

Bundesministerium des Innern

Z II 2 – 10012/10#2

Verwaltungsvorschrift

zur

Rechtsverordnung über die Gewährung von Heilfürsorge
für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte

in der Bundespolizei

(Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung - BPolHfV)

- VVBPolHfV -

Nach § 20 der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung (BPolHfV) vom 22. Mai 2014 erlässt das Bundesministerium des Innern nachfolgende Verwaltungsvorschrift zur Durchführung der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung.

Die in dieser Verwaltungsvorschrift verwendeten personenbezogenen Funktions-, Status- und anderen Bezeichnungen gelten für Frauen und Männer.

Inhaltsübersicht

	Seite
0. Anspruch	4
a) Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei	4
b) Familienangehörige	4
c) Patientenstatus	5
1. Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht	5
1.1 Zweck der Heilfürsorge	5
1.2 Eigenverantwortung	5
1.3 Mitwirkungspflicht	5
2. Sachleistungsprinzip	6
2.1 Kostenerstattung	6
2.2 Zuzahlungen	6
3. Heilfürsorgekarte	7
4. Leistungen	8
4.1 Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft	8
4.2 Häusliche Krankenpflege	8
4.3 Haushaltshilfe	9
4.4 Dienstunfallbedingte Behandlungen	9
4.5 Einzelfallentscheidungen	10
5. Ärztliche Versorgung außerhalb der Bundespolizei	11
6. Ärztliche Versorgung in der Bundespolizei	11
7. Behandlung in Notfällen	11
8. Zahnärztliche Behandlung	12
8.1 Zahnmedizinische Versorgung	12
8.2 Zahnersatz	12
8.3 Professionelle Zahnreinigung	15
8.4 Kieferorthopädische Behandlung	15
8.5 Gutachterverfahren	15
8.6 Datenaustausch	16
8.7 Übergangsregelung	16
9. Arznei- und Verbandmittel	16
10. Heilmittel	16
11. Hilfsmittel	17
12. Krankenhausbehandlung	18
12.1 Kostenübernahmeerklärung	19
12.2 Belegarztbehandlung	19
12.3 Anspruch auf 2-Bett-Zimmer und wahlärztliche Leistungen	19

	Seite
13. Organtransplantationen	20
14. Leistungen zur Rehabilitation und medizinische Vorsorgemaßnahmen	20
14.1 Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation	21
14.2 Anschlussheilbehandlung	22
14.3 Psychosomatisches Heilverfahren	22
14.4 Entwöhnungsbehandlung	23
14.5 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	23
14.6 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	24
15. Fahrkosten	25
16. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	26
17. Dienstlicher Aufenthalt im Ausland	27
18. Privater Aufenthalt <u>in</u> der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz	27
19. Privater Aufenthalt <u>außerhalb</u> der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweiz	28
20. Schlussbestimmungen	28
21. Inkrafttreten	28

Anlage 1 - Übersicht Zuzahlungen

Anlage 2 - Antrag auf Erstattung für Beträge, die im Zusammenhang mit Leistungen der Heilfürsorge gezahlt wurden - Vordruck BPOL 840 038

Anlage 3 - Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung des Erreichens der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V - Vordruck BPOL 840 039

Anlage 4 - Anforderung von Überweisungsscheinen/Kostenübernahmeerklärungen - Vordruck BPOL 800 013

Anlage 5 - Antrag auf Einzelfallentscheidung

Anlage 6 - Verordnung Krankenhausbehandlung - Vordruck BPOL 840 010

Anlage 7 - Verordnung einer Krankenförderung - Vordruck BPOL 840 013

0. Anspruch

a) Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei (PVB)

PVB erhalten gemäß § 70 Absatz 2 Bundesbesoldungsgesetz (BBesG) **Heilfürsorge**, solange sie Anspruch auf Besoldung haben (im Folgenden „Heilfürsorgeberechtigte“). Die PVB haben keine Wahlmöglichkeit zwischen der Inanspruchnahme von Heilfürsorge oder Beihilfe oder anderen Krankenversicherungssystemen. Es besteht lediglich noch die auslaufende Übergangsregelung des § 80 BBesG für PVB, denen bereits am 01. Januar 1993 Beihilfe gewährt wurde. Gemäß § 70 Absatz 2 BBesG wird Heilfürsorge auch während der Inanspruchnahme von Elternzeit, während der Zeit einer Beurlaubung nach § 92 Absatz 1 Bundesbeamtengesetz - BBG - (Betreuung oder Pflege eines Kindes unter 18 Jahren oder eines pflegebedürftigen Angehörigen) sowie in Fällen des § 17 Absatz 3 Sonderurlaubsverordnung (Urlaub unter Wegfall der Besoldung für längstens einen Monat) gewährt. Wird dem PVB Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach § 13 Absatz 1 Sonderurlaubsverordnung über einen Monat hinaus gewährt, so hat er für die Dauer des Urlaubs keinen Anspruch auf Heilfürsorge.

b) Familienangehörige

Familienangehörige haben keinen Anspruch auf Heilfürsorge, § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) findet keine Anwendung (Familierversicherung). Jedoch können entsprechend § 80 BBG in Verbindung mit § 4 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) berücksichtigungsfähige Angehörige von Heilfürsorgeberechtigten Leistungen der Beihilfe beziehen. Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sind berücksichtigungsfähig, wenn der Gesamtbetrag ihrer Einkünfte (§ 2 Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 5a Einkommensteuergesetz) oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte im zweiten Kalenderjahr vor Beantragung der Beihilfe 17.000 Euro nicht übersteigt. Wenn dieser Gesamtbetrag der Einkünfte im laufenden Kalenderjahr nicht erreicht wird, sind sie unter dem Vorbehalt des Widerrufs bereits im laufenden Jahr berücksichtigungsfähig. Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der Heilfürsorgeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Die Leistungen sind bei den jeweiligen Beihilfestellen zu beantragen.

c) Patientenstatus

Die Heilfürsorgeberechtigten sind aufgrund der BPolHfV **nicht als Privatpatient** zu behandeln. Private Vereinbarungen des Heilfürsorgeberechtigten mit Leistungserbringern sind vom Betroffenen selbst zu zahlen.

1. **Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht (§ 1)**

1.1 Zweck der Heilfürsorge (Absatz 1)

An die PVB werden im Hinblick auf ihre Aufgabenwahrnehmung erhöhte gesundheitliche Anforderungen gestellt. Deshalb kommt der Dienstherr mit der Gewährung der Heilfürsorge seiner **besonderen Fürsorgepflicht** nach.

1.2 Eigenverantwortung (Absatz 2)

Die Tätigkeit der PVB erfordert häufig auch eine gute körperliche Konstitution. Der PVB hat insbesondere durch eine gesunde Lebensführung eigenverantwortlich darauf einzuwirken. Hierzu gehören auch die in § 4 Absatz 1 Nummer 1 BPolHfV genannten Präventivmaßnahmen (z. B. Leistungen nach § 20, Schutzimpfungen nach § 20d, Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V).

