

Informationen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung, Heilkur und zu kurähnlichen Maßnahmen



Allgemeines

Die KVB leistet für ihre Mitglieder und mitversicherten Angehörigen zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme, Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Heilkur Zuschüsse gemäß Satzung und Tarif. Die Ansprüche richten sich nach den „Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren“ (Anlage 1 zum Tarif der KVB) und den Tarifstellen 8.9 bis 8.12.

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Heilkur oder Anschlussheilbehandlung muss grundsätzlich vor Antritt bei der KVB Hauptverwaltung (KVB-HV), Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt und genehmigt worden sein. Eine Genehmigung erfolgt für die Dauer von drei Wochen. Eine Heilkur oder Mutter/Vater-Kind-Kur kann nicht verlängert werden. Ein Anspruch auf Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften ist vorrangig in Anspruch zu nehmen. Besteht ein Anspruch auf Leistungen bei einem anderen Dienstherrn als dem Bundeseisenbahnvermögen, ist der Antrag beim Dienstherrn und nicht bei der KVB zu stellen.

Die aktuellen Anträge, den Reha-Befundbericht, Merkblätter wie die „Hinweise zum Rehabilitationsantrag“ und weitergehende Informationen finden Sie im Internetauftritt der KVB unter <http://www.kvb.bund.de>. Die Antragsformulare stehen dort auch als beschreibbare Formulare zur Verfügung, die Sie anschließend ausdrucken können.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahme

Zur stationären Rehabilitationsmaßnahme gehören auch die Mutter/Vater-Kind-Kur, die familienorientierte Rehabilitation und die Entwöhnungsbehandlung. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme dient zur Behandlung langwieriger und chronischer Erkrankungen in einer Rehabilitationseinrichtung unter ärztlicher Leitung. Sie kann mit Einweisung durch die KVB oder ohne Einweisung (als Selbstzahler) beantragt werden. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann auch für eine teilstationäre (ganztägig ambulante) Rehabilitation beantragt werden, welche sich nur durch den Wegfall der Übernachtung unterscheidet.

Ihr Arzt muss die stationäre Rehabilitation für medizinisch notwendig erachten, andere Behandlungsmöglichkeiten müssen ausgeschöpft sein. Im laufenden und in den drei vorangegangenen Kalenderjahren dürfen Sie keine Heilkur oder stationäre Rehabilitation (Ausnahme: familienorientierte Rehabilitation und Entwöhnungsbehandlung) durchgeführt haben.

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird mit dem **Rehabilitationsantrag** der KVB beantragt. Der zusätzlich erforderliche **Reha-Befundbericht** soll vom behandelnden Arzt anhand bereits erhobener Befunde und vorliegender Berichte ohne zusätzliche Untersuchung erstellt werden. Sie müssen im Reha-Befundbericht die Zustimmung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, zur Übermittlung personenbezogener Daten sowie zur Verarbeitung der Daten erklären. Wenn der Rehabilitationsantrag und die erforderlichen Befundunterlagen vorliegen, beauftragt die KVB eine gutachterliche Stellungnahme. Nach Eingang der Stellungnahme genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitationsantrag oder lehnt ihn ab. In dem Genehmigungsschreiben wird die bewilligte Leistung erläutert.

- **Bei Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme mit Einweisung** durch die KVB weist die KVB den Patienten in eine medizinisch geeignete Rehabilitationseinrichtung im Inland ein und erteilt einen Behandlungsauftrag mit Kostenzusage. Es können nur Rehabilitationseinrichtungen belegt werden, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) mit der Deutschen Rentenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Die Kostenzusage der KVB gilt für einen vollpauschalierten Tagespflegesatz, welche alle notwendigen Leistungen einschließt (Unterkunft, Verpflegung, Arzt, Anwendungen etc.). Die Rehabilitationseinrichtung vereinbart dann mit dem Patienten einen Aufnahmetermin. Nach Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme wird die Rehabilitationseinrichtung die gesamten Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme direkt mit der KVB abrechnen. Die KVB stellt dem Mitglied anschließend den vorgelegten Eigenbehalt in Rechnung.

Bei Anspruch auf volle Tarifleistung beträgt der **tarifliche Zuschuss** zu einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme **mit Einweisung 85%** der zuschussfähigen Aufwendungen (auch für die zuschussfähigen Aufwendungen der An- und Abreise). Das Mitglied hat den durch die Tarifleistungen nicht gedeckten Kostenanteil der stationären Rehabilitationsmaßnahme, den sogenannten tariflichen **Eigenbehalt**, in jedem Fall selbst zu übernehmen (**keine Vollkostenerstattung**). Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen fallen auch nicht unter die Freistellung nach Tarifstelle 1.20.2 und 1.21.1 (Härtefallregelung).

