



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. Die Beihilfestelle muss die Reha-Maßnahme **vor Behandlungsbeginn** in einem förmlichen Anerkennungsverfahren bewilligt haben.
4. Die Reha-Maßnahme muss innerhalb von einem Jahr 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 Beihilfestelle 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. die Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitations-maßnahme 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 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 prüft die Beihilfenfestsetzungsstelle die Notwendigkeit der beantragten Reha-Maßnahme.

Die Beihilfestelle kann bei Zweifeln an der Notwendigkeit zusätzlich ein Gutachten durch das zuständige Gesundheitsamt einholen. 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 nach § 7 Absatz 3 Satz 2 Beihilfenverordnung NRW 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 der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird ein Zuschuss von 200 Euro gezahlt. Bei Nutzung eines nichtöffentlichen Verkehrsmittels wird der Zuschuss nach Satz 1 unabhängig von der Gesamtzahl der mitreisenden Personen nur einmal gezahlt.

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 sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen,
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.