

## Stationäre Müttergenesungskur

### Mutter/Vater-Kind-Kur

#### - rechtliche Voraussetzungen und beihilfefähige Aufwendungen -

Sehr geehrte Beihilfeberechtigte, sehr geehrter Beihilfeberechtigter,  
die Kosten einer stationären Müttergenesungskur sowie einer Mutter/Vater-Kind-Kur sind nach § 6a Beihilfenverordnung (BVO) grundsätzlich beihilfefähig. Welche Voraussetzungen hierzu erfüllt werden müssen, haben wir in diesem Info-Blatt dargelegt.

**Informieren Sie sich auf unserer Homepage unter**  
[www.brms.nrw.de/Beihilfe](http://www.brms.nrw.de/Beihilfe)

Die BVO finden Sie auf der Homepage der Beihilfenfestsetzungsstelle unter der Rubrik "Rechtsvorschriften".

Eine stationäre Müttergenesungskur bzw. eine Mutter/Vater-Kind-Kur sind in den folgenden Fallkonstellationen möglich:

- a) eine kurbedürftige Mutter unterzieht sich einer stationären Müttergenesungskur
- b) eine kurbedürftige Mutter unterzieht sich mit einem bzw. mehreren Kindern einer Mutter-Kind-Kur
- c) ein kurbedürftiges Kind unterzieht sich in Begleitung seiner Mutter einer Mutter-Kind-Kur
- d) ein kurbedürftiger Vater unterzieht sich mit einem bzw. mehreren Kindern einer Vater-Kind-Kur
- e) ein kurbedürftiges Kind unterzieht sich in Begleitung seines Vaters einer Vater-Kind-Kur.



An dieser Stelle sei bereits angemerkt, dass sich der Umfang der gezahlten Beihilfe bei den unterschiedlichen Fallkonstellationen erheblich voneinander unterscheidet.

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Ihnen zu einer der oben

aufgeführten Maßnahmen eine Beihilfe gezahlt wird?

1. Die stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss nach § 6a Abs. 1 Satz 1 BVO in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes (§ 24 SGB V) oder in einer gleichartigen Einrichtung (§ 41 Abs. 1 SGB V) 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 von der Beihilfenfestsetzungsstelle nur anerkannt werden, wenn die folgenden 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 (bei Beamten und Richtern, die Dienstbezüge erhalten und das 63. Lebensjahr vollendet haben, im laufenden oder vorangegangenen Kalenderjahr) darf keine als beihilfefähig anerkannte stationäre Reha-Maßnahme oder eine Maßnahme nach § 6 oder § 6a durchgeführt worden sein (vgl. § 6a Abs. 2 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 (vgl. § 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).

**Achtung!**

Die stationäre Reha-Maßnahme ist grundsätzlich höchstens für eine Dauer von 23 Kalendertagen (einschließlich Reisetage) beihilfefähig. Bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu einer Dauer von 30 Kalendertagen. Eine Verlängerung ist nicht möglich.

Was haben Sie zu veranlassen, wie sollten Sie vorgehen?

Besprechen Sie zunächst mit dem behandelnden Arzt, ob eine stationäre Reha-Maßnahme die geeignete Therapie zur Behandlung der festgestellten Beschwerden ist, und in welcher Einrichtung die Behandlungsmaßnahme durchgeführt werden soll. Sind Sie im Schuldienst tätig, sollten Sie den behandelnden Arzt darauf aufmerksam machen, dass die stationäre Reha-Maßnahme grundsätzlich in der unterrichtsfreien Zeit durchgeführt werden muss (Sommerferien). Außerhalb der unterrichtsfreien Zeit wird eine stationäre Reha-Maßnahme nur genehmigt, wenn die Notwendigkeit vom Amtsarzt im Gutachten ausdrücklich attestiert wird.

**Achtung!**

Die stationäre Reha-Maßnahme muss in einer Einrichtung durchgeführt werden, welche über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V verfügt. Wurde die Reha-Maßnahme in einer Einrichtung durchgeführt, welche die o.a. Voraussetzung nicht erfüllt, ist die Maßnahme nicht beihilfefähig. Nach § 6a Abs. 2 Satz 2 i.V. mit § 6 Abs. 3 BVO sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung für die kurbedürftige Person in Höhe der Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat.

