



Merkblatt

Landesverordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für die Beamten/Innen des Einsatzdienstes der Feuerwehr im Lande Schleswig-Holstein (Heilfürsorgeverordnung – HFVO) in der zur Zeit geltenden Fassung

Auf der Grundlage der Heilfürsorgeverordnung (HFVO) in Verbindung mit den Versorgungsverträgen, die mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und dem Apothekerverband Schleswig-Holstein abgeschlossen wurden, wird sichergestellt, dass die Beamten/Innen des Einsatzdienstes der Feuerwehr in enger Anlehnung an die für die gesetzlich Versicherten geltenden Vorschriften des SGB V eine zweckmäßige und wirtschaftliche Heilfürsorge auf dem Vergütungsniveau der Ersatzkassen genießen können. In einigen wenigen Fällen, die nachstehend näher erläutert werden, geht der Heilfürsorgeanspruch sogar über dieses Niveau hinaus.

Der Anspruch auf Leistungen nach der HFVO ist im Behandlungsfall durch die von dem Dienstherrn ausgehändigte **Krankenversichertenkarte** nachzuweisen. Soweit die Leistungsansprüche der Heilfürsorgeberechtigten von denen der gesetzlich Versicherten abweichen, kann es nötig sein, die Leistungserbringerin auf den Unterschied aufmerksam zu machen. Bei Bedarf können hierfür die von dem Dienstherrn zur Verfügung gestellten „**ergänzenden Erläuterungen**“ vorgelegt werden.

Nachstehend möchten wir in geraffter Form einen Überblick über die nach der HFVO bestehenden Heilfürsorgeansprüche der Beamten/Innen des Einsatzdienstes der Feuerwehr geben. Dabei haben wir auch großen Wert auf die Darstellung der verfahrenstechnischen Wege gelegt, die im Rahmen der praktischen Umsetzung der HFVO zu beachten sind.

Einzelfälle und Sonderfragen können in diesem Rahmen nicht dargestellt werden. Rechtsansprüche können aus den nachstehenden Ausführungen nicht hergeleitet werden.

Rechtsgrundlagen und heilfürsorgeberechtigter Personenkreis

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 Schleswig-Holstein (LBG) Anspruch auf Heilfürsorge. Das Innenministerium hat den gesetzlich vorgegebenen Anspruchsrahmen durch die HFVO im Detail ausgestaltet.

Heilfürsorge hat die Aufgabe, die Gesundheit der heilfürsorgeberechtigten Personen zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Heilfürsorgeberechtigter sind die Beamten/Innen des feuerwehrtechnischen Dienstes nur, solange sie Dienst- oder Anwärterbezüge erhalten. Heilfürsorge steht jedoch beispielsweise auch zu, wenn während einer Elternzeit oder während einer Beurlaubung Alleinerziehender zur Kindererziehung oder bei einer sonstigen Freistellung vom Dienst bis zu einem Monat keine Bezüge zustehen.

Abgrenzung zu anderen Leistungssystemen, Ende des Anspruchs, Beihilfeanspruch für berücksichtigungsfähige Angehörige

Über die Leistungen der Heilfürsorge hinaus oder neben den Leistungen der Heilfürsorge kann dem Heilfürsorgeberechtigten Beihilfe nach der Beihilfeverordnung des Landes Schleswig-Holstein (BhVO) nicht gewährt werden.

Im Falle der Versetzung in den Ruhestand entfällt der Anspruch auf Dienstbezüge und damit gleichzeitig auch der Anspruch auf Heilfürsorge. Im Gegenzug erwächst dem vorher Heilfürsorgeberechtigten in der neuen Eigenschaft als Versorgungsempfänger mit Versorgungsbezügen ein Beihilfeanspruch mit einem individuellen Beihilfebemessungssatz von derzeit 70 % der beihilfefähigen Aufwendungen.

Mit Blick auf diesen unumgänglichen Systemwechsel wird den Beamten/Innen des Einsatzdienstes der Feuerwehr dringend empfohlen, während der aktiven Dienstzeit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV) eine umfassende Ruhensversicherung abzuschließen. Anderenfalls ist zu befürchten, dass die später im Ruhestand unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes und des erreichten Lebensalters zu zahlenden Krankenversicherungsbeiträge bei der PKV unbezahlbar sein werden.

