



Kommunaler
Versorgungsverband Sachsen

**Merkblatt über
die Gewährung von Heilfürsorge an
feuerwehrtechnische Beamte**

Stand März 2017

Auch im Internet unter
www.kv-sachsen.de

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
Marschnerstraße 37
01307 Dresden
Telefon 0351 4401-342, -343
Telefax 0351 4401-333
E-mail bf@kv-sachsen.de
Internet: www.kv-sachsen.de

Merkblatt über die Gewährung von Heilfürsorge an feuerwehrtechnische Beamte

Inhaltsverzeichnis	Seite
Einführung	4
1. Wann besteht Anspruch auf Heilfürsorge?	4
2. Welche Leistungen umfasst die Heilfürsorge?	5
3. Welche Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig?	11
4. Welche Zuzahlungen sind durch den Heilfürsorgeberechtigten zu tragen?	12
5. Wie werden Heilfürsorgeleistungen gewährt?	12
6. Was geschieht beim Zusammentreffen mit anderen Leistungen?	13
7. Wann besteht kein Anspruch auf Heilfürsorge?	13
8. Bei welchen Leistungen ist die Genehmigung durch den KVS erforderlich?	14

Einführung

Dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen (KVS) obliegt nach § 14 Satz 1 Nr. 5 des Gesetzes über den Kommunalen Versorgungsverband Sachsen (SächsGKV) i. d. F. der Bekanntmachung vom 22. Juli 2004 (SächsGVBl. S. 358), zuletzt geändert durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1077), die Gewährung von Heilfürsorge für die feuerwehrtechnischen Beamten.

Die nachstehenden Hinweise geben einen Überblick über das im Freistaat Sachsen geltende Heilfürsorgerecht. Sie sind schon aus Platzgründen nicht umfassend. Rechtsansprüche werden daraus weder begründet noch aufgehoben. In Zweifelsfällen oder bei anderen Fragen nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

1. Wann besteht Anspruch auf Heilfürsorge?

Im Freistaat Sachsen erhalten feuerwehrtechnische Beamte gemäß § 144 i. V. m. § 135 des Sächsischen Beamtengesetzes (SächsBG) und der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums des Innern über die Heilfürsorge für Beamte des Polizeivollzugsdienstes, Beamte des Landesamtes für Verfassungsschutz und feuerwehrtechnische Beamte (Sächsische Heilfürsorgeverordnung (SächsHfVO) vom 20. Februar 2014, SächsGVBl. S. 86) Heilfürsorge, so lange ihnen Besoldung zusteht.

Die Heilfürsorgeberechtigung besteht auch während der Elternzeit oder bei einer sonstigen Freistellung vom Dienst ohne Anspruch auf Besoldung bis zu einer Dauer von jeweils einem Monat.

Die Heilfürsorgeberechtigung endet mit Ablauf des Tages der Entlassung aus dem Beamtenverhältnis bzw. mit dem Ausscheiden aus dem feuerwehrtechnischen Dienst, in der Regel durch Eintritt oder Versetzung in den Ruhestand.

Heilfürsorgeleistungen an Familienangehörige der aktiven Feuerwehrbeamten und an Ruhestandsbeamte werden nicht gewährt. Dieser Personenkreis erhält stattdessen Beihilfe nach der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung - SächsBhVO).

Wir empfehlen den Heilfürsorgeberechtigten, rechtzeitig eine (Anwartschafts-)Krankenversicherung abzuschließen, damit bei Beendigung der Heilfürsorgeberechtigung ein (ergänzender) Krankenversicherungsschutz zu angemessenen Bedingungen erlangt werden kann.

Gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit müssen sich die Heilfürsorgeberechtigten in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung (anteilig) versichern.

2. Welche Leistungen umfasst die Heilfürsorge?

Nach Sinn und Zweck dient die Heilfürsorge der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und Dienstfähigkeit der Feuerwehrbeamten. Heilfürsorge wird nur gewährt, wenn die Maßnahme medizinisch notwendig ist und die Wirksamkeit und der therapeutische Nutzen nachgewiesen sind. Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich angemessen sein. Beurteilungsmaßstab sind grundsätzlich die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V - Fünftes Buch Sozialgesetzbuch) und die hierzu erlassenen Richtlinien.

Die Heilfürsorge umfasst insbesondere folgende Leistungen:

Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

§§ 5, 6 SächsHfVO

Die Heilfürsorge übernimmt die Kosten für eine ärztliche und zahnärztliche Behandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Kieferorthopädische Behandlung

§ 6 Abs. 4 SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung bei einer Kiefer- oder Zahnfehlstellung, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht, soweit sie zu Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kombinierte kieferchirurgische und kieferorthopädische Behandlung erfordern.

