

Behandlung und Rehabilitation nach § 7 Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO)

	Seite
1. Stationäre Maßnahmen	2
2. Voranerkennungspflicht	2
3. 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.

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, im Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland 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 vorgeannten 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 beigegefügte „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. 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.

Die Einrichtung kann ihre Aufwendungen direkt mit der Beihilfestelle des KVBW abrechnen. Wenn Sie sich für dieses Antragsverfahren entscheiden, beachten Sie bitte folgende Vorgehensweise:

- Bitte fordern Sie bei uns den Kurzantrag zur Direktabrechnung 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.

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

Merkblatt Beihilfe

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

25. April 2024



	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	<p>Es können Restkosten verbleiben, wenn das Klinikentgelt die beihilfefähigen Aufwendungen übersteigt.</p> <p>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. Beihilfefähig sind außerdem getrennt ausgewiesene Pflegeentgelte sowie zusätzlich berechnete Entgelte, die dem Leistungsinhalt nach Anlagen 3a, 3b oder 4 des Fallpauschalenkatalogs entsprechen.</p> <p>Im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik richtet sich die Höhe nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP). Für jeden Behandlungstag wird die PEPP-Bewertungsrelation mit dem Betrag von 308 € multipliziert. Zusatzentgelte und Tagesentgelte nach Anlage 3 bzw. 5 des PEPP-Entgeltkatalogs sind ebenfalls beihilfefähig. Wenn weder das DRG- noch PEPP-System passen, wird bei stationärer Behandlung ein Tagessatz von 308 € berücksichtigt (teilstationär 231 €).</p> <p>Neben den o. g. Leistungen können beantragt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - belegärztliche Leistungen, - medizinisch notwendige Begleitperson, - Fahrkosten bis zu 120 € je einfache Fahrt, - Familien- und Haushaltshilfe. - Bei Zahlung des monatlichen Wahlleistungsbeitrags von 22 €: wahlärztliche Leistungen sowie gesondert berechnete "Wahlleistung Unterkunft" bis zur Höhe des Zweibettzimmers (max. 64,74 € täglich). Bei Verzicht auf Wahlleistungen kann beantragt werden: beim Zweibettzimmer 11 € pro Tag, bei wahlärztlichen Leistungen 22 €. 	<p>Gesonderte Berechnung/ Aufschlüsselung aller Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>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.</p>	<p>Gesonderte Berechnung/Aufschlüsselung aller Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>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.</p>	

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



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

BF	Beihilfenummer
Beihilfeberechtigter	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Name, Vorname des Patienten	

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

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



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

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

Ort, Datum

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!

Unterschrift/Stempel des Arztes

Ort, Datum