



# Merkblatt

Stand: 01/2025

über die Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter oder Väter, auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen (§ 43 Absatz 6 BVO)

## 1. Was ist unter einer medizinischen Vorsorgeleistung zu verstehen (Abgrenzung zur Sanatoriumsbehandlung)?

Leistungen der Vorsorge dienen dazu, Krankheiten zu verhüten oder die bereits geschwächte Gesundheit zu verbessern, um eine drohende Krankheit zu verhindern. Im Gegensatz dazu werden im Rahmen einer Sanatoriumsbehandlung die Folgen einer Erkrankung behandelt.

Aufwendungen für eine medizinische Vorsorgeleistung sind beihilfefähig, wenn die Vorsorgeleistung medizinisch notwendig ist und 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
- die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Behandlung findet in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in gleichartigen Einrichtungen statt.

## 2. Wer kann Beihilfen für eine medizinische Vorsorgeleistung erhalten?

Der beihilfeberechtigten Person können Beihilfen zu Aufwendungen für eine medizinische Vorsorgeleistung gewährt werden, die ihr für eine eigene Behandlung oder für eine Behandlung von berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, Lebenspartnerin/Lebenspartner und Kinder) entstanden sind.

## 3. Muss eine medizinische Vorsorgeleistung vorher anerkannt werden?

Beihilfen zu Aufwendungen für eine medizinische Vorsorgeleistung können Ihnen nur gewährt werden, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit der Leistung vor Antritt der Maßnahme schriftlich anerkannt hat und die Maßnahme innerhalb von vier Monaten nach der Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides angetreten wird. Dieses Merkblatt gibt Ihnen einen Überblick über die wesentlichen Voraussetzungen,

die vorliegen müssen, damit Ihnen ein solcher Anerkennungsbescheid erteilt werden kann.

#### **4. Wie wird eine medizinische Vorsorgeleistung beantragt?**

Der Antrag ist rechtzeitig vor Durchführung der Maßnahme formlos unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung zu stellen. Aus dieser muss hervorgehen, dass die Vorsorgeleistung dringend medizinisch notwendig ist und eine ärztliche Behandlung und eine Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln nicht ausreichen, um die unter Punkt 1. genannten Ziele zu erreichen. Des Weiteren ist eine geeignete Einrichtung, in der die medizinische Vorsorgeleistung durchgeführt werden soll, zu benennen.

#### **5. Wie sieht das weitere Verfahren aus?**

Die Beihilfestelle entscheidet auf der Grundlage der vorgelegten ärztlichen Bescheinigung über Ihren Antrag und Sie erhalten hierzu einen Bescheid.

#### **6. Welche Aufwendungen sind nach der Anerkennung beihilfefähig?**

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für

- a) ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der jeweiligen Gebührenordnung (§ 8 Absatz 3 Nummern 1 - 3 BVO),
- b) heilpraktische Leistungen bis zu den nach Anlage 5 zu § 8 Absatz 3 Satz 4 BVO bestimmten Höchstbeträgen,
- c) vor der Anschaffung ärztlich verordnete beihilfefähige Arznei- und Verbandmittel,
- d) zuvor ärztlich verordnete Heilbehandlungen bis zu den im „Leistungsverzeichnis für Heilbehandlungen“ bestimmten Höchstbeträgen (§ 22 BVO in Verbindung mit Anlage 3),
- e) vor der Anschaffung ärztlich verordnete beihilfefähige Hilfsmittel (§ 34 BVO in Verbindung mit Anlage 4),
- f) Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes für ein Einbettzimmer der Einrichtung für den anerkannten Zeitraum für höchstens 30 Tage,
- g) den Schlussbericht der Kurärztin oder des Kurarztes,
- h) die Kurtaxe,
- i) Fahrtkosten.

Aufwendungen für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden sind nicht beihilfefähig.

Bitte beachten Sie, dass zu den beihilfefähigen Aufwendungen eine Beihilfe in Höhe des persönlichen Beihilfebemessungssatzes gewährt wird.

Die Einrichtungen haben unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten. Zum Beispiel werden statt Einzelabrechnungen auch (hauseigene) (Teil-)Pauschalen in Rechnung gestellt, die im Einzelfall erhebliche Auswirkungen auf die Beihilfe und damit auf die Höhe Ihres Eigenbeitrages haben können. Daher beachten Sie bitte Folgendes:

#### **A. Umfassende Tages-/Behandlungspauschale (vollpauschalierte Abrechnung):**

Stellt die Einrichtung die Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen, psychotherapeutischen und heilpraktischen Leistungen, die Arzneimittel, die Heilbehandlungen, die Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke, den ärztlichen Schlussbericht sowie die Unterkunft und die Verpflegung pauschal in Rechnung, kann eine solche Pauschale dem Grunde nach nur dann anerkannt werden, wenn hierfür eine Preisvereinbarung mit einem Träger der Sozialversicherung besteht. In diesem Fall sind die Aufwendungen jedoch nur bis zur Höhe dieses vereinbarten Pauschalpreises beihilfefähig. Gegebenenfalls daneben zusätzlich in Rechnung gestellte Entgelte für ein Einbettzimmer, eine bessere Unterkunft oder ärztliche (Wahl-)Leistungen sind nicht beihilfefähig (auch nicht, wenn Sie den Wahlleistungsbeitrag von 26,00 € monatlich zahlen). Neben einer pauschalen Abrechnung können nur noch die Aufwendungen für die Kurtaxe und die Fahrtkosten als beihilfefähig anerkannt werden.

