

III-3

Bundespolizei
- Richtlinien -

**Verordnung
über die Gewährung von Heilfürsorge
für Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei
(Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung - BPolHfV)**

Vom 22.Mai 2014

Auf Grund des § 70 Absatz 2 Satz 3 des Bundesbesoldungsgesetzes, der durch Artikel 1 Nummer 31 des Gesetzes vom 11. Juni 2013 (BGBl. I S. 1514) eingefügt worden ist, verordnet das Bundesministerium des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen:

Inhaltsübersicht

Kapitel 1

Allgemeine Vorschriften

- § 1 Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht
- § 2 Sachleistungsprinzip
- § 3 Heilfürsorgekarte
- § 4 Leistungen

Kapitel 2

Leistungen

- § 5 Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen
- § 6 Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen
- § 7 Notfallbehandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen
- § 8 Zahnärztliche Behandlung
- § 9 Arznei- und Verbandmittel
- § 10 Heilmittel
- § 11 Hilfsmittel
- § 12 Krankenhausbehandlung
- § 13 Organtransplantationen
- § 14 Leistungen zur Rehabilitation
- § 15 Fahrkosten
- § 16 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
- § 17 Behandlung während eines dienstlichen Aufenthaltes im Ausland
- § 18 Behandlung während eines privaten Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz
- § 19 Behandlung während eines privaten Aufenthaltes außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz

Kapitel 3

Schlussbestimmungen

- § 20 Verwaltungsvorschrift
- § 21 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Kapitel 1 Allgemeine Vorschriften

§ 1

Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht

(1) Die Heilfürsorge hat den Zweck, die Gesundheit der Heilfürsorgeberechtigten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

(2) Die Heilfürsorgeberechtigten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder deren Folgen zu überwinden.

(3) Die Behandlung umfasst auch die Untersuchung der oder des Heilfürsorgeberechtigten.

(4) Die Heilfürsorgeberechtigten sind verpflichtet, dem Ärztlichen Dienst der Bundespolizei auf Verlangen ärztliche Bescheinigungen, Arzt- und Befundberichte vorzulegen. Der Ärztliche Dienst der Bundespolizei kann diagnostische Maßnahmen veranlassen, wenn diese für die Feststellung des Gesundheitszustandes erforderlich und für die oder den Heilfürsorgeberechtigten zumutbar sind. Die Kosten trägt der Bund.

§ 2

Sachleistungsprinzip

Die Heilfürsorge wird grundsätzlich als Sachleistung gewährt. Für Zuzahlungen und Belastungsgrenzen gelten die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend.

§ 3

Heilfürsorgekarte

(1) Heilfürsorgeberechtigte, die in einer Dienststelle ohne eigenen polizeiärztlichen Dienst tätig sind, erhalten eine Heilfürsorgekarte, die für alle Heilfürsorgeleistungen nach § 4 Absatz 1 gilt (allgemeine Heilfürsorgekarte). Mit Zustimmung des Bundesministeriums des Innern können auch andere Heilfürsorgeberechtigte eine allgemeine Heilfürsorgekarte erhalten.

(2) Die übrigen Heilfürsorgeberechtigten erhalten eine Heilfürsorgekarte, die nur für zahnärztliche Behandlungen gilt.

(3) Die Heilfürsorgeberechtigten haben der behandelnden Vertragsärztin oder Vertragszahnärztin oder dem behandelnden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt die Heilfürsorgekarte vor der Behandlung vorzulegen.

§ 4

Leistungen

(1) Die Heilfürsorge umfasst folgende Leistungen:

1. Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, medizinische Vorsorgeleistungen und medizinische Vorsorge für Mütter und Väter entsprechend den §§ 20, 20d, 23 bis 24b und 25 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft entsprechend den §§ 24c bis 24i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. Leistungen zur künstlichen Befruchtung entsprechend § 27a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
4. ärztliche und zahnärztliche Behandlung entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 28, 55 und 56 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
5. Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit § 31 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
6. Versorgung mit Heilmitteln entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 32 und 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
7. Versorgung mit Hilfsmitteln entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 33, 36 und 92 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
8. häusliche Krankenpflege, Soziotherapie und spezialisierte ambulante Palliativversorgung entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 37 bis 37b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
9. Haushaltshilfe entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit § 38 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
10. Krankenhausbehandlung sowie stationäre und ambulante Hospizleistungen entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 39 und 39a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
11. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation entsprechend § 27 Absatz 1 in Verbindung mit den §§ 40, 41 und 43 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
12. Fahrkosten entsprechend § 60 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
13. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit entsprechend dem Elften Buch Sozialgesetzbuch.

