



Auf diesen Seiten informieren wir über wesentliche landesrechtliche Inhalte zur Beihilfe in Nordrhein-Westfalen

Rechtsgrundlage:

Beihilfenverordnung NRW (BVO NRW) aufgrund § 77 Absatz 8 Landesbeamtengesetz (LBG NRW)

Antragsgrenzen & Fristen

Zur Gewährung der Beihilfe müssen die Aufwendungen einen Betrag von 200,00 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, so wird davon abweichend Beihilfe gewährt, wenn die Aufwendungen 15 Euro übersteigen. Zu Rechnungsbelegen ist die Kostenerstattung der Krankenkasse bzw. -versicherung vorzulegen. Beim Nachweis einer ergänzenden privaten Krankenversicherung kann darauf verzichtet werden. Die Einführung der elektronischen Beihilfearbeitung ist vorgesehen; dann sind zur Antragstellung keine Originalbelege mehr vorzulegen.

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch ein Jahr nach der ersten Ausstellung der Rechnung beantragt wird.

Beihilfebemessungsätze

Vgl. Bund (☞ Seite 44)

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen

- Arzneimittel
- Heilpraktiker
- Zahn
- Wahlleistungen
- Aufwendungen im Ausland

Arzneimittel

Beihilfefähig sind die von einem Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten bei seinen Verrichtungen verbrauchten oder schriftlich verordneten apothekenpflichtigen Arzneimittel, Verbandmittel, Harn- und Blutteststreifen sowie Medizinprodukte soweit diese nach Anlage V der Arzneimittel-Richtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

Nicht beihilfefähig sind:

- verschreibungspflichtige Arzneimittel, wenn sie nach den Arzneimittelrichtlinien von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind, sowie
- nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Dies gilt nicht für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Nicht beihilfefähig sind u.a. Aufwendungen für:

- Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (z.B. diätetische Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder),
- Mund- und Rachentherapeutika (Ausnahme: Pilzinfektionen im Mund- und Rachenraum),
- Abführmittel (Ausnahme: erhebliche Grunderkrankungen, z.B. Querschnittslähmung),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion („Viagra“),
- Präparate zur Anregung und Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Gewichtsreduktion,
- Präparate zur Behandlung des erblich bedingten Haarausfalls,
- Antibabypille zwischen dem vollendeten 20. und 45. Lebensjahr. Werden diese Präparate unabhängig von der arzneimittelrechtlichen Zulassung als Arzneimittel zur Behandlung einer Krankheit ärztlich verordnet und die Notwendigkeit durch einen Amtsarzt bestätigt, können diese als beihilfefähig anerkannt werden.

Abrechnung von Leistungen von Heilpraktikern

Bei Leistungen von Heilpraktikern sind in Nordrhein-Westfalen ebenfalls wie beim Bund die mit den Heilpraktikerverbänden vertraglich vereinbarten Sätze abrechnungsfähig.

Wahlleistungen

Die Aufwendungen für die Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer als Wahlleistung sind in der Höhe beihilfefähig, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen und der zentralen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurde.

Gleichzeitig ist auch die privatärztliche Behandlung als Wahlleistung beihilfefähig. Für die Inanspruchnahme einer privatärztlichen Behandlung wird pro Behandlungs- und Aufenthaltstag ein Selbstbehalt von 10,00 Euro abgezogen. Für die Unterbringung in einem Zwei-Bett-Zimmer wird pro Tag ein Selbstbehalt von 15,00 Euro abgezogen. Der jeweilige Selbstbehalt ist maximal für 30 Tage pro Kalenderjahr zu leisten.

Berücksichtigungsfähige Angehörige und Lebenspartner

Ehegatten und eingetragene Lebenspartner sind berücksichtigungsfähig, wenn die Einkünfte im Kalenderjahr vor der Antragstellung 18.000 Euro nicht übersteigen. Zu diesen Einkünften zählt der Gesamtbetrag der Einkünfte (§ 2 Abs. 3 EStG), bei erstmaligem Rentenbezug nach dem 31.12.2003 die Differenz zwischen dem Besteuerungsanteil und dem Bruttobetrag sowie ab dem 01.01.2009 erzielte Kapitaleinkünfte, die nach § 32d Abs. 1 EStG mit einem besonderen Steuersatz besteuert werden oder die der Abgeltungssteuer auf Kapitalertragssteuer unterliegen.