Rechnet die Einrichtung pauschal ab, ohne dass eine Preisvereinbarung mit einem Träger der Sozialversicherung besteht, ist die berechnete Pauschale nicht beihilfefähig. In diesem Fall kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn die Leistungen jeweils einzeln abgerechnet werden.

#### **B. Nicht umfassende Tages-/Behandlungspauschale (teilpauschalierte Abrechnung):**

Beinhaltet die von der Einrichtung in Rechnung gestellte Pauschale nicht alle Aufwendungen für die ärztlichen, zahnärztlichen, psychotherapeutischen und heilpraktischen Leistungen, die Arzneimittel, die Heilbehandlungen, die Hilfsmittel und Geräte zur Selbstbehandlung und Selbstkontrolle sowie Körperersatzstücke, den ärztlichen Schlussbericht sowie die Unterkunft und die Verpflegung, sondern werden zum Beispiel Heilbehandlungen oder die ärztlichen Leistungen neben dieser Pauschale immer gesondert in Rechnung gestellt, handelt es sich nicht um eine pauschale Abrechnung im Sinne des Beihilferechtes.

Als angemessen wird in diesem Fall nur der mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem Rentenversicherungsträger vereinbarte Pauschalpreis anerkannt. Die Teilpauschale sowie die daneben gesondert berechneten Aufwendungen sind insgesamt nur bis zur Höhe dieses Pauschalpreises beihilfefähig.

Sofern keine Preisvereinbarung mit einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem Rentenversicherungsträger besteht, kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn die Leistungen jeweils einzeln abgerechnet werden.

Es wird ausdrücklich empfohlen, die Abrechnungsmodalitäten rechtzeitig vor Behandlungsbeginn mit der Einrichtung abzuklären.

#### **7. Wie hoch ist die Beihilfe zu den Fahrtkosten?**

An- und Abreise sind unabhängig vom genutzten Beförderungsmittel (Taxi/Mietwagen, privater Pkw, öffentliche Verkehrsmittel) in Höhe von 0,28 € je Kilometer, höchstens bis zu 200,00 € beihilfefähig. Hierbei ist die kürzeste Straßenverbindung zwischen dem

Wohnort und der Einrichtung zugrunde zu legen. Bei gemeinsamer An- und Abreise mehrerer Personen, für die die Maßnahme anerkannt wurde, mit einem PKW sind die Fahrtkosten insgesamt nur einmal beihilfefähig.

Abweichend hiervon sind die Kosten für einen aus medizinischen Gründen notwendigen Transport mit einem Krankentransportwagen bis zu den nach dem jeweiligen Landesrecht berechneten Beträgen beihilfefähig. Bitte legen Sie hierfür ggf. eine entsprechende ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung vor.

#### **8. Kann eine medizinische Vorsorgeleistung verlängert werden?**

Eine medizinische Vorsorgeleistung kann über den anerkannten Zeitraum von höchstens 30 Tagen (vergleiche Ziffer 6 Nr. 6 des Merkblattes) hinaus verlängert werden, wenn die/der behandelnde Ärztin/Arzt in der Einrichtung die Notwendigkeit aus dringenden gesundheitlichen Gründen bestätigt. Diese Bestätigung legen Sie bitte der Beihilfestelle für die Verlängerung rechtzeitig vor.

#### **9. Kann eine Begleitperson zur medizinischen Vorsorgeleistung mitgenommen werden und welche Kosten sind für eine Begleitperson beihilfefähig?**

Aufwendungen einer Begleitperson sind nur dann beihilfefähig,

- wenn die begleitete Person schwerbehindert ist und für sie die Notwendigkeit einer Begleitperson behördlich festgestellt ist (Merkzeichen B im Schwerbehindertenausweis)

sowie

- bei Kindern, die aufgrund des Alters und ihrer eine Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung eine Begleitung zur Nachsorge benötigen.

Für die Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson sind die Aufwendungen bis zu 70 % des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig, wenn die Begleitperson in der Einrichtung untergebracht ist.

Des Weiteren sind die Aufwendungen der Begleitperson für die Kurtaxe und die Kosten für die An- und Abreise beihilfefähig.

