



stationäre Müttergenesungskuren oder Mutter / Vater – Kind - Kuren

Bei den o.a. Maßnahmen sind verschiedene Fallgestaltungen denkbar:

1. eine kurbedürftige Mutter unterzieht sich einer stationären Müttergenesungskur
2. eine kurbedürftige Mutter unterzieht sich mit einem bzw. mehreren Kindern einer Mutter-Kind-Kur
3. ein kurbedürftiges Kind unterzieht sich in Begleitung seiner Mutter einer Mutter-Kind-Kur
4. ein kurbedürftiger Vater unterzieht sich mit einem bzw. mehreren Kindern einer Vater-Kind-Kur
5. ein kurbedürftiges Kind unterzieht sich in Begleitung seines Vaters einer Vater-Kind-Kur.

Die o.a. Maßnahmen sind unter folgenden Voraussetzungen beihilfefähig:

1. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme **muss** nach § 6a Abs. 1 Satz 1 BVO in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder in einer gleichartigen Einrichtung durchgeführt werden, **die über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V verfügt**.
2. Die Beihilfenfestsetzungsstelle muss die Beihilfefähigkeit der o.a. stationären Rehabilitationsmaßnahme **vor Beginn der Maßnahme anerkannt haben** (§ 6a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe e BVO).

Die stationäre Reha-Maßnahme **kann nur anerkannt werden**, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- a. Vor der Stellung eines Antrags auf Genehmigung der stationären Reha-Maßnahme muss der Beihilfeberechtigte nach § 6a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe a BVO bereits drei Jahre beihilfeberechtigt gewesen sein (Wartezeit).



- b. Im laufenden oder in den drei vorangegangenen Kalenderjahren darf keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Reha-Maßnahme oder eine Maßnahme nach § 6 oder § 6a BVO durchgeführt worden sein. (§ 6a Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe b BVO NRW). Von der Einhaltung dieser Frist darf nur abgesehen werden, wenn der zuständige Amtsarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen für notwendig erachtet. Wird die stationäre Reha-Maßnahme ausschließlich auf Grund der Erkrankung eines Kindes notwendig, findet die vorstehende Regelung keine Anwendung (§ 6a Abs. 1 Satz 3 BVO).
 - c. Ambulante ärztliche Behandlungen und Heilbehandlungen außerhalb einer stationären bzw. ambulanten Reha-Maßnahme sind wegen der erheblich beeinträchtigten Gesundheit nicht ausreichend (§ 6a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe c BVO).
 - d. Die medizinische Notwendigkeit der stationären Reha-Maßnahme wurde vor Beginn durch eine begründete ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und durch ein Gutachten des zuständigen Amtsarztes bestätigt (§ 6a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe d BVO).
3. Die Reha-Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen worden sein (§ 6a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe f BVO).
 4. Die ordnungsgemäße Durchführung der stationären Reha-Maßnahme muss durch Vorlage eines Schlussberichtes oder in anderer geeigneter Weise nachgewiesen werden (§ 6a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe g BVO).

Was ist von Ihnen zu veranlassen?

Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt hat bereits im Rahmen der Verordnung überprüfbar zu begründen, warum die beantragte stationäre Rehabilitation nicht durch eine ambulante Maßnahme ersetzt werden kann. Im



Genehmigungsverfahren hat die Amtsärztin oder der Amtsarzt diese Ausführungen zu überprüfen und ggfs. zu bestätigen.

Die stationäre Rehabilitation muss in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden, die die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllt.

Eine stationäre Rehabilitation **kann für höchstens 23 Kalendertage** (einschließlich Reisetage) genehmigt werden. Bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu einer Dauer von 30 Kalendertagen. Eine weitergehende Verlängerung ist nicht möglich.

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass,

1. ein entsprechendes Votum der Amtsärztin oder des Amtsarztes vorausgesetzt, die Beihilfefähigkeit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme in der Regel **bei Lehrpersonen nur in der unterrichtsfreien Zeit (Sommerferien)** anerkannt werden kann. Außerhalb der Sommerferien ist eine Anerkennung nur in dringenden medizinischen Ausnahmefällen möglich.
2. begründete ärztliche Atteste sowie amtsärztliche Gutachten ihre medizinische Notwendigkeit im Anerkennungsverfahren für Heilmaßnahmen verfehlt haben, wenn sie älter als sechs Monate sind.

Antragstellung

Der formlose Antrag auf Genehmigung einer stationären Müttergenesungs- oder Mutter-/Vater-Kind Kur ist mit einem aussagekräftigen ärztlichen Attest, das auch die eingangs genannten Aussagen enthalten muss, bei der Beihilfestelle rechtzeitig, d.h. spätestens 2 Monate vor Beginn der geplanten Maßnahme, zu stellen.

Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zur / zum Beihilfeberechtigten
- Angaben zur Patientin / zum Patienten
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung
- Angaben zur Erreichbarkeit, Telefon, Fax, E-Mail Adresse.

Nach Eingang Ihres Antrages bittet die Beihilfenfestsetzungsstelle das zuständige Gesundheitsamt, im Rahmen einer Untersuchung zur Notwendigkeit der beantragten Reha-Maßnahme in einem Gutachten Stellung zu nehmen.



Die Kosten der amtsärztlichen Untersuchung sind zunächst von Ihnen zu tragen. Die Gebühren sind jedoch beihilfefähig und werden Ihnen nach einem Beihilfeantrag entsprechend Ihrem persönlichen Beihilfebemessungssatz erstattet.

Kosten

1. Die Kosten für **Unterkunft, Verpflegung und Behandlung** sind in Höhe der aktuellen Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat. Der **vereinbarte Pauschalsatz der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung umfasst sämtliche Kosten für Unterkunft, Verpflegung, ärztliche Leistungen, ärztlich verordnete Heilbehandlungen und ähnliches.**

Werden Ihnen daher **neben der vorgenannten vereinbarten Pauschale** zusätzliche Kosten für

- ärztliche Leistungen (z.B. für die Behandlung durch die Chefärztin oder den Chefarzt),
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen – soweit sie beihilfefähig sind-

in Rechnung gestellt **und** reichen Sie diese Kosten zur Erstattung ein, **ist die vorgenannte Pauschale um 30 v.H. zu kürzen**; der Restbetrag ist beihilfefähig. Die gesondert in Rechnung gestellten Leistungen sind beihilfefähig.

Wird die Preisvereinbarung der Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger **nicht vorgelegt**, wird für Unterkunft und Verpflegung lediglich ein Zuschuss in Höhe von 40,- € täglich gewährt.

Unterbringung und Verpflegung

In welchem Umfang Sie eine Beihilfe erhalten, richtet sich danach, in welcher Fallkonstellation (s.o.) die stationäre Maßnahme durchgeführt wird.

Es gilt der Grundsatz, dass für die **begleitende nicht kurbedürftige** Person bzw.

Personen **lediglich ein Zuschuss in Höhe von 40 Euro täglich** als Beihilfe gezahlt wird



Der mit einem Sozialversicherungsträger vereinbarte aktuelle Satz ist von der oder dem Beihilfeberechtigten durch eine Bescheinigung der Einrichtung nachzuweisen. In der Bescheinigung sind die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise zu benennen.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen, der ärztlich verordneten Heilbehandlungen – soweit sie beihilfefähig sind -, für das amtsärztliche Gutachten, Kurtaxe sowie den ärztlichen Schlussbericht sind beihilfefähig.

Zu den Kosten für Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird innerhalb Nordrhein-Westfalens ein Zuschuss von 50 Euro gewährt.

Bei einer durch die Amtsärztin oder den Amtsarzt festgestellten notwendigen Behandlung in einem Ort außerhalb Nordrhein-Westfalens wird ein Zuschuss von 100 Euro gewährt.

Beihilfeberechtigten mit Wohnsitz außerhalb von NRW werden pauschal 100 Euro, höchstens aber die tatsächlichen Kosten erstattet, die von der oder dem Beihilfeberechtigten nachzuweisen sind.

Treten mehrere Personen die beantragte stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 % und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 % gewährt.

Für **mitgenommene nicht behandlungsbedürftige** Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss von 40 Euro täglich einschließlich der Reisetage gewährt, soweit die Kosten der Unterbringung und Verpflegung dieser Kinder nicht im Rahmen der mit dem Sozialversicherungsträger getroffenen Vereinbarung für den oder die Behandlungsbedürftigen mit abgegolten sind, dies hat sich die Beihilfeberechtigte oder der Beihilfeberechtigte von der Einrichtung bescheinigen zu lassen. Der Zuschuss bezieht sich auf Fahrtkosten, Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung.

Berechnung der Beihilfe



Aus Gründen der Fürsorgepflicht mache ich Sie vorsorglich darauf aufmerksam, dass die Mehrzahl der privaten Versicherungen in ihren Quotentarifen keine Leistungen für eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur vorsehen.

Die Beihilfe darf zusammen mit der erbrachten Leistung einer Kranken- oder Unfallversicherung sowie den Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen.

Die Maßnahme ist mit einem Beihilfeantrag abzurechnen.

Dem Beihilfeantrag sind beizufügen

- der ärztliche Schlussbericht,
- alle Kostenbelege,
- eine Bescheinigung der Einrichtung über eine aktuelle Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, aus der die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise hervorgehen, ebenfalls ist eine Auskunft darüber zu geben, ob in der Preisvereinbarung die Leistungen für nicht behandlungsbedürftige Familienmitglieder enthalten sind, sowie
- ein Erstattungsnachweis der Krankenversicherung.