Lassen Sie sich von der ausgewählten Reha-Einrichtung Unterlagen übersenden, aus denen hervorgeht, dass diese über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB

V verfügt.

Lassen Sie sich weiterhin die Preisvereinbarung (Pauschale) mitteilen, welche die Reha-Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat.

Haben Sie sich für eine Einrichtung entschieden, in der die Maßnahme durchgeführt werden soll, lassen Sie sich von Ihrem Arzt ein ärztliches Attest ausstellen, aus dem die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung einer entsprechenden Maßnahme hervorgeht.

Erkundigen Sie sich bei Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV), welche Erstattungsansprüche Sie gegenüber der PKV bei der Durchführung der stationären Reha-Maßnahme haben.

Stellen Sie rechtzeitig vor dem beabsichtigten Behandlungsbeginn bei der Beihilfenfestsetzungsstelle einen formlosen Antrag auf Anerkennung der Notwendigkeit der Reha-Maßnahme. Fügen Sie diesem Antrag bitte das ärztliche Attest und die Ihnen vorliegenden Unterlagen der Einrichtung bei.

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 dem anzuwendenden Beihilfebemessungssatz erstattet.

Liegt das Gutachten des Amtsarztes / der Amtsärztin der Beihilfenfestsetzungsstelle vor, erhalten Sie von dieser einen Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheid. Aus dem Bewilligungsbescheid gehen alle wichtigen Informationen zur beabsichtigten Reha-Maßnahme hervor.

Sobald Sie die Reha-Maßnahme abgeschlossen haben, können sie die Ihnen entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen mit einem Beihilfeantrag geltend

machen. Neben den Rechnungen müssen Sie dem Beihilfeantrag Unterlagen beifügen, aus denen hervorgeht, dass die Einrichtung über einen Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V verfügt. Weiterhin ist der ärztliche Schlussbericht beizufügen.

Fügen Sie Ihrem Beihilfeantrag auch eine Bescheinigung der Reha-Einrichtung bei, aus der hervorgeht, in welcher Höhe diese mit einem Sozialversicherungsträger eine Preisvereinbarung (Pauschale) vereinbart hat.

**Achtung!**

Wird die Reha-Maßnahme nicht innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Bewilligungsbescheides begonnen, ist ein neues Anerkennungsverfahren durchzuführen (vgl. § 6a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 7 Abs. 2 Buchstabe f BVO NRW).

Welche Aufwendungen sind beihilfefähig?

Wenden wir uns nun der Frage zu, welche Aufwendungen im Einzelnen beihilfefähig sind.

Ärztliche Leistungen und Arzneimittel

Beihilfefähig sind:

- a) Kosten für ärztliche Untersuchungen, Beratung und Verrichtung (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 BVO),
- b) Kosten für Arzneimittel (§ 4 Abs. 1 Nr. 7 BVO),
- c) Kosten für ärztlich verordnete Heilbehandlungen, z.B. Bäder, Massagen, Krankengymnastik (§ 4 i BVO).

Die Kosten für Heilbehandlungen sind nur bis zur Höhe der im Leistungsverzeichnis für ärztlich verordnete Heilbehandlungen aufgeführten Höchstbeträge beihilfefähig (vgl. Anlage 5 zur BVO).

Unterbringung und Verpflegung

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

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in der Höhe der

Preisvereinbarung (Pauschale) beihilfefähig, die die Kureinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger getroffen hat.

Beispiel:

Stationäre Reha-Maßnahme für 23 Tage. 23 x 110 Euro (Pauschale) = 2.530,00 Euro beihilfefähiger Betrag. 50 v.H. (persönlicher Bemessungssatz) von 2.530,00 Euro = 1.265,00 Euro Beihilfe.

**Achtung! Sehr wichtig!**

Werden von der Reha-Klinik neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Leistungen für ärztliche Leistungen, Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen sowie für Heilbehandlungen (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1, 7 oder § 4i BVO NRW) gesondert in Rechnung gestellt, ist die Pauschale nach § 6 a Abs. 2 i.V.m. § 6 Abs. 3 Satz 2 BVO NRW um 30 v.H. zu kürzen. Die von der Reha-Klinik gesondert in Rechnung gestellten Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig.

