

Merkblatt Familienorientierte Rehabilitation

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen allgemeinen Überblick über die rechtlichen Regelungen zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Familienorientierte Rehabilitation geben. Individuelle Rechtsansprüche lassen sich aus diesem Merkblatt nicht abgeleitet. Für Fragen im konkreten Einzelfall steht Ihnen die Beihilfestelle gern zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Was ist eine Familienorientierte Rehabilitation?	2
3.	Personenkreis	2
4.	Voraussetzungen.....	3
5.	Beihilfefähige Aufwendungen.....	3
6.	Fahrtkosten	4
7.	Ansprüche aufgrund gesetzlicher Vorschriften (z. B. der gesetzlichen Rentenversicherung)	5
8.	Vorauszahlungen / Direktabrechnung.....	5

1. Rechtsgrundlagen

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bestimmt sich im Freistaat Sachsen nach § 80 Sächsisches Beamten-gesetz (SächsBG) sowie der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen – Sächsische Beihilfeverordnung (SächsBhVO) in Verbindung mit der Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung (VwV-SächsBhVO).

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Familienorientierte Rehabilitation richtet sich nach § 37 Abs. 3 Nr. 4 SächsBhVO.

2. Was ist eine Familienorientierte Rehabilitation?

Unter Familienorientierter Rehabilitation ist eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation für ein schwerst chronisch krankes Kind zu verstehen, bei der das Kind von seinen Eltern oder sonstigen Erziehungsberechtigten und Geschwistern begleitet wird. Diese Begleitung ist notwendig, weil die Erkrankung des Kindes auch Auswirkungen auf die übrigen Familienangehörigen hat, so dass deren Einbeziehung in den Rehabilitationsprozess erforderlich ist. Es handelt sich um eine stationäre Maßnahme in spezialisierten Einrichtungen.

Ziel der Familienorientierten Rehabilitation nach § 37 Abs. 2 Nr. 4 der Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO) ist die gemeinsame Rehabilitation aller Familienmitglieder unabhängig davon, ob jedes einzelne Familienmitglied die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsmaßnahme erfüllt. Als Grundprinzip des Konzeptes gilt, dass die Rehabilitationsleistungen bei den mitbetreuten Familienangehörigen primär darauf abzielen, die Rehabilitationsziele für das kranke Kind zu erreichen und den medizinischen Behandlungserfolg langfristig und nachhaltig zu sichern.

Als wesentliche Einschlusskriterien für Familienorientierte Rehabilitation gelten die Lebensbedrohung des an Krebs, einer Herzerkrankung oder Mukoviszidose erkrankten Kindes sowie die durchgeführte stationäre Krankenhausbehandlung. Die Rehabilitationsbedürftigkeit der Eltern und ggf. der Geschwisterkinder resultiert aus der auf das kranke Kind bezogenen familiären Belastungssituation. Als Ausschlusskriterien gelten Familien, bei denen aktuelle medizinische oder psychosoziale Probleme insbesondere der Eltern bestehen, die durch eine Familienorientierte Rehabilitation nicht behandelt werden können.

3. Personenkreis

Die Aufwendungen für eine Familienorientierte Rehabilitation für privat versicherte berücksichtigungsfähige Kinder oder privat versicherte beihilfeberechtigte Waisen, die an schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen und Mukoviszidose, leiden, oder deren Zustand nach Operationen am Herzen oder nach Organtransplantationen eine solche Maßnahme erfordert, sind in geeigneten spezialisierten Einrichtungen beihilfefähig.

Eine Altersbegrenzung ist für das erkrankte Kind nicht festgelegt. Vielmehr kommt es darauf an, dass das Konzept der Familienorientierten Rehabilitation der entwicklungsspezifischen Situation des Kindes gerecht wird. Bei Jugendlichen greift dieses in der Regel nicht mehr optimal. Im Einzelfall kann aber auch bei Jugendlichen die medizinische Notwendigkeit nach ärztlicher Verordnung begründet sein.

Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherte Angehörige sind stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nicht beihilfefähig.

4. Voraussetzungen

Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für eine Familienorientierte Rehabilitation setzt voraus, dass die Rehabilitationsmaßnahme durch ärztliche Verordnung jeweils nach Art, Dauer und Inhalt begründet ist.