- **Die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ohne Einweisung** durch die KVB (als Selbstzahler) erfolgt grundsätzlich zur Durchführung im Inland bzw. in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union. Die Rehabilitationseinrichtung im Inland muss einen Versorgungsvertrag nach SGB V mit der Deutschen Rentenversicherung oder einer gesetzlichen Krankenversicherung haben. Bei Durchführung außerhalb Deutschlands dürfen nur solche qualifizierte Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten zugelassen sind.

Nach unserer Genehmigung wählt der Patient selbst eine medizinisch geeignete Rehabilitationseinrichtung aus und schließt mit dieser einen Behandlungsvertrag als Selbstzahler ab. Der Patient muss die Rechnungen der Rehabilitationseinrichtung selbst begleichen. Danach kann das Mitglied den Zuschuss bei der KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation (**nicht** bei der Bezirksleitung) beantragen. Zuschussfähig ist auch hier nur der vollpauschalierte Pflegesatz, den die Rehabilitationseinrichtung mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder der Deutschen Rentenversicherung vereinbart hat. Alle darüber hinausgehenden Leistungen sind nicht zuschussfähig. Besteht kein solcher vollpauschaliertes Pflegesatz (z.B. im Ausland) oder ist er nicht anwendbar, sind die Einzelrechnungen vorzulegen. Dabei ist zu beachten, dass für Unterkunft und Verpflegung nur der niedrigste Satz bezuschusst werden kann und zwar unabhängig davon, ob diese Unterkunft zu diesem Zeitpunkt tatsächlich hätte genutzt werden können.

Bei Anspruch auf volle Tarifleistung beträgt der **tarifliche Zuschuss** zu einer von der KVB genehmigten stationären Rehabilitationsmaßnahme **ohne Einweisung 80%** der zuschussfähigen Aufwendungen (auch für die zuschussfähigen Aufwendungen der An- und Abreise).

Folgende tarifliche Regelungen gelten für die stationäre Rehabilitationsmaßnahme **mit Einweisung** durch die KVB und **ohne Einweisung**: **Wahlleistungen** aller Art, wie z.B. die Unterbringung in einem anderen (besser ausgestatteten) Zimmer und Leistungen im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung, sind **nicht zuschussfähig** und vom Mitglied

selbst zu zahlen. Für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) ist insgesamt ein Höchstbetrag von 200 € zuschussfähig.

Heilkur

Nur aktive Beamte (keine Mitversicherte und Versorgungsempfänger) können mit dem **Rehabilitationsantrag** für sich selbst eine Heilkur beantragen. Die Heilkur ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort. Sie dient zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sowie zur Verhütung oder Vermeidung von Krankheiten oder deren Verschlimmerung. Bei einer Heilkur werden örtlich angebotene Heilanwendungen genutzt. Das Antragsverfahren zur Heilkur entspricht dem der stationären Rehabilitation. Die nachträgliche Genehmigung einer Heilkur ist ausgeschlossen. Nachdem die KVB die Heilkur genehmigt hat, sucht sich der Patient selbst einen geeigneten Kurort aus, der in der Anlage 15 der Bundesbeihilfeverordnung (Heilbäder- und Kurortverzeichnis) aufgeführt sein muss. Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein (kein Zelt oder Wohnwagen). Der Patient sorgt für die Durchführung der Heilkur und begleicht die Rechnungen.

Der **tarifliche Zuschuss** zur Heilkur wird mit **KVB-Erstattungsantrag** bei der zuständigen **Bezirksleitung** der KVB unter Vorlage der Einzelrechnungen, des Kurabschlussberichts und des Genehmigungsschreibens der KVB-HV beantragt. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach dem Tarif und ist ähnlich wie bei einer ambulanten Behandlung. Zusätzlich gibt es einen Zuschuss für Unterkunft und Verpflegung für höchstens drei Wochen bis zum Betrag von 16 € täglich. Reisetage werden dabei nicht berücksichtigt.

Anschlussheilbehandlung

Eine **Anschlussheilbehandlung** (AHB) liegt vor, wenn sich die Rehabilitationsmaßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Eine Anschlussheilbehandlung liegt auch vor, wenn die Rehabilitationsmaßnahme nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig ist.

