

STATIONÄRE REHABILITATION / KUREN

...sind Maßnahmen, welche in einem Krankenhaus, einer Rehaklinik oder einem Sanatorium stattfinden können. Die Voraussetzungen sind, dass der Patient stationär untergebracht wird (Übernachtung), regelmäßige ärztliche Untersuchungen bekommt und vom Arzt verordnete Heilanwendungen (Krankengymnastik, Massagen, Bäder) in Anspruch nimmt.

Das Sanatorium Allgäu Sonne:

Seit 1984 ist die Allgäu Sonne als privates Sanatorium zugelassen und bietet Ihnen somit die Möglichkeit, eine von Ihrer Krankenkasse oder Beihilfestelle genehmigte Kur im Rahmen der Original Oberstauferer Schothkur und auch im Rahmen der Vollverpflegung in der Zeit vom 6. Januar bis 22. Dezember durchzuführen.

Um für Sie einen effektiven Ablauf Ihrer Kur gestalten zu können, bitten wir Sie, uns eine Kopie Ihres Arztberichtes sowie die Zusage Ihrer Kostenübernahme zukommen zu lassen. So können wir gewährleisten, dass Sie bei uns in den richtigen Händen sind und wir die notwendigen Anwendungen durchführen können.

Sind Sie privat versichert und / oder beihilfeberechtigt?

Nach § 30 BVO und Nr. 6 der Beihilfevorschrift zur Durchführung von Sanatoriumskuren ist unser Haus beihilfefähig. Der niedrigste Tagessatz für das Jahr 2024 liegt im Rahmen der Original Oberstauferer Schrothkur bei 193,- € bzw. im Rahmen der Vollverpflegung bei 213,- € pro Tag.

Weitere Leistungen wie Arztkosten oder Anwendungen im physikalisch-therapeutischen Bereich werden separat berechnet. Für die Original Schroth'schen Kurpackungen berechnen wir pro Woche 147,- € für unsere Aromapackungen 153,- € pro Woche.

Die gesamte Rechnung Ihres Aufenthaltes wird vor Ort beglichen und von uns zum Einreichen bei Ihrer Krankenkasse oder Beihilfestelle vorbereitet.

Sie sind gesetzlich sozialversichert?

Nach § 111 SGB V Sozialgesetzbuch Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen besteht die Möglichkeit, eine Kur in unserem Hause durchzuführen, die wir nach Ende Ihres Aufenthaltes mit Ihrer Krankenkasse verrechnen.

Unser Haus verfügt über eine Vergütungsvereinbarung nach § 111 Abs. 5 SGB V mit folgenden Krankenkassen:

- Verband der Angestellten – Krankenkassen e.V.,
 - Landes- Vertretung Bayern
 - AOK – Landesverband Bayern
 - BKK – Landesverband Bayern
 - Bundesknappschaft – Verwaltungsstelle München
 - Landwirtschaftliche Krankenkassen Oberbayern
 - IKK classic

- Verband der Ersatzkassen e.V. (VDEK) Barmer GEK
 - Techniker Krankenkasse (TK)
 - DAK - Gesundheit (Ersatzkasse)
 - Kaufmännische Krankenkasse /KKH)
 - HEK – Hanseatische Krankenkasse
 - HKK

Unser Haus erbringt für die Versicherten der Mitgliedskassen der Krankenkassenverbände medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4 SGB V).

Wir bitten Sie Ihrer Krankenkasse im Voraus mitzuteilen, dass Sie eine Kur in unserem Hause durchführen wollen. Sollte unsere Einrichtung alle Voraussetzungen erfüllen, wird, je nach Krankenkasse, eine Anfrage bzgl. Kapazität von der Kasse direkt oder über Sie an unser Haus erfolgen.

Bei ausreichender Kapazität erhalten Sie eine Reservierungsbestätigung unsererseits. Diese sollte Ihrer Kasse vorgelegt werden, damit wir noch vor Ihrer Anreise die Kostenübernahme von Ihrer Krankenkasse erhalten.

Gegebenenfalls sind vor Ort weitere Leistungen, wie beispielweise Ihre Rezeptgebühr, Ihr Eigenanteil und sonstige Extraleistungen außerhalb Ihrer genehmigten Kur zu zahlen. Gegen Aufpreis ist ein Upgrade in eine höhere Zimmerkategorie möglich.

