



REHA – stationäre Rehabilitation

- einschließlich Anschlussheilbehandlung

Eine Beihilfe zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einer Anschlussheilbehandlung kann nur gewährt werden, wenn sie vor dem Antritt bewilligt worden ist.

Eine stationäre Rehabilitation ist beihilfefähig, wenn sie nach einer ärztlichen Verordnung mit ICD-10 Diagnose dringend notwendig ist und

- nicht durch andere ambulante Maßnahmen
- nicht durch eine ambulante Kur oder
- nicht durch eine ambulante Rehabilitation

mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden kann.

In der ärztlichen Verordnung ist überprüfbar darzulegen, warum die beantragte stationäre Rehabilitation nicht durch eine der oben genannten Maßnahmen ersetzt werden kann. Im Voranerkennungsverfahren überprüft der amtsärztliche Dienst des zuständigen Gesundheitsamtes und nimmt dazu Stellung.

Die stationäre Rehabilitation muss in einer Reha-Klinik durchgeführt werden, die die Voraussetzungen für eine Reha-Klinik nach § 107 Absatz 2 SGB V erfüllt.

Soweit eine Einrichtung auch über stationäre Akutabteilungen für Kassenpatienten verfügt, gelten die dort erbrachten Leistungen als normale Krankenhausleistungen. Eine stationäre Rehabilitation kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage vorher anerkannt werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.



1 Fristen

Eine stationäre Rehabilitation ist nur zulässig, wenn im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitation, stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden ist.

Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der amtsärztliche Dienst dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schweren Fällen von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet.

Die als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen werden.

2 Antragstellung

Der formlose Antrag auf Voranerkennung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist mit einem ärztlichen Attest, das auch die eingangs genannten Aussagen enthalten muss, bei der Beihilfestelle rechtzeitig, d.h. spätestens 2 Monate vor Beginn der geplanten Maßnahme, zu stellen.

Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zur / zum Beihilfeberechtigten
- Angaben zur Patientin / zum Patienten
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung
- Angaben zur Erreichbarkeit, Telefon, Fax, E-Mail Adresse.

3 Kosten

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der aktuellen Pauschale beihilfefähig, die die Reha-Klinik mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat. Dieser Pauschalsatz umfasst sämtliche Kosten für Unterkunft,



Verpflegung, ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Heilbehandlungen und ähnliches.

Werden neben dem vorgenannten Pauschalsatz weitere Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen - soweit sie beihilfefähig sind - in Rechnung gestellt, ist der vorgenannte Pauschalsatz um 30 v.H. zu kürzen; beihilfefähig ist dann noch der Restebetrag und die vorgenannten in Rechnung gestellten Aufwendungen.

Verfügt die Reha-Klinik über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Reha-Klinik, höchstens 120 Euro täglich beihilfefähig.

Mehrkosten für ein Zwei- oder Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig.

WICHTIG: Die Reha-Klinik ist nicht verpflichtet, mit Ihnen als sog. Selbstzahler/in (privat versichert und beihilfeberechtigt) den gleichen Pauschalsatz wie für gesetzlich Versicherte zu vereinbaren. Es handelt sich um ein privatrechtliches Vertragsverhältnis. Evtl. Mehrkosten sind nicht beihilfefähig und wären von Ihnen zu tragen.

Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für

- a) das amtsärztliche Gutachten
- b) den ärztlichen Schlussbericht
- c) ggfs. auch die Kurtaxe
- d) Hin- und Rückfahrt (pauschal 50 Euro in NRW- bzw. 100 Euro –außerhalb NRW)



Bei einer stationären Akutbehandlung in Krankenhäusern nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB 5) können neben der allgemeinen Krankenhausleistung noch die in Rechnung gestellten Aufwendungen auf Grund eines Wahlleistungsvertrages für die ärztlichen Behandlungsleistungen der Chefärztin / des Chefarztes oder ihres / seines persönlichen Vertreters, wie ihn §§ 17 KHEntgG, 22 BpflV i.V.m. § 4 Abs. 2 GOÄ einräumen, als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2 b BVO-NRW).