Zahnersatz

§ 7 SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Suprakonstruktionen (zahnärztliche Behandlung und zahntechnische Leistungen).

Für den Zahnersatz wird, wie bei gesetzlich Krankenversicherten, ein befundbezogener Festzuschuss für Kronen, Brücken oder Prothesen geleistet.

Die Heilfürsorge übernimmt den doppelten Festzuschuss, maximal in Höhe der tatsächlich bei der Regelversorgung entstandenen Kosten. Die Festzuschüsse bleiben auch bei einer höherwertigen oder andersartigen Versorgung (z. B. Implantat) unverändert.

**Arznei- und
Verbandmittel**

§ 8 SächsHfVO

Die Heilfürsorge übernimmt die Kosten für Arznei- und Verbandmittel, soweit die Mittel in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig sind.

Sind Festbeträge festgesetzt, werden die Kosten nur bis zur Höhe des Festbetrags übernommen.

Kosten für vom Heilpraktiker verordnete oder verabreichte Arznei- und Verbandmittel erstattet die Heilfürsorge entsprechend den Beihilfevorschriften zum Bemessungssatz.

Weitere Hinweise sind unter Punkt 3 („Welche Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig?“) aufgeführt.

Heilmittel

§ 9 SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf ärztlich verordnete Heilmittel. Heilmittel sind Maßnahmen der physikalischen, podologischen und ergotherapeutischen Therapie sowie der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie. Die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung findet Anwendung.

Hilfsmittel

§ 10 SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Versorgung mit **ärztlich verordneten** Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln, die den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen. Die Hilfsmittel dürfen keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder entsprechend § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sein. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch.

Die Erstausrüstung mit Brillengläsern und Kontaktlinsen muss augenärztlich verordnet sein. Bei der Folgebeschaffung sind Lichtschutzgläser und Kontaktlinsen erneut zu verordnen, wobei der Anspruch auf die Versorgung mit Kontaktlinsen nur in medizinisch zwingend erforderlichen Ausnahmefällen besteht.

Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells. Kosten für Zweitbrillen werden nicht übernommen.

Für orthopädisches Schuhwerk übernimmt die Heilfürsorge nur die Mehrkosten gegenüber normalem Schuhwerk.

Sind für Hilfsmittel Festbeträge festgesetzt, übernimmt die Heilfürsorge die Kosten maximal bis zur Höhe des Festbetrags.

Krankenhaus- behandlung

§ 11 Abs. 1 bis 3
SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Krankenhausleistungen in Krankenhäuser, die nach § 108 SGB V zugelassen sind.

Wahlleistungen (Chefarzt, Zwei- oder Einbettzimmer) übernimmt die Heilfürsorge **nicht**.

In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann nach vorheriger Abstimmung mit dem KVS auch ein nicht nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus in Anspruch genommen werden.

Hospizleistungen

§ 11 Abs. 4 SächsHfVO

Wenn eine ambulante häusliche Versorgung nicht möglich ist, haben Heilfürsorgeberechtigte Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder ambulanter Versorgung in Hospizen, in denen eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird.

Die Zuschusshöhe richtet sich nach den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Zuschüssen.

Familien- und Haushaltshilfe

§ 13 SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf eine ärztlich verordnete Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushalts

- wenn der sonst den Haushalt führende Heilfürsorgeberechtigte wegen einer stationären Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsmaßnahme oder der Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung den Haushalt nicht weiterführen kann,
- im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
- keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Dies gilt auch für die ersten 28 Tage nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder nach einer ambulanten Operation und bei Alleinstehenden, wenn der Haushalt nur mit einer Hilfe geführt werden kann.

Die Voraussetzung der stationären Unterbringung ist für die Gewährung einer Haushaltshilfe nicht erforderlich, wenn durch die Familien- und Haushaltshilfe eine ansonsten angezeigte stationäre Unterbringung vermieden oder verkürzt wird.

Die Übernahme der Kosten ist auf neun Euro pro Stunde, höchstens 72 € täglich, beschränkt.

Medizinische Rehabilitation

§§ 15 bis 18
SächsHfVO

Medizinische Rehabilitationen in der Heilfürsorge sind

- ambulante und stationäre Rehabilitationen,
- ambulante und stationäre Anschlussrehabilitationen unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt,
- ambulante und stationäre Rehabilitationen als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kur,
- Nach- und Festigungskuren bei Geschwulsterkrankung,
- ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen,
- ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (z. B. Schulungsprogramme, Rehabilitationssport, Funktionstraining) und
- Nachsorgeleistungen.