1.3 Mitwirkungspflicht (Absatz 4)

Nehmen Heilfürsorgeberechtigte die Heilfürsorge nicht in Anspruch, bleiben sie im dienstlichen Interesse trotzdem in Betreuung eines Arztes der Bundespolizei. In diesen Fällen sind die Heilfürsorgeberechtigten verpflichtet, auf Verlangen die im § 1 Absatz 4 BPolHfV aufgeführten Unterlagen vorzulegen und entsprechende diagnostische Maßnahmen durchführen zu lassen. Durch die Mitwirkungspflicht soll erreicht werden, dass der zuständige Arzt der Bundespolizei sich ein Gesamtbild vom Gesundheitszustand des PVB machen kann. Die Kostenregelung in § 1 Absatz 4 Satz 3 BPolHfV gilt für den gesamten Absatz 4.

2. Sachleistungsprinzip (§ 2)

2.1 Kostenerstattung

Das Sachleistungsprinzip ist festgeschrieben in Anlehnung an die Gesetzliche Krankenversicherung. Der Heilfürsorgeberechtigte wird medizinisch versorgt ohne dafür in Vorleistung gegenüber den Leistungserbringern zu treten. Eine **Kostenerstattung** ist nur im Rahmen der BPolHfV in Verbindung mit dieser Verwaltungsvorschrift möglich.

Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) gehören **nicht** zum Leistungskatalog des SGB V, da sie über das Maß des medizinisch Erforderlichen hinausgehen. Sie werden deshalb auch nicht auf Heilfürsorgemittel übernommen und sind vom Heilfürsorgeberechtigten selbst zu zahlen.

2.2 Zuzahlungen

Die **Zuzahlungen** z. B. zu Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen und Fahrkosten sind von den Heilfürsorgeberechtigten in gleicher Höhe zu entrichten, wie gesetzlich Versicherte diese gemäß SGB V aufbringen müssen. Eine Übersicht der zu leistenden Zuzahlungen ist als Anlage 1 beigelegt. Näheres ist nachfolgend geregelt.

Unter bestimmten Voraussetzungen (bei Übersteigerung der Belastungsgrenze, Schwangerschaft, arbeitsmedizinischen Impfungen, Dienstunfall) stellt der Heilfürsorgeberechtigte mit den entsprechenden Nachweisen einen formlosen **Antrag auf Erstattung der geleisteten Zuzahlungen** bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge Bundespolizei, 53754 Sankt Augustin.

Bei der Beantragung auf **Erstattung** der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach § 62 SGB V (**Überschreitung der Belastungsgrenze**) sind folgende Unterlagen dem Antrag beizufügen:

- vollständig ausgefüllter Vordruck BPOL 840 038 (Anlage 2)
- entsprechende Belege (Zuzahlungsbelege im Original, Kopien von Verdienstbescheinigungen, Rentenbescheide, Arbeitslosengeldbescheide, Steuerbescheide, Bescheide z. B. über Erträge aus Kapital, Miete, Pacht)
- bei chronischen Erkrankungen ärztliche Bescheinigung mit Vordruck BPOL 840 039 (Anlage 3).
- Adresse, telefonische Erreichbarkeit, ggf. E-Mail-Adresse

Die Heilfürsorgeberechtigten müssen **zunächst** vor Ort die geforderte **Zuzahlung entrichten** und anschließend in der Abrechnungsstelle Heilfürsorge gesondert geltend machen. Wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, sind trotz ausgestellter Bescheinigung über die Befreiung die Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel gemäß Arzneiversorgungsvertrag weiterhin in der Apotheke zu leisten. Die Erstattung erfolgt analog.

Bei Beantragung der Erstattung gesetzlich geleisteter Zuzahlungen nach Anerkennung eines **Dienstunfalls** müssen nachfolgende Unterlagen/Angaben vorgelegt werden:

- ausgefüllter Vordruck BPOL 840 038 (Anlage 2)
- Kopie der Dienstunfallanerkennung
- Adresse, telefonische Erreichbarkeit, ggf. E-Mail-Adresse
- Originalbelege
- Bestätigung der medizinischen Leistungserbringer über die Behandlungszeiten
- die exakte Höhe der beantragten Erstattung mit Einzelbeträgen und Gesamtsumme.

Eine Erstattung der geleisteten Zuzahlung ist nur möglich, wenn zwischen der durchgeführten Leistung (sowie der ggf. geleisteten Zuzahlung) und dem anerkannten Dienstunfall ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

3. Heilfürsorgekarte (§§ 3, 5, 7)

Anforderungen für **allgemeine Heilfürsorgekarten (HfK)** bzw. für **Heilfürsorgekarten-Zahnarztbehandlung (HfK-Z)** aufgrund von Neueinstellungen, bei Adressänderung, bei Verlust oder Defekt der Karte erfolgen **über die zuständigen Personalbereiche** an die Abrechnungsstelle Heilfürsorge.

Bis zum Erhalt der angeforderten HfK oder HfK-Z bei unbrauchbarer bzw. verlorengegangener Karte erhalten die Heilfürsorgeberechtigten nach Mitteilung einen **Überweisungsschein** (Vordruck 800 013, Anlage 4) beim Bundespolizeipräsidium (BPOLP), Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin.

Kann bei einer ersten Arzt-/Patientenbegegnung im Behandlungsfall eine gültige HfK oder ein Überweisungsschein nicht vorgelegt werden, ist der **Heilfürsorgeberechtig-**

te verpflichtet, die gültige HfK oder einen Überweisungsschein **innerhalb von zehn Tagen** beim Arzt vorzulegen. Sollte dies nicht erfolgen, kann der Arzt nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen. Diese ist jedoch zurück zu zahlen, wenn dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige HfK bis zum Ende des Quartals vorgelegt wird oder wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Heilfürsorgeberechtigten von der Heilfürsorgestelle bzw. dem Polizeiarzt nachgewiesen wird. Bei Nichtbeachtung ist eine Erstattung durch die Heilfürsorge grundsätzlich ausgeschlossen.

4. Leistungen (§ 4)

Die Leistungsgewährung zu Absatz 1 ergibt sich **grundsätzlich aus dem SGB V** mit nachfolgenden Änderungen bzw. Ergänzungen:

4.1 Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft (Absatz 1, Nr. 2)

Bei der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln während der **Schwangerschaft** und im Zusammenhang mit der **Entbindung** zahlen die Heilfürsorgeberechtigten entgegen § 24e SGB V gemäß Arzneiversorgungsvertrag zwischen BMI und Deutschem Apothekerverband zunächst die Zuzahlung. Es besteht aber ein Erstattungsanspruch bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge. Siehe hierzu Nr. 2.2.

Die Hebammen-Rufbereitschaft kann bei Hausgeburten oder der Entbindung im Geburtshaus in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt bei Geburten in Krankenhäusern, die von einer Beleghebamme begleitet werden, welche auch während der Schwangerschaft die Betreuung individuell durchgeführt hat. Die Hebammen-Rufbereitschaft kann gemäß den Regelungen des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK) oder einer der Mitgliedskassen, vorzugsweise der BARMER GEK, erstattet werden.

