

## **Informationen zu Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen (§ 7 BVO NRW)**

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne des § 7 Absatz 4 der nordrhein-westfälischen Beihilfenverordnung (BVO NRW) werden regelmäßig in Einrichtungen durchgeführt, in denen eine physikalisch-medizinische Therapie (Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik, Bewegungs-, Beschäftigungs- und Sprachtherapie) im Vordergrund steht. Eine ambulante Rehabilitation kommt unter anderem in Betracht, wenn

- die beziehungsweise der Erkrankte für die ambulante Leistungserbringung physisch und psychisch ausreichend belastbar ist,
- eine ständige ärztliche Überwachung und pflegerische Betreuung nicht erforderlich ist,
- die beziehungsweise der Erkrankte über die zur Inanspruchnahme der ambulanten Rehabilitation erforderliche Mobilität und über ausreichende Aktivitäten zur Selbstversorgung verfügt und
- die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit erreicht werden kann.

In Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation können auch Anschlussheilbehandlungen (Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulant durchgeführten Chemotherapie oder Strahlentherapie) durchgeführt werden.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen werden für einen Zeitraum bis 20 Behandlungstagen, bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Behandlungstagen (einschließlich der Reisetage) beihilfenrechtlich anerkannt. Ist aus dringenden medizinischen Gründen im Zusammenhang mit neuropsychologischen Behandlungen (zum Beispiel Schlaganfallpatient) und psychosomatischen Behandlungen eine Verlängerung der Behandlung über 20 Behandlungstage hinaus geboten, kann die Beihilfekasse einer Verlängerung bis zu weiteren 20 Behandlungstagen zustimmen. Darüber hinaus sind weitere Verlängerungen nur im Umfang der Bewilligung der Krankenversicherung des Patienten beziehungsweise der Patientin möglich.

**Beihilfenrechtlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein,** um Beihilfeleistungen zu einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme zu erhalten:

- a) Im laufenden Kalenderjahr oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren wurde keine anerkannte ambulante Kur- oder Rehabilitationsmaßnahme, keine anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme und keine anerkannte stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-Vater-Kind-Kur durchgeführt. Bei aktiven Beschäftigten ab Vollendung des 63. Lebensjahres gilt eine verkürzte Wartezeit, im laufenden und im vorangegangenen Kalenderjahr wurde keine anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn nach dem Gutachten des zuständigen Amtsarztes aus zwingenden medizinischen Gründen (zum Beispiel in schweren Fällen von Morbus Bechterew) eine Rehabilitationsmaßnahme in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.
- b) Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von ambulanten Kurmaßnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen sind wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend.
- c) Die medizinische Notwendigkeit wird vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme durch begründete ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen und durch ein Gutachten des

zuständigen Amtsarztes oder Vertrauensarztes bestätigt - dies gilt nicht bei Beamtinnen und Beamten mit Dienstbezügen, die das 63. Lebensjahr vollendet haben.

- d) Die Beihilfekasse hat auf Antrag die Beihilfefähigkeit vor Beginn der Maßnahme anerkannt.
- e) Die Maßnahme wird innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen.
- f) Die ordnungsgemäße Durchführung der Maßnahme wird durch Vorlage eines ärztlichen Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen.
- g) Die ambulante Rehabilitationsmaßnahme wird in einer Einrichtung durchgeführt, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen hat.

**Beihilfefähig** sind die Aufwendungen für:

- a) ärztliche Behandlungen
- b) Kosten für Arzneimittel im Rahmen des § 4 Absatz 1 Nummer 7 BVO NRW und
- c) ärztlich verordnete Heilbehandlungen im Rahmen der vom Finanzministerium festgesetzten Höchstbeträge

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

Bei einer pauschalen Abrechnung der vorstehenden Kosten sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Sollten weitere Behandlungskosten anfallen, ist die Notwendigkeit durch einen Amtsarzt beziehungsweise Vertrauensarzt zu bestätigen.

Die neben den reinen Behandlungskosten entstehenden **Nebenkosten** (zum Beispiel Verpflegungskosten, Unterbringungskosten (Kosten für einen Ruheraum), Kurtaxe) sind, sofern in der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten, bis zu 20,00 Euro täglich beihilfefähig. Wenn die Einrichtung nicht über einen kostenlosen Fahrdienst verfügt, sind notwendige **Fahrkosten** bis zu einem Betrag von 40,00 Euro täglich beihilfefähig. Ist zur Durchführung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme eine **Begleitperson** aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich, werden auch hierfür bis zu 20,00 Euro täglich als beihilfefähig anerkannt. Beihilfefähig sind auch die Kosten des amtsärztlichen Gutachtens und für den ärztlichen Schlussbericht.

Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sind bis zur Höhe der Aufwendungen beihilfefähig, die bei einer Behandlung am inländischen Wohnort oder in dem ihm am nächsten gelegenen inländischen Behandlungsort beihilfefähig wären (§ 10 Absatz 2 BVO NRW).

Die **mobile Rehabilitation** ist eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation, bei der die beziehungsweise der Erkrankte zu Hause behandelt wird.

**Dem Beihilfeantrag sind nachfolgend genannte Unterlagen unbedingt beizufügen:**

- Alle Kostenbelege einschließlich der ärztlichen Verordnungen für die durchgeführten Anwendungen und
- ein Nachweis über die zustehenden Krankenversicherungsleistungen.