

**Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums
zur Heilfürsorgeverordnung
(VwVHVO)**

Vom 28. April 2016 - Az. 3-0375.0/241 -

Zur Heilfürsorgeverordnung (HVO) vom 3. Januar 2011 (GBl. S. 16), geändert durch Artikel 30 des Polizeistrukturreformgesetzes vom 23. Juli 2013 (GBl. S. 233, 246), wird folgende Verwaltungsvorschrift erlassen.

I. Inhaltsübersicht

Zu § 1 Heilfürsorgeberechtigte

- 1.1 Zu Absatz 1
- 1.2 Zu Absatz 3

Zu § 2 Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen

- 2.1 Zu Absatz 1
- 2.2 Zu Absatz 2
- 2.3 Zu Absatz 3
- 2.4 Zu Absatz 4 mit Anhang
- 2.5 Zu Absatz 5
- 2.6 Zu Absatz 6
- 2.7 Zu Absatz 7

Zu § 3 Kostenträger

Zu § 4 Ambulante Betreuung

- 4.1 Zu Absatz 1
- 4.2 Zu Absatz 2
- 4.3 Zu Absatz 3
- 4.4 Zu Absatz 4
- 4.5 Zu Absatz 5

Zu § 5 Ambulante Betreuung bei Wohnverpflichtungen und von Einsatzeinheiten

- 5.1 Zu Absatz 1
- 5.2 Zu Absatz 2

Zu § 6 Zahnärztliche Betreuung

6.1 Zu Absatz 1

6.2 Zu Absatz 2

6.3 Zu Absatz 3

6.4 Zu Absatz 4

Zu § 7 Zahnersatz

7.1 Zu Absatz 1

7.2 Zu Absatz 2

Zu § 8 Krankenhausbehandlung

8.1 Zu Absatz 1

8.2 Zu Absatz 2

8.3 Zu Absatz 3

8.4 Zu Absatz 4

Zu § 9 Krankenpflege

9.1 Zu Absatz 1

Zu § 10 Familien- und Haushaltshilfe

10.1 Definitionen

10.2 Nachweise

10.3 Karenzzeit

10.4 Vergütung

Zu § 11 Versorgung mit Arzneimitteln und Verbandmitteln

11.1 Zu Absatz 1

11.2 Zu Absatz 3

Zu § 12 Hilfsmittel und Körperersatzstücke

12.1 Zu Absatz 1

12.2 Zu Absatz 2

12.3 Zu Absatz 3

12.4 Zu Absatz 4

Zu § 13 Heilmittel und Soziotherapie

13.1 Zu Absatz 1

13.2 Zu Absatz 2

13.3 Zu Absatz 3

Zu § 14 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

- 14.1 Zu Absatz 1
- 14.2 Zu Absatz 2
- 14.3 Zu Absatz 3
- 14.4 Zu Absatz 4
- 14.5 Zu Absatz 5
- 14.6 Zu Absatz 6

Zu § 15 Vorbeugende Maßnahmen

- 15.1 Zu Nummer 1
- 15.2 Zu Nummer 2 und 3
- 15.3 Zu Nummer 4
- 15.4 Zu Nummer 5

Zu § 16 Fahr- und Transportkosten

- 16.1 Zu Absatz 1
- 16.2 Zu Absatz 2
- 16.3 Zu Absatz 3

Zu § 17 Leistungen außerhalb des Landes

- 17.1 Zu Absatz 1
- 17.2 Zu Absatz 2
- 17.3 Zu Absatz 3
- 17.4 Zu Absatz 4
- 17.5 Zu Absatz 5
- 17.6 Zu Absatz 6

Zu § 18 Zuständigkeiten

Zu § 20 Zuschussgewährung

- 20.1 Zu Absatz 1 und 2
- 20.2 Zu Absatz 3
- 20.3 Zu Absatz 4

Anhang zu § 2 Absatz 4 HVO

Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsbestimmungen

II. Verwaltungsvorschrift zur HVO

Zu § 1 Heilfürsorgeberechtigte

1.1 Zu Absatz 1

- 1.1.1 Heilfürsorgegleiche Leistungen erhalten als Krankenfürsorge Beamtinnen und Beamte nach § 1 Absatz 1 HVO in folgenden Fällen:
- 1.1.1.1 Während der Elternzeit nach § 40 der Arbeitszeit- und Urlaubsverordnung (AzUVO) in Verbindung mit § 46 Absatz 2 AzUVO in der jeweils geltenden Fassung;
 - 1.1.1.2 während eines Urlaubs oder Fernbleibens vom Dienst ohne Bezüge im Rahmen einer Pflegezeit nach § 74 des Landesbeamtengesetzes (LBG) in Verbindung mit § 48a AzUVO.
- 1.1.2 Soldaten auf Zeit, die im Rahmen der Ausbildung als Polizeivollzugsbeamte ausgebildet und als Beamte auf Widerruf in den Landesdienst eingestellt werden, erhalten keine Heilfürsorge, solange ein Anspruch auf truppenärztliche Versorgung besteht (§ 79 Absatz 1 LBG).
- 1.1.3 Wird ein Heilfürsorgeberechtigter zu einem Dienstherrn eines anderen Landes oder des Bundes abgeordnet oder wird ein Beamter eines Dienstherrn eines anderen Landes oder des Bundes zum Land abgeordnet, so ist mit dem anderen Dienstherrn wegen § 14 Absatz 4 des Beamtenstatusgesetzes (BeamtStG) beziehungsweise § 27 Absatz 5 des Bundesbeamtengesetzes (BBG) die Zuständigkeit für die Zahlung von Krankenfürsorgeleistungen einschließlich des anzuwendenden Rechts und die Unterrichtung des Beamten darüber alsbald abzuklären.
- 1.1.3.1 Die Personalverwaltung hat die Heilfürsorgestelle beim Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg (Heilfürsorgestelle) über die getroffene Vereinbarung zu informieren.
 - 1.1.3.2 Soweit zwischen den Dienstherrn nichts anderes vereinbart ist, sind für die Zahlung von Krankenfürsorgeleistungen die Zuständigkeit und das geltende Recht des abgebenden Dienstherrn maßgebend. Etwaige Verrechnungen zwischen den Dienstherrn bleiben davon unberührt.

