

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

## Antrag auf Anerkennung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bzw. neurologischen Erkrankungen

Ich beantrage eine stationäre Rehabilitation  
Rehabilitationsmaßnahme bei psychischen  
und psychosomatischen Erkrankungen bzw.  
bei neurologischer Erkrankung für:

mich

Ehe-/Lebenspartner\*in

Kind

Name des Ehe-/Lebenspartner\*in  
oder Kindes

Die zu behandelnde Person hat im laufenden oder in den  
3 vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als  
beihilfefähig oder durch die PBeaKK als erstattungsfähig  
anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt  
und beendet.

Ja

Die zu behandelnde Person hat Ansprüche  
gegenüber anderen Kostenträgern.

Ja

bei

Die zu behandelnde Person erhält zurzeit Leistungen  
aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

Ja

von

Für folgende Rehabilitationseinrichtung wird  
die Maßnahme beantragt.

### Hinweis zu Ansprüchen gegenüber anderen Kostenträgern

Beihilfeberechtigte mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 11 SGB VI) und Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 23, 24, 40 und 41 SGB V) haben zunächst diese Leistungen beim Versicherungsträger zu beantragen. Nur wenn der Versicherungsträger die Leistungen ablehnt, können ggf. die Aufwendungen zu einer Rehabilitationsmaßnahme als beihilfefähig anerkannt werden. Die Ablehnungs- bzw. Zuschussbescheide der Versicherungsträger sind beizufügen.

---

Die Behandlungskosten sollen mir als Selbstzahler in Rechnung gestellt werden (detaillierte Abrechnung)? Ja

oder

Die Behandlungskosten sollen mit der PBeaKK direkt abgerechnet werden (Pauschalabrechnung)? Ja

---

**Hinweis zur Abrechnung einer Rehabilitationsmaßnahme**

Bei der Pauschalabrechnung zahlt die PBeaKK die Behandlungskosten direkt an die Klinik. Mit der Wahl der Pauschalabrechnung verpflichte ich mich, den sich aus Selbstbehalt und Eigenbehalt ergebenden Betrag an die PBeaKK nach Aufforderung innerhalb von 2 Wochen zurückzuzahlen. Die voraussichtliche Höhe dieses Betrages wird mir mit dem Anerkennungsbescheid mitgeteilt. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Bedingungen verbindlich an. Nähere Informationen zu den Abrechnungsmöglichkeiten entnehmen Sie bitte unserer Infobroschüre oder fragen bei unserer Kundenberatung an.

**Hinweis bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen**

Bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen muss die ärztliche Verordnung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie erstellt worden sein.

**Hinweis bei neurologischen Erkrankungen**

Bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung von neurologischen Erkrankungen muss die ärztliche Verordnung durch einen Facharzt für Neurologie erstellt worden sein.

---

Ich habe die Verordnung der behandelnden ärztlichen Person und weitere Befunde sowie Schlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre für die PBeaKK bzw. die mich begutachtende Person als Anlage beigefügt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

**Anlage**  
Ärztliche Verordnung

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

### Verordnung einer stationären Rehabilitationsbehandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen – vom Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder vom Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auszufüllen

Hinweis für die behandelnde ärztliche Person: die begutachtende Person entscheidet über die Notwendigkeit grundsätzlich nach Aktenlage. Unvollständige Angaben führen zu einer Verzögerung der Anerkennung bzw. zu vermeidbaren Rückfragen evtl. sogar zu einer Ablehnung der verordneten Behandlung.

Zu behandelnde Person

Geburtsdatum

Name, Vorname

---

### Sozialanamnese

Lebenssituation der zu behandelnden Person

Allein lebend  
mit Ehe-/Lebenspartner\*in

betreutes Wohnen

mit/bei Kindern

Pflegeeinrichtung

Unterstützende  
Angehörige in der Nähe

Die zu behandelnde Person ist krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt.

Ja

Es liegt ein Pflegegrad vor bzw. es wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt.

Ja

Pflegegrad

seit

Es ist eine Schwerbehinderung anerkannt.

