

INFORMATIONSBLATT ZUR BEIHILFEFÄHIGKEIT DER AUFWENDUNGEN FÜR MUTTER-KIND- ODER VATER-KIND-REHABILITATIONSMAßNAHMEN nach § 29 Abs. 1 Nr. 3 bzw. Mutter-Kind oder Vater-Kind-Vorsorgeleistungen nach § 38 Abs. 5 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO)

Zur besseren Lesbarkeit dieses Informationsblattes wurde auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet. Die nachfolgenden Ausführungen gelten sowohl für Mutter-Kind- Rehabilitationsmaßnahmen/-Vorsorgeleistungen als auch für Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen/-Vorsorgeleistungen.

In der Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme sollen vorhandene Erkrankungen der Mutter und des Kindes/der Kinder geheilt werden. Die Mutter-Kind-Vorsorgeleistung dient der Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, der Vermeidung der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes, der Vorbeugung vor Erkrankungen, der Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen oder der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit der Mutter und des Kindes/der Kinder.

Voraussetzungen:

- Es handelt sich um eine stationäre Behandlung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder eine andere nach § 41 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) als gleichwertig anerkannte Einrichtung. Um eine als gleichwertig anerkannte Einrichtung handelt es sich, wenn ein Versorgungsvertrag nach § 111 a SGB V zwischen der Einrichtung und der gesetzlichen Krankenkasse besteht.
- Die Mutter-Kind Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung muss ärztlich verordnet sein.
- Die Notwendigkeit der Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung muss von der Beihilfefestsetzungsstelle vor deren Beginn anerkannt werden (Anerkennungsverfahren). Die Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung ist medizinisch notwendig, wenn

a) – bei einer Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme –

eine ambulante ärztliche Behandlung und eine ambulante Anwendung von Heilmitteln am Wohnort oder einer wohnortnahen Einrichtung zur Erreichung der Rehabilitationsziele wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind oder

b) – bei einer Mutter-Kind-Vorsorgeleistung –

eine ärztliche Behandlung und eine Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht ausreichen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen, eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes zu vermeiden, einer Erkrankung vorzubeugen oder die Verschlimmerung einer Erkrankung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden

und die Einrichtung, in der die Rehabilitationsmaßnahme/Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll, geeignet ist.

- In den letzten vier Jahren darf keine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 NBhVO (ausgenommen die Anschlussrehabilitation) bzw. medizinische Vorsorgeleistung nach § 38 Abs. 4 bis 6 NBhVO durchgeführt und beendet worden sein. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme/Vorsorgeleistung vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

- Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen (hierzu zählen auch ärztliche Leistungen) in Höhe der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialleistungsträger in Rechnung stellt, für höchstens 21 Tage (ohne Anreise- und Abreisetag),

- Fahrtkosten bei An- und Abreise: Bei Nutzung regelmäßig verkehrender öffentlicher Beförderungsmittel sind nach § 26 Abs. 4 NBhVO die tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig, jedoch maximal bis zur niedrigsten Klasse. Höhere Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnte. Hierzu benötige ich eine schriftliche ärztliche Bescheinigung. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind 0,20 Euro je Kilometer beihilfefähig; maßgeblich ist die mit einem privaten Kraftfahrzeug üblicherweise zurückzulegende kürzeste Strecke zwischen der Wohnung und der Einrichtung. Unabhängig von der Art der Beförderung werden aber nicht mehr als 200 Euro für die Gesamtmaßnahme erstattet. Weiterhin für
- die Kurtaxe,
- den ärztlichen Schlussbericht,
- ggf. eine Haushaltshilfe (sofern die den Haushalt führende Person eine Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung durchführt, im Haushalt eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann) und
- ggf. die Kosten einer Begleitperson (in eingeschränkter Höhe), wenn die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird. Bei der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung ist in der Regel eine Begleitperson nicht erforderlich, da davon auszugehen ist, dass die Einrichtung über entsprechend qualifiziertes Pflege- und Betreuungspersonal verfügt.

