort
Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten	Muster 25, Hausarzt oder Spezialist	13 € / Tag Zuschuss zu den Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe sowie den Fahrkosten. Die Höhe des Zuschusses wird über die Satzung geregelt. Unterschiedliche Regelungen in der GKV.	Die Krankenkasse bestimmt nach den Erfordernissen des Einzelfalls – i.d.R. drei Wochen.	Nach drei Jahren.	Anerkannter Kurort
Kompaktkuren	Im Muster 25 „Kompaktkur" ankreuzen		Bis zu drei Wochen, auf Antrag länger	Nach drei Jahren	Anerkannte(r) Kurort oder Kurklinik
Ambulante Rehabilitation	Hausarzt oder Spezialist	Rentenversicherung, bei Rentnern: GKV + PKV (je nach Vertrag)	Längstens 20 Behandlungstage	Nach vier Jahren	Ambulante wohnortnahe Reha-Einrichtungen
Stationäre Rehabilitation	Hausarzt oder Spezialist	Rentenversicherung, bei Rentnern: GKV + PKV	Mindestens drei Wochen	Nach vier Jahren	Stationäre Reha-Fachkliniken
Mutter oder-Vater-Kind-Kuren	Hausarzt, Kinderarzt (oder Spezialist)	GKV, PKV je nach Vertrag	Drei Wochen	Nach vier Jahren	Kureinrichtungen u. a. von Caritas, Diakonie, AWO
Ambulante Anschlussheilbehandlung	Einleitung durch Krankenhaus	GKV/Rentenversicherung	Drei Wochen	Krankheits-abhängig	Ambulante wohnortnahe Reha-Einrichtungen
Stationäre Anschlussheilbehandlung	Einleitung durch das Krankenhaus	GKV/Rentenversicherung	Längstens 20 Behandlungstage	Krankheits-abhängig	Stationäre Reha-Fachkliniken



Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße 2, 10709 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-27240
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

Deutsche Rentenversicherung

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1 Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR | PNR 2

2 Name, Vorname | Geburtsdatum

3 Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Wohnort

4 Arbeitsunfähigkeit seit
Datum | wegen

Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseits

Diagnosesicherheit
A = Ausgeschlossene Diagnose
V = Verdachtsdiagnose
Z = Zustand nach
G = Gesicherte Diagnose

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnosenschlüssel anzugeben!

5 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung | Diagnosenschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen) | Seiten-lokal. | Diagn. Sicherh.

1.
2.
3.
4.

6 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen

Abb. 2 **Der Antrag auf eine Reha-Maßnahme.**

ren wollen, müssen jedoch Anreise, Verpflegung und Unterkunft selbst organisieren und bezahlen. Von ca. 100 Krankenkassen werden hierfür auf Antrag Zuschüsse (13 Euro pro Tag) gewährt. Auch Beamte und privat versicherte Angestellte im öffentlichen Dienst können für ihre Kur einen Zuschuss beantragen.

Indikationsabhängig gibt es Präferenzen für Heilbäder und Kurorte. Für eine genehmigte Kompaktkur organisiert die Krankenkasse den therapeutischen Teil und schlägt dafür geeignete Kurorte vor. Alle Kurorte werden regelmäßig staatlich überprüft [1, 2].

Stationäre Vorsorgekur

Stationäre Vorsorgekuren nach § 23 Abs. 4 SGB V, werden für Erwachsene nur mit sekundärpräventiver Zielsetzung genehmigt, wenn sie nicht ausreichend mobil für eine ambulante Kur sind oder wenn eine ambulante Kur nicht erfolgversprechend ist. Darüber hinaus kommen Patienten zur stationären Vorsorgekur auch, wenn die „Notwendigkeit des strukturgebenden Rahmens einer stationären Einrichtung oder Notwendigkeit engmaschiger ärztlicher und medizinischer Kontrollen vorliegt" [3], wenn sie für eine ambulante Kur psychisch nicht belastbar genug sind oder wenn sie Angehörige pflegen.

