



Merkblatt

Beihilfe Anschlussheilbehandlung (Stand: April 2024)

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung bestimmt sich nach § 34 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

1. Was ist eine Anschlussheilbehandlung?

Eine Anschlussheilbehandlung, auch Anschlussrehabilitation, ist eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht; bei medizinischer Notwendigkeit auch nach einer ambulanten Operation, Strahlen- oder Chemotherapie. Um einen langfristigen Behandlungserfolg zu erzielen, ist sie zur Weiterbehandlung erforderlich. Die Behandlung erfolgt entsprechend der medizinischen Notwendigkeit und ärztlichen Verordnung stationär oder ambulant.

2. Wann kann eine Anschlussheilbehandlung als beihilfefähig anerkannt werden?

Voraussetzungen für eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen sind:

- » Die Anschlussheilbehandlung muss ärztlich verordnet werden. Die ärztliche Verordnung muss Angaben zu Art und Dauer der beabsichtigten Maßnahme enthalten. Bei einer Krankenhausbehandlung wird diese regelmäßig von den dort behandelnden Ärztinnen oder Ärzten erstellt.
- » Die Anschlussheilbehandlung muss sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließen oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung stehen. Als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich.

In Ausnahmefällen liegt eine Anschlussheilbehandlung auch vor, wenn diese nach einer ambulanten Behandlung erfolgt, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung stand.

- » Die Anschlussheilbehandlung wird als medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer hierfür geeigneten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt, mit der ein Versorgungsvertrag nach

§ 111 Absatz 2 Satz 1 oder nach § 111c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht (siehe auch Information unter Ziffer 5 am Ende dieses Merkblattes zur Behandlung in Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag).

Eine Genehmigung der Anschlussheilbehandlung durch die Beihilfestelle ist nicht notwendig.

3. Welche Aufwendungen sind bei Anschlussheilbehandlungen beihilfefähig?

Zu den beihilfefähigen Aufwendungen gehören:

- a) **ärztliche und psychotherapeutische Leistungen**
- b) **Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern**
- c) **ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel**
- d) **ärztlich verordnete Heilmittel (bis zum jeweiligen Höchstbetrag)**
- e) **ärztlich verordnete Hilfsmittel**
- f) **Komplextherapien**
- g) **Unterkunft und Verpflegung**
 - » Die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der pflegerischen Leistungen können bis zur Höhe des niedrigsten (Tages-)Satzes der Rehabilitationseinrichtung als beihilfefähig anerkannt werden.
- h) **Wahlleistungen**
 - » gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (z. B. Chefarztbehandlung)
 - » gesondert berechnete Unterkunft täglich bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist.
- i) **Kosten für die Hin- und Rückfahrt (einschließlich Gepäckbeförderungskosten)**
 - » bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen die nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge,
 - » bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel die tatsächlichen Aufwendungen, höchstens jedoch die für Fahrten in der niedrigsten Klasse anfallenden Kosten,
 - » bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 20 Cent je Kilometer (maßgeblich ist die mit einem privaten Kraftfahrzeug üblicherweise zurückzulegende kürzeste Strecke zwischen der Wohnung und der Einrichtung, jedoch nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme),
 - » für die Fahrt mit einem Taxi oder einem kostenpflichtigen Transport durch die Rehabilitationseinrichtung oder einen Personenbeförderungsdienstleister die tatsächlich entstandenen Kosten, sofern **zuvor** die medizinische Notwendigkeit dieser Nutzung **ärztlich bestätigt und durch die Beihilfestelle anerkannt wurde**,

- » für Fahrten, die bei ambulanten Maßnahmen durch die Rehabilitationseinrichtung selbst oder in deren Auftrag durch Dritte durchgeführt und berechnet werden höchstens 10 Euro je Behandlungstag.

