Merkblatt Beihilfe

Stationäre Rehabilitation

1. Januar 2026

KVBW Beihilfe

Behandlung und Rehabilitation nach §§ 32, 33 und 34 Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO)

		Seite
1.	**Stationäre Maßnahmen**	**2**
2.	**Voranerkennungspflicht**	**2**
3.	**Beihilfefähige Aufwendungen**	**2**
3.1	Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen	2
3.2	Einrichtungen für Suchtbehandlungen / oder der medizinischen Rehabilitation	3
3.3	Einrichtungen für familienorientierte Rehabilitation	3
3.4	Weitere beihilfefähige Aufwendungen	3
4.	**Allgemeine Hinweise**	**3**

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können Sie daraus nicht ableiten.

Wenn Sie weitere Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf **Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen** Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

BF - 34_M 01/26

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg · Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hauptsitz
Ludwig-Erhard-Allee 19
76131 Karlsruhe
Tel. 0721 5985-0

Zweigstelle
Birkenwaldstraße 145
70191 Stuttgart
Tel. 0711 2583-0

Bankverbindung
Landesbank Baden-Württemberg
BIC: SOLADEST600
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

Servicezeiten
siehe Homepage

Internet / E-Mail
www.kvbw.de
beihilfe@kvbw.de

Merkblatt Beihilfe
Stationäre Rehabilitation

KVBW Beihilfe
1. Januar 2026

Diese Informationen gelten für Personen mit beamtenrechtlichen Beihilfeansprüchen nach der BVO des Landes Baden-Württemberg. Für Beschäftigte mit tarifrechtlichen Beihilfeansprüchen gelten zusätzlich zu nachstehenden Ausführungen weitere beihilferechtlichen Besonderheiten.

1. Stationäre Maßnahmen

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Maßnahmen in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen nach §§ 32, 33 und 34 BVO ist, dass bei Maßnahmen in

- **Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen**
  (sind auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen besonders spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen. Anschlussheilbehandlungen liegen nur vor, wenn sie sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder bei einer zeitlichen Unterbrechung zum Krankenhausaufenthalt mit diesem in zeitlichem Zusammenhang stehen)
- **Einrichtungen für Suchtbehandlungen**
  (sind auf Suchtbehandlungen zur Entwöhnung spezialisierte Einrichtungen, welche die Voraussetzungen für entsprechende stationäre Maßnahmen der Träger der Sozialversicherung erfüllen)

die Maßnahme nach begründeter Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und **ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind** (bitte vom Arzt ausdrücklich bestätigen lassen!).

- **Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation**
  (erfüllen die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V –Rehabilitationseinrichtungen)

bei denen es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt, muss durch eine begründende Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Rehabilitationseinrichtung verbunden ist, nachgewiesen werden, dass die Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und **ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend** sind (bitte vom Arzt ausdrücklich bestätigen lassen!). Aufwendungen in ausländischen Einrichtungen in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, in EWR-Staaten, im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder in der Schweiz sind beihilfefähig, wenn die Einrichtung im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist.

- **Einrichtungen für familienorientierte Rehabilitationsbehandlungen**
  (erfüllen die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 SGB V – Rehabilitationseinrichtungen –. Sie sind spezialisiert auf Kinder mit schweren chronischen Erkrankungen, insbesondere Krebserkrankungen, Mukoviszidose, oder solche, bei denen ein Herzoperation oder eine Organtransplantation diese Maßnahme erforderlich macht)

Voraussetzung ist, dass die familienorientierte Rehabilitationsbehandlung für den Erfolg des Kindes notwendig ist. Die Notwendigkeit der Maßnahme einschließlich der Einbindung von Familienangehörigen muss von einem Arzt, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, bescheinigt wird.

