

**Landesverordnung  
über die Gewährung von Heilfürsorge für die Beamtinnen  
und Beamten des Einsatzdienstes der Feuerwehr  
und des Polizeivollzugsdienstes  
im Lande Schleswig-Holstein  
(Heilfürsorgeverordnung - HFVO)  
Vom 16. Dezember 2010**

Aufgrund des § 113 Abs. 3 Satz 2 des Landesbeamtengesetzes verordnet das Innenministerium, aufgrund des § 112 Abs. 2 des Landesbeamtengesetzes verordnet das Innenministerium im Einvernehmen mit dem Finanzministerium:

**Inhaltsübersicht:**

**Abschnitt I**

**Allgemeine Vorschriften**

- § 1 Heilfürsorgeanspruch
- § 2 Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen
- § 3 Ausschluss der Heilfürsorge
- § 4 Voraussetzung der Kostenübernahme
- § 5 Träger der Heilfürsorge

**Abschnitt II**

**Leistungen zur Verhütung von Krankheiten**

- § 6 Prävention
- § 7 Medizinische Vorsorgeleistungen
- § 8 Vorsorgekuren
- § 9 Besondere Vorsorgeleistungen

**Abschnitt III**

**Leistungen bei Schwangerschaft  
und Mutterschaft**

- § 10 Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

**Abschnitt IV**  
**Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten**

§ 11 Gesundheitsuntersuchungen

**Abschnitt V**  
**Leistungen zur Behandlung einer Krankheit**

- § 12 Krankenbehandlung
- § 13 Ärztliche Behandlung
- § 14 Künstliche Befruchtung
- § 15 Zahnärztliche Behandlung
- § 16 Zahnersatz
- § 17 Arznei- und Verbandmittel
- § 18 Heilmittel
- § 19 Hilfsmittel
- § 20 Häusliche Krankenpflege
- § 21 Soziotherapie
- § 22 Haushaltshilfe
- § 23 Krankenhausbehandlung
- § 24 Stationäre und ambulante Hospizleistungen
- § 25 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

**Abschnitt VI**  
**Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

§ 26 Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

**Abschnitt VII**  
**Leistungen für Fahrkosten**

§ 27 Fahrkosten

## **Abschnitt VIII**

### **Schlussvorschriften**

§ 28	Leistungen bei Behandlung im Ausland
§ 29	Übergangsheilfürsorge
§ 30	Übergangsregelung Feuerwehr
§ 31	Übergangsregelungen
§ 32	Inkrafttreten, Geltungsdauer

## **Abschnitt I**

### **Allgemeine Vorschriften**

#### § 1

#### Heilfürsorgeanspruch

(1) Beamtinnen und Beamte des feuerwehrtechnischen Dienstes, die im Brandbekämpfungs- und Hilfeleistungsdienst (Einsatzdienst) stehen, haben nach § 113 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 112 Abs. 1 und 3 des Landesbeamtengesetzes, Beamtinnen und Beamte des Polizeivollzugsdienstes nach § 112 des Landesbeamtengesetzes, Anspruch auf Heilfürsorge.

(2) Heilfürsorge hat die Aufgabe, die Gesundheit der heilfürsorgeberechtigten Personen zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Die Heilfürsorgeberechtigten sind nach dem Landesbeamtengesetz zur Erhaltung ihrer Gesundheit verpflichtet; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Dienstunfähigkeit zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Dienstherrn haben dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

(3) Weitergehende Pflichten der Dienstherrn nach anderen Rechtsvorschriften bleiben unberührt.

(4) Die Kosten für die im Rahmen der Heilfürsorge zu gewährenden Leistungen werden durch den Dienstherrn der Heilfürsorgeberechtigten getragen.