Die Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegen vor, wenn durch eine schwere Erkrankung, durch ein erhebliches chronisches Leiden oder durch einen Unfall die Gesundheit gefährdet, gemindert oder aufgehoben ist, dieser Zustand durch andere vorrangige ambulante oder stationäre Behandlungsmaßnahmen, insbesondere am Wohnort, nicht beseitigt werden kann und die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist. Ob die Voraussetzungen vorliegen, wird durch eine **amtsärztliche Stellungnahme** festgestellt. Der Heilfürsorgeberechtigte ist verpflichtet, nach einer medizinischen Rehabilitation an notwendigen Maßnahmen einer amtsärztlich veranlassten nachsorgerischen Betreuung für die Dauer eines Jahres teilzunehmen.

Wiederholungsmaßnahmen können erst nach Ablauf von vier Jahren von der Heilfürsorge übernommen werden. Ausgenommen von der Frist sind notwendige Anschlussrehabilitationen oder sonstige zwingende medizinische Gründe.

Der KVS bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen.

Während der medizinischen Rehabilitation werden die Aufwendungen übernommen

- bis zum niedrigsten Vergütungssatz der Einrichtung oder das Entgelt, das die Einrichtung einem Sozialversicherungsträger aufgrund einer Vergütungsvereinbarung in Rechnung stellt,
- für die Unterbringungs-, Verpflegungs- und Betreuungskosten für das begleitende, nicht behandlungsbedürftige Kind oder eine sonstige medizinisch notwendige Begleitperson bis zu 35 € pro Tag.

Vom Heilfürsorgeberechtigten sind bei einer stationären Rehabilitation zehn Euro pro Tag für höchstens 28 Kalendertage zuzuzahlen.

Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

§ 19 SächsHfVO

Bei dauernder Pflegebedürftigkeit übernimmt die Heilfürsorge neben den in der SächsHfVO vorgesehenen Leistungen die Kosten für eine notwendige häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in entsprechender Anwendung der Beihilfavorschriften (§§ 48 bis 56 SächsBhVO).

Vorbeugende Gesundheitsfürsorge

§ 20 SächsHfVO

Zu den vorbeugenden Maßnahmen gehören Schutzimpfungen, ausgenommen solcher aus Anlass eines privaten Auslandsaufenthalts (vgl. Punkt 7).

Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden in Abhängigkeit vom Lebensalter und nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen.

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

§ 21 SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte Mütter und Väter haben entsprechend § 24 SGB V Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen. Diese können in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung als Mutter-Kind- bzw. Vater-Kind-Kur in Anspruch genommen werden.

**Leistungen bei
Schwangerschaft
und Mutterschaft**

§ 22 SächsHfVO

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorgeleistungen, stationäre oder häusliche Entbindung sowie häusliche Pflege und Familien- und Haushaltshilfe.

Fahrtkosten

§ 24 SächsHfVO

Die Heilfürsorge übernimmt die Kosten für ärztlich verordnete Kranken- und Rettungsfahrten.

Für Fahrten mit einem **PKW** werden 0,17 € je gefahrenen Kilometer erstattet bei

- einer Krankenhausbehandlung, soweit sie zehn Euro je einfache Fahrt übersteigen,
- einer medizinischen Rehabilitation,
- einer stationären Rehabilitation bis zu 200 € für die Hin- und Rückfahrt,
- einer Serienbehandlung bei Dialyse oder im Zusammenhang mit einer Chemo- oder Strahlentherapie.

Erfolgt die Fahrt mit einem **öffentlichen Verkehrsmittel**, werden die Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel für den kürzesten Reiseweg ersetzt.

Die Kosten für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines PKW **innerhalb des Dienst- oder Wohnortes** sind mit Ausnahme der ambulanten Rehabilitation, Nachsorgemaßnahme und mehrtägige tagesklinische Behandlung nicht erstattungsfähig. Bei Fahrten im Zusammenhang mit ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, Nachsorgemaßnahmen und mehrtägigen tagesklinischen Behandlungsmaßnahmen werden Fahrtkosten bis zu fünf Euro pro Tag erstattet.

Die Kosten einer Rückbeförderung wegen Erkrankung während eines Urlaubs oder einer anderen privaten Reise werden nicht erstattet.

Die Mehrkosten für die Beförderung an einen anderen als den nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, werden nicht berücksichtigt.