- 1.1.4 Wird Urlaub ohne Bezüge von mehr als 31 zusammenhängenden Kalendertagen bewilligt, entfällt der Anspruch auf Heilfürsorge gegebenenfalls rückwirkend vom ersten Kalendertag an. Mehrere kürzere Beurlaubungszeiträume, die nicht unmittelbar aufeinander folgen, werden nicht zusammengerechnet, da in der Regel keine ausreichende Möglichkeit besteht, bei kürzeren Unterbrechungen einen privaten Versicherungsschutz abzuschließen.
- 1.1.5 Während eines Wahlvorbereitungsurlaubs nach § 3 Absatz 2 des Abgeordnetengesetzes (AbgG) in der derzeit geltenden Fassung haben Heilfürsorgeberechtigte, deren Anspruch auf Heilfürsorge nach Nummer 1.1.4 Satz 1 entfallen ist und denen somit nach § 5 Absatz 4 Nummer 5 der Beihilfeverordnung (BVO) in der jeweils geltenden Fassung kein Anspruch auf Heilfürsorge mehr zusteht, nach § 3 Absatz 2 Satz 2 AbgG einen Anspruch auf Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen für die Dauer des Wahlvorbereitungsurlaubs. Entstehen in dieser Zeit entsprechende Aufwendungen, sind diese bei der Beihilfestelle beim Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg (Beihilfestelle) zu beantragen. Im Übrigen gelten die Bestimmungen der BVO.
- 1.1.6 Beim Tod des Heilfürsorgeberechtigten können erbberechtigte Personen etwa noch ausstehende Erstattungsleistungen nach der HVO und Aufwendungen nach § 12 BVO beanspruchen. Ausstehende Erstattungsleistungen sind bei der Heilfürsorgestelle und Aufwendungen nach § 12 BVO bei der Beihilfestelle zu beantragen. Für Aufwendungen nach § 12 BVO gelten die Bestimmungen der BVO.
- 1.1.7 Bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Heilfürsorge besteht grundsätzlich kein Dienstantrittsschutz. Dies gilt insbesondere bei stationären und ambulanten Behandlungen, bei Vorsorgekuren und auf einem hierzu notwendigen Weg.
- 1.1.8 Die Personalverwaltungen der Polizei, des Landesamtes für Verfassungsschutz und der Landesfeuerwehrschule haben der Heilfürsorgestelle unverzüglich alle Umstände, die Auswirkungen auf den Besoldungsanspruch haben, zu melden beziehungsweise termingerecht in den DIPSY-Datenbestand einzupflegen.

Hierzu gehören:

- Vor- und Nachname, Geburtsdatum und Privatanschrift bei Neueinstellungen und bei Änderungen,
- der Antritt des Urlaubs ohne Bezüge über 31 Kalendertage (Nummer 1.1.4),
- der Dienstantritt nach dem Urlaub ohne Bezüge,
- der Eintritt oder die Versetzung in den Ruhestand, einschließlich des nach § 39 LBG hinausgeschobenen Eintritts in den Ruhestand,

- die Versetzung zu einem anderen Dienstherrn,
- die Entlassung,
- der Tod des Heilfürsorgeberechtigten sowie
- Rechtsbehelfe gegen dienstrechtliche Maßnahmen und Entscheidungen über den Ausgang des Verfahrens.

1.1.9 Nach § 79 Absatz 1 LBG besteht ein Anspruch auf Heilfürsorgeleistungen, solange ein Anspruch auf laufende Dienst- oder Anwärterbezüge besteht. Während der aufschiebenden Wirkung eines Rechtsbehelfs nach § 80 Absatz 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) sind die Wirkungen der Zurrufesetzungsverfügung gehemmt, so dass keine rechtlichen oder tatsächlichen Folgerungen daraus gezogen werden dürfen. Mithin besteht der Anspruch auf Bezüge ungeachtet einer möglichen späteren Rückgewährverpflichtung nach wie vor.

In den Fällen einer Entlassung und des damit verbundenen völligen Verlusts von Dienstbezügen kann der rückwirkende Wegfall der aufschiebenden Wirkung im Sinne einer Rückgewährverpflichtung jeglicher damit verbundenen Leistung des Dienstherrn verstanden werden.

In den Fällen des Statuswechsels vom aktiven zum Ruhestandsbeamten und damit von einem System der Gesundheitsfürsorge in ein anderes, bestehen jedoch keine Einwände, wenn bei vom Betroffenen erhobenen Rechtsbehelfen gegen eine vorzeitige Zurrufesetzung die Heilfürsorgeberechtigung bis zum Ende der aufschiebenden Wirkung ungeachtet der letztlichen Entscheidung über diese Rechtsbehelfe als fortbestehend erachtet wird und eine Rückforderung der in diesem Zeitraum erbrachten Heilfürsorgeleistungen unterbleibt.

1.2 Zu Absatz 3

Diese Regelung gilt entsprechend für diese Verwaltungsvorschrift.

Zu § 2 Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen

2.1 Zu Absatz 1

Heilfürsorgeberechtigte haben nach § 5 Absatz 4 Nummer 5 BVO auch Anspruch auf Beihilfe in folgenden Fällen:

- a) dauernde Pflegebedürftigkeit nach § 9 BVO bis zur Versetzung in den Ruhestand,
- b) im Geburtsfall eine Pauschalbeihilfe nach § 11 Absatz 2 BVO.

Diese Aufwendungen sind bei der Beihilfestelle zu beantragen. Beim Tod des Heilfürsorgeberechtigten findet Nummer 1.1.6 Anwendung.

2.2 Zu Absatz 2

2.2.1 Ergibt sich erst nach Beginn der Behandlung, dass ein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist, so sind Leistungen zu Lasten der Heilfürsorge nicht mehr zu gewähren. Für die schon übernommenen Kosten ist von dem verpflichteten Kostenträger im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen Ersatz zu fordern.

2.2.2 Ist ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leistungspflichtig, können ergänzend Wahlleistungen im Krankenhaus beziehungsweise Krankenhaustagegeld nach § 8 Absatz 4 HVO als Heilfürsorgeanspruch nicht gewährt werden. Wird die Leistungspflicht des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers erst später bekannt, sind bereits gewährte Wahlleistungen beziehungsweise Krankenhaustagegeld nicht zurückzufordern.

2.2.3 Bei rein kosmetischen Operationen (Schönheitsoperationen) besteht nach § 2 Absatz 2 Nummer 3 HVO keine Leistungspflicht. Allerdings besteht die Verpflichtung, bei Misslingen einer solchen Operation die „Reparatur“ dieser Fehler zu bezahlen. Dies gilt auch für die Beseitigung von Tätowierungen, wenn psychische Belastungen mit Krankheitswert drohen. Durch die entsprechende Anwendung des § 52 Sozialgesetzbuch (SGB) V wurde neben den Fällen einer vorsätzlichen Selbstschädigung beziehungsweise Straftat für medizinisch notwendige Leistungen, die als Folge von medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen entstehen, die Möglichkeit eingeführt, vom Heilfürsorgeberechtigten (nachträglich) eine angemessene Kostenbeteiligung zu verlangen. Da sich diese nach dem Grad des Verschuldens des Heilfürsorgeberechtigten, der Höhe der verursachten Aufwendungen, der finanziellen Leistungsfähigkeit des Heilfürsorgeberechtigten und seiner Unterhaltsverpflichtungen richtet, wird mit dieser Regelung ein angemessener Interessenausgleich vorgenommen. Der Begriff Kostenbeteiligung schließt eine volle Kostenabwälzung auf den Heilfürsorgeberechtigten auch dann aus, wenn sie nach dem Grad seines Verschuldens und seiner finanziellen Leistungsfähigkeit zumutbar wäre.

