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**	5
	a) Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei	5
	b) Familienangehörige	5
	c) Patientenstatus	5
1.	Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht	6
1.1	Zweck der Heilfürsorge	6
1.2	Eigenverantwortung	6
1.3	Mitwirkungspflicht	6
2.	**Sachleistungsprinzip**	6
2.1	Kostenerstattung	6
2.2	Zuzahlungen gemäß SGB V	7
3.	**Heilfürsorgekarte**	7
3.1	Anforderungen von HfK und HfK-Z	7
3.2	Fehlende HfK bzw. HfK-Z beim Arztbesuch	8
3.3	Ausgabe von HfK gemäß § 3 Satz 2 BPolHfV	8
3.4	Anwendung der HfK-Z	9
3.5	Wechsel der HfK und HfK-Z	9
4.	**Leistungen**	9
4.1	Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft	9
4.2	Häusliche Krankenpflege	10
4.3	Haushaltshilfe	10
4.4	Rehabilitationssport und Funktionstraining	11
4.5	Dienstunfallbedingte Behandlungen	11
4.6	Einzelfallentscheidungen	12
5.	**Ärztliche Versorgung außerhalb der Bundespolizei**	13
6.	**Ärztliche Versorgung in der Bundespolizei**	13
7.	**Behandlung in Notfällen**	13

8.	**Zahnärztliche Behandlung**	14
8.1	Zahnmedizinische Versorgung	14
8.2	Zahnersatz	14
8.3	Professionelle Zahnreinigung	17
8.4	Kieferorthopädische Behandlung	17
8.5	Gutachterverfahren	17
8.6	Datenaustausch	18
9.	**Arznei- und Verbandmittel**	18
10.	**Heilmittel**	18
11.	**Hilfsmittel**	19
12.	**Krankenhausbehandlung**	21
12.1	Kostenübernahmeerklärung	21
12.2	Belegarztbehandlung	21
12.3	Anspruch auf 2-Bett-Zimmer und wahlärztliche Leistungen	21
13.	**Organtransplantationen**	22
14.	**Leistungen zur Rehabilitation und medizinische Vorsorgemaßnahmen**	23
14.1	Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation	23
14.2	Anschlussheilbehandlung	24
14.3	Psychosomatisches Heilverfahren	25
14.4	Entwöhnungsbehandlung	25
14.5	Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter	26
14.6	Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter	27
15.	**Fahrkosten**	28
15.1	Krankentransport mit bundespolizeieigenen Fahrzeugen	29
15.2	Rehabilitationsmaßnahmen	29
16.	**Leistungen bei Pflegebedürftigkeit**	30
17.	**Dienstlicher Aufenthalt im Ausland**	30
18.	**Privater Aufenthalt in der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz**	31

19. **Privater Aufenthalt außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes, der Schweiz** 31
20. **Schlussbestimmungen** 31

21. Inkrafttreten 32

Anlage 1 - Übersicht Zuzahlungen
Anlage 2 - Anleitung Antrag auf Einzelfallentscheidung

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 Heilfürsorgeberechtigten 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 § 26 Absatz 3 Sonderurlaubsverordnung (Urlaub unter Wegfall der Besoldung für längstens einen Monat) gewährt. Wird dem Heilfürsorgeberechtigten Urlaub unter Wegfall der Besoldung nach § 22 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 (Familienversicherung). Jedoch können entsprechend § 80 BBG in Verbindung mit § 4 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) berücksichtigungsfähige Angehörige von Heilfürsorgeberechtigten Leistungen der Beihilfe beziehen. Fragen zur Berücksichtigungsfähigkeit von Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sind an die Beihilfestelle zu richten. Kinder sind berücksichtigungsfähig, wenn sie im Familienzuschlag der Heilfürsorgeberechtigten nach dem Bundesbesoldungsgesetz berücksichtigungsfähig sind. Die Leistungen sind bei der Beihilfestelle 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 (IGeI) 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 gemäß SGB V

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

Bei Inanspruchnahme von Heilfürsorgeleistungen beim Dienstunfall sind die Zuzahlungen zunächst beim Leistungserbringer zu entrichten (weiteres siehe unter 4.5)

Gemäß Arzneiversorgungsvertrag zwischen dem Deutschen Apothekerverband e.V. und dem Bundesministerium des Innern ist für alle zuzahlungspflichtigen Arznei- und Verbandmittel die Zuzahlung in der Apotheke zu leisten.

