

K. Medizinische Rehabilitation

1	Begriffsdefinition Rehabilitation	1
2	Medizinische Rehabilitation für tarifbeschäftigte Lehrkräfte	2
2.1.1	Maßnahmen der medizinischen Vorsorge	3
2.1.2	Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation	3
2.1.3	Rentenversicherungsrechtliche Voraussetzungen	3
2.1.4	Antragsverfahren	4
2.2	Entgeltfortzahlung bei Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation	4
2.3	Terminierung von Reha-Maßnahmen	4
2.4	Wiedereingliederung bei tarifbeschäftigten Lehrkräften	5
2.4.1	Rechtliche Grundlagen	5
2.4.2	Verfahren der Wiedereingliederung in Abhängigkeit von der Krankenversorgung	6
2.4.2.1	Wiedereingliederung im Rahmen der Entgeltfortzahlungsphase nach § 13 TVÜ-Länder	6
2.4.2.2	Wiedereingliederung während des Krankengeldbezuges	7
2.4.2.3	Wiedereingliederung mit Übergangsgeld	7
2.4.2.4	Wiedereingliederung nach Beendigung des Krankengeldbezugs	7
2.4.3	Beendigung der Wiedereingliederung	8
2.4.4	Folgen des Scheiterns der Wiedereingliederung am Ende der Krankengeldbezugsfrist	8
2.4.5	Schematische Übersicht des Verfahrens der Wiedereingliederung	10
3	Medizinische Reha und AHB bei Beamten	11
3.1	Stationäre Reha-Maßnahmen	11
3.1.1	Beantragung einer stationären Reha-Maßnahme	11
3.1.2	Die Anerkennung einer stationären Reha-Maßnahme (§ 6 BVO)	11
3.1.3	Beihilfefähige Kosten der stationären Reha	12
3.2	Ambulante Reha-Maßnahmen	13
3.2.1	Anerkennung einer ambulanten Reha-Maßnahme (§ 7 BVO)	13
3.2.2	Kosten einer ambulanten Reha-Maßnahme (§ 7 BVO)	14
3.3	Checkliste für die Vorbereitung einer Heilbehandlung	14
3.4	Reha auf Anordnung des Dienstherrn	15
3.5	Wiedereingliederung bei Beamten	15
3.5.1	Rechtliche Grundlagen	16
3.5.2	Verfahren der Wiedereingliederung	16

1 Begriffsdefinition Rehabilitation

Der Begriff Rehabilitation stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „wiederherstellen“, es soll die Teilhabe und die Lebensqualität des Betroffenen gesichert werden. Die medizinische Rehabilitation setzt da an, wo Selbstbestimmung und Autonomie des Menschen verloren gegangen oder gefährdet sind. Ursächlich können hier Krankheit, Unfall oder seelische Störung sein. Sie soll Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen vorbeugen, sie beseitigen, verbessern oder kompensieren.

Zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden u.a. Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbracht (SGB IX § 5).

Rehabilitationsträger können nach SGB IX § 6 Absatz 1 u.a. sein:

- die gesetzlichen Krankenkassen
- die Bundesagentur für Arbeit
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden,
- die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie
- die Träger der Eingliederungshilfe.

Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

In § 42 SGB IX werden die Zielsetzungen, die Art der Leistungen und die im Einzelfall notwendigen Leistungen der Medizinischen Rehabilitation benannt. § 64 Absatz 1 SGB IX umfasst die ergänzenden Leistungen wie Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Verletztengeld, Übergangsgeld, Ausbildungsgeld oder Unterhaltsbeihilfe,

Einige Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden in diesem Kapitel besprochen, die der beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) im nächsten Kapitel. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Reha-Maßnahmen unabhängig vom Beschäftigungsstatus und Rehaträger.

Reha-Maßnahmen		
	Medizinische Reha	Berufliche Reha Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> - Behinderung und chronische Erkrankung abwenden - Vorzeitiger Rentenbezug oder Pensionierung vermeiden 	Dauerhafte Einbindung in das Berufsleben
Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Stationäre Behandlung - Ambulante Behandlung - Pflichtstundenreduzierung aus gesundheitlichen Gründen (Wiedereingliederung) 	Leistungen an den Arbeitgeber Leistungen an den Arbeitnehmer
Voraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> - Besserung durch Reha möglich - Erwerbsfähigkeit wegen Behinderung oder Erkrankung eingeschränkt 	
Finanzierung	Kosten für Heilmaßnahmen Besoldung, Gehalt, Krankengeld, Übergangsgeld, Unfallgeld, Arbeitslosengeld	

Die Rahmendbedingungen der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind bei Beamten und Tarifbeschäftigten sehr unterschiedlich und werden deshalb getrennt dargestellt. Wir beginnen hier mit der medizinischen Rehabilitation der Tarifbeschäftigten.

2 Medizinische Rehabilitation für tarifbeschäftigte Lehrkräfte

Grundlagen der folgenden Erläuterungen sind

- der TV-L in der jeweils gültigen Fassung
- das SGB III (Arbeitsförderung), SGB V (KV), SGB VI (RV) und SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)
- das Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG)
- die Richtlinie zum Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im nordrhein-westfälischen Landesdienst,

Wollen tarifbeschäftigte Lehrkräfte ihren angeschlagenen Gesundheitszustand kurieren, können sie neben dem Krankenhausaufenthalt, auf den hier nicht weiter eingegangen wird, eine ambulante oder eine stationäre Heilmaßnahme zur Vorsorge oder Rehabilitation beantragen. Die Beantragung, Durchführung, Abrechnung und Auswirkungen auf die Krankenbezüge bzw. den Urlaub sind abhängig vom Versichertenstatus der Tarifbeschäftigten.

Eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation im Sinne des SGB IX, V und VI sowie des EntgFG muss

- durch einen Träger der gesetzlichen Renten-, Kranken- oder Unfallversicherungen oder von einem sonstigen Sozialleistungsträger bewilligt werden und
- in einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchgeführt werden, die von einem der oben aufgeführten Sozialleistungsträger betrieben wird oder mit der ein Versorgungsvertrag besteht.

2.1.1 Maßnahmen der medizinischen Vorsorge

Nach § 23 SGB V zählen hierzu Maßnahmen der ärztlichen Behandlung und Versorgung, die notwendig sind, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen. Sie werden von den Krankenkassen erbracht und dort mit einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung beantragt.

Soweit eine ambulante ärztliche Behandlung vor Ort nicht ausreicht, kann die Krankenkasse die aus medizinischer Sicht notwendigen Maßnahmen in der Form einer ambulanten Vorsorgekur vorsehen. In den Fällen, in denen eine ambulante Vorsorgekur als nicht ausreichend angesehen wird, kann die Krankenkasse die Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Versorgungseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht.

Die Krankenkasse kann den Versicherten einen Zuschuss von bis zu 16 Euro täglich gewähren. Bei ambulanten Vorsorgeleistungen für versicherte chronisch kranke Kleinkinder kann der Zuschuss nach Satz 2 auf bis zu 25 Euro erhöht werden.

