Merkblatt Beihilfe
Stationäre Rehabilitation und Kuren

17. November 2020

Nach §§ 7 und 8 Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO)

		Seite
1.	Stationäre Maßnahmen	2
2.	Voranerkennungspflicht	2
3.	Kuren nach § 8	3
4.	Voraussetzungen	3
5.	Nicht beihilfefähige Aufwendungen	3
6.	Allgemeine Hinweise	3

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_1 11/20

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 BVO des Landes Baden-Württemberg. Für Beschäftigte mit tarifrechtlichen Beihilfeansprüchen gelten zusätzlich zu nachstehenden Ausführungen weitere beihilferechtlichen Besonderheiten.

1. 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). Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem Merkblatt „Stationäre Behandlung in einer Privatklinik – V 7_2_0" auf unserer Homepage.
  **) 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 eine begründende Bescheinigung eines Arztes, der nicht mit der Rehabilitationseinrichtung verbunden ist, nachgewiesen werden, dass die Art oder Schwere der Erkrankung die stationäre Behandlung und die vorgesehene Dauer medizinisch notwendig macht und **ambulante Behandlungen oder eine Kur nicht ausreichend** sind (bitte vom Arzt 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. Ausländische Einrichtungen in Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, in EWR-Staaten oder in der Schweiz müssen zusätzlich einen Versorgungsvertrag nach § 140e SGB V abgeschlossen haben.

2. 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.

  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. Wenn die Voraussetzungen erfüllt sind, werden wir Ihnen eine schriftliche Zusicherung für die geplante Maßnahme senden.
- Der Anlage V 7_1_0 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 nur die Kosten für die ärztliche Behandlung und für die von den Ärzten schriftlich begründet verordneten Heilbehandlungen und Arzneimittel beihilfefähig.

3. 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)
- **Mütter-/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 zur Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Für beihilfeberechtigte Versorgungsempfänger (Ruhestandsbeamte und Hinterbliebene) sowie für berücksichtigungsfähige Angehörige können die Aufwendungen nicht berücksichtigt werden. 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).

4. Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für 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,
- die medizinische Notwendigkeit vor Beginn der Kur durch eine begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist,
- ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind.

  Für aktive Beamte wird eine Beihilfe für ambulante Kuren nur gewährt, wenn neben den vorgenannten Voraussetzungen durch eine begründende ärztliche Bescheinigung nachgewiesen ist, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit erforderlich ist.
- Zum Nachweis der medizinischen Voraussetzungen für eine Beihilfegewährung verwenden Sie bitte nach Möglichkeit den beigefügten Vordruck 8_5_1.
- Der Anlage V 8_1_0 können Sie u. a. entnehmen, welche Aufwendungen in welcher Höhe beihilfefähig sind.
- Für Kurmaßnahmen, die im Ausland durchgeführt werden sollen, gelten besondere Voraussetzungen; fragen Sie ggf. zurück.

5. Nicht beihilfefähige Aufwendungen

- Wird eine Kur durchgeführt, ohne dass die Voraussetzungen vorliegen, sind im Rahmen der BVO nur die Kosten für die ärztliche Behandlung und für die von den Ärzten schriftlich begründet verordneten Heilbehandlungen und Arzneimittel beihilfefähig; nicht beihilfefähig sind insbesondere Fahrkosten, Kurtaxe und Unterkunft/Verpflegung.
- Aufwendungen für Erholungskuren sind nicht beihilfefähig.

6. 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 18.000 € (ab 01.01.2021: 20.000 €) jeweils überschritten hat. Welche Einkünftegrenze anzuwenden ist, hängt vom Entstehungsdatum der Aufwendungen ab.

Die Einrichtung nach § 7 BVO kann ihre Aufwendungen direkt mit der Beihilfestelle des KVBW abrechnen. Falls Sie dieses Abrechnungsverfahren nutzen möchten, finden Sie weitere Informationen zum Verfahrensablauf in unserem Merkblatt zur Direktabrechnung. Dieses können Sie sich auf unserer Homepage unter www.kvbw.de Beihilfe/ Beihilferecht Baden-Württemberg downloaden.

Abschlagszahlungen auf die zu erwartende Beihilfe werden nicht gezahlt.

