Merkblatt Beihilfe
Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation, Suchtbehandlung und Kur im Ausland

19. August 2026

KVBW Beihilfe

		Seite
1.	Aufwendungen im Ausland	2
2.	In EU- oder EWR-Staaten, in Großbritannien und Nordirland, in der Schweiz	2
2.1	Geeignete Einrichtungen	2
2.2	Stationäre Anschlussheilbehandlung	2
2.3	Stationäre Rehabilitationsbehandlung und Suchtbehandlung	3
2.4	Kuren	3
2.5	Ambulante Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsbehandlung	3
3.	Außerhalb der EU- und EWR-Staaten, von Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz	4
4.	Sonstige Aufwendungen im Ausland	4
4.1	Fahrtkosten	4
4.2	Familien- und Haushaltshilfe	4
4.3	Begleitperson	4
5.	Direktabrechnung	4
6.	Allgemeine Hinweise	5

BF – 58_M 08/26

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

Servicezeiten
siehe Homepage

Internet / E-Mail
www.kvbw.de
beihilfe@kvbw.de

Merkblatt Beihilfe
Anschlussheilbehandlung, Rehabilitation, Suchtbehandlung und Kur im Ausland

KVBW Beihilfe

19. August 2026

Die Beihilfegewährung durch den KVBW erfolgt auf der Grundlage der Verordnung des Finanzministeriums Baden-Württemberg über die Gewährung von Beihilfe in Geburts-, Krankheits-, Pflege- und Todesfällen. Ermächtigungsnorm für die Beihilfeverordnung (BVO) ist § 78 Landesbeamtengesetz (LBG).

Für Personen mit Beihilfeanspruch nach Beihilfetarifverträgen gelten teilweise abweichende bzw. ergänzende Regelungen.

Maßgeblich für die Beurteilung entstehender Aufwendungen ist der jeweilige Entstehungszeitpunkt und die dann geltende Rechtslage. Die Ausführungen können schon aus Platzgründen nicht alle Teilaspekte abdecken.

1. Aufwendungen im Ausland

Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen sind u. a. nur insoweit und bis zu der Höhe beihilfefähig, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland entstanden und beihilfefähig gewesen wären. Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen voll entspricht oder der Beihilfeberechtigte die für den Vergleich notwendigen Angaben nicht beibringt, hat die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit ganz oder teilweise anzuerkennen, wenn die beihilfeberechtigte Person mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, ggf. auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt.

Ein Vergleich mit den Inlandskosten entfällt, wenn

- die Behandlung während einer Dienstreise erforderlich wurde und nicht bis zur Rückkehr nach Deutschland hätte aufgeschoben werden können,
- die Maßnahme vor Antritt der Reise anerkannt wurde, weil sie laut amtsärztlichem Gutachten wegen wesentlich größerer Erfolgsaussicht außerhalb Deutschlands zwingend notwendig ist,
- die Kosten 1.000 € nicht übersteigen,
- der Beihilfeberechtigte aufgrund einer Abordnung oder Zuweisung seinen dienstlichen Wohnort im Ausland hat oder
- es sich um eine Notfallversorgung in der nächstgelegenen geeigneten Behandlungseinrichtung handelt.

Die beihilferechtlichen Voraussetzungen, Ausschlüsse (z. B. bei wissenschaftlich nicht allgemein anerkannten Methoden), betraglichen Begrenzungen (z. B. bei Heilbehandlungen oder Pauschalen) sowie Selbstbehalte sind stets anzuwenden, auch wenn ausnahmsweise kein Vergleich mit den Inlandskosten erforderlich ist.

Rechnungsbeträge, die in ausländischer Währung ausgewiesen sind, werden mit dem Wechselkurs in EURO umgerechnet, der nachweislich von einer Bank oder ähnlichen Stelle in zeitlichem Zusammenhang mit der der Rechnungsstellung oder Bezahlung der geltend gemachten Aufwendungen zugrunde gelegt wurde. Fehlt ein entsprechender Nachweis, wird die Beihilfe mit dem Euro-Referenzkurs zum Zeitpunkt der Rechnungsstellung berechnet; Basis ist dabei der niedrigste Devisen-Wechselkurs (d. h. Geldkurs).

Das im Ausland ggf. erhöhte Kostenrisiko ist nicht vom Dienstherrn zu tragen; zur Deckung dieses Risikos gibt es spezielle private Versicherungstarife.

