

Merkblatt Beihilfe Stationäre Rehabilitation

1. September 2018



Behandlung und Rehabilitation nach § 7 Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO)

	Seite
1. Stationäre Maßnahmen	2
2. Voranerkennungspflicht	2
3. 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 - 7,5_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

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 § 7 BVO ist, dass bei Maßnahmen in

- **Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V* zugelassen sind,**

(erfüllen die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V, sind jedoch nicht nach § 108 SGB V für eine Krankenhausbehandlung durch gesetzliche Krankenkassen zugelassen). Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Stationäre Behandlung in einer Privatklinik – V 7_2_0“ auf unserer Homepage.

**) Anmerkung: SGB V = Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung*

- **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!).

Bei Maßnahmen in

- **sonstigen 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 Art oder Schwere der 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!). Reichen stattdessen auch ambulante medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation ohne Unterkunft darin aus, so

sind nur diese nach begründeter Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, beihilfefähig. Ausländische Einrichtungen in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, in EWR-Staaten oder in der Schweiz müssen zusätzlich einen Versorgungsvertrag nach § 140e SGB V abgeschlossen haben.

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 vorgesehenen 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. Für diesen Fall 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 beigegefügte „Ärztliche Bescheinigung“ (V 7_5_4) 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.

- Der Anlage V 7_1_0 können Sie u. a. entnehmen, welche Aufwendungen in welcher Höhe beihilfefähig sind.
- 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. 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,
- ➔ Aufwendungen, die bis spätestens 21.03.2013 entstanden sind,
- ➔ am 31.12.2012 vorhandene Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner in besonderen Härtefällen.

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.
- Der KVBW bearbeitet den Antrag und zahlt den Beihilfebetrug 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.

Abschlagszahlungen auf die zu erwartende Beihilfe werden nicht gezahlt.

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 zugrunde liegenden 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:

Übersicht V 7_1_0

Ärztliche Bescheinigung V 7_5_4

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"> - belegärztliche Leistungen, - medizinisch notwendige Begleitperson, - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt, - Familien- und Haushaltshilfe. - 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. 	<p>Gesonderte Berechnung/ Aufschlüsselung aller Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztliche Leistungen 2. Arzneimittel 3. Heilbehandlungen 4. Pflege, Unterkunft und Verpflegung ohne Komfortleistungen (wie z. B. besondere Unterkunft, Telefon oder hotelähnliche Dienste) 5. Kurtaxe 6. ärztlicher Schlussbericht 7. ärztlich verordneter Rehabilitationssport in besonderen Gruppen 8. Familien- und Haushaltshilfe 9. Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt 10. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Begleitperson (Schwerbehinderung Merkzeichen „B“ bzw. Kinder) <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"> 1. Ärztliche Leistungen 2. Arzneimittel 3. Heilbehandlungen 4. Pflege, Unterkunft und Verpflegung nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung 5. Kurtaxe 6. ärztlicher Schlussbericht 7. ärztlich verordneter Rehabilitationssport in besonderen Gruppen 8. Familien- und Haushaltshilfe 9. Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt 10. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Begleitperson (Schwerbehinderung Merkzeichen „B“ bzw. Kinder) <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>	

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

3. In welcher Einrichtung soll die Behandlung erfolgen?

Name: _____

PLZ: _____

Ort: _____

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

Ja, folgende Maßnahmen/Behandlungen oder Kur kommen in Betracht:

Nein, eine stationäre Maßnahme ist erforderlich.

5. Ist die Mitaufnahme einer Begleitperson erforderlich?

Nein.

Ja, der Patient ist ein Kind bis zu elf Jahren und die Art der langen schweren Erkrankung macht eine Begleitperson während des stationären Aufenthalts erforderlich.

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

Ja, eine Begleitperson ist aus anderen Gründen erforderlich.

Bei **Rehabilitations- oder Suchtbehandlungen** ist die Notwendigkeit der Begleitperson durch ein medizinisches Gutachten (=amtsärztliches Zeugnis) nachzuweisen, der Patient muss sich an das zuständige Gesundheitsamt wenden. *

Bei **Anschlussheilbehandlungen** bitte Gründe für eine Begleitung angeben: *

* Zusätzlich zur ärztlichen Bescheinigung muss durch die Einrichtung/Klinik bestätigt werden, dass für eine erfolversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist!

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes

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.