

# Rehabilitationsantrag



Krankenversorgung  
der Bundesbahnbeamten

Für KVB-Mitglieder und mitversicherte Angehörige, fürsorgeberechtigte Beamte und Versorgungsempfänger des Bundeseisenbahnvermögens (BEV) und berücksichtigungsfähige Angehörige.

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten  
Hauptverwaltung  
Geschäftsgruppe Rehabilitation  
Postfach 20 02 53  
60606 Frankfurt am Main

Eingangsvermerk der KVB-Hauptverwaltung

<b>1 Angaben zur Patientin / zum Patienten</b>		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

<b>2 Angaben zum Antragsteller</b> (KVB-Hauptversicherter/ Mitglied bzw. Beihilfeberechtigter des BEV) <small>(Name und Anschrift nur erforderlich, wenn abweichend zum Patienten)</small>		
Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort
Telefon (für Rückfragen tagsüber erreichbar unter):	E-Mail (Angabe freiwillig):	

**Mitglied der KVB?**     ja, Mitglieds-Nummer:      /

nein, Empfänger-Nummer:

<b>3 Erhält der Antragsteller beamtenrechtliche Bezüge?</b> (Gehalt, Versorgungs- oder Hinterbliebenenbezüge)
<input type="checkbox"/> ja, von <input type="checkbox"/> Bundeseisenbahnvermögen (BEV) <input type="checkbox"/> Anderem Dienstherrn: .....
<input type="checkbox"/> nein, beurlaubt zu: .....

<b>4 Familienzuschlag des Antragstellers</b> (Angabe nur bei aktiven Beamten erforderlich)
Bezieht der Antragsteller den Familienzuschlag nach Bundesbesoldungsgesetz für zwei oder mehr Kinder?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name ..... geb. am: ..... anerkannt bis .....
<input type="checkbox"/> ja, Name ..... geb. am: ..... anerkannt bis .....

<b>- Wird von der KVB, Geschäftsgruppe Rehabilitation bearbeitet -</b>		
<input type="checkbox"/> Stat. Rehamaßnahme mit Einweisung	Name der Einrichtung .....	<input type="checkbox"/> Stat. Rehamaßnahme ohne Einweisung
<input type="checkbox"/> Mutter/Vater-Kind-Kur	.....	<input type="checkbox"/> Heilkur
<input type="checkbox"/> Familienorientierte Rehabilitation	vsl. Pflegesatz ..... EUR	
Beihilfesatz: ..... % bis .....	<input type="checkbox"/> Eilfall	<input type="checkbox"/> Ablehnung
		<input type="checkbox"/> anderweitige Erledigung
<input type="checkbox"/> EL-Nr.                      KVB - Reha .....	Antragsnummer	
	(Namenszeichen)	(Datum)

104 71

Wenn die Blätter dieses Antrags nicht fest verbunden sind (z. B. bei Faxübermittlung), bitte hier **Name, Vorname** und **Geburtsdatum** des Patienten wiederholen:

**Die folgenden Angaben beziehen sich auf den Patienten**

**5 Ist der Patient erwerbstätig?**

nein  ja, derzeit ausgeübte Berufstätigkeit: .....

Name der Dienst- bzw. Beschäftigungsstelle ..... Postleitzahl ..... Ort .....

Betriebsdienst:  nein  ja Schichtdienst:  nein  ja

Arbeitsunfähigkeit in den letzten 6 Monaten:  nein  ja von: ..... bis: .....

**6 Ist eine Schwerbehinderung anerkannt?**

nein  ja, mit den Merkzeichen: ..... und gültig bis: .....

**7 Erhält der Patient Pflegegeld?**

nein  ja mit Pflegegrad: 1  2  3  4  5

und zwar von:  KVB  sonstiger Pflegeversicherung

**8 Steht die beantragte Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang mit den Folgen einer Verletzung, eines Unfalls, einer Berufskrankheit oder einer Wehrdienstbeschädigung?**

nein  ja: Liegt ein Fremdverschulden vor?  nein  ja  
 Dienstunfall  Sportunfall  Wehrdienstbeschädigung  
 Sonstige Ursache (ggf. auf extra Blatt): .....  
 Folgende Stelle hat das Leiden anerkannt (z.B. Versorgungsamt): .....