## § 2

### Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen

(1) Die Leistungen der Heilfürsorge müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Richtlinien nach § 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S.983), finden entsprechende Anwendung, sofern nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(2) Mit der Eigenbeteiligung nach § 113 Abs. 3 Satz 1 und nach § 112 Abs. 1 Satz 3 Landesbeamtengesetz sind alle im SGB V vorgesehenen Zuzahlungen abgegolten, sofern nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

(3) Heilfürsorgeberechtigte können sich von jeder Ärztin oder jedem Arzt beraten, untersuchen und behandeln lassen, die oder der einer Kassenärztlichen Vereinigung angehört (Vertragsärztin oder Vertragsarzt). Beamtinnen und Beamte des Polizeivollzugsdienstes können zusätzlich die Polizeiärztinnen und Polizeiärzte in Anspruch nehmen.

(4) Die Behandlungskosten werden nach § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB V vergütet. Mehrkosten, die durch Abweichungen von dieser Regelung entstehen, müssen von den Heilfürsorgeberechtigten selbst getragen werden. Die Heilfürsorgeberechtigten haben vor Beginn der Behandlung der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt Behandlungsscheine oder Krankenversichertenkarten vorzulegen. In dringenden Krankheitsfällen darf eine Ärztin oder ein Arzt auch ohne diesen Nachweis in Anspruch genommen werden. In diesen Fällen ist der Behandlungsschein, der Überweisungsschein oder die Krankenversichertenkarte unverzüglich nachzureichen.

(5) Es darf in jedem Quartal nur eine Ärztin oder ein Arzt mit Behandlungsschein oder Krankenversichertenkarte in Anspruch genommen werden. Bei Weiter- oder Mitbehandlung durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt ist ein Überweisungsschein erforderlich, der von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt auszustellen ist; dies gilt nicht für Augenärztinnen und Augenärzte sowie für Zahnärztinnen und Zahnärzte. Über Ausnahmen entscheiden auf Antrag die durch den Dienstherrn bestimmten Ärztinnen und Ärzte; bei Beamtinnen und Beamten des

Polizeivollzugsdienstes entscheiden die Polizeiärztinnen und Polizeiärzte oder die polizeiärztlichen Dienste, soweit erforderlich in Abstimmung mit der Leitenden Polizeiärztin oder dem Leitenden Polizeiarzt.

(6) Bei Überweisung zur ambulanten Behandlung in ein Krankenhaus ist ein Überweisungsschein, zur stationären Behandlung ein Einweisungsschein vorzulegen.

(7) Sofern eine unmittelbare Kostenübernahme nicht möglich ist, werden die entstandenen Kosten für die nach dieser Verordnung zustehenden Leistungen gegen Vorlage der Originalrezepte und -rechnungen bis zu der in Absatz 4 Satz 1 genannten Höhe erstattet. Die Kostenerstattung muss innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr nach Ausstellung der Rechnung bei der zuständigen Heilfürsorgestelle beantragt werden.

(8) Die Heilfürsorgeleistungen sowie Leistungen aus ergänzenden Krankheitskostenversicherungen umfassen maximal die Höhe der Gesamtaufwendungen. Heilfürsorgeberechtigte haben hierfür den Nachweis zu erbringen. Zusatzleistungen aus Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben unberücksichtigt.

### § 3

#### Ausschluss der Heilfürsorge

Es besteht kein Anspruch auf Heilfürsorge bei:

1. Leistungen (z.B. Heilbehandlungen nach dem Sozialgesetzbuch), für die ein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist,
2. Behandlungen zu kosmetischen Zwecken ohne medizinische Indikation,
3. Leistungen, die auf Verlangen der oder des Heilfürsorgeberechtigten über die medizinische Notwendigkeit einer unentgeltlichen Grund- (Mindest-) Versorgung hinaus erbracht werden,
4. Leistungen, die im Zusammenhang stehen mit Vasektomie oder Sterilisierung (jeweils ohne medizinische Indikation), Refertilisierung oder Resterilisierung,
5. Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

### § 4

#### Voraussetzung der Kostenübernahme

Ist eine Zustimmung als Voraussetzung für eine Kostenübernahme vorgesehen, ist diese grundsätzlich vor Beginn der Behandlung oder Inanspruchnahme der Leistung einzuholen. Wurde die Einholung der Zustimmung schuldhaft versäumt, werden die Kosten der Leistung nicht übernommen. Über die medizinische Notwendigkeit der Leistungen können Gutachten erstellt oder angefordert werden.