2.2.4 Durch das zum 1. August 2012 in Kraft getretene Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juli 2012 (BGBl. I S. 1601) wurde mit der Einfügung des neuen § 3a Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) ein Entgeltfortzahlungsanspruch des beschäftigten Spenders sowie ein Erstattungsanspruch des

Arbeitgebers gegenüber dem Krankenversicherungsträger des Empfängers der Spende begründet. Diese Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass die infolge einer solchen Organ- oder Gewebespende eintretende Arbeitsunfähigkeit eines beschäftigten Spenders von diesem bewusst in Kauf genommen wird und damit nicht Ausdruck des vom Arbeitgeber/Dienstherrn zu tragenden allgemeinen Krankheitsrisikos ist.

2.2.4.1 Ist ein Heilfürsorgeberechtigter Organ- oder Gewebeempfänger, hat die Heilfürsorgestelle folgende Leistungen zu tragen:

- die Behandlungskosten für den Heilfürsorgeberechtigten,
- die Leistungen der Krankenbehandlung für den Spender nach § 27 Absatz 1a SGB V,
- die Erstattung des Ausfalls von Arbeitseinkünften als Krankengeld nach § 44a SGB V für den Spender und
- die Erstattung des nach dem EntgFG fortgezahlten Arbeitsentgeltes sowie die hierauf entfallenden vom Arbeitgeber zu tragenden Beiträge zur Sozialversicherung und zur betrieblichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung nach § 3a Absatz 2 EntgFG für den Spender auf Antrag des Arbeitgebers.

2.2.4.2 Ist ein Heilfürsorgeberechtigter Organ- oder Gewebespende, hat die Heilfürsorgestelle die Behandlungskosten für Folgeerkrankungen zu tragen, soweit kein Gesundheitsschaden im Sinne des § 12a SGB VII vorliegt, für den die Gesetzliche Unfallversicherung zuständig ist. Für die zur Organ- oder Gewebespende erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen, stationäre Behandlungen, Fahrtkosten und gegebenenfalls erforderliche Rehabilitationsmaßnahmen ist die Krankenkasse des Organ- oder Gewebeempfängers zuständig. Sobald ein Heilfürsorgeberechtigter eine konkrete Organ- oder Gewebespende beabsichtigt, soll er dies der Heilfürsorgestelle und dem Polizeiärztlichen Dienst mitteilen.

2.3 Zu Absatz 3

2.3.1 Bei einem Dienstunfall gelten für das Heilverfahren die Heilfürsorgevorschriften (§ 79 Absatz 2 LBG und § 1 Absatz 2 der Heilverfahrensverordnung Baden-Württemberg – LHeilfVOBW -). Art und Umfang der Leistungen richten sich somit nach der HVO, so dass diese in vollem Umfang ohne Rücksicht darauf, ob ein Dienstunfall vorliegt, Anwendung finden. Werden bei einem Dienstunfall Leistungen abweichend von der HVO und/oder ohne die erforderliche Genehmigung der Heilfürsorgestelle in Anspruch genommen, hat der Heilfürsorgeberechtigte die

ihm hierdurch entstehenden Kosten auch dann selbst zu tragen, wenn diese Kosten nicht von der Unfallfürsorgefestsetzungsstelle übernommen werden. Dies gilt zum Beispiel bei einer ärztlichen/zahnärztlichen Betreuung durch einen anderen als den nächsterreichbaren Arzt/Zahnarzt nach § 4 Absatz 1 beziehungsweise § 6 Absatz 1 HVO, bei einer privatärztlichen beziehungsweise privat Zahnärztlichen Betreuung nach § 2 Absatz 5 Satz 2 HVO, bei einer Krankenhausbehandlung in einem anderen als dem nächsterreichbaren Krankenhaus nach § 8 Absatz 1 HVO oder in einem nicht zugelassenen Krankenhaus nach § 8 Absatz 2 HVO sowie bei außervertraglichen Leistungen nach § 2 Absatz 5 Satz 2 HVO ohne vorherige Genehmigung der Heilfürsorgestelle. In diesen Fällen kann der Heilfürsorgeberechtigte eine Kostentragung nur dadurch vermeiden, wenn ihm die zuständige Unfallfürsorgefestsetzungsstelle vor Beginn der Behandlung bestätigt, dass sie auch bei einer Behandlung außerhalb der Heilfürsorge die dadurch entstehenden Kosten nach der LHeilfVOBW in vollem Umfang übernimmt.

- 2.3.2 Nummer 1.1.7 findet bei der Durchführung eines dienstunfallbedingten Heilverfahrens keine Anwendung (§ 45 Absatz 2 Satz 3 LBeamtVGBW).
- 2.3.3 Wurde ein Dienstunfall anerkannt oder ist aufgrund eines akuten Unfallereignisses mit Sicherheit von einem Dienstunfallgeschehen auszugehen und erhält der Heilfürsorgeberechtigte nach § 48 LBeamtVGBW in Verbindung mit § 1 Absatz 2 LHeilfVOBW in der jeweils geltenden Fassung weitergehende Leistungen als nach der HVO, hat dies die Unfallfürsorgefestsetzungsstelle unverzüglich der Heilfürsorgestelle mitzuteilen und diese Leistungen im Benehmen mit der Heilfürsorgestelle festzusetzen. Die Heilfürsorgestelle gewährt diese weitergehenden Leistungen dem Heilfürsorgeberechtigten als Heilfürsorgeleistungen entweder zusammen mit den anderen Heilfürsorgeleistungen oder erstattet sie ihm nachträglich.
- 2.3.4 Ist von einem Dienstunfallgeschehen nach Nummer 2.3.3 auszugehen und hat der Heilfürsorgeberechtigte dadurch einen akuten Hörverlust durch ein Knalltrauma erlitten, kann der Polizeiarzt zur Erhaltung der Polizeidienstfähigkeit und zur Vermeidung der Verordnung eines Hörgeräts als Sofortmaßnahme im Vorgriff auf die Entscheidung der Unfallfürsorgefestsetzungsstelle und der Heilfürsorgestelle im Rahmen einer außervertraglichen Leistung nach Nummer 2.5.6 eine Infusionstherapie mit hochdosiertem Kortison veranlassen, wenn diese innerhalb von 10 Tagen nach dem Unfallereignis vorgenommen werden kann. Der Polizeiarzt hat die Unfallfürsorgefestsetzungsstelle und die Heilfürsorgestelle unverzüglich hiervon zu unterrichten.

- 2.3.5 Nach einer stationären Krankenhausbehandlung wegen eines Dienstunfalles kann die ambulante Weiterbehandlung durch den liquidationsberechtigten Krankenhausarzt, der auf Grund einer Wahlleistung nach § 8 Absatz 4 HVO in Anspruch genommen wurde, bis zum Abschluss der medizinisch notwendigen Behandlung fortgesetzt werden.
- 2.3.6 Die Kosten des Heilverfahrens und der Pflege nach § 48 und § 49 Absatz 1 LBeamtVGBW sind bei Titel 443 02 zu buchen. Nummer 3.2 gilt entsprechend. Für die Kosten der Pflege nach § 49 Absatz 1 LBeamtVGBW gilt dies nur bis zur Versetzung des Beamten in den Ruhestand. Die Kosten einer dauernden Pflegebedürftigkeit nach Nummer 2.1a sind keine Unfallfürsorgeleistungen und somit nicht bei Titel 443 02, sondern beim Beihilfetitel 441 02 zu buchen.
- 2.3.7 Scheidet der Heilfürsorgeberechtigte aus dem Dienst aus, gelten für die Durchführung des Heilverfahrens nur noch die Vorschriften des LBeamtVGBW und der LHeilfVOBW.

