

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

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

1. § 147 Abs. 5, § § 153 und 156 des Beamtengesetzes für den Freistaat Sachsen (Sächsisches Beamtengesetz – SächsBG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Mai 2009 (SächsGVBl. S. 194), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 874, 880) geändert worden ist,
2. § 16 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsorganisation des Freistaates Sachsen (Sächsisches Verwaltungsorganisationsgesetz – SächsVwOrgG) vom 25. November 2003 (SächsGVBl. S. 899), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Januar 2012 (SächsGVBl. S. 130, 131) geändert worden ist:

Inhaltsübersicht

Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften

- § 1 Adressatenkreis
- § 2 Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen
- § 3 Genehmigung
- § 4 Träger der Heilfürsorge

Zweiter Abschnitt Heilfürsorgeleistungen

- § 5 Ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie
- § 6 Zahnärztliche Behandlung
- § 7 Zahnersatz
- § 8 Arznei- und Verbandmittel
- § 9 Heilmittel
- § 10 Hilfsmittel
- § 11 Krankenhausbehandlung, stationäre und ambulante Hospizleistungen
- § 12 Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, palliative ambulante Versorgung
- § 13 Familien- und Haushaltshilfe
- § 14 Künstliche Befruchtung
- § 15 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 16 Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen
- § 17 Auswahl der Rehabilitationseinrichtung
- § 18 Umfang der Leistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen
- § 19 Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit
- § 20 Vorbeugende Gesundheitsfürsorge
- § 21 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter
- § 22 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- § 23 Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation
- § 24 Fahrt- und Transportkosten
- § 25 Leistungen außerhalb des Freistaates Sachsen

Dritter Abschnitt Schlussvorschriften

- § 26 Härtefälle
- § 27 Weitergewährung der Heilfürsorge
- § 28 Zuständigkeit
- § 29 Übergangsregelungen
- § 30 Inkrafttreten und Außerkrafttreten

Erster Abschnitt Allgemeine Vorschriften

§ 1 Adressatenkreis

(1) Die Polizeivollzugsbeamten, die Beamten des Landesamtes für Verfassungsschutz nach § 153 SächsBG und die Beamten des feuerwehrtechnischen Dienstes nach § 156 SächsBG erhalten Heilfürsorge nach Maßgabe dieser Verordnung.

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

§ 2 Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen

(1) Die Heilfürsorge umfasst

1. Ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie (§ 5),
2. Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz (§ § 6, 7),
3. Arznei- und Verbandmittel (§ 8),
4. Heilmittel (§ 9),
5. Hilfsmittel (§ 10),
6. Krankenhausbehandlung, stationäre und ambulante Hospizleistungen (§ 11),
7. Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, palliative ambulante Versorgung (§ 12),
8. Familien- und Haushaltshilfe (§ 13),
9. Künstliche Befruchtung (§ 14),
10. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ § 15 bis 18),
11. Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 19),
12. Vorbeugende Gesundheitsfürsorge (§ 20),
13. Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 21),
14. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 22),
15. Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation (§ 23),
16. Fahrt- und Transportkosten (§ 24),
17. Leistungen außerhalb des Freistaates Sachsen (§ 25).

(2) Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich angemessen sein; Heilfürsorge wird nur gewährt, wenn die Maßnahme medizinisch notwendig ist und die Wirksamkeit sowie der therapeutische Nutzen nachgewiesen sind. Die Richtlinien nach § 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Gesetz vom 22. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4382) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, und die Begutachtungsrichtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes des

Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. einschließlich der Umsetzungsempfehlungen vom Oktober 2005 mit Aktualisierungen Februar 2012, in der jeweils geltenden Fassung, finden entsprechende Anwendung, sofern nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(3) Heilfürsor geleistungen werden ohne Kostenbeteiligung der Heilfürsorgeberechtigten gewährt, sofern nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

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

(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, soweit keine Zuständigkeit gemäß § 14 Satz 1 Nr. 5 des Gesetzes über den Kommunalen Versorgungsverband Sachsen (SächsGKV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Juli 2004 (SächsGVBl. S. 358), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1077) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, gegeben ist. In dringend notwendigen Einzelfällen ist eine Gewährung durch die Heilfürsorgestelle möglich.

