

Stationäre Rehabilitation

In der Reha-Klinik gesund werden: mit einer stationären Rehabilitation. Unter ärztlicher und fachkundiger Leitung wird Ihre chronische oder langwierige Erkrankung behandelt – beispielsweise mit Bädern, Massagen, Bestrahlung oder Diätkost.

Zur stationären Rehabilitation zählen übrigens auch die Entwöhnungsbehandlung von Süchten sowie die Behandlung von psychischen und psychosomatischen Krankheiten.

Voraussetzungen für unsere Kostenübernahme

- Ihr Arzt hält eine stationäre Rehabilitation für erforderlich.
- Alle anderen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft.
- Im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren haben Sie weder an einer stationären Rehabilitation noch an einer Reha-Maßnahme in einem anerkannten Kurort teilgenommen.
- Sie haben keine Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern wie der Rentenversicherung oder der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Die Reha-Einrichtung ist gesetzlich zur Durchführung der stationären Rehabilitation zugelassen und verfügt über einen Versorgungsvertrag nach den rechtlichen Regelungen des Sozialgesetzbuches.
- Wir haben Ihre stationäre Rehabilitation anerkannt.

Ablauf unserer Genehmigung

Wenn Ihr Arzt Ihnen zu einer stationären Rehabilitation rät, benötigen wir **Ihren Antrag** und eine **ärztliche Verordnung**, aus der sich die medizinische Notwendigkeit für Ihre Reha-Maßnahme ergibt. Die erforderlichen Formulare erhalten Sie auf unserer Internetseite oder von unserer Kundenberatung.

Aus der Verordnung muss die medizinische Notwendigkeit der gewünschten Behandlung hervorgehen. Außerdem muss bestätigt werden, dass eine ambulante Behandlung am Wohnort bzw. eine ambulante Rehabilitationsbehandlung nicht ausreichend sind, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Mit unserem **Anerkennungsbescheid** wird Ihre Rehabilitation endgültig festgelegt und Sie erfahren, mit welchen Leistungen Sie rechnen können.

Sobald Sie unsere Anerkennung erhalten, können Sie Ihre **Reha-Einrichtung** verbindlich **buchen**. Achten Sie bitte darauf, dass Sie Ihre Kur spätestens vor Ablauf von 4 Monaten nach unserer Anerkennung beginnen. Da es in Reha-Kliniken häufig lange Wartezeiten gibt, ist es ratsam, dass Sie in Ihrer gewünschten Reha-Einrichtung unverbindlich einen Behandlungszeitraum vorbehaltlich unserer Anerkennung buchen.

Wir haben mit über 800 Reha-Einrichtungen eine Vereinbarung getroffen: Diese nehmen Sie zu den pauschalen Tagespflegesätzen auf, die mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbart wurden. Ein weiterer Vorteil für Sie: Mit diesen Reha-Einrichtungen rechnen wir direkt ab – Sie brauchen also selbst keine Rechnungen zu begleichen. Auf unserer Internetseite finden Sie eine Zusammenstellung der Reha-Einrichtungen, die mit uns eine Vereinbarung geschlossen haben.

Dauer Ihrer Rehabilitation

Ihre Kosten für eine stationäre Rehabilitation übernehmen wir für 21 Behandlungstage – es sei denn, eine Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Falls Sie eine Verlängerung benötigen, muss dies Ihr behandelnder Arzt der Reha-Einrichtung begründen. Wir benötigen diese Begründung spätestens 5 Arbeitstage vor Ablauf der ursprünglich genehmigten Behandlungsdauer. Falls unser Gutachter Ihrem Antrag zustimmt, können wir auch Ihre Kosten für die Verlängerung übernehmen.

Abrechnung Ihrer Behandlungskosten

Wir erstatten Ihnen den pauschalen Tagespflegesatz, der mit den Sozialleistungsträgern vereinbart ist. Ihre Behandlungskosten können direkt mit uns abgerechnet werden, sofern wir mit der Reha-Einrichtung eine entsprechende Vereinbarung geschlossen haben. Wir schicken in diesem Fall eine Kostenübernahmeerklärung an Ihre Reha-Einrichtung.

Die Direktabrechnung Ihrer Behandlungskosten hat für Sie folgende Vorteile:

- Sie haben keine Selbstbehalte, da die berücksichtigungsfähigen Höchstsätze bei Arztkosten und Heilmitteln nicht überschritten werden.
- Sie brauchen keine Vorleistungen an die Reha-Einrichtung zu zahlen.
- Es kommt zu keinen Abschlägen auf Beihilfe- und Kassenleistungen
- Ihr Selbstbehalt ist niedriger als bei der Abrechnung für Selbstzahler.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie sich für eine Direktabrechnung entscheiden, dürfen Sie keine wahlärztlichen Leistungen mit Ärzten vereinbaren, die selbst eine Rechnung ausstellen können. Denn in diesem Fall kann unsere Kostenübernahmeerklärung nicht verwendet werden.

Im Anschluss an Ihre Rehabilitation erhalten wir von der Reha-Einrichtung die Rechnung. Den Rechnungsbetrag überweisen wir dann an die Reha-Einrichtung – Sie brauchen nichts Weiteres veranlassen. Nach unserer Bezahlung erhalten Sie einen Erstattungsbescheid, aus dem Sie den endgültigen Rechnungsbetrag entnehmen können.