Unter bestimmten Voraussetzungen (bei Versorgung mit Arznei- und Verbandmittel während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Entbindung, bei arbeitsmedizinischen Impfungen)) stellt der Heilfürsorgeberechtigte mit den entsprechenden Nachweisen einen formlosen **Antrag** auf **Erstattung** der **geleisteten Zuzahlungen** bei der Abrechnungsstelle Heilfürsorge Bundespolizei, 53754 Sankt Augustin.

Für die **Erstattung** der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen nach § 62 SGB V (Überschreitung der **Belastungsgrenze**) wird auf das „Informationsblatt über Belastungsgrenzen für Zuzahlungen (*BPOL 8 10 003*)“ verwiesen.

3. Heilfürsorgekarte (§§ 3, 5, 7)

3.1 Anforderungen von HfK und HfK-Z

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*) beim Bundespolizeipräsidium (BPOLP), Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin bzw. über den zuständigen Polizeiarzt.

3.2 Fehlende HfK bzw. HfK-Z beim Arztbesuch

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

Kann beim Besuch eines Zahnarztes eine HfK oder HfK-Z nicht vorgelegt oder die Anspruchsberechtigung nicht auf andere Weise (Überweisungsschein) nachgewiesen werden, so darf der Zahnarzt eine Privatvergütung vom Heilfürsorgeberechtigten für die Behandlung verlangen. Wird die HfK oder HfK-Z bzw. der Überweisungsschein innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes vorgelegt, so muss die entrichtete Vergütung vom Zahnarzt an den Heilfürsorgeberechtigten zurückgezahlt werden.

3.3 Ausgabe von HfK gemäß § 3 Absatz 1 Satz 2 BPolHfV

Bei der Ausgabe von HfK aufgrund einer Entscheidung des BMI ist davon auszugehen, dass Abweichungen vom Satz 1 des § 3 Absatz 1 BPolHfV nur in sehr begründeten Fällen erfolgen können. Hierbei muss der Aufwand für die Herstellung der Karte sowie die Kontrolle über die eventuelle Rückgabe im angemessenen Verhältnis zum Zeitraum des Bedarfs für eine HfK gesehen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass es bei zeitweisen Abordnungen bis zu 24 Monaten nicht zu einer Genehmigung gemäß § 3 Absatz 1 Satz 2 BPolHfV kommen wird. Für diesen Zeitraum ist es dem Heilfürsorgeberechtigten durchaus zuzumuten, bei Bedarf einen

Überweisungsschein beim zuständigen Polizeiärztlichen Dienst (telefonisch oder per eMail) anzufordern.

3.4 Anwendung der HfK-Z

Die HfK-Z ist nur für den Besuch bzw. die Leistungserbringung beim Zahnarzt zu verwenden. Eine Vorlage bei einem anderen Arzt (z. B. Hausarzt, Facharzt oder Klinik) ist untersagt und darf auch nicht als Nachweis der Heilfürsorgeberechtigung verwendet werden.

3.5 Wechsel der HfK und HfK-Z

Bei einem Wechsel der Dienststelle ohne eigenen polizeiärztlichen Dienst in eine mit polizeiärztlichen Dienst oder umgekehrt ist darauf zu achten, dass die jeweilige nicht mehr zustehende Heilfürsorgekarte gemäß § 3 BPolHfV bei der zuständigen Personalstelle abzugeben ist. Die Neubestellung wird von dort veranlasst.

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.

