21. Februar 2023



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.



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. Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 3 BVO nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem im Heilkurorteverzeichnis des Bundesministeriums des Innern aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet, d. h. in dem Ort oder Ortsteil, der im Heilkurorteverzeichnis 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.

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

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.

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

Merkblatt Beihilfe

Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen – § 7 Beihilfeverordnung – BVO- (Tarifrecht)



Nicht zugelassene Krankenhäuser Einrichtungen für Einrichtungen für Sonstige Einrichtungen (Privatklinken) Anschlussheilbehandlungen Suchtbehandlungen der medizinischen Rehabilitation Medizinische Begründete Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, dass die stationäre Maßnahme nach Art und Amtsärztliches Zeugnis, dass die Art vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichend sind. und Schwere der Erkrankung die Voraussetzungen stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend sind. Vorheriges 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 **Anerkenntnis** Amtsarzt) besonders begründet wird. Rechtsfolge: Bei Indikationen, die mit DRG-Fallpauschalen nach dem AHB: Suchtbehandlungen, stationäre Rehabilitation: Im Rahmen der Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden Gesonderte Berechnung/ Gesonderte Berechnung/Aufschlüsselung aller Leistungen können, wird das Kostengewicht der jeweiligen BVO und der Aufschlüsselung aller Leistungen maßgebenden Fallpauschale mit der oberen Grenze des 1. Ärztliche Leistungen 1. Ärztliche Leistungen Basisfallwertkorridors multipliziert. Beihilfefähig sind Beihilfe-2. Arzneimittel 2. Arzneimittel tarifverträge beiaußerdem getrennt ausgewiesene Pflegeentgelte sowie 3. Heilbehandlungen 3. Heilbehandlungen zusätzlich berechnete Entgelte, die dem Leistungsinhalt hilfefähige 4. Pflege, Unterkunft und Verpflegung nur bis zur Höhe des niedrigsten Satzes 4. Pflege, Unterkunft und Verpfle-Aufwendungen nach Anlagen 3a, 3b oder 4 des Fallpauschalender Einrichtung gung ohne Komfortleistungen katalogs entsprechen. 5. Kurtaxe (z. B. Telefon, besondere Im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik 6. ärztlicher Schlussbericht Unterkunft, hotelähnliche richtet sich die Höhe nach dem pauschalierenden Dienste) 7. ärztlich verordneter Rehabilitationssport in besonderen Gruppen Entgeltsystem für psychiatrische und psycho-8. Familien- und Haushaltshilfe 5. Kurtaxe somatische Einrichtungen (PEPP). Für jeden 6. ärztlicher Schlussbericht 9. Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt Behandlungstag wird die PEPP-Bewertungsrelation mit 7. ärztlich verordneter 10. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Begleitperson dem Betrag von 308 € multipliziert. Zusatzentgelte und (Schwerbehinderung Merkzeichen "B" bzw. Kinder) Rehabilitationssport in Tagesentgelte nach Anlage 3 bzw. 5 des PEPPbesonderen Gruppen Entgeltkatalogs sind ebenfalls beihilfefähig. Wenn 8. Familien- und Haushaltshilfe weder das DRG- noch PEPP-System passen, wird bei 9. Fahrkosten bis zu 120 € je stationärer Behandlung ein Tagessatz von 308 € einfache Fahrt berücksichtigt (teilstationär 231€). 10. Aufwendungen einer medizinisch Neben den o.g. Leistungen können beantragt werden: notwendigen Begleitperson - belegärztliche Leistungen, (Schwerbehinderung - medizinisch notwendige Begleitperson, Merkzeichen "B" bzw. Kinder) - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt, Pauschale Abrechnung - Familien-und Haushaltshilfe. Pauschale Abrechnung - Bei Zahlung des monatlichen Wahlleistungsbeitrags Ein Pauschalsatz wird berücksichtigt. Bei Rehabilitations- und Suchtmaßnahmen kann ein Pauschalsatz berücksichtigt iedoch ohne nicht-medizinische von 22 € wahlärztliche Leistungen sowie werden, wenn er keine nicht-medizinischen Komfortleistungen enthält; dabei darf Komfortleistungen. Die übrigen einzeln Zweibettzimmerzuschlag bis zum beihilfefähigen der Pauschalsatz den Betrag von 200 € täglich nicht überschreiten. Daneben Tagessatz. Bei Verzicht auf Wahlleistungen kann berechneten Leistungen sind daneben berechnete Leistungen nach Nr. 1 bis 6 sind jedoch nicht beihilfefähig. gesondert beihilfefähig. beantragt werden: beim Zweibettzimmer 11 € pro Tag, bei wahlärztlichen Leistungen 22 €.

BF - 7_4_7 02/2

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)

21 Februar 2027



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	
Medizinische Voraussetzungen	 Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit. Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet. 	 Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit. Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet. 	 Wartezeit von erstmalig insgesamt fünf Jahren Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähig- keit. 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 Kurmaß-nahmen 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	 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. 	 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. Pauschalpreise nur bis zur Höhe des mit einem Sozialleistungsträger vereinbarten Tagessatzes (s. Rückseite zu (2)). 	 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. 	

Merkblatt Beihilfe Beihilfe bei Kuren - § 8 Beihilfeverordnung (BVO)



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), im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland 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.

Beihilfefähig sind auch die Aufwendungen für nicht behandlungsbedürftige Kinder, die ein krankes Elternteil oder Geschwisterkind bei der Maßnahme begleiten, dazu zählen Unterkunft und Verpflegung, Kurtaxe und ggf. Fahrtkosten. Die Beihilfe für die Aufwendungen einer Begleitperson oder eines nicht behandlungsbedürftigen Begleitkindes wird zum Bemessungssatz der begleiteten Person erstattet, das sind z. B. bei der Begleitung eines Kindes 80 % der beihilfefähigen Aufwendungen, bei der Begleitung des Beihilfeberechtigten bzw. dessen Ehegatten in der Regel 50 % (ggf. 70 %).

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 Heilkurorteverzeichnis des Bundesministeriums des Innern aufgeführten Heilkurort durchgeführt werden. Die Unterkunft muss sich im Heilkurgebiet, d. h. in dem Ort oder Ortsteil, der im Heilkurorteverzeichnis 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 Kurorteverzeichnis Ausland bzw. EU-Ausland genannt ist. Außerhalb der Europäischen Union, der EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder 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.