

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für Kinder unter 14 Jahren gem. § 38 Abs. 6 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO)

Unter einer stationären medizinischen Vorsorgeleistung versteht man die stationäre Unterbringung und Behandlung in einer Spezialkrankenanstalt. Sie ähnelt der stationären Krankenhausbehandlung. Im Gegensatz dazu liegt jedoch der Schwerpunkt bei einer stationären medizinischen Vorsorgeleistung auf der Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würde, auf der Vermeidung der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes, der Vorbeugung vor Erkrankungen, der Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen oder der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit mittels spezieller Heilbehandlungen, insbesondere mit Mitteln der physikalischen Therapien (z.B. Bäder, Gymnastik, Bestrahlung) und/oder der Einhaltung besonderer Diäten.

Voraussetzungen

- Anspruchsberechtigt sind Kinder nach § 80 Abs. 2 Nr. 2 NBG vor Vollendung des 14. Lebensjahres.
- Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen müssen in Krankenhäusern oder Einrichtungen durchgeführt werden, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SBG V) erfüllen. Insbesondere müssen die Einrichtungen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sein, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- oder Heilungskräfte zu helfen. Die Einrichtung gewährleistet auch die Unterbringung und die Verpflegung des Patienten.
- Die stationäre medizinische Vorsorgeleistung muss ärztlich verordnet sein.
- Die Notwendigkeit der stationären medizinischen Vorsorgeleistung muss vor deren Beginn von der Beihilfestelle anerkannt werden (Anerkennungsverfahren). Die stationäre medizinische Vorsorgeleistung ist medizinisch notwendig, wenn 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, die Verschlimmerung einer Krankheit zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.
- In den letzten vier Jahren darf keine als beihilfefähig anerkannte 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 stationären medizinischen Vorsorgeleistung 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 bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung für höchstens 42 Tage (ohne Anreisetag und Abreisetag),
- Fahrtkosten bei An- und Abreise (bei Nutzung regelmäßig verkehrender 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),
- die Kurtaxe,
- den ärztlichen Schlussbericht,
- ggf. die Kosten einer Begleitperson (in eingeschränkter Höhe), wenn die Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist und dies ärztlich bescheinigt wird.

Dauer

Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen sind höchstens für 42 Tage (ohne Tage der An- und Abreise) beihilfefähig. Eine Verlängerung der stationären medizinischen Vorsorgeleistung ist nur aus dringenden medizinischen Gründen beihilfefähig (bitte rechtzeitig beantragen!).

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 stationäre medizinische Vorsorgeleistung und fachärztliche Bescheinigung) erhalten Sie bei Ihrer Beihilfestelle. Hält der behandelnde Arzt eine stationäre medizinische Vorsorgeleistung für notwendig, bescheinigt er die Notwendigkeit und macht einen Vorschlag zur Einrichtung der geplanten Leistung.
- Idealerweise lassen Sie sich von der Einrichtung bescheinigen, dass es sich um eine anerkannte Einrichtung handelt, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) erfüllt und in welcher Höhe der niedrigste Satz für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen berechnet wird.
- Den von Ihnen ausgefüllten Antrag auf Anerkennung der stationären medizinischen Vorsorgeleistung, die fachärztliche Stellungnahme des Arztes und die Bescheinigung der Einrichtung senden Sie an Ihre Beihilfestelle.
- Während des Anerkennungsverfahrens prüft die Beihilfestelle, ob alle Voraussetzungen für die Bewilligung der stationären medizinischen Vorsorgeleistung vorliegen. Wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Leistung als beihilfefähig anerkannt. Sie erhalten hierzu einen entsprechenden Bescheid.
- Für den Zeitraum der stationären medizinischen 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 Abschlagszahlung erhalten Sie bei Ihrer Beihilfestelle.
- **Wichtig:** Wird die Leistung 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 vorordnete Arzneimittel sowie für ärztlich verordnete Heilmittel.
- Nach Abschluss der 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 -**