**9 Bestehen Ansprüche aus gesetzlicher/privater Krankenversicherung/anderen Rechtsvorschriften?**

nein  ja

Falls ja, aufgrund

①  gesetzlicher Krankenversicherung:  pflichtversichert  freiwillig versichert  familienversichert

privater Krankenversicherung (**außer** Restkostenversicherung und KVB)

Name der Krankenversicherung: .....

②  Rechtsvorschriften (z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz) bei .....

③  Beihilferegelungen (bei beantragter Leistung für mitversicherte Ehegatten)

BEV, Empfänger-Nr.: .....

Anderem Dienstherrn: .....

**10 Letzte Rehabilitationsmaßnahme des Patienten in den vergangenen 4 Jahren**

(stationäre / teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme, Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur oder Heilkur)

keine  ja, vom ..... bis ..... in ..... Kostenträger: .....

**11 Angaben zu Einkünften des mitversicherten Ehegatten, wenn für diesen Leistungen beantragt werden**

①  Der Ehegatte hatte im Vorvorkalenderjahr keine Einkünfte

Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3, 5a EStG) des Ehegatten lag im Vorvorkalenderjahr

unter 20.000 EUR  über 20.000 EUR

②  Der Ehegatte hat im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich keine Einkünfte

Der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3, 5a EStG) des Ehegatten wird im laufenden Kalenderjahr vsl.

unter 20.000 EUR  über 20.000 EUR liegen

**12 Rentenversicherungsangaben** bei beantragter Leistung für mitversicherte Ehegatten und Hinterbliebene

① Wurden mindestens 60 Monatsbeiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt? (Pflichtbeiträge, freiwillige Beiträge, Versorgungsausgleich wg. Auflösung der Ehe, anerkannte Kindererziehungszeiten und Nachversicherung)  
 nein  ja

Wurden Rentenbeiträge erstattet?  nein  ja, im Jahre ..... für die Zeit bis .....

② Wird Rente aus Gesetzlichen Rentenversicherung bezogen oder ist Rente beantragt?

nein  ja, Rentenbezug seit ..... von der ..... wegen .....

Falls ja: Wird die Rehabilitation wegen einer bösartigen Neubildung (Krebserkrankung) beantragt?  nein  ja

Wenn die Blätter dieses Antrags nicht fest verbunden sind (z. B. bei Faxübermittlung), bitte hier **Name, Vorname** und **Geburtsdatum** des Patienten wiederholen:

### 13 Angaben zur beantragten Leistung für ein Kind

- ① Ist das Kind im Familienzuschlag des Antragstellers nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigt?  
 nein  ja, bis ..... wegen .....  
(bei Kindern über 18 Jahren den Grund angeben)
- ② Hat eine andere Person als der Antragsteller einen Anspruch auf Beihilfe für das Kind?  
 nein  ja, Name des Beihilfeberechtigten: ..... und Dienstherr: .....  
Wurden diese Leistungen dort beantragt?  nein  ja

### 14 Beantragte Rehabilitationsmaßnahme (zwischen ① - ⑤ auswählen):

Die Maßnahme sollte möglichst in folgender Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden (die KVB entscheidet). Name und Adresse bei Wahl von ①, ③ oder ④ eintragen, zu ② und ⑤ keine Angaben machen:

- ①  **Stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit Einweisung und Direktabrechnung durch die KVB**  
(auch als geriatrische Rehabilitation)

**teilstationäre / ganztägig ambulante Behandlung gewünscht (nicht EAP)**

Die KVB erteilt einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung im Inland den Behandlungsauftrag und weist dorthin ein. Mir ist bekannt, dass ich einen Teil der Aufwendungen (Eigenbehalt) selbst zu tragen habe. Die KVB wird mit der Rehabilitationseinrichtung die Aufwendungen der bewilligten und durchgeführten Maßnahme abrechnen und mir danach meinen Eigenbehalt, der von der KVB vorgelegt wurde, in Rechnung stellen. Der Eigenbehalt kann durch Überweisung, Lastschrift oder Abzug von den Bezügen beglichen werden.