2.4 Zu Absatz 4

- 2.4.1 Nach § 79 Absatz 2 und 6 LBG und § 2 Absatz 4 HVO finden in der Heilfürsorge die im Anhang aufgeführten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V in der jeweils geltenden Fassung entsprechend Anwendung, soweit in dieser VwV nichts anderes bestimmt ist. Schließt das Innenministerium nach § 2 Absatz 5 HVO mit der Kassenärztlichen / Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW / KZVBW) Versorgungsverträge nach § 75 Absatz 3 SGB V können Regelungen der bundesweit gültigen Bundesmantelverträge nach § 82 Absatz 1 SGB V (Bundesmantelvertrag-Ärzte vom 01.01.2015 - BMV-Ä - und Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte vom 1. April 2014 - EKVZ - beziehungsweise Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vom 1. April 2014 - BMV-Z -) in der jeweils geltenden Fassung für entsprechend anwendbar erklärt oder in den Vertragstext übernommen werden.
- 2.4.2 Die Heilfürsorgestelle hat in Zweifelsfällen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen prüfen zu lassen, ob und inwieweit Leistungen aus gesundheitlichen Gründen nach Wirtschaftlichkeitsgrundsätzen notwendig und angemessen sind (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 12 Absatz 1 SGB V). Die Wirtschaftlichkeitsgrundsätze sind auch bei der Anforderung und Erstellung medizinischer Gutachten zu beachten.

- 2.4.3 Wurde von der Heilfürsorgestelle ein medizinisches Gutachten vom zuständigen Polizeiarzt angefordert und benötigt dieser hierfür weitere ärztliche Berichte und fachärztliche Gutachten, so sind diese vom Polizeiärztlichen Dienst beim Heilfürsorgeberechtigten anzufordern und von diesem oder seinem Arzt dem Polizeiärztlichen Dienst unmittelbar zu übersenden. Die dienstrechtliche Treuepflicht des Beamten schließt insoweit auch die Verpflichtung mit ein, einen behandelnden Arzt gegenüber dem Polizeiarzt von seiner Schweigepflicht zu entbinden. Der Polizeiarzt darf der Heilfürsorgestelle grundsätzlich nur das Ergebnis der Untersuchung mitteilen, es sei denn die Anamnese und einzelne Untersuchungsergebnisse sind für die Entscheidung über konkrete Maßnahmen erforderlich.
- 2.4.4 Der Polizeiärztliche Dienst kann nach § 79 Absatz 2 LBG zur Erfüllung seiner Aufgaben von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten oder sonstigen Leistungserbringern Angaben über die medizinische Notwendigkeit von Leistungen verlangen. Er nimmt insoweit die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für den Bereich der Heilfürsorge wahr.
- 2.4.5 Die Kosten der von der Heilfürsorgestelle oder vom Polizeiärztlichen Dienst für Heilfürsorgeleistungen angeforderten externen medizinischen Gutachten sind gemäß Nummer 3.1 bei Titel 443 02 zu buchen. Werden externe medizinische Gutachten zur Prüfung der Dienstfähigkeit im Rahmen von Einstellungs- oder Auswahlverfahren, der Verbeamtung auf Lebenszeit oder der Dienstunfähigkeit nach § 43 LBG angefordert, hat die Kosten die anfordernde Dienststelle oder Einrichtung zu tragen, soweit dem Polizeiärztlichen Dienst hierfür keine Haushaltsmittel übertragen wurden. In diesem Zusammenhang entstehende Fahrkosten des Heilfürsorgeberechtigten zum externen Gutachter sowie zur Untersuchung beim Polizeiarzt und zurück sind von der Dienststelle zu übernehmen und dem Heilfürsorgeberechtigten zu erstatten.

2.5 Zu Absatz 5

- 2.5.1 Außervertragliche Leistungen sind Leistungen von Ärzten oder Zahnärzten, die nicht verpflichtet sind nach den Vertragsätzen abzurechnen, sowie wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden und nicht kassenvertraglich vereinbarte Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen auch von Kassenvertragsärzten. Die Übernahme der Kosten für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethoden ist nur möglich, soweit sie nicht vom Bundesministerium des Innern in der Anlage 1 zur Bundesbeihilfeverordnung -

BBhV - (Anlage 1 zu § 6 Absatz 2 BBhV) in der jeweils gültigen Fassung völlig ausgeschlossen sind.

- 2.5.2 Bei chronischen Erkrankungen, zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 1 und 2, chronisch obstruktive Atemwegs- und Lungenerkrankungen wie Asthma bronchiale und COPD, koronare Herzkrankheiten, Brustkrebs, können die Kosten von Patientenschulungen im Rahmen der Verträge der Gesetzlichen Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen übernommen werden. Vorläufige Regelungen einer hierzu noch zu erlassenden einheitlichen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind nach deren Inkrafttreten entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).
- 2.5.3 Eine Genehmigung zur Übernahme der Kosten außervertraglicher Leistungen soll grundsätzlich nur erteilt werden, wenn die vertraglichen Therapiemöglichkeiten erfolglos ausgeschöpft wurden oder in einem angemessenen Zeitraum nicht in Anspruch genommen werden können und dadurch der Erfolg der ärztlichen Behandlung erheblich beeinträchtigt wird. Die erforderlichen Nachweise hat der Heilfürsorgeberechtigte auf eigene Kosten der Heilfürsorgestelle vorzulegen.
- 2.5.4 Für außervertragliche Leistungen gilt das Kostenerstattungsverfahren. Dies bedeutet, dass die Krankenversichertenkarte hierfür nicht eingesetzt werden darf. Der Heilfürsorgeberechtigte schließt mit dem Privatarzt oder Vertragsarzt über die außervertragliche Behandlung eine privatärztliche Vereinbarung und bezahlt die Kosten.
- 2.5.5 Ist die Korrektur der Fehlsichtigkeit durch Brillen oder Kontaktlinsen nach Vorlage eines auf Kosten des Heilfürsorgeberechtigten erstellten augenärztlichen Gutachtens objektiv nicht möglich, können bei Heilfürsorgeberechtigten im Beamtenverhältnis auf Lebenszeit die Kosten eines chirurgischen Hornhauteingriffs zur Korrektur dieser Fehlsichtigkeit durch eine Laserbehandlung (refraktive Augenchirurgie nach Nummer 12.3.5) nach vorheriger Genehmigung ausnahmsweise als außervertragliche Leistung bis zu einer angemessenen Höhe übernommen werden, wenn der zuständige Polizeiarzt die medizinische Notwendigkeit bestätigt. Sofern dieser ein weiteres augenärztliches Gutachten für erforderlich hält, kann er mit Einwilligung des Heilfürsorgeberechtigten ein augenärztliches Zweitgutachten nach Nummer 2.4.5 veranlassen. Die Heilfürsorgestelle hat auch in diesen Fällen gemäß § 79 Absatz 2 und 6 LBG § 12 Absatz 1 SGB V zu beachten.
- 2.5.6 Die Nummern 2.5.3 und 2.5.4 gelten entsprechend für nicht verordnungsfähige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.