2.1.2 Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

Maßnahmen der Rehabilitation obliegen i. e. L. den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung. Nach § 9 SGB VI hat die medizinische Rehabilitation die Aufgabe;

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben einzugliedern.

2.1.3 Rentenversicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die Gewährung dieser Leistungen durch den Rentenversicherungsträger erfolgt nur, wenn bei Antragstellung die Voraussetzungen des § 11 SGB VI erfüllt sind,

- 15 Jahre Wartezeit oder
- in den beiden letzten Jahren vor der Antragstellung mindestens sechs Monate Pflichtbeitragszeiten oder
- eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung bzw. ein absehbarer Rentenbezug infolge fehlender Behandlung
- eine versicherte Beschäftigung innerhalb von zwei Jahren nach Abschluss einer Ausbildung und Arbeitsunfähigkeit bis zur Antragstellung.

Die Voraussetzungen haben auch überlebende Ehegatten erfüllt, die Anspruch auf große Witwenrente oder große Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit haben. Sie gelten als Versicherte.

Auch andere Träger wie Unfallversicherungen, Krankenkassen können Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation veranlassen.

Zu den Maßnahmen der Rehabilitation zählen auch Müttergenesungskuren nach § 41 SGB V, wenn die Kureinrichtung – nach § 41 SGB V Einrichtungen des Müttergenesungswerkes – einen Vertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen haben oder gleichartige Voraussetzungen erfüllen.

2.1.4 Antragsverfahren

Leistungen zur Rehabilitation müssen beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder bei der Service-Stelle beantragt werden. Die entsprechenden Antragsvordrucke sind beim Rentenversicherungsträger (www.deutsche-rentenversicherung.de), bei den Krankenkassen und Service-Stellen erhältlich.

Dem ausgefüllten und unterschriebenen Antrag ist u. U. ein ärztliches Gutachten auf dem hierfür vorgesehenen Formular der DRV beizufügen. Reicht dies für die Entscheidung über den Antrag nicht aus, wird der Rentenversicherungsträger die Begutachtung durch einen Facharzt veranlassen.

Besondere Wünsche des Versicherten hinsichtlich Reha-Ort, Reha-Klinik, Antrittszeitpunkt oder gemeinsamer Durchführung der Rehabilitation mit dem Ehegatten, sollten bereits im Antrag vermerkt werden.

Anhand der vorliegenden Antragsunterlagen prüft der Rentenversicherungsträger, ob die persönlichen und versicherungstechnischen Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen zur Rehabilitation erfüllt sind.

Über die Bewilligung oder Ablehnung eines Antrages erhält der Antragsteller einen schriftlichen Bescheid. Im Fall der Bewilligung ist diesem u. a. die Dauer der Rehabilitationsleistung und die Anschrift der Rehabilitationsklinik zu entnehmen. Der endgültige Aufnahmetermin wird durch die jeweilige Klinik bestimmt und mitgeteilt.

Gegen den Bescheid des Rentenversicherungsträgers können die üblichen Rechtsmittel eingelegt werden.

2.2 Entgeltfortzahlung bei Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation

Bei den Maßnahmen der Rehabilitation besteht grundsätzlich Anspruch auf Entgeltfortzahlung, wenn die Maßnahme in einer Einrichtung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchgeführt wird und der Entgeltfortzahlungszeitraum noch nicht ausgeschöpft ist. Im Einzelfall muss geprüft werden, ob für die Zeit der Reha-Maßnahme Übergangsgeld nach § 20 SGB VI oder Krankengeld sowie ggf. ein Arbeitgeberzuschuss zusteht. Maßnahmen der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation werden voll auf die Zeiträume der Entgeltfortzahlung, der Krankengeldzahlung und des Arbeitgeberzuschusses zum Krankengeld angerechnet.

Bei teilstationären oder ambulanten Vorsorgekuren oder Reha-Maßnahmen wird die frühere Rechtsprechung zum „urlaubsgemäßen Zuschnitt“ zu beachten sein. Hiernach kann einem arbeitsfähigen Beschäftigten Entgeltfortzahlung nur dann zustehen, wenn durch die unter ärztlicher Leitung durchgeführte Maßnahme in einem Maße in die Lebensführung eingegriffen wird, dass auch unter strengen Maßstäben ein urlaubsgemäßer Zuschnitt nicht möglich ist, wie das i. d. R. in den Kurkliniken sichergestellt ist (BAG vom 14.11.1979 – 5 AZR 930/77).

2.3 Terminierung von Reha-Maßnahmen

Für die tarifbeschäftigte Lehrkräfte gelten hinsichtlich der Terminierung von Reha-Maßnahmen die Vorgaben des Reha-Trägers. Reha-Maßnahmen entsprechend Ziffer 16.1 Richtlinie sollen unter Inanspruchnahme der längeren Ferien erfolgen. In der Praxis haben tarifbeschäftigte Lehrkräfte aber kaum einen Einfluss auf die Terminierung durch die Reha-Träger.

Wenn die tarifbeschäftigte Lehrkraft bei Antragstellung den Reha-Träger darauf hinweist, dass sie Lehrkraft ist, hat sie nach unserer Auffassung den Anforderungen der Richtlinien entsprochen.

2.4 Wiedereingliederung bei tarifbeschäftigten Lehrkräften

Tarifbeschäftigte schwerbehinderte Lehrkräfte haben seit dem Urteil des BAG vom 13.06.2006 – 9 AZR 229/05 – einen Rechtsanspruch auf eine Wiedereingliederungsmaßnahme. Das Urteil des BAG enthält im Wesentlichen folgende Aussagen:

- Der schwerbehinderte Arbeitnehmer kann nach § 164 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX die Beschäftigung zur stufenweisen Wiedereingliederung verlangen.
- Ein solcher Anspruch setzt voraus, dass der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung seines behandelnden Arztes vorlegt, aus der sich Art und Weise der empfohlenen Beschäftigung, Beschäftigungsbeschränkungen, Umfang der täglichen oder wöchentlichen Arbeitszeit sowie die Dauer der Maßnahme ergeben.

Die stufenweise Wiedereingliederung dient dazu, arbeitsunfähige Versicherte nach längerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern. Durch die Steigerung der Arbeitszeit und evtl. der Arbeitsbelastung im Rahmen eines medizinisch, arbeitsphysiologisch und psychologisch begründeten sowie ärztlich überwachten Stufenplanes wird angestrebt, den Rehabilitationsprozess günstig zu beeinflussen.

2.4.1 Rechtliche Grundlagen

SGB V

§ 74 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Versicherte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, soll der Arzt auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben und dabei in geeigneten Fällen die Stellungnahme des Betriebsarztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (§ 275) einholen.

SGB IX

§ 44 Stufenweise Wiedereingliederung

Können arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung erbracht werden.