## § 5

### Träger der Heilfürsorge

(1) Die Dienstherren schließen im erforderlichen Umfang Verträge über die nach dieser Verordnung zu gewährenden Leistungen, insbesondere mit

1. der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, um die ärztliche Versorgung/zahnärztliche Versorgung der heilfürsorgeberechtigten Personen und die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen des § 75 Abs. 3 SGB V sicherzustellen,
2. anderen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern,
3. anderen Rechtsträgern, die für den Dienstherrn Heilfürsorgeleistungen nach dieser Verordnung gewähren.

(2) Die Dienstherren stellen Behandlungsscheine, Kostenübernahmeerklärungen oder Krankenversichertenkarten aus, die grundsätzlich von den Heilfürsorgeberechtigten vor Beginn der Behandlung vorzulegen sind.

## **Abschnitt II**

### **Leistungen zur Verhütung von Krankheiten**

## § 6

### Prävention

Die Dienstherren sollen Leistungen zur Primärprävention vorsehen, um den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung treffen, die den Arbeitsschutz ergänzen. Hierzu ist auch die Suchtkrankenhilfe zu rechnen.

## § 7

### Medizinische Vorsorgeleistungen

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf präventiv medizinische Maßnahmen gemäß § 23 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4, Abs. 2 bis 5 SGB V.

(2) Es sollen die gemäß § 20 d SGB V in Verbindung mit der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 23. Februar 2010 (BAnz. Nr. 29 S. 6702) empfohlenen Schutzimpfungen vorgesehen werden.

## § 8

### Vorsorgekuren

(1) Die Heilfürsorgeberechtigten, bei denen die nach § 7 aufgeführten Vorsorgeleistungen nicht ausreichen, können aus medizinischen Gründen mit Zustimmung des Dienstherrn ambulante Vorsorgeleistungen oder Leistungen für eine stationäre Vorsorgekur für längstens drei Wochen in Anspruch nehmen, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Die Durchführung der Leistung erfolgt in anerkannten und nach ärztlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten bestimmten Kureinrichtungen und Sanatorien. § 23 Abs. 2 bis 5 SGB V gilt entsprechend.

(2) Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die oder der Heilfürsorgeberechtigte das 35. Lebensjahr vollendet, sowie bis zur Erreichung seiner gesetzlichen Altersgrenze noch mindestens drei Jahre Dienst zu leisten hat.

(3) Diese Leistung darf nicht gewährt werden, wenn

1. ein Antrag auf Entlassung gestellt ist,
2. bei Antragstellung feststeht, dass die oder der Heilfürsorgeberechtigte in den nächsten zwölf Monaten aus dem Dienst ausscheidet oder sich ohne Dienstbezüge beurlauben lässt, oder
3. die oder der Heilfürsorgeberechtigte aus straf- oder disziplinarrechtlichen Gründen vorläufig des Dienstes enthoben ist.

(4) Bei Vorsorgekuren werden die Leistungen nach den §§ 13, 17 und 18, bei einer stationären Vorsorgekur zusätzlich die Kosten für einen ärztlichen Schlussbericht, die Kurtaxe sowie für Unterbringung und Verpflegung übernommen. Die Heilfürsorge

kann bei ambulanten Vorsorgekuren einen Zuschuss bis zu der in § 23 Abs. 2 SGB V genannten Höhe zu den übrigen Kosten und bei stationären Vorsorgekuren einen Zuschuss bis zu der in § 60 Abs. 3 SGB V genannten Höhe zu den Fahrkosten gewähren.

(5) Bei einer stationären Vorsorgekur sind als Selbstbeteiligung

1. 6 Euro für Heilfürsorgeberechtigte der Besoldungsgruppen A 7 und A 8,
2. 11 Euro für Heilfürsorgeberechtigte der Besoldungsgruppen A 9, A 9 Z und A 10 und
3. 14 Euro für Heilfürsorgeberechtigte der Besoldungsgruppen ab A 11 pro Tag des Kuraufenthaltes an das Sanatorium zu zahlen, längstens für 42 Tage.