2.6 Zu Absatz 6

Werden Rechnungen von Leistungserbringern so spät ausgestellt, dass sie vom Heilfürsorgeberechtigten erst nach Ablauf der Ausschlussfrist nach § 2 Absatz 6 Satz 4 HVO zur Kostenerstattung eingereicht werden können, kann ausnahmsweise auch die erste Ausstellung der Rechnung als Fristbeginn anerkannt werden.

2.7 Zu Absatz 7

- 2.7.1 Die Ausgabe und Verwaltung von Krankenversichertenkarten nach § 291 SGB V gehört zum Abrechnungsverfahren nach § 18 Satz 2 HVO. Die zur Ausgabe von Krankenversichertenkarten durch Kostenträger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlichen Vereinbarungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beziehungsweise der KVBW und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung beziehungsweise der KZVBW werden von der Heilfürsorgestelle mit Zustimmung des Ministeriums für Finanzen und Wirtschaft und des Innenministeriums abgeschlossen.
- 2.7.2 Die Krankenversichertenkarte nach § 291 SGB V ist eine personenbezogene Identifikationskarte, die mit der Hard- und Software der Mitglieder der KVBW und der KZVBW kompatibel sein muss. Bei der Herstellung und Beschriftung der Karten sowie beim Aufbringen von Daten auf dem Speicherchip sind deshalb die aktuellen technischen Spezifikationen zu berücksichtigen. Soweit diese Tätigkeiten nicht von der Heilfürsorgestelle oder vom Logistikzentrum Baden-Württemberg vorgenommen werden können, kann die Heilfürsorgestelle einen externen Dienstleister damit beauftragen. Die Heilfürsorgestelle hat mit diesem eine Verschwiegenheitsverpflichtung hinsichtlich Geheimhaltung, Datenschutz und Datensicherheit zu vereinbaren.
- 2.7.3 Der Inhalt der Krankenversichertenkarte ist in § 291 Absatz 2 SGB V festgelegt. Die technischen Anforderungen und die Verwendung der Krankenversichertenkarte sind in der Vereinbarung nach Nummer 2.7.1 geregelt. Sonstige Regelungen außerhalb der HVO über eine Verwendung der Krankenversichertenkarte im Ausland finden keine Anwendung, da bei Erkrankungen oder Behandlungen im Ausland nach § 17 HVO das Kostenerstattungsverfahren gilt.
- 2.7.4 Jeder Heilfürsorgeberechtigte erhält eine Krankenversichertenkarte. Sie gilt für die Dauer der Heilfürsorgeberechtigung und ist nicht übertragbar. Sie ist vom

Heilfürsorgeberechtigten zu unterschreiben. Die Krankenversichertenkarte darf nur innerhalb des Bundesgebiets und nur für den Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit diesen Leistungserbringern verwendet werden.

- 2.7.5 Heilfürsorgeberechtigte im Beamtenverhältnis auf Widerruf erhalten während ihrer Ausbildung die gleiche Krankenversichertenkarte, die auch im Beamtenverhältnis auf Probe und auf Lebenszeit gilt. Insoweit gelten die Regelungen über die Krankenversichertenkarte für alle Heilfürsorgeberechtigten gleichermaßen. Bei Wohnverpflichtungen nach § 5 HVO gelten die Sonderregelungen in Nummer 5.1. Falls am Ausbildungsende keine Übernahme ins Beamtenverhältnis auf Probe erfolgt, ist die Krankenversichertenkarte von der für das Beamtenverhältnis auf Widerruf zuständigen Dienststelle einzuziehen und der Heilfürsorgestelle zur Vernichtung zu übersenden.
- 2.7.6 Heilfürsorgeberechtigte, die ohne Wechsel des Dienstherrn zu einer anderen Polizeidienststelle des Landes abgeordnet oder versetzt werden, behalten ihre Krankenversichertenkarte. Bei Urlaub ohne Bezüge für mehr als 31 Kalendertage (Nummer 1.1.4), bei einem Wahlvorbereitungsurlaub von mehr als 31 Kalendertagen (Nummer 1.1.5) und bei Abordnungen, in denen Krankenfürsorgeleistungen des aufnehmenden Dienstherrn vereinbart wurden (Nummer 1.1.3), ruht dagegen der Anspruch auf Heilfürsorge. Da die Krankenversichertenkarte in dieser Zeit nicht benutzt werden darf, ist sie von der Personalverwaltung vorübergehend einzuziehen und bis zum Ende der Beurlaubung beziehungsweise Abordnung aufzubewahren. Dies gilt nicht für Beurlaubungen ohne Bezüge während der Elternzeit und während Pflegezeiten nach Nummer 1.1.1.
- 2.7.7 Die Krankenversichertenkarte ist zeitlich befristet bis zum gesetzlich vorgesehenen Eintritt in den Ruhestand. Sie ist zu diesem Zeitpunkt beziehungsweise bei früherer Versetzung in den Ruhestand, Versetzung zu einem anderen Dienstherrn oder Entlassung aus dem Dienst zu dem verfügbaren Zeitpunkt von der Personalverwaltung einzuziehen und der Heilfürsorgestelle zur Vernichtung zu übersenden. Wird der Eintritt in den Ruhestand nach § 39 LBG hinausgeschoben, wird von der Heilfürsorgestelle eine neue Krankenversichertenkarte ausgestellt.
- 2.7.8 Der Heilfürsorgeberechtigte hat einen Verlust oder eine Beschädigung der Krankenversichertenkarte unverzüglich schriftlich oder über das Kundenportal des LBV unmittelbar der Heilfürsorgestelle zu melden und eine neue Krankenversi-

chertenkarte zu beantragen. Änderungen des Namens und der Privatanschrift sind der Personalverwaltung zu melden (Nummer 1.1.8).

- 2.7.9 Der Heilfürsorgeberechtigte ist grundsätzlich verpflichtet, die Krankenversichertenkarte bei jedem Arzt- oder Zahnarztbesuch mit sich zu führen sowie auf Verlangen des Arztes oder Zahnarztes vorzulegen und gegebenenfalls seine Identität mit der auf der Krankenversichertenkarte benannten Person nachzuweisen. Ist die Krankenversichertenkarte nicht elektronisch lesbar, bleibt der Behandlungsanspruch nach § 4 Absatz 1 beziehungsweise § 6 Absatz 1 HVO bei zusätzlicher Vorlage eines gültigen Dienstausweises davon unberührt. Die Regelungen über die Benutzung der Krankenversichertenkarte bei Ärzten in Nummer 4.1.1 bis 4.1.3 und bei Zahnärzten in Nummer 6.1.1 und 6.1.2 sowie bei Wohnverpflichtungen in Nummer 5.1.2 sind zu beachten.
- 2.7.10 Kann bei einer Notfallbehandlung weder die Krankenversichertenkarte noch der Dienstausweis vorgelegt werden, ist die Abrechnung aufgrund der Angaben des Heilfürsorgeberechtigten oder der Angaben anderer Auskunftspersonen durchzuführen und die Krankenversichertenkarte unverzüglich nachzureichen.

