

Hinweise zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen oder Anschlussheilbehandlungen (§ 6 Beihilfeverordnung Nordrhein-Westfalen)

(Stand Januar 2026)

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann notwendig sein, wenn

- die Maßnahme von Ihrer behandelnden Ärztin / Ihrem behandelnden Arzt für notwendig gehalten wird und andere ambulante Maßnahmen (zum Beispiel eine ambulante Heilkur oder Maßnahmen am Wohnort) nicht ausreichend sind,
- eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme als Anschlussheilbehandlung durchgeführt werden muss,
- im Rahmen der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch die begutachtende Person der Pflegeversicherung eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wird.

Das Anerkennungsverfahren

Um eine Beihilfe zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme erhalten zu können, muss diese vor Antritt von der Beihilfestelle anerkannt werden.

Reichen Sie bitte hierfür eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung ein. Aus dieser müssen unter anderem

- die behandlungsrelevante Diagnose,
- die Bestätigung, dass die Maßnahme notwendig ist und ambulante Maßnahmen, zum Beispiel therapeutische Maßnahmen am Wohnort, eine ambulante Heilkur oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nicht ausreichend sind,
- Informationen zur gewünschten Einrichtung hervorgehen.

Die Beihilfestelle wird dann die Notwendigkeit der Maßnahme prüfen. Ist im Jahr der Antragstellung oder in den drei vorherigen Jahren bereits eine Rehabilitationsmaßnahme (stationär oder ambulant - einschließlich Heilkur) als beihilfefähig anerkannt worden, so muss aus der ärztlichen Bescheinigung außerdem hervorgehen, dass die Durchführung der beantragten Maßnahme trotz des kurzen Zeitabstandes aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig ist.

Wird die Notwendigkeit bejaht, erhalten Sie einen Anerkennungsbescheid von Ihrer Beihilfestelle. Warten Sie bitte unbedingt den Anerkennungsbescheid der Beihilfestelle ab, bevor Sie mit der Maßnahme beginnen, da ansonsten keine Beihilfe gewährt werden kann.

Bitte lesen Sie sich den Anerkennungsbescheid einschließlich der beigefügten Hinweisblätter sorgfältig durch. Er enthält wichtige Informationen und rechtliche Hinweise.

Die nachträgliche Anerkennung einer Rehabilitationsmaßnahme ist nicht - auch nicht ausnahmsweise - möglich.

Die Rehabilitationsmaßnahme ist innerhalb eines Jahres nach erfolgter Anerkennung anzutreten, da die Anerkennung andernfalls ihre Gültigkeit verliert.

Wird die Notwendigkeit der Maßnahme abgelehnt, kann Ihnen zu den Kosten der Maßnahme - mit Ausnahme von ggf. in Rechnung gestellten Kosten für ärztliche Leistungen, Heilbehandlungen sowie Arzneimittel - keine Beihilfe gewährt werden.

Eine stationäre Rehabilitationsbehandlung kann ebenfalls als beihilfefähig anerkannt werden, wenn im Rahmen der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit durch den Gutachter der Pflegeversicherung eine Rehabilitationsempfehlung ausgesprochen wird. Für diesen Fall legen Sie bitte die Mitteilung der Pflegeversicherung der Beihilfestelle vor.

Die Maßnahme wird im Regelfall für einen Zeitraum von 23 Kalendertagen einschließlich der Reisetage anerkannt. Wird eine Verlängerung notwendig, so reichen Sie bitte frühzeitig eine Notwendigkeitsbescheinigung der Einrichtung bei der Beihilfestelle ein.

Anschlussheilbehandlung

Für eine Anschlussheilbehandlung gelten andere Voraussetzungen.

Eine Anschlussheilbehandlung – im beihilferechtlichen Sinne – liegt vor, wenn die Maßnahme zuvor unmittelbar an den Krankenhausaufenthalt anschließt oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang steht. Gleches gilt nach einer ambulant durchgeföhrten Strahlen- oder Chemotherapie.

In diesem Fall ist die Vorlage der Notwendigkeitsbescheinigung der behandelnden Krankenhausärztin / des behandelnden Krankenhausarztes ausreichend.

Die Anschlussheilbehandlung kann aufgrund der Eilbedürftigkeit bereits vor der Anerkennung durch die Beihilfestelle angetreten werden. In diesem Fall ist die Notwendigkeitsbescheinigung mit der Rechnung über die Maßnahme vorzulegen.

Das Abrechnungsverfahren

Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss grundsätzlich in einer Einrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V - erfüllt:

Vorsorgeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen sind demnach Einrichtungen, die

- der stationären Behandlung der Patienten dienen, um
 - eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder
 - eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), wobei Leistungen der aktivierenden Pflege nicht von den Krankenkassen übernommen werden dürfen.
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehrkräfte und Heilkräfte zu helfen, und in denen
- die Patienten untergebracht und verpflegt werden können.

