Merkblatt Beihilfe
Ambulante Rehabilitation

21. Februar 2023

KVBW Beihilfe

		Seite
1.	Ambulante Rehabilitation in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Kliniken)	2
1.1	Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit	2
1.2	Aufgeschlüsselte Berechnung	2
1.3	Pauschale Abrechnung	2
1.4	Zusätzlich beihilfefähige Aufwendungen	2
2.	Ambulante Rehabilitation in anderen Einrichtungen (z. B. ambulante Reha-Zentren, Krankenhäuser)	3
2.1	Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit	3
2.2	Beihilfefähigkeit der Kosten	3
3.	Allgemeine Hinweise	4

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 jeweils für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

BF – 7_6_0 02/23

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 Beihilfeverordnung (BVO) des Landes Baden-Württemberg. Für Beschäftigte mit tarifrechtlichen Beihilfeansprüchen gelten zusätzlich zu nachstehenden Ausführungen weitere beihilferechtliche Besonderheiten.

1. Ambulante Rehabilitation in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation (Kliniken)

1.1 Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen nach § 7 Abs. 5 BVO können in Einrichtungen durchgeführt werden, in denen auch stationäre Rehabilitationsbehandlungen erbracht werden (Rehabilitationskliniken). Da es sich um ambulante Maßnahmen handelt, hat der Patient keine Unterkunft in der Rehabilitationseinrichtung.

Die Einrichtungen selbst müssen die Voraussetzungen für Rehabilitationseinrichtungen erfüllen. Die gesetzlichen Vorgaben dafür sind in § 107 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankert.

Ausländische Einrichtungen in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, in Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder in der Schweiz müssen zusätzlich einen Versorgungsvertrag nach § 140e SGB V abgeschlossen haben.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen i. S. des § 7 Abs. 5 BVO ist, dass die Maßnahme nach begründeter Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist. Legen Sie bitte die beigefügte „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.

Eine Voranerkennung ist bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nicht erforderlich. Sofern Sie die ärztliche Bescheinigung bereits vor Behandlungsbeginn vorlegen, werden wir Ihnen -wenn die Voraussetzungen erfüllt sind- eine schriftliche Zusicherung für die geplante Maßnahme zusenden.

Bitte fügen Sie die ärztliche Bescheinigung -sofern diese vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt wurde- spätestens Ihrem Antrag und der Rechnung bei. Legen Sie bitte zudem mit der Rechnung den Vordruck 7_5_3 (Bestätigung über die Abrechnung einer Rehabilitations- oder Suchtmaßnahme) vollständig ausgefüllt vor. Den Vordruck senden wir Ihnen mit dem schriftlichen Anerkenntnis der Maßnahme zu. Sie finden den Vordruck auch auf unserer Homepage, auf Anfrage übersenden wir Ihnen das Formular auch gerne.

Welche Aufwendungen in welchem Umfang beihilfefähig sind, richtet sich nach § 7 Abs. 7 Satz 4 BVO. Die erbrachten Leistungen können entweder einzeln aufgeschlüsselt (Nr. 1.2) oder als Pauschalsatz (Nr. 1.3) berechnet werden. Sie sind im Rahmen der BVO (ggf. unter jeweils geltenden speziellen Voraussetzungen) wie folgt beihilfefähig:

1.2 Aufgeschlüsselte Berechnung

Wenn die Einrichtung die erbrachten Leistungen einzeln aufschlüsselt, sind folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- Aufwendungen für Pflege und Verpflegung (keine Unterkunft) bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung,
- ärztliche Leistungen (innerhalb Deutschlands nach der Gebührenordnung für Ärzte),
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen (z. B. Bäder, Massagen, Krankengymnastik) bis zu den beihilfefähigen Höchstbeträgen,
- von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verbrauchte oder nach Art und Umfang schriftlich verordnete Arzneimittel,
- ggf. Kurtaxe,

Neben den von der Rehabilitationseinrichtung berechneten Kosten sind weitere Aufwendungen, z. B. Fahrkosten, beihilfefähig (siehe Nr. 1.4).

1.3 Pauschale Abrechnung

Pauschale Abrechnungen sind beihilfefähig, soweit sie den Betrag von 200 € täglich nicht übersteigen und sie keine Aufwendungen für nicht-medizinische Komfortleistungen beinhalten (beispielsweise Fahrservice). Nicht beihilfefähig sind neben dem Pauschalsatz zusätzlich berechnete Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Heilbehandlungen, Pflege und Verpflegung, Kurtaxe und ärztlichen Schlussbericht; dies gilt auch dann, wenn der Pauschalsatz unter dem Betrag von 200 € täglich liegt.

Zusätzlich können Aufwendungen nach Nr. 1.4 berücksichtigt werden.

1.4 Zusätzlich beihilfefähige Aufwendungen

Möglicherweise entstehen Ihnen weitere Aufwendungen anlässlich Ihrer ambulanten Rehabilitation. Soweit die Voraussetzungen erfüllt sind, können Sie auch Beihilfe erhalten für:

- Fahrkosten bis max. 120 € für die einfache Fahrt zum nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist. Höhere Fahrkosten können nur in ganz besonderen Fällen berücksichtigt werden, soweit nach eingehender ärztlicher Begründung keine nähergelegene Behandlungseinrichtung in Betracht kommt.

