

**Verordnung
des Sächsischen Staatsministeriums des Innern
über die Heilfürsorge für Polizeibeamte, Beamte des Landesamtes für
Verfassungsschutz und feuerwehrtechnische Beamte
(Sächsische Heilfürsorgeverordnung – SächsHfVO)**

Vom 23. März 2000

Es wird im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen verordnet aufgrund von

1. § 147 Abs. 2, §§ 153 und 156 des Beamtengesetzes für den Freistaat Sachsen (Sächsisches Beamtengesetz – SächsBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Juni 1999 (SächsGVBl. S. 370, 2000 S. 7),
2. § 1 Nr. 3 des Gesetzes zur Übertragung von Zuständigkeiten auf nachgeordnete Behörden im Freistaat Sachsen (SächsZuÜbG) vom 17. Januar 1994 (SächsGVBl. S. 89):

**Erster Abschnitt
Allgemeine Vorschriften**

**§ 1
Heilfürsorgeanspruch**

(1) Die Polizeibeamten, die Beamten des Landesamts für Verfassungsschutz nach § 153 SächsBG sowie die Beamten des feuerwehrtechnischen Dienstes nach § 156 SächsBG erhalten Heilfürsorge, solange ihnen Besoldung zusteht.

(2) Die Heilfürsorge wird nicht auf die Besoldung angerechnet. ¹

**§ 2
Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen**

(1) Die Heilfürsorge umfasst

1. ärztliche Behandlung (§ 6),
2. zahnärztliche Behandlung und Versorgung mit Zahnersatz (§§ 7, 8),
3. Arznei- und Verbandmittel (§ 9),
4. Heilmittel (§ 10),
5. Hilfsmittel (§ 11),
6. Krankenhausbehandlung (§ 12),
7. häusliche Krankenpflege (§ 13),
8. Familien- und Haushaltshilfe (§ 14),
9. künstliche Befruchtung (§ 15),
10. Rehabilitationsmaßnahmen (§ 16),
11. Heilfürsorgeleistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 17),
12. Vorbeugende Maßnahmen (§ 18),
13. Heilfürsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 19),
14. Empfängnisverhütung; Schwangerschaftsabbruch; Sterilisation (§ 20),
15. Fahrkosten (§ 21),
16. Heilfürsorgeleistungen außerhalb des Freistaates Sachsen (§ 22).

(2) Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Richtlinien nach § 92 des Sozialgesetzbuches (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), finden entsprechende Anwendung, sofern nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(3) Heilfürsorgeleistungen werden ohne Kostenbeteiligungen der Heilfürsorgeberechtigten gewährt, sofern

nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(4) Über die nach dieser Verordnung zu gewährenden Leistungen werden im erforderlichen Umfang Verträge mit Leistungserbringern geschlossen.

(5) Die Kosten von nicht in dieser Verordnung vorgesehenen Leistungen können in begründeten Ausnahmefällen nach Genehmigung übernommen werden. Art und Umfang dieser Leistungen sowie die Voraussetzungen ihrer Gewährung werden durch das Staatsministerium des Innern bestimmt.

(6) Heilfürsorgeberechtigte erhalten die Heilfürsorgeleistungen als Sach- und Dienstleistungen. Sofern eine unmittelbare Kostenübernahme nicht möglich ist, werden die den Heilfürsorgeberechtigten entstandenen Kosten für die nach dieser Verordnung zustehenden Leistungen gegen Vorlage der Originalrezepte und -rechnungen erstattet. Die Kostenerstattung wird nur gewährt, wenn sie innerhalb einer Ausschlussfrist von zwei Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder Ausstellung der Rechnung bei der zuständigen Heilfürsorgestelle beantragt wird.

(7) Besteht ein Anspruch eines Heilfürsorgeberechtigten auf ein Heilverfahren nach den §§ 33, 34 des Gesetzes über die Versorgung der Beamten und Richter in Bund und Ländern (Beamtenversorgungsgesetz – BeamtVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. März 1999 (BGBl. I S. 322, 847, 2033), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 19. November 1999 (BGBl. I S. 2198, 2200), wird dieser durch die Gewährung von Leistungen nach dieser Verordnung erfüllt. Aufgrund des Beamtenversorgungsgesetzes vorgesehene weitergehende oder andere Leistungen werden ebenfalls von der Heilfürsorge gewährt.

