

## Merkblatt

### Stationäre Rehabilitation

*Die Bezeichnungen im Merkblatt gelten für alle Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche Form verwendet.*

Eine Beihilfe nach § 28 Abs. 6 ThürBhV wird zu stationären Behandlungen in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation nur gewährt, wenn es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt und nach einem begründeten amtsärztlichen Gutachten die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren noch keine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach §§ 28 Abs. 4 oder 29 ThürBhV durchgeführt wurde, es sei denn, diese Maßnahme ist aus medizinischen Gründen und nach dem genannten Gutachten in einem kürzeren Zeitabstand dringend notwendig. Des Weiteren sind die Aufwendungen für diese Maßnahme nur beihilfefähig, wenn die Festsetzungsstelle die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme anerkannt hat.

Abweichend davon ist die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in Einrichtungen nach § 28 Abs. 4 ThürBhV anzuerkennen, wenn die beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit eine Rehabilitationsempfehlung erhalten hat, aus der hervorgeht, dass die Durchführung einer solchen Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist.

Der Anspruch auf Beihilfe für die anerkannte Rehabilitationsmaßnahme entfällt, wenn die Maßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach der Anerkennung durch die Festsetzungsstelle begonnen wird.

Ist die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit unterblieben, wird eine Beihilfe nur gewährt, wenn das Versäumnis entschuldbar ist und die sachlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit nachgewiesen werden, § 50 Abs. 8 ThürBhV.

Werden die vorgenannten Voraussetzungen nicht nachgewiesen, sind nur die Aufwendungen für gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19 ThürBhV (ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen, Heilpraktikerleistungen, Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel) beihilfefähig.

Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind gemäß § 28 Abs. 4 ThürBhV nur solche Einrichtungen, welche die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen (Rehabilitationseinrichtungen).

Gemäß § 28 Abs. 7 ThürBhV sind aus Anlass einer stationären Behandlung in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation die Aufwendungen beihilfefähig für

1. gesondert erbrachte und berechnete Leistungen nach den §§ 8, 18 und 19 ThürBhV (ärztliche, zahnärztliche, psychotherapeutische Leistungen, Heilpraktikerleistungen, Arznei- und Verbandmittel und Heilmittel),
2. eine Familien- und Haushaltshilfe nach § 24 ThürBhV (soweit die Voraussetzungen im Einzelfall erfüllt sind),

3. für Pflege, Unterkunft, und Verpflegung bis zum niedrigsten Tagessatz zuzüglich Kurtaxe, begrenzt auf höchstens 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise), es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
4. für den ärztlichen Schlussbericht,
5. die An- und Abreise
  - a) mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln der niedrigsten Klasse und
  - b) mit privatem Kraftfahrzeug in Höhe von 20 Cent je zurückgelegtem Kilometer; dabei ist der kürzeste üblicherweise zu benutzende Straßenverbindung zwischen der Wohnung und der Einrichtung und zurück maßgebend,

insgesamt jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme.

Außerdem sind bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln die nachgewiesenen Kosten für nicht persönlich mitgeführtes Gepäck beihilfefähig. Führen Beihilfeberechtigte oder ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen zur gleichen Zeit und in derselben Einrichtung eine Rehabilitationsmaßnahme durch, gelten die gemeinsamen Fahrten mit einem Kraftfahrzeug als eine Fahrt.

Die vorstehende Nummer 3 und 5 gilt auch für Begleitpersonen, wenn die Notwendigkeit der Begleitung behördlich (Merkzeichen B) oder durch ein medizinisches Gutachten festgestellt ist und die Einrichtung bestätigt, dass für einen Erfolg versprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist. In diesem Fall ist auch der nachgewiesene Verdienstaussfall der Begleitperson beihilfefähig.

Pauschalpreise und Tagessätze der Rehabilitationseinrichtung, die Leistungen der oben genannten Nrn. 1, 3 und 4 betreffen, sind nur insoweit beihilfefähig, als sie einer Preisvereinbarung dieser Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger entsprechen; die Beihilfefähigkeit darüberhinausgehender Aufwendungen nach Nrn. 1, 3 und 4 ist ausgeschlossen.

Ehegatten können für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (stationär und ambulant) auch Leistungen durch Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zustehen, wenn sie eine rentenversicherungspflichtige Tätigkeit ausüben oder ausgeübt haben.

Die Gewährung von Beihilfe ist für diese nur möglich, wenn

- eine schriftliche Erklärung vorgelegt wird, dass für den Ehegatten keine rentenversicherungspflichtige Beschäftigung vorliegt oder
- eine Bestätigung des Rentenversicherungsträgers vorgelegt wird, dass Leistungen für eine medizinische Rehabilitation, trotz rechtzeitiger Beantragung, nicht zustehen.

Das amtsärztliche Gutachten muss die medizinische Notwendigkeit darstellen und begründen, dass ambulante Maßnahmen für die Behandlung der Erkrankung nicht ausreichend sind. Ferner sollten Angaben über die Behandlungsdauer und die in Frage kommende Einrichtung gemacht werden. Die Kosten für das amtsärztliche Gutachten sind beihilfefähig.

Die entstehenden Aufwendungen sind dann unter Vorlage der Rechnungsbelege in Kopie mit einem „Antrag auf Beihilfe“ geltend zu machen.