Gemäß § 24f SGB V hat die Heilfürsorgeberechtigte bei stationärer Entbindung in einem Krankenhaus oder in einer anderen Einrichtung für sich und das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung. Das gilt allerdings nur so lange wie keine Krankenbehandlung für das Neugeborene notwendig ist. Diese Leistungen (wie z. B. die ärztliche Erstuntersuchung) werden auf Grund der eigenen Leistungsberechtigung des Neugeborenen erbracht (hier z. B. über die jeweilige gesetzliche Krankenversicherung des Neugeborenen bzw. die Beihilfe in Verbindung mit einer privaten Restkostenversicherung).

4.2 Häusliche Krankenpflege (Absatz 1, Nr. 8)

Bei der Gewährung von häuslicher Krankenpflege ist zu beachten, dass durch 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 kassenärztliche Verordnung ist zur Genehmigung beim BPOLP, Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, einzureichen.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen den sich nach § 37 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung als Zuzahlung (begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr - *siehe Anlage 1*)

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.

Der Antrag auf Kostenübernahme ist zur Genehmigung beim BPOLP, Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, einzureichen.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen den sich nach § 38 Absatz 5 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung als Zuzahlung (*siehe Anlage 1*). Bei selbst beschaffter Haushaltshilfe wird im Rahmen der Kostenerstattung die Zuzahlung von der Abrechnungsstelle Heilfürsorge vom Heilfürsorgeberechtigten eingezogen.

4.4 Rehabilitationssport und Funktionstraining (Absatz 1, Nummer 11)

Rehabilitationssport und Funktionstraining werden als ergänzende Maßnahme gemäß § 43 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 44 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB IX auf der Grundlage der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) in der jeweils gültigen Fassung durchgeführt.
Die kassenärztliche Verordnung ist zur Genehmigung beim Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin, einzureichen.
Die Kosten werden gemäß vdek-Vereinbarungen übernommen, vornehmlich einer bundesweiten bzw. regionalen Vergütungsvereinbarung (vorzugsweise der BARMER GEK).

4.5 Dienstunfallbedingte Behandlungen

Nach der Verordnung zur Durchführung des § 33 des Beamtenversorgungsgesetzes (Heilverfahrensverordnung - HeilvfV) 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 die HeilvfV nicht umfassendere Leistungen vorsieht (§ 1 HeilvfV).

Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen seitens der Heilfürsorge Bundespolizei sind u. a. die Vorlage der HfK (bei zahnärztlichen Behandlungen der HfK-Z) sowie Kostenübernahmeerklärungen und die Einhaltung bestehender Antrags- und Genehmigungsverfahren.

Leistungen, die nicht zum Umfang der Heilfürsorge gemäß BPolHfV gehören und somit nach § 33 HeilvfV abgerechnet werden müssen, sind beim zuständigen Personalbereich einzureichen. Dies gilt auch z. B. für Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen, die bei der Inanspruchnahme von Heilfürsorgeleistungen zunächst beim Leistungserbringer zu zahlen sind bzw. von Seiten der Abrechnungsstelle Heilfürsorge vom

Heilfürsorgeberechtigten eingefordert wurden. 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 Heilfürsorgeberechtigte 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**, erstellt einen D-Bericht**, und gibt ihn dem Heilfürsorgeberechtigten mit. Die Berichtskosten werden vom Heilfürsorgeberechtigten beim D-Arzt entrichtet und sind zur Erstattung beim zuständigen Personalbereich einzureichen. Der Bericht ist der Unfallmeldung beizufügen.

Bei Fragen zu Leistungen nach der HvfV können die Heilfürsorgeberechtigten entweder ihren zuständigen Polizeiärztlichen Dienst oder die Heilfürsorgestelle in Sankt Augustin kontaktieren.

4.6 Einzelfallentscheidungen (§ 4 Absatz 5)

In begründeten Ausnahmefällen kann das BMI in Abweichung von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei bestimmten medizinischen Indikationen im Einzelfall darüber hinausgehende Leistungen gewähren. Dies gilt insbesondere, wenn die Maßnahme der Erhaltung der Polizeidienstfähigkeit dient und kommt bei Vorliegen lebensbedrohlicher oder häufig tödlich verlaufender Krankheiten zum Tragen. In der Heilfürsorgestelle werden eingehende Anträge sorgfältig vorgeprüft, ggfs. in Abstimmung mit dem BMI.