(8) Die Heilfürsorgeleistungen dürfen zusammen mit den aus demselben Anlass zustehenden Leistungen, insbesondere aus Krankheitskostenversicherungen, die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. Heilfürsorgeberechtigte haben hierüber den Nachweis zu erbringen. Leistungen aus Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben unberücksichtigt.

§ 3

Ausschluss der Heilfürsorge, Kostenbeteiligung

(1) Anspruch auf Heilfürsorge besteht nicht bei

1. Heilmaßnahmen wegen anerkannter Kriegsfolgeleiden im Sinne des Gesetzes über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz – BVG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Januar 1982 (BGBl. I S. 21), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2534, 2541),
2. Heilmaßnahmen, für die ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder ein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist,
3. Behandlungen zu rein kosmetischen Zwecken.

(2) Heilfürsorge kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn eine die Behandlung betreffende Anordnung ohne gesetzlichen oder sonstigen wichtigen Grund nicht befolgt und dadurch der Behandlungserfolg beeinträchtigt wird.

(3) Haben Heilfürsorgeberechtigte eine Krankheit vorsätzlich oder bei einem von ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen herbeigeführt, können sie an den Kosten der Heilfürsorgeleistung angemessen beteiligt werden.

§ 4

Genehmigung

Sofern in dieser Verordnung als Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch die Heilfürsorge eine Genehmigung vorgesehen ist, ist diese grundsätzlich vor Beginn der Behandlung oder Inanspruchnahme der Leistung einzuholen. Wurde die Einholung der vorherigen Genehmigung schuldhaft versäumt, werden die Kosten der Leistung nicht übernommen. Bei der Antragstellung sind Vordrucke zu verwenden, die im Bundesmantelvertrag – Ärzte/Ersatzkassen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. oder im Vertrag zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und dem AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. vereinbart worden sind. Über die medizinische Notwendigkeit der Leistungen können Gutachten erstellt oder angefordert werden.

§ 5

Träger der Heilfürsorge

Die Kosten für die im Rahmen der Heilfürsorge zu gewährenden Leistungen werden durch den jeweiligen

Dienstherrn des Heilfürsorgeberechtigten getragen.

Zweiter Abschnitt Heilfürsorgeleistungen

§ 6 Ärztliche Behandlung

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.

(2) Heilfürsorgeberechtigte können sich von jedem Arzt beraten, untersuchen und behandeln lassen, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt oder bereit ist, die Behandlung zu den gleichen Bedingungen zu übernehmen. Polizeibeamte können sich auch von Polizeiarzten ärztlich beraten, untersuchen und behandeln lassen. Wird ohne zwingenden Grund nicht der nächsterreichbare Arzt in Anspruch genommen, sind die hierdurch entstehenden Mehrkosten vom Heilfürsorgeberechtigten zu tragen.

(3) Polizeianwärter in der Bereitschaftspolizei oder Polizeibeamte, die sich in geschlossenen Einsätzen und Übungen befinden, werden von Polizeiarzten oder Polizei-Vertragsärzten beraten, untersucht und behandelt. Ist das Aufsuchen des Polizeiarztes oder des Polizei-Vertragsarztes bei Aufenthalt außerhalb des Dienstortes oder aus sonstigen Gründen nicht möglich, kann unter den Voraussetzungen des Absatzes 2 ein anderer Arzt in Anspruch genommen werden.

(4) Kosten für Leistungen eines Heilpraktikers werden entsprechend § 102 SächsBG in Verbindung mit § 5 Abs. 1 Satz 3, § 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, Satz 3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen (Beihilfevorschriften – BhV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. August 1997 (GMBI. S. 429), zuletzt geändert durch Artikel 1 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift vom 8. Januar 1999 (GMBI. S. 58) übernommen.

(5) Bei einer psychotherapeutischen Behandlung gilt § 28 Abs. 3 SGB V entsprechend.

§ 7 Zahnärztliche Behandlung

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf zahnärztliche Behandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Zahn-, Mund- und Kieferkrankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. § 6 Abs. 2 Satz 1 und 3 gilt entsprechend.

