

Informationen zu Kur, Reha, AHB

*Nur für den internen
Gebrauch*



Folgende Begrifflichkeiten sind zu unterscheiden:

- **Medizinische Vorsorgemaßnahme (umgangssprachlich „Kur“):** Hierbei handelt es sich um ambulante oder stationäre medizinische Vorsorgemaßnahmen, welche sowohl vorsorglich zur Erhaltung der Gesundheit als auch zur Nachsorge vorgenommen werden können. Die Leistungen müssen in einem von der Krankenkasse anerkannten Kurort in entsprechender Kurklinik/Sanatorium stattfinden.
- **Medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Reha):** Hierbei handelt es sich um Leistungen, welche der gezielten medizinischen Wiederherstellung, beruflichen Wiederbefähigung und sozialen Wiedereingliederung nach einer Krankheit dienen.
- **Anschlussrehabilitation (AHB):** Hierbei handelt es sich um eine Sonderform der medizinischen Rehabilitation. Die Besonderheit einer AHB ist, dass diese nach einem Krankenhausaufenthalt angetreten wird und in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zu diesem Krankenhausaufenthalt steht.

Welcher Kostenträger leistet wann?

Welcher Sozialversicherungsträger für welche Leistung im Einzelfall zuständig ist, hängt von dem Ziel der jeweiligen Maßnahme ab.

Hauptträger: Gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Krankenversicherung

Weitere Träger z.B.: Bundesagentur für Arbeit, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge,

Träger der öffentlichen Jugendhilfe oder Träger der Sozialhilfe,...

- **Gesetzliche Rentenversicherung (GRV):** Kur, Reha oder AHB-Maßnahmen müssen das Ziel haben, dass die versicherte Person weiterarbeiten oder ihre Arbeit wieder aufnehmen kann (Reha vor Rente).
- Voraussetzung für die Kostenübernahme: Person muss gesetzlich oder freiwillig in der Deutschen Rentenversicherung versichert sein.
- **Gesetzliche Krankenversicherung (GKV):** Vorrangiges Ziel der Leistung ist die Wiederherstellung der Gesundheit. Die Leistung bezieht sich auf ambulante und stationäre Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen.
Voraussetzung für die Kostenübernahme: Leistungsempfänger müssen einer der folgenden Gruppen angehören: GKV-versicherte Rentner, nicht berufstätige Erwachsene, Kinder und Jugendliche.
- **Gesetzliche Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft):** Kostenträger, wenn eine Rehamassnahme in Folge eines Unfalls/Arbeitsunfalls notwendig ist.



Wann, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen leistet die PKV?

Der Kostenerstattung muss eine ärztliche Verordnung zugrunde liegen. Anspruch auf die Erstattung besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen von der ARAG gezahlt, besteht erneuter Anspruch nach Ablauf von drei Jahren. Hierbei wird ab Beginn der Kurbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme gerechnet. Dies trifft aber nicht auf AHB zu!

Die ARAG leistet in den Tarifen K, MedExtra und MedBest im vertraglich definierten Umfang (siehe nachfolgende Übersicht).

Leistung der ARAG Tarife KomfortKlasse, MedExtra und MedBest im Überblick

Leistung	KomfortKlasse	MedExtra	MedBest
ambulante Kur/Rehabilitationsmaßnahmen	Keine Erstattung	80% Erstattung*	100% Erstattung*
stationäre Kur/Rehabilitationsmaßnahmen	Keine Erstattung	100% Erstattung bis max.30€ je Tag, max. 28 Tage*	100% Erstattung bis max. 50€ je Tag, max. 28 Tage.*
Mutter-Kind-Kur	Keine Erstattung	Keine Erstattung	Keine Erstattung
AHB (ambulant/stationär)	Leistung bei medizinischer Notwendigkeit. Wichtig: Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.	Leistung ohne vorherige Zusage für die ersten 21 Tage Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> AHB medizinisch notwendig Beginn innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung oder ambulanten OP Verlängerung bei medizinischer Indikation möglich Wichtig: Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen	Leistung ohne vorherige Zusage für die ersten 21 Tage Voraussetzung: <ul style="list-style-type: none"> AHB medizinisch notwendig Beginn innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende der Krankenhausbehandlung oder ambulanten OP Verlängerung bei medizinischer Indikation möglich Wichtig: Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger sind vorrangig in Anspruch zu nehmen

*Anspruch erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen von der ARAG gezahlt, besteht erneuter Anspruch nach Ablauf von drei Jahren.

Die Frist beginnt ab dem Beginn der Kur oder Reha-Maßnahme.

Gut zu Wissen:

Die Tarife KTV21–KTV364 leisten nach Ablauf der Karenzzeit auch während einer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung oder während einer Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger. Etwaige Leistungen gesetzlicher Rehabilitationsträger (zum Beispiel Übergangsgeld) werden auf das zu zahlende Krankentagegeld angerechnet.

Quellen:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html>

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Home/home_node.html

<https://www.patientenberatung.de/de/recht/themenspecial-kur-und-reha>