

● **Kompakt: Wie beantrage ich eine Reha oder Kur?**

7 Fragen & Antworten, wie Sie sich die Auszeit für Ihre Gesundheit genehmigen lassen. Von Sabine Meuter

Ob nach einem Unfall oder einem längeren Krankenhausaufenthalt – eine Reha hilft Betroffenen, wieder auf die Beine zu kommen. Und eine Kur trägt dazu bei, möglichst lange gesund zu bleiben. Aber auch ohne schwere Erkrankung kann man eine Kur beantragen und sich so eine Auszeit für die Gesundheit verschaffen. Was Sie dabei beachten sollten.

1. Was ist eine Kur?

Eine Kur dient in erster Linie der Vorbeugung. Massagen und Bäder tragen dazu bei, gesund zu bleiben, erklärt Dirk von der Heide von der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin. Eine Kur erfolgt entweder ambulant, stationär oder teilstationär. Bei einer ambulanten Kur quartiert sich der Patient selbst in einem staatlich anerkannten Kurort ein und erhält Behandlungen in einem Gesundheits- oder Kurzentrum. Diese Kuren sind für den Fall gedacht, dass eine ambulante Behandlung vom Arzt nicht ausreicht. Eine teilstationäre Kur umfasst das gesamte Angebot einer vollstationären Kur – allerdings ist der Patient nicht in der Klinik untergebracht.

2. Für wen kommt eine Kur infrage?

Wer über einen langen Zeitraum Symptome hat, die nicht besser werden, sollte seinen Arzt nach einer Kur fragen. Ein Beispiel: Ein Patient leidet unter Bluthochdruck. Um zu vermeiden, dass seine Gesundheit langfristig Schaden nimmt, kann eine Kur mit Bewegungs- und Atemtherapie sowie Wechselduschen und Abreibungen helfen. „Bei einer Kur, die vor einem Burn-out schützen soll, werden Gesprächstherapien in das Konzept eingearbeitet“, erklärt Uwe Strunk vom Deutschen Heilbäderverband.

3. Und was ist eine medizinische Rehabilitation?

Mit einer medizinischen Reha werden Patienten zum Beispiel nach einem Unfall oder einer großen Operation wieder fit für den Alltag gemacht. So verhindern die Ärzte im Idealfall, dass der Patient pflegebedürftig wird. Mit einer Reha lässt sich auch vermeiden, dass Beschwerden chronisch werden, erklärt Daniela Hubloher von der Verbraucherzentrale Hessen in Frankfurt am Main. Bei älteren Patienten ist manchmal eine geriatrische Reha sinnvoll. Sie kann ihnen helfen, länger selbstständig zu bleiben.

4. Wo wird eine Kur oder eine Reha beantragt?

Droht der Arbeitnehmer arbeitsunfähig zu werden, ist in der Regel die Rentenversicherung oder die gesetzliche Unfallversicherung zuständig, erklärt Hubloher. Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt meist, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht oder der behandelnde Arzt eine medizinische Reha verordnet hat. „Grundsätzlich haben alle Versicherten gesetzlicher Krankenkassen Anspruch auf medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen“, betont die Verbraucherschützerin. Private Krankenkassen zahlen die Reha dagegen nur, wenn ein entsprechender Tarif gebucht wurde.

5. Müssen Patienten etwas für die Reha bezahlen?

„Bei ambulanten oder teilstationären Reha-Leistungen der Deutschen Rentenversicherung werden keine Zuzahlungen fällig“, erklärt von der Heide. Bei stationären medizinischen Leistungen müssen Patienten eine Zuzahlung von höchstens 10 Euro pro Tag maximal für 42 Tage pro Kalenderjahr leisten. Bei ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen beträgt die Zuzahlung für volljährige Versicherte 10 Euro pro Tag – ohne zeitliche Begrenzung. „Bei einer Anschlussreha sowie bei Krankheitsbildern, deren Behandlung von vornherein länger dauert als die üblichen drei Wochen, ist die Zuzahlung auf 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt“, sagt Hubloher. Rehabilitationen auf Kosten der Unfallkasse sind zuzahlungsfrei.

Fahren Patienten für ambulante Vorsorgeleistungen in einen Kurort, müssen sie Unterkunft und Verpflegung selbst zahlen. „Die Krankenkassen können täglich bis zu 16 Euro beisteuern, bei chronisch kranken Kleinkindern bis zu 25 Euro“, sagt Hubloher.

6. Was ist beim Antrag zu beachten?

Der Arzt sollte die medizinische Notwendigkeit einer Kur oder Reha ausführlich begründen. Dabei ist es wichtig, dass er genau angibt, inwiefern sich die Beschwerden auf den Alltag des Patienten auswirken. Auch was sich der Arzt von einer Reha verspricht und wie erreichbar die Ziele sind, sollte vermerkt sein, erklärt Hubloher. Den Antrag kann der Patient auch gemeinsam mit dem Arzt ausfüllen. Formulare gibt es bei den Krankenkassen, den Servicestellen der Deutschen Rentenversicherung und den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Dort können sich Patienten ebenso beraten lassen wie etwa bei Verbraucherzentralen oder einem Sozialverband.

7. Was tun, wenn der Antrag abgelehnt wird?

In diesem Fall sollten Betroffene Widerspruch einlegen – und zwar innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheids. Wird der Widerspruch abgelehnt, kann binnen vier Wochen Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Dieses Verfahren ist für Patienten kostenfrei, zieht sich aber oft in die Länge. Es kann daher sinnvoller sein, einige Monate zu warten und dann einen neuen – besser begründeten – Antrag zu stellen, rät Hubloher.

■