(2) Wählen Heilfürsorgeberechtigte bei Zahnfüllungen eine über den in Absatz 1 Satz 2 bestimmten Umfang hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von der Heilfürsorge die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen, es sei denn, es werden intakte plastische Füllungen ausgetauscht. In Fällen des Satzes 1 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Heilfürsorgeberechtigten zu treffen.

(3) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gehören nicht zur zahnärztlichen Behandlung. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Heilfürsorge diese Leistung einschließlich der Suprakonstruktion als Sachleistung im Rahmen einer medizinischen Gesamtbehandlung erbringt.

(4) Heilfürsorgeberechtigte, die zu Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder hatten, haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

(5) Parodontosebehandlungen und kieferorthopädische Behandlungen bedürfen der Genehmigung.

§ 8 Zahnersatz

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben nach Maßgabe des Absatzes 3 Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen). Der Zahnersatz umfasst auch Zahnkronen. Bei großen Brücken ist die Versorgung auf den Ersatz von bis zu vier fehlenden Zähnen je Kiefer und bis zu drei fehlenden Zähnen je Seitenzahnggebiet begrenzt. Bei Kombinationsversorgungen ist die Versorgung auf zwei Verbindungselemente je Kiefer, bei Heilfürsorgeberechtigten mit einem Restzahnbestand von höchstens drei Zähnen je Kiefer auf drei Verbindungselemente je Kiefer begrenzt. Für Suprakonstruktionen besteht der Anspruch in den in den Richtlinien gemäß § 2 Abs. 2 genannten Ausnahmefällen.

(2) Wählen Heilfürsorgeberechtigte einen über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Zahnersatz, erhalten sie die Leistungen nach Absatz 1 im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Mehrkosten der zusätzlichen, über die Versorgung nach Absatz 1 hinausgehenden Leistungen haben sie selbst in vollem Umfang zu tragen.

(3) Die Kosten für zahntechnische Leistungen (Labor- und Materialkosten) werden zu 60 vom Hundert übernommen.

(4) Die Versorgung mit Zahnersatz bedarf der Genehmigung.

§ 9

Arznei- und Verbandmittel

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt ist, werden die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages übernommen, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten.

(3) Für vom Heilpraktiker verordnete oder verabreichte Arznei- und Verbandmittel werden die Kosten zu dem jeweiligen Bemessungssatz entsprechend § 102 SächsBG in Verbindung mit § 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, Satz 3 BhV erstattet.

§ 10

Heilmittel

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit ärztlich verordneten Heilmitteln, soweit sie nicht entsprechend § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Heilmittel sind Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Sprach- und Beschäftigungstherapie.

(2) Wird ohne zwingenden Grund nicht der nächstgelegene Leistungserbringer in Anspruch genommen, hat der Heilfürsorgeberechtigte die hierdurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen.

§ 11

Hilfsmittel

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit ärztlich verordneten Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder entsprechend § 34 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Hilfsmittel, die sich für eine Weiterverwendung eignen, können auch leihweise überlassen werden.

(2) Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells. Brillengläser und Kontaktlinsen dürfen für die Erstausrüstung nur aufgrund ärztlicher Verordnung beschafft werden. Lichtschutzgläser bedürfen auch bei Folgebeschaffungen einer ärztlichen Verordnung. Heilfürsorgeberechtigte haben die Wahl zwischen Brillengläsern aus Kunststoff oder Silikat. Die Kosten einer einfachen Entspiegelung werden übernommen. Anspruch auf Versorgung mit Kontaktlinsen besteht nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen. Wählen Heilfürsorgeberechtigte statt einer erforderlichen Brille Kontaktlinsen und liegen die Voraussetzungen des Satzes 6 nicht vor, zahlt die Heilfürsorge als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens den Betrag, den sie für erforderliche Brillengläser aufzuwenden hätte. Kosten für Pflegemittel werden nicht übernommen.

(3) Für ein erforderliches Hilfsmittel, für das ein Festbetrag nach § 36 SGB V festgesetzt ist, werden die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages übernommen. Für Hilfsmittel, für die Preise nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V vereinbart

wurden, werden die jeweiligen Kostensätze des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V., Landesverband Sachsen, übernommen. Die Kosten der übrigen Hilfsmittel werden nach den Grundsätzen des § 2 Abs. 2 Satz 1 übernommen. Für orthopädisches Schuhwerk werden aus Heilfürsorgemitteln nur die Mehrkosten gegenüber den Ausgaben für normales Schuhwerk übernommen.