Richtlinie zum SGB IX

Richtlinie 16 Rehabilitation

16.4 Wiedereingliederung

Ist nach längerer Erkrankung die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess auf ärztliches Anraten nur stufenweise möglich, soll dieses im Einvernehmen mit dem zuständigen Reha-Träger vereinbart werden. Während des Wiedereingliederungsverfahrens besteht für Arbeitnehmer weiterhin Arbeitsunfähigkeit. Beamten soll eine reduzierte Arbeitszeit entsprechend der notwendigen Wiedereingliederungsmaßnahme bis zur Dauer von 6 Monaten (§ 2 Abs. 6 S. 1 AZVO) beziehungsweise bis zu 12 Monaten (§ 2 Abs. 6 S. 2 AZVO) unter den darin genannten Voraussetzungen eingeräumt werden.

Runderlass zur stufenweisen Wiedereingliederung (BASS 21 – 01 Nr. 28)

1. Lehrerinnen und Lehrer im Tarifbeschäftigungsverhältnis

Die stufenweise Wiedereingliederung in das Berufsleben von arbeitsunfähigen Lehrerinnen und Lehrern im Tarifbeschäftigungsverhältnis, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse (§ 4 Abs. 2 SGB V) pflicht- oder freiwillig versichert sind, richtet sich nach dem in § 74 SGB V geregelten Verfahren und bedarf der Zustimmung durch die personalaktenführende Dienststelle.

Die Wiedereingliederung ist auch während der Zeit des Zahlungsanspruchs von Krankenbezügen zulässig. Erstreckt sich die Wiedereingliederung im Einzelfall über den im Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) bzw. Tarifvertrag zur Überleitung der Beschäftigten der Länder in den TV-L (TVÜ-L) geregelten Anspruchszeitraum hinaus oder beginnt die Wiedereingliederung während des Bezugs von Krankengeld, ist bzw. bleibt die betroffene Lehrerin bzw. der betroffene Lehrer auf die zustehenden Krankgeldleistungen angewiesen.

Während der Dauer des stufenweisen Wiedereingliederungsverfahrens besteht fortlaufende Arbeitsunfähigkeit; Anspruch auf Entgeltzahlung besteht nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (z. B. Urteil vom 29.1.1992 – 5 AZR 37/91) nicht, weil die arbeitsvertraglich vereinbarte Leistung nicht erbracht wird.

Die vorstehenden Hinweise gelten entsprechend auch für krankenversicherungsfreie Lehrerinnen und Lehrer im Tarifbeschäftigungsverhältnis, die nicht in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind.

2.4.2 Verfahren der Wiedereingliederung in Abhängigkeit von der Krankenversorgung

Die Wiedereingliederungsverfahren können unterschiedlich ablaufen, je nachdem, ob sich die Tarifbeschäftigten noch in der Gehaltsfortzahlungsphase (Krankenbezüge) bzw. in der Krankengeldphase befinden oder ausgesteuert sind (die Krankengeldphase beendet ist).

2.4.2.1 Wiedereingliederung im Rahmen der Entgeltfortzahlungsphase nach § 13 TVÜ-Länder

Befindet sich der dienstunfähige Tarifbeschäftigte noch in der Entgeltfortzahlungsphase und/oder soll die Wiedereingliederung innerhalb der Entgeltfortzahlungsphase abgeschlossen werden, kann das Wiedereingliederungsverfahren mit der Dienststelle abgewickelt werden, **sofern ein Gehaltsfortzahlungsanspruch nach der Übergangsregelung des § 13 TVÜ-Länder aufgrund vor dem 1. Juli 1994 geschlossener Angestelltenverträge besteht**. Es müssen jedoch auch hierbei die Erfordernisse des § 74 SGB V erfüllt sein. Der behandelnde Arzt soll auf der Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten angeben.

Während der stufenweisen Wiedereingliederung ist die tarifbeschäftigte Lehrkraft weiterhin arbeitsunfähig. Sie erhält in dieser Phase weiter Krankenbezüge. Die Dauer der Wiedereingliederung

wird auf den maximalen Zeitraum der Krankenbezüge (Gehaltsfortzahlung) und des Krankengeldbezuges von 78 Wochen (inklusive Zeitraum der Gehaltsfortzahlung) innerhalb von drei Jahren angerechnet.

Die stufenweise Wiedereingliederung eines arbeitsunfähigen Versicherten erfolgt freiwillig und bedarf daher immer seiner sowie der Zustimmung des Arbeitgebers. In Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, dem Arbeitgeber und der Schwerbehindertenvertretung und gegebenenfalls mit den betreuenden Diensten der Hauptfürsorgestelle (z. B. Psychosozialer Dienst) soll für die Wiedereingliederung ein Wiedereingliederungsplan erstellt werden, der mindestens folgendes enthält:

- a) Umfang und Dauer der Stundenreduzierung bezogen auf die Unterrichtsstufen
- b) gegebenenfalls Einzelheiten über einzelne Stufen
- c) Hinweis auf die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit und das Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Wiedereingliederung

→ **Die tarifbeschäftigte Lehrkraft gilt bei dieser Form der Wiedereingliederung weiterhin als arbeitsunfähig. Dieser Zeitraum wird deshalb auf die Entgeltfortzahlungsfrist und die Krankengeldbezugsfrist angerechnet.**

2.4.2.2 Wiedereingliederung während des Krankengeldbezuges

Soll die stufenweise Wiedereingliederung innerhalb der Krankengeldbezugsphase durchgeführt werden, sind die Krankenkasse und gegebenenfalls die DRV als zuständige Reha-Träger einzuschalten. Diese können vor der Wiedereingliederung ihren medizinischen Dienst einschalten, um die Notwendigkeit und den Umfang überprüfen zu lassen.

Die Reha-Träger haben Arbeitshilfen für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess herausgegeben. Danach soll ein Wiedereingliederungsplan mindestens folgendes enthalten:

- a) Beginn und Ende des Stufenplanes,
- b) Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer)
- c) Rücktrittsrechte und -gründe vor dem vereinbarten Ende
- d) Hinweis auf die medizinische Betreuung
- e) Hinweis auf die fortdauernde Arbeitsunfähigkeit und das Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Wiedereingliederung.

2.4.2.3 Wiedereingliederung mit Übergangsgeld

Tarifbeschäftigte können während der Wiedereingliederung auch Übergangsgeld erhalten, wenn sie nach einer abgeschlossenen medizinischen Rehabilitation zunächst eine stufenweise Wiedereingliederung benötigen. Das Übergangsgeld entspricht etwa dem Krankengeld wird aber auch nach Ablauf der Krankengeldzahlungsfrist gezahlt. Voraussetzung hierfür ist, dass die stufenweise Wiedereingliederung:

- Vom Arzt der Reha-Einrichtung verordnet wurde und
- Innerhalb von maximal bis zu 9 Wochen nach Ende der Reha-Maßnahme beginnt.