Detaillierte Abrechnung als Selbstzahler

Falls die von Ihnen gewünschte Reha-Einrichtung nicht direkt mit uns abrechnet, können Sie diese dennoch in Anspruch nehmen: als sogenannter Selbstzahler. Hierbei kann es jedoch vorkommen, dass die Reha-Einrichtung Anzahlungen von Ihnen verlangt. Für unsere Erstattung benötigen wir detaillierte Einzelabrechnungen für alle erbrachten Leistungen wie: Arztkosten, psychotherapeutische Leistungen, Arzneien, Heilmittel, Unterkunft, Verpflegung und Pflege.

Senden Sie uns nach Ihrer Rückkehr bitte alle Belege mit einem Leistungsantrag zu. Für unsere Erstattung benötigen wir außerdem eine Bescheinigung Ihrer Reha-Einrichtung über den niedrigsten Satz für Unterkunft, Verpflegung und Pflege. Bitte beachten Sie: Wenn die berücksichtigungsfähigen Höchstsätze überschritten werden, kann es für Sie zu Selbstbehalten kommen.

Unsere Erstattung von ärztlichen Leistungen richtet sich bei einer detaillierten Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Heilmittel erstatten wir bis zu den Höchstsätzen der Bundesbeihilfeverordnung. Darüber hinaus können wir den von Ihrer Klinik bestätigten niedrigsten Satz für Unterkunft, Verpflegung und Pflege anerkennen.

Entwöhnungsbehandlung, neurologische, psychische und psychosomatische Rehabilitation

Nehmen Sie an einer Rehabilitation speziell zur Behandlung von **Abhängigkeitserkrankungen** teil, so findet in der Regel ausschließlich die sogenannte Entwöhnungsbehandlung in der Kurklinik statt. Zur Genehmigung Ihrer Rehabilitation benötigen wir eine ärztliche Verordnung und Ihren Antrag. Anstatt der Verordnung können Sie uns auch den Sozialbericht einer Suchtberatungsstelle einreichen.

Auch für **psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie neurologische Krankheitsbilder** gibt es spezielle Rehabilitationsprogramme. Grundsätzlich gelten dieselben Regelungen wie für stationäre Reha-Maßnahmen. Zusätzlich benötigen wir eine entsprechende Krankheitsdiagnose, die aus Ihrer ärztlichen Verordnung hervorgeht. Diese Verordnung muss durch einen Facharzt im Gebiet der Erkrankung erstellt werden – beispielsweise durch einen Psychiater oder Neurologen. Ihre Rehabilitation findet dann aufgrund des speziellen Behandlungskonzeptes in besonders geeigneten Reha-Einrichtungen statt.

Fremder Beihilfeträger

Erhalten Sie Ihre Beihilfe von einem anderen Beihilfeträger als der PBeaKK, beantragen Sie Ihre Rehabilitation bitte bei Ihrem Beihilfeträger. Erkundigen Sie sich, welche Vorgaben Sie dort zu erfüllen haben, da unsere Satzung für Ihren Beihilfeträger nicht bindend ist. Damit wir Ihren Antrag anerkennen können, senden Sie uns bitte den Genehmigungsbescheid Ihres Beihilfeträgers und Ihre ärztliche Verordnung zu.

Unsere Leistungen

Stationäre Rehabilitation

Wir erstatten Ihnen den pauschalen Tagespflegesatz, der mit den Sozialleistungsträgern vereinbart ist. Ihre Behandlungskosten können direkt mit uns abgerechnet werden, sofern wir mit Ihrer Reha-Einrichtung eine entsprechende Vereinbarung geschlossen haben. Wir schicken in diesem Fall eine Kostenübernahmeerklärung an Ihre Reha-Einrichtung.

Ihre Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arzneimittel und Heilmittel sind in voller Höhe gedeckt. Für Unterkunft, Verpflegung und Pflege übernehmen wir täglich 16,00 Euro entsprechend Ihres Beihilfebemessungssatzes.

Ihr Eigenbehalt wird ausschließlich beihilfeseitig einbehalten – auch hier orientieren wir uns an Ihrem Bemessungssatz.

Behandlung psychischer und psychosomatischer sowie neurologischer Erkrankungen

Wir übernehmen auch hier den pauschalen Tagespflegesatz, der mit den Sozialleistungsträgern vereinbart ist. Pro Kalendertag haben Sie einen **Eigenbehalt** von 10 Euro zu leisten – bis zu 28 Tagen pro Kalenderjahr.

Fahrtkosten

Für Ihre **An- und Abreise** mit einem privaten PKW erstatten wir Ihre Fahrtkosten in Höhe von 0,20 Euro je Kilometer, höchstens bis zu 200 Euro. Ob Zug, Bus oder Straßenbahn: Nutzen Sie **öffentliche Verkehrsmittel**, so bezahlen wir Ihnen Ihre tatsächlich entstandenen Kosten für die niedrigste Beförderungsklasse – bis zur Höchstgrenze von 200 Euro. Alle weiteren Fahrtkosten - beispielsweise für eine Fähre, Parkgebühren oder Gepäck-Transport-Kosten – sind mit dem erstattungsfähigen Betrag bereits abgegolten.

Fahrten mit dem **Taxi** zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme sind bei Vorlage einer medizinischen Notwendigkeitsbescheinigung eines Arztes erstattungsfähig.

Für Fahrten mit dem **Krankentransportwagen (KTW)** übernehmen wir die nach Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge, wenn während der Fahrt eine fachliche Betreuung oder fachgerechte Lagerung erforderlich ist. Diese Notwendigkeit des Transportes muss aus der ärztlichen Verordnung hervorgehen.

Wir beraten Sie

Wenn Sie Fragen zum Thema „Stationäre Rehabilitation“ haben, hilft Ihnen unsere Kundenberatung gerne weiter.