

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen § 6 BVO NRW

Stand: Juli 2023

Eine Beihilfe zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme kann nur gewährt werden, wenn sie vor dem Antritt von der Beihilfefestsetzungsstelle anerkannt worden ist.

Voraussetzungen und Anerkennungsverfahren § 6 Abs. 1 BVO NRW

Eine stationäre Rehabilitation 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 eine ambulante Rehabilitation mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden kann.

Die Antragstellung erfolgt formlos unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung. Der behandelnde Arzt hat bereits im Rahmen der Verordnung überprüfbar zu begründen, warum die beantragte stationäre Rehabilitation nicht durch eine der oben genannten ambulanten Maßnahmen ersetzt werden kann. Im Genehmigungsverfahren hat der amtsärztliche Dienst die ärztlichen Ausführungen zu überprüfen und gegebenenfalls zu bestätigen.

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

Fristen § 6 Abs. 1 BVO NRW

Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ist nur zulässig, wenn im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme (§ 6 BVO NRW), stationäre Müttergenesungskur oder Mutter- bzw. Vater-Kind-Kur (§ 6a BVO NRW) oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme (§ 7 BVO NRW) durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige amtsärztliche Dienst dies aus zwingenden medizinischen Gründen (z. B. schwere Krebserkrankung, HIV-Infektion, schwere Fälle von Morbus Bechterew) für notwendig erachtet.

Die als beihilfefähig anerkannte Maßnahme muss innerhalb von 6 Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen werden. Sofern die genehmigte Maßnahme nicht innerhalb von 6 Monaten angetreten wird, gilt die Anerkennung als erloschen. In Fällen, in denen die Maßnahme erst nach Ablauf der o. g. Frist angetreten werden kann, ist ein erneutes Anerkennungsverfahren erforderlich.

Bewilligungsdauer § 6 Abs. 1 BVO NRW

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme 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. 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 ab.

Folgende Rechnerkonstellationen und 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.

Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören auch

- das amtsärztliche Gutachten,
- der ärztliche Schlussbericht und
- die Kurtaxe, wenn sie nicht bereits Bestandteil der o. a. Pauschale ist.

Hinweis:

Bei beihilfefähigen Aufwendungen bemisst sich die Beihilfe grundsätzlich nach einem Vomhundertsatz (Bemessungssatz, § 12 Abs. 1 Satz 1 BVO NRW). Die Aufwendungen können demnach nur zu dem jeweiligen Bemessungssatz berücksichtigt werden. Eine vollständige Übernahme der Gebühren für das amtsärztliche Gutachten durch die Beihilfekasse ist auch dann nicht möglich, wenn sich Ihre private Krankenversicherung nicht an den Kosten beteiligen sollte.

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.

Fahrkosten § 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 Amtsarzt

festgestellten 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. 4 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.

Besonderheit bei Lehrpersonen

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass die Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bei Lehrpersonen in der Regel in den Schulferien anerkannt werden kann. Außerhalb der Schulferien ist eine Anerkennung nur in dringenden medizinischen Ausnahmefällen möglich.

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