

Wir informieren

Ihr Weg zur Kur

Ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind trotz der letzten Gesundheitsreformen immer noch Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Beide Rehabilitationsleistungen dauern in der Regel drei Wochen. Stationäre Maßnahmen können grundsätzlich nach vier Jahren, ambulante Maßnahmen nach drei Jahren wiederholt werden. Wenn es medizinisch notwendig ist, sind jedoch auch längere Kuren und häufigere Wiederholungen möglich. Sollten Sie eine Kur in Erwägung ziehen, ist es ratsam, mit dem Hausarzt zu erörtern, ob eine ambulante oder eine stationäre Maßnahme in Betracht kommt.

Bei einer ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme tragen die Krankenkassen die Kosten für den Kurarzt, die verordneten Arzneimittel und die Kurheilmittel. Zusätzlich erhalten Sie in der Regel einen Zuschuss von bis zu 16,- € für Logis und Kurtaxe.

Für Versicherte über 18 Jahren gelten die gesetzlichen Zuzahlungsregeln, d.h. für Heilmittel 10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10,- € je Verordnung, für Medikamente 10 % der Kosten, mindestens 5,- €, aber maximal 10,- €, sowie 10,- € Eigenanteil pro Kurtag.

Sofern die Kur eine Anschlussheilbehandlung, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt, darstellt, ist der Eigenanteil von 10,- € pro Tag auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Zuzahlungen, die bereits an das Krankenhaus geleistet wurden, werden angerechnet.

Bei einer stationären Kur werden von den Krankenkassen die vollen Kosten übernommen. Sie sind dabei in einem Kurheim untergebracht. Auch hier beträgt der persönliche Eigenanteil für jeden Tag der Maßnahme 10,- €, wobei in Fällen der Anschlussheilbehandlung wiederum nur für 28 Tage gezahlt werden muss. Im letzteren Fall wird auch hier die im Krankenhaus bereits entrichtete Zuzahlung angerechnet.

So wird's gemacht:

- [Antragsformular bei Ihrer Krankenkasse abholen](#)
- [Formular mithilfe des Hausarztes ausfüllen](#)
- [Bei der Krankenkasse zur Prüfung einreichen](#)
- [Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung \(MDK\), ob die erforderliche medizinische Notwendigkeit für eine Kur besteht](#)
- [Bewilligung der Kurmaßnahme](#)

Sollte Ihr Antrag abgelehnt werden, haben Sie die Möglichkeit, ein Widerspruchsverfahren durchzuführen. Ihre örtliche VdK-Geschäftsstelle hilft Ihnen gerne dabei.

Falls Sie noch im Erwerbsleben stehen und Ihre Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, kommt als Kostenträger übrigens auch Ihre Rentenversicherungsanstalt in Betracht.

Vorsicht: Sie haben in diesem Fall nur bedingt Einfluss auf Kurort und Kurzeit. Und auch hier müssen Sie für jeden Kalendertag einen maximalen Eigenanteil von 10,- € für maximal 42 Tage beitragen. Die genaue Höhe des Eigenanteils richtet sich nach dem Einkommen. Bei einer Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung zahlen Sie für längstens 14 Tage. Wenn Sie zum Zeitpunkt der Antragstellung jedoch das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder Empfänger von Grundsicherung sind, müssen Sie die Gebühr nicht entrichten.

Bei Fragen zur Kur können sich unsere Mitglieder an jede VdK-Geschäftsstelle wenden.