2.4.2.4 Wiedereingliederung nach Beendigung des Krankengeldbezuges

Wenn ein Versicherter keinen Anspruch auf Krankengeld mehr hat, aber weiterhin arbeitsunfähig ist, und noch keinen Rentenanspruch hat oder die Deutsche Rentenversicherung nicht zu dieser Reha-Leistung verpflichtet ist, sollten sich die Betroffenen mit ihrem verbleibenden Leistungsvermögen arbeitslos melden und Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit beantragen. Diese Zahlung ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds (§ 125 SGB III) und überbrückt die Zeit ohne Arbeitslosengeld (weil man nicht vermittelt werden kann), bis eine andere Leistung, z. B. Weiterbildung oder Rente, gezahlt wird. Das bisherige Arbeitsverhältnis bleibt bestehen. Aus dieser Basis könnte das fortbestehende Arbeitsverhältnis für eine stufenweise Wiedereingliederung auch während der Arbeitslosigkeit genutzt werden. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit,
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit
Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weswegen kein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder abgestufte Erwerbsminderungsrente beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung Behinderter (Teilhabe am Arbeitsleben, Medizinische Rehabilitation).
Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.
Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Arbeitslosengeld.

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann die Agentur für Arbeit auch für die Zeit der Wiedereingliederung Leistungen erbringen.

Wegen des komplizierten Verfahrens sollten sich die Betroffenen rechtzeitig vor der Aussteuerung mit der Schwerbehindertenvertretung in Verbindung setzen.

2.4.3 Beendigung der Wiedereingliederung

Wenn die stufenweise Wiedereingliederung erfolgreich war, die volle Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ist, kann die reguläre Unterrichtsverpflichtung wieder aufgenommen werden. Falls nicht oder falls ein Abbruch der Wiedereingliederung notwendig war, ist der Tarifbeschäftigte zunächst weiter arbeitsunfähig. Nun muss geprüft werden, ob weiterführende medizinische oder berufsfördernde Maßnahmen (Umschulung) sinnvoll sind oder eine vorzeitige Verrentung in Frage kommt.

2.4.4 Folgen des Scheiterns der Wiedereingliederung am Ende der Krankengeldbezugsfrist

Nach 78 Wochen Krankheitszeit innerhalb von drei Jahren droht die „Aussteuerung“, d. h. es wird kein Krankengeld mehr bezahlt. Wenn die Aufnahme der Arbeit nicht möglich ist (unter Einbeziehung der Ferien), um die Zahlung von Krankenbezügen (Entgeltfortzahlung) aufleben zu lassen, und ein Bescheid des Rentenversicherungsträgers vorhanden ist, aus dem hervorgeht, dass keine Erwerbsminderung vorliegt, sollte der Tarifbeschäftigte sich bei der Agentur für Arbeit melden. Nach § 145 SGB III besteht dann unter Umständen ein Anspruch auf Arbeitslosengeld.

SGB III

§ 145 Minderung der Leistungsfähigkeit

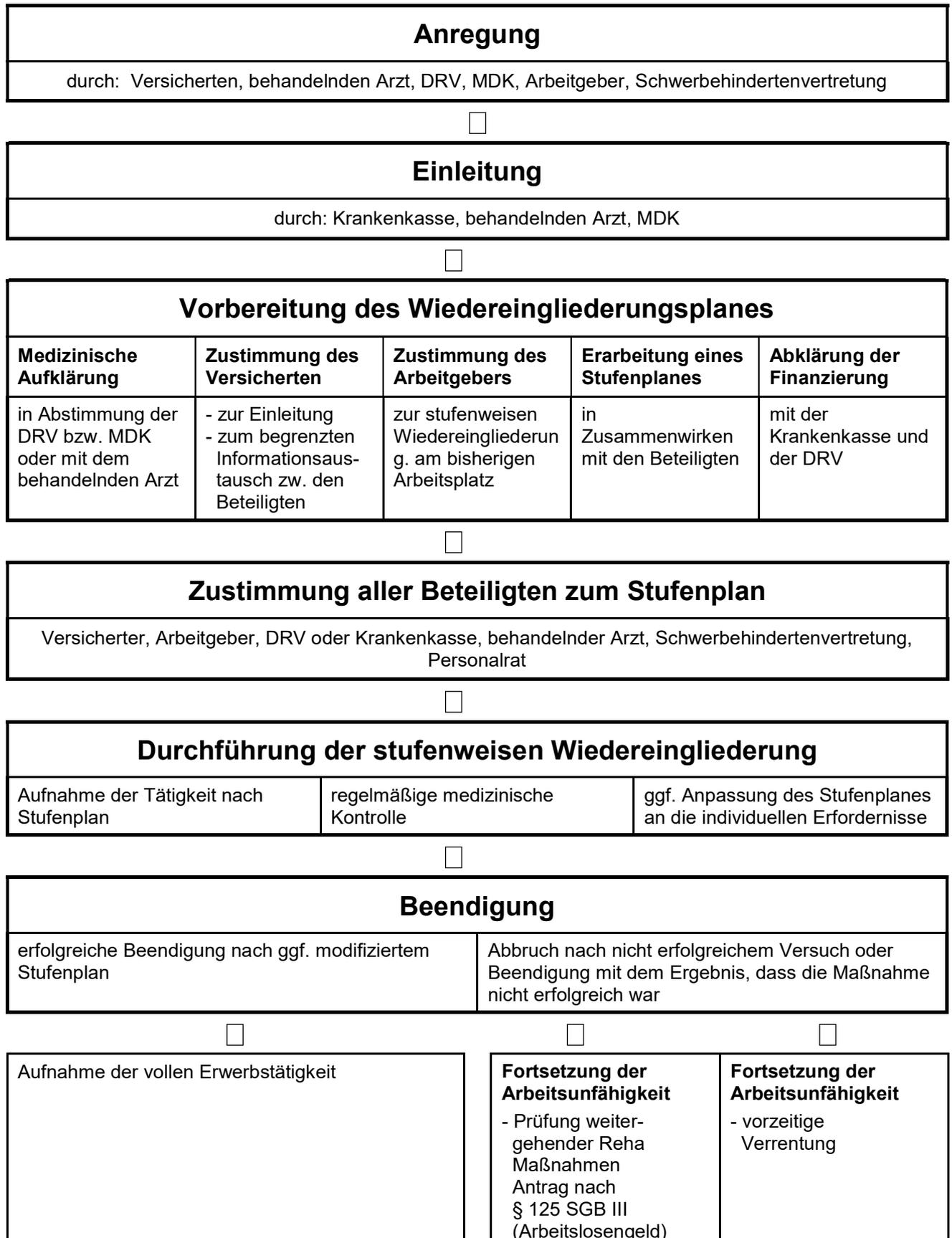
(1) Anspruch auf Arbeitslosengeld hat auch, wer allein deshalb nicht arbeitslos ist, weil er wegen einer mehr als sechsmonatigen Minderung seiner Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigungen nicht unter den Bedingungen ausüben kann, die auf dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt ohne Berücksichtigung der Minderung der Leistungsfähigkeit üblich sind, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht festgestellt worden ist. Die Feststellung, ob verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, trifft der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Kann sich der Leistungsgeminderte wegen gesundheitlicher Einschränkungen nicht persönlich arbeitslos melden, so kann die Meldung durch einen Vertreter erfolgen. Der Leistungsgeminderte hat sich unverzüglich

persönlich bei der Agentur für Arbeit zu melden, sobald der Grund für die Verhinderung entfallen ist.