  Aufwendungen für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privatem PKW oder Taxen am Wohn-, Behandlungs- oder

Aufenthaltsort und in deren Nahbereich (bis zu 30 km einfache Entfernung) sind nur beihilfefähig, wenn bestimmte Ausnahmevoraussetzungen erfüllt sind. Bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen ist der Ausnahmetatbestand erfüllt und die Fahrtkosten sind in folgendem Umfang berücksichtigungsfähig:

- bei Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln die Aufwendungen bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel.
- bei Nutzung eines privaten Personenkraftwagens eine Pauschale pro gefahrenem Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort. Die Höhe der Pauschale richtet sich nach dem Landesreisekostengesetz (LRKG) in der jeweils gültigen Fassung.
- bei der Nutzung eines ärztlich verordneten Taxis die berechneten Kosten.
- Bietet die Einrichtung einen Hol- und Bringdienst ihrer Patienten an, sind diese Kosten in der berechneten Höhe der Einrichtung beihilfefähig.

Eine Beihilfe kommt auch in Betracht für

- Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe, diese sind seit 01.01.2021 bis zu 27 € pro Stunde für eine hauptberufliche Kraft bzw. 14 € pro Stunde für eine nebenberufliche Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig. Eventuelle Fahrkosten der Familien- und Haushaltshilfe sind damit abgegolten. Die Höchstbeträge basieren auf der Bezugsgröße, die sich aus dem § 18 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) ergibt, anteilig je Kalendermonat auf volle Euro aufgerundet. Die Bezugsgröße wird jährlich aktualisiert. Bitte fordern Sie die Vordrucke zur Prüfung der beihilferechtlichen Voraussetzungen an.
- Aufwendungen für eine behördlich als notwendig anerkannte Begleitperson für schwerbehinderte Menschen mit Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „B“ oder für Kinder. Zusätzlich ist eine Bestätigung der Einrichtung erforderlich, dass für eine erfolgversprechende Behandlung des schwerbehinderten Patienten eine Begleitperson notwendig ist. Bei Kindern genügt stattdessen eine fachärztliche Begründung, dass wegen des Alters des Kindes und der Art der langen schweren Erkrankung eine Begleitperson notwendig ist.

2. Ambulante Rehabilitation in anderen Einrichtungen (z. B. ambulante Reha-Zentren, Krankenhäuser)

2.1 Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit

Es handelt sich hier um ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die in hierauf spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden, z.B. ambulante Rehabilitationszentren oder Krankenhäuser nach § 6a oder § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO. Die Einrichtung hat ggf. einen Vertrag zur ambulanten Rehabilitation mit Sozialversicherungsträgern abgeschlossen, sie ist jedoch keine "sonstige Einrichtung der medizinischen Rehabilitation" im Sinne des § 7 Abs. 5 BVO.

Voraussetzung für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen ist, dass die Maßnahme nach begründeter Bescheinigung eines Arztes nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist. Sofern eine vom Arzt oder Krankenhaus erstellte Bescheinigung die entsprechenden Angaben enthält, können Sie diese bei der Beihilfestelle einreichen.

Eine Voranerkennung ist bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen nicht erforderlich. Sofern Sie die ärztliche Bescheinigung bereits vor Behandlungsbeginn vorlegen, werden wir Ihnen -wenn die Voraussetzungen erfüllt sind- eine schriftliche Zusicherung für die geplante Maßnahme zusenden.

Bitte fügen Sie die ärztliche Bescheinigung –sofern diese vor Behandlungsbeginn nicht vorgelegt wurde- spätestens Ihrem Antrag und der Rechnung bei. Legen Sie bitte zudem mit der Rechnung ggf. eine Bestätigung der Einrichtung über die Höhe des Tagessatzes vor, der für gesetzlich Versicherte berechnet wird.

2.2 Beihilfefähigkeit der Kosten

Die Beihilfefähigkeit der Kosten richtet sich nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 BVO in Verbindung mit Nr. 1.1 der Anlage zur BVO.

Es können folgende Aufwendungen als beihilfefähig berücksichtigt werden:

- der Tagessatz, der für gesetzlich Versicherte berechnet wird. Behandelt die Einrichtung keine gesetzlich Versicherten, wird hilfsweise der Höchstbetrag für eine Erweiterte Ambulante Physiotherapie berücksichtigt. Dieser beträgt 108,10 €.
- zusätzlich ärztliche Leistungen, sofern sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeschlüsselt sind.

Weitere berechnete Aufwendungen, beispielsweise für Arzneimittel, Kurtaxe oder aufgeschlüsselte Heilbehandlungen sind nicht gesondert beihilfefähig, sondern mit dem Tagessatz abgegolten.

Grundsätzlich können auch Fahrkosten für die Fahrt zum nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, als beihilfefähig berücksichtigt werden. Berücksichtigungsfähig sind

- bei Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln die Aufwendungen bis zur niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel.
- bei Nutzung eines privaten Personenkraftwagens eine Pauschale pro gefahrenem Kilometer zwischen Wohn- und Behandlungsort. Die Höhe der Pauschale richtet sich nach dem Landesreisekostengesetz (LRKG) in der jeweils gültigen Fassung.

- bei der Nutzung eines ärztlich verordneten Taxis die berechneten Kosten.
- Bietet die Einrichtung einen Hol- und Bringdienst ihrer Patienten an, sind diese Kosten in der berechneten Höhe der Einrichtung beihilfefähig.

3. Allgemeine Hinweise

Für Aufwendungen 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.

Abschlagszahlungen auf die zu erwartende Beihilfe werden nicht gezahlt.

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 Beihilfe-berechtigten 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.

BF – 7_6_0 02/23