Die Verordnung der Familienorientierten Rehabilitation ist vom behandelnden Arzt oder Ärztin und dem psychosozialen Dienst der Akutklinik des erkrankten Kindes zu erstellen und soll Angaben zum Befund, zur Rehabilitationsbedürftigkeit, zu den Indikationen für eine Familienorientierte Rehabilitation, zur Rehabilitationsfähigkeit, zum Rehabilitationspotential, zu den Rehabilitationszielen und zur Art der durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten.

Die Erstattung von Aufwendungen für eine Familienorientierte Rehabilitation kann nur nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfestelle erfolgen. Eine medizinisch notwendige Verlängerung der Maßnahme ist rechtzeitig mit einer ärztlichen Bescheinigung der Einrichtung direkt bei der Beihilfestelle zu beantragen.

5. Beihilfefähige Aufwendungen

Bei stationär durchgeführten Maßnahmen sind die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Pflege bis zur Höhe des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung oder der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialversicherungsträger (z. B. Gesetzliche Krankenkassen, Gesetzliche Rentenversicherung) aufgrund einer Vergütungsvereinbarung in Rechnung stellt, beihilfefähig.

Aufwendungen für **pauschale** Tagessätze, die alle Leistungen, wie ärztliche Behandlung, Heilmittel (z. B. Physiotherapie), den ärztlichen Schlussbericht, die Unterkunft, die Verpflegung und Pflege usw. beinhalten, sind in einem angemessenen Umfang beihilfefähig. Als angemessen gelten Aufwendungen bis zur Höhe der Vergütung, die von privaten Krankenversicherungsunternehmen, Sozialversicherungsträgern und anderen Kostenträgern sowie deren Zusammenschlüssen mit der Einrichtung vereinbart sind. Dabei sollte in der Abrechnung auf die entsprechende vertragliche Vereinbarung Bezug genommen werden. Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, sind nicht beihilfefähig.

Besteht weder eine Vereinbarung mit einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger noch mit einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung, sind die einzelnen Aufwendungen (Einzelabrechnung) im Rahmen der SächsBhVO, soweit sie medizinisch notwendig und wirtschaftlich angemessen sind, beihilfefähig (§ 4 Abs. 3 SächsBhVO i. V. m. § 37 Abs. 3 SächsBhVO).

Aus Anlass einer Familienorientierten Rehabilitation können bei einer **Einzelabrechnung** folgende Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt werden:

- a) Unterkunft, Verpflegung und Pflege in Höhe des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung oder der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialversicherungsträger auf Grund einer Vergütungsvereinbarung in Rechnung stellt.
- b) ärztliche Leistungen (§ 8 SächsBhVO)

- c) Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers (§ 9 SächsBhVO)
- d) psychotherapeutische Leistungen (§ 16 SächsBhVO)
- e) Wahlleistungen gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 3 SächsBhVO in Form
 - von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen im Sinne von § 17 KHEntgG oder des § 16 Satz 2 BPfIV,
 - einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne von § 17 KHEntgG oder des § 16 Satz 2 BPfIV bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers oder, wenn Zweibettzimmer weder als allgemeine Krankenhausleistung noch als Wahlleistung angeboten werden, bis zur Hälfte der Kosten eines Einbettzimmers, und
 - anderer im Zusammenhang mit den wahlärztlichen oder gesondert berechenbaren Unterkunftskosten entstandener Aufwendungen
- f) Arzneimittel (§ 21 SächsBhVO)
- g) Medizinprodukte (§ 22 SächsBhVO)
- h) Hilfsmittel (§ 23 SächsBhVO)
- i) Heilmittel (§ 26 SächsBhVO)
- j) Aufwendungen für Kurtaxe (auch für anerkannte Begleitperson)
- k) Aufwendungen für den ärztlichen Schlussbericht (vgl. Punkt 5 des Merkblattes)
- l) Fahrtkosten nach Maßgabe des § 32 Abs. 3 Satz 1 SächsBhVO
- m) Lohnausfallkosten des berufstätigen Elternteils

Die Aufwendungen für eine Familienorientierte Rehabilitation inklusive etwaiger ausgefallener Arbeitseinkünfte des berufstätigen Elternteils werden dem erkrankten Kind zugerechnet und sind damit zu einem Bemessungssatz von 80 Prozent beihilfefähig.