Die Aufwendungen der Begleitperson gelten als Aufwendungen der begleiteten Person. Für die Bemessung der Beihilfe wird daher der Beihilfebemessungssatz der begleiteten Person zugrunde gelegt.

#### **10. Welche Besonderheiten gelten, wenn mehrere Familienmitglieder gleichzeitig eine medizinische Vorsorgeleistung in derselben Einrichtung durchführen?**

Bei gleichzeitiger Behandlung einer beihilfeberechtigten Person und/oder von berücksichtigungsfähigen Angehörigen in derselben Einrichtung sind

- die Kosten für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Satzes für ein Zwei- oder Mehrbettzimmer beihilfefähig, wenn alle gemeinsam in einem Zwei- oder Mehrbettzimmer untergebracht sind; der beihilfefähige Betrag ist jedoch begrenzt auf das entsprechende Mehrfache des niedrigsten Satzes für ein Einbettzimmer,

- die Fahrtkosten bei gemeinsamer An- und Abreise mit einem Personenkraftwagen insgesamt nur einmal beihilfefähig.

**11. Welche Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit einer medizinischen Vorsorgeleistung nicht vor Antritt der Maßnahme anerkannt hat?**

Führen Sie und/oder Ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine medizinische Vorsorgeleistung durch, ohne dass die Beihilfestelle die Beihilfefähigkeit der Maßnahme vorher schriftlich anerkannt hat, müssen Sie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, den ärztlichen Schlussbericht, die Kurtaxe und die Fahrtkosten selbst tragen. Eine Beihilfe kann Ihnen in diesem Fall nur gewährt werden zu Aufwendungen für

- ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der jeweiligen Gebührenordnung (§ 8 Absatz 3 Nummern 1 - 3 BVO)
- heilpraktische Leistungen bis zu den nach Anlage 5 zu § 8 Absatz 3 Satz 4 BVO bestimmten Höchstbeträgen,
- vor der Anschaffung ärztlich verordnete beihilfefähige Arznei- und Verbandmittel,
- zuvor ärztlich verordnete Heilbehandlungen bis zu den im „Leistungsverzeichnis für Heilbehandlungen“ bestimmten Höchstbeträgen (§ 22 BVO in Verbindung mit Anlage 3),
- vor der Anschaffung ärztlich verordnete beihilfefähige Hilfsmittel (§ 34 BVO in Verbindung mit Anlage 4).

**12. Kann während der medizinischen Vorsorgeleistung und gegebenenfalls im Anschluss daran eine Familien- oder Haushaltshilfe in Anspruch genommen werden?**

Während der Unterbringung in der Einrichtung kann eine Familien- oder Haushaltshilfe in Anspruch genommen werden, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die den Haushalt führende Person kann wegen der auswärtigen Unterbringung in der Einrichtung den Haushalt nicht weiterführen und dies kann auch keine andere im Haushalt lebende Person. Diese Person, ausgenommen Alleinerziehende, ist nicht oder nur geringfügig (durchschnittlich weniger als 50 % der regelmäßigen Arbeitszeit einer vollbeschäftigten Person) erwerbstätig.
- Im Haushalt verbleibt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Im Anschluss an eine medizinische Vorsorgeleistung können Aufwendungen für eine Familien- oder Haushaltshilfe auf der Grundlage einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung für bis zu 28 Tage als beihilfefähig anerkannt werden. Gehört zum Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gilt dies für bis zu 26 Wochen.

Die Aufwendungen für eine Familien- oder Haushaltshilfe sind pro Stunde bis zur Höhe des allgemeinen gesetzlichen Mindestlohns, höchstens für acht Stunden täglich, beihilfefähig.

### **13. Wie wird die Beihilfe zu den für die durchgeführte medizinische Vorsorgeleistung entstandenen Aufwendungen beantragt?**

Nach Erhalt der Rechnungen beantragen Sie die Beihilfe mit dem üblichen Antragsformular in Papierform oder über das eBeihilfe-Verfahren. Neben den Rechnungen fügen Sie Ihrem Antrag bitte auch den mit der Einrichtung abgeschlossenen Aufnahme-/Behandlungsvertrag und den ärztlichen Schlussbericht bei.

Für den Fall, dass die Einrichtung ihre Leistungen einzeln abrechnet, bitte ich dem Beihilfeantrag neben den Einzelabrechnungen einen Nachweis über den niedrigsten Satz für ein Einbettzimmer beizufügen.

Im Falle einer voll- oder teilpauschalierten Abrechnung ist die Vorlage der Preisvereinbarung der Einrichtung mit einem Träger der Sozialversicherung erforderlich.

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen zur Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen einer Erweiterten ambulanten Physiotherapie geben. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur die in der Praxis wichtigsten Fragestellungen erläutern kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten.

Weitere Informationen zur Beihilfe erhalten Sie im Internet unter [www.lff.rlp.de](http://www.lff.rlp.de) (Fachliche Themen -> Beihilfe).