

## Merkblatt stationäre Rehabilitation

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

Im folgenden Text wird bei Personenbezeichnungen stets die männliche Form verwendet. Gemeint sind jeweils alle Personen ungeachtet ihres Geschlechts.

### Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Personenkreis .....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Voraussetzungen .....</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Beihilfefähige Aufwendungen.....</b>	<b>3</b>
<b>5.</b>	<b>Fahrtkosten .....</b>	<b>5</b>
<b>6.</b>	<b>Ärztlicher Schlussbericht.....</b>	<b>5</b>
<b>7.</b>	<b>Einrichtungen.....</b>	<b>5</b>
<b>8.</b>	<b>Ansprüche aufgrund gesetzlicher Vorschriften .....</b>	<b>6</b>
<b>9.</b>	<b>Vorauszahlungen / Direktabrechnung .....</b>	<b>6</b>
<b>10.</b>	<b>Anerkennungsverfahren und Abrechnung der Maßnahme.....</b>	<b>6</b>

## 1. Allgemeine Hinweise

Die stationäre Rehabilitation umfasst alle stationär durchgeführten ärztlichen und ärztlich verordneten Maßnahmen zur Wiederherstellung körperlicher Funktionen und Organfunktionen, der Gesundheit, gesellschaftlicher, beruflicher und schulischer Teilhabe eines erkrankten oder verletzten Menschen.

Sie dient der stationären Behandlung des Patienten, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

Die Behandlung des Patienten steht unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal. Sie ist darauf ausgerichtet, den Gesundheitszustand des Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen.

Die Unterbringung und Pflege erfolgt stationär in einer geeigneten Klinik oder dafür zugelassenen Einrichtung (vgl. Punkt 7 des Merkblattes).

Durch die Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Kosten für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Vorwegentscheidung) wird ein Anspruch auf Beihilfe in einer bestimmten Höhe noch nicht begründet. In welcher Höhe eine Beihilfe nach der Sächsischen Beihilfeverordnung (SächsBhVO) zu gewähren ist, kann erst nach Stellung des Beihilfeantrages und nach beihilferechtlicher Prüfung der einzelnen Belege festgestellt werden. Zudem sollte sich vor Beginn der Behandlung ebenfalls bei der privaten Krankenversicherung zur Kostenübernahme erkundigt werden, da deren Leistungen erheblich von den Leistungen der Beihilfe abweichen können.

Hinweise für aktive Beamte:

Die Beantragung von Urlaub unter Fortzahlung der Bezüge (§ 13 Abs. 1 SächsUrlMuEltVO) ist eigenständig bei der zuständigen Personalstelle vorzunehmen. Nimmt der Beamte an einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme seines Kindes als aus zwingenden medizinischen Gründen notwendige Begleitperson teil und erfolgt keine Erstattung seiner Bezüge durch Dritte, wird ihm Urlaub unter Fortzahlung der Dienstbezüge gewährt (§ 13 Abs. 5 SächsUrlMuEltVO). Bei einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge von einem Zeitraum bis zu einem Monat besteht ebenfalls ein Anspruch auf Beihilfe.

## 2. Personenkreis

Die Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sind für den privat versicherten aktiven Beamten, für Versorgungsempfänger sowie für die privat versicherten berücksichtigungsfähigen Angehörigen beihilfefähig. Für Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und deren familienversicherte Angehörige sind stationäre Rehabilitationsmaßnahmen nicht beihilfefähig.

Begleitperson:

Die Aufwendungen für eine im Einzelfall durch ärztliche Bescheinigung als medizinisch notwendig anerkannte Begleitperson oder Pflegekraft sind zu 70 Prozent des niedrigsten Vergütungssatzes der Einrichtung beihilfefähig und werden dem Begleiteten zum jeweiligen Beihilfebemessungssatz zugerechnet.