## § 9

### Besondere Vorsorgeleistungen

Als besondere Vorsorgeleistungen sind Leistungen zur Beratung über Fragen der Empfängnisregelung, zur Empfängnisverhütung bis zum vollendeten 20. Lebensjahr, zum nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und zur durch Krankheit erforderlichen Sterilisation zu gewähren. Die §§ 24 a und 24 b SGB V gelten entsprechend.

## **Abschnitt III**

### **Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft**

## § 10

### Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Heilfürsorgeberechtigte haben bei Schwangerschaft und Mutterschaft Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln, stationäre Entbindung, häusliche Pflege und Haushaltshilfe, Schwangerschaftsgymnastik und sonstige notwendige vorbereitende Maßnahmen auf die Geburt, ausgenommen Wickelkurse. §§ 195 bis 199 Reichsversicherungsordnung (RVO) gelten entsprechend.



## **Abschnitt IV**

### **Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten**

#### **§ 11**

##### **Gesundheitsuntersuchungen**

Heilfürsorgeberechtigte haben einen Anspruch auf Gesundheitsuntersuchungen und Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen in entsprechender Anwendung des § 25 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten in der Fassung vom 24. August 1989 (Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29.09.1989) zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz Nr. 133 S. 3236) und den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der Fassung vom 18. Juni 2009 (BAnz Nr. 148a - Beilage), zuletzt geändert am 18. Februar 2010 (BAnz Nr. 66 S. 1554), des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

## **Abschnitt V**

### **Leistungen zur Behandlung einer Krankheit**

#### **§ 12**

##### **Krankenbehandlung**

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Heilfürsorge umfasst:

1. Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung (§ 13),
2. Künstliche Befruchtung (§ 14),
3. Zahnärztliche Behandlung (§ 15),
4. Versorgung mit Zahnersatz (§ 16),
5. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 17 bis 19),
6. Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe (§§ 20 und 22),
7. Soziotherapie (§ 21),
8. Krankenhausbehandlung (§ 23),
9. Hospizleistungen (§ 24),
10. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen (§ 25).

## § 13

### Ärztliche Behandlung

(1) Die ärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit der Ärztin oder des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur ärztlichen Behandlung gehört auch die Leistung anderer Personen, die von der Ärztin oder dem Arzt angeordnet und zu verantworten ist.

(2) Die psychotherapeutische Behandlung wird im Rahmen eines Gutachterverfahrens nach § 26 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 19. Februar 2009 (BAnz Nr.58 S. 1399), zuletzt geändert am 15. Oktober 2009 (BAnz Nr. 186 S. 4137), oder nach § 12 der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung), Anlage zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag vom 7. Juni 1994 (EKV-Anlage 1), in der Fassung vom 7. Dezember 1998, zuletzt geändert am 30. Oktober 2007, durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt. Für Beamtinnen und Beamte des Polizeivollzugsdienstes kann auch die Leitende Polizeiärztin oder der Leitende Polizeiarzt die notwendigen Feststellungen hinsichtlich einer psychotherapeutischen Behandlung treffen. § 28 Abs. 3 SGB V gilt entsprechend.

## § 14

### Künstliche Befruchtung

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

## § 15

### Zahnärztliche Behandlung

(1) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit der Zahnärztin oder 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 erbracht werden.

(2) Wählen Heilfürsorgeberechtigte eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. Bei Zahnfüllungen ist in diesen Fällen von der Heilfürsorge die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 1 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen der Zahnärztin oder dem Zahnarzt und der oder dem Heilfürsorgeberechtigten zu treffen.

(3) Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören kieferorthopädische Behandlung nach Vollendung des 18. Lebensjahres, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie implantologische Leistungen, es sei denn, es liegen seltene Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle vor.

(4) § 28 SGB V gilt entsprechend.