(6) Heilfürsorgeberechtigte erhalten die Heilfürsor geleistungen 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 vor Ablauf der beiden Kalenderjahre beantragt wird, die auf das Jahr des Entstehens der erstattungsfähigen Aufwendungen folgen. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch.

(7) Heilfürsorgeberechtigte können eine elektronische Gesundheits-/Krankenversichertenkarte erhalten. Die Regelungen zur elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a SGB V finden entsprechend Anwendung für Heilfürsorgeberechtigte.

§ 3 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 die von der nach § 28 zuständigen Stelle vorgegebenen Vordrucke oder die im Bereich der Sozialversicherungsträger verwendeten Vordrucke zu verwenden. Über die medizinische Notwendigkeit der Leistungen können Gutachten erstellt oder angefordert werden. Vorrangig soll die Begutachtung durch Polizei- oder Amtsärzte erfolgen.

§ 4 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

§ 5

Ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie

(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. Polizeivollzugsbeamte 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 oder Polizeivollzugsbeamte, die sich in geschlossenen Einsätzen befinden, sollen vom Zeitpunkt der Bereithaltung bis zur Beendigung des Einsatzes von Polizeiarzten oder Vertragsärzten beraten, untersucht und behandelt werden. Ist das Aufsuchen des Polizeiarztes oder des Vertragsarztes bei Aufenthalt außerhalb des Dienstortes oder aus sonstigen Gründen nicht möglich oder ist eine fachärztliche Behandlung, Zahnbehandlung oder die Überweisung in ein Krankenhaus notwendig, kann unter der Voraussetzung des Absatzes 2 ein anderer Arzt in Anspruch genommen werden.

(4) Kosten für Leistungen eines Heilpraktikers werden entsprechend den §§ 9 und 57 sowie Anlage 2 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen über die Gewährung von Beihilfe in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Sächsische Beihilfeverordnung – SächsBhVO) vom 16. November 2012 (SächsGVBl. S. 626), die durch Verordnung vom 30. Oktober 2013 (SächsGVBl. S. 851) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, zu dem jeweiligen Bemessungssatz übernommen.

(5) Für psychotherapeutische Behandlungen gilt § 28 Abs. 3 SGB V entsprechend. Die Kostenübernahme für diese psychotherapeutische Behandlung bedarf der Genehmigung.

§ 6

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; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (implantatgetragener Zahnersatz) erbracht werden. § 5 Abs. 2 Satz 1 und 3 gilt entsprechend.

(2) Wählen Heilfürsorgeberechtigte bei Zahnfüllungen eine über den in Absatzes 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 zu den zahnärztlichen Behandlungen nach Absatzes 1. Das Gleiche gilt für implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor, in denen die Heilfürsorge diese Leistungen 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, kieferorthopädische Behandlungen und Behandlungen von Kiefererkrankungen bedürfen der vorherigen Genehmigung.

§ 7

Zahnersatz

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

(2) Heilfürsorgeberechtigte erhalten befundbezogene Festzuschüsse nach § 55 in Verbindung mit § 56 SGB V. Es wird der doppelte Festzuschuss, höchstens in Höhe der tatsächlich bei der Regelversorgung entstandenen Kosten, übernommen. Die Mehrkosten haben Heilfürsorgeberechtigte selbst in vollem Umfang zu tragen. Dazu ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Heilfürsorgeberechtigten zu treffen.

(3) Die Versorgung mit Zahnersatz, einschließlich Suprakonstruktionen, bedarf der Genehmigung.

§ 8

Arznei- und Verbandmittel

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen und nach dem Arzneimittelgesetz verkehrsfähigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähig und nicht nach § 34 Abs. 1, 3 und 4 SGB V oder aufgrund § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausgeschlossen sind.

(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 entsprechend § 21 Abs. 2 SächsBhVO zu dem jeweiligen Bemessungssatz entsprechend § 57 SächsBhVO erstattet.