2. Voranerkennungspflicht

- Dauert eine stationäre Maßnahme nicht länger als 29 Tage, ist eine vorherige Anerkennung durch den KVBW nicht erforderlich. Die für eine Beihilfegewährung notwendigen medizinischen Voraussetzungen sind spätestens mit Beantragung der Beihilfe durch die entsprechenden vorgenannten Unterlagen nachzuweisen. Um Sie ggf. vor Nachteilen zu bewahren und Irrtümer auszuschließen, empfehlen wir Ihnen jedoch, diesen Nachweis rechtzeitig vor Beginn der stationären Maßnahme zu führen.
- Ab einer **Dauer von 30 Tagen** ist weitere Voraussetzung für eine Beihilfegewährung, dass die Kosten der stationären Maßnahme vom KVBW **vor Behandlungsbeginn** anerkannt werden. Dies gilt nicht bei einer Anschlussheilbehandlung. Bei allen anderen Rehabilitationsmaßnahmen müssen Sie die zum Nachweis der medizinischen Voraussetzungen erforderlichen beschriebenen Unterlagen rechtzeitig vor Beginn der Maßnahme vorlegen, dass die Anerkennung ebenfalls noch vorher erfolgen kann. Die Anerkennung wird erteilt, wenn die lange Dauer vom Arzt besonders begründet wird.

  Legen Sie bitte die beigefügte „Ärztliche Bescheinigung" (34_1_V) Ihrem behandelnden Arzt vor (z. B. Haus-, Facharzt oder Krankenhausarzt), damit die medizinische Notwendigkeit der geplanten Maßnahme festgestellt werden kann. Anstelle des Vordrucks können Sie aber auch eine vom Arzt oder Krankenhaus erstellte Bescheinigung mit den entsprechenden Angaben bei der Beihilfestelle einreichen. Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, werden wir Ihnen eine schriftliche Zusicherung für die geplante Maßnahme senden.
- Wird eine stationäre Maßnahme durchgeführt, ohne dass die vorstehend genannten Voraussetzungen vorliegen, sind im Rahmen der BVO nur die Kosten für die ärztliche Behandlung und für die von den Ärzten schriftlich begründet verordneten Heilbehandlungen und Arzneimittel beihilfefähig.

3. Beihilfefähige Aufwendungen

3.1 Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen

Beihilfefähig sind im Rahmen der BVO entweder die Aufwendungen für einzel aufgeschlüsselte Leistungen oder im Rahmen einer pauschalen Abrechnung.
Folgende Leistungen sind bei einzel aufgeschlüsselten Leistungen beihilfefähig:

- Ärztliche Leistungen

- psychotherapeutische Leistungen
- Heilbehandlungen
- Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen
- Pflege, Unterkunft und Verpflegung in angemessener Höhe
- Kurtaxe
- Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Begleitperson (Schwerbehinderung Merkzeichen „B" bzw. für Kinder unter 12 Jahren)

Aufwendungen für pauschal abgerechnete Leistungen sind beihilfefähig, soweit sie keine Vergütung für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhalten. Daneben sind die oben aufgeschlüsselten Aufwendungen beihilfefähig, sofern sie nicht in der pauschalen Abrechnung enthalten sind. Dies gilt auch für Aufwendungen einer Begleitperson.

3.2 Einrichtungen für Suchtbehandlungen / oder der medizinischen Rehabilitation

Beihilfefähig sind im Rahmen der BVO entweder die Aufwendungen für einzel aufgeschlüsselte Leistungen oder im Rahmen einer pauschalen Abrechnung.
Folgende Leistungen sind bei einzel aufgeschlüsselten Leistungen beihilfefähig:

- Ärztliche Leistungen
- psychotherapeutische Leistungen
- Heilbehandlungen
- Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen
- Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung
- Kurtaxe
- Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Begleitperson (Schwerbehinderung Merkzeichen „B" bzw. für Kinder unter 12 Jahren)

Aufwendungen für pauschal abgerechnete Leistungen sind beihilfefähig, soweit sie keine Vergütung für nicht-medizinischen Komfortleistungen beinhaltet.