(4) Hilfsmittel, für deren Beschaffung mehr als 300 DM aufgewendet werden müssen, und Sehhilfen bedürfen der Genehmigung.

§ 12 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär sowie vor- und nachstationär entsprechend § 115 a SGB V und ambulant entsprechend § 115 b SGB V erbracht. Die vollstationäre Behandlung wird in entsprechend § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern gewährt, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus in Anspruch genommen, können Heilfürsorgeberechtigten die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. In besonders begründeten Fällen kann die Behandlung mit Genehmigung auch in anderen zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt werden.

(2) In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann mit Genehmigung eine Behandlung auch in nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt werden.

(3) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen im Rahmen von § 2 Abs. 2, § 23 Abs. 1 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BpflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626, 2649). Bei Aufnahme in Krankenhäuser, die nicht der Bundespfllegesatzverordnung unterliegen, werden die Kosten nach Satz 1 übernommen, sofern nicht die Voraussetzungen nach Absatz 2 vorliegen.

§ 13 Häusliche Krankenpflege

(1) Heilfürsorgeberechtigte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Der Anspruch besteht auch dann, wenn die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht für bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die häusliche Krankenpflege jedoch für einen längeren Zeitraum bewilligt werden, wenn dies aus den in Satz 1 oder 2 genannten Gründen erforderlich ist.

(2) Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

(3) Kosten für selbstbeschaffte Kräfte für die häusliche Krankenpflege werden in angemessener Höhe erstattet.

(4) Die Gewährung einer häuslichen Krankenpflege bedarf der Genehmigung.

§ 14 Familien- und Haushaltshilfe

(1) Familien- und Haushaltshilfe wird zur notwendigen Weiterführung des Haushalts gewährt, wenn

1. der sonst den Haushalt führende Heilfürsorgeberechtigte wegen einer notwendigen stationären Krankenhausbehandlung, einer Rehabilitationsmaßnahme oder einer Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung den Haushalt nicht weiterführen kann und
2. er alleinerziehend oder nur geringfügig erwerbstätig ist und
3. im Haushalt mindestens eine gemäß § 102 SächsBG in Verbindung mit §§ 2 und 3 BhV beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
4. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Dies gilt außer bei Rehabilitationsmaßnahmen in besonderen Fällen auch für die ersten sieben Tage nach Ende der stationären Unterbringung sowie bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushaltes erforderlich

ist.

(2) Die Voraussetzung einer stationären Unterbringung nach Absatz 1 Satz 1 ist für die Gewährung einer Familien- und Haushaltshilfe dann nicht erforderlich, wenn nach begründeter ärztlicher Bescheinigung eine sonst wegen Behandlungs- oder Pflegebedürftigkeit angezeigte stationäre Unterbringung durch die Familien- und Haushaltshilfe vermieden oder verkürzt werden kann und dadurch Kosten eingespart werden.

(3) Der Anspruch ist auf die Übernahme der in § 102 SächsBG in Verbindung mit § 6 Abs. 1 Nr. 8 Satz 1 und Satz 4 BhV genannten Beträge und Aufwendungen beschränkt.

(4) Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter 15 Jahren in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, werden die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe übernommen. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines Angehörigen werden nicht übernommen. Dies gilt nicht für Fahrkosten. Diese werden in dem in § 21 festgelegten Umfang erstattet.

(5) Die Gewährung einer Familien- und Haushaltshilfe sowie die Kostenerstattung für eine ersatzweise Unterbringung nach Absatz 4 bedürfen der Genehmigung.

§ 15 Künstliche Befruchtung

Die Heilfürsorgeleistungen für eine künstliche Befruchtung werden entsprechend § 27 a SGB V gewährt.