(2) Soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, entsprechen die Leistungen der Heilfürsorge den Leistungen

1. der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch und den hierauf beruhenden, im Rang nachgehenden Regelungen sowie
2. der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch.

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

(3) Grundsätzlich werden die Kosten der Leistungen auf der Grundlage der von den Ersatzkassen getroffenen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern übernommen.

(4) Für vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Leistungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten die Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die hierauf beruhenden Regelungen, soweit diese Verordnung nichts anderes bestimmt und keine abweichenden Vereinbarungen bestehen.

(5) In begründeten Einzelfällen kann das Bundesministerium des Innern im Rahmen seiner Fürsorgepflicht einer Abweichung von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zustimmen.

Kapitel 2 Leistungen

§ 5

Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen

(1) Heilfürsorgeberechtigte, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, haben eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärztin für Allgemeinmedizin oder Fachärztin für Innere Medizin oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere Medizin in Anspruch zu nehmen, die oder der die Funktion der Hausärztin oder des Hausarztes übernimmt.

(2) Soweit die Behandlung besondere Kenntnisse und Erfahrungen erfordert, erfolgt sie auf Veranlassung der Hausärztin oder des Hausarztes durch eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, in der Regel eine Fachärztin oder ein Facharzt.

§ 6

Ärztliche Behandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen

(1) Heilfürsorgeberechtigte, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, werden von der zuständigen Polizeiarztin oder dem zuständigen Polizeiarzt behandelt.

(2) Steht am Dienort vorübergehend keine Ärztin der Bundespolizei oder kein Arzt der Bundespolizei zur Verfügung, kann eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt in Anspruch genommen werden. Die oder der Heilfürsorgeberechtigte hat die in Anspruch genommene Ärztin oder den in Anspruch genommenen Arzt darüber zu informieren, dass sie oder er heilfürsorgeberechtigte Angehörige oder heilfürsorgeberechtigter Angehöriger der Bundespolizei ist und innerhalb von vier Wochen nach der Behandlung einen Überweisungsschein oder eine Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Ärztin der Bundespolizei oder des zuständigen Arztes der Bundespolizei nachreichen wird. Die oder der Heilfürsorgeberechtigte hat die zuständige Ärztin der Bundespolizei oder den zuständigen Arzt der Bundespolizei unverzüglich über die Erkrankung oder den Unfall zu informieren.

(3) Soweit die Behandlung besondere Kenntnisse und Erfahrungen erfordert, wird sie auf Veranlassung der Ärztin der Bundespolizei oder des Arztes der Bundespolizei durch eine an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin oder einen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, in der Regel eine Fachärztin oder einen Facharzt, gewährt.

§ 7

Notfallbehandlung von Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen

Ist bei plötzlichen schweren Erkrankungen oder bei Unfällen eine Polizeiarztin oder ein Polizeiarzt nicht oder nicht rechtzeitig zu erreichen, können Heilfürsorgeberechtigte, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, andere ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, bis eine Polizeiarztin oder ein Polizeiarzt die weitere ärztliche Versorgung übernehmen oder veranlassen kann. § 4 Absatz 3 gilt entsprechend.

§ 8

Zahnärztliche Behandlung

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Übernahme der tatsächlichen Kosten einer Regelversorgung mit Zahnersatz, einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,

nach § 56 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Wählt die oder der Heilfürsorgeberechtigte einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, wird höchstens der doppelte Betrag des Festzuschusses nach § 55 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt.

(2) Die Anfertigung von Zahnersatz (einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen), die systematische Behandlung von Parodontopathien und kieferorthopädische Behandlungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums. Bei Zweifeln an der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit oder wirtschaftlichen Angemessenheit kann das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums den Heil- und Kostenplan durch einen Gutachter überprüfen lassen. Wird ein genehmigter Heil- und Kostenplan geändert, bedarf auch die Änderung der Genehmigung. Das Genehmigungsverfahren sowie das Gutachter- und Obergutachterverfahren, einschließlich der zu verwendenden Vordrucke, richten sich nach dem Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte vom 1. Januar 2005 in der jeweils jüngsten auf der Internetseite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (www.gkv-spitzenverband.de) veröffentlichten Fassung.

(3) Die Kosten einer einmal jährlich durchgeführten professionellen Zahnreinigung nach Nummer 1040 der Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte werden übernommen.

