Stationäre Anschlussheilbehandlungen (AHB) § 6 Abs. 1 und 2 BVO NRW

Stand: April 2026

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. 2 und 4 BVO NRW

Für die Anschlussheilbehandlung gelten folgende Regelungen:

- Das behandelnde Krankenhaus (bzw. der Sozialdienst) bescheinigt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung.
- Die Behandlung schließt unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung an oder steht bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhaus-aufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang.

Die stationäre Anschlussheilbehandlung muss in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt.

Die o. g. Regelungen gelten auch für Anschlussheilbehandlungen, die nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie notwendig sind.

In begründeten Fällen kann die erforderliche Voranerkennung auch nachträglich erfolgen.

Bewilligungsdauer § 6 Abs. 2 BVO NRW

Die Bewilligung erfolgt für die erforderliche Dauer im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit und Angemessenheit (§ 3 Abs. 1 BVO NRW).

Abrechnung § 6 Abs. 5 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. Der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarte Pauschalsatz umfasst sämtliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen und ärztlich verordnete Heilbehandlungen.

Allerdings rechnen nicht alle Rehabilitationseinrichtungen diese Pauschale auch mit den beihilfeberechtigten Personen ab.

Folgende Rechnungskonstellationen 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 einzeln in Rechnung gestellte Aufwendungen für:

   - Unterkunft und Verpflegung,
   - ärztliche Leistungen und
   - 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 ärztliche Leistungen, Heilbehandlung und Arzneimittel 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.

3. Verfügt die Einrichtung nicht über eine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, werden die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung 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 ärztliche Leistungen, Heilbehandlung und Arzneimittel im Rahmen der Vorgaben des § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 7 und § 4j Abs. 1 bis 4 BVO NRW beihilfefähig.

   Hinweis:
   Die aktuelle, mit einem Sozialversicherungsträger getroffene Preisvereinbarung (Pauschale) ist von der beihilfeberechtigten Person durch eine Bescheinigung der Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtung nachzuweisen. Hierzu muss die der Anerkennung der Maßnahme angehängte „Erklärung der Einrichtung“ dem Beihilfeantrag vollständig ausgefüllt beigefügt werden.

   Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch die

beihilfeberechtigte Person nicht beigebracht, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 oder § 4j Abs. 1 bis 4 BVO NRW sowie der ärztliche Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss nach § 7 Abs. 3 S. 2 BVO NRW in Höhe von 60 Euro täglich gezahlt.

Vertiefende Informationen zu den verschiedenen Abrechnungsmodalitäten sowie entsprechende Berechnungsbeispiele finden Sie hier.

Die Aufwendungen sind mit einem Antrag auf Zahlung einer Beihilfe / per RVK Beihilfe-App geltend zu machen. Dem Antrag sind beizufügen:

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

Nicht beihilfefähig sind:

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

Fahrkosten § 6 Abs. 3 BVO NRW

Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird ein Zuschuss von 200 Euro gezahlt. Bei Nutzung eines nichtöffentlichen Verkehrsmittels wird der Zuschuss unabhängig von der Gesamtzahl der mitreisenden Personen nur einmal gezahlt.

Begleitpersonen § 6 Abs. 6 BVO NRW

Bei Personen, 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.

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 Alltags-funktionen.

Hierbei ist zu beachten, dass eine Einstufung nach dem Barthel-Index der Stufen A und B aus beihilfen-rechtlicher 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 beihilfeberechtigte Person 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 (GKV) 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 (Voranerkennungsverfahren) 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

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

Gerne können Sie uns auch ein Fax senden unter: +49 221 8284-3686.

Herausgegeben von:

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