**Leistungen
außerhalb des
Freistaates Sachsen**

§ 25 SächsHfVO

Kosten für in einem anderen Bundesland in Anspruch genommene Leistungen übernimmt die Heilfürsorge nur dann zu den dort geltenden Sätzen, wenn die Inanspruchnahme in einem anderen Bundesland notwendig war.

Bei einem privaten Auslandsaufenthalt innerhalb der Europäischen Union sowie in Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz übernimmt die Heilfürsorge die Behandlungskosten gegen Vorlage einer spezifizierten Rechnung bis zu der Höhe, wie sie bei einer Erkrankung am Wohnort entstanden wären.

Die vorgenannte Regelung gilt auch bei einem privaten Auslandsaufenthalt außerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz längstens für sechs Wochen im Kalenderjahr.

Leistungen bei Transplantationen

§ 11 Abs. 5 SächsBhVO

Die Kosten für die notwendigen Maßnahmen bei Organtransplantationen sowie für Gewebespenden und deren Registrierungen werden von der Heilfürsorge übernommen. Dies gilt sowohl für die Kosten des heilfürsorgeberechtigten Empfängers als auch für die Kosten des vorgesehenen Spenders.

3. Welche Arzneimittel sind nicht erstattungsfähig?

Heilfürsorgeberechtigte haben keinen Anspruch auf Arzneimittel, die von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind (§ 34 SGB V). Dazu zählen grundsätzlich auch alle **nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel**.

Ausgeschlossen sind insbesondere

- Mund- und Rachentherapeutika, ausgenommen bei Pilzinfektionen,
- Abführmittel,
- Arzneimittel gegen Reisekrankheit,
- Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht,
- Arzneimittel, die überwiegend zur Behandlung der erektilen Dysfunktion, der Anreizung sowie Steigerung der sexuellen Potenz dienen,
- Arzneimittel zur Raucherentwöhnung,
- Arzneimittel zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits,
- Arzneimittel zur Regulierung des Körpergewichts oder
- Arzneimittel zur Verbesserung des Haarwuchses.

Der Arzt sollte darauf hingewiesen werden, dass bei der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen der Heilfürsorge die **gleichen Grundsätze wie bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung** gelten. Sofern der Arzt ein ausgeschlossenes Arzneimittel für erforderlich hält, stellt er hierfür ein (grünes) Privatrezept aus. Die Kosten dieses Arzneimittels haben Heilfürsorgeberechtigte in der Apotheke selbst zu bezahlen.

Sofern nicht verordnungsfähige bzw. ausgeschlossene Arzneimittel zu Lasten der Heilfürsorge verordnet werden, können die durch den KVS gezahlten Leistungen vom Heilfürsorgeberechtigten **zurückgefordert** werden.

Bei Zweifelsfragen empfehlen wir, vor Beschaffung des Arzneimittels beim KVS nachzufragen.

4. Welche Zuzahlungen sind durch den Heilfürsorgeberechtigten zu tragen?

Durch den Heilfürsorgeberechtigten sind Zuzahlungen

- bei Fahrtkosten (vgl. Punkt 2),
- bei stationärer Rehabilitationsmaßnahme von zehn Euro pro Tag für maximal für 28 Kalendertage zu leisten.

Es sind **keine** Zuzahlungen zu leisten bei

- der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen,
- der Beschaffung von verordnungsfähigen Arznei- und Verbandsmitteln,
- der Inanspruchnahme ärztlich verordneter Heilmittel (z. B. physiotherapeutische Behandlungen),
- der Beschaffung ärztlich verordneter Hilfsmittel (Ausnahmen: Sehhilfen und Hilfsmittel, deren Beschaffungswert über die bestehenden Festbeträge hinausgehen),
- stationärer Krankenhausbehandlung.

5. Wie werden Heilfürsorgeleistungen gewährt?

Die Leistungen der Heilfürsorge werden grundsätzlich als Sach- und Dienstleistungen gewährt. Die Heilfürsorgeberechtigten haben keine finanziellen Verpflichtungen gegenüber den Behandlern, sie erhalten die Leistungen zu Lasten des KVS.

Die Heilfürsorgeberechtigten können sich von jedem Arzt / Zahnarzt beraten, untersuchen und behandeln lassen, der bereit ist, die Beratung, Untersuchung, Behandlung und Abrechnung nach den vertragsärztlichen /-zahnärztlichen Vergütungssätzen zu übernehmen.

Dazu erhalten Heilfürsorgeberechtigte eine **Heilfürsorge-Chipkarte** für die ärztliche, zahnärztliche sowie Krankenhausbehandlung.

