

IHR WEG ZUR KUR ODER REHA

Sprechen Sie zuerst mit Ihrem Arzt (Hausarzt, Betriebsarzt) über die Möglichkeit einer Kur. Er stellt die Empfehlung für eine Kur aus und bereitet die entsprechenden Unterlagen und Antragsformulare, die Sie bei Ihrer Krankenkasse erhalten, vor.

Die »Ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten« ist die Bezeichnung für die klassische offene oder ambulante Kur. Hier können Sie weitgehend den Kurort und den Kurtermin selbst bestimmen und haben darüber hinaus auch die freie Wahl der Unterkunft und des Kurarztes. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die ärztliche Behandlung und 90 % der Kurmittelkosten. Zu den übrigen Kosten (Fahrtkosten, Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe) kann ein pauschaler Zuschuss von bis zu 16,- € pro Tag gewährt werden.

»Stationäre Vorsorgeleistungen« oder »Stationäre Rehabilitation« heißt die frühere Klinikkur oder stationäre Kur. Die Vielzahl der Bezeichnungen (s. u.) ist durch gesetzliche Vorschriften und die Trennung der Kostenträgerschaft bedingt. Bei dieser Art der Kur werden alle Kosten vom Kostenträger übernommen. Sie zahlen lediglich eine Eigenleistung von 10,- € pro Tag.

Kurmittel im Urlaub

Auch innerhalb der mindestens 3-jährigen »Kurpause« besteht die Möglichkeit, etwas für seine Gesundheit zu tun. Es ist erlaubt, dass Sie Heilmittelverordnungen (Rezepte) von Ihrem Hausarzt mitbringen und die verordneten Anwendungen am Urlaubsort in Anspruch nehmen. Sie zahlen lediglich 10 % Eigenanteil und 10,- € je Verordnung. Oder Sie gehen mit Ihrer Versichertenkarte zu einem niedergelassenen Badearzt, der gemäß Ihren Beschwerden und des Krankheitsbildes entsprechende Kurmittel verordnet. Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Kurtaxe werden von der Krankenkasse nicht übernommen.



Deutscher Heilbäderverband e.V.



Heilbäder und Kurorte in Hessen

Gespräch mit dem Arzt Er erteilt Attest/Kurempfehlung (ggf. schon mit Kurortempfehlung)				Stationäre Anschluss-Rehabilitation*
Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (§ 23,2 SGB V)	Stationäre Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten Kostenträger: Krankenkasse (§ 23,4 SGB V)	Stationäre Rehabilitation* Kostenträger: Krankenkasse (§ 40,2 SGB V) Kostenträger: Rentenversicherung (§§ 9 ff. SGB VI)		
Antrag durch den Arzt bei der Krankenkasse, bei der Servicestelle	Antrag bei der Krankenkasse, bei der Servicestelle		Antrag durch den Versicherten mit ärztlichem Befundbericht	Antrag stellt das Krankenhaus
Gutachten durch den Med. Dienst MDK	Gutachten durch den Med. Dienst MDK		Vorstellung beim Sozialmedizinischen Dienst	Krankenhaus ermittelt Kostenträger und erwirkt Bewilligung
Bewilligung durch die Krankenkasse	Bewilligung durch die Krankenkasse		Bewilligung durch die Deutsche Rentenversicherung	Kostenträger und/oder Krankenhaus ermitteln geeignete und zugelassene (AHB-) Klinik
Sie entscheiden sich (mit Ihrem Arzt s. o.) z. B. für Bad Orb und wählen Termin, Unterkunft, Kurarzt	Patient u. Krankenkasse wählen eine Vertragseinrichtung (Klinik) Empfehlung der Krankenkasse		Kostenträger teilt Ort, Einrichtung und ca.- Termin mit, Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten	
Durchführung Die gesetzl. Krankenkasse übernimmt 90 % der Kosten der therapeutischen Maßnahmen und kann einen Tagesgeldzuschuss von bis zu 16,- €/Tag für Unterkunft und Kurtaxe bewilligen. Sie zahlen lediglich 10% Eigenanteil und eine Zuzahlung von 10,- € je Verordnung.	Patient klärt Termin, etc. mit der Einrichtung		Einrichtung teilt Termin mit (Einberufung)	Durchführung Volle Kostenübernahme
	Durchführung In der Regel volle Kostenübernahme, Eigenbeteiligung 10,- € pro Tag, Regeldauer 3 Wochen, max. 28 Tage		Durchführung Volle Kostenübernahme, Eigenbeteiligung 10,- € pro Tag, Regeldauer 3 Wochen, max. 28 Tage	
möglich alle 3 Jahre	möglich alle 4 Jahre			Keine Wartezeit

*evtl. auch Durchführung als **Ambulante Rehabilitationsleistungen in wohnortnahen Reha-Einrichtungen**

Nach Gesetzesstand vom Februar 2016, Angaben ohne Gewähr, Änderungen durch die gesetzlichen Kostenträger vorbehalten. Gesetzesänderung vorbehalten.