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 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:

Übersicht V 7_1_0

Ärztliche Bescheinigung V 7_5_4

Übersicht V 8_1_0

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Kur V 8_5_1

Merkblatt Beihilfe

Behandlung und Rehabilitation in nicht als Krankenhaus zugelassenen Einrichtungen - § 7 Beihilfeverordnung

12. Mai 2022

KVBW Beihilfe

	Nicht zugelassene Krankenhäuser (Privatkliniken)	Einrichtungen für Anschlussheilbehandlungen	Einrichtungen für Suchtbehandlungen	Sonstige Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation
Medizinische Voraussetzungen	Begründende 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 ausreichen, zusätzlich bei medizinischer Rehabilitation, dass auch eine Kur nicht ausreichend ist.			
Vorheriges Anerkenntnis	Ab einer Dauer von 30 Tagen erforderlich. Das Anerkenntnis wird erteilt, wenn die lange Dauer vom Arzt besonders begründet wird.			
Rechtsfolge: Im Rahmen der BVO und der maßgebenden Beihilfetarifverträge beihilfefähige Aufwendungen	Bei Indikationen, die mit DRG-Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden können, wird das Kostengewicht der jeweiligen Fallpauschale mit der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors multipliziert. Daneben werden ab 2020 getrennt ausgewiesene Pflegeentgelte in die Berechnung einbezogen. Zusätzlich berechnete Entgelte sind beihilfefähig, wenn diese bezüglich ihres Leistungsinhalts den krankenhausindividuell vereinbarten Entgelten nach Anlagen 3a, 3b oder 4 des Fallpauschalenkatalogs entsprechen. Bei anderen Indikationen (insbesondere Psychosomatik/ Psychotherapie) sind die Aufwendungen beihilfefähig bis zu folgenden Gesamtbeträgen täglich: - für Volljährige bei vollstationärer Behandlung 293,80 € (teilstationär 225,60 €), - für Minderjährige bei vollstationärer Behandlung 462,80 € (teilstationär 345,80 €). Neben den o. g. Krankenhausleistungen werden ggf. als beihilfefähig berücksichtigt: - belegärztliche Leistungen, - medizinisch notwendige Begleitperson, - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt, - Familien-und Haushaltshilfe. - Soweit der monatliche Wahlleistungsbeitrag von 22 € bezahlt wird: gesondert berechnete "Wahlleistung Unterkunft" bis zur Höhe des Zweibettzimmers (max. bis 58,93 € täglich), außerdem wahlärztliche Leistungen. Bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen kann ein Tagegeld von 22 € geltend gemacht werden, bei Verzicht auf das Zweibettzimmer 11 € pro Tag.	Gesonderte Berechnung/ Aufschlüsselung aller Leistungen 1. Ärztliche Leistungen 2. Arzneimittel 3. Heilbehandlungen 4. Pflege, Unterkunft und Verpflegung ohne Komfortleistungen (wie z. B. besondere Unterkunft, Telefon oder 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) Pauschale Abrechnung Bei Anschlussheilbehandlungen kann ein Pauschalsatz berücksichtigt werden, wenn er keine nicht-medizinischen Komfortleistungen enthält. Die übrigen einzeln berechneten Leistungen sind daneben gesondert beihilfefähig.	Gesonderte Berechnung/Aufschlüsselung aller Leistungen 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) 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.	

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Rehabilitation, Anschlussheil- oder Suchtbehandlung

KVBW Beihilfe

BF Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname des Patienten

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

Anlage zum Vordruckschreiben 7_1
7_5_0

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.

1. Angaben zum Arzt

Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen oder Suchtbehandlungen wird nur gewährt, wenn die in § 7 der Beihilfeverordnung genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Ob eine geplante Maßnahme medizinisch notwendig ist, muss durch einen Arzt (z. B. Haus- oder Facharzt) bestätigt werden. Die Bestätigung der medizinischen Notwendigkeit kann nur durch einen Arzt erfolgen, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, in der die Maßnahme erfolgen soll.

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, damit Ihr Patient ggf. den Nachweis bei der Beihilfestelle einreichen kann.

Name des Arztes

Anschrift

2. Welche Art der Maßnahme ist medizinisch notwendig?

- ☐ stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung
- ☐ ambulante medizinische Maßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung/einem ambulanten Rehazentrum
- ☐ Anschlussheilbehandlung (unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt oder bis zu drei Wochen danach. Falls die Anschlussheilbehandlung erst nach einer längeren Unterbrechung angetreten wird, ist dies zusätzlich zu begründen.)
- ☐ stationäre Suchtbehandlung

3. Für welche Dauer ist die Maßnahme voraussichtlich erforderlich?

Wochen Tage

4. In welcher Einrichtung soll die Behandlung erfolgen?

Name

Postleitzahl Ort

BF - 7_5_4 - BW037178 - 11/2018

5. Sind ambulante Maßnahmen/Behandlungen oder eine Kur ausreichend?

☐ Ja, folgende Maßnahmen/Behandlungen oder Kur kommen in Betracht.

☐ Nein, eine stationäre Maßnahme ist erforderlich.

6. 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 (= amtärztliches 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 erfolgversprechende Behandlung eine Begleitperson notwendig ist!

