

Merkblatt Beihilfe Stationäre Rehabilitation und Mutter-Kind/ Vater-Kind-Rehabilitation § 35 BBhV

29. April 2024



	Seite
1. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen	2
2. Mutter-Kind/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen	2
3. Medizinische Voraussetzungen	2
4. Nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähige Aufwendungen	2

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 - Bund_35_1_0 04/2024

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. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) besteht. Solche Einrichtungen stehen unter ärztlicher Leitung, haben besonders geschultes Personal und die erforderliche Ausstattung zur Unterbringung und Verpflegung.

2. Mutter-Kind/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen

Mutter-Kind/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen werden in Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartigen Einrichtungen nach § 41 SGB V durchgeführt. Auch hier ist Voraussetzung, dass die Einrichtung einen Versorgungsvertrag (nach § 111a SGB V) abgeschlossen hat.

3. Medizinische Voraussetzungen

- Begründete Bescheinigung eines Arztes, dass die Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig ist. Für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (Nr. 1) muss darüber hinaus nachgewiesen werden, dass eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind, und ein gleichwertiger Erfolg nicht auch durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erzielt werden kann. Der ärztlichen Bescheinigung steht bei Diagnosen aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie nach den §§ 19 bis 21 und 30a die Bescheinigung durch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gleich.
- Falls die Pflegeversicherung mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit zugleich eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme (Nr. 1) empfohlen hat, ist die Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung nicht erforderlich.
- Die Anerkennung ist nicht zulässig, wenn im laufenden oder den drei vorherigen Kalenderjahren eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme (nach Nr. 1 oder 2) oder eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einem anerkannten Kurort durchgeführt wurde.
- Die Maßnahme muss vor Beginn von der Beihilfestelle anerkannt werden.
- Wird die Rehabilitationsmaßnahme nicht innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung begonnen, entfällt der Anspruch auf Beihilfe zu der anerkannten Rehabilitationsmaßnahme.

4. Nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähige Aufwendungen

- Unterkunft und Verpflegung für höchstens 21 Tage (ohne An- und Abreisetag):
Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen (Nr. 1) sind die Aufwendungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Bei Mutter-Kind/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen (Nr. 2) wird Beihilfe bis zur Höhe der Entgelte berücksichtigt, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt.
- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Leistungen von Heilpraktikern,
- Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel,
- Heilmittel (im Rahmen der Höchstbeträge),
- Fahrkosten für die Hin- und Rückfahrt einschließlich Gepäckbeförderung bis zu folgendem Umfang:
 - Bei einem aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen bis zu den Beträgen, die vom Leistungserbringer nach dem jeweiligen Landes- oder Kommunalrecht berechnet werden.
 - Bei Fahrten mit regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen bis zu den in der niedrigsten Beförderungsklasse anfallenden Kosten. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden 0,20 € pro km berücksichtigt (nach § 5 Abs. 1 Bundesreisekostengesetz). In beiden Fällen sind aber für die Gesamtmaßnahme nicht mehr als 200 € beihilfefähig.
 - Aufwendungen für Taxifahrten sind nur bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen (Nr. 1) beihilfefähig, wenn auf Grund einer ärztlichen Bestätigung die Notwendigkeit der Beförderung nachgewiesen wird und die Beihilfestelle die Aufwendungen vorher anerkannt hat. Zusätzlich muss ein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorliegen oder Pflegebedürftigkeit in einem der Pflegegrade 3 bis 5 bestehen.
- Kurtaxe und ärztlicher Schlussbericht.
- Aufwendungen und ggf. nachgewiesener Verdienstausfall einer Begleitperson, wenn deren medizinische Notwendigkeit auf Grund ärztlicher Bestätigung anerkannt wurde. Für die Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson während einer stationären Rehabilitation (nach Nr. 1) werden die Aufwendungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung als beihilfefähig berücksichtigt, für höchstens 21 Tage.

Die beihilfefähigen Aufwendungen werden je Kalendertag um den Eigenbehalt von 10 € gemindert.

Bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen (Nr. 1) muss in der Rechnung die Art und Höhe der einzelnen Aufwendungen (z. B.

Merkblatt Beihilfe

Stationäre Rehabilitation und Mutter-Kind/ Vater-Kind-Rehabilitation § 35 BBhV

ärztliche Leistungen, Heilmittel, Unterkunft und Verpflegung) nachvollziehbar ausgewiesen sein, damit deren Angemessenheit festgestellt werden kann. Falls die Einrichtung einen Pauschalsatz berechnet, lassen Sie bitte die Leistungen aufschlüsseln. Ein Pauschalsatz für die erbrachten Leistungen kann nur dann als beihilfefähig anerkannt werden, wenn

- der berechnete Tagessatz dem Satz entspricht, der auch von der gesetzlichen Kranken- oder Rentenversicherung anerkannt wird oder
- die Leistungen auf Grund von Verträgen mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung erbracht werden. Soweit es hierbei unterschiedliche Tarifvereinbarungen gibt, kann nur der „Grundtarif“ anerkannt werden. Ausgewiesene Komforttarife, die ein besonderes Wahlleistungsangebot umfassen, sind nicht beihilfefähig.

Diese Auskunft steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zugrunde liegenden Sach- und Rechtslage, insbesondere, dass Sie zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen beihilfeberechtigt sind. Maßgebend sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Behandlung.

Weitere Infos, z. B. Rechtsgrundlagen, Rundschreiben und Merkblätter, finden Sie auch unter www.kvbw.de.