**Wahlleistungen (z.B. besondere Unterbringung und/oder Chefarztbehandlung) werden nicht bezuschusst**

- ②  **Stationäre Rehabilitationsmaßnahme als Selbstzahler (ohne Einweisung durch die KVB)**

Ich werde selbst eine geeignete Rehabilitationseinrichtung auswählen, den Aufnahmetermin vereinbaren und die Aufwendungen der Rehabilitationsmaßnahme selbst bezahlen. Danach kann ich den Zuschuss bei der KVB-Hauptverwaltung beantragen.

Die genehmigte Rehabilitationsmaßnahme darf im Inland nur in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt werden, die einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Sozialgesetzbuchs 5 haben. Die Behandlung kann auch von einem qualifizierten Leistungserbringer in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union erbracht werden, der im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten zugelassen ist.

Bei Rehabilitationseinrichtungen im Inland wird nur der niedrigste vollpauschalierte Pflegesatz gemäß deren Versorgungsvertrag bezuschusst. Bei Rehabilitationseinrichtungen außerhalb Deutschlands wird für Unterkunft und Verpflegung nur der niedrigste Satz der Einrichtung bezuschusst unabhängig davon, ob diese Unterkunft zu diesem Zeitpunkt tatsächlich hätte genutzt werden können.

**Wahlleistungen aller Art sind darüber hinaus nicht zuschussfähig.**

- ③  **Familienorientierte Rehabilitation**

Bei schweren chronischen Erkrankungen des Kindes (z.B. Krebs, Mukoviszidose), nach Herzoperation oder Organtransplantation. Für jedes Familienmitglied ist ein gesonderter Antrag zu stellen. Die Anträge sind mit der ärztlichen Verordnung an die KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation zu senden.

- ④  **Mutter-Kind-Kur bzw. Vater-Kind-Kur**

Für jedes behandlungsbedürftige Familienmitglied ist ein gesonderter Antrag zu stellen.

- ⑤  **Heilkur** (nur für Beamte in einem aktiven beamtenrechtlichen Dienstverhältnis für sich selbst)

Eine **ambulante Rehabilitationsmaßnahme** unter ärztlicher Leitung nach einem Rehabilitationsplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort. Für die Durchführung und Abrechnung werde ich selbst sorgen (keine Einweisung durch die KVB, für die Auswahl des geeigneten Kurorts, Unterkunft und Kurarzt etc. bin ich selbst verantwortlich).

**Ich bestätige ausdrücklich die Richtigkeit der Angaben. Der Reha-Befundbericht des Arztes und eventuelle Kopien aktueller ärztlicher Unterlagen sind als Anlage beigelegt.**

Unterschrift(en):

Ort, Datum

Patient/in (Bevollmächtigter)  
(nicht notwendig bei Kindern bis 14 Jahre)

Antragsteller/in (Bevollmächtigte(r))  
(Hauptversicherte(r)/Mitglied bzw. Beihilfeberechtigte(r))

#### Hinweise:

- Wird die Rehabilitation für einen mitversicherten Angehörigen (Ehefrau, Ehemann, Kind) beantragt, ist auch die **Unterschrift des Antragstellers** (KVB-Hauptversicherter bzw. Beihilfeberechtigter des BEV) unbedingt erforderlich.
- Eine **Anschlussheilbehandlung** (AHB) beantragen Sie mit dem **AHB-Antrag**.
- Ein Antrag infolge eines Dienst- bzw. Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist direkt an den Unfallversicherungsträger zu richten.

Name, Vorname des Mitglieds oder Nicht-KVB-Mitglieds	Mitglieds- oder Empfänger Nummer	
--	----------------------------------	---

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten  
Hauptverwaltung  
Geschäftsgruppe Rehabilitation  
Postfach 20 02 53  
60606 Frankfurt am Main

Rechnungsnummer:

## — Ärztlicher Reha-Befundbericht zum Rehabilitationsantrag für

Name der Patientin / des Patienten

Vorname

Geburtsdatum

### Honorar-Abrechnung

Ärztlicher Befundbericht

**30,00 EUR**

inkl. Verwaltungskostenpauschale  
(Schreibgebühr, Porto, Kosten für Kopien)

Stellen Sie die Honorar-Abrechnung der KVB an die obige Anschrift in Rechnung und fügen den kompletten Befundbericht und möglichst auch den Rehabilitationsantrag bei.