Grundsätzlich müssen die beihilferechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein, die auch für eine medizinisch notwendige Behandlung im Inland anzuwenden wären. Darüber hinaus sind die Bestimmungen für im Ausland entstehende Aufwendungen zu beachten, abhängig davon, in welchem Land die Aufwendungen entstanden sind, d. h. wo die Behandlung durchgeführt wird. Es wird unterschieden in Aufwendungen

- innerhalb der Europäischen Union (EU), in Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR, dazu gehören Island, Liechtenstein, Norwegen), im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland oder in der Schweiz oder
- außerhalb der EU- und EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz.

Die Regelungen zu stationären oder ambulanten Maßnahmen in Einrichtungen für Anschlussheil-, Rehabilitations- oder Suchtbehandlungen sowie für Kuren im Ausland haben wir für Sie nachfolgend erläutert.

2. In EU- oder EWR-Staaten, in Großbritannien und Nordirland, in der Schweiz

2.1 Geeignete Einrichtungen

Aufwendungen für Anschlussheil-, Rehabilitations- oder Suchtbehandlungen sowie für Mutter- oder Vater- Kind-Kuren bzw. Mütter- oder Vätergenesungskuren innerhalb der EU, der EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt wird, die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt ist. Bitte lassen Sie ggf. einen entsprechenden Nachweis von der Einrichtung, in der Sie Ihre Behandlung durchführen möchten, ausstellen.

Eine ambulante Heilkur für Beamte zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit muss in einem anerkannten Heilbad oder Kurort durchgeführt werden.

2.2 Stationäre Anschlussheilbehandlung

Dass eine stationäre Anschlussheilbehandlung nach Art und vorgesehener Dauer medizinisch notwendig ist, muss durch einen Arzt bescheinigt werden, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist. Diese Bescheinigung soll vor der Aufnahme ausgestellt sein. Eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle ist aber nicht erforderlich.

Eine Anschlussheilbehandlung schließt sich unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt an oder steht mit diesem in engem zeitlichem Zusammenhang. Wenn sie nach mehr als drei Wochen seit der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt, muss eine ärztliche Begründung hierfür vorgelegt werden.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung in angemessener Höhe, außerdem für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Heilbehandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen und die Kurtaxe. Werden Leistungen für Unterkunft und Pflege als Pauschale berechnet, sind diese ebenfalls beihilfefähig, sofern keine nicht-medizinischen Komfortleistungen enthalten sind. Daneben sind alle zuvor genannten Aufwendungen beihilfefähig, soweit sie nicht in der pauschalen Abrechnung enthalten sind.

2.3 Stationäre Rehabilitationsbehandlung und Suchtbehandlung

Wenn eine stationäre Rehabilitations- oder Suchtbehandlung medizinisch notwendig ist und ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, kann Beihilfe zur stationären Maßnahme gewährt werden. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muss von einem Arzt, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist, bestätigt werden. Diese Bescheinigung soll vor Beginn der Maßnahme ausgestellt sein. Ab einer Dauer von 30 Tagen ist zudem die vorherige Anerkennung durch die Beihilfestellte erforderlich.

Die in Rechnung gestellten Leistungen sind in folgendem Umfang beihilfefähig:

- Wenn die Leistungen in der Rechnung einzeln aufgeschlüsselt werden, sind beihilfefähig die Aufwendungen für Pflege, Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung, daneben für ärztliche Leistungen, psychotherapeutische Leistungen, Heilbehandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen sowie für die Kurtaxe.
- Bei einer vollpauschalierten Abrechnung sind bis zu 250 € täglich beihilfefähig. Damit sind alle weiteren Aufwendungen abgegolten.
- Bei teilpauschalierter Abrechnung sind bis zu 175 € täglich beihilfefähig. Neben der Teilpauschale können ärztliche und psychotherapeutische Leistungen sowie Heilbehandlungen separat berechnet werden. Auch die Kurtaxe ist daneben berechenbar, aber keine anderen Aufwendungen.

2.4 Kuren

Die beihilferechtlichen Vorgaben, die im Inland erfüllt sein müssen, gelten auch für Mütter- oder Vätergenesungskuren sowie Mutter- oder Vater-Kind-Kuren und für ambulante Heilkuren, wenn sie innerhalb der EU, der EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz durchgeführt werden.

Ambulante Heilkuren dienen der Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit und können daher nur von Beamten im aktiven Dienst in Anspruch genommen werden. Die Kuren müssen mit Heilbehandlungen nach einem ärztlich erstellten Kurplan in einem anerkannten Heilbad oder Kurort durchgeführt werden. Die anerkannten Orte, auch im Ausland, werden vom Bundesinnenministerium (BMI) nach § 35 Absatz 1 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung bekanntgegeben. Sie sind auf der Homepage des Bundesverwaltungsamtes veröffentlicht.

Die Unterkunft muss sich am Heilbad oder Kurort 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.