(2) Die Agentur für Arbeit soll den Arbeitslosen unverzüglich auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Stellt der Arbeitslose diesen Antrag fristgemäß, so gilt er im Zeitpunkt des Antrags auf Arbeitslosengeld als gestellt. Stellt der Arbeitslose den Antrag nicht, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld vom Tage nach Ablauf der Frist an bis zum Tage, an dem der Arbeitslose einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einen Antrag auf Rente wegen Erwerbsminderung stellt. Kommt der Arbeitslose seinen Mitwirkungspflichten gegenüber dem Träger der medizinischen Rehabilitation oder der Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach, so ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld von dem Tag nach Unterlassen der Mitwirkung bis zu dem Tag, an dem die Mitwirkung nachgeholt wird. Satz 4 gilt entsprechend, wenn der Arbeitslose durch sein Verhalten die Feststellung der Erwerbsminderung verhindert.

(3) Wird dem Arbeitslosen von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung wegen einer Maßnahme zur Rehabilitation Übergangsgeld oder eine Rente wegen Erwerbsminderung zuerkannt, steht der Bundesagentur ein Erstattungsanspruch entsprechend § 103 des Zehnten Buches zu. Hat der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen nach Satz 1 mit befreiender Wirkung an den Arbeitslosen oder einen Dritten gezahlt, hat der Bezieher des Arbeitslosengeldes dieses insoweit zu erstatten.

2.4.5 Schematische Übersicht des Verfahrens der Wiedereingliederung



3 Medizinische Reha und AHB bei Beamten

Das Beihilferecht beschreibt als beihilfefähig die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang, die in Krankheitsfällen zur Wiedererlangung der Gesundheit, zur Besserung oder Linderung von Leiden, zur Beseitigung oder zum Ausgleich angeborener oder erworbener Körperschäden, bei dauernder Pflegebedürftigkeit, erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf und zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge beitragen (BVO § 3 Abs. 1 Begriff der beihilfefähigen Aufwendungen; Stand 01.05.2017).

Unter stationäre Rehabilitationsmaßnahme versteht die BVO in § 6 die stationäre Unterbringung und Behandlung in einer Spezialkrankenanstalt (z. B. Reha-Klinik oder Sanatorium), in der unter ständiger ärztlicher Leitung spezielle Heilbehandlungen insbesondere mit den Mitteln der physikalischen Therapie, durch besondere Diätform oder durch Bewegungstherapie durchgeführt werden.

➔ **Die Kosten für einen Sanatoriumsaufenthalt werden von der PKV nur erstattet, wenn dieser Versicherungsfall im Versicherungsvertrag aufgenommen worden ist.**

Anschlussheilbehandlungen (AHB) im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt entziehen sich der zeitlichen Einflussnahme durch die Dienststelle. Die AHB muss aber **spätestens einen Monat nach Entlassung aus dem Krankenhaus** angetreten werden. Ausgenommen von dieser Frist sind u. U. die AHBs im Anschluss an eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie. AHBs werden in etwa wie Sanatoriumsbehandlungen abgerechnet.

Ambulante Reha-Maßnahmen können hingegen auch in den Orten durchgeführt werden, die das Finanzministerium nicht als Kurorte anerkannt hat. Meistens finden diese Reha-Maßnahmen in der Nähe des Wohnortes statt, so dass der Rehabilitand zu Hause wohnen kann. Die Rehabilitanden reisen morgens zu den ambulanten Reha-Einrichtungen und fahren nachmittags nach den Anwendungen wieder nach Hause, bzw. werden gefahren. Die ambulanten Reha-Einrichtungen müssen mit einem Sozialversicherungsträger einen entsprechenden Versorgungsvertrag geschlossen haben.

Bei einer **ambulanten Kur** wohnt der Beamte z. B. in einem Hotel, einer Privatpension, einem Gasthaus oder auf dem Campingplatz. Von dort sucht er den Kurarzt auf, der die Heilbehandlung verschreibt, die in den dafür vorgesehenen Einrichtungen des Kurortes, der vom Finanzministerium anerkannt worden sein muss, durchgeführt werden.

Auf die **stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind Kuren** gem. § 6a BVO, die inzwischen ins Beihilferecht aufgenommen worden sind, gehen wir hier nicht ein.

3.1 Stationäre Reha-Maßnahmen

3.1.1 Beantragung einer stationären Reha-Maßnahme

Sowohl für eine stationäre als auch für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist die vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle vorgeschrieben.

Der formlose Antrag muss frühzeitig, spätestens zwei Monate vor dem beabsichtigten Beginn dieses Aufenthaltes, auf dem Dienstweg gestellt werden. Die hierzu notwendigen ärztlichen Bescheinigungen und eventuelle weitere Befundunterlagen können in einem verschlossenen Umschlag mit eingereicht werden. In der ärztlichen Bescheinigung muss der Arzt bei einem vorgesehenen Sanatoriumsaufenthalt begründen, weshalb der gleiche Heilerfolg nicht durch eine ambulante Maßnahme zu erzielen ist. Die Dienststelle wird dann durch den Amtsarzt die Notwendigkeit einer solchen Heilmaßnahme überprüfen lassen.

3.1.2 Die Anerkennung einer stationären Reha-Maßnahme (§ 6 BVO)

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Reha-Maßnahme (höchstens 3 Wochen) ist regelmäßig nur alle 4 Jahre möglich (wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine stationäre Reha-Maßnahme stattgefunden hat). Eine Verlängerung ist bei medizinischer Notwendigkeit möglich, u. U. auch eine häufigere Wiederholung. Stationäre

Reha-Maßnahmen können für Beihilfeberechtigte und ihre Familienangehörigen anerkannt werden. Die als beihilfefähig anerkannte stationäre Reha-Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Zugang des Anerkennungsbescheides begonnen werden.

Eine stationäre Reha-Maßnahme ist beihilfefähig, wenn sie nach einer ärztlichen Verordnung dringend notwendig ist und

- nicht durch andere ambulante Maßnahmen
- nicht durch eine ambulante Heilkur oder
- nicht durch andere ambulante Reha-Maßnahmen

mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden kann.

Der behandelnde Arzt hat bereits im Rahmen der Verordnung überprüfbar zu begründen, warum die beantragte stationäre Reha-Maßnahme nicht durch eine der oben genannten Maßnahmen ersetzt werden kann. Von der Einhaltung der Frist darf nach § 6 Abs. 1 BVO nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen für notwendig erachtet.

Bei der Untersuchung durch den Amtsarzt sollte, wenn die Dienststelle dies nicht schon veranlasst hat, der Schwerbehinderte darauf hinweisen, dass er schwerbehindert ist und Ziffer II. 4.6 der Richtlinien zu beachten sind.

Hinweis für den Schulbereich

12. Medizinisch-berufliche Rehabilitation (zu Nummer 16.1)

16.1

Rehabilitationsmaßnahmen sind, soweit möglich, in der unterrichtsfreien Zeit durchzuführen.