§ 9 Heilmittel

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit ärztlich verordneten Heilmitteln, soweit sie nicht entsprechend § 34 Abs. 1, 3 und 4 SGB V ausgeschlossen sind. Heilmittel sind Maßnahmen der physikalischen, podologischen und ergotherapeutischen sowie der Stimm-, Sprech- und Sprach-Therapie. Die Richtlinie gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V findet entsprechend Anwendung auf den Anspruch der Heilfürsorgeberechtigten auf Heilmittel.

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

§ 10 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, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder entsprechend § 34 Abs. 4 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. Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte sowie für Pflege- und Reinigungsmittel werden nicht übernommen und nicht erstattet. Wählen Heilfürsorgeberechtigte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, sind die Mehrkosten und dadurch erforderliche höhere Folgekosten selbst zu tragen.

(2) Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Kosten des Brillengestells. Brillengläser und Kontaktlinsen dürfen für die Erstausrüstung nur aufgrund einer augenärztlichen Verordnung beschafft werden. Lichtschutzgläser und Kontaktlinsen bedürfen auch bei Folgebeschaffungen einer ärztlichen Verordnung. Der Nachweis hierfür ist vom Heilfürsorgeberechtigten zu erbringen. Heilfürsorgeberechtigte haben die Wahl zwischen Brillengläsern aus Kunststoff oder Silikat. Die Kosten einer einfachen Entspiegelung werden bis zur Höhe von 10 EUR pro Glas 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 3 nicht vor, zahlt die Heilfürsorge als Zuschuss zu den Kosten von Kontaktlinsen höchstens einen Betrag, den sie für Brillengläser aus Kunststoff aufzuwenden hätte. Kosten für Zweitbrillen werden nicht übernommen.

(3) Für ein Hilfsmittel, für das ein Festbetrag nach § 36 SGB V festgesetzt ist, werden die Kosten nur bis zu dieser Höhe übernommen. Sind für Hilfsmittel zwischen den jeweiligen Leistungserbringern und einem Träger der gesetzlichen Krankenkassen Preise nach § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V vereinbart worden, gelten diese als angemessen. Die Kosten der übrigen Hilfsmittel werden nach den Grundsätzen des § 2 Abs. 2 Satz 1 übernommen. Für ärztlich verordnetes orthopädisches Schuhwerk wird nur der Betrag übernommen, der den in § 23 Abs. 9 Satz 1 Nr. 1 SächsBhVO genannten Betrag übersteigt.

(4) Hilfsmittel nach Absatzes 3 Satz 3, deren Kosten 150 EUR übersteigen, sowie orthopädisches Schuhwerk und Hörhilfen bedürfen der Genehmigung.

§ 11

Krankenhausbehandlung, stationäre und ambulante Hospizleistungen

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär sowie vor- und nachstationär entsprechend § 115a SGB V, ambulant entsprechend § 115b Abs. 1 bis 3 und Abs. 5 SGB V und ambulant spezialfachärztlich entsprechend § 116b 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 und § 18 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 5a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423, 2426) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, und im Rahmen von § 2 Abs. 2 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung – BPflV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 5b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423, 2428) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung.

(4) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder ambulanter Versorgung in Hospizen, in denen eine palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Heilfürsorgeberechtigten nicht erbracht werden kann. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach den von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarten Zuschüssen für das jeweilige Jahr. § 39a SGB V gilt entsprechend.

(5) Die Kosten für alle notwendigen Maßnahmen bei Organtransplantationen sowie für Gewebespenden und deren Registrierungen werden übernommen. Dies gilt sowohl für die Kosten des heilfürsorgeberechtigten Empfängers als auch für die Kosten des nicht heilfürsorgeberechtigten Spenders oder vorgesehenen Spenders. Ebenfalls übernommen werden der vom Spender oder vom vorgesehenen Spender nachgewiesene Ausfall an

Arbeitseinkommen oder Arbeitsentgelt. § 3a Abs. 2 des Gesetzes über die Zahlung des Arbeitsentgeltes an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1065), das zuletzt durch Artikel 1a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601, 1608) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, § 8 Abs. 2b des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 2b des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423, 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, sowie § 27 Abs. 1a und § 44a SGB V gelten entsprechend.