Anträge auf Einzelfallentscheidungen sind von Heilfürsorgeberechtigten ohne allgemeine Heilfürsorgekarte über den zuständigen Polizeiarzt an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten zu richten. Heilfürsorgeberechtigte mit allgemeiner Heilfürsorgekarte 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 2) aufgearbeitet. Die Anträge werden vom Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten über den Referatsleiter 83 zeitgerecht an das BMI gerichtet.

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 Betreffenden 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 Standortes 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.kzbv.de werden auch für die Heilfürsorgeberechtigten weitere Informationen zum Thema zahnmedizinische Versorgung, insbesondere zum Zahnersatz, bereit gestellt.

Auf die vorherige Antrags- und Genehmigungspflicht bei zahnärztlichen Behandlungen entsprechend den Nummern 17, 18 und 19 wird hingewiesen.

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 Befunde 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)-Abrechnungsbeiträgen 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 Ab-

satz 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 in-

klusive 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 Preisverzeichnis für diese Leistungen vereinbaren. Auch die Heranziehung der Bundeseinheitlichen 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 Bundespolizei 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 (*weiteres siehe Hinweise*). Der Heilfürsorgeberechtigte zahlt die Rechnung zunächst selbst und beantragt danach die Kostenerstattung mit *Vordruck BPOL 8 10 001* bei der **Abrechnungsstelle** Heilfürsorge Bundespolizei, 53754 Sankt Augustin.

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.

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 Verordnung erfolgt für Inhaber der HfK grundsätzlich durch Kassenärzte auf kassenüblichen Vordrucken. Die Verordnung für Heilfürsorgeberechtigte ohne HfK erfolgt analog grundsätzlich durch den Polizeiarzt.

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 sowie die Zuzahlung ist vom Heilfürsorgeberechtigten zu leisten.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen den sich nach § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrag (Zuzahlung) in der Apotheke (*siehe Anlage 1*). Siehe hierzu auch Nr. 2.2, letzter Absatz.

§ 34 SGB V für ausgeschlossene Arzneimittel gilt entsprechend.

10. Heilmittel (§ 10)

Heilmittel sind Anwendungen der Physiotherapie wie z. B. Krankengymnastik, Massagen und Wärmebehandlungen sowie der Logopädie bei Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen. Die Ergotherapie kommt bei Störungen im Bereich der Motorik, der Sinnesorgane sowie der geistigen und psychischen Fähigkeiten zum Einsatz.

Die **Verordnung** für Heilmittel 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 grundsätzlich 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.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen den sich nach § 32 Absatz 2 in Verbindung mit § 61 Satz 3 SGB V ergebenden Betrag (Zuzahlung) an den Leistungserbringer (*siehe Anlage 1*).

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.

Die Verordnung erfolgt für Inhaber einer allgemeinen HfK durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (Kassenärzte) auf kassenüblichen Vordrucken. Die Verordnung für Heilfürsorgeberechtigte ohne allgemeine HfK erfolgt grundsätzlich analog durch den Polizeiarzt.

Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln mit einem **Anschaffungspreis über 500 €** sowie bei solchen, die **nicht im Hilfsmittelverzeichnis** enthalten sind, ist eine Geneh-

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

Für die Lieferung von **Hörhilfen** durch Hörakustiker gilt die Vereinbarung zwischen dem BMI und der Bundesinnung der Hörakustiker in der jeweils geltenden Fassung.

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) selbst 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.

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.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen den sich nach § 33 Absatz 8 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrag an den Leistungserbringer als Zuzahlung (*siehe Anlage 1*). Für Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind, richtet sich die Zuzahlung nach § 33 Absatz 8 Satz 3 SGG V.

12 Krankenhausbehandlung (§ 12)

Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Sie wird grundsätzlich in zugelassenen Krankenhäusern gewährt, 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 Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2 der Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung) festgelegtes geeignetes Krankenhaus, können ihnen die entstandenen Mehrkosten (z. B. auch Fahrkosten) auferlegt werden.