Eigenbehalte / Zuzahlungen / Kostendämpfungspauschalen / Belastungsgrenzen

Kostendämpfungspauschale

Die Beihilfe wird um eine Kostendämpfungspauschale je Kalenderjahr gekürzt:

Besoldungsgruppen	Betrag	Ruhestandsbeamte (70 Prozent)	Hinterbliebene (40 Prozent)
A 7 bis A 11	150 Euro	105 Euro	60 Euro
A 12-A 15, B 1, C 1, C 2, H1 – H 3, R 1, W 1, W 2	300 Euro	210 Euro	120 Euro
A 16, B 2, B 3, C 3, H 4, H 5, R 2, R 3, W 3	450 Euro	315 Euro	180 Euro
B 4 – B 7, C 4, R 4 – R 7	600 Euro	420 Euro	240 Euro
Höhere Besoldungsgruppen	750 Euro	525 Euro	300 Euro

Die Beträge werden bei Teilzeitbeschäftigung im gleichen Verhältnis wie die Arbeitszeit vermindert. Für jedes berücksichtigungsfähige Kind vermindert sich die Kostendämpfungspauschale um 60 Euro.

Die Kostendämpfungspauschale bemisst sich bei Ruhestandsbeamten, Richtern im Ruhestand sowie früheren Beamten und Richtern nach dem Ruhegehaltssatz maximal jedoch 70 Prozent der Pauschalbeträge. Bei Witwen und Witwern beträgt die Kostendämpfungspauschale 60 Prozent des Ruhegehaltssatzes, maximal jedoch 40 Prozent der oben genannten Beträge.

Bei Waisen, bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst sowie bei Beihilfeberechtigten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, entfällt die Kostendämpfungspauschale. Für Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Aufwendungen wegen dauernder Pflegebedürftigkeit entfällt die Kostendämpfungspauschale ebenfalls.

Belastungsgrenze

Die Summe der finanziellen Belastungen der Beihilfeberechtigten aus der Kostendämpfungspauschale, dem Eigenanteil bei zahntechnischen Leistungen sowie die Selbstbehalte bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen im Krankenhaus dürfen die Belastungsgrenze von 2 Prozent der Bruttojahresbezüge der Beihilfeberechtigten nicht übersteigen. Maßgeblich sind dabei die Bezüge des Vorjahres. Wird die Belastungsgrenze überschritten, werden keine weiteren Selbstbehalte abgezogen.

Pflegebedürftigkeit

- Ambulant
- Stationär

Die Regelungen zur Pflege entsprechen im Wesentlichen den Regelungen des Bundes. Bei der stationären Pflege in einem Pflegeheim unterscheidet sich die Berechnung des Eigenanteils für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten:

1. bei Beihilfeberechtigten mit

Beihilfeleistungen in den Ländern

- a) einem Angehörigen vierzig vom Hundert,
 - b) mehreren Angehörigen fünfunddreißig vom Hundert
- des um 520 Euro – bei Empfängern von Versorgungsbezügen um 390 Euro – verminderten Einkommens,
2. bei Beihilfeberechtigten ohne Angehörige sowie bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen siebenzig vom Hundert des Einkommens. Einkommen sind die monatlichen (Brutto-) Dienstbezüge (ohne sonstige variable Bezügebestandteile) oder Versorgungsbezüge, das Erwerbseinkommen sowie Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer Alters- oder Hinterbliebenenversorgung des Beihilfeberechtigten.
- Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.



Besonderheiten in NRW bei der Anrechnung

Im Gegensatz zu den Regelungen im Bund und den übrigen Ländern werden dabei jedoch Krankenhaustagegeld-, Pflegetagegeld und sonstige Summenversicherungen ab 80 Euro/Tag berücksichtigt.

Rehabilitation / Anschlussheilbehandlung / Kur

Rehabilitationsmaßnahmen

Die Beihilfeverordnung NRW unterscheidet vier verschiedene Kur- und Reha-Maßnahmen: Ambulante Kuren, ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsmaßnahmen sowie Mutter-Vater-Kind-Kuren.