Aufwendungen, die ihre Ursache in einem Dienstunfall des Heilfürsorgeberechtigten haben, sind vorrangig als Unfallfürsorgeleistungen nach den Bestimmungen des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) von dem Dienstherrn zu übernehmen. Im Dienst erlittene Unfälle müssen daher sofort an den Dienstvorsetzten weitergemeldet werden.

Beamte/Innen des Einsatzdienstes der Feuerwehr haben bereits während ihrer aktiven Dienstzeit einen Beihilfeanspruch zu den Krankheitsaufwendungen etc. ihrer nach der BhVO berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegatte/in, Kind/er). Nähere Informationen hierzu können unserem Merkblatt zu der BhVO entnommen werden, das unseren Mitgliedern vorliegt.

Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen

Die von dem Dienstherrn des Heilfürsorgeberechtigten zu tragende Heilfürsorge (Sachleistung) umfasst die ärztliche und zahnärztliche Versorgung und Vorsorge einschließlich der Verordnung von physikalischen und therapeutischen Maßnahmen sowie von Heil- und Hilfsmitteln grundsätzlich nach den Bestimmungen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) maßgeblichen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den verschiedenen Aufwendungsarten finden weitgehend entsprechende Anwendung. Insgesamt wird hierdurch eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Heilfürsorge im Rahmen des medizinisch Notwendigen gewährleistet.

Mit der Eigenbeteiligung der Heilfürsorgeberechtigten gemäß § 113 Abs. 3 Satz 1 und nach § 112 Abs. 1 Satz 3 LBG (derzeit 1,4 % des Grundgehalts/des Anwärtergrundbetrags) sind grundsätzlich alle im SGB V geregelten Zuzahlungen (z. B. bei den Arzneimitteln) abgegolten. Lediglich bei den stationären Vorsorgekuren ist eine in der HFVO eigenständig geregelte besoldungsgruppenabhängige Selbstbeteiligung zu leisten (§ 8 Abs. 5 HFVO).

Heilfürsorgeberechtigte dürfen sich von Vertragsärzten/Innen der GKV (Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung –KV– oder einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung –KZV–) ihrer Wahl beraten, untersuchen und behandeln lassen. In Verbindung mit den durch die Dienstherrn auf der Grundlage des SGB V abgeschlossenen Verträgen wird über die Kassenärztlichen Vereinigungen sicher gestellt, dass die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen grundsätzlich wie bei Mitgliedern einer Ersatzkasse vergütet werden. Die Abrechnung dieser Vergütungen erfolgt wie in dem Vertrag vereinbart zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Beihilfekasse. Eine Praxisgebühr ist nicht zu zahlen; dies kann notfalls auch durch die **ergänzenden Erläuterungen** nachgewiesen werden.

Grundsätzlich darf in jedem Quartal nur eine Ärztin oder ein Arzt mit Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen werden. Bei Weiter- oder Mitbehandlung durch andere Ärzte oder der Überweisung zur ambulanten Behandlung in ein Krankenhaus ist ein Überweisungsschein erforderlich. Für notwendig werdende Behandlungen durch Augenärzte oder Zahnärzte gilt die vorstehende Regelung nicht. In Notfällen reicht es aus, wenn die Krankenversicherungskarte unverzüglich nachträglich vorgelegt wird. Bei Überweisung zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus ist ein Einweisungsschein erforderlich.

Bei Behandlungen durch Kassenärzte oder in Vertragskrankenhäusern der GKV findet über die Verträge mit der KVSH und der KZVSH eine unmittelbare Kostenübernahme statt.

Bei allen anderen Aufwendungsarten (z. B. ärztlich verordnete krankengymnastische Behandlungen) sowie bei ausnahmsweise in Anspruch genommenen Privatbehandlungen muss der Heilfürsorgeberechtigte innerhalb einer Ausschlussfrist von einem Jahr die Erstattung der Kosten bei der Beihilfekasse beantragen. Generell können die in Anspruch genommenen Leistungen nur in dem für Ersatzkassenmitglieder geltenden Rahmen vergütet werden.