Hieraus geht deutlich hervor, dass die schwerbehinderten Lehrkräfte die Heilmaßnahmen **nicht in den Sommerferien** durchführen müssen. Heilmaßnahmen sind grundsätzlich **unter angemessener Inanspruchnahme eines der längeren Ferienzeiträume (Weihnachts-, Oster-, Sommer- oder Herbstferien)** zu planen. Medizinisch kann es auch notwendig sein, eine Heilmaßnahme außerhalb der Ferien anzutreten.

Wenn hier keine Einigung mit dem amtsärztlichen Dienst erzielt werden kann und der behandelnde Arzt eine Heilmaßnahme für unbedingt erforderlich hält, bleibt noch die Einweisung in eine entsprechende Klinik, d. h. in eine Klinik, die sowohl Sanatoriums- als auch Krankenhausstatus hat. In diesem Fall entfallen die Auseinandersetzungen um den Zeitpunkt der Heilmaßnahme. Außerdem wird der Aufenthalt nach den Grundsätzen eines Krankenhausaufenthaltes abgerechnet.

3.1.3 Beihilfefähige Kosten der stationären Reha

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung in Höhe der **aktuellen Pauschale (Pflegesatzvereinbarung)**, die die Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat. Dieser Pauschalsatz umfasst sämtliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen oder Heilbehandlungen! Allerdings gehen in letzter Zeit immer mehr Reha-Kliniken dazu über, Beamte nicht mehr zu den Pflegesatzvereinbarungen aufzunehmen. Diese Reha-Kliniken verlangen von den Beamten Pflegesätze, die deutlich über den Pflegesatzvereinbarungen mit den Sozialversicherungsträgern liegen. **Die Differenz zw. Pflegesatzvereinbarung und „Beamten-Pflegesatz“ ist i. d. R. nicht beihilfefähig.**

Werden neben der aktuellen Pauschale weitere Kosten (z. B. Chefarztbehandlung, Arznei- oder Verbandmittel, Heilbehandlungen o. ä) **in Rechnung gestellt, wird die aktuelle Pauschale um 30 % gekürzt.** Es kann im Einzelfall günstiger sein, diese Zusatzkosten nicht mit einem Beihilfeantrag geltend zu machen, um die 30 % Kürzung der aktuellen Pauschale zu vermeiden.

Verfügt die Einrichtung über **keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger (keine aktuelle Pauschale)**, d. h. gesetzlich Versicherte werden nicht aufgenommen, sind die Kosten für die

Unterbringung und Verpflegung bis zum niedrigsten Satz der Einrichtung, höchstens 104 € täglich beihilfefähig.

Die Beförderungskosten zum bzw. vom Reha-Ort einschließlich der Gepäckbeförderung werden innerhalb NRW pauschal mit 50 € und außerhalb von NRW, sofern der Amtsarzt die Notwendigkeit der Behandlung außerhalb NRW bestätigt, mit 100 € bezuschusst.

Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und bei denen der Amtsarzt die Notwendigkeit der Begleitung bestätigt hat, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson bis zu 55 Euro täglich beihilfefähig.

Aufwendungen für stationäre Reha-Maßnahmen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären.

Ob von der privaten Versicherung ein Zuschuss oder Pauschalbetrag gezahlt wird, hängt von der Vertragsgestaltung mit der privaten Versicherung ab.

Anschlussheilbehandlungen (AHB) im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt entziehen sich in jedem Fall der Einflussnahme durch die Dienststelle. Die AHB muss aber **spätestens einen Monat nach Entlassung aus dem Krankenhaus** angetreten werden. Ausgenommen von dieser Frist sind u. U. die AHBs im Anschluss an eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie. AHBs werden wie stationäre Reha-Maßnahmen abgerechnet. Lediglich die Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet, sind grundsätzlich neben der aktuellen Pauschale beihilfefähig. Eine Anschlussheilbehandlung kann nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn der Krankenhausarzt die Notwendigkeit bescheinigt hat. Es ist empfehlenswert, sich vor Beginn der Maßnahme an die Beihilfestelle und die Krankenkasse zu wenden.

3.2 Ambulante Reha-Maßnahmen

3.2.1 Anerkennung einer ambulanten Reha-Maßnahme (§ 7 BVO)

Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer ambulanten Reha-Maßnahme für die Höchstdauer von 20 Behandlungstagen ist regelmäßig nur alle 4 Jahre möglich (wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine stationäre oder ambulante Reha-Maßnahme oder ambulante Heilkur stattgefunden hat). Für die Untersuchung durch den Amtsarzt und die Terminwahl gilt das oben Gesagte. Eine ambulante Reha-Maßnahme ist beihilfefähig, wenn sie nach einer ärztlichen Verordnung dringend notwendig ist und

- nicht durch eine ambulante ärztliche Behandlung
- nicht durch andere ambulante Maßnahmen oder
- nicht durch eine ambulante Heilkur

mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden kann.

Der behandelnde Arzt hat bereits im Rahmen der Verordnung überprüfbar zu begründen, warum die beantragte ambulante Reha-Maßnahme nicht durch eine der oben genannten Maßnahmen ersetzt werden kann.

Die ambulante Reha-Maßnahme muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat.

3.2.2 Kosten einer ambulanten Reha-Maßnahme (§ 7 BVO)

Beihilfefähig sind die Kosten für:

- ärztliche Leistungen
- ärztliche verordnete Heilbehandlungen
- Arznei, Verbandmittel und dergleichen
- amtsärztliches Gutachten
- ärztlicher Schlussbericht
- bei pauschaler Abrechnung sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat; sollten weitere Behandlungskosten anfallen, ist die Notwendigkeit durch den Amtsarzt zu bestätigen.
- max. 20 Behandlungstage, aus dringenden medizinischen Gründen ist eine Verlängerung um 15 Behandlungstage möglich (z. B. bei neuropsychologischen Behandlungen, Schlaganfall)
- Nebenkosten (z. B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten, Fahrtkosten o. ä.) bis zu 20 € täglich (falls nicht in der Pauschalpreisvereinbarung enthalten)
- Aufwendungen für medizinisch notwendige Begleitperson bis zu 20 € täglich.