§ 9 Arznei- und Verbandmittel

(1) Die Einzelheiten der Versorgung der Heilfürsorgeberechtigten mit Arznei- und Verbandmitteln regelt der Arzneiversorgungsvertrag zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Deutschen Apothekerverband e. V. vom 1. Oktober 2011 in der jeweils jüngsten im Bundesanzeiger veröffentlichten Fassung.

(2) Die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln im geschlossenen Einsatz bleibt unberührt.

§ 10 Heilmittel

Die Kosten für Heilmittel werden entsprechend den von den Ersatzkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern übernommen, sofern eine ärztliche Verordnung nach der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in ihrer jeweils jüngsten auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlichten Fassung vorliegt und zugelassene Leistungserbringer nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch in Anspruch genommen werden.

§ 11 Hilfsmittel

(1) Zur Versorgung mit Hilfsmitteln entsprechend den §§ 33 und 36 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums mit den Leistungserbringern Miet-, Leasing- oder ähnliche Verträge schließen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln durch Apotheken regelt der in § 9 Absatz 1 genannte Vertrag.

(2) Die Kostenübernahme erfolgt entsprechend den von den Ersatzkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch getroffenen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern. Bei der Beschaffung von Hilfsmitteln gelten die für die Kostenübernahme bestehenden Festbetragsregelungen nach § 36 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Bestehende Lieferverträge sind in Anspruch zu nehmen.

(3) Fällt der Anspruch auf Heilfürsorge weg, gehen die weiterhin benötigten Hilfsmittel in das Eigentum der oder des ehemaligen Heilfürsorgeberechtigten über. Hilfsmittel aus Verträgen nach Absatz 1 Satz 1 sind dem Leistungserbringer zurückzugeben, wenn der Anspruch auf Heilfürsorge wegfällt.

§ 12 Krankenhausbehandlung

(1) Die Krankenhausbehandlung ist in der Regel am Dienst- oder Wohnort oder in dessen Nähe in Anspruch zu nehmen.

(2) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung sowie auf folgende darüber hinausgehende und gesondert zu berechnende Leistungen:

1. Unterkunft, deren Kosten die Kosten eines Zweibettzimmers nicht übersteigen darf; dabei haben Heilfürsorgeberechtigte einen Eigenanteil in Höhe von 14,50 Euro pro Tag zu zahlen, und
2. wahlärztliche Leistungen.

(3) Bei besonders schweren Erkrankungen sowie bei voraussichtlich länger dauernder stationärer Behandlung können Heilfürsorgeberechtigte mit Zustimmung der zuständigen Ärztin der Bundespolizei oder des zuständigen Arztes der Bundespolizei in ein zugelassenes Krankenhaus (§ 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) am Wohnort oder in der Nähe des Wohnorts eingewiesen oder verlegt werden, wenn dies dem Heilungsprozess oder der Verbesserung der Betreuung dient.

§ 13 Organtransplantationen

Bei Organ- und Gewebetransplantationen werden in entsprechender Anwendung der Vorschriften der Bundesbeihilfeverordnung auch die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen der Spenderin oder des Spenders, einschließlich der Versicherungskosten und des nachgewiesenen Ausfalls an Arbeitseinkünften, übernommen, soweit diese Aufwendungen nicht von anderer Seite übernommen werden. Der nachgewiesene Ausfall an Arbeitseinkünften wird auch dann übernommen, wenn die vorgesehene Spenderin oder der vorgesehene Spender letztlich nicht in Betracht kommt.

§ 14 Leistungen zur Rehabilitation

(1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden entsprechend § 40 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach ärztlicher Feststellung gewährt.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen ambulante und stationäre Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen oder in anderen ärztlich geleiteten Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach den §§ 111 und 111a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch besteht.

(3) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend § 40 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, wenn der unmittelbare Anschluss der Rehabilitation an eine Krankenhausbehandlung nach ärztlicher Feststellung notwendig ist. Die Vereinbarung des Bundesministeriums des Innern mit der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Durchführung von Anschlussheilbehandlungen für Polizeivollzugsbeamtinnen/Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei in AHB-Einrichtungen der Deutschen Rentenversicherung vom 1. Januar 2007 in ihrer jeweils geltenden im Bundesanzeiger veröffentlichten Fassung ist entsprechend anzuwenden.

(4) Die Kosten für Familien- oder Angehörigenseminare in therapeutischen Einrichtungen werden übernommen, soweit diese Kosten nicht bereits mit dem allgemeinen Pflegesatz abgegolten sind. Fahrkosten für die Angehörigen werden bis zur Höhe der Kosten für Fahrten in der niedrigsten Beförderungsklasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel übernommen.