Soweit für bestimmte Aufwendungen eine Kostenübernahmeerklärung bzw. Genehmigungen notwendig sind, werden diese von der Beihilfekasse auf Antrag ausgestellt. Nachstehend wird ausdrücklich auf solche Sachverhalte hingewiesen.

Die Heilfürsorgeleistungen sowie Leistungen aus ergänzenden Krankheitskostenversicherungen dürfen die Gesamtaufwendungen generell nicht übersteigen; Leistungen aus Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben dabei unberücksichtigt. Heilfürsorgeberechtigte haben ergänzende Leistungen nachzuweisen.

Ausschluss der Heilfürsorge

Ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht beispielweise nicht bei

- Heilbehandlungen, für die nach dem SGB andere Kostenträger leistungspflichtig sind,
- Behandlungen zu kosmetischen Zwecken ohne medizinische Indikation,
- auf Verlangen über das medizinische notwendige Maß hinaus in Anspruch genommenen Leistungen,
- Leistungen, die im Zusammenhang mit Vasektomie oder Sterilisierung (ohne medizinische Indikation), Refertilisierung oder Resterilisierung stehen,
- Leistungen von Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern.

Vorherige Zustimmung, Gutachten

Leistungen werden nicht übernommen, wenn die hierfür vorgeschriebene vorherige Zustimmung oder Genehmigung, auf die nachstehend jeweils hingewiesen wird, aus eigenem Verschulden nicht eingeholt wurde.

Zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit von Leistungen können Gutachten eingeholt werden.

Leistungskatalog nach der HFVO, verfahrenstechnische Hinweise

Nach der HFVO sind die nachstehend in groben Zügen dargestellten Leistungen im Rahmen der entsprechend anzuwendenden Bestimmungen des SGB V heilfürsorgefähig. Bei den Leistungsarten wird auch auf die einzuhaltenden Verfahrenswege hingewiesen.

1. Leistungen zur Verhütung von Krankheiten

1.1 Prävention

Die hierzu zählenden Leistungen zur Primärprävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Suchtkrankenhilfe werden von dem Dienstherrn zur Verfügung gestellt.

1.2 Medizinische Vorsorgeleistungen

Bereits im Stadium einer sich abzeichnenden Krankheit sowie zur Verhütung einer Krankheit oder einer Pflegebedürftigkeit besteht ein Anspruch auf ärztliche Behandlung sowie auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Aufwendungen für Schutzimpfungen werden im Rahmen der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses von der Heilfürsorge getragen.

- 1.3 Vorsorgekuren**
 Reichen die unter den Ziffern 1.1 und 1.2 aufgeführten Leistungen zur Verhütung von Krankheiten nicht aus, können unter bestimmten Voraussetzungen mit **vorheriger Zustimmung der Beihilfekasse** zur Erhaltung der Dienstfähigkeit für längstens drei Wochen ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten oder stationäre Vorsorgekuren in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag der GKV durchgeführt werden.
 Die Vorsorgeleistungen umfassen dabei die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arznei und Heilmitteln.
 Daneben wird bei ambulanten Vorsorgekuren maximal ein Zuschuss von 13 EUR pro Tag gewährt. Bei stationären Vorsorgekuren können nur die Vertragssätze der GKV und sonstige typische Kurkosten sowie in begrenztem Umfang die Fahrkosten übernommen werden. Abhängig von der Besoldungsgruppe sind bei stationären Vorsorgekuren Selbstbehalte von 6 bis 14 EUR pro Tag des Kuraufenthaltes selbst zu zahlen.
- 1.4 Besondere Vorsorgeleistungen**
 Hierunter fallen – teilweise altersmäßig begrenzt – beispielsweise die Beratung über Fragen der Empfängnisregelung, der Empfängnisverhütung, des nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs sowie der Sterilisation.

2. Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Heilfürsorgeberechtigte haben bei Schwangerschaft und Mutterschaft Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe, stationäre Entbindung etc. in dem gesetzlich vorgesehenen Rahmen.

3. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

Nach Maßgabe der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien und der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen sind Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten heilfürsorgefähig. Solche Maßnahmen können erst von einem bestimmten Alter an und nur in festgelegten Zeitabständen in Anspruch genommen werden. Die Vertragsärzte kennen den Leistungsrahmen der GKV. Über diesen Leistungsrahmen hinaus auf Wunsch erbrachte Leistungen sind nicht heilfürsorgefähig. Dem Arzt ist vor Beginn der Untersuchung ein **Berechtigungsschein** auszuhändigen, der von der **Beihilfekasse** ausgestellt wird.

4. Leistungen zur Behandlung einer Krankheit

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

- 4.1 Ärztliche Behandlung**
 Die ärztliche sowie die psychotherapeutische Behandlung (einschließlich der Belegärzte) zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten wird in einem ausreichenden und zweckmäßigen Rahmen von den Vertragsärzten/Innen sowie den von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Behandlung zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten/Innen nach den Regeln der ärztlichen Kunst gewährleistet.
- Tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Psychotherapie sowie Verhaltenstherapie darf auf der Grundlage der Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen erst nach Durchführung eines Gutachterverfahrens und anschließender **Genehmigung** durch den Kostenträger bzw. hier der **Beihilfekasse** durchgeführt werden. Der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Arzt oder Psychotherapeut stellt die für die Antragstellung bei der Beihilfekasse notwendigen Unterlagen regelmäßig nach Durchführung der probatorischen Sitzungen zur Verfügung. Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die KVSH.

4.2	<p>Künstliche Befruchtung</p> <p>Unter Zugrundlegung der entsprechend anzuwendenden Vorschrift des SGB V sowie der Richtlinien über künstliche Befruchtung des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen können unter bestimmten Voraussetzungen die für den Heilfürsorgeberechtigten entstehenden Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung zur Hälfte als heilfürsorgefähig anerkannt werden; es gilt die körperbezogene Zuordnung der Aufwendungen nach den angeführten Richtlinien. Vor Beginn der Behandlung ist der Beihilfekasse der in der GKV übliche Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.</p>
4.3	<p>Zahnärztliche Behandlung</p> <p>Die zahnärztlichen Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten werden von den Vertragszahnärzten/Innen nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst im Rahmen des Leistungskatalogs des SGB V erbracht.</p> <p>Über diese ausreichende und zweckmäßige Versorgung hinausgehende zahnärztliche Leistungen sind von dem Heilfürsorgeberechtigten selbst zu tragen. Über solche Wunschleistungen wird regelmäßig eine schriftliche Mehrkostenvereinbarung geschlossen.</p> <p>Nicht zur zahnärztlichen Behandlung gehören kieferorthopädische Behandlungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie implantologische Leistungen ohne eine besondere Ausnahmeindikationen.</p>
4.4	<p>Zahnersatz</p> <p>Heilfürsorgeberechtigte haben bei einer notwendigen Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen Anspruch auf einen befundbezogenen Zuschuss in Höhe der in der Festzuschuss-Richtlinie der GKV festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen).</p> <p>Der zustehende Gesamtzuschuss wird in den zur Genehmigung bei der Beihilfekasse einzureichenden Heil- und Kostenplan des behandelnden Zahnarztes eingetragen. Über diesen Gesamtzuschuss hinausgehende Aufwendungen, die in der Regel auf Wunschleistungen beruhen, sind von dem Heilfürsorgeberechtigten selbst zu tragen. Die Abrechnung des genehmigten Gesamtzuschusses erfolgt über die KZV mit der Beihilfekasse.</p>
4.5	<p>Arznei- und Verbandmittel</p> <p>Heilfürsorgeberechtigte haben einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für ärztlich verordnete apothekenpflichtige Arznei- und Verbandmittel in entsprechender Anwendung der für die GKV geltenden gesetzlichen Regelungen sowie der Arzneimittelrichtlinien (AMR) hierzu.</p> <p>Grundsätzlich dürfen hiernach nur verschreibungspflichtige Arzneimittel erstattet werden; Arzneimittel zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachentherapeutika etc. sowie solche zur Behandlung erektiler Dysfunktion, Nikotinabhängigkeit, Haarwuchs- und Abmagerungsmittel etc. sind dabei jedoch ausgeschlossen. Sind für Arzneimittel Festbeträge festgelegt worden, ist maximal dieser Betrag heilfürsorgefähig.</p> <p>Apothekenpflichtige aber nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel müssen generell in voller Höhe selbst getragen werden, es sei denn, dass laut der ärztlichen Verordnung ein Ausnahmetatbestand nach den AMR vorliegt.</p> <p>Soweit Arzneimittel hiernach von der Leistungspflicht der GKV erfasst werden bzw. heilfürsorgefähig sind, stellt der behandelnde Vertragsarzt ein Kassenrezept aus. Gegen Vorlage des Kassenrezepts erhält der Heilfürsorgeberechtigte in der Apotheke die verordneten Arzneimittel. Zuzahlungen dürfen von der Apotheke nicht verlangt werden; erforderlichenfalls kann dies durch die ergänzenden Erläuterungen nachgewiesen werden. Das Rezept wird von der Apotheke über eine der Abrechnungsstellen an die Beihilfekasse weitergeleitet.</p> <p>Soweit Arzneimittel nicht von der Leistungspflicht der GKV erfasst werden und somit auch nicht heilfürsorgefähig sind, stellt der behandelnde Arzt ein Privat Rezept aus. Die Aufwendungen für solche Arzneimittel sind von den Heilfürsorgeberechtigten in voller Höhe selbst zu tragen.</p>