Beihilfefähig sind gemäß § 6 BVO NRW die Aufwendungen für

- Unterkunft, Verpflegung und Behandlung in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale), die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat.
Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummern 1, 7 oder 4j Absatz 1 bis 4 BVO NRW (zum Beispiel Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, Arzneimittel oder ärztlich verordnete Heilbehandlungen) **in Rechnung gestellt**, ist die Pauschale nach Satz 1 um 30 Prozent zu kürzen, der Restbetrag ist beihilfefähig. Verfügt die Einrichtung nicht über eine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 120,00 Euro täglich, beihilfefähig.

Der niedrigste Satz des Sanatoriums - gegebenenfalls auch der Pro-Person-Preis eines Mehrbettzimmers oder Doppelzimmers - muss auch dann der Beihilfeberechnung zu grunde gelegt werden, wenn ein Unterkommen zu diesem Satz, zum Beispiel wegen Belegung der in Frage kommenden Zimmer nicht möglich war oder Doppelzimmer nur Ehepaaren oder Patienten mit Kurbegleitung vorbehalten sind (Urteil des Verwaltungsgerichts Arnsberg vom 27. April 1983 - 2 K 1548/82 -). Der niedrigste Satz ist also nur ein Berechnungsfaktor.

Mehraufwendungen für ein Doppel- oder Einbettzimmer sind neben der Pauschale nicht beihilfefähig.

- ärztliche Behandlungen sowie der ärztliche Schlussbericht
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen im Rahmen der vom Finanzministerium festgesetzten Höchstbeträge
- Kurtaxe

unter der Voraussetzung, dass es sich um wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen handelt!

Zu den Kosten der Hinfahrt und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird ein Zuschuss von 200 Euro gezahlt. Bei Nutzung eines nichtöffentlichen Verkehrsmittels wird der Zuschuss nach Satz 1 unabhängig von der Gesamtzahl der mitreisenden Personen nur einmal gezahlt.

Nummer 3

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. § 6 Absatz 3 gilt entsprechend.

Die behördliche Feststellung über die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson erfolgt bei der Ausstellung des Ausweises für Menschen mit Behinderungen. Die Ausweise werden mit dem Merkzeichen B und dem Vermerk „Die Notwendigkeit ständiger Begleitung ist nachgewiesen“ versehen. Ständige Begleitung ist bei schwerbehinderten Menschen notwendig, die bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung zur Vermeidung von Gefahren für sich oder andere regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind (§ 146 Absatz 2 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX -).

Nummer 4

Die Beihilfe wird (mit Ausnahme des Zuschusses zu den Fahrkosten) mit dem Regelbemessungssatz festgesetzt (§ 12 BVO NRW). Sie darf zusammen mit den erbrachten Leistungen einer Krankenversicherung oder Unfallversicherung sowie den Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Unberücksichtigt bleiben Leistungen aus Krankenhaustagegeldversicherungen, soweit sie 80,00 Euro täglich nicht überschreiten, sowie Krankentagegeldversicherungen. Hierzu ist der Nachweis erforderlich, in welcher Höhe eine Leistung der Krankenversicherung zu den Aufwendungen zusteht.

Nummer 5

Sofern Sie Vorauszahlungen leisten oder die Rechnung bei Ende des Aufenthaltes sofort begleichen müssen, kann Ihnen auf Antrag auf die zu erwartende Beihilfe ein angemessener Abschlag gewährt werden. Hierfür ist die Vorlage der Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger erforderlich.

Nummer 6

Dem Beihilfeantrag sind nachfolgend genannte Unterlagen unbedingt beizufügen:

- alle Kostenbelege einschließlich der ärztlichen Verordnungen für die durchgeführten Anwendungen
- ein Nachweis über die zustehenden Krankenversicherungsleistungen
- die Erklärung des Unternehmens
- die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger oder, sofern diese nicht vorliegt, die Preisliste der Einrichtung über die Sätze für Unterkunft und Verpflegung.

Wird die Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger durch die beihilfeberechtigte Person nicht beigebracht, sind nur die Aufwendungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder 4j Absatz 1 bis 4 sowie der ärztliche Schlussbericht beihilfefähig. Daneben wird ein Zuschuss in Höhe von täglich 60,00 Euro gezahlt (§ 6 Absatz 5 i. V. m. § 7 Absatz 3 Satz 2). Bescheinigungen beziehungsweise Bestätigungen auf der Rechnung, dass es sich bei dem in Rechnung gestellten Betrag um den niedrigsten Satz des Hauses handelt, reichen als Nachweis nicht aus.