## § 16

### Zahnersatz

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf befundbezogene Zuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) entsprechend §§ 55 und 56 SGB V. Zuschüsse werden in Höhe der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung gewährt.

(2) Die Versorgung mit Zahnersatz bedarf der Zustimmung des Dienstherrn auf der Grundlage eines von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt aufgestellten Heil- und Kostenplanes.

## § 17

### Arznei- und Verbandmittel

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungspflichtig sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen. §§ 31 und 34 bis 35 b SGB V gelten entsprechend.

(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.

## § 18

### Heilmittel

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit ärztlich verordneten Heilmitteln, soweit sie nicht aufgrund der Rechtsverordnung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Heilmittel sind Maßnahmen der physikalischen Therapie, der Sprach- und Beschäftigungstherapie. §§ 32 und 34 SGB V gelten entsprechend.

(2) Mehr als 24 Einzelleistungen je Krankheitsfall bedürfen der Zustimmung des Dienstherrn.

## § 19

### 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 aufgrund der Rechtsverordnung nach § 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. §§ 33, 34 und 36 SGB V gelten entsprechend.

(2) Hilfsmittel bleiben im Eigentum des Dienstherrn, wenn sie nur vorübergehend in Anspruch genommen werden und ihrer Art nach geeignet sind, auch von anderen Heilfürsorgeberechtigten verwendet werden zu können. Können Hilfsmittel gegen Mietzahlungen bezogen werden, so ist von einer Beschaffung abzusehen, wenn die Anschaffungskosten höher sind als die Mietkosten. Aufwendungen für Hilfsmittel zur Selbstbehandlung oder Selbstkontrolle können übernommen werden, wenn Behandlungskosten höher sind als die Anschaffungskosten oder die Anschaffung aus besonderen Gründen geboten ist.

(3) Beschaffung und Miete von Hilfsmitteln bedürfen grundsätzlich der Zustimmung des Dienstherrn.

(4) Anspruch auf Versorgung mit einer Sehhilfe besteht über § 33 Abs. 1 SGB V hinaus, wenn seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre vergangen sind oder vor

Ablauf dieses Zeitraums sich die Refraktion (Brechkraft) geändert hat. Die Kosten werden bis zur Höhe der Festbeträge nach § 36 SGB V erstattet, soweit in den nach § 5 Abs. 1 abgeschlossenen Verträgen nichts Abweichendes vereinbart ist.

## § 20

### Häusliche Krankenpflege

Heilfürsorgeberechtigte erhalten 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. § 37 SGB V gilt entsprechend.

## § 21

### Soziotherapie

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

## § 22

### Haushaltshilfe

Aus Anlass einer Krankheit werden die Kosten für eine Haushaltshilfe entsprechend § 38 SGB V in der Regel für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen gewährt.

## § 23

### Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär sowie vor- und nachstationär und ambulant erbracht. Die vollstationäre Behandlung wird in nach § 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.

(2) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen. Bei voll- und teilstationären Leistungen werden die Allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) oder nach § 2 Abs. 2 und § 23 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S.

983), gewährt. Krankenhausleistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung werden nach § 115 a SGB V und für eine ambulante Behandlung nach § 115 b SGB V gewährt.

(3) Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus in Anspruch genommen, tragen die Heilfürsorgeberechtigten die Mehrkosten. In besonders begründeten Fällen kann die Behandlung mit Zustimmung des Dienstherrn auch in anderen zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt werden.

#### § 24

##### Stationäre und ambulante Hospizleistungen

Stationäre und ambulante Hospizleistungen werden entsprechend § 39 a SGB V gewährt.

#### § 25

##### Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Leistungen zur ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation können entsprechend §§ 40 und 43 SGB V gewährt werden.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter können entsprechend § 41 SGB V gewährt werden.

(3) Der Dienstherr bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

### **Abschnitt VI**

#### **Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit**

#### § 26

##### Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit

(1) Bei dauernder Pflegebedürftigkeit werden neben den übrigen in dieser Verordnung vorgesehenen Leistungen die Kosten für notwendige Maßnahmen nach Maßgabe des § 28 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Hälfte übernommen.