§ 16 Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen werden gewährt, soweit sie zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung erforderlich oder bei einem erheblichen chronischen Leiden zwingend notwendig sind und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort des Heilfürsorgeberechtigten oder in seinem Einzugsgebiet im Sinne des Sächsischen Gesetzes über die Umzugskostenvergütung der Beamten und Richter (Sächsisches Umzugskostengesetz – SächsUKG) vom 23. November 1993 (SächsGVBl. S. 1070), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Mai 1998 (SächsGVBl. S. 200) ersetzt werden kann. Sofern der Kurarzt nicht bereit ist, die Arztkosten nach § 75 Abs. 3 SGB V abzurechnen, werden diese Kosten nach Maßgabe der §§ 3 bis 12 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626, 2649) übernommen. Außerdem werden die Kosten für die ärztlich verordneten Anwendungen und Heilmittel sowie für den vorzulegenden ärztlichen Schlussbericht übernommen.

(2) Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird gewährt, soweit sie medizinisch notwendig ist und nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine Leistung nach Absatz 1, ersetzt werden kann. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme kann entsprechend § 41 SGB V auch als medizinische Rehabilitation für Mütter gewährt werden.

(3) Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird in der Regel in Einrichtungen nach § 111 Abs. 1 SGB V oder nach § 15 Abs. 2 Satz 1 des Sozialgesetzbuches (SGB) Sechstes Buch (VI) – Gesetzliche Rentenversicherung – vom 18. Dezember 1989 (BGBl. I S. 2261, ber. 1990 S. 1337), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 20. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2494, 2495) durchgeführt. Es werden die in der niedrigsten Pflegeklasse dieser Einrichtung anfallenden Kosten übernommen. Ein der häuslichen Ersparnis entsprechender Betrag von 10 DM pro Tag ist an die Kureinrichtung abzuführen. Bei Anschlussheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen ist dieser Betrag für längstens vierzehn Tage abzuführen.

(4) Eine nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse erforderliche nur im Ausland durchführbare Rehabilitationsmaßnahme kann genehmigt werden. Sie kann in der Regel nur in Orten durchgeführt werden, die gemäß § 102 SächsBG in Verbindung mit § 13 Abs. 3 Nr. 2 BhV im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt sind.

(5) Die Heilfürsorgestelle bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1, 2 und 4 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach billigem Ermessen. Die Rehabilitationsmaßnahmen sollen für längstens drei Wochen bewilligt werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich. Rehabilitationsmaßnahmen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich.

(6) Heilfürsorgeberechtigte haben auch Anspruch auf ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. § 43 Satz 1 SGB V gilt entsprechend.

(7) Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen bedarf der Genehmigung.

§ 17

Heilfürsorgeleistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit werden neben den übrigen in dieser Verordnung vorgesehenen Leistungen die Kosten für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege nach Maßgabe des Absatzes 2 übernommen. § 102 SächsBG in Verbindung mit § 9 BhV findet entsprechende Anwendung.

(2) Pflegebedürftige Heilfürsorgeberechtigte, die einen Anspruch gemäß § 28 Abs. 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung – vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626, 2647), haben, erhalten die Pflegeleistungen zur Hälfte; dies gilt auch für den Wert von Sachleistungen. Pflegebedürftige Heilfürsorgeberechtigte, die gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei einem privaten Versicherungsunternehmen versichert sind, erhalten die Pflegeleistungen nach dem jeweiligen Bemessungssatz entsprechend § 102 SächsBG in Verbindung mit § 14 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, Satz 3 BhV.

(3) Leistungen der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung sind von den betroffenen Heilfürsorgeberechtigten der zuständigen Heilfürsorgestelle anzugeben.

§ 18

Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten

(1) Zu den vorbeugenden Maßnahmen gehören:

1. Schutzimpfungen,
2. ärztliche Maßnahmen im Zusammenhang mit Krankheitsfrüherkennungen,
3. die polizeiärztliche Betreuung zur Erkennung, Verhütung, Minderung oder Beseitigung von Gefahren oder Schäden, die sich aus dem Dienstablauf oder der besonderen Art der dienstlichen Verwendung von Polizeibeamten ergeben können.

(2) Leistungen zur Verhütung von Krankheiten während eines nicht beruflich bedingten Auslandsaufenthalts werden nicht gewährt.

§ 19

Heilfürsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe. Die ärztliche Betreuung schließt die Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge ein. Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung findet § 11 Abs. 3 Satz 1 keine Anwendung.

