

	Seite
1. Allgemeines	2
2. Auslandsbehandlungen innerhalb der EU, der EWR-Staaten oder in der Schweiz	2
2.1 Anschlussheilbehandlungen	2
2.2 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	2
2.3 Suchtbehandlungen	2
2.4 Kuren	2
2.5 Beihilfe ohne Beschränkung auf die Inlandskosten in Ausnahmefällen	3
2.6 Direktabrechnung	3
3. Behandlungen im übrigen Ausland	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.

Die Ausführungen können schon aus Platzgründen nicht alle Teilaspekte abdecken. Für Personen mit Beihilfeanspruch nach Beihilfetarifverträgen gelten teilweise abweichende bzw. ergänzende Regelungen. Maßgeblich für die Beurteilung entstehender Aufwendungen ist der jeweilige Entstehungszeitpunkt und die dann geltende Rechtslage.

## 1. Allgemeines

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind u. a. nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland am Sitz der Beihilfestelle oder deren nächster Umgebung entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen voll entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Vergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, hat die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit nach billigem Ermessen ganz oder teilweise anzuerkennen, wenn der Beihilfeberechtigte mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, ggf. auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt (§ 13 Abs. 1 Beihilfeverordnung - BVO).

Das im Ausland ggf. erhöhte Kostenrisiko ist nicht vom Dienstherrn zu tragen; zur Deckung dieses Risikos gibt es spezielle private Versicherungstarife.

Die besonderen Regelungen zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen und Suchtbehandlungen sowie Kuren im Ausland haben wir für Sie nachfolgend zusammengestellt.

## 2. Auslandsbehandlungen innerhalb der EU, der EWR-Staaten oder in der Schweiz

Bei Auslandsbehandlungen innerhalb der Europäischen Union (EU), in Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (= EWR-Staaten; dies sind Island, Liechtenstein und Norwegen) oder in der Schweiz gelten die gleichen Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit wie bei einer Behandlung in Deutschland. Die Notwendigkeit der Maßnahme ist durch entsprechende Unterlagen nachzuweisen, teilweise ist eine Anerkennung durch die Beihilfestelle vor Behandlungsbeginn erforderlich. Die entstandenen Aufwendungen sind der Höhe nach auf die vergleichbaren Inlandskosten begrenzt. Den Anlagen V 7\_1\_0 und V 8\_1\_0 können Sie entnehmen, welche Aufwendungen in welcher Höhe beihilfefähig sind.

### 2.1 Anschlussheilbehandlungen

Eine Anschlussheilbehandlung schließt sich in der Regel direkt an einen stationären Krankenhausaufenthalt an oder steht mit diesem in zeitlichem Zusammenhang. Die Aufwendungen hierfür sind beihilfefähig, wenn 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 ausdrücklich bestätigen lassen!).

### 2.2 Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist, dass es sich nicht um eine Anschlussheilbehandlung handelt und nach begründender Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind (bitte ausdrücklich bestätigen lassen!). Reichen stattdessen auch ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation ohne Unterkunft darin aus, so sind nur diese nach entsprechender ärztlicher Bescheinigung beihilfefähig.

Die ausländische Rehabilitationseinrichtung muss einen Versorgungsvertrag nach § 140e SGB V mit einer Krankenversicherung abgeschlossen haben, bitte legen Sie uns eine Kopie des Versorgungsvertrages vor.

### 2.3 Suchtbehandlungen

Auch wenn Sie eine Maßnahme in einer Einrichtung für Suchtbehandlungen durchführen, ist Voraussetzung der Beihilfefähigkeit, dass die Maßnahme nach begründeter Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und dass ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind (bitte ausdrücklich bestätigen lassen!).

### 2.4 Kuren

Zu den Kuren nach § 8 BVO zählen Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, Mütter-/Vätergenesungskuren, Mutter-/Vater-Kind-Kuren sowie ambulante Heilkuren.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Kuren ist, dass

- erstmalig eine Wartezeit von insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit erfüllt ist,
- im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet wurde,
- ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind (bitte ausdrücklich bestätigen lassen!) und
- die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist.