Die Krankenkassen als Kostenträger legen fest, in welcher Einrichtung die Kur durchgeführt werden soll. Sie bestimmen auch Art, Umfang, Beginn und Dauer. Beantragt wird sie von ärztlicher Seite seit April 2016 auf dem Formular Muster 61 (unter Wegfall der bisherigen Vorprüfung Muster 60) [4].

Reha-Maßnahme

Besteht für die Patienten Rentenversicherungspflicht, was bei Berufstätigen die Regel ist, übernimmt die Rentenversicherung alle Kosten der Reha-Maßnahme (Formular G 1204, „Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag", **Abb. 2**). Die stationäre Rehabilitation erfolgt nach § 40 SGB V in anerkannten Reha-Kliniken der Rentenversicherungsträger. Ca. 13% der Reha-Maßnahmen, insbesondere nach orthopädischen Eingriffen, erfolgen ambulant am Wohnort [5].

Für die Unterbringung in einer Reha-Klinik beträgt die Selbstbeteiligung 10 Euro täglich. Sie wird direkt an die Reha-Klinik oder das Reha-Zentrum gezahlt. Zuzahlungsbefreiungen gelten für Geringverdiener. Patienten haben bei gegebener Indikation alle vier Jahre Anspruch auf eine Reha-Maßnahme. Bei bestimmten Fähigkeitsstörungen bzw. Einschränkungen sind frühere Wiederholungen möglich.

AHB-Verfahren

Eine ambulante oder stationäre Anschluss-Reha-Maßnahme (AHB) ist nach schweren Eingriffen, längeren chronischen Erkrankungen mit stationärem Aufenthalt, nach Herzinfarkt und nach Krebsbehandlungen indiziert. Sie erfolgt im Anschluss an die Krankenhausbehandlung, i. d. R. innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung. Der AHB-Antrag wird vom Krankenhaus gestellt. Als Kostenträger fungieren die Krankenkassen, Unfallkassen und Rententräger nach internen Verteilungsschlüsseln.

Geriatrische Rehabilitation

Die gesetzlichen Krankenkassen, aber auch private Krankenversicherungen, sind Leistungsträger von „Maßnahmen zum Erhalt der Fähigkeiten im Alter". Es soll Pflegebedürftigkeit vermieden oder gemindert werden. Hierzu sind geriatrische Früh-Reha-Maßnahmen bei bestimmten Krankheitsbildern wie Morbus Parkinson oder Schlaganfall oder geriatrischen Reha-Maßnahmen bei Multimorbidität ärztlich zu beantragen [6, 7]. ▬

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. **Kur und Rehabilitation sind unterschiedliche Heilmaßnahmen.**
2. **Seit dem Jahr 2000 heißt die „Kur" in der Sozialgesetzgebung „Ambulante Vorsorgeleistung am anerkannten Kurort" nach § 23 Abs. 2 SGB V.**
3. **Die stationäre Rehabilitation erfolgt nach § 40 SGB V in anerkannten Reha-Kliniken der Rentenversicherungsträger.**

→ **Literatur: springermedizin.de/mmw**

→ **Title and Keywords: Spa therapy and rehabilitation – what the resident doctor should know**
Spa Therapy / rehabilitative measures / outpatient spa treatments / family doctor

→ **Für die Verfasser:**
Prof. Dr. med. André-Michael Beer
Lehrbereich Naturheilkunde, Abt. Allgemeinmedizin, Ruhr-Universität Bochum;
Im Vogelsang 5–11, D-45527 Hattingen
E-Mail: a.beer@klinikum-bochum.de

MMW
FORTSCHRITTE DER MEDIZIN
3. November 2016
Jahrgang 158
19

ALARM IM BLUT → Ist es eine Hämoblastose?
ABRECHNUNG NACH GOÄ → Wirtschaftlich auf Influenza testen
VERSTOPFTE NASE → Was Sie unbedingt fragen müssen

FERTILITÄTSERHALT

Hoffnung auf Nachwuchs – trotz Krebs

springermedizin.de/mmw
Springer Medizin