



Stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Reha) und Anschlussheilbehandlung

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen oder Anschlussheilbehandlungen sind nur unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig,

1. Der zu erwartende Behandlungserfolg einer stationären Reha-Maßnahme darf **nicht** durch eine ambulante Kur- oder Reha-Maßnahme oder durch andere ambulante Maßnahmen zu erreichen sein (vgl. § 6 Abs. 1 Satz 2 BVO NRW).
2. Im **laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren darf keine** als beihilfefähig anerkannte stationäre Reha-Maßnahme oder eine Maßnahme nach § 6a oder § 7 durchgeführt worden sein (vgl. § Abs. 1 Satz 2 BVO NRW). Von der Einhaltung dieser Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen für notwendig erachtet.
3. Der zuständige Amtsarzt muss die Notwendigkeit der Maßnahme in einem Gutachten attestiert haben (vgl. § 6 Abs. 1 Satz 2 BVO NRW).
4. Die Beihilfestelle muss die Reha-Maßnahme auf Grund des amtsärztlichen Gutachtens **vor Behandlungsbeginn** in einem förmlichen Anerkennungsverfahren bewilligt haben.
5. Die Reha-Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen worden sein.



Was ist von Ihnen zu veranlassen?

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt hat bereits im Rahmen der Verordnung überprüfbar zu begründen, warum die beantragte stationäre Rehabilitation nicht durch eine ambulante Maßnahme ersetzt werden kann. Im Genehmigungsverfahren hat die Amtsärztin oder der Amtsarzt diese Ausführungen zu überprüfen und ggfs. zu bestätigen.

Die stationäre Rehabilitation muss in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt.

Eine stationäre Rehabilitation **kann für höchstens 23 Kalendertage** (einschließlich Reisetage) genehmigt werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Diese sind durch den behandelnden Klinikarzt zu bescheinigen.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass,

1. ein entsprechendes Votum der Amtsärztin oder des Amtsarztes vorausgesetzt, die Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Regel **bei Lehrpersonen nur in der unterrichtsfreien Zeit (Sommerferien)** anerkannt werden kann. Außerhalb der Sommerferien ist eine Anerkennung nur in dringenden medizinischen Ausnahmefällen möglich, z.B. im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung).
2. begründete ärztliche Atteste sowie amtsärztliche Gutachten ihre medizinische Notwendigkeit im Anerkennungsverfahren für Heilmaßnahmen verfehlt haben, wenn sie älter als sechs Monate sind.

Antragstellung

Der formlose Antrag auf Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist mit einem aussagekräftigen 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.

Nach Eingang Ihres Antrages bittet die Beihilfenfestsetzungsstelle das zuständige Gesundheitsamt, im Rahmen einer Untersuchung zur Notwendigkeit der beantragten Reha-Maßnahme in einem Gutachten Stellung zu nehmen.

Die Kosten der amtsärztlichen Untersuchung sind zunächst von Ihnen zu tragen. Die Gebühren sind jedoch beihilfefähig und werden Ihnen nach einem Beihilfeantrag entsprechend Ihrem persönlichen Beihilfebemessungssatz erstattet.

Kosten

Wichtig:

Die Reha-Maßnahme **muss** in einer Einrichtung durchgeführt werden, welche die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt (vgl. § 6 Abs. 2 Satz 1 BVO NRW). Es muss sich also um eine Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtung handeln, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt und über eine entsprechende staatliche Anerkennung verfügt. Wurde die Reha-Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt, welche die o.a. Voraussetzungen **nicht erfüllt, ist die Maßnahme nicht beihilfefähig.**

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der aktuellen Pauschale beihilfefähig, die die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat.

Der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarte Pauschalsatz der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung umfasst sämtliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Heilbehandlungen und ähnliches.

Werden Ihnen daher **neben der vorgenannten vereinbarten Pauschale** weitere Kosten für

- ärztliche Leistungen (z.B. für die Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt),
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen – soweit sie beihilfefähig sind-



in Rechnung gestellt **und** reichen Sie diese Kosten zur Erstattung ein, **ist die vorgenannte Pauschale um 30 v.H. zu kürzen**; der Restbetrag ist beihilfefähig.

Verfügt die Einrichtung über **keine Preisvereinbarung** mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 120,00 € täglich beihilfefähig.

Mehrkosten für ein Zwei- oder Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig.

Der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarte aktuelle Satz ist von der oder dem Beihilfeberechtigten durch eine Bescheinigung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nachzuweisen. In der Bescheinigung müssen die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise benannt sein.

Wird die Preisvereinbarung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger **nicht vorgelegt**, wird für Unterkunft und Verpflegung lediglich ein Zuschuss in Höhe von 30,- € täglich gewährt.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, der ärztlich verordneten Heilbehandlungen – soweit sie beihilfefähig sind -, für das amtsärztliche Gutachten sowie den ärztlichen Schlussbericht sind beihilfefähig.

Zu den Kosten für Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird innerhalb Nordrhein-Westfalens ein Zuschuss von 50,00 € gewährt.

Bei einer durch die Amtsärztin oder den Amtsarzt festgestellten notwendigen Behandlung in einem Ort außerhalb Nordrhein-Westfalens wird ein Zuschuss von 100,00 € gewährt.

Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, so sind diese Kosten beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar sind und die Fahrt im Krankenwagen ärztlich verordnet worden ist.

Setzen Sie sich bitte mit Ihrer privaten Krankenversicherung in Verbindung, um die Kostenerstattung im Vorfeld zu klären. Aus Gründen der Fürsorgepflicht mache



ich Sie vorsorglich darauf aufmerksam, dass die Mehrzahl der privaten Versicherungen in Ihren Quotentarifen keine Leistungen für stationäre Rehabilitation vorsehen.

Berechnung der Beihilfe

Die Beihilfe darf zusammen mit der erbrachten Leistung einer Kranken- oder Unfallversicherung sowie den Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

Abrechnung

Die Maßnahme ist mit einem Beihilfeantrag abzurechnen.

Dem Beihilfeantrag sind beizufügen

- der ärztliche Schlussbericht,
- 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 und
- ein Erstattungsnachweis der Krankenversicherung.

Anschlussheilbehandlung:

Für die Anschlussheilbehandlung gelten die gleichen Regelungen wie für eine andere stationäre Rehabilitation.

Abweichend davon gilt jedoch:

1. die behandelnde Krankenhausärztin oder der behandelnde Krankenhausarzt bescheinigt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung,
2. die Behandlung muss spätestens 1 Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden,
3. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.



Bei einer ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitation ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.

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.