



ALLGÄU-SONNE

★★★★★

Kuren/ Stationäre Rehabilitation/ Stationäre Heilbehandlungen

...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 1994 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 Oberstaufener Schrothkur“ und auch im Rahmen der Vollverpflegung in der Zeit vom 6. Januar bis 23. Dezember durchzuführen.

Folgende Behandlungsschwerpunkte / Indikationsspezifikationen bieten wir in unserem Hause an: Indikationsnummern

02: Krankheiten der Gefäße

04: Degenerative rheumatische (orthopädische) Erkrankungen

06: Stoffwechselerkrankungen

12: Hauterkrankungen

Um Ihnen einen effektiven Ablauf während 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.

Sie sind privat versichert oder beihilfeberechtigt?

Nach § 30 GVO und Nr. 6 der Beihilfevorschrift zur Durchführung von Sanatoriumskuren ist unser Haus beihilfefähig. Der niedrigste Tagessatz für das Jahr 2013 liegt im Rahmen der „Original Oberstaufener Schrothkur“ bei € 139,- bzw. im Rahmen der Vollverpflegung bei € 145,- 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 € 99,-, für unsere Aromapackungen € 105,- pro Woche.

Die gesamte Rechnung Ihres Aufenthaltes wird vor Ort beglichen und von unseren Mitarbeitern 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
Bundesknavpschaft – 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 Mitglieds-kassen der Krankenkassenverbände medizinische Leistungen

- zur Vorsorge (§ 23 Abs. 4 SGB V)
- zur Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 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 Badekur/Vorsorgeleistung:

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

1. Für den Arzt. Sie können bei uns im Haus zum Arzt gehen oder im Ort zu einem Arzt Ihrer Wahl.
2. Für die Physiotherapie- & Massageabteilung. Hier zahlen Sie die Rezeptgebühr (10,- € pro Rezept) zuzüglich des gesetzlichen Eigenanteils, je nach Krankenkasse (10% der verordneten Leistungen).
3. Für die Kurpackungen. Sie zahlen die Rezeptgebühr (10,- €) und den gesetzlichen Eigenanteil (z.Z. bei normaler Packung € 0,78, bei Aromapackungen € 1,78).

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

§ 111

Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

(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 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 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 oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 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 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ein Bedarf besteht.

(3) Bei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 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.

(4) Mit dem Versorgungsvertrag wird die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung für die Dauer des Vertrages zur Versorgung der Versicherten mit stationären medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation 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.

(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 21 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.

§20 Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die

Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.