4.2 Häusliche Krankenpflege (Absatz 1, Nr. 8)

Bei der Gewährung von häuslicher Krankenpflege ist zu beachten, dass die Heilfürsorge aufgrund fehlender Satzung analog zu § 37 Absatz 2 Satz 4 SGB V zusätzlich zur Behandlungspflege nach § 37 Absatz 1 Satz 1 SGB V als häusliche Krankenpflege auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gemäß den Vorgaben des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK) oder einer der Mitgliedskassen, vorzugsweise

der BARMER GEK, erbracht werden können; Dauer und Umfang richten sich ebenfalls danach. Die Zuzahlungen ergeben sich aus dem SGB V (gemäß § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3).

4.3 Haushaltshilfe (Absatz 1, Nr. 9)

Aufgrund fehlender Satzung in der Heilfürsorge kann die Leistungsgewährung analog zu § 38 Absatz 2 SGB V in anderen als den in § 38 Absatz 1 SGB V genannten Fällen erfolgen, wenn einem Heilfürsorgeberechtigten wegen Krankheit die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist. Hierbei kann von § 38 Absatz 1 Satz 2 SGB V abgewichen sowie Umfang und Dauer der Leistung bestimmt werden.

Die Kosten für erbrachte Leistungen zu Lasten der Heilfürsorge werden ausschließlich nach den aktuellen lokalen Vergütungslisten von Mitgliedskassen des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK), vorzugsweise der BARMER GEK, übernommen. Darüber hinausgehende Kosten sind vom Heilfürsorgeberechtigten selbst zu tragen.

Die Zuzahlungen richten sich nach dem SGB V (gemäß § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 1).

4.4 Dienstunfallbedingte Behandlungen

Nach der Verordnung zur Durchführung des § 33 des Beamtenversorgungsgesetzes (HeilvV) wird der Anspruch eines durch Dienstunfall Verletzten auf ein Heilverfahren dadurch erfüllt, dass ihm die notwendigen und angemessenen Kosten erstattet werden, soweit die Dienstbehörde das Heilverfahren nicht selbst durchführt oder durchführen lässt.

Beamtenrechtliche Vorschriften über die Gewährung von Heilfürsorge bleiben unberührt, soweit diese Verordnung nicht umfassendere Leistungen vorsieht (§ 1 HeilvV). Bestehen Zweifel an der Notwendigkeit und Angemessenheit, so kann zum Vergleich das Beihilferecht herangezogen werden. Die gegenüber dem Beihilferecht gesteigerte Fürsorgepflicht des Dienstherrn nach Dienstunfällen kann es im Einzelfall allerdings auch erforderlich machen, über die getroffenen Regelungen des Beihilferechts hinauszugehen.

Die Einbindung von heilfürsorgeberechtigten PVB in das Durchgangsarztverfahren bei Eintritt eines Dienstunfalls erfolgt gemäß Absprache mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV). Hier wurde folgendes Verfahren vereinbart:

Die Bundespolizisten sind angehalten, nach einem Dienstunfall außerhalb der Betreuungsmöglichkeit eines Polizeiarztes **unverzüglich einen Durchgangsarzt (D-Arzt) aufzusuchen**. Der PVB weist darauf hin, dass er **nicht gesetzlich unfallversichert** ist und bezieht sich auf das o. g. abgesprochene Verfahren. Der D-Arzt führt die Untersuchung und Erstbehandlung durch. **Der D-Arzt erstellt über die Untersuchung und Behandlung einen D-Bericht** nach Formblatt F 1000 im System DALE-UV. In das Kostenträgerfeld gibt er ein fiktives IK-Zeichen (999999999) für „Heilfürsorge Bundespolizei“ ein, **druckt den Bericht abschließend aus und gibt ihn dem Heilfürsorgeberechtigten mit**. Es erfolgt kein elektronischer Versand. Der Heilfürsorgeberechtigte fügt den Bericht der Unfallmeldung bei.

Die Berichtskosten werden mit dem Abrechnungsblatt (Seite 2) analog Nr. 132 UV-GOÄ mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge, 53754 Sankt Augustin abgerechnet. Alle Behandlungskosten werden entsprechend der BPolHFV über die Heilfürsorgekarte bzw. den Überweisungsschein gemäß Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem BMI über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet. **Dienstunfallbedingte Untersuchungs- und Behandlungskosten unterliegen nicht den Abrechnungsvorschriften der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ).**

Zur **Erstattung von Zuzahlungen** siehe Nr. 2.2. Von der Heilfürsorge werden jedoch unter anderem keine Telefon-, Fernseh-, Internet-, Porto- und Kopierkosten erstattet. Fragen und Anträge zu Leistungen nach der HeilVfV richten Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte (gemäß § 3 Absatz 2 BPolHFV) an ihren zuständigen Leiter Polizeiärztlicher Dienst, Heilfürsorgeberechtigte mit einer allgemeinen Heilfürsorgekarte (gemäß § 3 Absatz 1 BPolHFV) an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin.

4.5 Einzelfallentscheidungen (§ 4 Absatz 5)

In begründeten Ausnahmefällen kann das BMI in Abweichung von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) bei bestimmten medizinischen Indikationen im Einzelfall Leistungen gewähren, die außerhalb der Regelungen liegen. Dies gilt insbesondere, wenn die Maßnahme der Erhaltung der Polizeidienstfähigkeit dient und kommt bei Vorliegen lebensbedrohlicher oder häufig tödlich verlaufender Krankheiten zum Tragen.

Anträge auf Einzelfallentscheidungen sind von Heilfürsorgeberechtigten ohne allgemeine Heilfürsorgekarte über den zuständigen Polizeiarzt an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten zu richten. Heilfürsorgeberechtigte mit allgemeiner Heilfürsorgekar-

te richten diese Anträge unter Einbindung ihres behandelnden Arztes an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten (Referat 83, 53754 Sankt Augustin). In der Heilfürsorgestelle werden die Anträge entsprechend dem vorgegebenen Raster (Anlage 5) aufgearbeitet. Die Anträge werden vom Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten über den Referatsleiter 83 an das BMI gerichtet. Insbesondere in dringenden medizinischen Angelegenheiten haben alle Beteiligten auf eine unverzügliche Erledigung zu achten.

5. Ärztliche Versorgung außerhalb der Bundespolizei (§ 5)

Die Heilfürsorgeberechtigten, die eine **allgemeine Heilfürsorgekarte** besitzen, suchen sich selbst einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden **Hausarzt** in Wohnortnähe, bei dem sie sich durch Vorlage ihrer Heilfürsorgekarte (analog den gesetzlich Krankenversicherten) als Heilfürsorgeberechtigte legitimieren. Als Hausärzte kommen Praktische Ärzte, Allgemeinmediziner oder Internisten in Frage. Der Hausarzt, der die Heilfürsorgeberechtigten mit allgemeiner Heilfürsorgekarte versorgt, verwendet bei **Weiterüberweisungen** gemäß Anlage 4 des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium des Innern in jedem Falle die Vordrucke für die kassenärztliche Versorgung.