4.6	<p>Heilmittel Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien der GKV. Die von einem Vertragsarzt zur Behandlung einer Krankheit verordneten Heilmittel (z. B. physikalische Therapie, Sprach- und Beschäftigungstherapie) sind nur im Rahmen der für die GKV geltenden Preisliste gem. § 125 SGB V heilfürsorgefähig. Die Leistungserbringer müssen hierauf hingewiesen werden; notfalls können die ergänzenden Erläuterungen vorgelegt werden. Die Rechnungen werden von dem Heilfürsorgeberechtigten bei der Beihilfekasse zur Erstattung eingereicht.</p>
4.7	<p>Hilfsmittel Heilfürsorgeberechtigte haben einen Anspruch auf Versorgung mit den von einem Vertragsarzt unter Beachtung der Hilfsmittel-Richtlinien der GKV verordneten Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln, die notwendig sind, um im Einzelfall den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Soweit in der GKV für einzelne Hilfsmittel Festbeträge festgelegt wurden, können nur diese Festbeträge erstattet werden.</p> <p>Die Beschaffung und Miete von Hilfsmitteln bedarf grundsätzlich der vorherigen Zustimmung durch die Beihilfekasse. Hierfür ist der Beihilfekasse ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers sowie die ärztliche Verordnung vorzulegen. Die Beihilfekasse entscheidet dann im Rahmen einer Kostenübernahmeerklärung; die Leistungserbringer können auf dieser Grundlage auch direkt mit der Beihilfekasse abrechnen.</p> <p>Bei der Beschaffung ärztlich verordneter Sehhilfen empfehlen wir, dem Optiker die ergänzenden Erläuterungen vorzulegen. Dem Optiker wird hierdurch nachgewiesen, dass der ansonsten wie ein gesetzlich Versicherter auftretende Heilfürsorgeberechtigte (Kassenrezept) abweichend von den für die GKV geltenden gesetzlichen Regeln nach den wesentlich weiter gefassten speziellen Bestimmungen der HFVO auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres noch einen Anspruch auf eine Sehhilfe hat, ansonsten aber auch die Festbeträge der GKV für Gläser gelten; Aufwendungen für das Gestell sind nicht heilfürsorgefähig.</p> <p>Anspruch auf Versorgung mit einer Sehhilfe besteht, wenn seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre vergangen sind oder vor Ablauf dieses Zeitraums sich die Refraktion (Breckkraft) geändert hat.</p> <p>Die Beschaffung von Sehhilfen bedarf, genauso wie andere Hilfsmittel auch, der vorherigen Genehmigung durch die Beihilfekasse; auf die in dem vorstehenden Absatz 2 dargestellte Verfahrensweise wird hingewiesen.</p> <p>Atemschutzbrillen und Bildschirmbrillen können nicht über die Heilfürsorge erstattet werden, da es sich hierbei um Arbeitsmittel handelt, die der Arbeitgeber unmittelbar zu tragen hat.</p>
4.8	<p>Häusliche Krankenpflege Unter besonderen Voraussetzungen können Heilfürsorgeberechtigte häusliche Krankenpflege erhalten.</p>
4.9	<p>Soziotherapie Heilfürsorgeberechtigte haben bei schwerer psychischer Erkrankung unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Soziotherapie.</p>
4.10	<p>Haushaltshilfe Aus Anlass einer Krankheit können Heilfürsorgeberechtigte unter besonderen Voraussetzungen für die Dauer von bis zu 14 Tagen die Kosten für eine Haushaltshilfe erhalten.</p>