Zu § 3 Kostenträger

- 3.1 Von den Kosten der Heilfürsorge sind der Zuschuss zu den von den Beamten an Krankenversicherungen zu entrichtenden Versicherungsbeiträgen nach § 20 Absatz 1 und 2 HVO bei Titel 422 01, Arznei- und Verbandsmittel, Hilfsmittel und dergleichen für Sanitätsstellen bei Titel 514 03 und alle übrigen Kosten bei Titel 443 02 zu buchen. Zu letzteren gehören auch die Kosten nach § 20 Absatz 4 HVO. Leistungen der Beihilfestelle (Nummer 2.1, 1.1.5 und 1.1.6) sind beim Beihilfetitel 441 02 zu buchen.
- 3.2 Die Auszahlung der Heilfürsorgeleistungen erfolgt für die Beamtinnen und Beamten des Polizeivollzugsdienstes und des technischen Dienstes der Landesfeuerwehrschule aus dem Polizeikapitel 0314 Titel 443 02. Die Heilfürsorgestelle ermittelt am Ende des Jahres den auf die Feuerwehr entfallenden Anteil und teilt diesen dem Innenministerium - Landespolizeipräsidium - mit. Der von der Heilfürsorgestelle ermittelte Betrag wird zu Lasten des Feuerwehrkapitels 0310 der Polizei erstattet. Die Polizei vereinnahmt den Erstattungsbetrag durch Rotabsetzung beim Polizeikapitel 0314 Titel 443 02.
- 3.3 Die Heilfürsorgestelle führt in der Haushaltsüberwachungsliste folgende Unterab-schnitte:

1. Ambulante Betreuung (§ 4 Absatz 1 und 3 bis 5 und § 5 Absatz 1 und 2 HVO),
2. Heilpraktikerbehandlung (§ 4 Absatz 2 HVO),
3. Zahnärztliche Betreuung (§ 6 HVO),
4. Zahnersatz (§ 7 HVO),
5. Stationäre Krankenhausbehandlung (§ 8 Absatz 3 HVO),
6. Wahlleistungen im Krankenhaus (§ 8 Absatz 4 HVO),
7. Krankenpflege (§ 9 HVO),
8. Familien- und Haushaltshilfe (§ 10 HVO),
9. Ärztlich oder zahnärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel (§ 11 Absatz 1 und 3 HVO),
10. Vom Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel (§ 11 Absatz 2 HVO),
11. Hilfsmittel und Körperersatzstücke (§ 12 HVO),
12. Heilmittel (§ 13 Absatz 1 und 2 HVO),
13. Soziotherapie (§ 13 Absatz 3 HVO),
14. Ambulante Rehabilitationsleistungen (§ 14 Absatz 2 HVO),
15. Stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 14 Absatz 3 HVO),
16. Ambulante Heilkuren (§ 14 Absatz 4 HVO),
17. Vorsorgekuren (§ 14 Absatz 5 HVO),
18. Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 14 Absatz 6 HVO),
19. Vorbeugende ärztliche Maßnahmen (§ 15 HVO),
20. Fahr- und Transportkosten (§ 16 HVO),
21. Ärztliche Gutachten (§ 2 Absatz 4 HVO),
22. Kosten des Heilverfahrens und der Pflege nach §§ 48 und 49 Absatz 1 LBeamtVGBW, soweit nicht als Heilfürsorgeleistungen gewährt (Nummer 2.3.5),
23. Kosten außervertraglicher Leistungen (Nummer 2.5),
24. Kosten nicht heilfürsorgeberechtigter Personen, zum Beispiel Nummer 2.2.4.1 und 4.3.2.

Leistungen in anderen Bundesländern (§ 17 Absatz 1 HVO), im Ausland (§ 17 Absatz 2 bis 5 HVO) und an abgeordnete Heilfürsorgeberechtigte (Nummer 1.1.3.2) sind den einzelnen Aufwandsarten zuzuordnen.

- 3.4 Bis zum 1. März eines jeden Kalenderjahres ist dem Innenministeriums - Landespolizeipräsidium - jeweils zu berichten,
- von der Heilfürsorgestelle, in welcher Höhe im vorangegangenen Haushaltsjahr bei den vorgenannten Ausgabearten Ausgaben geleistet wurden;

- von den Personalverwaltungen der Polizei, des Landesamtes für Verfassungsschutz und der Landesfeuerweherschule, die Anzahl der Heilfürsorgeberechtigten, die am 31. Dezember des vorangegangenen Haushaltsjahres Anspruch auf Heilfürsorge hatten, und die Anzahl der Polizeivollzugsbeamten, denen ein Zuschuss zu den Beiträgen an eine Krankenversicherung (§ 20 HVO) gezahlt wurde.

3.5 Schadenersatzforderungen

- 3.5.1 Besteht ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten und nimmt der Beamte Heilfürsorgeleistungen des Landes in Anspruch, so sind die im Rahmen der Heilfürsorge gewährten Leistungen nach § 81 LBG zurückzufordern. Im Falle einer Regressmöglichkeit hat die Heilfürsorgestelle die dem Land aus Anlass eines Schadenfalles entstehenden Kosten der Heilbehandlung sowie die Auslagen für die Untersuchung, Beobachtung und Begutachtung zur Feststellung von Unfallfolgen sowie sonstige damit zusammenhängende Nebenkosten festzustellen.
- 3.5.2 Wird ein Heilfürsorgeberechtigter ambulant von Polizeiärzten oder deren vertraglich bestellten Vertretern behandelt, so sind die ärztlichen Leistungen entsprechend den im Vertrag zwischen dem Land Baden-Württemberg und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Vergütungssätzen und etwaige Sachleistungen in polizeieigenen Sanitätsstellen nach den tatsächlichen Aufwendungen zu berechnen.
- 3.5.3 Für einen mit einem Sanitätskraftfahrzeug des Landes durchgeführten Krankentransport sind die Kosten nach Anlage 3 zu Nummer 8.3 der VwV Kfz vom 11. August 2015 (GABl. S. 609) in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.
- 3.5.4 Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten brauchen nicht geltend gemacht zu werden, wenn die dem Land aus Anlass eines Schadenfalles insgesamt entstandenen Aufwendungen nicht höher als 75 Euro sind.

Zu § 4 Ambulante Betreuung

4.1 Zu Absatz 1

- 4.1.1 Der Heilfürsorgeberechtigte ist verpflichtet, vor Beginn der ambulanten Behandlung dem Arzt, dem Facharzt oder gegebenenfalls einer Krankenhaus-Ambulanz beziehungsweise Poliklinik die Krankenversichertenkarte auszuhändigen. Ist dies

in Ausnahmefällen nicht möglich, so hat der Heilfürsorgeberechtigte seinen Dienstausweis vorzulegen und die Krankenversichertenkarte innerhalb von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachzureichen.