Kontoinhaberin / Kontoinhaber
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
<b>D E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)	

Rechnung vom: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Name, Vorname des Patienten/der Patientin	Geburtsdatum	
---	--------------	---

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten  
Hauptverwaltung  
Geschäftsgruppe Rehabilitation  
Postfach 20 02 53  
60606 Frankfurt am Main

### Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) muss die beantragte Rehabilitationsmaßnahme entsprechend der tariflichen Vorgaben (Tarifstellen 8.9 - 8.11 des Tarifs der KVB und Anlage 1 zum Tarif) und der satzungsgemäßen Vorgaben prüfen.

Aufgrund der für mich beantragten Rehabilitationsmaßnahme erkläre ich durch deutliches Ankreuzen:

Hiermit entbinde ich meine mich behandelnde Ärztin / meinen mich behandelnden Arzt

Frau / Herr \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie / Er darf die für die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Unterlagen direkt an die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB (Postfach 20 02 53, 60606 Frankfurt am Main) senden. Mit telefonischen Auskünften zu meinen medizinischen Befunden für den Zweck der notwendigen gutachterlichen Stellungnahme bin ich einverstanden.

Mit meiner Unterschrift zu dieser Schweigepflichtentbindung willige ich ausdrücklich ein, dass für die notwendige gutachterliche Stellungnahme im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsantrag meine mich behandelnde Ärztin / mein mich behandelnder Arzt die erforderlichen Unterlagen (ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag und gegebenenfalls weitere ärztliche Unterlagen) an die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB weitergibt und diese einen Gutachter mit der gutachterlichen Stellungnahme beauftragt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigte(r)

Name, Vorname des Mitglieds oder Nicht-KVB-Mitglieds	Mitglieds- oder Empfänger Nummer	
--	----------------------------------	---

Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten  
Hauptverwaltung  
Geschäftsgruppe Rehabilitation  
Postfach 20 02 53  
60606 Frankfurt am Main

**Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung, Übermittlung personenbezogener Daten an einen Vermittlungsdienstleister und an einen medizinischen Gutachter sowie zur Zusendung des Entlassungsberichts an die KVB**

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß KVB Tarif, Tarifstellen 8.9 - 8.11 können nur genehmigt werden, wenn auch die medizinische Notwendigkeit gegeben ist. Die KVB übermittelt zu diesem Zweck die Daten an einen Vermittlungsdienstleister, der diese in der Folge an einen externen medizinischen Dienstleister / Gutachter weitervermittelt, um eine gutachterliche Stellungnahme zur Bewertung der erhobenen ärztlichen Befunde einzuholen. Aufgrund der beantragten Rehabilitationsmaßnahme **erkläre** ich

Name der Patientin/des Patienten	Vorname der Patientin/des Patienten	Geburtsdatum
----------------------------------	-------------------------------------	--------------

durch deutliches Ankreuzen:

Meine mich behandelnde Ärztin / meinen mich behandelnden Arzt ermächtige ich zur Übermittlung des ärztlichen Befundberichts zum Rehabilitationsantrag und weiterer erforderlicher medizinischer Befunde an die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

- oder -

Meine mich behandelnde Ärztin / mein mich behandelnder Arzt händigt mir selbst die notwendigen Unterlagen aus. Ich werde selbst den ärztlichen Befundbericht zum Rehabilitationsantrag und weitere erforderliche medizinische Befunde an die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB senden. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

2. **Ich willige ein**, dass die KVB zur Bearbeitung des Rehabilitationsantrags die in dem Rehabilitationsantrag und den medizinischen Befunden enthaltenen besonderen personenbezogenen Daten nur zur Bearbeitung des Antrags gemäß den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erhebt, verarbeitet und nutzt. Weiterhin willige ich ein, dass die KVB den Rehabilitationseinrichtungen die ärztlichen Unterlagen zur Verfügung stellt.

