

Information zum Antrag auf Anerkennung eines Dienstunfalls

Der Anspruch eines durch Dienstunfall Verletzten auf ein Heilverfahren wird dadurch erfüllt, dass ihm die **notwendigen** und **angemessenen** Kosten erstattet werden, soweit die Dienstbehörde das Heilverfahren nicht selbst durchführt oder durchführen lässt (§ 2 (2) Heilverfahrensverordnung (HeilvFV)).

Dies entspricht inhaltlich dem § 3 (1) der Beihilfenverordnung (BVO NRW) vom 27. März 1975 (i. d. z. Z. gültigen Fassung), wonach die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang beihilfefähig sind. Aus diesem Grunde ist die Angemessenheit der Kosten für ärztliche Leistungen im Rahmen der Dienstunfallfürsorge grundsätzlich ebenso zu beurteilen, wie im Beihilferecht.

Beihilfefähig sind grundsätzlich nur notwendige und wirtschaftlich angemessene Aufwendungen.

Die Notwendigkeit von Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen setzt grundsätzlich voraus, dass diese nach einer wissenschaftlich anerkannten Methode vorgenommen werden.

Das gilt auch für die Erstattung der Kosten für ärztlich verordnete Heilbehandlungen durch Angehörige von Heilhilfsberufen (Masseure, Krankengymnasten) sowie für Behandlungen im Krankenhaus und stationäre Rehabilitationsbehandlung, soweit die HeilvFV nicht andere Regelungen enthält. Psychotherapeutische Behandlungen bedürfen der vorherigen Anerkennung durch die Dienstbehörde.

Der Verletzte muss der Dienstbehörde **den Beginn einer Krankenhausbehandlung** unverzüglich mitteilen.

Angemessen sind in den Fällen eines Krankenhausaufenthaltes die Kosten (Krankenhausentgeltgesetz in der jeweils geltenden Fassung) der allgemeinen Krankenhausleistungen, die getrennt zu berechnenden Nebenleistungen und die Unterbringung in einem Zweibettzimmer sowie ärztliche Leistungen. Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass es bei „privaten Kliniken“ zu einer Kürzung der Erstattung des Pflegesatzes kommen kann.

Die Aufwendungen für einen unfallbedingten Aufenthalt in einem Krankenhaus (ausgenommen Notfall), stationäre Rehabilitationsbehandlung oder für eine ambulante Rehabilitationsbehandlung werden nur erstattet, wenn die Dienstbehörde diese Maßnahme **vor Beginn** genehmigt hat. Ort, Zeit und Dauer für den Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationsbehandlung oder für eine ambulante Rehabilitationsbehandlung bestimmt die Dienstbehörde auf Grund eines dafür vorher eingeholten amtsärztlichen Gutachtens.

Ambulant: Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen, die mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag geschlossen haben, sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 beihilfefähig. Absatz 2 Buchstaben b bis g gelten sinngemäß. Wird die ambulante Rehabilitationsmaßnahme durch die Einrichtung pauschal abgerechnet, sind die Aufwendungen in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. 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 notwendige Fahrkosten bis zu einem Betrag von 40 Euro täglich beihilfefähig.

Stationär: Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen nach § 4 Absatz 1 Nummer 1, 7 oder § 4i Absatz 1 bis 4 in Rechnung gestellt, ist die Pauschale nach Satz 1 um 30 vom Hundert zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 120 Euro täglich beihilfefähig.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören Aufwendungen für ärztliche Maßnahmen, verbrauchte und verordnete Arznei- und Verbandmittel (mit dem Dienstunfall im Zusammenhang stehend), Beförderungskosten für den An- und Abreisetag (sofern notwendig) Versorgung mit Hilfsmitteln, Krankenhausmaßnahmen und Rehabilitationsmaßnahmen, Pflege, Haushaltshilfen sowie der Schlussbericht des Arztes (§ 6 HeilvF).

Die Kosten für Hilfsmittel (Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel) und deren Zubehör sowie die Kosten für eine notwendige Ausbildung in ihrem Gebrauch werden soweit sie 1000,- Euro übersteigen grundsätzlich nur erstattet, wenn die Dienstbehörde dies **vorher** zugesagt hat. Die Hilfsmittel müssen schriftlich verordnet und den persönlichen und beruflichen Bedürfnissen des Verletzten angepasst sein (§ 4 (1) Nr.10 BVO NRW).