- 4.1.2 Wird die Krankenversichertenkarte nicht innerhalb von zehn Tagen nachgereicht, besteht keine Verpflichtung des Arztes, den Heilfürsorgeberechtigten auf Kosten des Landes zu behandeln. Dieser ist dann Privatpatient und hat keinen Anspruch auf Heilfürsorge. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sollen in derartigen Fällen vom Arzt privat verordnet werden. Wird dem Arzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine Krankenversichertenkarte vorgelegt, ist eine vom Heilfürsorgeberechtigten entrichtete Privatvergütung vom Arzt zurückzuzahlen. Die Kosten privat verordneter Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können in diesem Fall nur im Rahmen der Heilfürsorgevorschriften von der Heilfürsorgestelle erstattet werden.
- 4.1.3 Wird die Behandlung nach Ende eines Kalendervierteljahres fortgesetzt, ist die Krankenversichertenkarte dem Arzt beim Übergang der Behandlung in ein neues Kalendervierteljahr erneut vorzulegen. Wird zwischen dem Arzt und dem Heilfürsorgeberechtigten eine privatärztliche Behandlung vereinbart, so erlischt für diese und für alle in diesem Rahmen notwendig werdenden ärztlichen Verordnungen, zum Beispiel Arzneimittelrezepte oder sonstige Behandlungsmethoden, der Anspruch auf Heilfürsorge. Ausgenommen hiervon sind zuvor genehmigte außervertragliche Leistungen nach § 2 Absatz 5 Satz 2 HVO. Die Krankenversichertenkarte darf jedoch für privatärztliche Behandlungen, auch im letzteren Fall, nicht eingesetzt werden (Nummer 2.5.4).
- 4.1.4 Ist eine Überweisung an einen Facharzt notwendig, so ist dem Facharzt der vom erstbehandelnden Arzt ausgestellte kassenübliche Überweisungsschein zu übergeben. Ist eine Überweisung an eine Krankenhaus-Ambulanz beziehungsweise Poliklinik notwendig, so ist dort ein vom entsprechenden Facharzt ausgestellter kassenüblicher Überweisungsschein zu übergeben.
- 4.1.5 Abgesehen von der Überweisung in fachärztliche Behandlung, soll der Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes gewechselt werden (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 76 Absatz 3 SGB V).
- 4.1.6 Die behandelnden Ärzte sind von den Kranken grundsätzlich während der Sprechstunde in ihren Praxisräumen aufzusuchen, wenn nicht unverzüglich ärztliche Hilfe geboten ist. Ein Anspruch auf Besuchsbehandlung besteht nur, wenn

das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist. In diesem Falle kann zur Behandlung des Heilfürsorgeberechtigten in seiner Wohnung einer von zwei nächsterreichbaren Ärzten in Anspruch genommen werden. Wird ohne zwingenden Grund ein weiter entfernt wohnender Arzt gewählt, hat der Heilfürsorgeberechtigte die Mehrkosten zu tragen.

- 4.1.7 Bei den Ärzten nach § 4 Absatz 1 Satz 2 und 3 HVO muss es sich um Ärzte im Sinne des § 4 Absatz 1 Satz 1 HVO handeln. Die freie Arztwahl ist grundsätzlich auf den nächsterreichbaren vertragsärztlichen Behandler beschränkt (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 76 Absatz 2 SGB V und mit § 4 Absatz 1 Satz 2 HVO). Eine Behandlung durch privat praktizierende Ärzte kann nur nach § 2 Absatz 5 Satz 2 HVO und unter den Voraussetzungen der Nummer 2.5 genehmigt werden.
- 4.1.8 Befindet sich am Dienst- oder Wohnort oder in der Nähe ein Polizeiarzt oder dessen vertraglich bestellter Vertreter, so kann dieser in Anspruch genommen werden. Bei einer kurativen Behandlung hat der Polizeiarzt neben den rechtlichen Voraussetzungen nach der HVO und dieser VwV alle Regelungen und Vorgaben zu beachten, die für die Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenkassen gelten. Ein Polizeiarzt, der im Rahmen einer kurativen Behandlung zum Beispiel eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme verordnet, darf in diesem Fall nicht gleichzeitig als Medizinischer Dienst der Krankenkassen (Nummer 2.4.4) oder im Auftrag der Heilfürsorgestelle (Nummer 14.1.2) tätig werden; gegebenenfalls hat er diese Aufgabe einem anderen Polizeiarzt zu übertragen.
- 4.1.9 Die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Heilfürsorgeberechtigten sind privatrechtlicher Natur (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 76 Absatz 4 SGB V).
- 4.1.10 Die Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

4.2 Zu Absatz 2

- 4.2.1 Durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Dezember 2012, GBl. S. 677, 683, wurde § 14 Absatz 1 BVO so geändert, dass ab 1. Januar 2013 neu eingestellten Beamtinnen und Beamten die Leistungen eines Heilpraktikers nur noch zu 50 % erstattet werden können. Die Formulierung „oder gegebenenfalls entsprechend“ in § 4 Absatz 2 HVO bedeutet, dass für den Fall, dass Leistungen nach § 14 Absatz 1

Satz 3 und 5 BVO weiterhin gewährt werden können, diese auch Heilfürsorgeberechtigten zu gewähren sind. Die Übergangsregelung in § 19 Absatz 6 BVO gilt damit auch für Heilfürsorgeberechtigte.

4.2.2 Für die erstattungsfähigen Leistungen von Heilpraktikern sind höchstens die Beiträge berücksichtigungsfähig, die für vergleichbare Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte angemessen sind.

4.2.3 Die Rechtsbeziehungen zwischen Heilpraktiker und Heilfürsorgeberechtigten sind privatrechtlicher Natur.

4.3 Zu Absatz 3

4.3.1 Die Richtlinien über künstlichen Befruchtung sind entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

4.3.2 Heilfürsorge wird grundsätzlich nur für die Leistungen gewährt, die nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung dem Heilfürsorgeberechtigten selbst zugeordnet werden. Zur medizinisch erforderlichen Linderung der Sterilität des Heilfürsorgeberechtigten können ausnahmsweise auch die notwendigen ärztlichen Behandlungskosten des Ehegatten (§ 27a Absatz 1 Nummer 3, 4 und 5 SGB V) übernommen werden, wenn dieser hierfür nachweislich keinen Kostenersatz erhält. Für die Kostenerstattung findet § 27a Absatz 3 SGB V entsprechend Anwendung. Andere der Krankenbehandlung zuzurechnende Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft, zum Beispiel chirurgische Eingriffe, Behandlung mit Medikamenten, psychotherapeutische Behandlung, werden von § 27a SGB V und § 4 Absatz 3 HVO nicht erfasst.

4.4. Zu Absatz 4

Für die Hebammenhilfe ist der mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossene Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V mit Gebühren- und Leistungsverzeichnis in der jeweils geltenden Fassung entsprechend anzuwenden.