3. **Ich willige ein**, dass die KVB zur Bearbeitung des Rehabilitationsantrags die überlassenen ärztlichen Unterlagen zur gutachterlichen Stellungnahme an einen Vermittlungsdienstleister übermittelt, der diese in der Folge an einen externen medizinischen Dienstleister / Gutachter weitervermittelt. Ich bin auch damit einverstanden, dass der Vermittlungsdienstleister sowie der medizinische Dienstleister / Gutachter die zur gutachterlichen Stellungnahme erforderlichen Daten gemäß den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst, verarbeitet und nutzt.

4. **Ich willige ein**, dass die Rehabilitationseinrichtung den ärztlichen Entlassungsbericht zur Rehabilitationsmaßnahme an die KVB, Geschäftsgruppe Rehabilitation sendet. **Ich willige nicht ein**

**Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft an die oben angegebene Adresse widerrufen.**

**X**

**X**

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. Bevollmächtigte(r)

Mit meiner Unterschrift auf dieser Seite willige ich den Erklärungen 1. bis 4. ein bzw. erkläre bei Ankreuzen von 4., dass ich diesem Punkt nicht einwillige. Ohne Ihre Einwilligung zu 1. bis 3. kann die KVB den Antrag nicht abschließend bearbeiten. **Daher ist die Unterschrift für eine Bearbeitung des Antrags unbedingt erforderlich.**

Name, Vorname des Mitglieds oder Nicht-KVB-Mitglieds	Mitglieds- oder Empfänger Nummer	
--	----------------------------------	---

## Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag

Anlagen

Der Befundbericht ist vom behandelnden Arzt aufgrund der vorhandenen Befunde und Berichte vollständig zu erstellen und der Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB mit der beigefügten Honorarabrechnung direkt zu übermitteln. Der Rehabilitationsantrag ist möglichst beizufügen.

**Hinweis für die Ärztin/ den Arzt:** Die KVB beauftragt zur Bearbeitung der beantragten Leistung eine gutachterliche Stellungnahme zu den überlassenen ärztlichen Unterlagen. Um Rückfragen und Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir um vollständige Angaben.

### Patientenangaben

..... Name	..... Vorname	..... Geburtsdatum	..... Telefon
..... PLZ und Ort		..... Straße	

### 1. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen (in Worten und nach ICD-10)

A) Hauptdiagnose ICD-10-GM

1. ....

B) Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen oder Indikationen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

### 2. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A) Welche Beschwerden liegen vor und seit wann? Wie ist der Krankheitsverlauf?

.....

.....

.....

B) Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (Barthel-Index siehe Nr. 8)

.....

.....

.....

Name, Vorname des Patienten/der Patientin	Geburtsdatum
---	--------------

**C) Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe**

	keine Beeinträchtigung	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z.B. Sprechen, Schreiben, Sehen, Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z.B. Stehen, Gehen, Treppensteigen, Transfer Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z.B. Essen, Trinken, An-/Auskleiden, Hygiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z.B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstige Beeinträchtigungen:</b>				

**D) Es liegen folgende Risikofaktoren vor:**

- Alkoholmissbrauch     
  Nikotin     
  Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch
- Über-/Untergewicht:     
 Größe: \_\_\_\_\_ cm,     
 Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**E) Psychosoziale Faktoren, die zu beachten sind** (z.B. allein/ mit Familie / in Pflegeeinrichtung lebend , Pflege eines Familienangehörigen, familiäre oder berufliche Probleme)

**F) Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Maßnahmen einschließlich Arzneimitteltherapie**

**G) Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)**

**H) Andere Maßnahmen** (Patientenschulungen, Rehabilitationssport, Ernährungsberatung, Selbsthilfegruppen, ...)

**3. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit**

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  ja  nein



Name, Vorname des Patienten/der Patientin	Geburtsdatum
---	--------------

#### 4. Rehabilitationsziele

A) Rehabilitationsziele aus Sicht der Ärztin / des Arztes in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

---

---

B) Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten

---

#### 5. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine positive Prognose bezüglich der oben aufgeführten Rehabilitationsziele

ja       eingeschränkt hinsichtlich (z.B. bzgl. Erreichbarkeit, Belastbarkeit, Motivationslage):

---

#### 6. Zusammenfassende Empfehlung

A) Behandlungsempfehlung:

- Ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort / Heilkur (**nur für aktive Beamte**)
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahme
- Mutter/Vater-Kind-Kur
- Eine ambulante Behandlung am Wohnort ist ausreichend