(5) In den letzten zwölf Monaten vor Beendigung der Dienstzeit wegen Erreichen der Altersgrenze für den Eintritt in den Ruhestand werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die der Erhaltung der Dienstfähigkeit dienen, nicht gewährt.

(6) Leistungen zur Rehabilitation sind vor Beginn der Maßnahme bei dem für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständigen Referat des Bundespolizeipräsidiums schriftlich zu beantragen.

§ 15 Fahrkosten

(1) Fahrkosten für Krankentransporte werden entsprechend den Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jüngsten auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) veröffentlichten Fassung übernommen. Dies gilt auch für Krankentransporte mit Fahrzeugen der Bundespolizei. Über die Erteilung der Genehmigung nach § 9 der Krankentransport-Richtlinien entscheidet

1. bei Heilfürsorgeberechtigten, die eine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums,
2. bei Heilfürsorgeberechtigten, die keine allgemeine Heilfürsorgekarte besitzen, die zuständige Ärztin der Bundespolizei oder der zuständige Arzt der Bundespolizei.

(2) Übernommen werden die durch Landes- oder Kommunalrecht oder in den Verträgen der Mitglieder des Verbandes der Ersatzkassen e. V. mit den Trägern der Rettungs- und Krankentransportdienste festgelegten Entgelte.

§ 16 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

(1) Heilfürsorgeberechtigte erhalten die im Elften Buch Sozialgesetzbuch genannten Leistungen zur Hälfte.

(2) Die Leistungen sind bei dem für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständigen Referat des Bundespolizeipräsidiums schriftlich zu beantragen. Dem Antrag sind die Bescheide der Pflegekasse oder des privaten Versicherungsunternehmens über die festgestellte Pflegestufe sowie den Umfang und die Höhe der Leistungen der Pflegeversicherung beizufügen.

§ 17 Behandlung während eines dienstlichen Aufenthaltes im Ausland

(1) Bei Erkrankungen während eines dienstlichen Aufenthaltes im Ausland werden die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen krankheitsbedingten Aufwendungen übernommen. Sofern nicht zwingende Gründe entgegenstehen, dürfen nur Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die ortsübliche Vergütungen berechnen.

(2) Heilfürsorgeberechtigte haben die Kostenerstattung bei dem für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständigen Referat des Bundespolizeipräsidiums schriftlich zu beantragen; eine Bankverbindung ist anzugeben. Dem Antrag sind beizufügen:

1. Originalbelege (Rechnung mit Diagnose, Verordnung),
2. gegebenenfalls Kopien der Arztberichte mit deutscher Übersetzung und

3. gegebenenfalls ein Nachweis des Umrechnungskurses der ausländischen Währung am Tag der Zahlung.

Die Kosten für Übersetzungen nach Satz 2 Nummer 2 werden übernommen.

§ 18

Behandlung während eines privaten Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz

(1) Während eines privaten Aufenthaltes in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden,

1. bei denen die Bedingungen des Zuganges und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Union sind oder
2. die im System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

(2) Die Kosten einer Behandlung werden bis zu der Höhe übernommen, in der sie bei einer Erkrankung am Dienst- oder Wohnort im Inland und der Inanspruchnahme einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin oder eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes oder eines zugelassenen Krankenhauses unter Berücksichtigung der für die Bundespolizei geltenden Abrechnungsmodalitäten entstanden wären.

(3) Eine stationäre Behandlung bedarf der vorherigen Genehmigung durch das für Heilfürsorgeangelegenheiten zuständige Referat des Bundespolizeipräsidiums. Die Genehmigung soll nur erteilt werden, wenn eine dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung im Inland nicht möglich ist.

(4) § 17 Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Übersetzungskosten nicht übernommen werden.

§ 19

Behandlung während eines privaten Aufenthaltes außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz

(1) Die Kosten einer während eines privaten Aufenthaltes außerhalb der Mitgliedstaaten der Europäischen Union, der anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz unverzüglich erforderlichen Behandlung werden bis zu der Höhe übernommen, in der sie bei einer Erkrankung am Dienst- oder Wohnort im Inland und der Inanspruchnahme einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin oder eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes oder eines zugelassenen Krankenhauses unter Berücksichtigung der für die Bundespolizei geltenden Abrechnungsmodalitäten entstanden wären.

(2) Eine stationäre Behandlung bedarf der vorherigen Zustimmung des Bundesministeriums des Innern. § 18 Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

(3) § 17 Absatz 2 gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass Übersetzungskosten nicht übernommen werden.

Kapitel 3 Schlussbestimmungen

§ 20
Verwaltungsvorschrift

Das Bundesministerium des Innern erlässt eine Verwaltungsvorschrift zur Durchführung dieser Verordnung.