Auf die vorherige Genehmigungspflicht bei stationären Behandlungen entsprechend den Nummern 17, 18 und 19 wird hingewiesen.

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 8 40 010)*) 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 Heilfürsorgeberechtigten in Anspruch genommen werden, sie sind dazu jedoch nicht verpflichtet. Wählen die Heilfürsorgeberechtigten eine Unterbringung in **Zweibettzimmern**, so ist von ihnen ein **Eigenanteil in Höhe**

von 14,50 € pro Übernachtung zu zahlen, soweit Unterkunftskosten gesondert berechnet werden. Es werden keine zusätzlichen Komfort-Leistungen bezahlt. 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 (GOÄ), die ein Chefarzt bzw. die mitbehandelnden Ärzte des Krankenhauses von einem Privatpatienten liquidieren dürfen.

Deshalb hat der Heilfürsorgeberechtigte zu beachten, dass **private Vereinbarungen** von ihm, wie z. B. vereinbarte sogenannte Chefarztbehandlung, ein 1-Bett-Zimmer, von ihm auch **selbst zu bezahlen** sind, da solche **Mehrleistungen** (Leistungen außerhalb des o. g. Vertrages) nicht zu Lasten der Heilfürsorge abrechnungsfähig und auch **nicht erstattungsfähig** sind.
Heilfürsorgeberechtigte zahlen längstens für 28 Tage je Kalenderjahr den sich nach § 39 Absatz 4 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an das Krankenhaus als Zuzahlung (*siehe Anlage 1*).
Der oben erläuterte **Eigenanteil** in Höhe von 14,50 € wird von der **Abrechnungsstelle** Heilfürsorge beim Heilfürsorgeberechtigten **eingefordert**.

13. Organtransplantationen (§ 13)

Das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz - TPG) gibt den rechtlichen Rahmen für die Organspende und Transplantation vor. Dabei trennt das Gesetz die Bereiche Organentnahme, -vermittlung und -transplantation streng organisatorisch und personell voneinander. Jeder dieser Bereiche ist bei einer anderen Einrichtung angesiedelt.

Die Kosten für die Entnahme und die Transplantation übernimmt die Krankenversicherung des Empfängers, bei Heilfürsorgeberechtigten also demzufolge die Heilfürsorge der Bundespolizei

Weitere Informationen finden Sie z. B. unter www.dso.de (Deutsche Stiftung Organtransplantation).

Im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des TPG (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.
Für Sonderurlaub anlässlich einer Rehabilitationsmaßnahme wird auf die Sonderurlaubsverordnung (hier insbesondere die entsprechende *Handlungshilfe*) verwiesen.

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 §§ 111 und 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** (*siehe Anlage 1*).

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.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen, längstens für 28 Tage je Kalenderjahr, den sich nach § 40 Absatz 6 in Verbindung mit § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung als Zuzahlung (*siehe Anlage 1*). Bereits im Kalenderjahr erbrachte Zahlungen bei einem Krankenhausaufenthalt nach § 39 SGB V sind anzurechnen.

14.3 Psychosomatisches Heilverfahren

Anträge für psychosomatische Heilverfahren werden an den Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten gerichtet, welcher über die Kostenübernahme entscheidet.
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** (*siehe Anlage 1*).

14.4 Entwöhnungsbehandlung

Entwöhnungsbehandlungen erfolgen grundsätzlich stationär. Über die Kostenübernahme für Entwöhnungsbehandlungen entscheidet der Leiter Heilfürsorgeangelegenheiten.

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

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- oder 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** *(siehe Anlage 1)*.

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 § 111a 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 ein-

zureichen. 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.

Die Zusage zur Kostenübernahme für das Kind als Begleitperson kann bei fehlender medizinischer Indikation des Kindes durch die Heilfürsorge Bundespolizei nach den Voraussetzungen des § 38 SGB V erfolgen.

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** (*siehe Anlage 1*).

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 Vordrucke 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.

Die Zusage zur Kostenübernahme für das Kind als Begleitperson kann bei fehlender medizinischer Indikation des Kindes durch die Heilfürsorge Bundespolizei nach den Voraussetzungen des § 38 SGB V erfolgen.