Der Anlage V 8\_1\_0 können Sie entnehmen, welche Aufwendungen in welcher Höhe beihilfefähig sind.

Bei ambulanten Heilkuren muss der Kurort im Kurortverzeichnis EU-Ausland des Bundesministeriums des Innern aufgeführt sein. Das Verzeichnis finden Sie im Anhang 4 zu Nr. 35.1.4 in der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung; diese ist auf unserer Homepage veröffentlicht.

Ambulante Heilkuren sind nur für Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst beihilfefähig.

Ausländische Einrichtungen für Mütter-/Vätergenesungskuren bzw. Mutter-Kind-/Vater-Kind-Kuren müssen einen Versorgungsvertrag nach § 140e SGB V mit einer Krankenversicherung abgeschlossen haben, bitte legen Sie uns eine Kopie des Versorgungsvertrages vor.

## 2.5 Beihilfe ohne Beschränkung auf die Inlandskosten in Ausnahmefällen

Bei Anschlussheilbehandlungen (Nr. 2.1), Rehabilitationsmaßnahmen (Nr. 2.2) und Suchtbehandlungen (Nr. 2.3) besteht nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 BVO die Möglichkeit unter folgenden erweiterten Voraussetzungen eine Beihilfe ohne Vergleich mit den Inlandskosten – jedoch unter Beachtung der beihilferechtlichen Ausschlüsse und Höchstbeträge – zu gewähren. Dies ist der Fall, wenn

- durch ein begründetes medizinisches Gutachten (i. d. R. amtsärztliches Zeugnis) nachgewiesen ist, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist und
- die Beihilfefähigkeit vor Antritt der Reise durch die Beihilfestelle anerkannt wurde.

## 2.6 Direktabrechnung

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 Kurantrag 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](http://www.kvbw.de).
- Die Einrichtung ergänzt den Antrag und sendet diesen mit der Rechnung an den KVBW.
- Der KVBW bearbeitet den Antrag und zahlt den Beihilfebetrag direkt an die Einrichtung.
- Sie erhalten wie üblich den Beihilfebescheid zur Prüfung der Beihilfestsetzung.

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.

## 3. Behandlungen im übrigen Ausland

Außerhalb der Europäischen Union, der Vertragsstaaten des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum (Island, Liechtenstein und Norwegen) oder der Schweiz sind grundsätzlich die Aufwendungen für stationäre Rehabilitation, Anschlussheilbehandlungen, Suchtbehandlungen, für ambulante Heilkuren sowie Kuren in Rehabilitationseinrichtungen nicht beihilfefähig.

Sie können nur ausnahmsweise nach § 13 Abs. 4 Nr. 1 BVO berücksichtigt werden, wenn durch ein medizinisches Gutachten (i. d. R. amtsärztliches Zeugnis) vor Antritt der Reise nachgewiesen wird, dass die Behandlung außerhalb der EU, der EWR-Staaten oder der Schweiz zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist.

In diesem Fall sind die Aufwendungen im Rahmen des § 8 Abs. 6 BVO (Beihilfe bei Kuren), teilweise ohne Beschränkung auf die Kosten in Deutschland, beihilfefähig.

Bei ambulanten Heilkuren muss, zusätzlich zu den im Inland geltenden Voraussetzungen, der Kurort außerdem im Kurortverzeichnis Ausland des Bundesministeriums des Innern aufgeführt sein. Dies sind außerhalb der EU nur die folgenden Orte am Toten Meer: Ein Boqeq, Sweimeh und Sdom.

Für Mütter-/Vätergenesungskuren oder Mutter-/Vater-Kind-Kuren gibt es diese Ausnahmeregelung nicht, die Aufwendungen sind hier keinesfalls beihilfefähig.