Beispiel:

Die Beihilfeberechtigte X. hat eine 23-tägige stationäre Müttergenesungskur absolviert. Mit ihrem Beihilfeantrag legt sie eine Rechnung über die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 2.714,00 Euro (Pauschale) sowie eine Rechnung über ärztliche Wahlleistungen in Höhe von 320,45 Euro vor. Die Pauschale der Einrichtung des Müttergenesungswerks beträgt 118,00 Euro.

Da die Beihilfeberechtigte X. neben der Rechnung über die Pauschale weiterhin eine Rechnung über ärztliche Wahlleistungen vorlegt, ist die Beihilfenfestsetzungsstelle nach § 6a Abs. 2 i.V.m. § 6 Abs. 3 Satz 2 BVO verpflichtet, die Pauschale um 30 v.H. zu kürzen.

Es ergibt sich daher die folgende Rechnung:

23 Tage x 118,00 Euro tägliche Pauschale = 2.714,00 Rechnungsbetrag ./. 814,20 Euro (Kürzung der Pauschale um 30 v.H.) = 1.899,80 Euro beihilfefähig. Davon 50 v.H. (Bemessungssatz) = 949,90 Euro Beihilfe

Legen Sie die Preisvereinbarung (Pauschalbetrag) zwischen der Reha-Einrichtung und einem Sozialversicherungsträger der Beihilfestelle nicht vor, wird zu den Fahrkosten, den Kosten für die Kurtaxe sowie den Kosten für Unterkunft und Verpflegung lediglich ein Zuschuss nach § 7 Abs. 3 S. 2 BVO NRW in Höhe von 60,00 Euro täglich gewährt (vgl. hierzu ausdrücklich § 6 a Abs. 2 S. 2 i. V. m. Ziffer 6.3.2 der Verwaltungsvorschriften zur BVO NRW).

Verfügt die Reha-Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung

bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens jedoch 120 Euro täglich beihilfefähig. Welche Tagessätze in einer solchen Reha-Einrichtung gelten, haben Sie ggfls. der Beihilfestelle durch die Vorlage eines Prospektes mit Preistafel der Reha-Einrichtung nachzuweisen.

Nebenkosten (Fahrtkosten, Kurtaxe, amtsärztliches Gutachten, ärztlicher Schlussbericht)

Zu den Kosten der Hin- und Rückfahrt einschließlich der Gepäckbeförderung wird gemäß § 6a Abs. 2 i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 7 BVO NRW bei notwendiger Behandlung in einem Ort außerhalb von Nordrhein-Westfalen insgesamt ein Zuschuss von 100 Euro, innerhalb von Nordrhein-Westfalen von 50 Euro gezahlt. Hat also der Amtsarzt festgestellt, dass die stationäre Reha-Maßnahme auch in einer Einrichtung in Nordrhein-Westfalen durchgeführt werden kann, wird lediglich ein Fahrtkostenzuschuss in Höhe von 50 Euro gezahlt. Treten mehrere Personen (einschließlich Begleitperson) die Maßnahme gleichzeitig mit einem privaten Personenkraftwagen an, wird der Zuschuss für die erste Person zu 100 v. H. und für den/die Mitfahrer zu jeweils 50 v. H. gewährt.

Nach § 6a Abs. 2 Satz 1 sind die Kurtaxe, das amtsärztliche Gutachten sowie der ärztliche Schlussbericht beihilfefähig.

Begleitperson

Bei Menschen mit Behinderungen, bei denen die Notwendigkeit einer ständigen Begleitperson behördlich festgestellt ist (Schwerbehindertenausweis) sowie bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, die aus medizinischen Gründen einer Begleitperson bedürfen und dies ärztlich bescheinigt ist, wird zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Kurtaxe der Begleitperson ein Zuschuss von 40 Euro täglich gezahlt.

Mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder

Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird jeweils zu den Aufwendungen für Kurtaxe sowie Unterkunft und Verpflegung 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 ist (vgl. Ziffer 6a.2.1 der  
Verwaltungsvorschriften zur BVO - VVzBVO - (Die VVzBVO finden Sie auf unserer  
Homepage unter der Rubrik " Rechtsvorschriften“).