

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Mutter-Kind oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen gem. § 29 Abs. 1 Nr. 2 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO)

Zur besseren Lesbarkeit dieses Informationsblattes wurde auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Formulierungen verzichtet. Die nachfolgenden Ausführungen gelten sowohl für Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen als auch für Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen. In der Mutter-Kind-Rehabilitationsmaßnahme sollen vorhandene Erkrankungen der Mutter und des Kindes / der Kinder geheilt werden.

Voraussetzungen

- Es handelt sich um eine stationäre Behandlung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder eine andere nach § 41 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (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 Rehabilitationsmaßnahme muss ärztlich verordnet sein.
- Die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme muss von der Beihilfefestsetzungsstelle vor deren Beginn anerkannt werden (Anerkennungsverfahren). Die Rehabilitationsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn eine ambulante ärztliche Behandlung und die Anwendung von Heilmitteln am Wohnort oder einer wohnortnahen Einrichtung für die Erreichung der Rehabilitationsziele wegen erheblich beeinträchtigter Gesundheit nicht ausreichend sind und die Einrichtung, in der die Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden soll, geeignet ist.
- In den letzten vier Jahren darf keine als beihilfefähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme nach § 29 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 NBhVO (ausgenommen die Anschlussrehabilitation), durchgeführt und beendet worden sein. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen
- ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Heilmittel
- ärztlich verordnete Hilfsmittel,
- Unterkunft, Verpflegung und pflegerische 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 Beförderungsmittel sind die tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig; jedoch maximal bis zur niedrigsten Klasse. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs 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 sind aber nicht mehr als 200 Euro für die Hin- und Rückfahrt beihilfefähig.),
- die Kurtaxe,
- den ärztlichen Schlussbericht,
- ggf. eine Haushaltshilfe (sofern die den Haushalt führende Person eine Rehabilitationsmaßnahme 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 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, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind höchstens für 21 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) beihilfefähig. Eine Verlängerung einer Mutter-Kind-Rehabilitation 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 Antragsformulare (Antrag der Maßnahme und fachärztliche Bescheinigung) erhalten Sie bei Ihrer Beihilfestelle. Hält Ihr behandelnder Arzt bei Ihnen eine Rehabilitationsmaßnahme für notwendig, bescheinigt er Ihnen die medizinische Notwendigkeit und schlägt eine Rehabilitationseinrichtung vor.
- 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 Voraussetzung ist (z. B. weil eine Trennung von der Mutter aufgrund des Alters des Kindes nicht in Betracht kommt oder die Mutter wegen fehlender anderweitiger Betreuungsmöglichkeiten des Kindes eine Rehabilitationsmaßnahme nicht in Anspruch nehmen würde). 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. In diesem Fall ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme 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 Rehabilitationsmaßnahme, 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 Rehabilitationsmaßnahme vorliegen. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Maßnahme als beihilfefähig anerkannt. Sie erhalten hierzu einen entsprechenden Bescheid.
- Sofern die Einrichtung Vorkasse verlangt, kann ein Abschlag gewährt werden. Den entsprechenden Vordruck auf Abschlagszahlung erhalten sie bei Ihrer Beihilfestelle.
- **Wichtig:** Wird die Maßnahme vor Anerkennung der Beihilfefähigkeit angetreten bzw. nach der Anerkennung nicht innerhalb von 4 Monaten begonnen, besteht nur ein eingeschränkter Anspruch auf Kostenerstattung. Beihilfefähig sind dann nur die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, für ärztlich verordnete Arzneimittel sowie für ärztlich verordnete Heilmittel.
- Nach Abschluss der Maßnahme legen Sie die in diesem Zusammenhang angefallenen Rechnungen der Beihilfestelle zur Festsetzung der Beihilfe vor. Beachten Sie bitte die Antragsfrist von einem Jahr.

Für weitere Auskünfte stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Beihilfeabteilung – auch telefonisch – gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre NKVK