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** (*siehe Anlage 1*).

15. Fahrkosten (§ 15)

Fahrkosten werden nach Maßgabe des § 60 SGB V übernommen. Ergänzend hierzu sind die aufgrund des § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V beschlossenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (**Krankentransport-Richtlinie**) zu berücksichtigen.

Grundsätzlich bedürfen Krankenbeförderungsleistungen der Verordnung durch einen Arzt. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur in besonderen Ausnahmen übernommen. Die Fahrten bedürfen dann der vorherigen Genehmigung bei Inhabern der allgemeinen HfK beim BPOLP, Referat 83, Heilfürsorgeangelegenheiten, 53754 Sankt Augustin und bei Heilfürsorgeberechtigten ohne allgemeine HfK beim zuständigen Polizeiarzt.

Für die Verordnung einer Krankenbeförderungsleistung hat der verordnende Arzt

- die zwingende medizinische 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 dem kassenüblichen Vordruck auszustellen. Die Inhalte der Verordnung sind in der Anlage 1 der Richtlinien geregelt. Der Arzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. Nur in Ausnahmefällen, insbesondere in Notfällen, kann er nachträglich verordnen. Weitere detaillierte Ausführungen werden in der o. g. Richtlinie dargestellt.

Heilfürsorgeberechtigte zahlen den sich nach § 60 Absätzen 1 und 2 in Verbindung mit § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Betrag an den Leistungserbringer als Zuzahlung (*siehe Anlage 1*).

15.1 Krankentransport mit bundespolizeieigenen Fahrzeugen

Bei **Krankentransporten** mit **bundespolizeieigenen Fahrzeugen** gelten die o. a. Krankentransport-Richtlinien analog. Der polizeiärztliche Dienst dokumentiert die Fahrt auf dem *Vordruck 840 013* 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 Leistungen der Bundespolizei zugunsten Dritter (BestüL BPOL) aufzuführen.

15.2 Rehabilitationsmaßnahmen

Für **Fahrten** zu ambulanten oder stationären **Rehabilitationsmaßnahmen** ist keine Verordnung auszustellen. In diesem Fall ist die Regelung zu den Fahrkosten dem Genehmigungsschreiben des Leiters Heilfürsorgeangelegenheiten zu entnehmen.

Fahr- und andere Reisekosten, die im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen **Rehabilitation** und **Vorsorge** entstehen, werden gemäß § 60 Absatz 5 SGB V in Verbindung mit § 53 Absätze 1 bis 3 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) übernommen.
Hierunter fallen auch Familienheimfahrten im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die Leistungen länger als acht Wochen erbracht werden. Anstelle der Kosten für Familienheimfahrten können für Fahrten von Angehörigen vom Wohnort zum Aufenthaltsort der Leistungsempfänger und zurück Fahrkosten übernommen werden.

Welche **Fahrkosten** erstattet werden, ist in § 60 Absatz 3 SGB V geregelt.

Da bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeuges die Höhe der Wegstreckenentschädigung (bzw. der Höchstbetrag von derzeit 130,- €) in aller Regel geringer ist als der Fahrpreis für die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels (auch unter Berücksichtigung von nicht kontingentierten Fahrpreisermäßigungen) wird zur Verwaltungsvereinfachung von der Durchführung einer Vergleichsberechnung Abstand genommen.
Der Höchstbetrag von 130,- € gilt für Hin- und Rückfahrt zusammen.

Gepäckkosten als Nebenkosten zu den Fahrkosten:
Werden öffentliche Verkehrsmittel genutzt, so werden zusätzlich noch die Kosten für den Transport des Gepäckes (im Regelfall für zwei Gepäckstücke) übernommen. Das gilt nicht bei Familienheimfahrten. Weitergehende Kosten für z. B. eine Gepäckversicherung, den Transport eines Fahrrades etc. werden nicht übernommen.

Bei Fahrten zur stationären Vorsorge ist die Zuzahlung wie o. a. zu leisten. Sie wird durch die Abrechnungsstelle Heilfürsorge beim Heilfürsorgeberechtigten eingefordert. Bei Fahrten zur Rehabilitation ist keine Zuzahlung gemäß § 61 SGB V zu leisten.