B) **Empfohlener Behandlungsschwerpunkt** (bitte nur einen Schwerpunkt auswählen)

- Orthopädie       Herz/Kreislauf       Neurologie       Psychotherapie       Geriatrie
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 7. Sonstige Angaben

A) Die beantragte Rehabilitationsmaßnahme ist vor Ablauf der Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

ja, weil \_\_\_\_\_

B) Die Anreise kann erfolgen mit:

öffentlichen Verkehrsmitteln       PKW erforderlich       andere \_\_\_\_\_

C) Folgende(r) Reha-Einrichtung / Ort ist zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme besonders geeignet:

---

Name, Vorname des Patienten/der Patientin	Geburtsdatum
---	--------------

## 8. Barthel-Index

**Auszufüllen bei den empfohlenen Behandlungsschwerpunkten Neurologie, Geriatrie und ab Pflegegrad 3**

1. Essen und Trinken	Unabhängig, isst und trinkt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/>	10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
2. Bett-(Rollstuhl-) Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>	15
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung notwendig	<input type="checkbox"/>	10
	Mit erheblicher Unterstützung, Rumpfstabilität vorhanden	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht möglich, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
3. Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
4. Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts oder bei der Kleidung/Reinigung.	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/>	0
5. Baden, Duschen	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
6. Fortbewegung	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/>	15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsm. 50 m weit gehen.	<input type="checkbox"/>	10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, mindestens 50 m.	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/>	0
7. Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/>	0
8. An-und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- o. Bruchband)	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/>	0
9. Harnkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/>	10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/>	0
10. Stuhlkontrolle	Ständig kontinent, eventuelle Stomaversorgung selbstständig	<input type="checkbox"/>	10
	Gelegentlich inkontinent, max. einmal/Woche	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger/ ständig inkontinent	<input type="checkbox"/>	0
Gesamtpunktzahl Barthel-Index:			

**X**

Ort, Datum

**X**

Stempel/Unterschrift behandelnde(r) Ärztin / Arzt / Telefonnummer

## Hinweise zum Rehabilitationsantrag



### Allgemeines

Eine **stationäre Rehabilitationsmaßnahme, Mutter/Vater-Kind-Kur, familienorientierte Rehabilitation** und die **Heilkur** wird mit dem **Rehabilitationsantrag** der KVB beantragt. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann auch für eine teilstationäre (ganztäglich ambulante) Rehabilitation beantragt werden. Zu den stationären Rehabilitationsmaßnahmen gehören auch die Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen als medizinische Rehabilitation in geeigneten Rehabilitationseinrichtungen. Heilkuren können nur Beamte im aktiven Dienst für sich selbst beantragen. Eine stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ist eine Anschlussheilbehandlung (AHB), die mit dem AHB-Antrag beantragt wird.

Die Rehabilitationsmaßnahme muss vor ihrem Beginn bei der KVB-Hauptverwaltung (KVB-HV), Geschäftsgruppe Rehabilitation beantragt und genehmigt worden sein. Den Rehabilitationsantrag mit Reha-Befundbericht und weiteren Informationen finden Sie im Internetauftritt der KVB oder erhalten Sie von der KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation.

### **Ansprüche aufgrund von Rechtsvorschriften, Beihilfeanspruch bei anderem Dienstherrn als dem BEV**

Besteht ein Leistungsanspruch aufgrund von Rechtsvorschriften (z.B. bei mitversicherten Ehegatten oder Hinterbliebenen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Deutschen Rentenversicherung), ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen. Wurden zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen, kürzt die KVB die zuschussfähigen Aufwendungen im Falle einer Genehmigung tarifgemäß um 50%.

Falls ein Anspruch auf Leistungen bei einem anderen Dienstherrn als dem Bundeseisenbahnvermögen (BEV) besteht, ist der Rehabilitationsantrag bei der Beihilfestelle des anderen Dienstherrn und nicht bei der KVB zu stellen.

### **Antragsverfahren**

Ihre behandelnde Ärztin bzw. Ihr behandelnder Arzt muss die beantragte Rehabilitationsmaßnahme für medizinisch notwendig erachten, andere Behandlungsmöglichkeiten müssen ausgeschöpft sein. Zusätzlich zu dem **Rehabilitationsantrag** ist ein **Reha-Befundbericht** erforderlich (jeweils Formulare der KVB).