Die Anschlussheilbehandlung wird mit dem Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB-Antrag) beantragt. Der ausgefüllte und vom Mitglied und Patienten unterschriebene AHB-Antrag wird direkt vom Krankenhaus mit den Befundunterlagen (AHB-Befundbericht) an die KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation übermittelt. Eine AHB muss nach Art und Dauer medizinisch notwendig sein, ambulante Maßnahmen dürfen nicht ausreichen. Nach Eingang aller Unterlagen genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den AHB-Antrag oder lehnt ab.

Das Mitglied kann die **AHB mit Einweisung durch die KVB** oder **ohne Einweisung** (als Selbstzahler) beantragen. Welche Rehabilitationseinrichtungen zuschussfähig sind sowie die Regelungen zu Durchführung und Abrechnung entspricht den Regelungen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die von der KVB genehmigte **AHB ohne Einweisung im Inland** darf aber auch in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, welche die Voraussetzungen des § 107 Absatz 2 des SGB V erfüllen, mit denen aber kein Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des SGB V besteht (Privatklinik). In diesen Rehabilitationseinrichtungen sind Aufwendungen entsprechend Tarifstelle 8.2 Satz 1 Ziffer 2 zuschussfähig. Außerdem sind in diesem Fall gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen zuschussfähig, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt.

Bei Anspruch auf die vollen Tarifleistungen beträgt der **tarifliche Zuschuss** der KVB zu den Aufwendungen einer von der KVB genehmigten Anschlussheilbehandlung **90%** der zuschussfähigen Aufwendungen. Für die gesamten Fahrtkosten (An- und Abreise) ist insgesamt ein Höchstbetrag von 200 € zuschussfähig. Die Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, sind nicht zuschussfähig. Wird bei einer Anschlussheilbehandlung eine Krankenförderung ärztlich verordnet, sind die entstandenen notwendigen Beförderungskosten für den Transport mit dem verordneten Beförderungsmittel zuschussfähig. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Tarif. Der tarifliche Eigenbehalt ist in jedem Fall vom Mitglied zu übernehmen (**keine Vollkostenerstattung**). Anschlussheilbehandlungen fallen auch nicht unter die Freistellung nach Tarifstelle 1.20.2 und 1.21.1 (Härtefallregelung). Wahlleistungen aller Art, wie z.B. die Unterbringung in einem anderen (besser ausgestatteten) Zimmer und Leistungen im Zusammenhang mit einer privatärztlichen Behandlung, sind **nicht zuschussfähig** und vom Mitglied selbst zu zahlen

Kurähnliche Behandlungen – freie Badekuren – nicht genehmigte Gesundheitsmaßnahmen

Kurähnliche Maßnahmen kann jeder KVB-Versicherte ohne besondere Genehmigung durchführen. Die Behandlungen werden jedoch von der KVB-Bezirksleitung nur als zuschussfähig anerkannt, wenn sie zur Heilung oder Milderung eines Krankheitszustandes dienen.

Bei **nicht genehmigten Gesundheitsmaßnahmen** und/oder bei kurähnlichen Behandlungen sind die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe und Beförderung sowie die gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen und Kostenanteile nach dem SGB V im Rahmen einer Doppelversicherung nicht zuschussfähig (vgl. TS 1.1).

Zu den anerkannten Behandlungskosten (ärztliche Behandlung, Arzneimittel und ärztlich verordnete Heilbehandlungen nach Tarifstelle 5) werden von der KVB tarifgemäße Zuschüsse nach den Tarifstellen 2, 4 und 5 gezahlt. Zu Pauschalrechnungen, Quittungen oder Bescheinigungen, die nicht entsprechend den Bestimmungen der einzelnen Tarifstellen spezifiziert sind, werden keine Zuschüsse gezahlt (vgl. TS 1.15).

Weitere Informationen

Sie finden diese Informationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de. Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über tarifliche Leistungen. Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen zur stationären Rehabilitationsmaßnahme, Heilkur und Anschlussheilbehandlung steht Ihnen die KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation unter Tel. (069) 24703 386, über E-Mail an reha@kvb.bund.de oder Fax: (069) 24703 380 gerne zur Verfügung.

Bei Fragen zur Bezuschussung einer ambulanten Rehabilitation, wie ambulanter Rehabilitationssport und erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP), wenden Sie sich bitte an Ihre KVB-Bezirksleitung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB