

Ambulante Anschlussheilbehandlungen (AHB) § 7 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 § 7 Abs. 2 i. V. m. VV 7.4.1 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 ambulante Anschlussheilbehandlung muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat.

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 § 7 BVO NRW für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. Informationen finden Sie [hier](http://www.versorgungskassen.de/beihilfen.html) bzw. unter www.versorgungskassen.de/beihilfen.html.

Bewilligungsdauer § 7 Abs. 1 BVO NRW

Zu einer ambulanten Anschlussheilbehandlung kann für höchstens 20 Behandlungstage (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) eine Beihilfe bewilligt werden.

Der behandelnde Arzt kann aus schwerwiegenden gesundheitlichen Gründen eine Verlängerung von bis zu 10 Behandlungstagen verordnen.

Abrechnung § 7 Abs. 4 BVO NRW

Bei einer ambulanten Anschlussheilbehandlung sind die Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen,
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen und
- den ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig.

Wird die ambulante Anschlussheilbehandlung durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Kosten in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat.

Die Aufwendungen für seitens der ambulanten Rehabilitationseinrichtung verordneten bzw. verabreichten Arzneimittel sind grundsätzlich neben der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Pauschale beihilfefähig.

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

Soweit die Einrichtung nicht über einen kostenlosen Fahrdienst verfügt, sind die notwendigen Fahrkosten bis zu einem Betrag von 40 Euro täglich beihilfefähig.

Ist zur Durchführung einer ambulanten Anschlussheilbehandlung eine Begleitperson aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, ist für die Aufwendungen der Begleitperson ein Betrag i. H. v. 20 Euro täglich beihilfefähig. (VV 7.4.6 zu § 7 Abs. 4 BVO NRW).

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

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

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