

Gespräch mit dem Arzt Er erteilt Attest/Kurempfehlung (ggf. schon mit Kurortempfehlung)			Stationäre Anschluss-Rehabilitation** (früher: AHB, Anschlussheilbehandlung nach Krankenhaus)
Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (Der Klassiker, früher: »offene«	Stationäre Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten Kostenträger: Krankenkasse	Stationäre Rehabilitation**	
		Kostenträger: Krankenkasse (§ 40,2 SGB V)	Kostenträger: Rentenversicherung (§§ 9 ff. SGB VI)
Antrag bei der Krankenkasse, bei Servicestelle	Antrag bei der Krankenkasse, bei Servicestelle	Antrag über Krankenkasse, direkt bei Rentenversicherung, bei Servicestelle	
Gutachten durch den Med. Dienst MDK	Gutachten durch den Med. Dienst MDK	Vorstellung beim Ärztlichen Dienst	
Bewilligung durch Krankenkasse	Bewilligung durch Krankenkasse	Bewilligung durch BfA, LVA	
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)	Kostenträger teilt Ort, Einrichtung und ca.- Termin mit	
Durchführung Die gesetzl. Krankenkasse übernimmt 90 % der Kosten der therapeutischen Maßnahmen sowie max. 13,- €/Tag für Unterkunft und Kurtaxe. Sie zahlen lediglich 10 % Eigenanteil und eine Zuzahlung von 10,- € je Verordnung	Patient klärt Termin etc. mit Einrichtung	Einrichtung teilt Termin mit (Einberufung)	
	Durchführung In der Regel volle Kostenübernahme, Eigenbeteiligung € 10,- pro Tag Regeldauer 3 Wochen	Durchführung Volle Kostenübernahme, Eigenbeteiligung € 10,- pro Tag Regeldauer 3 Wochen	
möglich alle 3 Jahre	möglich alle 4 Jahre		Keine Wartezeit

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

Nach Gesetzesstand vom Juli 2004, Angaben ohne Gewähr, Änderungen durch die gesetzlichen Kostenträger vorbehalten. Gesetzesänderung vorbehalten.