§ 12

Häusliche Krankenpflege, Soziotherapie, palliative ambulante Versorgung

(1) Heilfürsorgeberechtigte erhalten in ihrem Haushalt neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine 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 Satz 2 genannten Gründen erforderlich ist.

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

(3) Bei schwerer psychischer Erkrankung haben Heilfürsorgeberechtigte Anspruch auf Soziotherapie entsprechend § 37a SGB V.

(4) Eine spezialisierte palliative ambulante Versorgung wird auf der Grundlage von § 37b SGB V gewährt.

(5) Die jeweils notwendigen Aufwendungen werden bis zur Höhe der Kostensätze, die zwischen den Ersatzkassen und den jeweiligen Leistungserbringern vereinbart wurden, übernommen. Die Kosten für eine Pflege durch im Haushalt des erkrankten Heilfürsorgeberechtigten lebende Personen werden nicht übernommen.

(6) Die Versorgung erfolgt auf Antrag und mit Genehmigung.

§ 13

Familien- und Haushaltshilfe

(1) Familien- und Haushaltshilfen werden auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung 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,

2. im Haushalt mindestens eine gemäß den §§ 2 und 3 SächsBhVO beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen kann.

Dies gilt außer bei Rehabilitationsmaßnahmen in besonderen Fällen auch für die ersten 28 Tage nach Ende einer stationären Unterbringung oder der Durchführung einer ambulanten Operation und bei Alleinstehenden, wenn eine Hilfe zur Führung des Haushalts erforderlich ist.

(2) Die Voraussetzung einer stationären Unterbringung nach Absatzes 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 § 35 Abs. 4 Satz 1 SächsBhVO genannten Beträge und Aufwendungen beschränkt.

(4) Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf 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.

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

§ 14

Künstliche Befruchtung

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

§ 15

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne dieser Vorschrift sind

1. ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen,
2. ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen,
3. ambulante und stationäre Anschlussrehabilitationen unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt,
4. ambulante und stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen als Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahmen,
5. Nach- und Festigungskuren bei Geschwulsterkrankungen,
6. ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 SGB V in Verbindung mit § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2012 (BGBl. S. 2598, 2606) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,

7. Nachsorgeleistungen im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung im Anschluss an eine durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme.

§ 16

Voraussetzungen für Rehabilitationsleistungen

(1) Die persönlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind erfüllt, wenn durch schwere Erkrankung oder ein erhebliches chronisches Leiden oder einen Unfall die Gesundheit gefährdet, gemindert oder aufgehoben ist, dieser Zustand durch andere geeignete ambulante oder stationäre Behandlungsmaßnahmen, insbesondere am Wohnort, nicht beseitigt werden kann und die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist. Die Vorlage der persönlichen Voraussetzungen wird durch eine polizei- oder amtsärztliche Stellungnahme festgestellt. Bestandteil der Vorlage der persönlichen Voraussetzungen ist zudem die schriftlich erklärte Bereitschaft des Anspruchsberechtigten, im Fall der Leistungsbewilligung nach Inanspruchnahme der Rehabilitationsleistung an notwendigen Maßnahmen der polizei- oder amtsärztlich veranlassten nachsorgerischen Betreuung für die Dauer eines Jahres teilzunehmen.

(2) Wiederholungsmaßnahmen können nicht vor Ablauf von vier Jahren aus Heilfürsorgemitteln erbracht werden. Von der Regelung darf nur abgesehen werden

1. nach einer schweren, einen Krankenhausaufenthalt erfordernden Erkrankung mit der Notwendigkeit einer Anschlussrehabilitation oder
2. wenn bei schwerer chronischer Erkrankung oder einem Unfall nach einer polizei- oder amtsärztlichen Stellungnahme aus zwingenden medizinischen Gründen eine Rehabilitationsbehandlung in einem kürzeren Zeitabstand notwendig ist.

(3) Voraussetzung für die Übernahme von Kosten bei einer Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Maßnahme für das begleitende, nicht behandlungsbedürftige Kind ist, dass das Kind das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat und die Versorgung des Kindes anderweitig nicht abgesichert werden kann. Von dieser Regelung kann abgewichen werden, wenn das Kind behindert und auf Hilfe angewiesen ist. Die Mitnahme anderer Begleitpersonen im Zusammenhang mit einer medizinischen Leistung zur Rehabilitation wird nur aufgrund einer ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung gewährt.

(4) Rehabilitationsmaßnahmen werden nicht gewährt, wenn ein Antrag auf Entlassung gestellt wurde, ein Verfahren auf Rücknahme der Ernennung, ein Disziplinarverfahren mit dem Ziel der Entfernung aus dem Dienst bei gleichzeitiger vorläufiger Dienstenthebung oder ein Verfahren mit der Folge des Verlustes der Beamtenrechte schwebt. Dies gilt nicht, wenn durch die Schwere der Erkrankung eine entsprechende Maßnahme erforderlich wird.

§ 17

Auswahl der Rehabilitationseinrichtung

Zur Durchführung einer Maßnahme zur Rehabilitation ist diejenige Einrichtung auszuwählen, die für die Behandlung der Gesundheitsbeeinträchtigung besonders geeignet ist.

Rehabilitationsmaßnahmen werden grundsätzlich in Einrichtungen nach § 111 Abs. 1 und § 111a SGB V oder nach § 15 Abs. 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) – Gesetzliche Rentenversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Februar 2002 (BGBl. I S. 754, 1404, 3384), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 3836, 3849) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung,

durchgeführt. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann mit Zustimmung der obersten Dienstbehörde die Behandlung in einer anderen geeigneten Einrichtung durchgeführt werden. Sofern der Freistaat Sachsen mit Behandlungseinrichtungen Verträge zur Durchführung von Maßnahmen zur Rehabilitation abgeschlossen hat, sind diese Einrichtungen dem Grunde nach primär bei der Auswahl zu berücksichtigen. Wünscht ein Heilfürsorgeberechtigter die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in einer bestimmten Einrichtung, so kann dem entsprochen werden, sofern die Voraussetzungen dafür vorliegen. Die Mehrkosten dafür sind in vollem Umfang von dem Heilfürsorgeberechtigten zu tragen. Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen sind grundsätzlich in wohnortnahen Einrichtungen zu erbringen.

§ 18

Umfang der Leistungen bei Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Die Heilfürsorgestelle bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach pflichtgemäßem Ermessen. Ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen sollen für längstens 20 Behandlungstage, stationäre Leistungen für längstens drei Wochen erbracht werden. Die Behandlungsdauer bei Entwöhnungsbehandlungen bei Abhängigkeitserkrankungen und bei Behandlungsmaßnahmen bei psychosomatischen Erkrankungen richtet sich nach aktuellen Fachempfehlungen und bedarf im Zweifelsfall der ärztlichen Bestätigung. Die Verlängerung einer Behandlungsmaßnahme ist rechtzeitig mit einer ärztlichen Begründung zur Notwendigkeit der Fortführung der Behandlung durch die Rehabilitationseinrichtung bei der Heilfürsorgestelle zu beantragen. Die Heilfürsorgestelle holt im Zweifelsfall eine polizei- oder amtsärztliche Stellungnahme ein.

(2) Bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden folgende Aufwendungen nach Genehmigung durch die Heilfürsorge übernommen:

1. der niedrigste Vergütungssatz dieser Einrichtung oder der Entgelte, die die Einrichtung einem Sozialversicherungsträger aufgrund einer Vergütungsvereinbarung in Rechnung stellt,
2. die während einer Rehabilitationsmaßnahme anfallenden Unterbringungs-, Verpflegungs- und Betreuungskosten für das begleitende, nicht behandlungsbedürftige Kind oder eine sonstige medizinisch notwendige Begleitperson bis zu einem Betrag von 35 EUR pro Tag.

(3) Heilfürsorgeberechtigte, die eine stationäre Leistung nach § 15 Nr. 1 bis 5 in Anspruch nehmen, leisten eine Zuzahlung von 10 EUR pro Tag, längstens für 28 Kalendertage.

(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 § 39 Abs. 2 SächsBhVO im Heilkurortverzeichnis Ausland aufgeführt sind.