Die Kosten für eine notwendige Pflege werden erstattet, wenn die / der Verletzte nach dem Gutachten eines Amtsarztes infolge des Dienstunfalls zu den Verrichtungen des täglichen Lebens aus eigener Kraft nicht imstande ist (mindestens Pflegegrad 2). Die Dauer dieser Pflege muss mit Beginn und Ende im Gutachten bescheinigt sein.

Die Kosten für eine Familien- und Hauspflegekraft werden für die Dauer eines stationären Aufenthaltes sowie, wenn notwendig, bis zu 28 Tage nach der Entlassung (pro Std. 11,00 €, max. 88,- € am Tag) erstattet. Voraussetzung ist, dass diese Person –

ausgenommen sie ist alleinerziehend - nicht oder nur geringfügig im Sinne des § 8 SGB IV erwerbstätig, selbst pflegebedürftig ist oder ein im Haushalt pflegebedürftiger Ehegatte, mindestens ein Kind unter 15 Jahren oder ein pflegebedürftiges Kind lebt. Eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit und genaue Dauer reicht hierfür aus.

Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) - Nr. 14 des Leistungsverzeichnisses für ärztl. verordnete Heilbehandlungen werden nur durch Verordnung von Krankenhausärzten, Orthopäden, Chirurgen oder von Ärzten mit der Bezeichnung physikalische und rehabilitative Medizin sowie von Allgemeinärzten mit dem Zusatz "physikalische Therapie" anerkannt. Dabei sind unbedingt die nach II Ziff. 1.1 bis 1.5 vorgeschriebenen Indikationen sowie anhängenden Vorschriften der Ziffern 2 bis 5 des Leistungsverzeichnisses zu beachten. Der erstattungsfähige Höchstbetrag ist auf 108,10€ je Behandlungstag (Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten) begrenzt.

Die Aufwendungen der Heilbehandlung werden nach Anerkennung des Dienstunfalls gegen Vorlage der **Originalbelege mit Duplikat** erstattet. Eine evtl. Abschlagszahlung auf zu erwartende hohe Kosten bitte nur mit dementsprechendem Nachweis (Kostenvoranschlag) beantragen.

Gemäß § 611 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) sind Sie dem Rechnungssteller gegenüber zahlungsverpflichtet. Die Unfallfürsorge erstattet Ihnen lediglich die angefallenen Kosten. Mahngebühren oder ähnliches werden von der Unfallfürsorge nicht erstattet.

Die einzureichenden Rechnungsbelege der Heilbehandlung müssen als Nachweis für den Zusammenhang zum Dienstunfall grundsätzlich die ärztliche Diagnose der Unfallverletzung enthalten. Dies gilt auch für unfallbedingte Rezepte, Atteste und sonstige Verordnungen des Arztes.

Bitte beachten Sie außerdem, dass die anfallenden Kosten für die Heilbehandlung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dem Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker berechnet werden. Dabei dürfen die Leistungskosten die Höchstsätze der erstattungsfähigen Gebühren nicht überschreiten. Honorarvereinbarungen sind **nicht** erstattungsfähig.

In der ab 01.01.1996 geltenden Fassung der GOÄ (mit verkürzten Leistungsbezeichnungen) sind in § 5 folgende Bemessungsgrundsätze bestimmt:

In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem 1-fachen und 2,3-fachen Satz bemessen werden. Das Überschreiten des 2,3-fachen Satzes ist nur zulässig, wenn besondere (patientenbezogene) Kriterien dies rechtfertigen.

Die im § 5 (3-5) GOÄ für ärztliche Leistungen besonders geregelten Bemessungssätze, sowie die im § 12 GOÄ vorgeschriebene Fälligkeit und Form der Abrechnung, sind durch den behandelnden Arzt bei Rechnungsstellung besonders zu beachten.

Wird der vom Beamten erlittene Unfall als Dienstunfall anerkannt, entfällt grundsätzlich die Inanspruchnahme der Beihilfe des Landes NRW und der privaten Krankenversicherung!