Wird die Heilfürsorge-Chipkarte innerhalb von zehn Tagen nach Beginn der ärztlichen / zahnärztlichen Behandlung nicht vorgelegt, kann der Arzt die Kosten der Behandlung dem Heilfürsorgeberechtigten zur Selbstzahlung in Rechnung stellen. Ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht dann nicht mehr. Er erlischt auch, wenn vor Behandlungsbeginn zwischen dem Arzt / Zahnarzt und dem Heilfürsorgeberechtigten eine privatärztliche Behandlung vereinbart wird.

Von diesem Grundsatz gibt es Ausnahmen, da bei einigen Leistungen diese Verfahrensweise nicht möglich ist. In diesen Fällen haben Heilfürsorgeberechtigte die Leistung gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer (z. B. Heilpraktikerleistungen) vorab zu vergüten und erhalten die Kosten in dem in der SächsHfVO vorgesehenen Umfang auf Antrag vom KVS zurückerstattet. Kostenerstattungen werden auf schriftlichen Antrag gewährt.

Ein Antrag auf Kostenerstattung muss vor Ablauf der beiden Kalenderjahre gestellt werden, die auf das Jahr folgen, in dem die Aufwendungen entstanden sind. Andernfalls erlischt der Anspruch.

Mit dem Antrag auf Kostenerstattung sind vorzulegen:

- die Originalrezepte und spezifizierten Rechnungen über die erhaltenen Medikamente und in Anspruch genommene Heilmaßnahmen. Soweit dies nicht möglich ist, sind beglaubigte Kopien vorzulegen,
- ggf. eine Übersetzung der Dokumente auf deutsch (Übersetzungskosten werden von der Heilfürsorge nicht übernommen),
- eine formlose Mitteilung mit den Angaben des Zeitpunktes und der Gründe für die Arztkonsultation oder die Inanspruchnahme sonstiger Leistungen,
- ggf. einen Nachweis über den Umrechnungskurs der vorauslagten Währung zum Zahlungszeitpunkt.

Die mit dem Vermerk „Aus Mitteln der Heilfürsorge werden übernommen €“ vom KVS zurückgereichten Belege sind bis zur Bestandskraft des Bescheids über die Kostenerstattung aufzubewahren und auf Anforderung erneut vorzulegen.

6. Was geschieht beim Zusammentreffen mit anderen Leistungen?

Die Heilfürsorgeleistungen dürfen zusammen mit aus demselben Anlass zustehenden Leistungen, insbesondere aus Krankheitskostenversicherungen, die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. Heilfürsorgeberechtigte haben hierüber den Nachweis gegenüber dem KVS zu erbringen.

Bei einem Dienstunfall haben die Heilfürsorgeberechtigten Anspruch auf Dienstunfallfürsorgeleistungen nach dem Sächsischen Beamtenversorgungsgesetz. Die Gewährung dieser Leistungen erfolgt ebenfalls durch die Heilfürsorge. Die Behandlung erfolgt auch hier über die Heilfürsorge-Chipkarte.

7. Wann besteht kein Anspruch auf Heilfürsorge?

Kein Anspruch auf Heilfürsorge besteht bei

- Heilmaßnahmen wegen anerkannter Kriegsfolgeleiden im Sinne des Bundesversorgungsgesetzes,
- Heilmaßnahmen, für die ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder ein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist,
- Behandlungen zu rein kosmetischen Zwecken,

- Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise.

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.

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.

8. Bei welchen Leistungen ist die Genehmigung durch den KVS erforderlich?

Folgende Leistungen unterliegen einer Genehmigungspflicht

- psychotherapeutische Behandlungen,
- Parodontosebehandlungen,
- kieferorthopädische Behandlungen,
- Behandlungen von Kiefererkrankungen,
- Zahnersatz,
- Hilfsmittel über 150 €,
- orthopädisches Schuhwerk,
- Hörhilfen,
- Krankenhausbehandlung in einem nicht gemäß 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus (z. B. Privatklinik),
- häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, palliative ambulante Versorgung,
- Familien- und Haushaltshilfe,
- Rehabilitationsmaßnahmen,
- geplante Behandlung im Ausland.

Sofern eine Genehmigung vorgesehen ist, ist diese grundsätzlich vor Beginn der Behandlung einzuholen. Wurde schuldhaft versäumt die Genehmigung einzuholen, werden die Kosten der Leistung von der Heilfürsorge nicht übernommen. Dies gilt auch dann, wenn die Voraussetzungen der Leistung im Übrigen vorgelegen hätten.