§ 21
Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2014 in Kraft.

(2) Gleichzeitig treten die Heilfürsorgevorschriften für die Bundespolizei vom 6. November 2005 (GMBI S. 1228) außer Kraft.

Berlin, den 22.Mai 2014

Der Bundesminister des Innern
Thomas de Maizière

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	3
a) Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei	3
b) Familienangehörige	3
c) Patientenstatus	3
1. Zweck, Eigenverantwortung, Mitwirkungspflicht	3
1.1 Zweck der Heilfürsorge	3
1.2 Eigenverantwortung	4
1.3 Mitwirkungspflicht	4
2. Sachleistungsprinzip	4
2.1 Kostenerstattung	4
2.2 Zuzahlungen	4
3. Heilfürsorgekarte	5
4. Leistungen	6
4.1 Leistungen bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft	6
4.2 Häusliche Krankenpflege	6
4.3 Haushaltshilfe	6
4.4 Dienstunfallbedingte Behandlungen	7
4.5 Einzelfallentscheidungen	8
5. Ärztliche Versorgung außerhalb der Bundespolizei	8
6. Ärztliche Versorgung in der Bundespolizei	8
7. Behandlung in Notfällen	9
8. Zahnärztliche Behandlung	9
8.1 Zahnmedizinische Versorgung	9
8.2 Zahnersatz	9
8.3 Professionelle Zahnreinigung	11
8.4 Kieferorthopädische Behandlung	11
8.5 Gutachterverfahren	12
8.6 Datenaustausch	12
8.7 Übergangsregelung	12
9. Arznei- und Verbandmittel	12
10. Heilmittel	12
11. Hilfsmittel	13
12. Krankenhausbehandlung	14
12.1 Kostenübernahmeerklärung	14
12.2 Belegarztbehandlung	14
12.3 bis 19. abgedruckt	hier nicht
20. Schlussbestimmungen	15
21. Inkrafttreten	15

Anlage 1 bis Anlage 7 hier nicht abgedruckt

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 (Familienversicherung). 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 beigefügt. Näheres ist nachfolgend geregelt.

Unter bestimmten Voraussetzungen (bei Übersteigerung der Belastungsgrenze, Schwangerschaft, arbeitsmedizinischen Impfungen, Dienstatunfall) 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 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.

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 (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 diese Verordnung nicht umfassendere Leistungen vorsieht (§ 1 HeilVfV). 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 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 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 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.

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 Preisverzeichnis 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 Stromkostenabrechnung 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 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 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.

Ziffern 12.3 bis 19. hier nicht abgedruckt

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

Gemeinsame Erklärung
des Bundesministeriums des Innern
und
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung
zu § 8 Abs. 2 Satz 1 der
Verordnung über die Gewährung von Heilfürsorge für
Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte in der Bundespolizei
(Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung – BPolHfV)
vom 30. Oktober 2017

Das Bundesministerium des Innern und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung weisen aus gegebenem Anlass klarstellend darauf hin, dass im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung von heilfürsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten der Bundespolizei ein formales Genehmigungsverfahren gemäß § 8 Abs.

2 Satz 1 BPolHfV nur vorgesehen ist für die Anfertigung von Zahnersatz (einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen), für die systematische Behandlung von Parodontopathien und für kieferorthopädische Behandlungen.

Für Behandlungspläne, die im Zusammenhang mit Kiefergelenkserkrankungen und Kieferbruch zu erstellen sind, sind nachfolgende Regelungen zu beachten:

- Behandlungsfälle mit den BEMA Geb.-Nrn. K1 bis K4 können grundsätzlich ohne Genehmigung mit der KZV abgerechnet werden
- Der Behandlungsplan für Kiefergelenkserkrankungen wird trotzdem erstellt und in der Praxis archiviert
- Die BEMA Geb.-Nr. 2 kann auch ohne Genehmigungsvermerk abgerechnet werden
- Wiederherstellungen und Kontrollbehandlungen von Aufbissbehelfen (BEMA Geb.-Nrn. K6 bis K9) können jeweils auch als alleinige Leistung - ohne Genehmigung - abgerechnet werden

Ausnahmen und Besonderheiten:

- Für Strahlenschutzschienen, die nach BEMA Geb.-Nr. K2 abgerechnet werden, ist grds. eine Genehmigung erforderlich
- Die Behandlung von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch) muss weiterhin in jedem Fall angezeigt werden

Berlin, Köln, 30.10.2017

Bundesministerium des Innern

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R.