Bitte beachten Sie, dass sich die beihilfefähigen Aufwendungen ggf. um die beihilferechtlich vorgeschriebenen Eigenbehalte mindern. Die Höhe der Eigenbehalte entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt zu den Eigenbehalten und Belastungsgrenzen.

Dauer

Unterkunft und Verpflegung und pflegerische Leistungen sind höchstens für 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) beihilfefähig. Eine Verlängerung einer Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung ist nicht beihilfefähig.

Bitte beachten Sie:

- Vor Beginn der Behandlung sollten Sie sich in jedem Fall bei Ihrer Krankenversicherung nach den dortigen Leistungen erkundigen, weil diese von den Leistungen der Beihilfe teilweise erheblich abweichen.
- Die erforderlichen Antragsvordrucke (Antrag Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung und fachärztliche Bescheinigung) erhalten Sie bei Ihrer Beihilfestelle. Hält Ihr behandelnder Arzt bei Ihnen eine Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung für notwendig, bescheinigt er Ihnen die medizinische Notwendigkeit und macht einen Vorschlag zur Einrichtung der geplanten Maßnahme/Leistung.
- Für Kinder sind Aufwendungen auch dann beihilfefähig, wenn sie selbst nicht behandlungsbedürftig sind. Dann hat der Arzt jedoch zu bescheinigen, dass ihre Einbeziehung für den Erfolg der Maßnahme/Leistung Voraussetzung ist (z.B. Unzumutbarkeit der Trennung von Mutter und Kind wegen besonderer familiärer Verhältnisse oder des Alters des Kindes, weil das Kind sonst nicht versorgt werden könnte). In diesen Fällen sind die Aufwendungen für das Kind der Mutter zuzurechnen.
- Wenn allein das Kind behandlungsbedürftig ist, handelt es sich nicht um eine Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung. In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme/Vorsorgeleistung für das Kind zu beantragen.
- Idealerweise lassen Sie sich von der gewählten Einrichtung bescheinigen, dass es sich um eine Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder eine andere, nach § 41 SGB V als gleichwertig anerkannte Einrichtung handelt und in welcher Höhe mit einem Sozialleistungsträger Entgelte für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen vereinbart wurden.
- Den von Ihnen ausgefüllten Antrag auf Anerkennung der Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung, die fachärztliche Stellungnahme Ihres Arztes und die Bescheinigung der Einrichtung senden Sie an Ihre Beihilfestelle.
- Während des Anerkennungsverfahrens prüft die Beihilfestelle, ob alle Voraussetzungen für die Bewilligung der Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung vorliegen. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Maßnahme/Leistung als beihilfefähig anerkannt. Sie erhalten hierzu einen entsprechenden Bescheid.
- Für den Zeitraum der Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme/-Vorsorgeleistung wird Sonderurlaub gewährt. Bitte setzen Sie sich rechtzeitig mit Ihrer Personalstelle in Verbindung.
- Sofern die Einrichtung Vorkasse verlangt, kann ein Abschlag gewährt werden. Den entsprechenden Vordruck auf Abschlagzahlung erhalten Sie bei Ihrer Beihilfestelle.

- **Wichtig:** Wird die Maßnahme/Leistung vor Anerkennung der Beihilfefähigkeit angetreten bzw. nach der Anerkennung nicht innerhalb von 6 Monaten begonnen, besteht nur ein eingeschränkter Anspruch auf Kostenerstattung. Beihilfefähig sind dann grundsätzlich nur die Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel sowie für ärztlich verordnete Heilmittel.
- Nach Abschluss der Maßnahme/Leistung legen Sie die in diesem Zusammenhang angefallenen Rechnungen der Beihilfestelle zur Festsetzung der Beihilfe vor. Beachten Sie bitte die Antragsfrist von einem Jahr.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung.
Ihre Niedersächsische Versorgungskasse
– Abteilung Beihilfen –