## 4. Allgemeine Hinweise

Die Aufwendungen des Ehegatten bzw. eingetragenen Lebenspartners sind nicht beihilfefähig, wenn dessen Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 Einkommensteuergesetz) in den beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrages jeweils den Betrag von 10.000 € übersteigt (Ausnahmen: Geburts- und Todesfälle). Ausnahmsweise gilt als Einkommensgrenze ein Betrag von 18.000 € für am 31.12.2012 berücksichtigungsfähige Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner, die nicht gesetzlich krankenversichert sind. Maßgeblich ist hier der jeweilige Krankenversicherungsschutz zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen.

Ein Beamter oder Dienstordnungsangestellter auf Widerruf oder auf Probe oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger (Ehegatte/Lebenspartner oder Kinder) kann einen vorrangigen Anspruch auf Durchführung einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme haben, z. B. gegenüber einem Rentenversicherungsträger oder dem Versorgungsamt (nach den Bestimmungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch oder des Bundesversorgungsgesetzes). Dies ist u. a. dann der

# Merkblatt Beihilfe

## Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren im Ausland

Fall, wenn bestimmte Wartezeiten oder Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt sind und eine verminderte Erwerbsfähigkeit droht.

Teilen Sie uns bitte ggf. mit, ob ein solcher Anspruch besteht.

Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die Leistungen der Krankenkasse zu kürzen. Die tatsächlich gewährten Leistungen sind jeweils betragsmäßig nachzuweisen; auch eine Ablehnung von der Krankenkasse muss bestätigt werden.

Diese Auskunft steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrunde liegenden Rechts- und Sachlage, insbesondere auch, 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](http://www.kvbw.de). Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, empfehlen wir, unseren elektronischen Newsletter zu abonnieren.

Anlagen

Übersicht V 7\_1\_0

Übersicht V 8\_1\_0

# Merkblatt Beihilfe

## Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen - § 7 Beihilfeverordnung