Diese unterscheiden sich in der Ausrichtung der Maßnahmen, aber auch in dem Genehmigungsverfahren sowie im Erstattungsanspruch. Die sogenannte Anschlussheilbehandlung, also eine Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine schwere Krankenhausbehandlung kann sowohl als ambulante als auch als stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

Ambulante Kur

Eine ambulante Kur ist beihilfefähig, wenn sie

- nach einer ärztlichen Verordnung dringend notwendig ist,
- unter ärztlicher Leitung in einem im Kurortverzeichnis aufgeführten Ort durchgeführt wird,
- nicht durch eine ambulante ärztliche Behandlung oder
- nicht durch andere ambulante Maßnahmen mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden kann.

Antragstellung und Fristen

- Antrag mit ärztlichem Attest; i.d.R. 2 Monate vor Beginn der Maßnahme,
- Angaben zum Beihilfeberechtigten,
- Angaben zum Patienten,



Ambulante Kur im Rahmen von Sonderurlaub

Vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass ein entsprechendes Votum der Amtsärztin oder des Amtsarztes vorausgesetzt, die beihilfefähige ambulante Kur nur im Rahmen eines genehmigten Sonderurlaubs möglich ist.

- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung sowie
- Angaben zur Erreichbarkeit.

Zu einer ambulanten Kur kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage eine Beihilfe bewilligt werden sowie bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen einschließlich Reisetage.

Eine Anerkennung einer ambulanten Kur ist nur zulässig, wenn – vor der erstmaligen Antragstellung eine Beihilfeberechtigung von insgesamt 3 Jahren erfüllt ist, – im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden ist. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn der Amtsarzt dies aus zwingenden medizinischen Gründen für notwendig erachtet. Die als beihilfefähig anerkannte ambulante Kur muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen werden.

Beihilfefähige Kosten

Zu den Fahrtkosten, den Aufwendungen für Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung und Behandlung wird ein Zuschuss von 30 Euro täglich gewährt.

Des Weiteren sind Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen,
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen im Rahmen der Vorschriften beihilfefähig.

Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für das amtsärztliche Gutachten und den ärztlichen Schlussbericht.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

Allgemeines

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind nur beihilfefähig, wenn

- sie vor Antritt genehmigt wurden,
- sie nach ärztlicher Verordnung dringend notwendig sind und nicht durch andere ambulante Maßnahmen oder einer ambulanten Heilkur mit gleichen Erfolgsaussichten ersetzt werden können (wird im Genehmigungsverfahren vom Amtsarzt geprüft!)
- Die Einrichtung muss mit einem Sozialversicherungsträger einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben,
- Beihilfe kann für höchstens 20 Behandlungstage (bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen) bewilligt werden,

Beihilfeleistungen in den Ländern

- eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation ist nur zulässig, wenn im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitation oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden ist (außer: zwingende medizinische Gründe stehen entgegen),
- die Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides oder innerhalb eines im Anerkennungsbescheid unter Beachtung der dienstlichen Belange zu bestimmenden Zeitraums begonnen werden.

Bei einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme sind die Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
- ärztlich verordnete Heilbehandlungen soweit sie wissenschaftliche allgemein anerkannt sind beihilfefähig.

Bei Pauschalabrechnung sind die Kosten in Höhe der Preisvereinbarung beihilfefähig, die die Einrichtung mit dem Sozialversicherungsträger getroffen hat. Weitere – notwendige – Aufwendungen sind durch den Amtsarzt zu bestätigen.

Nebenkosten [z.B. Verpflegungs- und Unterbringungskosten (Ruheraum), Kurtaxe, Fahrkosten] sind – soweit in der Pauschalpreisvereinbarung nicht enthalten – bis zu einem Betrag von insgesamt 20 Euro täglich beihilfefähig. Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für amtsärztliche Gutachten und den ärztlichen Schlussbericht.

Antragstellung und Abrechnung

Der formlose Antrag auf Genehmigung einer ambulanten Kur- und Rehabilitationsmaßnahme ist mit einem aussagekräftigen ärztlichen Attest bei der Beihilfestelle rechtzeitig, d.h. spätestens 2 Monate vor Beginn der geplanten Maßnahme, zu stellen. Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zum Beihilfeberechtigten bzw. zum Patienten
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung sowie Angaben zur Erreichbarkeit.

Dem Beihilfeantrag sind der ärztliche Schlussbericht, die Kostenbelege zu den oben genannten beihilfefähigen Aufwendungen und ein Erstattungsnachweis der jeweiligen Krankenversicherung beizufügen.