6. Ärztliche Versorgung in der Bundespolizei (§ 6)

Die ärztliche Versorgung in der Bundespolizeiakademie, den Bundespolizeiabteilungen, den Bundespolizeiaus- und -fortbildungszentren sowie bei größeren polizeilichen Einsätzen wird durch den eigenen polizeiärztlichen Dienst der Bundespolizei durchgeführt. Im Hinblick auf ihre Aufgabenwahrnehmung werden an PVB erhöhte gesundheitliche Anforderungen gestellt. Die unmittelbare und regelmäßige Überwachung und Erhaltung der Gesundheit dieses Personenkreises liegen vorrangig im Interesse des Dienstherrn, aber auch im Interesse des Betroffenen selbst. Dies begründet die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung vor Ort.

Der Arzt der Bundespolizei stellt **Überweisungen** zu Fachärzten unter Anwendung der vorgegebenen BPOL-Vordrucke aus.

7. Behandlung in Notfällen (§ 7)

Können Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte wegen plötzlicher schwerer Erkrankung, eines Unfalles oder einer Erkrankung außerhalb des Standort-

tes einen Überweisungsschein nicht vorlegen, so kann anstelle des Überweisungsscheines der Dienstausweis als Legitimation vorgelegt werden. Der **Überweisungsschein** ist unter Einbindung des polizeiärztlichen Dienstes innerhalb von zehn Tagen **nachzureichen**.

8. Zahnärztliche Behandlung (§ 8)

8.1 Zahnmedizinische Versorgung

Die Teilnahme der Heilfürsorgeberechtigten an der allgemeinen zahnmedizinischen Versorgung analog den gesetzlich Krankenversicherten ergibt sich aus § 4 Absatz 1 Nr. 4 der BPolHfV. Unter www.kzby.de werden auch für die Heilfürsorgeberechtigten weitere Informationen zum Thema zahnmedizinische Versorgung, insbesondere zum Zahnersatz, bereit gestellt.

8.2 Zahnersatz

Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden **Heil- und Kostenpläne** - (HKP - Teil 1 und Teil 2) zu verwenden. Die Heil- und Kostenpläne sind zur Genehmigung beim Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, einzureichen. Für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen und Brücken und zur Wiederherstellung oder Erweiterung von Prothesen nach den Befund-Nummern 6.0 - 6.10, 7.3, 7.4 und 7.7 der Festzuschuss-Richtlinie des GBA gilt, dass diese Befunde auch ohne vorherige Bewilligung versorgt werden können. Das gilt auch für die Bunde nach den Nummern 1.4 und 1.5. Hiervon bleibt das Recht, vor Beginn der Behandlung die Bewilligung einzuholen, unberührt.

Bei Heilfürsorgeberechtigten, die eine **Regelversorgung** im Sinne des § 56 SGB V erhalten, werden die **tatsächlichen Kosten** der Regelversorgung übernommen. Hiervon **ausgenommen** sind die Mehrkosten, die durch die Verwendung von Edelmetalllegierungen oder Reinmetall im Vergleich zu den für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen Nichtedelmetall(NEM)-Abrechnungsbeiträge inklusive Mehrwertsteuer entstehen.

Eine Bonusregelung gemäß § 55 Absatz 1 Sätze 3 bis 7 SGB V findet keine Anwendung.

Wählt der Heilfürsorgeberechtigte eine über die Regelversorgung hinausgehende **gleich- oder andersartige Versorgung (insbesondere Zahnersatz)**, wird der **Festzuschuss in doppelter Höhe** der für die jeweilige Regelversorgung nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten, gewährt.

- Ein **Zahnersatz** ist **gleichartig**, wenn er neben der Regelversorgung zusätzliche Leistungen beinhaltet. Die Leistungen zur Regelversorgung sind nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA), die Mehrleistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu berechnen. Eine vollverblendete Krone wäre z. B. im Vergleich zur vestibulär (im Sichtbereich) verblendeten Krone eine Mehrleistung nach der GOZ. Da der von den gesetzlichen Krankenkassen und auch der Heilfürsorge zu leistende Festzuschuss unabhängig von der Versorgungsart ist, verändert sich nur der Eigenanteil des Heilfürsorgeberechtigten. Die aus der gewünschten gleichartigen Versorgung entstehenden Mehrkosten hat der Heilfürsorgeberechtigte selbst zu tragen.
- Ein **Zahnersatz** ist **andersartig**, wenn eine andere Zahnersatzart (z. B. Brücken, herausnehmbarer Zahnersatz, Kombinationsversorgungen, Suprakonstruktionen) gewählt wird als jene, die in der Festzuschuss-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als Regelleistung für den jeweiligen Befund beschrieben ist. So ist z. B. eine Brückenversorgung ein andersartiger Zahnersatz, wenn der Befund als Regelversorgung eine Modellgussprothese vorsieht. Bei Suprakonstruktionen handelt es sich grundsätzlich um andersartigen Zahnersatz (mit Ausnahme der in Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinie genannten Fälle). Alle Zahnersatzleistungen für einen andersartigen Zahnersatz werden nach der GOZ berechnet.

Für die **Abrechnung der Zahnersatzleistungen** gilt Folgendes:

Erhält der Heilfürsorgeberechtigte eine **Regelversorgung**, werden die tatsächlichen Kosten der Regelversorgung nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge abgerechnet. Bei der Abrechnung über die KZV ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. Die tatsächlichen Kosten bei der Regelversorgung werden von der Heilfürsorge nur insoweit übernommen, als darin keine (Mehr-)Kosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz

der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inklusive Mehrwertsteuer. **Mehrkosten** rechnet der **Zahnarzt direkt** mit dem **Heilfürsorgeberechtigten** ab.

Wählt der Heilfürsorgeberechtigte einen **gleichartigen Zahnersatz**, wird der Festzuschuss in doppelter Höhe der für die jeweilige Regelversorgung nach § 57 Absatz 1 Satz 6 und Absatz 2 Sätze 6 und 7 SGB V festgesetzten Beträge, begrenzt auf die tatsächlichen Kosten, nach Eingliederung oder Wiederherstellung des Zahnersatzes über die KZV mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge abgerechnet. Bei der Abrechnung über die KZV ist zu prüfen, ob und in welcher Höhe Kosten für die Verwendung einer Edelmetalllegierung oder von Reinmetall angefallen sind. Die Kosten bei gleichartigem Zahnersatz werden von der Heilfürsorge nur insoweit übernommen, als darin keine (Mehr)Kosten für Edel- und Reinmetall enthalten sind. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inklusive Mehrwertsteuer. Sämtliche **Mehrkosten** rechnet der **Zahnarzt direkt** mit dem **Heilfürsorgeberechtigten** ab.

Bei **andersartigem Zahnersatz** rechnet der **Zahnarzt insgesamt direkt** mit dem **Heilfürsorgeberechtigten** ab. Der Heilfürsorgeberechtigte reicht den Teil 1 des Heil- und Kostenplanes mit dem Eingliederungsdatum und der Unterschrift des Zahnarztes, die Gesamtrechnung sowie die Bankverbindung zur Erstellung eines Bescheides an das Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin ein. Der zu übernehmende Kostenanteil wird von der Abrechnungsstelle Heilfürsorge erstattet. Die Kosten bei andersartigem Zahnersatz werden von der Heilfürsorge nur insoweit übernommen, als darin keine (Mehr-) Kosten für Edel- oder Reinmetall enthalten sind. Die Mehrkosten ergeben sich aus der Differenz der Kosten für die jeweils verwendete Edelmetalllegierung oder Reinmetall abzüglich der für die jeweilige Regelversorgung vorgesehenen NEM-Abrechnungsbeträge inklusive Mehrwertsteuer. Eine Abrechnung über die KZV erfolgt hier nicht.