Mütter- oder Vätergenesungskuren sowie Mutter- oder Vater-Kind-Kuren müssen als Rehabilitationskuren durchgeführt werden (zur geeigneten Einrichtung siehe Nr. 2.1).

Bei jeglicher Form der Kur ist eine Beihilfe ausgeschlossen, wenn sie weit überwiegend der Vorsorge dient oder wenn der Zweck der Maßnahme eine berufliche Rehabilitation ist.

Aufwendungen für eine Kur sind nur beihilfefähig, wenn

- seit mindestens fünf Jahren eine Beihilfeberechtigung besteht.
- im laufenden und den beiden vergangenen Kalenderjahren keine Kur durchgeführt oder beendet wurde und
- ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb von Kurmaßnahmen wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind.

Die medizinische Notwendigkeit muss vor Beginn vom Arzt begründet und bescheinigt sein, mit Angabe der Einrichtung, des Heilbades oder Kurorts.

Beihilfefähig sind entweder die Aufwendungen für einzeln aufgeschlüsselte Leistungen oder im Rahmen einer pauschalen Abrechnung. Bei einzeln aufgeschlüsselten Leistungen sind beihilfefähig:

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen,
- Heilbehandlungen bis zum beihilfefähigen Höchstbetrag,
- Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen,
- die Kurtaxe,
- Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 € pro Tag, begrenzt auf eine Dauer von höchstens 30 Tagen.

  Wenn eine Einrichtung für Mütter- oder Vätergenesungskuren sowie Mutter- oder Vater-Kind-Kuren einen Pauschalpreis berechnet, ist dieser nur bis zur Höhe der Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger beihilfefähig. Weitere Behandlungskosten sind daneben nicht beihilfefähig.

2.5 Ambulante Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsbehandlung

Anstelle einer stationären Maßnahme kann auch eine ambulante Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitation durchgeführt werden. Auch hier muss die Einrichtung im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten berechtigt sein.

Für eine ambulante Maßnahme ist keine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle erforderlich, die Leistungen müssen aber ärztlich verordnet sein.

Beihilfefähig sind ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Heilbehandlungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen.

BF – 58_M 08/26

Bei einer pauschalen Abrechnung sind diese Leistungen nur bis zur Höhe des mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarten Tagessatzes beihilfefähig.

3. Außerhalb der EU- und EWR-Staaten, von Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz

Außerhalb der Europäischen Union, der EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz sind einige Aufwendungen von der Beihilfe ganz ausgeschlossen, insbesondere

- Mütter- oder Vätergenesungskuren sowie Mutter- oder Vater-Kind-Kuren,
- Familien- und Haushaltshilfe,
- Fahrtkosten.

Aufwendungen für ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlungen, Suchtbehandlungen sowie für ambulante Heilkuren sind nur ausnahmsweise beihilfefähig, wenn die Maßnahme vor Antritt der Reise von der Beihilfestelle anerkannt wurde. Dafür muss durch ein medizinisches Gutachten (i. d. R. amtsärztliches Zeugnis) nachgewiesen werden, dass die Behandlung außerhalb der EU, der EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist.

In diesem Ausnahmefall erfolgt kein Vergleich mit den Kosten im Inland. Dennoch sind die beihilferechtlichen Ausschlüsse und Begrenzungen anzuwenden. Auch gelten die gleichen beihilferechtlichen Voraussetzungen wie innerhalb der EU- und EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz (vgl. Nr. 2).

Berücksichtigt werden bei einer ankannten Maßnahme:

- ärztliche und psychotherapeutische Leistungen,
- Heilbehandlungen,
- Arznei- und Verbandmittel sowie Teststreifen,
- Kurtaxe,
- Unterkunft und Verpflegung bis zu 26 Euro pro Tag, begrenzt auf eine Dauer max. 30 Tagen,
- Fahrtkosten (außer bei ambulanten Heilkuren).

Ambulante Heilkuren können nur in einem anerkannten Kurort durchgeführt werden, der im Verzeichnis des BMI genannt ist. Außerhalb der Europäischen Union kommen Ein Boqeq und Sweimeh am Toten Meer in Frage.

4. Sonstige Aufwendungen im Ausland

Genau wie im Inland können aus Anlass einer ambulanten oder stationären Behandlung bzw. Kur Aufwendungen entstehen, die nicht unmittelbar zu den Leistungen der Maßnahme zählen. Teilweise können Sie in dazu eine weitere Beihilfe erhalten.

4.1 Fahrtkosten

Außerhalb der EU- und EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz wird zu Fahrtkosten keine Beihilfe gewährt.

