



Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen gemäß § 7 Abs. 4 BVO NRW

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen werden regelmäßig in Einrichtungen durchgeführt, in denen eine physikalisch-medizinische Therapie (Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie) im Vordergrund steht. Rehabilitationsleistungen können indikationsspezifisch z.B. als kardiologische oder orthopädische Rehabilitation oder indikationsübergreifend als geriatrische Rehabilitation erbracht werden.

Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme findet in einer wohnortnahen Einrichtung statt, so dass Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung nicht entstehen.

Grundsatz

Eine Beihilfe zu einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme kann nur gewährt werden, wenn sie vor Antritt durch die Beihilfefestsetzungsstelle genehmigt worden ist. Die Anerkennung erfolgt aufgrund eines Gutachtens des zuständigen Amtsarztes.

Voraussetzungen und Anerkennungsverfahren

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme ist beihilfefähig, wenn sie

- nach einer ärztlichen Verordnung dringend notwendig ist und
- nicht durch eine ambulante ärztliche Behandlung oder andere ambulante Maßnahmen

ersetzt werden kann.

Die Antragstellung erfolgt formlos. Dem Antrag muss eine ärztliche Verordnung beigelegt werden, in der durch den behandelnden Arzt überprüfbar begründet werden muss, warum die beantragte ambulante Rehabilitationsmaßnahme nicht durch eine andere ambulante Heilbehandlung ersetzt werden kann. Im Genehmigungsverfahren wird der Amtsarzt die ärztlichen Ausführungen überprüfen und ggf. bestätigen.

Die ambulante Rehabilitation muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat. Wird die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt, die keinen Versorgungsvertrag geschlossen hat, kann eine Beihilfe zu den Aufwendungen nicht gezahlt werden. Zu einer ambulanten Rehabilitation kann für höchstens 20 Behandlungstage (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) eine Beihilfe bewilligt werden.

Fristen

Nach § 7 BVO ist eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation nur zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitation (§ 6 BVO) oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 BVO) durchgeführt worden ist.

Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z.B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schweren Fällen von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet. Die als beihilfefähig anerkannte ambulante Rehabilitation muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen werden.

Kosten

Bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sind die Kosten für

- ärztliche Leistungen (z.B. für die Behandlung durch den Chefarzt),
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen,
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen (soweit sie wissenschaftlich allgemein anerkannt sind),
- das amtsärztliche Gutachten und
- den ärztlichen Schlussbericht

beihilfefähig.

Wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Kosten in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Die Notwendigkeit weiterer – nicht in der Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger enthaltener – Aufwendungen ist durch den Amtsarzt zu bestätigen. Sofern solche Maßnahmen geplant sind, sollten sie bereits bei der Antragstellung angegeben werden, damit die Überprüfung durch den Amtsarzt im Genehmigungsverfahren erfolgen kann.

Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe, Fahrtkosten] sind - soweit in der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 € täglich beihilfefähig.

Antragstellung

Die Aufwendungen müssen mit einem Beihilfeantrag geltend gemacht werden. Dem Beihilfeantrag müssen beigefügt werden:

- der ärztliche Schlussbericht,
- alle Kostenbelege sowie
- eine Bescheinigung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung über eine aktuelle Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, aus der die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise hervorgehen (bitte das mit der Anerkennung übersandte Formblatt verwenden).

Anschlussheilbehandlung

Für eine Anschlussheilbehandlung im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt gelten die o.g. Hinweise entsprechend.

Abweichend davon gilt jedoch:

- Eine amtsärztliche Begutachtung entfällt. Es reicht aus, wenn der behandelnde Krankenhausarzt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung bescheinigt.
- Die Behandlung muss spätestens einen Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden.
- Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.

Hinweis:

Bei einer ambulant durchgeführten Chemo- oder Strahlentherapie gilt eine anschließend notwendige ambulante Rehabilitationsmaßnahme ebenfalls als Anschlussheilbehandlung. In dringenden Fällen kann die Anschlussheilbehandlung auch nachträglich genehmigt werden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.