NORDDEUTSCHE KIRCHLICHE VERSORGUNGSKASSE
(NKVK)

Stand: Januar 2021

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Vorsorge und Prävention gem. § 38 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO)

Aufwendungen aus Anlass von Maßnahmen zur Vorsorge und Prävention sind gemäß § 38 der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähige Angehörige unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig.

Schutzimpfungen

Beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen sind. Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Schutzimpfungen im Zusammenhang mit einem privaten Auslandsaufenthalt.

Prophylaktische zahnärztliche Leistungen

Beihilfefähig sind Aufwendungen für prophylaktische zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B und den Nummern 0010, 0070, 2000, 4005, 4050, 4055 und 4060 der Gebührenordnung für Zahnärzte und Nr. 1 der Gebührenordnung für Ärzte.

Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter

Beihilfefähig sind Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter, auch in Form von Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen, in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen.

Voraussetzungen:

- Die medizinische Vorsorgeleistung muss ärztlich verordnet sein.
- Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter sind erst nach Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung, für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, beihilfefähig. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Die Notwendigkeit der medizinischen Vorsorgeleistung muss von der Beihilfestelle vor deren Beginn anerkannt werden (Anerkennungsverfahren). Die 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 oder die Verschlimmerung einer Erkrankung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt für Aufwendungen der Mutter-Vater-Kind-Reha.

Stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres

Beihilfefähig sind Aufwendungen für stationäre medizinische Vorsorgeleistungen für im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres in Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen, die die Voraussetzungen nach § 107 Abs. 2 SGB V erfüllen.

Voraussetzungen:

- Die medizinische Vorsorgeleistung muss ärztlich verordnet sein.
- Aufwendungen für eine derartige medizinische Vorsorgeleistungen sind erst nach Ablauf von vier Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung, für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften

getragen oder bezuschusst worden sind, beihilfefähig. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung vor Ablauf von vier Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.

- Die Notwendigkeit der medizinischen Vorsorgeleistung muss von der Beihilfestelle vor deren Beginn anerkannt werden (Anerkennungsverfahren). Die 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 oder die Verschlimmerung einer Erkrankung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Beihilfefähig sind notwendige und angemessene Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen im Rahmen der NBhVO,
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel im Rahmen der NBhVO,
- ärztlich verordnete Heilmittel und Hilfsmittel im Rahmen der NBhVO,
- Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung **für höchstens 42 Tage** (ohne Anreise und Abreisetag); eine Verlängerung ist nicht beihilfefähig,
- Hin- und Rückfahrt zusammen bis zu einem Gesamtbetrag von 200 €,
- die Kurtaxe,
- den ärztlichen Schlussbericht,
- eine Begleitperson, wenn eine Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig ist

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.

Gesundheits- oder Präventionskurse

Beihilfefähig sind Aufwendungen für die Teilnahme an bis zu zwei Gesundheits- oder Präventionskursen je Kalenderjahr zu den Bereichen Bewegungsgewohnheit, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn der Kurs von einer gesetzlichen Krankenkasse als förderfähig anerkannt worden ist und die Teilnahme an mindestens 80 Prozent der Kurseinheiten eines Kurses durch eine Teilnahmebescheinigung nachgewiesen wurde. Die Beihilfe beträgt höchstens 75 € je Kurs. Für Beihilfeberechtigte und deren berücksichtigungsfähigen Angehörige, die Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse sind, wird für Gesundheits- oder Präventionskursen keine Beihilfe gewährt.

Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen in einem anerkannten Kurort

Beihilfefähig ist eine ambulante medizinische Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort. Hier handelt es sich um eine Vorsorgeleistung zur Beseitigung einer Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Erkrankung führen wird, zur Vermeidung der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes, zur Vorbeugung vor Erkrankungen, zur Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen oder zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Voraussetzungen:

- Ambulante medizinische Vorsorgeleistungen werden in einem anerkannten Kurort durchgeführt. Als Kurort kommen Orte mit der folgenden Artbezeichnung in Frage: Kneipp-Heilbad, Mineralheilbad, Moorheilbad, Nordsee-Heilbad, Soleheilbad, Thermalheilbad, Heilklimatischer Kurort, Kneipp-Kurort, Ort mit Heilquellen- Kurbetrieb, Ort mit Heilstollen-Kurbetrieb, Ort mit Moor-Kurbetrieb oder Ort mit Sole-Kurbetrieb oder ein Kurort in einem entsprechenden Ort in einem anderen Bundesland oder im Ausland, den das Fachministerium im Niedersächsischen Ministerialblatt bekannt gibt.

- Die ambulante medizinische Vorsorgeleistung muss ärztlich verordnet sein.
- Aufwendungen für medizinische Vorsorgeleistungen sind erst nach Ablauf von drei Jahren nach Durchführung einer entsprechenden medizinischen Vorsorgeleistung, für die Beihilfe gewährt worden ist oder deren Kosten aufgrund anderer öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind, beihilfefähig. Von der Einhaltung der Frist darf nur abgesehen werden, wenn die Durchführung vor Ablauf von drei Jahren aus medizinischen Gründen dringend erforderlich ist.
- Die Notwendigkeit der medizinischen Vorsorgeleistung muss von der Beihilfestelle vor deren Beginn anerkannt werden (Anerkennungsverfahren). Die 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 oder die Verschlimmerung einer Erkrankung zu vermeiden oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Beihilfefähig sind die notwendigen und angemessenen Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen im Rahmen der NBhVO,
- ärztlich verordnete verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel im Rahmen der NBhVO,
- ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel im Rahmen der NBhVO,
- Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen in Höhe von 16 € je Tag für höchstens 21 Tage (ohne Anreise und Abreisetag) – eine Verlängerung ist nicht beihilfefähig,
- 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 € 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 € für die Gesamtmaßnahme beihilfefähig.),
- die Kurtaxe,
- den ärztlichen Schlussbericht,
- ggf. die Kosten einer Begleitperson (in eingeschränkter Höhe von 13 € je Tag), wenn die Begleitung aus medizinischen Gründen notwendig ist und dies ärztlich bescheinigt wird.

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.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre NKVK