Beihilfeberechtigte Personen des Freistaates Sachsen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige sind angehalten, Kosten zu vergleichen und einen Behandlungsvertrag nach Vergütungssätzen der Sozialversicherungsträger oder der PKV abzuschließen. Es wird daher empfohlen, vor Abschluss eines Vertrages einen Kostenvoranschlag bei der Beihilfestelle einzureichen.

Die Aufwendungen können nach Rechnungserhalt mit einem förmlichen Beihilfeantrag zusammen mit der entsprechenden Vergütungsvereinbarung geltend gemacht werden. Wird eine Abschlagszahlung beantragt, ist diese Vergütungsvereinbarung mit dem Antrag auf Abschlag in der Beihilfestelle vorzulegen.

Auf Grund der Beschränkung der Beihilfefähigkeit auf die niedrigsten Vergütungssätze der Einrichtung bzw. auf die Vergütungsvereinbarungen mit Sozialversicherungsträgern kann nicht ausgeschlossen werden, dass Eigenanteile in nicht unerheblicher Höhe entstehen können.

Im Rahmen einer Familienorientierten Rehabilitation entstehende Aufwendungen für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Leistungen einer Heilpraktikerin oder eines Heilpraktikers, verbrauchte bzw. schriftlich verordnete Arznei- und Verbandmittel oder Medizinprodukte, Hilfsmittel und Heilmittel sind ggf. auch ohne Vorliegen der unter Punkt 4 genannten Anspruchsvoraussetzungen dem Grunde nach beihilfefähig.

6. Fahrtkosten

Aufwendungen für Fahrtkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 200,00 EUR je Gesamtmaßnahme beihilfefähig. Aufwendungen für Fahrtkosten der Eltern anlässlich des Besuchs ihres in einer stationären Rehabilitationseinrichtung untergebrachten

berücksichtigungsfähigen Kindes sind nach Maßgabe des § 32 Abs. 3 Satz 1 SächsBhVO beihilfefähig, wenn nach ärztlicher Bescheinigung der Besuch wegen des Alters des Kindes und aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

Der Beihilfestelle ist mitzuteilen, wie die Fahrt tatsächlich durchgeführt wurde. Bei Benutzung eines privaten PKW sind die gefahrenen Kilometer für die einfache Entfernung anzugeben. Für die Wegstreckenentschädigung für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug gilt das Sächsische Reisekostengesetz. Bei Benutzung von öffentlichen, regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln sind Fahrkarten/-scheine und Gepäckkostenscheine vorzulegen.

7. Ansprüche aufgrund gesetzlicher Vorschriften (z. B. der gesetzlichen Rentenversicherung)

Die Beihilfe ist gegenüber Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder anderen gesetzlichen Vorschriften nachrangig.

Bei der Beantragung einer Familienorientierten Rehabilitation ist deshalb ein Nachweis vorzulegen, dass z. B. die Deutsche Rentenversicherung keine Leistungen erbringt. Leistungen der Deutschen Rentenversicherung kommen z. B. in Betracht, wenn die Wartezeit von 15 Jahren in der Deutschen Rentenversicherung erfüllt ist oder das Beamtenverhältnis noch keine 5 Jahre besteht.

8. Vorauszahlungen / Direktabrechnung

Verlangt die Einrichtung eine Vorauszahlung, kann kurz vor Behandlungsbeginn ein Abschlag gewährt werden. Der Antrag dafür ist im Internet unter www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html (Vordrucke und Anträge → Antrag auf Abschlagszahlung) zu finden.

Folgende Unterlagen sind für die Beantragung der Abschlagszahlung erforderlich:

- a) Antrag auf Abschlagszahlung
- b) das Schreiben der Einrichtung, aus der die Höhe der zu leistenden Vorauszahlung sowie der niedrigste Vergütungssatz hervorgehen
- c) die entsprechende Vereinbarung der Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger, der privaten Krankenversicherung usw. (vgl. Punkt 5 des Merkblattes).

Darüber hinaus besteht grundsätzlich die Möglichkeit der Direktabrechnung zwischen der Einrichtung und der Beihilfestelle. Die Direktabrechnung muss von der Einrichtung bei der Beihilfestelle beantragt werden. Der entsprechende Antrag ist ebenfalls unter www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html (Vordrucke und Anträge → Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung) eingestellt.