3.3 Checkliste für die Vorbereitung einer Heilbehandlung

Die Lehrkraft sollte:

- sich einen ersten Überblick über Art, Umfang und Ort der möglichen Heilbehandlung verschaffen und sich informieren, z. B. bei Selbsthilfegruppen, bei in Frage kommenden Institutionen (Heilplan anfordern), bei Personen mit ähnlichen gesundheitlichen Problemen und Reha-Erfahrungen,
- sich eine Empfehlung (Attest oder Verordnung) durch den Facharzt besorgen, die enthalten sollte
 - stationäre oder ambulante Reha-Maßnahme
 - Ort bzw. Klinik
 - Dauer
 - Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme, ggf. Begründung der Dringlichkeit des Zeitpunktes.
 - Begründung, dass andere ambulante Maßnahmen ausgeschöpft sind / keinen Erfolg erwarten lassen

Weiteres Vorgehen:

- einen formlosen Antrag auf dem Dienstweg **an die Beihilfestelle** stellen, wobei das Attest im verschlossenen Umschlag beigelegt werden kann,
- der Aufforderung der Beihilfestelle zur Untersuchung durch den Amtsarzt nachgehen,
- den Amtsarzt bei der Untersuchung darauf hinweisen, dass eine Schwerbehinderung vorliegt,
- den Bescheid der Beihilfestelle abwarten,
- bei negativem Bescheid Widerspruch einlegen und mit der Schwerbehindertenvertretung Kontakt aufnehmen,
- erst nach positivem Bescheid durch die Beihilfestelle den Vertrag mit der Reha-Einrichtung, dem Sanatorium bzw. Hotel für den durch die Beihilfestelle festgelegten Zeitraum abschließen,
- den Antritt der ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme auf dem Dienstwege anzeigen,
- innerhalb von sechs Monaten die Heilmaßnahme antreten, sonst war sie nicht notwendig.

Erforderliche Änderungen, Vorverlegungen, Abweichungen müssen von der Beihilfestelle vorher genehmigt werden.

3.4 Reha auf Anordnung des Dienstherrn

Unter bestimmten Voraussetzungen hat der Dienstherr die Kosten einer Rehamassnahme zu tragen. Näheres regelt § 35 (1) LBG. Es geht um solche Massnahmen, die eine Dienstunfähigkeit verhindern sollen und damit eine Zuruhesetzung entweder vermeiden oder beenden können.

LBG

§ 35 Wiederherstellung der Dienstfähigkeit

(1) Die Beamtinnen und Beamten sind verpflichtet, zur Wiederherstellung ihrer Dienstfähigkeit an geeigneten und zumutbaren gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitationsmassnahmen teilzunehmen. Diese Verpflichtung gilt auch zur Vermeidung einer drohenden Dienstunfähigkeit. Vor der Versetzung in den Ruhestand sind sie auf diese Pflicht hinzuweisen, es sei denn, nach den Umständen des Einzelfalls kommt eine erneute Berufung in das Beamtenverhältnis nicht in Betracht. Der Dienstherr hat, sofern keine anderen Ansprüche bestehen, die Kosten für die erforderlichen Massnahmen nach Satz 1 und Satz 2 zu tragen.

(2) Beantragt die Beamtin oder der Beamte nach Wiederherstellung ihrer oder seiner Dienstfähigkeit, sie oder ihn erneut in das Beamtenverhältnis zu berufen, so ist diesem Antrag zu entsprechen, falls nicht zwingende dienstliche Gründe entgegenstehen. Der Antrag muss vor Ablauf von fünf Jahren seit Beginn des Ruhestandes und spätestens zwei Jahre vor Erreichen der Altersgrenze gestellt werden.

Das Ministerium des Innern hat Anwendungshinweise zu § 35 erlassen [Rd. Erl. des Ministeriums des Innern vom 11. Juni 2019, 24 - 42.01.08 - § 35 LBG]. Dieser Erlass gibt Hinweise zur

- Verfahrenseinleitung,
- Anordnung der Massnahme,
- Kostentragungspflicht.

Bei der Verfahrenseinleitung ist zu beachten, dass die personalverwaltende Behörde vor Beginn der Massnahme über die Anordnung entscheidet.

Die Anordnung einer Massnahme ist möglich,

- wenn diese der Beseitigung krankheitsbedingter Leistungsdefizite dient.
- wenn die Massnahme für die Beamtin oder den Beamten zumutbar ist.
- wenn die anfallenden Kosten unter Anlegung eines strengen Wirtschaftlichkeitsmassstabs angemessen ist.

Die Hinweise zur Kostentragungspflicht haben eine für die Praxis große Hürde geschaffen, und zwar soll „die Kostentragungslast des Dienstherrn [...] zuvor durch ein Gutachten der unteren Gesundheitsbehörde geschätzten Kosten der für die erforderlich befundene(n) Rehabilitationsmassnahme(n) [...]“ beinhalten. Die untere Gesundheitsbehörde sieht sich aber hierzu nicht in der Lage.

Anmerkung des Autors: Leider haben die oben erwähnten Durchführungserlasse hierzu kein eindeutiges Ablaufschema erbracht; ein spezielles Antragsformular gibt es nicht. Es empfiehlt sich in jedem Fall, die Rehamassnahme zunächst auf dem üblichen Wege über die Beihilfe und ggf. private Krankenkasse zu beantragen. Nur wenn von dort eine Ablehnung vorliegt, kann eine Bewilligung durch den Dienstherrn erfolgen. Natürlich muss dazu auch festgestellt werden, dass die Massnahme „notwendig“ ist.

3.5 Wiedereingliederung bei Beamten

Grundsätzlich gilt auch für Beamte **Reha geht vor Pensionierung**, auch wenn es keinen den Tarifbeschäftigten vergleichbaren Reha-Träger gibt. Reha-Umfang und -Leistungen sind im Beamtenrecht nicht so deutlich geregelt wie im Sozialrecht der Tarifbeschäftigten. Der § 167 SGB IX

hat den Vorrang der Reha bzw. der Prävention betont. Die Wiedereingliederung kann eine präventive Maßnahme im Sinne der Betrieblichen Wiedereingliederung nach § 167 Abs. 2 SGB IX sein.

Nach dem Urteil des BAG vom 13.06.2006 – 9 AZR 229/05 – können schwerbehinderte Arbeitnehmer nach § 164 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB IX die Beschäftigung zur stufenweisen Wiedereingliederung verlangen. Diese Entscheidung für die Tarifbeschäftigten muss in ihrer Kernaussage auch für Beamte gelten. Auch sie können diesen „Anspruch“ aus § 164 SGB IX herleiten.

3.5.1 Rechtliche Grundlagen

Verordnung über die Arbeitszeit der Beamten in NRW (AZVO)

§ 2 Regelmäßige Arbeitszeit

(6) Einer Beamtin oder einem Beamten kann im Anschluss an eine länger dauernde Erkrankung vorübergehend für die Dauer von bis zu sechs Monaten, eine Ermäßigung der regelmäßigen Arbeitszeit unter Fortzahlung der Dienstbezüge bewilligt werden, wenn dies nach ärztlicher Feststellung aus gesundheitlichen Gründen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess geboten ist (Arbeitsversuch). In begründeten Ausnahmefällen kann der Arbeitsversuch nach Satz 1 für die Dauer von bis zu zwölf Monaten erfolgen, wenn dies nach amtsärztlicher Feststellung aus gesundheitlichen Gründen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess geboten ist.

Richtlinie zum SGB IX

Richtlinie 16 Rehabilitation

16.4 Wiedereingliederung

Ist nach längerer Erkrankung die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess auf ärztliches Anraten nur stufenweise möglich, soll dieses im Einvernehmen mit dem zuständigen Reha-Träger vereinbart werden. Während des Wiedereingliederungsverfahrens besteht für Arbeitnehmer weiterhin Arbeitsunfähigkeit. Beamten soll eine reduzierte Arbeitszeit entsprechend der notwendigen Wiedereingliederungsmaßnahme bis zur Dauer von 6 Monaten (§ 2 Abs. 6 S. 1 AZVO) beziehungsweise bis zu 12 Monaten (§ 2 Abs. 6 S. 2 AZVO) unter den darin genannten Voraussetzungen eingeräumt werden.