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

17. Dienstlicher Aufenthalt im Ausland (§ 17)

Die Antrags- und Genehmigungspflicht von Leistungen der Heilfürsorge gilt auch bei der Inanspruchnahme im Ausland.
Die Anschriften der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, die ortsübliche und angemessene Honorare und Vergütungen berechnen, sind bei den jeweiligen Auslandsvertretungen zu erfragen.

Für Heilfürsorgeberechtigte, die als Sicherheitsbeamte an deutschen Auslandsvertretungen tätig sind, gilt der aktuelle Leitfaden des Auswärtigen Amtes. Die im Ausland anfallenden Kosten von betroffenen Heilfürsorgeberechtigten 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. Es gelten ggf. vorhandene weitere Regelungen (z. B. Rahmendienstanweisungen, Leitfäden).

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

Die Antrags- und Genehmigungspflicht von Leistungen der Heilfürsorge gilt auch bei der Inanspruchnahme im Ausland.

Die Heilbehandlungskosten sind zunächst vom Heilfürsorgeberechtigten zu verauslagen. 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, da die Kosten des Rücktransports von der Leistungspflicht der Krankenkassen und analog der Heilfürsorge ausgeschlossen sind. Eine Auslandskrankenversicherung kann nicht über die Heilfürsorge abgeschlossen werden.

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

Siehe inhaltliche Ausführungen in Nr. 18.

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. April 2017 in Kraft. Gleichzeitig tritt die „Verwaltungsvorschrift zur Rechtsverordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei“ vom 1. Juli 2014 außer Kraft.

Berlin, den
Z II 2 - 10012/10#2

Bundesministerium des Innern
Im Auftrag

im Original gez.
Prof. Dr. Hans Hofmann

Übersicht Zuzahlungen

Leistung	Zuzahlungen
Häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten zuzüglich 10 EUR je Verordnung; begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr
Haushaltshilfe	10 %der kalendertäglichen Kosten; jedoch mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR
Arznei- und Verbandmittel	10 % der Kosten; jedoch mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels
Heilmittel	10 % der Kosten des Mittels zuzüglich 10 EUR je Verordnung; jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels
Hilfsmittel	10 % für jedes Mittel; jedoch mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels Ausnahme sind Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind: 10 % je Verbrauchseinheit, maximal 10 EUR pro Monat
Krankenhausbehandlung	10 EUR pro Kalendertag; maximal 28 Tage pro Kalenderjahr
Medizinische Rehabilitation (ambulant und stationär)	10 EUR pro Kalendertag; bei Anschlussrehabilitation begrenzt auf 28 Tage pro Kalenderjahr unter Anrechnung der Zuzahlung für Krankenhausbehandlung
Medizinische Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter	10 EUR pro Kalendertag
Fahrkosten	pro Fahrt 10 % der Kosten; jedoch mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels (Die Zuzahlung bei Fahrkosten sind von allen Versicherten zu erbringen, also auch von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.)
Soziotherapie	10 % der kalendertäglichen Kosten; jedoch mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR

Anlage 2

M u s t e r

Antrag auf Einzelfallentscheidungen

Kopfbogen

Datum
Az.
Bearbeiter

Anschrift:

BMI, Z II 2
über
BPOLP, RefL 83

Betr.: Antrag auf ….. (Bezeichnung der vorgesehenen Maßnahme)
hier: Amtsbezeichnung, Name, Vorname, Geb.-Datum, Dienststelle

Bezug: bei Notwendigkeit ausfüllen (z. B. wenn zur gleichen Person bereits eine Einzelfallentscheidung getroffen wurde)

Text:

- Befund
- welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt
- konkrete Bezeichnung der beantragten Maßnahme ohne Abkürzungen
- voraussichtlich entstehende Kosten für die beantragte Maßnahme
- medizinische Bewertung der beantragten Maßnahme
- rechtliche Bewertung der beantragten Maßnahme

Unterschrift