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

## **Abschnitt VII**

### **Leistungen für Fahrkosten**

#### **§ 27**

##### **Fahrkosten**

Kosten für ärztlich verordnete Fahrten (Fahrkosten) sowie Leistungen des Rettungsdienstes werden übernommen, wenn sie im Zusammenhang mit Leistungen nach dieser Verordnung aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. §§ 60 und 133 SGB V sind sinngemäß anzuwenden.

## **Abschnitt VIII**

### **Schlussvorschriften**

#### **§ 28**

##### **Leistungen bei Behandlung im Ausland**

(1) Bei Erkrankungen während eines dienstlich angeordneten Auslandsaufenthaltes werden die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang übernommen. Sofern nicht zwingende Gründe entgegenstehen, dürfen nur Ärztinnen oder Ärzte, Zahnärztinnen oder Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die ortsübliche Honorare und Vergütungen berechnen.

(2) Bei Erkrankungen während eines privaten Auslandsaufenthaltes werden Kosten bis zu der in § 2 Abs. 4 und § 23 Abs. 2 genannten Höhe erstattet.

(3) Für die Erstattung der nach dem Absatz 2 entstandenen Kosten sind dem Antrag alle Originalbelege (Arztbericht einschließlich Befund, Rezept und Rechnung) sowie ein Nachweis des Umrechnungskurses der jeweiligen Landeswährung am Tage der Zahlung beizufügen. Die Kosten für erforderliche Übersetzungen werden nicht erstattet.

(4) 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, kann der Dienstherr dieser Behandlung zustimmen und die Kosten ganz oder teilweise erstatten. § 18 SGB V gilt entsprechend.

## § 29

### Übergangsheilfürsorge

Wird die Beamtin oder der Beamte in den Ruhestand versetzt oder wird ihr oder ihm zur Vermeidung der Versetzung in den Ruhestand wegen Dienstunfähigkeit ein anderes Amt einer anderen Laufbahn übertragen (§ 26 des Beamtenstatusgesetzes vom 17. Juni 2008, BGBl. I S. 1010, geändert durch Artikel 15 Abs. 16 des Gesetzes vom 5. Februar 2009, BGBl. I S. 160), kann auf Antrag für eine Übergangszeit von bis zu zwei Monaten Heilfürsorge weitergewährt werden, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen und kein anderer Krankenversicherungsschutz vorhanden ist.

## § 30

### Übergangsregelung Feuerwehr

(1) Beamtinnen und Beamten des Einsatzdienstes der Feuerwehr, die vor dem 1. Januar 2006 das 45. Lebensjahr vollendet hatten und denen nach Ziffer 9 der für sie bisher geltenden Heilfürsorgebestimmungen vom 22. Dezember 1994 in der Fassung der ersten Änderung vom 20. Januar 1999 Heilfürsorge in pauschalierter Form gewährt wurde, kann anstelle von Sachleistungen nach dieser Verordnung Heilfürsorge in pauschalierter Form weitergewährt werden, wenn dies bis zum 31. Dezember 2006 schriftlich beantragt wurde.

(2) Bei den Beamtinnen und Beamten des Einsatzdienstes der Feuerwehr nach Absatz 1 werden bei einer Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen die Festzuschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum doppelten dieses Betrages aufgestockt. Soweit die Gewährung von Leistungen für Sehhilfen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist, erhalten diese auf der Grundlage dieser Verordnung Heilfürsorgeleistungen für die Gläser im Rahmen der für die gesetzlich Versicherten vereinbarten Festbeträge.

## § 31

### Übergangsregelungen

Leistungen, die vor dem In-Kraft-Treten dieser Verordnung genehmigt oder verordnet wurden, werden nach dem bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Recht weiter gewährt.



## § 32

### Inkrafttreten, Geltungsdauer

Diese Verordnung tritt am 31. Dezember 2010 in Kraft. Sie tritt mit Ablauf des 30. Dezember 2015 außer Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 16. Dezember 2010

K l a u s   S c h l i e

Innenminister