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes

BF - 7_5_4 - BW037178 - 11/2018

Merkblatt Beihilfe
Kuren - § 8 Beihilfeverordnung

30. November 2020

KVBW Beihilfe

Anlage zum Vordruckschreiben 7_1
8_3
8_5_0
13_3

	Kuren in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation 1	Mütter-/Vätergenesungskuren und Mutter-Kind-Kuren/Vater-Kind-Kuren 2	Ambulante Heilkuren 3
Medizinische Voraus-setzungen	- 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 Berücksichtigungsfähigkeit. - Im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt und beendet.
	- Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen sind wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend: **<u>Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige:</u>** Die medizinische Notwendigkeit der Kur muss durch eine vor Beginn der Behandlung ausgestellte begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Zur Absicherung empfehlen wir, diese vor Beginn der Maßnahme vorzulegen. **<u>Aktive Beamte:</u>** Nachweis durch **begründende Bescheinigung eines Arztes**, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.	- Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen sind wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend: **<u>Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige:</u>** Die medizinische Notwendigkeit der Kur muss durch eine vor Beginn der Behandlung ausgestellte begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Zur Absicherung empfehlen wir, diese vor Beginn der Maßnahme vorzulegen. **<u>Aktive Beamte:</u>** Nachweis durch **begründende Bescheinigung eines Arztes**, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.	- Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen sind wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend: Ambulante Heilkuren sind nur für Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst beihilfefähig. **<u>Aktive Beamte:</u>** Nachweis durch **begründende Bescheinigung eines Arztes**, dass ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Kur zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.
Vorheriges Anerkenntnis	**<u>Versorgungsempfänger und berücksichtigungsfähige Angehörige:</u>**		
	nein	nein	
	<u>Aktive Beamte:</u>		
	ja	ja	ja
Im Rahmen der BVO 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.

BF – 8_1_0 11/20

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

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. Nur solche Maßnahmen in Form einer Rehabilitationskur erfüllen die beihilferechtlichen Voraussetzungen, nicht hingegen Vorsorgekuren nach § 24 SGB V.

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.

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 und der Schweiz ist neben den sonstigen Voraussetzungen ein medizinisches Gutachten (= amtsärztliche Bescheinigung) über die Notwendigkeit erforderlich.

Zum Thema „Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren im Ausland" finden Sie detaillierte Informationen im Merkblatt V_13_3. Gerne können Sie sich auch vor einer geplanten Behandlung direkt bei uns erkundigen.

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 – 8_1_0 11/20

Ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit einer Kurmaßnahme

KVBW Beihilfe

BF Beihilfenummer

Beihilfeberechtigter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname des Patienten

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg
- Beihilfeabteilung -
Postfach 10 01 61
76231 Karlsruhe

Anlage zum Vordruckschreiben 7_1
8_5_0

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.

1. Angaben zum Arzt

Beihilfe zu Kurmaßnahmen wird nur gewährt, wenn die in § 8 der Beihilfeverordnung genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Ob eine geplante Maßnahme medizinisch notwendig ist, muss durch einen Arzt (z. B. Haus- oder Facharzt) bestätigt werden.
Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, damit Ihr Patient ggf. den Nachweis bei der Beihilfestelle einreichen kann.

Name des Arztes

Anschrift

2. Welche Kurmaßnahme ist geplant?

☐ Kur in einer Einrichtung der medizinischen Rehabilitation

☐ Mütter-/Vätergenesungskur, Mutter-Kind-Kur, Vater-Kind-Kur

☐ ambulante Heilkur in einem anerkannten Heilkurort (nur bei Beihilfeberechtigten im aktiven Dienst möglich)

3. Ist eine Kurmaßnahme wegen der Erkrankung des o. g. Patienten medizinisch notwendig?

☐ Nein

☐ Ja, aus folgenden Gründen:

4. Für welche Dauer ist die Kurmaßnahme voraussichtlich erforderlich?

Wochen Tage

BF - 8_5_1 - BW037166 - 09/2018

5. a. Bei ambulanten Heilkuren: In welchem Heilkurort soll die Kur durchgeführt werden?

PLZ:

Ort:

b. Bei anderen Kurmaßnahmen: In welcher Einrichtung soll die Maßnahme erfolgen?

Name:

PLZ:

Ort:

6. Sind ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen <u>außerhalb</u> einer Kurmaßnahme ausreichend?

☐ Ja, folgende Maßnahmen kommen in Betracht:

☐ Nein, weil die Gesundheit des Patienten erheblich beeinträchtig ist.

7. Nur für Beihilfeberechtigte im aktiven Dienst anzugeben (nicht für berücksichtigungsfähige Angehörige oder Versorgungsempfänger):

Erfolgt die Kurmaßnahme, um die Fähigkeit zur Ausübung der beruflichen Tätigkeit wiederherzustellen oder zu erhalten?

☐ Ja.

☐ Nein.

8. Ist die Mitnahme einer Begleitperson erforderlich?

☐ Nein.

☐ Ja, eine Begleitperson ist wegen der Schwerbehinderung notwendig, dies wird durch den amtlichen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „B“ nachgewiesen.

☐ 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.

Unterschrift, Stempel des Arztes

Ort, Datum

BF - 8_5_1 - BW037166 - 09/2018