

Merkblatt Beihilfe

Stationäre Rehabilitation und Kuren

1. September 2018



Für Beschäftigte nach §§ 7 und 8 Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO)

	Seite
1. Rechtsgrundlagen	2
2. Stationäre Maßnahmen	2
3. Voranerkennungspflicht	2
4. Kuren nach § 8	3
5. Voraussetzungen	3
6. Voranerkennungspflicht	3
7. Nicht beihilfefähige Aufwendungen	3
8. 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 für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

BF - 7_4 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

1. Rechtsgrundlagen

Nach den §§ 7 und 8 BVO i. V. mit den maßgebenden Beihilfetarifverträgen und den hierzu ergangenen Hinweisen sind die Kosten, die anlässlich einer stationären Maßnahme („Sanatoriumsbehandlung“) oder einer Heilkur entstehen, nur unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig. Bitte beachten Sie die nachfolgenden Ausführungen:

Die Renten- und Krankenversicherung muss, sofern der Arbeitgeber an den Beiträgen zu diesen Versicherungen beteiligt ist, die Bewilligung eines Heil- und Kurverfahrens abgelehnt oder lediglich einen Zuschuss zu den Kosten der Sanatoriumsbehandlung oder Heilkur zugesagt haben. Dies gilt auch für die berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte, eingetragenen Lebenspartner und Kinder) der Beihilfeberechtigten!

Ablehnungs- oder Zuschussbescheide dieser Versicherungsträger können nur dann die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Sanatoriumsbehandlung oder einer Heilkur rechtfertigen, wenn sie aus sachlichen Gründen ergangen sind. Beruht ein solcher Bescheid dagegen auf verfahrensmäßigen Versäumnissen, z. B. auf nicht rechtzeitiger oder nicht formgerechter Antragstellung, besteht kein Beihilfeanspruch.

Der Antrag auf Bewilligung eines Heil- oder Kurverfahrens ist in jedem Fall, unter Verwendung des bei Ihrer Krankenkasse aufliegenden Vordrucks, zuerst an den Rentenversicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung) und erst nach dessen Ablehnung an die Krankenkasse zu richten. Es besteht kein Beihilfeanspruch, wenn der Ablehnungsbescheid eines Rentenversicherungsträgers darauf beruht, dass der Beihilfeberechtigte sich zuerst an die Krankenkasse gewandt und diese eine Kostenzusage erteilt hat.

2. 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)

**) 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 ein begründetes medizinisches Gutachten (**amtsärztliches Zeugnis**) nachgewiesen werden, dass die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und **ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend** sind (bitte vom Amtsarzt 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.

3. 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. 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 oder durch ein medizinisches Gutachten (amtsärztliches Zeugnis) nachgewiesen ist. Für den Fall, dass Sie ein amtsärztliches Zeugnis benötigen und Ihr zuständiges Gesundheitsamt nicht ohne Auftrag tätig wird, verwenden Sie bitte hierfür vorliegendes Schreiben.

Seit dem 01.07.2015 ist die Vorlage des medizinischen Gutachtens nicht mehr von der BVO Baden-Württemberg

vorgeschrieben. Für Beschäftigte ergibt sich die Verpflichtung der Vorlage des amtsärztlichen Zeugnisses jedoch aus den Beihilfetarifvorschriften. Daher genügt keine haus- oder fachärztliche Aussage, um die medizinische Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu begründen.

- Der Anlage V 7_4_7 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 und der maßgebenden Beihilfetarifverträge nur die Kosten für die ärztliche Behandlung und für die von den Ärzten schriftlich begründet verordneten Heilbehandlungen und Arzneimittel beihilfefähig. Bei Pflichtversicherten und den Pflichtversicherten beihilferechtlich gleichgestellten Arbeitnehmern sind dann keine der in diesem Zusammenhang anfallenden (vorstehenden) Kosten beihilfefähig, weil sie diesen Personen als Sachleistungen zustehen.