Abrechnungsgrundlage für die **zahntechnischen Leistungen** bei einer Regelversorgung ist das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen nach § 88 Absatz 1 SGB V (BEL-II) in der jeweils geltenden Fassung.

Bei gleichartigem oder andersartigem Zahnersatz ist der Zahntechniker hinsichtlich der über die Regelversorgung hinausgehenden zahntechnischen Leistungen nicht an das BEL-II gebunden. Zahnarzt und Zahntechniker können ein Leistungs- und Preis-

verzeichnis für diese Leistungen vereinbaren. Auch die Heranziehung der Bundes-einheitlichen Benennungsliste (BEB) oder anderer Verzeichnisse ist möglich. Bei gleichartigem Zahnersatz dürfen nur jene Leistungen außerhalb des BEL-II abgerechnet werden, die über die Regelversorgung hinausgehen.

8.3 Professionelle Zahnreinigung (PZR)

Von der Heilfürsorge werden **einmal im Kalenderjahr** die Kosten einer durchgeführten professionellen Zahnreinigung übernommen. Die Abrechnung der GOZ-Gebührennummer 1040 richtet sich nach § 5 der GOZ und ist vom **Zahnarzt direkt** mit dem **Heilfürsorgeberechtigten** vorzunehmen. Der Heilfürsorgeberechtigte reicht die Rechnung bei der **Abrechnungsstelle Heilfürsorge, 53754 Sankt Augustin, zur Kostenerstattung** ein.

Der Anspruch auf professionelle Zahnreinigung besteht für Heilfürsorgeberechtigte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, neben dem Anspruch auf Leistungen der Individualprophylaxe entsprechend den BEMA-Gebührennummern IP 1 bis IP 5; diese Leistungen werden über die KZV mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge abgerechnet.

8.4 Kieferorthopädische Behandlung

Heilfürsorgeberechtigte haben nur bei Vorliegen von schweren Kieferanomalien gemäß Abschnitt B Nr. 4 der Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für die kieferorthopädische Behandlung Anspruch auf Übernahme der vollständigen Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung, da kieferorthopädische Behandlungen vor Einstellung in die Bundespolizei abgeschlossen sein müssen. Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung über die KZV mit der Abrechnungsstelle Heilfürsorge ab.

Abrechnungsgrundlage für die im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbrachten zahntechnischen Leistungen ist das Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen nach § 88 Absatz 1 SGB V (BEL-II) in der jeweils geltenden Fassung.

8.5 Gutachterverfahren

Das Gutachterverfahren gemäß § 8 Absatz 2 BPolHfV und die zu verwendenden Vordrucke richten sich nach den Bestimmungen des Ersatzkassenvertrags Zahnärzte

(EKVZ). Bei Einsprüchen gegen die Stellungnahme des Gutachters findet das Obergutachterverfahren Anwendung.

8.6 Datenaustausch

Der zwischen Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband geschlossene Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung findet entsprechende Anwendung.

8.7 Übergangsregelung

Die Regelungen zu § 8 der BPolHfV gelten nicht für zahnärztliche Leistungen, die einer vorherigen Genehmigung durch das Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten bedürfen, soweit diese vor dem Tag des Inkrafttretens der BPolHfV beantragt wurden. Maßgeblich ist das Ausstellungsdatum des Heil- und Kostenplanes.

9. **Arznei- und Verbandmittel (§ 9)**

Die Heilfürsorgeberechtigten erhalten für Arznei- und Verbandmittel eine Verordnung vom jeweiligen Arzt analog den gesetzlich Krankenversicherten, so dass Kosten von der Heilfürsorge **nur für verordnungsfähige Arznei- und Verbandmittel** übernommen werden. Die entsprechenden Zuzahlungen gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V leisten die Heilfürsorgeberechtigten ausnahmslos in den Apotheken (siehe hierzu Nr. 2.2.).

Ist für das abgegebene Arzneimittel ein Festbetrag nach §§ 35 und 36 SGB V festgesetzt und ist der Apothekenabgabepreis höher als der für dieses Mittel festgesetzte Festbetrag, wird der Heilfürsorge nur der Festbetrag in Rechnung gestellt und der Mehrbetrag ist vom Heilfürsorgeberechtigten zu leisten.

§ 34 SGB V für ausgeschlossene Arzneimittel gilt entsprechend.

10. **Heilmittel (§ 10)**

Die **Verordnung** für Heilmittel (z. B. Massagen, Krankengymnastik, physikalische Therapien) erfolgt für Inhaber einer allgemeinen Heilfürsorgekarte durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (Kassenärzte) auf kassenüblichen

Vordrucken. Die Verordnung für Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte erfolgt analog durch den Polizeiarzt.

Es finden die Regelungen der **Heilmittel-Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) Anwendung; der **Heilmittelkatalog** ist Bestandteil der Heilmittel-Richtlinien.

Kosten zu Lasten der Heilfürsorge für erbrachte Leistungen werden ausschließlich nach den aktuellen Vergütungslisten des Verbandes der Ersatzkassen (VdEK) übernommen. Darüber hinausgehende Kosten sind von den Heilfürsorgeberechtigten privat zu entrichten.

Die Heilfürsorgeberechtigten leisten für verordnete Heilmittel 10 % der Kosten sowie 10,00 € je Verordnung als **Zuzahlung** gemäß § 32 Absatz 2 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V direkt beim Leistungserbringer.

11. Hilfsmittel (§ 11)

Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Versorgung mit **ärztlich verordneten Hilfsmitteln** nach Verordnung durch einen Arzt ausschließlich im Rahmen der **Hilfsmittel-Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA).

Hilfsmittel sind Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Hiervon ausgeschlossen sind Hilfsmittel, die als allgemeine Gebrauchsgegenstände anzusehen sind (z. B. milbendichte Bettwäsche, Rotlichtlampe etc.) oder nach § 34 Absatz 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln mit einem **Anschaffungspreis über 500 €** sowie bei solchen, die **nicht im Hilfsmittelverzeichnis** enthalten sind, ist eine Genehmigung/Kostenzusage für Inhaber der allgemeinen Heilfürsorgekarte durch den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten und für Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte durch den zuständigen Leiter Polizeiärztlicher Dienst erforderlich.

Stromkosten, die dem Betrieb verordneter und genehmigter Hilfsmittel zuzurechnen sind und oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze von 75,- € im Kalenderjahr liegen, sind von der Heilfürsorge zu erstatten. Eine Erstattung erfolgt jeweils nur für das vergangene Haushaltsjahr. Der Erstattungsantrag ist unter Vorlage der Stromkostenabrech-

nung und der geleisteten Betriebsstunden (Kopie der Wartungsbelege, Instandsetzungsarbeiten) bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge, 53754 Sankt Augustin, einzureichen.

Für die Lieferung von **Hörhilfen** durch Hörgeräteakustiker gilt der **Vertrag** zwischen dem BMI und der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker in der jeweils geltenden Fassung. Anträge auf Hörhilfen sind beim Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, einzureichen.