4.11	<p>Krankenhausbehandlung</p> <p>Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär sowie vor- und nachstationär und ambulant erbracht.</p> <p>Die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung im Vergleich zu dem sonstigen angeführten Leistungsspektrum des Krankenhauses muss von dem Krankenhaus bei der Aufnahme geprüft werden. Der Heilfürsorgeanspruch erstreckt sich dabei nur auf die Allgemeinen Krankenhausleistungen.</p> <p>Krankenhausbehandlungen müssen in den für die Krankenkassen zugelassen Krankenhäusern in Anspruch genommen werden; anderenfalls sind die Mehrkosten selbst zu tragen.</p>
4.12	<p>Stationäre und ambulante Hospizleistungen</p> <p>Heilfürsorgeberechtigte haben in entsprechender Anwendung des SGB V Anspruch auf stationäre und ambulante Hospizleistungen.</p>
4.13	<p>Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p>Leistungen zur ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation können grundsätzlich in Einrichtungen durchgeführt werden, die Versorgungsverträge mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben.</p> <p>Auch können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter vorrangig in Einrichtungen des Müttergenesungswerks gewährt werden.</p>
	<p>Solche Maßnahmen bedürfen der Zustimmung der Beihilfekasse; die für die Antragstellung erforderlichen Vordrucke können bei uns angefordert werden. Dem Antrag ist eine ärztliche Bescheinigung über die Erkrankung einschließlich einer Empfehlung des Kurortes beizufügen. Ein Nachweis über die vertraglich mit der GKV vereinbarten Kosten der ins Auge gefassten Rehabilitationseinrichtung ist ebenfalls beizufügen. Die Notwendigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird vom Amtsarzt überprüft. Auf der Grundlage der Kostenübernahmeerklärung könnte die Rehabilitationseinrichtung dann auch nach Abschluss der Kur direkt mit der Beihilfekasse abrechnen.</p>
4.14	<p>Leistungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit</p> <p>Bei dauernder Pflegebedürftigkeit werden die Kosten für notwendige Maßnahmen im Rahmen des im § 28 SGB XI normierten Leistungskatalogs zur Hälfte übernommen. Leistungen der sozialen oder der privaten Pflegeversicherung sind von den betroffenen Heilfürsorgeberechtigten anzugeben.</p>
4.15	<p>Leistungen für Fahrkosten</p> <p>Kosten für ärztlich verordnete Fahrten (Fahrkosten) sowie Leistungen des Rettungsdienstes können nur im Zusammenhang mit den Leistungen nach der HFVO in Verbindung mit den engen Beschränkungen nach dem SGB V für diesen Bereich übernommen werden.</p>
4.16	<p>Leistungen bei Behandlungen im Ausland</p> <p>Bei Erkrankungen während eines Auslandsaufenthaltes werden Behandlungskosten und Krankenhausleistungen nur bis zu der Höhe durch die Heilfürsorge getragen, wie sie bei einer Behandlung auf Ersatzkassenniveau in der Bundesrepublik Deutschland entstanden wären. Dem Erstattungsantrag sind alle Originalbelege sowie ggf. eine Übersetzung und ein Nachweis des Umrechnungskurses beizufügen.</p> <p>Bei privaten Reisen in das Ausland empfiehlt es sich auf jeden Fall, eine der von der privaten Versicherungswirtschaft preisgünstig angebotenen Auslandsreisekrankenversicherungen abzuschließen.</p>