§ 19

Leistungen 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. Die §§ 48 bis 56 SächsBhVO finden entsprechende Anwendung.

(2) Pflegebedürftige Heilfürsorgeberechtigte, die einen Anspruch gemäß § 28 Abs. 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423, 2424) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung, 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 § 57 SächsBhVO.

(3) Pflegeleistungen werden auf Antrag des Heilfürsorgeberechtigten gewährt. Die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt durch die soziale oder private Pflegekasse. Das ausgestellte Gutachten sowie die erstatteten Leistungen aus der sozialen und privaten Pflegepflichtversicherung sind von den betroffenen Heilfürsorgeberechtigten der zuständigen Heilfürsorgestelle anzuzeigen.

§ 20

Vorbeugende Gesundheitsfürsorge

(1) Heilfürsorgeberechtigten werden Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge gewährt.

(2) Zu den vorbeugenden Maßnahmen gehören:

1. vertraglich vereinbarte Schutzimpfungen,
2. Gesundheitsuntersuchungen und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß § 25 SGB V.

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

§ 21

Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter

Heilfürsorgeberechtigte haben entsprechend § 24 SGB V Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung. § 17 Satz 3, § 18 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

§ 22

Leistungen 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.

(2) Wird die Heilfürsorgeberechtigte zur stationären Entbindung in ein Krankenhaus aufgenommen, hat sie für sich und das gesunde Neugeborene auch Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung für die Zeit nach der Entbindung. Für diese Zeit besteht kein

Anspruch auf Krankenhausbehandlung. § 11 Abs. 1 Satz 3 gilt entsprechend. Bei Aufnahme in eine von Hebammen geleitete Einrichtung gelten die in den Vereinbarungen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. aufgeführten Kostensätze.

(3) Die Heilfürsorgeberechtigte hat Anspruch auf häusliche Pflege, soweit diese wegen Schwangerschaft oder Entbindung erforderlich ist. § 12 Abs. 2, 5 und 6 gilt entsprechend.

(4) Die Heilfürsorgeberechtigte hat die in § 13 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.

§ 23

Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation

Heilfürsorgeleistungen zum Zwecke der Empfängnisverhütung werden entsprechend § 24a Abs. 1 und 2 Halbsatz 1 SGB V gewährt. § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

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

§ 24

Fahrt- und Transportkosten

(1) Kranken- und Rettungsfahrten werden aufgrund einer ärztlichen Verordnung durchgeführt. Ein Eigenbehalt ist nicht zu entrichten.

(2) Für Fahrten mit einem privaten Kraftfahrzeug werden den Heilfürsorgeberechtigten bei

1. Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen nach den §§ 11 und 13, soweit sie 10 EUR je einfache Fahrt übersteigen,
2. Durchführung einer genehmigten Maßnahme nach § 15 und § 21,
3. Serienbehandlungen im Zusammenhang mit einer Chemo- oder Strahlentherapie, Dialysefahrten

die Fahrtkosten erstattet.

(3) Erfolgt die Fahrt mit einem öffentlichen Verkehrsmittel, werden die Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel für den kürzesten Reiseweg unter Ausschöpfung der Fahrpreismäßigung und ein etwa notwendiger Gepäcktransport ersetzt. Zuschläge im Eisenbahnverkehr werden nicht übernommen. Aufwendungen für den Zu- und Abgang sind nicht erstattungsfähig.

(4) Wird die Fahrt mit einem privaten Kraftfahrzeug durchgeführt, ist der in § 5 Abs. 1 Satz 1 des Sächsischen Gesetzes über die Reisekostenvergütung der Beamten und Richter (Sächsisches Reisekostengesetz – SächsRKG) vom 12. Dezember 2008 (SächsGVBl. S. 866), das durch Artikel 13 des Gesetzes vom 18. Dezember 2013 (SächsGVBl. S. 970, 1080)