Runderlass zur stufenweisen Wiedereingliederung (BASS 21 – 01 Nr. 28)

2. Lehrerinnen und Lehrer im Beamtenverhältnis

Für die stufenweise Wiedereingliederung in das Berufsleben nach schwerer Krankheit von Lehrerinnen und Lehrern an öffentlichen Schulen im Beamtenverhältnis ist § 2 Abs. 6 der Verordnung über die Arbeitszeit der Beamtinnen und Beamten im Lande Nordrhein-Westfalen (Arbeitszeitverordnung – AZVO) - SGV.NRW 20302 anzuwenden. (§ 1 Abs. 3 i. V. m. Abs. 2 Nr. 3 AZVO).

3.5.2 Verfahren der Wiedereingliederung

Die Wiedereingliederung der Beamten ist in § 2 Abs. 6 AZVO geregelt. Für die schwerbehinderten Beamten enthält darüber hinaus die Ziffer 16.4 der Richtlinie Durchführungshinweise. Ein Unterschied zwischen schwerbehinderten und nicht schwerbehinderten Beamten besteht formal nicht mehr.

Wenn absehbar ist, dass die volle Leistungsfähigkeit nach sechs Monaten wieder hergestellt ist, kann gemäß § 2 Abs. 6 AZVO die Pflichtstundenzahl bis zu sechs Monaten reduziert werden. Diese

Reduzierung ist an das ärztliche Urteil gebunden. **Die entsprechende ärztliche Bescheinigung sollte folgende Punkte enthalten:**

- Feststellung, dass die Leistungsfähigkeit vorübergehend eingeschränkt ist,
- Beschreibung der medizinischen Notwendigkeit der Wiedereingliederung (Diagnose ist nur in Ausnahmefällen erforderlich),
- Entlastungsumfang in der Stundenhöhe und der Zeit bzw. Stufung (maßgeblich ist hier die individuelle Pflichtstundenzahl),

Darüber hinaus können in die ärztliche Bescheinigung auch weitere Einsatzeinschränkungen, die eindeutig und nicht interpretierbar sein sollten, für die Wiedereingliederung aufgenommen werden wie z. B.:

- Verteilung des Unterrichts
- welcher Unterrichtseinsatz in der Wiedereingliederung vermieden werden sollte
- von welchen weiteren außerunterrichtlichen Tätigkeiten die Lehrkraft in Wiedereingliederung befreit werden sollte.

Bei diesem ärztlichen Attest reicht das Urteil eines Facharztes aus. Sind in diesem Attest weitere Einsatzeinschränkungen aufgenommen worden, hat die Schule sie bei der Einsatzplanung zu beachten, sie werden i. d. R. auch von der Bezirksregierung in die Verfügung aufgenommen.

Die Wiedereingliederung ist ein Beschäftigungsverhältnis der besonderen Art, bei dem die Einsatzmöglichkeit der Rehabilitanden vom Gesundheitszustand abhängt. Der Beschäftigungsumfang richtet sich allein nach medizinischen Erwägungen. Ein Wiedereingliederungsplan könnte z. B. folgende Formulierungen enthalten:

Ärztlicher Wiedereingliederungsplan zur Vorlage bei der Bezirksregierung XYZ für Frau/Herrn ABC

Frau/Herr hat nach einer schweren Operation eine erfolgreiche Rekonvaleszenz hinter sich, ist aber noch nicht wieder voll belastbar.

Um sie/ihn an die volle Belastbarkeit in der Tätigkeit als Lehrkraft heranzuführen ist aus ärztlicher Sicht eine stufenweise Wiedereingliederung über ein halbes Jahr erforderlich.

Die wöchentliche Unterrichtsverpflichtung sollten in den drei Stufen folgenden Umfang nicht überschreiten:

- 1. Mit Schulbeginn nach den Sommerferien bis zu den Herbstferien 8 Unterrichtsstunden pro Woche*
- 2. Von den Herbstferien bis zu den Weihnachtsferien 13 Unterrichtsstunden pro Woche*
- 3. Von den Weihnachtsferien bis zum Ende des Schulhalbjahres 18 Unterrichtsstunden pro Woche*

Der Unterricht sollte sich relativ gleichmäßig über die Woche verteilen. In der ersten Phase sollte der Mittwoch als Therapietag freigehalten werden. Ein Unterrichtseinsatz im Fach Sport sollte in den ersten beiden Phasen ebenso noch nicht erfolgen. Von Pausenaufsichten und Vertretungsunterricht sollte in der Wiedereingliederung abgesehen werden.

Nach den drei Phasen wird die volle Belastbarkeit im Rahmen der individuellen Pflichtstundenzahl voraussichtlich erreicht sein.

Ob eine Verlängerung der Wiedereingliederung möglich ist, muss im Einzelfall geprüft werden. Durchaus denkbar ist sie unserer Auffassung nach z. B., wenn

- während der Wiedereingliederungsphase eine andere Krankheit den Eingliederungsprozess behindert oder verlangsamt;

- alle am „Eingliederungsmanagement“ gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX Beteiligten zu dem Ergebnis kommen, dass nach den sechs Monaten nur noch ein überschaubarer Zeitraum nötig ist, um das Eingliederungsziel zu erreichen;
- der Amtsarzt am Ende des Wiedereingliederungszeitraumes von sechs Monaten eine Verlängerung der Wiedereingliederung empfiehlt.

Wenn von vornherein absehbar ist, dass das Wiedereingliederungsziel nicht innerhalb von sechs Monaten zu erreichen ist, **kann gemäß § 2 Abs. 6 Satz 2 AZVO in begründeten Ausnahmefällen der Arbeitsversuch für die Dauer von bis zu zwölf Monaten erfolgen, wenn dies nach amtsärztlicher Feststellung aus gesundheitlichen Gründen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess geboten ist.**

Wenn nach der Wiedereingliederung die Erteilung von Unterricht wegen der Art der Behinderung noch eine so erhebliche Erschwernis darstellt, dass diese durch die Regelmäßigung nicht ausgeglichen wird, kann eine zusätzliche Pflichtstundenermäßigung in Betracht kommen. Denn nach § 167 SGB IX sind alle Möglichkeiten, die helfen die Arbeitsunfähigkeit und eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu überwinden und einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen, zu nutzen.

Während der Wiedereingliederung erhalten die verbeamteten Lehrkräfte die **Dienstbezüge**, die ihnen normalerweise zustehen. Vollzeitkräfte erhalten unabhängig von der zu leistenden Stundenzahl und der Dauer der Wiedereingliederung für die gesamte Wiedereingliederung ihre volle Besoldung. Teilzeitlehrkräfte im Beamtenverhältnis bekommen die aufgrund des Teilzeitantrages genehmigte anteilige Besoldung.