Ja

GdB und Merkzeichen

## Klinische Anamnese

---

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

## Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

---

Hauptdiagnose  
(in Worten und nach ICD-10)

Weitere Diagnosen oder Indikationen,  
die den Antrag begründen  
(in Worten und nach ICD-10)

---

Die Diagnose(n) ist/sind zurückzuführen auf:

Dienst- oder Arbeitsunfall

sonstiger Unfall

Berufskrankheit

Versorgungsleiden / Gesundheitsschaden (BVG /OEG)

---

Sind Infekte und/oder Keime vorhanden? Ja

Wenn Ja, welche?

Gibt es psychosoziale Faktoren die zu beachten sind (z.B. Depression, Psychische Belastungen, Ängste ...)? Ja

Wenn Ja, welche?

## Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

---

Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

---

Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	Keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsam mit Hilfsmitteln)	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)				
<b>Mobilität</b> (z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)				
<b>Selbstversorgung</b> (z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)				
<b>Häusliches Leben</b> (z.B. Haushaltsführung)				
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)				
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z.B. Arbeit und Beschäftigung)				

Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich?

Ja

Nein

Wenn Nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

Sonstige Beeinträchtigungen (z.B. Inkontinenz, Paresen, Demenz)

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z.B. Barthel-Index)

---

Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht aufgeführt:

Persönliches und familiäres Umfeld (z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z.B. Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

---

Es liegen folgende Risikofaktoren vor:

Alkoholmissbrauch	Übergewicht
Nikotin	Bewegungsmangel
Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch	Sonstiges

## **Maßnahmen der Krankenbehandlung (in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation)**

---

Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

---

<b>Heilmittel</b>	<b>In den letzten 12 Monaten erfolgt</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Aussichtsreich</b>
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)			
Bewegungstherapie (z.B. KG und manuelle Therapie)			
Traktionsbehandlung			
Elektrotherapie			
Inhalation			
Wärme-/Kältetherapie			
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie			
Ergotherapie			

---

Hinweis zu der abgegebenen Einschätzung

---

Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel (Welche? Seit wann? Aussichtsreich?)

---

<b>Andere Maßnahmen</b>	<b>Durchgeführt</b>	<b>Aussichtsreich</b>
Psychotherapie		
Rehabilitationssport/Funktionstraining		
Patientenschulung		
Ernährungsberatung		
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen		
Sonstiges		

---

## Rehabilitationsfähigkeit

---

Die zu behandelnde Person verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit Ja

---

Die zu behandelnde Person verfügt über die erforderliche Mobilität Ja

---

Die zu behandelnde Person verfügt über eine ausreichende Motivation Ja

---

Die zu behandelnde Person ist motivierbar Ja

---

## Rehabilitationsziele

---

Ziele aus Sicht der behandelnden ärztlichen Person im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

---

Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person/Angehörigen

---

## Rehabilitationsprognose

---

Eine positive Rehabilitationsprognose besteht hinsichtlich der:

Schädigungen

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

Ziele aus Sicht der zu behandelnden  
Person/Angehörigen

---



## Sonstige Angaben

---

Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

---

Die Anreise kann erfolgen mit:

Öffentlichen Verkehrsmitteln

privaten PKW

andere

---

Die beantragte Rehabilitationsleistung ist vor Ablauf der Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig.

Ja

Weil

---

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird dann als notwendig angesehen, wenn sie nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann.

---

Folgende Rehabilitationsklinik(en) ist/sind zur Durchführung der Behandlung als geeignet anzusehen (inkl. Ortsangabe)

---

Folgende spezifischen Therapiemaßnahmen werden vorgeschlagen

---

Voraussichtlich benötigte Rehabilitationsdauer in Tagen (max. 21 Tage)

Ausnahme: Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich;  
wird von der behandelnden ärztlichen Person der Rehabilitationsklinik beantragt.

---

Für die Angaben der behandelnden ärztlichen Person ist beim EBM die Ziffer 01611 für Mitglieder der Gruppe A und die GOÄ- Ziffer 75 für Mitglieder der Gruppe B berechnungsfähig.