4. Kuren nach § 8

Nach § 8 BVO ist zwischen drei Arten von Kuren zu unterscheiden:

- **Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation,**
(sind Heilbehandlungen im Sinne des § 6 Abs. 1 Nr. 3 BVO, die mit Unterkunft und Verpflegung kurmäßig in diesen Einrichtungen durchgeführt werden und für die die Voraussetzungen für eine Beihilfe nach § 7 BVO nicht vorliegen)
- **Müttergenesungskuren/Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren,**
(sind Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder in einer anderen, nach § 41 SGB V als gleichartig anerkannten Einrichtung)
- **ambulante Heilkuren,**
(sind Maßnahmen für aktive Beamte und Beschäftigte/Arbeitnehmer zur Wiederherstellung und Erhaltung der Dienst-/Erwerbsfähigkeit. Für berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehegatten, Kinder) sowie für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger (Ruhestandsbeamte und Hinterbliebene) können die Aufwendungen nur noch bis zum 31.03.2014 berücksichtigt werden. Maßgeblich ist der Entstehungs-tag, d. h. der jeweilige Tag des Aufenthaltes. 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).

5. Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für alle Arten von Kuren sind, 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 und
- die Beihilfestelle die Maßnahme vor Behandlungsbeginn als beihilfefähig anerkannt hat.

6. Voranerkennungspflicht

- Für Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation, für Müttergenesungskuren/Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren ist durch ein amts- oder vertrauensärztlichem Gutachten nachzuweisen, dass die Maßnahme medizinisch notwendig und unaufschiebbar ist.
- Bei ambulanten Heilkuren muss zusätzlich durch das amtsärztliche Gutachten nachgewiesen werden, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Maßnahme zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit erforderlich und unaufschiebbar ist. Für den Fall, dass Sie ein amtsärztliches Zeugnis benötigen und Ihr zuständiges Gesundheitsamt nicht ohne Auftrag tätig wird, verwenden Sie bitte hierfür vorliegendes Schreiben. Seit dem 01.07.2015 ist die Vorlage des medizinischen Gutachtens nicht mehr von der BVO Baden-Württemberg vorgeschrieben. Für Beschäftigte ergibt sich die Verpflichtung der Vorlage des amtsärztlichen Zeugnisses jedoch aus den Beihilfetarifvorschriften. Daher genügt keine haus- oder fachärztliche Aussage, um die medizinische Notwendigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme zu begründen.
- Der Anlage V 7_4_8 können Sie u. a. entnehmen, welche Aufwendungen in welcher Höhe im Rahmen einer Kur beihilfefähig sind.
- Für Kurmaßnahmen, die im Ausland durchgeführt werden sollen, gelten besondere Voraussetzungen; fragen Sie ggf. zurück.

7. Nicht beihilfefähige Aufwendungen

- Wird eine Kur durchgeführt, ohne dass die genannten Voraussetzungen vorliegen, sind im Rahmen der BVO und der maßgebenden Beihilfetarifverträge nur die Kosten für die ärztliche Behandlung und für die von den Ärzten schriftlich begründet verordneten Arzneimittel und Heilbehandlungen beihilfefähig. Bei Pflichtversicherten und den Pflichtversicherten beihilferechtlich gleichgestellten Arbeitnehmern sind dann keine der in diesem Zusammenhang anfallenden (vorstehenden) Kosten beihilfefähig, weil sie diesen Personen als Sachleistungen zustehen.

- Eigenanteile nach dem SGB V (gesetzlich vorgesehene Zuzahlung) sind nicht beihilfefähig.
- Aufwendungen für Erholungskuren sind nicht beihilfefähig.

8. 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.

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 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.

Anlagen:

Übersicht V 7_4_7

Übersicht V 7_4_8

	Nicht zugelassene Krankenhäuser (Privatklinken)	Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen	Einrichtungen für Suchtbehandlungen	Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
Medizinische Voraussetzungen	Begründete 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 ausreichend sind.			Amtsärztliches Zeugnis, dass die Art und Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind.
Vorheriges Anerkenntnis	Ab einer Dauer von 30 Tagen ist eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle erforderlich. Das Anerkenntnis wird erteilt, wenn die lange Dauer vom Arzt (bei Rehabilitation vom Amtsarzt) besonders begründet wird.			
Rechtsfolge: Im Rahmen der BVO und der maßgebenden Beihilfetarifverträge beihilfefähige Aufwendungen	<p>Bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, wird das Kostengewicht der jeweiligen Fallpauschale mit der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors multipliziert.</p> <p>Bei anderen Indikationen (insb. psychosomatische und psychiatrische Erkrankungen) sind die Aufwendungen bis zu festgelegten Tagessätzen beihilfefähig:</p> <p>In beiden Fällen zusätzlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medizinisch notwendige Begleitperson, - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt, - Familien- und Haushaltshilfe, - belegärztliche Aufwendungen. - Soweit der monatliche Beitrag von 22 € bezahlt wird, auch Zweibettzimmerzuschlag bis zum beihilfefähigen Tagessatz und wahlärztliche Leistungen; bei Verzicht auf Wahlleistungen Tagegeld möglich (22 € bei wahlärztlichen Leistungen, 11 € beim Zweibettzimmer). 	<p style="text-align: center;">AHB:</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 ohne Komfortleistungen (z. B. Telefon, besondere Unterkunft, 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 Ein Pauschalsatz wird berücksichtigt, jedoch ohne nicht-medizinische Komfortleistungen. Die übrigen einzeln berechneten Leistungen sind daneben gesondert beihilfefähig.</p>	<p>Suchtbehandlungen, stationäre Rehabilitation:</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>	
Hinweis	Bei den o. g. Behandlungen können Ihnen nach Leistung der Beihilfe und Krankenversicherung Restkosten verbleiben. Wir empfehlen daher ggf. eine zusätzliche private Absicherung! Vor Behandlungsbeginn können Sie eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten zur Prüfung der Beihilfefähigkeit vorlegen.			

Merkblatt Beihilfe

Kuren - § 8 Beihilfeverordnung (BVO)

1. September 2018

Anlage zum Vordruckschreiben 7_4

Diese Informationen gelten für Personen mit tarifrechtlichen Beihilfeansprüchen nach der BVO des Landes Baden-Württemberg.

Für Beamte, DO-Angestellte und andere Personen mit beamtenrechtlicher Beihilfeberechtigung gelten teilweise abweichende Regelungen, die in den Merkblättern für beamtenrechtliche Beihilfeansprüche dargestellt sind (z. B. in der Übersicht V_8_1_0).

	Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation 1	Mütter-/Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren 2	Ambulante Heilkuren 3
Medizinische Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> - Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit. - Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit. - Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit. - Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet.
	Nachweis durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten , dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Maßnahme unaufschiebbar ist.	Nachweis durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten , dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Maßnahme unaufschiebbar ist.	Nachweis durch amts- oder vertrauensärztliches Gutachten , dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Maßnahme unaufschiebbar ist.
Vorheriges Anerkenntnis	ja	ja	ja
Im Rahmen der BVO und der maßgebenden Beihilfetarifverträge beihilfefähige Aufwendungen	<ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Leistungen - Arzneimittel - Heilbehandlungen - Familien- und Haushaltshilfe - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt - Kurtaxe - ärztlicher Schlussbericht - Begleitperson für schwerbehinderte Menschen und Kinder - Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person für max. 30 Tage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Leistungen - Arzneimittel - Heilbehandlungen - Familien- und Haushaltshilfe - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt - Kurtaxe - ärztlicher Schlussbericht - Begleitperson für schwerbehinderte Menschen und Kinder - Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person, für max. 30 Tage. <p>Pauschalpreise nur bis zur Höhe des mit einem Sozialleistungsträger vereinbarten Tagessatzes (s. Rückseite zu (2)).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ärztliche Leistungen - Arzneimittel - Heilbehandlungen - Familien- und Haushaltshilfe - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt - Kurtaxe - ärztlicher Schlussbericht - Begleitperson für schwerbehinderte Menschen und Kinder - Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag und Person für max. 30 Tage.

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.

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.