Verlangt der Leistungserbringer (in der Regel ein Sanitätshaus) von dem Heilfürsorgeberechtigten einen Kaufpreis, der oberhalb des Festbetrages liegt, muss der Heilfürsorgeberechtigte diese **Mehrkosten** (sogenannte wirtschaftliche Aufzahlung) begleichen. Der Heilfürsorgeberechtigte sollte daher vor Abgabe der Verordnung nachfragen, ob höhere Kosten auf ihn zukommen und bei Bedarf Preisvergleiche durchführen.

Wenn der PVB seinen Anspruch auf Heilfürsorge verliert, sind Hilfsmittel aus Miet-, Leasing- oder ähnlichen Verträgen an den Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus) zurück zu geben. Die Heilfürsorgestelle ist über die Rückgabe zu informieren.

Die **Zuzahlung** der Heilfürsorgeberechtigten zu den Hilfsmitteln erfolgt analog den gesetzlich Krankenversicherten gemäß § 33 Absatz 8 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V. Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, richtet sich die Zuzahlung nach § 33 Absatz 8 Satz 3 SGB V.

Nach § 11 Absatz 2 der BPolHfV gelten die bestehenden Festbetragsregelungen.

Festbeträge sind ein durch das Gesundheitsreformgesetz eingeführtes Instrument der Preisgestaltung, u. a. auch für Hilfsmittel. Für Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt sind, trägt die Heilfürsorge (analog der gesetzlichen Krankenkassen) die Kosten bis zur Höhe des Festbetrages.

Ein Erstattungsanspruch für Zuzahlungen und sogenannte wirtschaftliche Aufzahlungen besteht nur bei einem unmittelbar ursächlichen Zusammenhang mit einem anerkannten Dienstunfall und kann bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge beantragt werden (siehe Nr. 2.2).

12 Krankenhausbehandlung (§ 12)

Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Sie wird grundsätzlich in zugelassenen Krankenhäusern ge-

währt, die auch für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zugelassen sind. Der Heilfürsorgeberechtigte hat somit **keinen Anspruch** auf Versorgung in einer **Privatklinik**. Wählen Heilfürsorgeberechtigte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung empfohlenes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

12.1 Kostenübernahmeerklärung

Die **Verordnung** von Krankenhausbehandlung (Vordruck der vertragsärztlichen Versorgung) bzw. die Aufnahmemitteilung des Krankenhauses ist bei Inhabern der allgemeinen Heilfürsorgekarte zur Erstellung einer Kostenübernahmeerklärung an das BPOLP, Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, zu richten. Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine Heilfürsorgekarte erhalten die Verordnung (BPOL 840 010, Anlage 6) grundsätzlich von ihrem zuständigen Polizeiarzt. Sollte dies nicht möglich sein, ist zur Erstellung einer Kostenübernahmeerklärung die von einem niedergelassenen Arzt erstellte o. g. Verordnung bzw. die Aufnahmemitteilung des Krankenhauses an den zuständigen Polizeiarzt zu richten.

12.2 Belegarztbehandlung

Die belegärztliche Behandlung richtet sich analog der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung. Die Berechnung der persönlichen belegärztlichen Leistungen richtet sich nach dem Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesministerium des Innern in der jeweils geltenden Fassung.

12.3 Anspruch auf 2-Bett-Zimmer und wahlärztliche Leistungen

Diese Leistungen **können** von den PVB in Anspruch genommen werden, sie sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Wählen die PVB eine Unterbringung in **Zweibettzimmern**, so ist von ihnen ein **Eigenbehalt in Höhe von 14,50 €** pro Übernachtung zu zahlen, soweit Unterkunftskosten gesondert berechnet werden. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Unterbringung in Zweibettzimmern nicht die Standardleistung des Krankenhauses ist. Der Betrag von 14,50 € muss in diesen Fällen **zusätzlich zur gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung** (siehe unten) geleistet werden.

Bei der Inanspruchnahme von wahlärztlichen Leistungen greift die Vereinbarung zwischen dem BMI und den Ärzteverbänden über die Inanspruchnahme ziviler Ärzte außerhalb des der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen

Vereinigungen nach § 75 Absatz 3 SGB V übertragenen Sicherstellungsauftrages in der jeweils geltenden Fassung.

Zur Klarstellung wird darauf hingewiesen, dass die wahlärztlichen Leistungen der Heilfürsorge **keine privatärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlungen)** im üblichen Sinne sind. Die vertraglichen Leistungen mit den o. a. Ärzteverbänden entsprechen der Höhe nach **nicht den privaten Sätzen** nach der Gebührenordnung für Ärzte, die ein Chefarzt bzw. die mitbehandelnden Ärzte des Krankenhauses von einem Privatpatienten liquidieren dürfen.

Deshalb hat der Heilfürsorgeberechtigte zu beachten, dass **private Vereinbarungen** des PVB, wie z. B. vereinbarte sogenannte Chefarztbehandlung, ein 1-Bett-Zimmer, von ihm **selbst zu bezahlen** sind, da solche **Mehrleistungen** (Leistungen außerhalb des o. g. Vertrages) nicht zu Lasten der Heilfürsorge abrechnungsfähig und auch **nicht erstattungsfähig** sind.

Die gesetzlich vorgeschriebenen **Zuzahlungen** in Höhe von 10,- € pro Kalendertag (für höchstens 28 Tage im Jahr) gemäß § 39 Absatz 4 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V sind **im Krankenhaus** zu entrichten.

Der oben erläuterte **Eigenbehalt** in Höhe von 14,50 € wird von der **Abrechnungsstelle** Heilfürsorge beim Heilfürsorgeberechtigten **eingefordert**.

13. Organtransplantationen (§ 13)

Im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes (BGBl. Teil I Nr. 35 vom 25. Juli 2012, S. 1601) wurden Schutzregelungen wie den neuen Entgeltfortzahlungstatbestand des § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz für Spender aufgenommen. Hierzu wird verwiesen auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene vom 19. April 2013 zu den leistungsrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes. Im Übrigen trifft § 45 Absatz 3 Bundesbeihilfeverordnung hierzu Regelungen.

14. Leistungen zur Rehabilitation (§ 14) und medizinische Vorsorgemaßnahmen (§ 4 Absatz 1 Nr. 1)

Medizinische Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen (früher „Kuren“ genannt) gehören zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, folglich auch zu den Leistungen der Heilfürsorge. Medizinische Rehabilitations- und Vorsorgeleistungen

(ambulant oder stationär) können angezeigt sein zur Verhütung einer drohenden Krankheit, zur Vermeidung einer Verschlimmerung bei bestehender Erkrankung und um schwerwiegende Krankheitsfolgen zu mindern, insbesondere Pflegebedürftigkeit abzuwenden.