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person

Anlagen

**Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart**

### **Einwilligungserklärung zur Übermittlung personenbezogener Daten an eine begutachtende Person**

Leistungen der Beihilfe des Bundes und der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) erhalte ich nur, wenn nach Maßgabe der Bundesbeihilfeverordnung und der Satzung der PBeaKK eine medizinische Notwendigkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme wegen Krankheit vorliegt (§§43 und 44 der Satzung der PBeaKK sowie § 36 BBhV). Zu diesem Zweck beauftragt die PBeaKK die Firma IMB Consult GmbH, Gesellschaft für medizinische Gutachten (kurz IMB) mit Sitz in Bochum, mit der Erstellung eines Gutachtens. IMB ist ihrerseits berechtigt, die Begutachtung dem Zentrum für medizinische Begutachtungen (ZMB) bzw. einem in der Nähe meines Wohnsitzes ansässigen Arztes zu übertragen. Mit deutlichem Kennzeichnen (Ankreuzen) erkläre ich nachfolgend:

Die mich behandelnde ärztliche Person erhält die von mir ausgefüllte Schweigepflichtentbindung. Ich ermächtige ihn mit der Übermittlung medizinischer Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom \_\_\_\_\_ an die PBeaKK. Die PBeaKK ihrerseits gibt die Begutachtung damit an IMB in Auftrag. Wird eine körperliche Begutachtung notwendig, so wird ZMB mit dieser beauftragt. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

Die mich behandelnde ärztliche Person händigt mir selbst die notwendigen Daten aus. Ich selbst werde die Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom \_\_\_\_\_ an die PBeaKK weiterleiten, damit diese IMB mit der Begutachtung beauftragen kann. Wird eine körperliche Begutachtung notwendig, so wird ZMB von IMB mit dieser beauftragt. Mit dieser Verfahrensweise bin ich einverstanden.

Datenschutzhinweis: Nach Erhalt meiner Daten sind IMB und ZMB berechtigt, meine Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen, soweit dies für eine ordnungsgemäße Begutachtung erforderlich ist. Mir ist bekannt, dass die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhobenen Daten von IMB und ZMB nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet werden. Eine Löschung/Vernichtung meiner Daten erfolgt spätestens sechs Monate nach Erstellung des Gutachtens.

Mit der Weitergabe der für eine Begutachtung erforderlichen Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom \_\_\_\_\_ an IMB und ZMB bin ich nicht einverstanden. Eine Weiterbearbeitung meines Antrages kann in diesem Fall nicht erfolgen.

Diese Erklärung gilt nur für den konkret benannten, vorliegenden Einzelfall und ist nicht allgemeingültig.

Ort, Datum

Unterschrift

**Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart****Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Die PBeaKK muss als Sozialeinrichtung der früheren Deutschen Bundespost sowie als Festsetzungsstelle die Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit der von mir beantragten Rehabilitationsmaßnahme entsprechend der Vorgaben der §§ 43 und 44 Satzung PBeaKK und § 36 Bundesbeihilfeverordnung prüfen.

Aufgrund meiner von mir beantragten Leistungen zur Rehabilitation erkläre ich durch deutliches Kennzeichnen (Ankreuzen):

Hiermit entbinde ich die mich behandelnde ärztliche Person

\_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht. Sie / Er darf die für die Prüfung der Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Unterlagen direkt an die Postbeamtenkrankenkasse – Competence Center Stationäre Leistungen, Team Rehabilitation – 70467 Stuttgart, schicken. Mit meiner Unterschrift zu dieser Schweigepflichtentbindung willige ich ausdrücklich ein, dass für eine notwendige Begutachtung im Zusammenhang mit der Prüfung der Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit einer Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Daten in Form der ärztlichen Verordnung vom \_\_\_\_\_ von der mich ärztlich behandelnden Person an die PBeaKK weitergegeben werden und die PBeaKK die Gesellschaft für medizinische Gutachten (kurz IMB) mit der Begutachtung beauftragt.

Ort, Datum

Unterschrift