

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

Eingangsvermerke	
Ärztlicher Dienst des BEV	KVB-Hauptverwaltung

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

2 Angaben zum Antragsteller (KVB-Hauptversicherter/ Mitglied bzw. Beihilfeberechtigter des BEV) (Name und Anschrift nur erforderlich, wenn abweichend zum Patienten)		
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:

3 Erhält der Antragsteller beamtenrechtliche Bezüge? (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:

4 Familienzuschlag des Antragstellers (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

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

104 71

Den Antrag bitte in Druckschrift ausfüllen, zutreffendes ankreuzen und auf der letzten Seite unterschreiben!

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 Beihilferegulungen (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):

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

Name und Ort der angestrebten Rehabilitationseinrichtung: bei ① freiwillig und zu ③ und ④ erforderlich (**KVB entscheidet**):

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 in einem im amtlichen Heilbäder- und Kurortverzeichnis aufgeführten Heilbad oder Kurort**
Anspruch auf die ambulante Rehabilitationsmaßnahme haben nur Beamte im aktiven Dienst, jedoch keine Mitversicherten und Versorgungsempfänger.

Die Unterkunft muss ortsfest sein. Für die Durchführung und Abrechnung werde ich selbst sorgen.

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

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:

1. 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.
2. Eine **Anschlussheilbehandlung** (AHB) beantragen Sie mit dem **AHB-Antrag**.
3. Ein Antrag infolge eines Dienst- bzw. Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist direkt an den Unfallversicherungsträger zu richten.

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 Patienten/der Patientin	Geburtsdatum	
---	--------------	---

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

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung, Übermittlung personenbezogener Daten an einen Gutachter und 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 holt zu diesem Zweck eine gutachterliche Stellungnahme zur Bewertung der erhobenen ärztlichen Befunde beim ärztlichen Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (BEV) oder bei einem externen medizinischen Dienstleister ein. Die Liste der eingesetzten externen Gutachter kann ich dem Internetauftritt der KVB entnehmen. Aufgrund der beantragten Rehabilitationsmaßnahme **erkläre** ich 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 dem ärztliche Dienst des BEV oder einem externen Gutachter für medizinische Begutachtungen die überlassenen ärztlichen Unterlagen zur gutachterlichen Stellungnahme übermittelt. Ich bin auch damit einverstanden, dass dieser Dienstleister 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

Ort, Datum

X

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	Mitgliedsnummer	
-----------------------------	-----------------	---

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 (z.B. Barthel-Index)

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
Kommunikation (z.B. Sprechen, Schreiben, Sehen, Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z.B. Stehen, Gehen, Treppensteigen, Transfer Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z.B. Essen, Trinken, An-/Auskleiden, Hygiene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Beeinträchtigungen:				

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 sowie bei den Schwerpunkten Neurologie und Geriatrie den Barthel-Index beifügen)

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:

.....

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 (ganztägig 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 beim ärztlichen Dienst des BEV oder bei einem externen medizinischen Dienstleister eine gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage. Diese 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. 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 oder Fax: (069) 24703 380 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB