

Merkblatt Beihilfe Ambulante Rehabilitation

3. Dezember 2018



	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 12/18

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 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) 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.

Nicht beihilfefähig sind jedoch 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).

Innerhalb des Nahbereichs können die Fahrkosten nur ausnahmsweise als beihilfefähig berücksichtigt werden,

- wenn laut Schwerbehindertenausweis eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlichen Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorliegt oder
- wenn Pflegegrad 3 bis 5 gegeben ist oder
- bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung bzw. onkologischer Strahlen- und Chemotherapie oder
- bei Behandlungen, bei denen eine Grunderkrankung nach einem vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine vergleichbar hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist (beispielsweise Behandlung einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 6 Monaten).

Eine Beihilfe kommt auch in Betracht für

- Aufwendungen einer Familien- und Haushaltshilfe bis zu 15 € pro Stunde, höchstens jedoch bis zu 150 € pro Tag. 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 (ab 01.01.2019 sind dies 108,10 €, vom 31.07. bis 31.12.2018 98,30 € und bis 30.07.2018: 81,90 €).
- 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.

Nicht beihilfefähig sind jedoch Aufwendungen für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privatem PKW (hierzü zählt auch der Hol- und Bringdienst durch die Einrichtung) oder Taxen am Wohn-, Behandlungs- oder Aufenthaltsort und in deren Nahbereich (bis zu 30 km einfache Entfernung). Innerhalb des Nahbereichs können die Fahrkosten nur ausnahmsweise als beihilfefähig berücksichtigt werden,

- wenn laut Schwerbehindertenausweis eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlichen Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorliegt oder
- wenn Pflegegrad 3 bis 5 gegeben ist oder
- bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung bzw. onkologischer Strahlen- und Chemotherapie oder
- bei Behandlungen, bei denen eine Grunderkrankung nach einem vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine vergleichbar hohe Behandlungsfrequenz über einen

längeren Zeitraum aufweist (beispielsweise Behandlung einmal wöchentlich über einen Zeitraum von 6 Monaten).

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,
- am 31.12.2012 vorhandene Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner in besonderen Härtefällen.

Abschlagszahlungen auf die zu erwartende Beihilfe werden nicht gezahlt.

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:

Ärztliche Bescheinigung V 7_5_4

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.