Füllen Sie zunächst den **Rehabilitationsantrag** vollständig aus und unterschreiben ihn (Antragsteller/in und Patient/in). Im **Reha-Befundbericht** tragen Sie die Mitglieds- und Patientendaten ein. Die Patientin bzw. der Patient muss auf Seite 2 des Befundberichts die „Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht“ erklären. Ohne dass die „Einwilligungserklärung zur Übermittlung personenbezogener Daten an einen Gutachter und zur Datenverarbeitung“ auf Seite 3 ausgefüllt und unterschrieben wurde, kann die KVB den Antrag nicht bearbeiten.

**Beauftragen Sie dann Ihren behandelnden Arzt, den Reha-Befundbericht anhand bereits erhobener Befunde und vorliegender Berichte zu erstellen.** Es ist nur ein Reha-Befundbericht erforderlich und zuschussfähig. Übergeben Sie dem Arzt den Reha-

---

Auf die weitere Nennung von Arzt bzw. Ärztin wird verzichtet, stattdessen wird der Begriff „Arzt“ verwendet.

Befundbericht zusammen mit dem Rehabilitationsantrag. Ihr Arzt kann den fertiggestellten Befundbericht mit seiner Honorarabrechnung (Seite 1 des Befundberichts), und dem Rehabilitationsantrag direkt an uns senden. Wesentliche ärztliche Atteste, Untersuchungsbefunde, Arzt- und Krankenhausberichte sind möglichst beizufügen, jedoch **keine** Originale, Röntgenbilder oder elektronische Speichermedien). Ansonsten lassen Sie sich die Unterlagen vom Arzt aushändigen und senden uns diese an folgende Adresse zu:

**Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation, Postfach 200 253 in 60606 Frankfurt am Main**

Nach Eingang der vollständigen Unterlagen beauftragt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB einen Vermittlungsdienstleister, der eine gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage bei einem externen medizinischen Gutachter einholt. Diese gutachterliche Stellungnahme dient zur Bewertung der eingereichten ärztlichen Unterlagen und zur Feststellung, ob die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und die beantragte Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist.

In folgenden Fällen ist keine gutachterliche Stellungnahme erforderlich:

1. Wird eine familienorientierte Rehabilitation beantragt, reichen Sie uns die Rehabilitationsanträge zusammen mit der ärztlichen Verordnung für das kranke Kind direkt ein. Ein Reha-Befundbericht ist **nicht** erforderlich.
2. Wenn der medizinische Dienst der Pflegeversicherung in der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme abgibt. Reichen Sie uns dann die Rehabilitationsempfehlung zusammen mit dem Rehabilitationsantrag ein. Der vom behandelnden Arzt zu erstellende Reha-Befundbericht ist zusätzlich erforderlich, um die Antragsbearbeitung und die Wahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung sicherzustellen.

Nach Eingang der Stellungnahme genehmigt die Geschäftsgruppe Rehabilitation der KVB den Rehabilitationsantrag oder lehnt ihn ab. Zur Entscheidung werden die Anspruchsvoraussetzungen gemäß Satzung und Tarif (medizinisch notwendig, ambulante Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft, im laufenden und in den drei vorangegangenen Kalenderjahren keine Heilkur oder stationäre Rehabilitation durchgeführt etc.) geprüft.

## Weitere Informationen

Der KVB-Tarif regelt Rehabilitationsmaßnahmen in den Tarifstellen 8.9 - 8.12 sowie in den "Richtlinien für die Bezuschussung von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Heilkuren" (Anlage 1 zum KVB-Tarif).

Sie finden diese und weitere Informationen sowie den Rehabilitationsantrag und den Reha-Befundbericht auch im Internet unter [www.kvb.bund.de](http://www.kvb.bund.de). Für eine Bezuschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen steht Ihnen die KVB-HV, Geschäftsgruppe Rehabilitation unter Telefon (069) 24703 386, über E-Mail an [reha@kvb.bund.de](mailto:reha@kvb.bund.de) oder Fax: (069) 24703 380 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre KVB