Der behandelnde Arzt muss vor der beihilferechtlichen Anerkennung bestätigen, dass die Anwesenheit einer Begleitperson für den Erfolg der Behandlung zwingend erforderlich ist. Dies kann notwendig sein wenn:

- a) wegen schwerwiegender psychologischer Gründe eine Trennung des minderjährigen Kindes von der Bezugsperson eine erfolgreiche Durchführung der Maßnahme gefährden würde, oder
- b) Betroffene wegen einer schweren Behinderung, z. B. Blindheit, einer ständigen Hilfe bedürfen, die von der Einrichtung nicht erbracht werden kann, oder
- c) während der Maßnahme eine Einübung der Begleitperson in therapeutische Verfahren, Verhaltensregeln oder Nutzung von technischen Hilfen notwendig ist.

### **3. Voraussetzungen**

Aufwendungen für eine stationäre Rehabilitation sind nur beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme dem Grunde nach anerkannt hat. Der Beihilfeberechtigte hat durch ärztliche Bescheinigung nachzuweisen, dass

- a) die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist,
- b) ambulante Behandlungen und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit zur Erreichung der Rehabilitationsziele nicht ausreichend sind,
- c) ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erzielt werden kann und
- d) gegebenenfalls eine Begleitperson notwendig ist.

Wurde im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme oder eine Kur nach Maßgabe der Beihilfevorschriften durchgeführt, sind die Aufwendungen nicht beihilfefähig, es sei denn, nach dem Gutachten eines Amts- oder Vertrauensarztes ist aus medizinischen Gründen eine solche Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig.

Eine stationäre Rehabilitation kann für höchstens 21 Tage (analog für anerkannte Begleitpersonen) zuzüglich des An- und Abreisetages als beihilfefähig anerkannt werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

Eine medizinisch notwendige Verlängerung der Rehabilitationsmaßnahme ist rechtzeitig mit einer ärztlichen Bescheinigung der Einrichtung direkt bei der Beihilfestelle zu beantragen.

Wird die stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen (Datum des Bescheides ist maßgeblich), entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Maßnahme.

### **4. Beihilfefähige Aufwendungen**

Aufwendungen für Pauschalpreise und 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. Neben Pauschalabrechnungen sind Einzelabrechnungen nicht beihilfefähig.

Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, sind nicht beihilfefähig. Wahlärztliche Leistungen zählen nicht zu den Komfortleistungen und sind grundsätzlich immer beihilfefähig.

Kann der Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige bei bestehenden Vergütungsverträgen der Einrichtung mit Sozialversicherungsträgern eine Leistung zu diesen Konditionen nicht erlangen oder besteht kein Vertrag mit dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder erfolgt keine

Einzelabrechnung, können aus Fürsorgegründen Aufwendungen im folgenden Umfang als beihilfefähig bewertet werden:

- a) Pauschaltagesätze, die alle Leistungen (insbesondere Unterkunft, Verpflegung, Pflege, ärztliche Leistungen, Heilmittel) enthalten, können im Rahmen des Grundtarifs bis zu einer Höhe von 130 Prozent - bei gesonderter Berechnung von Heilmitteln bis zu einer Höhe von 120 Prozent - des Vergleichsvergütungssatzes mit einem Sozialversicherungsträger als angemessen im Sinne des § 4 Abs. 3 SächsBhVO bewertet werden.
- b) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Pauschaltagesätze nur beihilfefähig, wenn die medizinisch notwendige Behandlung nur in dieser besonders spezialisierten Einrichtung durchgeführt werden kann und soweit die ungedeckten, dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen 20 EUR je Tag übersteigen (Nr. 37.4.4 VwV-SächsBhVO).

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 stationären Rehabilitation können bei einer Einzelabrechnung folgende Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt werden:

- a) Unterkunft und Verpflegung in Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, bei gesonderter Berechnung der Unterkunft als Wahlleistung bis zum niedrigsten Tagessatz eines Zweibettzimmers
- b) ärztliche Leistungen (§ 8 SächsBhVO)
- c) Leistungen eines Heilpraktikers (§ 9 SächsBhVO)
- d) psychotherapeutische Leistungen (§ 16 SächsBhVO)
- e) Wahlleistungen gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 3 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 6 des Merkblattes)
- l) Fahrtkosten nach Maßgabe des § 32 Abs. 3 Satz 1 SächsBhVO.