Anschlussheilbehandlung

Eine Anschlussheilbehandlung kann auch im Rahmen einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden (dies gilt auch für ambulant durchgeführte Chemo- oder Strahlentherapie):

Abweichend ist dabei zu beachten:

1. der behandelnde Krankenhausarzt bescheinigt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung,
2. die Behandlung muss spätestens 1 Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden,
3. Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig.

Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen

Voraussetzungen

- Vor Antritt genehmigungspflichtig,
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahme muss nach ärztlicher Verordnung dringend notwendig sein und darf nicht durch andere ambulante Maßnahmen, eine ambulante Heilkur oder ambulante Rehabilitation ersetzt werden können,
- die stationäre Rehabilitation muss die Voraussetzungen nach dem SGB V erfüllen,
- die stationäre Rehabilitation kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage von der Beihilfe genehmigt werden, es sei denn, eine Verlängerung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich,
- im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren wurde nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitation, stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt (außer: zwingende medizinische Gründe),
- die als beihilfefähig anerkannte Maßnahme muss innerhalb von sechs Monaten nach Bekanntgabe des Anerkennungsbescheides begonnen werden.

Kosten

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind in Höhe der aktuellen Pauschale beihilfefähig, die die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat.

Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Kosten für

- ärztliche Leistungen (z. B. für die Behandlung durch den Chefarzt),
 - Arzneimittel, Verbandmittel und dergleichen und
 - ärztlich verordnete Heilbehandlungen – soweit sie beihilfefähig sind –
- in Rechnung gestellt, ist die vorgenannte Pauschale um 30 v.H. zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig.

Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 104 Euro täglich, beihilfefähig. Mehrkosten für ein Zwei- oder Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig.

Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für amtsärztliche Gutachten, Kurtaxe und den ärztlichen Schlussbericht.

Zu den Kosten für Hin- und Rückfahrt wird ein Zuschuss gewährt:

- Innerhalb von NRW, incl. Gepäckbeförderung: 50 Euro
- Bei einer durch den Amtsarzt festgestellten notwendigen Behandlung in einem Ort außerhalb von NRW: 100 Euro (höchstens die tatsächlichen Kosten).

Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich und unvermeidbar, so sind diese Kosten beihilfefähig.

Der formlose Antrag ist mit einem aussagekräftigen ärztlichen Attest bei der Beihilfestelle spätestens 2 Monate vor Beginn der Maßnahme zu stellen. Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zum Beihilfeberechtigten bzw. dem Patienten,
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung,
- Angaben zur Erreichbarkeit.

Beihilfeleistungen in den Ländern

Dem ist der ärztliche Schlussbericht, alle Kostenbelege, die Bescheinigung der Einrichtung über eine aktuelle Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, aus der die Vertragspartner, das Vertragsdatum und die vereinbarte Pauschale in eindeutiger Weise hervorgehen und ein Erstattungsnachweis der Krankenversicherung beizufügen.

Bei Anschlussheilbehandlungen ist folgendes zu beachten:

- der behandelnde Krankenhausarzt bescheinigt die Notwendigkeit der Anschlussheilbehandlung,
- die Behandlung muss spätestens 1 Monat nach der stationären Krankenhausbehandlung begonnen werden,
- Aufwendungen für Arzneimittel, die die Einrichtung verordnet bzw. verabreicht, sind neben der Pauschale beihilfefähig,
- in dringenden Fällen kann die Anschlussheilbehandlung auch nachträglich genehmigt werden, wenn die übrigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Mutter-Vater-Kind-Kur

Voraussetzungen

- Vor Antritt genehmigungspflichtig,
- Kurbedürftigkeit der Mutter/des Vaters und/oder eines Kindes nach einer ärztlichen Verordnung,
- keine gleichen Erfolgsaussichten bei ambulanter ärztlicher Behandlung,
- Durchführung in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder in einer gleichartigen Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach SGB V,

Eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur kann auch bei behandlungsbedürftigen Kindern bis zum 14. Lebensjahr bewilligt werden, wenn die der Amtsarzt bestätigt, dass zum Behandlungserfolg die Anwesenheit der Mutter oder des Vaters zwingend erforderlich ist.

Eine stationäre Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur kann für höchstens 23 Kalendertage einschließlich der Reisetage von der Beihilfe genehmigt werden, bei chronisch kranken Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr bis zu 30 Kalendertagen.