14.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V)

Reicht bei einem Heilfürsorgeberechtigten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Absatz 2 SGB V beschriebenen Ziele zu erreichen, so erbringt die Heilfürsorge aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht. Diese Leistungen sind auch in Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 Absatz 1 SGB XI zu erbringen. Gemäß § 40 Absatz 3 SGB V bestimmt der Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

Die Einleitung bzw. die Verordnung einer Rehabilitation kann bei Inhabern der allgemeinen Heilfürsorgekarte direkt durch den Hausarzt an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, erfolgen; bei Heilfürsorgeberechtigten ohne allgemeine Heilfürsorgekarte durch den polizeiärztlichen Dienst an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten. Hierbei sind die kassenüblichen Vordrucke zu verwenden. Zusätzlich erforderliche Befunde und Atteste werden durch den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten bzw. den Polizeiarzt eingeholt.

Die stationären Leistungen werden gemäß § 40 Absatz 3 Satz 2 SGB V längstens für drei Wochen, ambulante Maßnahmen für längstens 20 Behandlungstage erbracht, es sei denn, eine Verlängerung ist aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich. Die Verlängerung ist bei der genehmigenden Stelle medizinisch begründet zu beantragen.

Die Leistungen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine Leistung ist aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen je Kalendertag den sich nach § 40 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag (10,- € pro Kalendertag) an die Reha-Klinik als **Zuzahlung**.

14.2 Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die Anschlussheilbehandlungen für Heilfürsorgeberechtigte werden in Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) gemäß der Vereinbarung des BMI mit der DRV Bund durchgeführt.

Die Auswahl der AHB-Einrichtung erfolgt durch den zuständigen Krankenhausarzt. Terminierung und Planung erfolgen durch den Sozialdienst des Krankenhauses. Die für die Krankenkasse bestimmte Durchschrift des AHB-Berichtes (Muster 250) übersendet der Sozialdienst des Krankenhauses bei Inhabern der allgemeinen Heilfürsorgekarte an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten (53754 Sankt Augustin) und bei Heilfürsorgeberechtigten ohne allgemeine Heilfürsorgekarte an den zuständigen Polizeiarzt zur Erstellung einer Kostenübernahmeerklärung.

Die Anschlussheilbehandlung wird in der Regel für die Dauer von bis zu drei Wochen durchgeführt. Eine darüber hinausgehende, medizinisch notwendige Verlängerung bis zu 14 Tagen fällt in die Entscheidungsbefugnis des Chefarztes der AHB-Einrichtung. Über die Verlängerung ist die genehmigende Stelle zu unterrichten. Bei einer ärztlich begründeten notwendigen Verlängerung über 14 Tage hinaus ist durch die AHB-Einrichtung – notfalls telefonisch – das Einverständnis der genehmigenden Stelle einzuholen.

Als **Zuzahlung** leisten Heilfürsorgeberechtigte den sich nach § 40 Absatz 6 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die AHB-Einrichtung. Bereits im Kalenderjahr erbrachte Zahlungen bei einem Krankenhausaufenthalt nach § 39 SGB V sind anzurechnen.

14.3 Psychosomatisches Heilverfahren

Über die Kostenübernahme für Psychosomatische Heilverfahren entscheidet der Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten.

Die Einleitung des Verfahrens kann bei Inhabern der allgemeinen Heilfürsorgekarte direkt durch den Hausarzt erfolgen, bei Heilfürsorgeberechtigten ohne allgemeine Heilfürsorgekarte durch den polizeiärztlichen Dienst. Hierbei sind die kassenüblichen Vordrucke zu verwenden.

Zusätzlich erforderliche Befundberichte und Atteste werden durch den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten eingeholt. Die Leistung wird in der Regel für die Dauer von 42 Tagen erbracht, es sei denn, eine Verlängerung ist aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich. Die Verlängerung ist zeitgerecht bei der genehmigenden Stelle medizinisch begründet zu beantragen.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen je Kalendertag den sich nach § 40 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung als **Zuzahlung**.

14.4 Entwöhnungsbehandlung

Entwöhnungsbehandlungen erfolgen grundsätzlich stationär. Über die Kostenübernahme für Entwöhnungsbehandlungen entscheidet bei Inhabern der allgemeinen Heilfürsorgekarte der Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten, bei allen anderen Heilfürsorgeberechtigten der zuständige Polizeiarzt.

Der Antrag kann mit Hilfe der Sucht- und Sozialberatung der Bundespolizei gestellt werden. Er kann bei Inhabern der allgemeinen Heilfürsorgekarte auch direkt durch den Hausarzt beim Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten erfolgen. Hierbei sind die üblichen Vordrucke für Rehabilitationsmaßnahmen zu verwenden. Zusätzlich erforderliche Befundberichte und Atteste werden durch den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten bzw. den zuständigen Polizeiarzt eingeholt. Die Leistung wird in der Regel für die Dauer von 12 Wochen erbracht, es sei denn, eine Verlängerung ist aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich. Die Verlängerung ist bei der genehmigenden Stelle zu beantragen. Nachsorgemaßnahmen werden auf Antrag (ausschließlich ambulant) für maximal 20 Sitzungen erbracht. Erforderliche Nachsorgemaßnahmen gemäß § 43 Absatz 2 SGB V sind als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation bei der zuständigen genehmigenden Stelle zu beantragen. Die Vereinbarungen „Abhängigkeitserkrankungen“ in der jeweils geltenden Fassung finden Anwendung.

Die Kosten für **Familien- und Angehörigenseminare** nach § 14 Absatz 4 BPolHfV müssen vor Inanspruchnahme im vorgenannten Verfahren beantragt werden. Heilfürsorgeberechtigte zahlen je Kalendertag den sich nach § 40 Absatz 6 und 7 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung als **Zuzahlung**.

14.5 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 SGB V)

Heilfürsorgeberechtigte haben unter den in § 27 SGB V genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht. Die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme oder Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden.

Gemäß § 40 Absatz 3 SGB V bestimmt der Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

Die **Beantragung** der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen kann direkt über diese Einrichtungen oder über sogenannte Kurvermittlungsstellen, z. B. beim Müttergenesungswerk, bei der Beratungsstelle des Sozialwerks Bund, bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO), der Caritas, dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) erfolgen. Es werden die üblichen Vordrucke der vorgenannten Einrichtungen angewendet. Die ausgefüllten Vordrucke sind beim Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin einzureichen. Zusätzlich erforderliche Befunde und Atteste werden durch den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten eingeholt.

Die Leistungen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine Leistung ist aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen je Kalendertag den sich nach § 41 Absatz 3 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung als **Zuzahlung**.

14.6 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 SGB V)

Heilfürsorgeberechtigte haben unter den in § 23 SGB V genannten Voraussetzungen Anspruch auf aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistungen in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes oder einer gleichartigen Einrichtung, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht. Die Leistung kann in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme oder Vater-Kind-Maßnahme erbracht werden. § 23 Absatz 4 Satz 2 SGB V gilt nicht. Gemäß § 23 Absatz 5 SGB V bestimmt der Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen sowie die Vorsorgeeinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen.

Die **Beantragung** der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen kann direkt über diese Einrichtungen oder über sogenannte Kurvermittlungsstellen, z. B. beim Müttergenesungswerk, bei der Beratungsstelle des Sozialwerks Bund, bei der Arbeiterwohlfahrt (AWO), der Caritas, dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) erfolgen. Die üblichen Vor-

drucke der vorgenannten Einrichtungen finden Anwendung. Die ausgefüllten Vordrucke sind beim Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin einzureichen. Zusätzlich erforderliche Befunde und Atteste werden durch den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten eingeholt.