25. November 2019



	Nicht zugelassene Krankenhäuser (Privatkliniken)	Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen	Einrichtungen für Suchtbehandlungen	Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
Medizinische Voraussetzungen	Begründende Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, dass die stationäre Maßnahme nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, zusätzlich bei medizinischer Rehabilitation, dass auch eine Kur nicht ausreichend ist.			
Vorheriges Anerkenntnis	Ab einer Dauer von 30 Tagen erforderlich. Das Anerkenntnis wird erteilt, wenn die lange Dauer vom Arzt besonders begründet wird.			
Rechtsfolge: Im Rahmen der BVO und der maßgebenden Beihilfetarifverträge beihilfefähige Aufwendungen	<p>Bei Indikationen, die mit DRG-Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, wird das Kostengewicht der jeweiligen Fallpauschale mit der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors multipliziert. Daneben werden ab 2020 getrennt ausgewiesene Pflegeentgelte in die Berechnung einbezogen.</p> <p>Bei anderen Indikationen (insb. Psychosomatik und Psychotherapie) sind die Aufwendungen bis zu folgenden Tagessätzen beihilfefähig: Für Volljährige 293,80 € bei vollstationärer Behandlung (teilstationär: 225,60 €), für Minderjährige 462,80 € bei vollstationärer Behandlung (teilstationär 345,80 €).</p> <p>Vom Krankenhaus berechnete zusätzliche Entgelte sind beihilfefähig, wenn diese bezüglich ihres Leistungsinhalts den krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelten nach Anlagen 3a, 3b oder 4 des Fallpauschalenkatalogs entsprechen.</p> <p>Neben den o. g. Krankenhausleistungen werden ggf. als beihilfefähig berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- belegärztliche Leistungen,</li> <li>- medizinisch notwendige Begleitperson,</li> <li>- Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt,</li> <li>- Familien- und Haushaltshilfe.</li> <li>- Soweit der monatliche Wahlleistungsbeitrag von 22 € bezahlt wird: gesondert berechnete "Wahlleistung Unterkunft" bis zur Höhe des Zweibettzimmers, max. bis zur Obergrenze (2020 bis zu 56,44 € täglich), außerdem wahlärztliche Leistungen. Bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen kann ein Tagegeld von 22 € geltend gemacht werden, bei Verzicht auf das Zweibettzimmer 11 € pro Tag.</li> </ul>	<p>Gesonderte Berechnung/ Aufschlüsselung aller Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ärztliche Leistungen</li> <li>2. Arzneimittel</li> <li>3. Heilbehandlungen</li> <li>4. Pflege, Unterkunft und Verpflegung ohne Komfortleistungen (wie z. B. besondere Unterkunft, Telefon oder hotelähnliche Dienste)</li> <li>5. Kurtaxe</li> <li>6. ärztlicher Schlussbericht</li> <li>7. ärztlich verordneter Rehabilitationssport in besonderen Gruppen</li> <li>8. Familien- und Haushaltshilfe</li> <li>9. Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt</li> <li>10. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Begleitperson (Schwerbehinderung Merkzeichen „B“ bzw. Kinder)</li> </ol> <p>Pauschale Abrechnung Bei Anschlussheilbehandlungen kann ein Pauschalsatz berücksichtigt werden, wenn er keine nicht-medizinischen Komfortleistungen enthält. Die übrigen einzeln berechneten Leistungen sind daneben gesondert beihilfefähig.</p>	<p>Gesonderte Berechnung/Aufschlüsselung aller Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ärztliche Leistungen</li> <li>2. Arzneimittel</li> <li>3. Heilbehandlungen</li> <li>4. Pflege, Unterkunft und Verpflegung nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung</li> <li>5. Kurtaxe</li> <li>6. ärztlicher Schlussbericht</li> <li>7. ärztlich verordneter Rehabilitationssport in besonderen Gruppen</li> <li>8. Familien- und Haushaltshilfe</li> <li>9. Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt</li> <li>10. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Begleitperson (Schwerbehinderung Merkzeichen „B“ bzw. Kinder)</li> </ol> <p>Pauschale Abrechnung Bei Rehabilitations- und Suchtmaßnahmen kann ein Pauschalsatz berücksichtigt werden, wenn er keine nicht-medizinischen Komfortleistungen enthält; dabei darf der Pauschalsatz den Betrag von 200 € täglich nicht überschreiten. Daneben berechnete Leistungen nach Nr. 1 bis 6 sind jedoch nicht beihilfefähig.</p>	



# Merkblatt Beihilfe

## Beihilfe bei Kuren - § 8 Beihilfeverordnung

1. September 2018



Anlage zum Vordruckschreiben 7\_1  
8\_3  
8\_5\_0  
13\_3

	Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation 1	Mütter-/Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren 2	Ambulante Heilkuren 3
<b>Medizinische Voraussetzungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit.</li> <li>- Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit.</li> <li>- Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit.</li> <li>- Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet.</li> </ul>
	<p>- Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen sind wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend:</p> <p><b>Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige:</b> Die medizinische Notwendigkeit der Kur muss durch eine vor Beginn der Behandlung ausgestellte begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Zur Absicherung empfehlen wir, diese vor Beginn der Maßnahme vorzulegen.</p> <p><b>Aktive Beamte:</b> Nachweis durch <b>begründende Bescheinigung eines Arztes</b>, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.</p>	<p>- Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen sind wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend:</p> <p><b>Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige:</b> Die medizinische Notwendigkeit der Kur muss durch eine vor Beginn der Behandlung ausgestellte begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Zur Absicherung empfehlen wir, diese vor Beginn der Maßnahme vorzulegen.</p> <p><b>Aktive Beamte:</b> Nachweis durch <b>begründende Bescheinigung eines Arztes</b>, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.</p>	<p>- Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen sind wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend:</p> <p>Ambulante Heilkuren sind nur für Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst beihilfefähig.</p> <p><b>Aktive Beamte:</b> Nachweis durch <b>begründende Bescheinigung eines Arztes</b>, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.</p>
<b>Vorheriges Anerkennnis</b>	<b><u>Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige:</u></b>		
	nein	nein	
	<b><u>Aktive Beamte:</u></b>		
	ja	ja	ja
<b>Im Rahmen der BVO beihilfefähige Aufwendungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztliche Leistungen</li> <li>- Arzneimittel</li> <li>- Heilbehandlungen</li> <li>- Familien- und Haushaltshilfe</li> <li>- Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt</li> <li>- Kurtaxe</li> <li>- ärztlicher Schlussbericht</li> <li>- Begleitperson für schwerbehinderte Menschen und Kinder</li> <li>- Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person für max. 30 Tage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztliche Leistungen</li> <li>- Arzneimittel</li> <li>- Heilbehandlungen</li> <li>- Familien- und Haushaltshilfe</li> <li>- Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt</li> <li>- Kurtaxe</li> <li>- ärztlicher Schlussbericht</li> <li>- Begleitperson für schwerbehinderte Menschen und Kinder</li> <li>- Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person, für max. 30 Tage.</li> </ul> <p>Pauschalpreise nur bis zur Höhe des mit einem Sozialleistungsträger vereinbarten Tagessatzes (s. Rückseite zu (2)).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ärztliche Leistungen</li> <li>- Arzneimittel</li> <li>- Heilbehandlungen</li> <li>- Familien- und Haushaltshilfe</li> <li>- Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt</li> <li>- Kurtaxe</li> <li>- ärztlicher Schlussbericht</li> <li>- Begleitperson für schwerbehinderte Menschen und Kinder</li> <li>- Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person für max. 30 Tage.</li> </ul>