Innerhalb der Europäischen Union, der EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz können Fahrtkosten berücksichtigt werden, wenn die Fahrten anlässlich einer ambulanten oder stationären Anschlussheil- oder Rehabilitationsbehandlung oder einer stationären Suchtbehandlung notwendig sind. Näheres zu den Begrenzungen und Selbstbehalten finden Sie in unserem Merkblatt „Fahrtkosten“.

Kosten für den Rücktransport nach Deutschland wegen einer Erkrankung während einer Urlaubsreise oder einer anderen privaten Reise sind nicht beihilfefähig.

4.2 Familien- und Haushaltshilfe

Während einer Behandlung außerhalb der EU- und EWR-Staaten, des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland oder der Schweiz wird keine Beihilfe für eine Familien- und Haushalthilfe gewährt.

Ansonsten ist eine Beihilfegewährung für eine Familien- und Haushaltshilfe möglich, wenn die sonst den Haushalt allein oder überwiegend führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer außerhäuslichen Unterbringung den Haushalt nicht weiterführen kann.

Anlass kann eine Anschlussheil-, Rehabilitations- oder Suchtbehandlung oder eine Kur sein. Voraussetzung ist, dass im Haushalt mindestens ein berücksichtigungsfähiges Kind unter 15 Jahren verbleibt und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann. Genaueres können Sie im Merkblatt „Familien- und Haushaltshilfe“ nachlesen.

4.3 Begleitperson

Eine Begleitperson unterstützt den Behandlungsbedürftigen während dessen stationären Maßnahme oder Kur. Die Unterkunft und Verpflegung der Begleitperson sowie die Kurtaxe wird von der Einrichtung bzw. dem Hotel in Rechnung gestellt. Diese Aufwendungen können als beihilfefähig berücksichtigt werden, wenn die zu begleitende Person über einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „B“ verfügt oder wenn ein Arzt, der nicht mit der behandelnden Einrichtung verbunden ist, die medizinische Notwendigkeit der Begleitung bescheinigt. Im Falle der Behandlung eines Kindes unter zwölf Jahren wird die medizinische Notwendigkeit unterstellt.

5. Direktabrechnung

Bei stationären Behandlungen der Anschlussheilbehandlung, medizinischen Rehabilitation oder Suchtbehandlung kann die Einrichtung ihre Aufwendungen direkt mit der Beihilfestelle des

BF – 58_M 08/26

KVBW abrechnen. Wenn Sie sich für dieses Antragsverfahren entscheiden, beachten Sie bitte folgende Vorgehensweise:

- Bitte fordern Sie den Kurzantrag zur Direktabrechnung bei uns an, anschließend füllen Sie diesen aus und geben den Antrag unterschrieben an die Einrichtung weiter. Sie finden das Formular auch bei den Downloads Beihilfe auf unserer Homepage www.kvbw.de.
- Die Einrichtung ergänzt den Antrag und sendet diesen mit der Rechnung an den KVBW.
- Der KVBW bearbeitet den Antrag und zahlt den Beihilfebetrag direkt an die Einrichtung.
- Sie erhalten wie üblich den Beihilfebescheid zur Prüfung der Beihilfefestsetzung.

Am Leistungsumfang der Beihilfe und der Rechtsbeziehung zwischen Ihnen und der Beihilfestelle ändert sich durch das Direktabrechnungsverfahren nichts. Auch das Vertragsverhältnis zwischen Patient und stationärer Einrichtung bleibt hiervon unberührt. Nicht beihilfefähige Rechnungsanteile sind ggf. von Ihrer Krankenversicherung oder von Ihnen selbst zu begleichen.

6. 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.

Ein Beamter oder Dienstordnungsangestellter auf Widerruf oder auf Probe oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger (Ehegatte/Lebenspartner oder Kind) kann einen vorrangigen Anspruch auf Durchführung einer Rehabilitations- oder Kurmaßnahme haben, z. B. gegenüber einem Rentenversicherungsträger oder dem Versorgungsamt (nach den Bestimmungen des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch oder des Bundesversorgungsgesetzes). Dies ist u. a. dann der Fall, wenn bestimmte Wartezeiten oder Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt sind und eine verminderte Erwerbsfähigkeit droht. Teilen Sie uns bitte ggf. mit, ob ein solcher Anspruch besteht.

Bei Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung sind die beihilfefähigen Aufwendungen um die Leistungen der Krankenkasse zu kürzen. Die tatsächlich gewährten Leistungen sind jeweils betragsmäßig nachzuweisen; auch eine Ablehnung von der Krankenkasse muss bestätigt werden.

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.

Weitere Infos, z. B. die BVO, Rundschreiben und Merkblätter des KVBW, 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.

BF – 58_M 08/26