Sie haben Schecks für eine ambulante oder offene Bäderkur / ambulante Kur zur Vorsorge:

Im Rahmen einer ambulanten- oder offenen Bäderkur erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse, je nach Krankenkasse, 3 Bäderschecks.

- Für den Arzt: Sie können bei uns im Haus zum Arzt gehen oder im Ort zu einem Arzt Ihrer Wahl.
- Für die Physiotherapie- & Massageabteilung: Hier zahlen Sie die Rezeptgebühr (10,- € pro Rezept) zuzüglich des gesetzlichen Eigenanteils, je nach Krankenkasse (10% der verordneten Leistungen).

Logis und Verpflegung werden separat berechnet und sind bei Abreise vor Ort zu zahlen.

§ 111 - Versorgungsverträge mit Vorsorgeeinrichtungen

(1) Die Krankenkassen dürfen medizinische Leistungen zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4) oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschluss Heilbehandlung (§ 40), die eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordern, nur in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erbringen lassen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach Absatz 2 besteht.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit Wirkung für ihre Mitgliedskassen einheitliche Versorgungsverträge über die Durchführung der in Absatz 1 genannten Leistungen mit Vorsorgeeinrichtungen, die

1. die Anforderungen des § 107 Abs. 2 erfüllen und
2. für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge einschließlich der Anschluss Heilbehandlung notwendig sind.

§ 109 Abs. 1 Satz 1 gilt entsprechend. Die Landesverbände der Krankenkassen eines anderen Bundeslandes und die Verbände der Ersatzkassen können einem nach Satz 1 geschlossenen Versorgungsvertrag beitreten, soweit für die Behandlung der Versicherten ihrer Mitgliedskassen in der Vorsorgeeinrichtung ein Bedarf besteht. Absatz 5 Satz 7 und 8 gilt entsprechend.

(3) Bei Vorsorgeeinrichtungen, die vor dem 1. Januar 1989 stationäre medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag in dem Umfang der in den Jahren 1986 bis 1988 erbrachten Leistungen als abgeschlossen. Satz 1 gilt nicht, wenn die Einrichtung die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 1 nicht erfüllt und die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam dies bis zum 30. Juni 1989 gegenüber dem Träger der Einrichtung schriftlich geltend machen. Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 2025.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorgeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge zugelassen. Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit einer Frist von einem Jahr gekündigt werden, wenn die Voraussetzungen für seinen Abschluss nach Absatz 2 Satz 1 nicht mehr gegeben sind. Mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ist Einvernehmen über Abschluss und Kündigung des Versorgungsvertrags anzustreben.

(5) Die Vergütungen für die in Absatz 1 genannten Leistungen werden zwischen den Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen vereinbart. Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglicher Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Krankenkasse ist die Zahlung dieser Vergütungen nachzuweisen. Sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, haben die Vertragsparteien die Vereinbarungen für den Zeitraum, der am Tag der Feststellung durch den Deutschen Bundestag beginnt und am Tag der Aufhebung der Feststellung, spätestens jedoch mit Ablauf des 7. April 2023 endet, an diese Sondersituation anzupassen, um die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten. Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(6) Soweit eine wirtschaftlich und organisatorisch selbständige, gebietsärztlich geleitete Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung an einem zugelassenen Krankenhaus die Anforderungen des Absatzes 2 Satz 1 erfüllt, gelten im Übrigen die Absätze 1 bis 5.

SGB V § 23 Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

1. eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

(2) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten erbringen. Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten, die Versicherten im Zusammenhang mit dieser Leistung entstehen, einen Zuschuss von bis zu 13 Euro täglich vorsehen. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 25 Euro erhöht werden.

(3) In den Fällen der Absätze 1 und 2 sind die §§ 31 bis 34 anzuwenden.

(4) Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 und 2 nicht aus, kann die Krankenkasse Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige kann die Krankenkasse unter denselben Voraus-

setzungen Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer Vorsorgeeinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht. Die Krankenkasse führt statistische Erhebungen über Anträge auf Leistungen nach Satz 1 und Absatz 2 sowie deren Erledigung durch.