Soweit für die Hin- und Rückfahrt verschiedene Beförderungsmittel genutzt werden, sind Aufwendungen für die Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs nur in dem Umfang beihilfefähig wie die Aufwendungen für die anderen Beförderungsmittel (ÖPNV, Taxi, Krankentransport, Reha-Transport) den Höchstbetrag von 200 Euro für die stationäre Gesamtmaßnahme oder 10 Euro je Behandlungstag bei ambulanten Maßnahmen nicht übersteigen.

j) Kurtaxe

k) Ärztlicher Schlussbericht

l) Aufwendungen der Begleitperson, wenn zuvor die medizinische Notwendigkeit der Begleitung bestätigt wurde

- » Unterkunft und Verpflegung in der Rehabilitationseinrichtung, sofern die Mitaufnahme in der Einrichtung nicht möglich ist auch außerhalb, bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung
- » Fahrtkosten im Rahmen der Höchstgrenze für die Gesamtmaßnahme
- » Kurtaxe
- » nachgewiesener Verdienstausschlag

4. Welche Eigenbehalte fallen bei Anschlussheilbehandlungen an?

Von den während einer Anschlussheilbehandlung ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln sowie Hilfsmitteln werden bei der Beihilfefestsetzung Eigenbehalte abgezogen. Zudem wird pro Tag eines stationären Aufenthaltes ein Eigenbehalt von 10 Euro abgezogen, höchstens jedoch für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.

5. Kann ich die Einrichtung frei wählen?

Wie unter Ziffer 2 c) erläutert, muss die Einrichtung nicht nur für eine Anschlussheilbehandlung geeignet sein, sondern auch einen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 oder § 111c SGB V abgeschlossen haben.

Wird die Rehabilitationsmaßnahme jedoch in einer Einrichtung durchgeführt, mit der **kein Versorgungsvertrag** nach § 111 Absatz 2 Satz 1 oder § 111c SGB V besteht, sind Aufwendungen **nur eingeschränkt beihilfefähig**.

Um das Kostenrisiko zu minimieren wird daher in diesen Fällen empfohlen, vor Antritt der Maßnahme eine Aufstellung der Einrichtung über die voraussichtlichen Kosten an die Beihilfestelle zu senden.

Aus den hierfür notwendigen Unterlagen soll ersichtlich sein:

- » bei Einrichtungen, welche über keinen Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 oder § 111c SGB V verfügen, ob (ggf. auf welcher Rechtsgrundlage) und mit welchem anderen Kostenträger ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde,
- » Information über die dem Aufenthalt zu Grunde liegende Indikation mit Angaben zur Ermittlung
 - der nach dem Krankenhausentgeltgesetz entsprechenden Fallpauschale bzw. direkt die konkrete Fallpauschale / den DRG oder
 - der Ziffer zur Entgeltberechnung nach dem PEPP-Entgeltkatalog bzw. bereits die konkrete Ziffer nach dem PEPP-Entgeltkatalog.

Für die Feststellung, in welchem Umfang zu einem Aufenthalt in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag eine Beihilfe gewährt werden kann, sind diese Informationen unverzichtbar. Für Einrichtungen ohne Versorgungsvertrag sind die beihilfefähigen Aufwendungen durch die nach dem Krankenhausentgeltgesetz indikationsbezogenen Fallpauschalen bzw. den Pauschalen des PEPP-Entgeltkatalog begrenzt. Daneben können ggf. wahlärztliche Leistungen und nach den vorgenannten Regelungen separat berechnungsfähige Aufwendungen beihilfefähig sein. Dies kann jedoch nur anhand konkreter Angaben der Einrichtung geprüft werden. Ohne prüffähige Unterlagen bzw. Daten, spätestens mit Eingang der Rechnung, ist die Festsetzung einer Beihilfe nicht möglich.

6. Ist eine Abrechnung unmittelbar zwischen der Einrichtung und der Beihilfestelle möglich?

Derzeit ist eine direkte Abrechnung nur mit Krankenhäusern zur akuten Krankenversorgung möglich; nicht jedoch für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Gemäß § 10 Absatz 1 BBhV besteht auf Beihilfe ein Rechtsanspruch. Dieser Anspruch kann weder abgetreten noch ver- oder gepfändet werden. Geben Sie daher keine Abtretungserklärungen ab. Werden dennoch Abtretungserklärungen (auch Zahlungsaufträge genannt) vorgelegt, bleiben diese für die Beihilfestelle unbeachtlich.

Gleiches gilt für sogenannte Kostenübernahmeerklärungen, deren Abgabe vor Aufnahme in der Einrichtung oft gefordert wird. Diese dürfen durch die Beihilfestelle vor Aufnahme in der Einrichtung nicht abgegeben werden. Auf Anforderung kann zur Vorlage bei der Rehabilitationseinrichtung eine patientenbezogene Information über bestehende Ansprüche nach der BBhV erstellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Beihilfeteam
im Bundesverwaltungsamt
- Dienstleistungszentrum -