Werden die vorgenannten einzeln aufgeschlüsselten Leistungen im Rahmen einer vollpauschalierten Abrechnung in Rechnung gestellt, sind die Aufwendungen bis zu 250 € täglich beihilfefähig. Mit dieser Pauschale sind alle Leistungen abgegolten.
Wird bei einer teilpauschalierten Abrechnung ärztliche Leistungen und psychotherapeutische Leistungen oder Heilbehandlungen gesondert in Rechnung gestellt, sind die teilpauschalierten Aufwendungen bis zu 175 € täglich beihilfefähig. Mit dieser Teilpauschale sind die übrigen Aufwendungen abgegolten. Dies gilt auch für die Begleitperson. Die Kurtaxe ist bei beiden Konstellationen zusätzlich abrechenbar.

3.3 Einrichtungen für familienorientierte Rehabilitation

Die Aufwendungen sind für das zu behandelnde berücksichtigungsfähige Kind sowie für die einzubindenden Familienangehörigen beihilfefähig. Die berechneten Leistungen sind in der Höhe beihilfefähig wie bei Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Nr. 3.2).

3.4 Weitere beihilfefähige Aufwendungen

Neben den einzeln aufgeschlüsselten Leistungen nach Nr. 3.1 bis 3.3 sind noch folgende Aufwendungen daneben beihilfefähig:

- Fahrtkosten für die Beförderung von Personen und Gepäck sowie eine medizinische Begleitperson bis max. 120 € für die einfache Fahrt. Die Fahrkosten werden um einen Selbstbehalt in Höhe von 9 € je einfacher Fahrt gemindert. Falls ein nicht regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel genutzt wird (z. B. Taxi), erhöht sich der Selbstbehalt auf 20 € je einfacher Fahrt.
  Bei Transport mit privat genutzten Personenkraftwagen sind Aufwendungen bis zu 0,30 € pro Kilometer beihilfefähig. Bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln (z. B. Zug) sind die Aufwendungen bis zur Höhe der zweiten Klasse beihilfefähig.
  Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Parkgebühren, Wartezeiten eines Taxis und die Mitnahme weiterer Personen und des Gepäcks bei der Benutzung privater Personenkraftfahrzeuge.
- Familien- und Haushaltshilfe. Bei Bedarf finden Sie das Merkblatt bzw. den Vordruck auf unserer Homepage oder wir senden es Ihnen auch gerne zu.

4. Allgemeine Hinweise

Für Aufwendungen in Krankheits- und Pflegefällen sowie zur Gesundheitsvorsorge des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners des Beihilfeberechtigten wird keine Beihilfe gewährt, wenn der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz -EStG) des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners in beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrages die maßgebliche Einkünftegrenze von 20.000 € jeweils überschritten hat.

Die Einrichtung kann ihre Aufwendungen direkt mit der Beihilfestelle des KVBW abrechnen. Wenn Sie sich für dieses Antragsverfahren entscheiden, beachten Sie bitte folgende Vorgehensweise:

- Bitte fordern Sie bei uns den Kurzantrag zur Direktabrechnung an, anschließend füllen Sie diesen aus und geben den Antrag unterschrieben an die Einrichtung weiter. Sie finden das Formular auch bei den Downloads Beihilfe auf unserer Homepage www.kvbw.de.
- Die Einrichtung ergänzt den Antrag und sendet diesen mit der Rechnung an den KVBW.

BF – 34_M 01/26

- Der KVBW bearbeitet den Antrag und zahlt den Beihilfebetrag direkt an die Einrichtung.
- Sie erhalten wie üblich den Beihilfebescheid zur Prüfung der Beihilfefestsetzung.

Am Leistungsumfang der Beihilfe und der Rechtsbeziehung zwischen Ihnen und der Beihilfestelle ändert sich durch das Direktabrechnungsverfahren nichts. Auch das Vertragsverhältnis zwischen Patient und stationärer Einrichtung bleibt hiervon unberührt. Nicht beihilfefähige Rechnungsanteile sind ggf. von Ihrer Krankenversicherung oder von Ihnen selbst zu begleichen.