Eine stationären Müttergenesungskur oder Mutter-/Vater-Kind Kur ist nur zulässig, wenn:

- vor der erstmaligen Antragstellung eine Beihilfeberechtigung von insgesamt 3 Jahren erfüllt ist,
- im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren nicht bereits eine als beihilfefähig anerkannte stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder ambulante Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt worden ist (außer: zwingende medizinische Gründe).



Mutter-/Vater-Kind-Kuren

Viele der privaten Versicherungsverträge enthalten keine Leistungen für stationäre Müttergenesungs- oder Mutter-/Vater-Kind-Kuren!

Beihilfefähige Kosten

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Behandlung sind entsprechend der Pauschale beihilfefähig, die die Einrichtung mit einem Sozialversicherungsträger vereinbart hat. Werden neben den Kosten für Unterkunft und Verpflegung Kosten für

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

in Rechnung gestellt, ist die vorgenannte Pauschale um 30 v.H. zu kürzen; der Restbetrag ist beihilfefähig. Verfügt die Einrichtung über keine Preisvereinbarung mit einem Sozialversicherungsträger, sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung bis zur Höhe des niedrigsten Tagessatzes der Einrichtung, höchstens 104 Euro täglich, beihilfefähig. Mehrkosten für ein Zwei- oder Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig.

Beihilfefähig sind außerdem die Kosten für amtsärztliche Gutachten, Kurtaxe und den ärztlichen Schlussbericht.

Zu den Kosten für Hin- und Rückfahrt wird ein Zuschuss gewährt:

- Innerhalb von NRW, incl. Gepäckbeförderung: 50 Euro
- Bei einer durch den Amtsarzt festgestellten notwendigen Behandlung in einem Ort außerhalb von NRW: 100 Euro (höchstens die tatsächlichen Kosten).

Ist die Hin- und Rückfahrt nur im Krankenwagen möglich und unvermeidbar, so sind diese Kosten beihilfefähig.

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

Für mitgenommene nicht behandlungsbedürftige Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr wird jeweils ein Zuschuss von 30 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 der Beihilfeberechtigte von der Einrichtung bescheinigen zu lassen. Der Zuschuss bezieht sich auf Fahrtkosten, Kurtaxe, Unterkunft und Verpflegung.

Der formlose Antrag auf Genehmigung einer stationären Müttergenesungs- oder Mutter-/Vater-Kind-Kur ist mit einem aussagekräftigen ärztlichen Attest bei der Beihilfestelle in der Regel spätestens 2 Monate vor Beginn der geplanten Maßnahme zu stellen.

Der Antrag sollte folgendes enthalten:

- Angaben zum Beihilfeberechtigten
- Angaben zum Patienten
- beabsichtigter Zeitraum und beabsichtigte Einrichtung
- Angaben zur Erreichbarkeit
- Berechnung der Beihilfe

Dem Beihilfeantrag sind 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, vorzulegen. Ebenfalls ist Auskunft darüber zu geben, ob in der Preisvereinbarung die Leistungen für nicht behandlungsbedürftige Familienmitglieder enthalten sind, sowie ein Erstattungsnachweis der Krankenversicherung beizufügen.

Sonstiges

- Behandlung in Privatkliniken
- Schwangerschaft und Geburt
- Todesfälle

Aufwendungen in Geburtsfällen

Zu den Kosten für die Säuglings- und Kleinkinderausstattung wird ein Zuschuss von 170,00 Euro gewährt.

The screenshot shows the homepage of Fachklinikum Borkum. At the top, the logo and name 'FACHKLINIKUM BORKUM' are displayed, along with the tagline 'Zentrum für Allergologie, Dermatologie, Pädiatrie und Pneumologie'. Below this, there are logos for 'KLINIK I Erwachsene' and 'KLINIK II Kinderklinik'. A navigation bar includes links for 'Home', 'Newscenter', 'Stempel', 'Parcels', 'Arbeits', 'Internetauftritt', and 'Befragungsrate'. The main content area features a 'News' section with two articles: 'Zertifizierung nach europäischen RINA' and 'Therapieangebot für Kinder mit Übergewicht'. Below the news, there are two columns for 'KLINIK I Erwachsene' and 'KLINIK II Kinderklinik', each with a play button icon and a short text description. At the bottom, there is a large orange banner with the website address 'www.fachklinikum-borkum.de' and the text 'Nordrhein-Westfalen'.