Die Leistungen werden gemäß § 23 Absatz 5 Satz 2 SGB V längstens für drei Wochen erbracht, es sei denn, eine Verlängerung ist aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich. Die Leistungen können nicht vor Ablauf von vier Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden, es sei denn, eine Leistung ist aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen je Kalendertag den sich nach § 24 Absatz 3 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung als **Zuzahlung**.

15. Fahrkosten (§ 15)

Grundlage für die Verordnung sind die Richtlinien des GBA über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (**Krankentransport-Richtlinie**).

Für die Verordnung einer Krankenförderungsleistung hat der verordnende Arzt

- die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 der o. g. Richtlinie zu prüfen und
- das erforderliche Transportmittel nach Maßgabe der §§ 4 bis 7 der o. g. Richtlinie auszuwählen.

Die **Verordnung** ist auf den kassenüblichen Vordrucken auszustellen. Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. Der Arzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann er nachträglich verordnen. Die detaillierten Ausführungen werden in der o. g. Richtlinie dargestellt.

Bei **Krankentransporten** mit **bundespolizeieigenen Fahrzeugen** gelten die o. a. Krankentransport-Richtlinien analog. Der polizeiärztliche Dienst dokumentiert die Fahrt auf dem Vordruck 840 013 (Anlage 7) und sendet diesen an die Abrechnungsstelle Heilfürsorge zur Erstellung der Aufforderung der **Zuzahlung** entsprechend § 60 Absatz 2 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V. Im Vordruck ist die Kostenaufstellung

gemäß den Bestimmungen über wirtschaftliche Leistungen des Bundesgrenzschutzes zugunsten Dritter (BWL-BGS) aufzuführen.

Für **Fahrten** zu ambulanten oder stationären **Rehabilitationsmaßnahmen** ist keine Verordnung auszustellen. Die Regelung zu den Fahrkosten ist jeweils der Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme zu entnehmen.

Fahrkosten, die im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen **Rehabilitation** und **Vorsorge** entstehen, werden gemäß § 60 Absatz 5 SGB V in Verbindung mit § 53 Absatz 1 bis 3 des SGB IX übernommen. Über die Fahrkosten hinausgehende Reisekosten werden nach dem eindeutigen Wortlaut des § 4 Absatz 1 Nummer 12 BPolHfV nicht erstattet. Die **Fahrkostenerstattung** wird im § 60 Absatz 3 SGB V geregelt. Für Hin- und Rückreise sind die Fahrkosten getrennt zu berechnen. Für die Kostenerstattung ist der jeweilige Reisetag maßgeblich. Demzufolge werden Fahrkosten, die vor dem Inkrafttreten der BPolHfV (01. Juli 2014) entstanden sind, nicht erstattet.

Die Fahrkostenerstattung ist wie folgt bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge, 53754 Sankt Augustin, zu beantragen:

- persönlich unterzeichneter formloser Erstattungsantrag
- Genehmigung der Rehabilitationsmaßnahme
- Bankverbindung, Adresse, ggf. telefonische Erreichbarkeit
- Fahrkarten im Original oder
- Nachweis der kürzesten Fahrtstreckenentfernung durch Vorlage eines Routenplaner-Ausdruckes

Die entsprechenden **Zuzahlungen** für alle Fahrkosten nach § 15 BPolHfV werden gemäß § 60 Absatz 1 und 2 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V von der Abrechnungsstelle Heilfürsorge eingefordert.

16. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit (§ 16)

Die Heilfürsorgeberechtigten haben Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI. Sie erhalten danach die jeweils zustehenden Leistungen zur Hälfte. Für die andere Hälfte der Leistungen kommt die vom PVB abgeschlossene Pflegeversicherung auf.

Die Feststellung des Leistungsanspruchs zur Pflege obliegt dem Medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherung. Der Anspruch der hälftigen Leistung gegen-

über der Heilfürsorge ist beim Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten geltend zu machen; es ist der Leistungsbescheid der privaten Pflegeversicherung beizufügen.

17. Dienstlicher Aufenthalt im Ausland (§ 17)

Alle genehmigungspflichtigen Leistungen der Heilfürsorge sind auch bei einer Behandlung im Ausland genehmigungspflichtig.

Die Anschriften der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, die ortsübliche und angemessene Honorare und Vergütungen berechnen, sind bei den jeweiligen Auslandsvertretungen zu erfragen.

Für PVB im Haus- und Ordnungsdienst (HOD) an deutschen Auslandsvertretungen gilt der Leitfaden des Auswärtigen Amtes. Die im Ausland anfallenden Kosten von betroffenen HOD-Beamten werden vor Ort durch die Auslandsvertretungen entrichtet. Die Erstattungsunterlagen sind durch die Auslandsvertretung über das Auswärtige Amt zur Prüfung und Zahlungsanweisung an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten zu übersenden.

Für die übrigen dienstlichen Auslandsaufenthalte (z. B. als Dokumentenberater, Verbindungsbeamter) treten die eingesetzten Heilfürsorgeberechtigten grundsätzlich finanziell zunächst in Vorleistung und verfahren dann entsprechend den Kostenerstattungsvorgaben. Anträge auf Abschlagszahlungen bei besonders hohen Rechnungen sind an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten zu richten.

18. Privater Aufenthalt in der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz (§ 18)

Die Heilbehandlungskosten sind zunächst vom Heilfürsorgeberechtigten zu verauslagern. Kosten für eine Auslandsüberweisung sowie Kreditkartenkosten werden nicht übernommen. Sofern die durchgeführten Behandlungen nicht eindeutig aus den eingereichten Rechnungen hervorgehen, ist eine detaillierte Beschreibung beizufügen.

Die Behandlungskosten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland können wesentlich höher sein als die erstattungsfähigen Leistungen der Heilfürsorge. Aus diesem Grund wird dem Heilfürsorgeberechtigten empfohlen, vor Reisebeginn eine **Auslandskrankenversicherung** ggf. einschließlich Rücktransportversicherung abzuschließen.

Auf die vorherige Genehmigung bei stationären Behandlungen entsprechend § 18 Absatz 3 BPolHfV wird noch einmal hingewiesen.

19. Privater Aufenthalt außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums, der Schweiz (§ 19)

Siehe inhaltliche Ausführungen in Nr. 18. Auf die vorherige Genehmigung bei stationären Behandlungen entsprechend § 19 Absatz 2 BPolHfV wird noch einmal hingewiesen.

20. Schlussbestimmung

Alle Regelungen/Erlasse, die diesen Bestimmungen widersprechen oder entgegenstehen, sowie die durch diese Bestimmungen gegenstandslos gewordenen Erlasse werden aufgehoben.

21. Inkrafttreten

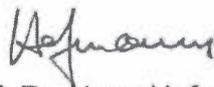
Die Verwaltungsvorschrift tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.

Berlin, den - 4. Juni 2014

Z II 2 - 10012/10#2

Bundesministerium des Innern

Im Auftrag



Prof. Dr. Hans Hofmann