BF - 8\_1\_0 09/18

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

Sie erreichen uns  
montags bis freitags  
von 8:00 Uhr  
bis 16:30 Uhr

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

### Begriffsdefinitionen und weitere Erläuterungen

#### **Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (1)**

sind Heilbehandlungen i. S. d. § 6 Abs. 1 Nr. 3 BVO, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in Einrichtungen nach § 7 Abs. 5 BVO (sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation) durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 7 Abs. 6 Satz 2 BVO nicht erfüllt sind.

#### **Müttergenesungskuren, Vätergenesungskuren, Mutter-Kind-Kuren und Vater-Kind-Kuren (2)**

sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung. Bei Einrichtungen in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in der Schweiz muss ein Versorgungsvertrag nach § 140e SGB V mit einer gesetzlichen Krankenversicherung bestehen.

**Pauschalpreise** können nur berücksichtigt werden, wenn eine Preisvereinbarung mit einem Sozialleistungsträger besteht. Nur in diesen Fällen werden die Aufwendungen bis zur Höhe des mit einem Sozialleistungsträger vereinbarten Tagessatzes berücksichtigt. Dieser vereinbarte Pauschalpreis umfasst in der Regel sämtliche unmittelbaren Behandlungskosten, z. B. für Unterkunft und Verpflegung, ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heilbehandlungen.

#### **Ambulante Heilkuren (3)**

sind Maßnahmen für **aktive Beamte** zur Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 BVO nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurortverzeichnis des Bundesministeriums des Innern aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet, d. h. in dem Ort oder Ortsteil, der im Heilkurortverzeichnis enthalten ist, befinden und ortsgebunden sein. Eine Unterkunft in Ferienwohnungen, Wohnwagen, auf Campingplätzen und dergleichen ist nicht ausreichend. Die von Reiseveranstaltern angebotenen Pauschalkuren genügen regelmäßig nicht diesen Anforderungen.

Ambulante Heilkuren im Ausland können grundsätzlich nur anerkannt werden, wenn der Heilkurort im Kurortverzeichnis Ausland bzw. EU-Ausland genannt ist. Außerhalb der Europäischen Union, der EWR-Staaten und der Schweiz ist neben den sonstigen Voraussetzungen ein medizinisches Gutachten (= amtsärztliche Bescheinigung) über die Notwendigkeit erforderlich.

Zum Thema „Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren im Ausland“ finden Sie detaillierte Informationen im Merkblatt V\_13\_3. Gerne können Sie sich auch vor einer geplanten Behandlung direkt bei uns erkundigen.

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.