Bitte prüfen Sie, ob zu den geltend gemachten Aufwendungen (vorrangige) Leistungsansprüche gegenüber anderen Stellen (z. B. Dienstherr/Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Versorgungsamt) bestehen und teilen uns dies ggf. mit. Werden zustehende Leistungen nicht in Anspruch genommen, entfällt u. U. die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen. Die tatsächlich gewährten Leistungen sind jeweils betragsmäßig nachzuweisen.

Die Regeltarife der privaten Krankenversicherungen sehen oftmals keine Leistungen für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren vor. Zur Vermeidung von Nachteilen empfehlen wir Privatversicherten, sich rechtzeitig vor Beginn einer solchen Maßnahme mit ihrem Versicherungsunternehmen in Verbindung zu setzen.

Diese Auskunft steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrundeliegenden Sach- und Rechtslage, insbesondere, dass die behandelte Person zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen entweder selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten ist. Maßgebend sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Behandlung.

Weitere Infos, z. B. Rechtsgrundlagen, Rundschreiben und Merkblätter, finden Sie auch unter www.kvbw.de. Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, empfehlen wir, unseren elektronischen Newsletter zu abonnieren.

Anlagen

Ärztliche Bescheinigung 34_1_V

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Rehabilitation, Anschlussheil- oder Suchtbehandlung

KVBW Beihilfe

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

BF Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname des Patienten

Anlage zum Vordruckschreiben 32_M
34_M

Hinweis:

Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

Nähere Informationen zu Ihren Rechten im Rahmen der Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie im Internet unter www.kvbw.de/Informationspflichten.

1. Angaben zum Arzt

Beihilfe zu Anschlussheil-, Sucht- oder Rehabilitationsbehandlungen wird nur gewährt, wenn die in §§ 32, 33 oder 34 der Beihilfeverordnung genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Ob eine geplante Maßnahme medizinisch notwendig ist, muss durch einen Arzt (z. B. Haus- oder Facharzt) bestätigt werden. Die Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit kann nur durch einen Arzt erfolgen, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, in der die Maßnahme erfolgen soll.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, damit Ihr Patient ggf. den Nachweis bei der Beihilfestelle einreichen kann.

Name des Arztes

Anschrift

2. Welche Art der Maßnahme ist medizinisch notwendig?

- ☐ Anschlussheilbehandlung
  (unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt oder bis zu drei Wochen danach. Falls die Anschlussheilbehandlung erst nach einer längeren Unterbrechung angetreten wird, ist dies zusätzlich zu begründen)
- ☐ stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung
- ☐ familienorientierte Rehabilitationsbehandlung
- ☐ stationäre Suchtbehandlung

3. Für welche Dauer ist die Maßnahme voraussichtlich erforderlich?

Wochen Tage

4. In welcher Einrichtung soll die Behandlung erfolgen?

Name

Postleitzahl Ort

BF - 34_1_V - 01/2026

Beihilfenummer

KVBW Beihilfe

5. Sind ambulante Maßnahmen/Behandlungen oder eine Kur ausreichend?

☐ Ja, folgende Maßnahmen/Behandlungen oder Kur kommen in Betracht.

☐ Nein, eine stationäre Maßnahme ist erforderlich.

6. Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich?

☐ Nein.

☐ Ja, der Patient ist ein Kind unter zwölf Jahren

☐ Ja, eine Begleitperson ist wegen der Schwerbehinderung notwendig, dies wird durch den amtlichen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „B“ nachgewiesen.

☐ Ja, eine Begleitperson ist aus medizinischen Gründen erforderlich.

Bitte Gründe für die medizinische Notwendigkeit einer Begleitperson angeben.

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ort, Datum

BF - 34_1_V - 01/2026