Bei einer Rehabilitationsmaßnahme besteht diese Möglichkeit nicht.

4 Abrechnung

Die Maßnahme ist mit einem Beihilfeantrag abzurechnen.

Dem Beihilfeantrag sind beizufügen

- alle Kostenbelege,
- eine Bescheinigung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung über eine aktuelle Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, aus der die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise hervorgehen
(Den Vordruck erhalten Sie mit dem Voranerkunftsbescheid, sofern der Beihilfestelle die Vertragsdaten der Reha-Klinik nicht bereits vorliegen.)

5 Anschlussheilbehandlung

Für die Anschlussheilbehandlung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt gelten die gleichen Regelungen wie für eine andere stationäre Rehabilitation.

Abweichend davon gilt jedoch:

1. Die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung bedarf keiner Überprüfung durch den amtsärztlichen Dienst; es reicht die Bescheinigung des Krankenhauses.



2. Die Behandlung muss spätestens einen Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden. Bei einer ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitation ebenfalls als Anschlussheilbehandlung
3. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.

In dringenden Fällen kann die Anschlussheilbehandlung auch nachträglich genehmigt werden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Eine Anschlussheilbehandlung kann auch als ambulante Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

6 Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Dienstunfähigkeit bzw. Wiederherstellung der Dienstfähigkeit

Aus Gründen der Fürsorgepflicht sind die Aufwendungen für die erforderlichen gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit oder zur Vermeidung einer drohenden Dienstunfähigkeit, sofern keine anderen Ansprüche bestehen, vom Dienstherrn zu tragen (Rechtsgrundlage: § 35 Absatz 1 Landesbeamtengesetz -LBG NRW-).

Zu den vorrangigen Ansprüchen zählt u.a. auch die beamtenrechtliche Beihilfe. Voraussetzung für eine Leistung im Rahmen des § 35 LBG NRW ist, dass vor Beginn der Maßnahme amtsärztlich bestätigt wurde, dass die Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist, eine drohende Dienstunfähigkeit zu vermeiden bzw. die Dienstfähigkeit wiederherzustellen.

In diesem Fall ist es zwingend erforderlich, dass Sie sich **zunächst** an Ihre **Personalstelle** wenden.



Hinweis

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass die Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Lehrkräften nur für die Schulferien (in der Regel die Sommerferien) anerkannt werden kann. Außerhalb der Schulferien ist eine Anerkennung in dringenden medizinischen Ausnahmefällen möglich, wenn die Notwendigkeit vom amtsärztlichen Dienst im Gutachten ausdrücklich attestiert wird.



_____ Datum _____
 Stempel der Reha-Einrichtung

_____ _____
 Name, Vorname der Patientin oder des Patienten Geburtsdatum
 Beihilfenummer: _____

Erklärung

Die Einrichtung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- a) erfüllt die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V () ja () nein
- erfüllt zusätzlich die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 108 SGB V (formale Zulassung als Krankenhaus) () ja () nein

- b) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V () ja () nein
- c) verfügt über einen Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V () ja () nein
- d) verfügt über Versorgungsvertrag nach § 140a SGB V () ja () nein
- verfügt über eine Preisvereinbarung (Pauschale) mit einem Sozialversicherungsträger () ja () nein

Falls zutreffend: Bitte Ablichtung der Preisvereinbarung beifügen
 Höhe der vereinbarten Pauschale

Mit welchem Sozialversicherungsträger wurde die Preisvereinbarung getroffen?

Datum der Preisvereinbarung _____

nur a) Falls nicht zutreffend:
 Niedrigster Satz für Unterkunft und Verpflegung: _____ €

 Rechtsverbindliche Unterschrift des Unternehmens