5. Übergangsregelung Feuerwehr

Beamte/innen des Einsatzdienstes der Feuerwehr, die sich gemäß § 30 HFVO bis zum 31.12.2006 dafür entschieden haben, weiterhin Heilfürsorge in pauschalierter Form nach den Heilfürsorgebestimmungen in der Fassung vom 20.01.1999 zu erhalten (Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen durch den Dienstherrn), können in wenigen Fällen auch ergänzend zu den Leistungen der GKV Leistungen auf der Grundlage der HFVO erhalten.

Es handelt sich hierbei um solche Fälle, in denen die Leistungen der GKV hinter den Leistungen der HFVO zurückbleiben oder keine Leistungen vorsehen (z.B. Zahnersatz und Zahnkronen sowie Sehhilfen).

Zahnersatz und Zahnkronen

Der von der GKV im Falle einer Versorgung mit Zahnersatz oder Zahnkronen gewährte Festzuschuss kann auf Antrag bis zum Doppelten des für die GKV maßgeblichen Festzuschusses aufgestockt werden. Die Leistung kann bei der Beihilfekasse mittels eines „Antrages auf Kostenerstattung“ unter Beifügung der Rechnung des Zahnarztes sowie einer Kopie des Heil- und Kostenplanes beantragt werden, die den von der Krankenkasse genehmigten Festzuschuss ausweist.

Sehhilfen

Sehhilfen (Hilfsmittel) zählen bei volljährigen Versicherten der GKV nicht zu dem Leistungskatalog des SGB V. Nur in den seltenen Ausnahmefällen einer schweren Augenkrankheit kann die GKV auch zu Sehhilfen Leistungen erbringen.

Soweit die GKV aus diesem Grunde keine Leistungen zu einer Sehhilfe erbringt, können auf der Grundlage der HFVO für die Gläser im Rahmen der für die gesetzlich Versicherten vereinbarten **Festbeträge** Leistungen gewährt werden.

Vor der Beschaffung einer Sehhilfe ist grundsätzlich **die Zustimmung der Beihilfekasse** einzuholen. Hierfür ist der Beihilfekasse ein Nachweis des Optikers über die voraussichtliche Höhe der zu erwartenden Kosten sowie eine ärztliche Verordnung vorzulegen. Die Kostenübernahmeerklärung der Beihilfekasse legt dann den Erstattungsbetrag fest, der auf Antrag unter Beifügung der Rechnung des Optikers gewährt werden kann.

Für die Ersatzbeschaffung von Sehhilfen gilt, dass seit dem Kauf der bisherigen Sehhilfe drei Jahre vergangen sein oder vor Ablauf dieses Zeitraums sich die Refraktion (Breckkraft) geändert haben muss.

Zuzahlungen (z.B. Praxisgebühr, Zuzahlungen bei Arzneimitteln)

Eine Erstattung der in der GKV geleisteten Zuzahlungen über die HFVO ist nicht möglich.

Pflegeversicherung

Aus der regelmäßig abgeschlossenen Pflegepflichtversicherung bei der Sozialen Pflegekasse besteht mit Rücksicht auf den ergänzenden Heilfürsorgeanspruch nur ein Anspruch in Höhe der Hälfte der im SGB XI normierten Leistungen. Dementsprechend beträgt der allein zu tragende Beitragssatz auch nur die Hälfte des allgemeinen Satzes.

Die verbleibende Hälfte der im SGB XI normierten Leistungen wird bei Eintritt eines naturgemäß nur vorübergehend möglichen Pflegefalles während der aktiven Dienstzeit auf der Grundlage der HFVO erstattet.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Beihilfekasse