Stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) § 6 Abs. 1 BVO NRW

Stand: Juli 2023

Bei der Anschlussheilbehandlung handelt es sich um eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation, in deren Rahmen die während einer stationären Krankenhausbehandlung begonnenen Leistungen fortgesetzt werden, um einen langfristigen Erfolg zu erreichen.

Voraussetzungen und Anerkennungsverfahren § 6 Abs. 1 i. V. m. VV 6.1.2 BVO NRW

Für die Anschlussheilbehandlung gelten folgende Regelungen:

- der behandelnde Krankenhausarzt bescheinigt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung
- die Behandlung muss spätestens einen Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden
- die stationäre Anschlussheilbehandlung muss in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt.

Bei einer ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige stationäre Rehabilitation ebenfalls als Anschlussheilbehandlung.

In dringenden Fällen kann die Anschlussheilbehandlung auch nachträglich genehmigt werden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Sofern die genehmigte Maßnahme nicht innerhalb eines Monats nach Beendigung des stationären Krankenhausaufenthaltes angetreten werden kann, ist ein Anerkennungsverfahren nach § 6 BVO NRW für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. Informationen finden Sie [hier](http://www.versorgungskassen.de/beihilfen.html) bzw. unter www.versorgungskassen.de/beihilfen.html.

Bewilligungsdauer § 6 Abs. 1 BVO NRW

Eine stationäre Anschlussheilbehandlung kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage

von der Beihilfekasse genehmigt werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Eine Verlängerung ist durch den behandelnden Arzt der Einrichtung zu beantragen.

Abrechnung § 6 Abs. 3 BVO NRW

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der aktuellen Pauschale beihilfefähig, die die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat. Dieser Pauschalsatz umfasst sämtliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen und ärztlich verordnete Heilbehandlungen.

Allerdings rechnen nicht alle Rehabilitationseinrichtungen diese Pauschale auch mit den Beihilfeberechtigten ab. Folgende Rechnerkonstellationen und die beihilfenrechtlichen Folgen bei der Abrechnung der Aufwendungen sind möglich:

1. Wird die mit dem Sozialversicherungsträger vereinbarte Pauschale nicht als solche in Rechnung gestellt, sondern getrennt ausschließlich Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, ferner gesondert

- ärztliche Leistungen,
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen

ist die mit dem Sozialversicherungsträger vereinbarte Pauschale um 30 % zu kürzen. Der verbleibende Restbetrag wird zum Bemessungssatz gewährt. Daneben sind die mit Einzelrechnung geltend gemachten Aufwendungen für Arzt, Heilbehandler, Arzneimittel und sonstige Heilbehandlungen im Rahmen der Vorgaben des § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 7 und § 4j Abs. 1 bis 4 BVO NRW beihilfefähig.

2. Stellt die Einrichtung einen privaten Tagessatz in Rechnung, der neben den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung auch Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Heilbehandlungen enthält, werden die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale), die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat, zum Bemessungssatz gewährt.

Hinweis zu 1. und 2.:

Der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarte aktuelle Satz ist von der beihilfeberechtigten Person durch eine Bescheinigung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nachzuweisen. Hierzu muss das bei der Anerkennung der Maßnahme beigefügte Formblatt dem Beihilfeantrag beigefügt werden.

3. Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, werden die Aufwendungen bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens jedoch 120 Euro täglich, zum Bemessungssatz gewährt. Ferner sind die mit Einzelrechnung geltend gemachten Aufwendungen für Arzt, Heilbehandler, Arzneimittel und sonstige Heilbehandlungen im Rahmen der Vorgaben des § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 7 und § 4j Abs. 1 bis 4 BVO NRW beihilfefähig.

Die Aufwendungen sind mit einem Antrag auf Zahlung einer Beihilfe geltend zu machen. Dem Antrag sind beizufügen:

- alle Rechnungsbelege, sowie
- eine Erklärung der Einrichtung über eine aktuelle Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger.

Nicht beihilfefähig sind

- stationäre Wahlleistungen (Mehrkosten für ein Zwei- oder Einbettzimmer, Chefarztbehandlung),
- wissenschaftlich nicht anerkannte Heilbehandlungen und
- Behandlungen, die nicht Bestandteil des Leistungsverzeichnisses für ärztlich verordnete Heilbehandlungen (Anlage 5 BVO NRW) sind, z. B. Schulungen, Vorträge.

Fahrtkosten § 6 Abs. 1 S. 7 BVO NRW

Zu den Kosten für Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung wird bei Behandlungen innerhalb von Nordrhein-Westfalen ein Zuschuss von 50 Euro gewährt. Bei einer durch den Krankenhausarzt verordneten notwendigen Behandlung in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen wird ein Zuschuss von 100 Euro gewährt.

Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz außerhalb von Nordrhein-Westfalen werden pauschal 100 Euro höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet. Treten mehrere Personen die Rehabilitationsmaßnahme mit einem privaten PKW an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 % und für Mitfahrende zu jeweils 50 % gewährt.

Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich, so gilt § 4 Abs. 1 Nr. 11 S. 3 BVO NRW entsprechend. Bitte legen Sie eine ärztliche Verordnung vor.

Begleitpersonen § 6 Abs. 4 BVO NRW

Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist, sowie bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und dies ärztlich bescheinigt ist, wird zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson ein Zuschuss von 40 Euro täglich gezahlt. Die Höhe der Fahrtkosten richtet sich nach § 6 Abs. 1 S. 7 BVO NRW.

Frührehabilitationen in den Phasen A bis D (Barthel-Index)

Unter Frührehabilitation versteht man die frühzeitig einsetzende rehabilitationsmedizinische Behandlung von Patienten. Besonders neurologische Frührehabilitationen finden schon während der stationären Krankenhausbehandlung, in einer frühen Phase der Versorgung, statt. Frührehabilitation kann bei fortbestehendem individuellem Bedarf auch im Anschluss an die Krankenhausbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung fortgesetzt werden. Die Frührehabilitation soll die individuellen Fähigkeiten der Patienten (wie Sprechen, Essen und Bewegen) erhalten oder wiederaufbauen.

Eingeleitet wird eine Frührehabilitation auf Veranlassung des behandelnden Krankenhausarztes. Die unterschiedlichen Phasen der neurologischen Rehabilitationen werden anhand verschiedener Beschreibungskategorien bestimmt. Die Abgrenzung der Frührehabilitation (Phase A und B) von den sich anschließenden Phasen der weiterführenden Rehabilitation (Phasen C und D) erfolgt über den sogenannten Barthel-Index (BI). Es handelt sich um ein Verfahren zur systematischen Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen.

Hierbei ist zu beachten, dass eine Einstufung nach dem Barthel-Index der Stufen A und B aus beihilfenrechtlicher Sicht wie eine Akutbehandlung im Krankenhaus nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO NRW abgerechnet wird. Dies setzt voraus, dass die Behandlung auch in einer Einrichtung erfolgt, die eine Zulassung als Krankenhaus nach § 107 Abs. 1 SGB V hat. Erst bei Eintritt in eine weiterführende Rehabilitation der Phasen C und D kann eine Anschlussheilbehandlung nach den Vorschriften des § 6 BVO NRW durchgeführt werden.

Hinweis:

Ein Wechsel von Phase B nach Phase C ist zwingend anzuzeigen, da dann eine Genehmigung für eine AHB erforderlich ist.

Anspruchsberechtigte Personen

Der anspruchsberechtigte Personenkreis erstreckt sich auf die bzw. den Beihilfeberechtigten sowie die berücksichtigungsfähigen Angehörigen nach § 2 BVO NRW. Vorab ist allerdings zu prüfen, ob ein vorrangiger Anspruch gegenüber anderen Kostenträgern besteht.

Sofern Sie ein pflichtversichertes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, beachten Sie bitte, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse vorrangig in Anspruch zu nehmen sind. In diesem Fall setzen Sie sich bezüglich der Kostenübernahme bitte zuerst mit Ihrer Krankenkasse in Verbindung. Sollte der gesetzlichen Krankenversicherung eine Kostenübernahme nicht möglich sein, ist bereits bei der Beantragung der Rehabilitationsmaßnahme (Vorankennungsverfahren) die Vorlage eines begründeten Ablehnungsbescheides erforderlich.

Sofern Sie freiwillig in der gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, sollten Sie sich im Vorfeld der Maßnahme bei der Beihilfekasse darüber informieren, welche Eigenanteile ggf. von Ihnen zu leisten sind, wenn Sie die Leistungen der GKV nicht in Anspruch nehmen.

Rechtliche Hinweise

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen zur Beihilfe geben. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten.

Kundenservice

Sie erreichen uns telefonisch

- täglich von 10:00 bis 11:00 Uhr
- zusätzlich montags bis donnerstags von 14:00 bis 15:00 Uhr

unter [+49 221 8273-4493](tel:+4922182734493).

oder über unser Kontaktformular unter <https://versorgungskassen.de/kontakt.html>

Gerne können Sie uns auch ein Fax senden unter: [+49 221 8284-4111](tel:+4922182844111).

Herausgegeben von:

Rheinische Versorgungskassen
Mindener Straße 2
50679 Köln
www.versorgungskassen.de