Beihilfeberechtigte des Freistaates Sachsen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige sind angehalten, Kosten zu vergleichen und einen Behandlungsvertrag nach Vergütungssätzen der Sozialversicherungsträger oder von privaten Krankenversicherungsunternehmen 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 gemäß der vorgenannten Bestimmungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass Eigenanteile in nicht unerheblicher Höhe entstehen können.

Im Rahmen einer stationären Rehabilitation entstehende Aufwendungen für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Leistungen eines Heilpraktikers, verbrauchte bzw. schriftlich verordnete Arznei- und Verbandmittel oder Medizinprodukte, Hilfsmittel und Heilmittel sind ggf. auch ohne Vorliegen der unter Punkt 3 genannten Anspruchsvoraussetzungen dem Grunde nach beihilfefähig.

## **5. Fahrtkosten**

Aufwendungen für Fahrtkosten für An- und Abreise sind bis zu einem Höchstbetrag von 200 EUR je Gesamtmaßnahme beihilfefähig.

Aufwendungen für Fahrtkosten der Eltern anlässlich des Besuchs ihrer in einer stationären Rehabilitationseinrichtung untergebrachten berücksichtigungsfähigen Kindes sind nach Maßgabe des § 32 Absatz 3 Satz 1 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.

## **6. Ärztlicher Schlussbericht**

Der vorzulegende ärztliche Schlussbericht soll bestätigen, dass die stationäre Rehabilitationsmaßnahme ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Darüber hinausgehende medizinische Angaben sind nicht erforderlich.

## **7. Einrichtungen**

Aufwendungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn sie in Einrichtungen oder Krankenhäusern durchgeführt werden, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen, d.h. wenn sie zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für Mitglieder der Sozialversicherungsträger (z. B. Träger der gesetzlichen Krankenversicherung) zugelassen sind. Liegt ein Versorgungsvertrag nach § 111 bzw. 111a SGB V vor, gelten die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V als generell erfüllt.

## **8. Ansprüche aufgrund gesetzlicher Vorschriften**

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

Bei der Beantragung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme 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.

## **9. 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](http://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, von privaten Krankenversicherungsunternehmen usw. (vgl. Punkt 4 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](http://www.lsf.sachsen.de/beihilfe.html) (Vordrucke und Anträge → Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung für stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung) eingestellt.

## **10. Anerkennungsverfahren und Abrechnung der Maßnahme**

- a) Der behandelnde Arzt rät zu einer stationären Rehabilitation und schlägt ggf. einen Ort und/oder eine Einrichtung vor.
- b) Der Beihilfeberechtigte setzt sich mit der Beihilfestelle in Verbindung und erhält die erforderlichen Antragsunterlagen. Dies sollte mindestens drei Monate vor dem Beginn der Maßnahme erfolgen.
- c) Der Beihilfeberechtigte schickt die ihm unter Buchstabe b) zugesandten Unterlagen vor Beginn der Maßnahme ausgefüllt und von dem entsprechenden Unterzeichner unterschrieben wieder an die Beihilfestelle zurück.
- d) Nachdem die Unterlagen vorliegen, wird der Antrag abschließend geprüft und bei Vorliegen der Voraussetzungen von Seiten der Beihilfestelle genehmigt.
- e) Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung der Beihilfefähigkeit durchgeführt.
- f) Nach Abschluss der stationären Rehabilitation wird von der Einrichtung eine Rechnung ausgestellt. Diese wird vom Beihilfeberechtigten, zusammen mit dem Schlussbericht (vgl. Punkt 6 des Merkblattes) und allen anderen, den Aufenthalt betreffenden Rechnungen, mit einem formgerechten Antrag auf Beihilfe bei der Beihilfestelle eingereicht.

Der Beihilfestelle ist bei der Abrechnung der Aufwendungen die entsprechende Vereinbarung der Einrichtung mit der Privaten Krankenversicherung, dem Sozialversicherungsträger usw. (vgl. Punkt 4 des Merkblattes) vorzulegen, sofern dies nicht bereits bei der Beantragung einer Abschlagszahlung erfolgt ist.