(2) Wird die Heilfürsorgeberechtigte zur stationären Entbindung in ein Krankenhaus oder in eine andere Einrichtung aufgenommen, hat sie für sich und das gesunde Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung für die Zeit nach der Entbindung, jedoch längstens für sechs Tage. Für diese Zeit besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 12 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Die Heilfürsorgeberechtigte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 13 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

(4) Die Heilfürsorgeberechtigte hat die in § 14 genannten Ansprüche unter den dort festgelegten sonstigen Voraussetzungen, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Dies gilt auch im Falle einer Hausentbindung.

(5) Für die Heilfürsorgeleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft gelten die für die übrigen Heilfürsorgeleistungen bestehenden Vorschriften entsprechend, soweit in den Absätzen 1 bis 4 nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 20

Empfängnisverhütung; Schwangerschaftsabbruch; Sterilisation

Heilfürsorgeleistungen zum Zwecke der Empfängnisverhütung werden entsprechend § 24 a Abs. 1 und 2 Halbsatz 1 SGB V gewährt. § 9 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend. Heilfürsorgeleistungen bei einem beabsichtigten

Schwangerschaftsabbruch und einer Sterilisation werden entsprechend § 24 b SGB V mit der Maßgabe gewährt, dass ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht.

§ 21 Fahrtkosten

(1) Den Heilfürsorgeberechtigten werden bei

1. ambulanter ärztlicher oder zahnärztlicher Beratung, Untersuchung oder Behandlung,
2. Anwendung von Heilmitteln nach § 10,
3. Unterbringung in einer Einrichtung nach § 12,
4. Durchführung einer genehmigten Rehabilitationsmaßnahme nach § 16

die Fahrtkosten für Krankenfahrten erstattet, soweit sie 15 DM je einfache Fahrt übersteigen.

(2) Ersetzt werden die Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel für den kürzesten Reiseweg sowie ein etwa notwendiger Gepäcktransport. Zuschläge im Eisenbahnverkehr werden nicht übernommen.

(3) Höhere Fahrtkosten dürfen nur berücksichtigt werden, wenn die Benutzung eines anderen Verkehrsmittels ärztlich verordnet wurde oder nachweislich ein regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel nicht erreichbar ist. Wird in diesen Fällen ein privates Kraftfahrzeug benutzt, ist höchstens der in § 5 Abs. 2 Satz 1 des Sächsischen Gesetzes über die Reisekostenvergütung der Beamten und Richter (Sächsisches Reisekostengesetz – [SächsRKG](#)) vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866, 876), in der jeweils geltenden Fassung, genannte Betrag erstattungsfähig.

(4) Mehrkosten für eine erforderliche Begleitung werden übernommen, wenn der behandelnde Arzt die Notwendigkeit bescheinigt.

(5) Die Kosten für Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder privater Kraftfahrzeuge innerhalb des Dienst- oder Wohnortes werden nicht erstattet.

(6) Die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder einer anderen privaten Reise werden nicht übernommen.²

§ 22 Heilfürsorgeleistungen außerhalb des Freistaates Sachsen

(1) Die Kosten von Heilfürsorgeleistungen, die in einem anderen Bundesland in Anspruch genommen wurden, werden nur dann in Höhe der dort für Heilfürsorgeberechtigte geltenden Sätze übernommen, wenn die Inanspruchnahme der Leistung in dem anderen Bundesland notwendig war.

(2) Bei Erkrankungen während eines dienstlich angeordneten Auslandsaufenthaltes werden die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang übernommen. Sofern nicht zwingende Gründe entgegenstehen, dürfen nur Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die ortsübliche Honorare und Vergütungen berechnen. Bei Erkrankungen während eines privaten Auslandsaufenthaltes werden die notwendigen Kosten einer Behandlung gegen Vorlage einer spezifizierten Rechnung nur bis zu der Höhe übernommen, in der sie bei einer Erkrankung am Wohn- oder Dienstort im Inland entstanden wären. Rückführungskosten zum Wohn- oder Dienstort oder zur Einweisung oder Verlegung in ein inländisches Krankenhaus werden im Falle des Satzes 3 nicht übernommen.