geändert worden ist, in Verbindung mit § 1 Abs. 1 der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zur Anpassung der in § 5 des Sächsischen Reisekostengesetzes festgesetzten Beträge der Wegstreckenentschädigung vom 3. Juli 2013 (SächsGVBl. S. 566) genannte Betrag pro gefahrenen Kilometer erstattungsfähig. Aufwendungen für einen Gepäcktransport werden im Zusammenhang mit der Nutzung eines Kraftfahrzeuges nicht anerkannt. Für Fahrten im Zusammenhang mit einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gilt ein Höchstbetrag von 200 EUR für die Hin- und Rückfahrt als angemessen. Bei Fahrten im Zusammenhang mit ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen, Nachsorgemaßnahmen und mehrtägigen aufeinanderfolgenden tagesklinischen Behandlungsmaßnahmen wird ein Betrag von bis zu 5 EUR pro Behandlungstag erstattet.

(5) Die Kosten für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder privater Kraftfahrzeuge innerhalb des Dienst- oder Wohnortes werden mit Ausnahme des Tatbestandes in Absatzes 4 Satz 4 nicht übernommen.

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

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

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

§ 25

Leistungen 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 im Ausland während eines dienstlich angeordneten Aufenthalts werden die Kosten einer notwendigen Behandlung einschließlich der Kosten für ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gegen Vorlage einer spezifizierten Rechnung erstattet. Dies gilt entsprechend für die Kosten einer ärztlich verordneten Rückführung an den Wohn- oder Dienstort oder die Verlegung in ein inländisches Krankenhaus.

(3) Heilfürsorgeberechtigten werden die Kosten einer notwendigen Behandlung innerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz entsprechend § 13 Abs. 4 und 5 SGB V von der Heilfürsorge erstattet. § 13 Abs. 4 Satz 3 SGB V findet keine Anwendung, wenn es sich um eine Notfallbehandlung handelt.

(4) Bei der Behandlung von Erkrankungen außerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz werden die Kosten entsprechend § 18 Abs. 1 bis 3 Satz 3 SGB V übernommen.

(5) Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht und der Heilfürsorgeberechtigte die für die Beurteilung der Voraussetzungen nach den Absätzen 2 bis 4 notwendigen Angaben nicht beibringen kann, hat die Heilfürsorgestelle nach billigem

Ermessen zu entscheiden, wenn der Heilfürsorgeberechtigte mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege, vorlegt. Kosten für eine erforderliche Übersetzung der Belege werden mit Ausnahme von dienstlich veranlassten Auslandsaufenthalten nicht erstattet. Kosten bis zu 500 EUR werden ohne Kostenvergleich nach Absatzes 3 Satz 1 und Abs. 4 erstattet.

Dritter Abschnitt Schlussvorschriften

§ 26 Härtefälle

Beträge nach § 18 Abs. 3 und § 24 Abs. 2 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. § 61 Abs. 1 bis 3 SächsBhVO gilt entsprechend.

§ 27 Weitergewährung der Heilfürsorge

Heilfürsorgeberechtigten kann beim Ausscheiden aus dem anspruchsberechtigten Personenkreis aus Fürsorgegründen bis zu zwei Monaten Heilfürsorge 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.

§ 28 Zuständigkeit

Für den Vollzug der heilfürsorgerechtlichen Vorschriften ist, mit Ausnahme der Erteilung von Genehmigungen gemäß § 2 Abs. 5 Satz 2 und soweit keine Zuständigkeit gemäß § 14 Satz 1 Nr. 5 SächsGKV gegeben ist, das Polizeiverwaltungsamt zuständig.

§ 29 Übergangsregelungen

Versorgungsformen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung zum Leistungsumfang der Heilfürsorge gehörten, in dieser Verordnung unter weitergehenden Voraussetzungen oder in geringerem Umfang vorgesehen sind, werden nach dem zum Genehmigungszeitpunkt geltenden Recht gewährt, wenn sie vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung rechtmäßig genehmigt wurden.

§ 30 Inkrafttreten und Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tage nach ihrer Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die 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
23. März 2000 (SächsGVBl. S. 216), zuletzt geändert durch Artikel 7 der Verordnung vom
1. März 2012 (SächsGVBl. S. 173, 176), außer Kraft.

Dresden, den 20. Februar 2014

Der Staatsminister des Innern
Markus Ulbig