(3) Ist durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen, dass die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland zwingend notwendig ist, zum Beispiel wegen mangelnder Behandlungsmöglichkeiten oder langer Wartezeiten bei lebensbedrohenden Erkrankungen im Inland, können die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise erstattet werden. Dies setzt zwingend eine Genehmigung vor Antritt der Reise voraus.

Dritter Abschnitt Schlussvorschriften

§ 23 Härtefälle

Beträge nach § 21 Abs. 1 sind innerhalb eines Kalenderjahres auf Antrag nicht mehr abzuziehen, soweit sie für den Heilfürsorgeberechtigten und seine im Sinne der Beihilfevorschriften berücksichtigungsfähigen Angehörigen

zusammen die Belastungsgrenze überschreiten. § 6 Abs. 5 Satz 2 bis 6 BhV gilt entsprechend.

§ 24 Weitergewährung der Heilfürsorge

Heilfürsorgeberechtigten kann beim Ausscheiden aus dem anspruchsberechtigten Personenkreis aus Fürsorgegründen bis zu zwei Monaten Heilfürsorge (Übergangsheilfürsorge) gewährt werden, wenn

1. sie sich zu diesem Zeitpunkt in ärztlicher Behandlung befinden,
2. die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung bei einer polizeiärztlichen Untersuchung anlässlich der Entlassung festgestellt wird und
3. kein Anspruch auf Beihilfe oder Heilbehandlung, gegebenenfalls auch durch einen anderen gesetzlichen Kostenträger, besteht.

§ 25 Zuständigkeit

Für den Vollzug der heilfürsorgerechtlichen Vorschriften mit Ausnahme der Erteilung von Genehmigungen gemäß § 2 Abs. 5 Satz 1 ist die Landespolizeidirektion Zentrale Dienste zuständig.³

§ 26 Übergangsregelungen

(1) Versorgungsformen, die vor dem jeweiligen in § 27 bestimmten Zeitpunkt zum Leistungsumfang der Heilfürsorge gehörten, in dieser Verordnung jedoch nicht mehr, unter weitergehenden Voraussetzungen oder in geringerem Umfang vorgesehen sind, werden nach dem zum Genehmigungszeitpunkt geltenden Recht gewährt, wenn sie vor dem jeweiligen in § 27 bestimmten Zeitpunkt rechtmäßig genehmigt wurden.

(2) Für Arznei- und Verbandmittel sowie für nicht genehmigungspflichtige Hilfsmittel, für die Festbeträge gemäß §§ 35, 36 SGB V festgesetzt sind, werden nach dem in § 27 Satz 2 bestimmten Zeitpunkt die vollen Kosten nur dann übernommen, wenn diese Leistungen vor diesem Zeitpunkt ärztlich verordnet wurden.

(3) Wird eine Krankenhausbehandlung unter Inanspruchnahme von Wahlleistungen nach § 7 BPflV vor In-Kraft-Treten dieser Verordnung begonnen und bis nach ihrem In-Kraft-Treten ununterbrochen fortgesetzt, werden die Wahlleistungen nach dem vor In-Kraft-Treten geltenden Recht erstattet.

§ 27 In-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft. § 9 Abs. 2 und § 11 Abs. 3 treten zwei Monate nach dem in Satz 1 bestimmten Zeitpunkt in Kraft.

Dresden, den 23. März 2000

**Der Staatsminister des Innern
Klaus Hardraht**

-
- 1 § 1 geändert durch [Artikel 3 der Verordnung vom 11. November 2005](#) (SächsGVBl. S. 283, 284)
 - 2 § 21 geändert durch [Artikel 12 § 8 des Gesetzes vom 12. Dezember 2008](#) (SächsGVBl. S. 866, 881)
 - 3 § 25 neu gefasst durch [Verordnung vom 21. März 2007](#) (SächsGVBl. S. 97)
-

Änderungsvorschriften

Änderung der Sächsischen Heilfürsorgeverordnung

Art. 3 der Verordnung vom 11. November 2005 (SächsGVBl. S. 283, 284)

Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern zur Änderung der Sächsischen

Heilfürsorgeverordnung

vom 21. März 2007 (SächsGVBl. S. 97)

Änderung der Sächsischen Heilfürsorgeverordnung

Art. 12, § 8 des Gesetzes vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866, 881)