4.5 Zu Absatz 5

4.5.1 Die Psychotherapie-Richtlinien sind entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang). Für die Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen findet die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der

vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) vom 7. Dezember 1998, die als Anlage 1 zur BMV-Ä abgeschlossen wurde, entsprechend Anwendung (Nummer 2.4.1 Satz 2).

4.5.2 Gutachten in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie und in der Verhaltenstherapie können von den Gutachtern eingeholt werden, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Vertragskassen nach § 12 der Psychotherapie-Vereinbarung in der jeweils geltenden Fassung bestellt worden sind (www.kbv.de).

4.5.3 Bei einer durch fachärztliches Gutachten festgestellten Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach den jeweils geltenden Klassifikationssystemen (ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation, DSM-V des Amerikanischen Psychiatrieverbandes), bei der von einem kausalen Bezug zu einem akuten Dienstunfallereignis ausgegangen werden kann, kann die Heilfürsorgestelle auf Antrag des zuständigen Polizeiarztes die Kosten für eine privatärztliche Behandlung durch einen zertifizierten Psychotrauma-Therapeuten nach § 2 Absatz 5 Satz 2 HVO übernehmen, wenn die Behandlung durch vertragliche psychotherapeutische Ärzte beziehungsweise Psychologen nicht ausreichend erscheint.

4.5.4 Bei einer im Rahmen eines akuten Ereignisses, zum Beispiel Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, erworbenen Hirnschädigung oder Hirnerkrankung (hirnorganische Störung) findet die ambulante Neuropsychologische Therapie nach der Nummer 19 der Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung entsprechend Anwendung (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang und Nummer 4.1.9).

Zu § 5 Ambulante Betreuung bei Wohnverpflichtungen und von Einsatzeinheiten

5.1 Zu Absatz 1

5.1.1 Den Polizeivollzugsbeamten auf Widerruf, die auf besondere Anordnung nach § 54 Absatz 3 LBG verpflichtet sind, während ihrer Ausbildung in einer Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen, ist vor Bezug der Unterkunft gegen Unterschrift ein Merkblatt auszuhändigen, dass sie in kurativmedizinischer Hinsicht verpflichtet sind, während des Aufenthalts in der Gemeinschaftsunterkunft im Krankheitsfall grundsätzlich den zuständigen Polizeiarzt oder dessen vertraglich bestellten Vertreter in Anspruch zu nehmen. Dieser kann die Beamten an einen Facharzt oder einen Krankenhausarzt zur weiteren Behandlung überweisen (Nummer 4.1.4). Fahrkosten werden nur erstattet, wenn die Inanspruchnahme auf Grund einer

Überweisung des Polizeiarztes oder dessen vertraglich bestellten Vertreters erfolgte.

- 5.1.2 Bei einem Aufenthalt außerhalb des Dienstortes, zum Beispiel an Wochenenden, Feiertagen oder im Urlaub im Bundesgebiet, oder aus sonstigen berechtigten Gründen, beispielsweise in Notfällen oder bei plötzlichen Erkrankungen, können die Beamten nach Nummer 5.1.1 im Krankheitsfall mit der Krankenversichertenkarte den nächsterreichbaren Hausarzt aufsuchen, der zur Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassen ist. In einem solchen Fall ist der Polizeiarzt oder sein vertraglich bestellter Vertreter umgehend, gegebenenfalls fernmündlich, über die Behandlung zu informieren. Dieser kann entscheiden, ob er die Weiterbehandlung übernimmt und/oder ob ihm ärztliche Bescheinigungen oder Befundberichte über die Behandlung beim Hausarzt oder falls dieser den Beamten an einen Facharzt oder einen Krankenhausarzt überwiesen hat, auch von diesem vorzulegen sind. Die dienstrechtliche Treuepflicht des Beamten schließt insoweit auch die Verpflichtung mit ein, einen behandelnden Arzt gegenüber dem Polizeiarzt oder seinem vertraglich bestellter Vertreter von der Schweigepflicht zu entbinden.

5.2 Zu Absatz 2

Ein Polizeivollzugsbeamter einer Einsatzeinheit, der bei Beginn eines Einsatzes in ärztlicher Behandlung eines praktizierenden Arztes steht, kann von diesem weiterbehandelt werden, wenn er dienstunfähig ist. Die Entscheidung über die Dienstfähigkeit bleibt jedoch dem Polizeiarzt oder dem vertraglich bestellten Vertreter vorbehalten.

Zu § 6 Zahnärztliche Betreuung

6.1 Zu Absatz 1

- 6.1.1 Die Regelungen über die Krankenversichertenkarten in den Nummern 4.1.1 und 4.1.3 gelten entsprechend für zahnärztliche Behandlungen.
- 6.1.2 Wird die Krankenversichertenkarte bei Beginn der Behandlung nicht vorgelegt, so besteht keine Verpflichtung des Zahnarztes, den Heilfürsorgeberechtigten auf Kosten des Landes zu behandeln; dieser ist dann Privatpatient und hat keinen Anspruch auf Heilfürsorge. Der Zahnarzt kann deshalb sofort eine Privatvergütung verlangen. Wird dem Zahnarzt innerhalb von zehn Tagen nach der ersten

Inanspruchnahme eine Krankenversichertenkarte vorgelegt, ist eine vom Heilfürsorgeberechtigten entrichtete Privatvergütung vom Zahnarzt zurückzuzahlen.

- 6.1.3 Es können auch die zahnärztlichen Institute der Polikliniken der Universitäten und sonstige Zahnkliniken ambulant in Anspruch genommen werden. In diesen Fällen findet Nummer 4.1.4 entsprechend Anwendung. Fahrkosten werden nur erstattet, wenn die Inanspruchnahme auf Grund der Überweisung eines Zahnarztes oder des Polizeiarztes oder dessen vertraglich bestellten Vertreters erfolgte.
- 6.1.4 Der Zahnarzt soll innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes gewechselt werden (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 76 Absatz 3 und § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V).
- 6.1.5 Bei den Zahnärzten nach § 6 Absatz 1 Satz 2 und 3 HVO muss es sich um Zahnärzte im Sinne des § 6 Absatz 1 Satz 1 HVO handeln. Die freie Zahnarztwahl ist grundsätzlich auf den nächsterreichbaren vertragszahnärztlichen Behandler beschränkt (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 76 Absatz 2 und § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V und § 6 Absatz 1 Satz 2 HVO). Eine Behandlung durch privat praktizierende Zahnärzte kann nur nach § 2 Absatz 5 Satz 2 HVO und unter den Voraussetzungen der Nummer 2.5 genehmigt werden.
- 6.1.6 Die Rechtsbeziehungen zwischen Zahnarzt und Heilfürsorgeberechtigten sind privatrechtlicher Natur (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 76 Absatz 4 und § 72 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Mängelansprüche gegen einen Zahnarzt sind innerhalb von zwei Jahren nach Behandlung der Heilfürsorgestelle mitzuteilen. Ob die zweijährige Gewährleistung bei Füllungen und Zahnersatz Anwendung findet, richtet sich nach dem Beschluss des Bundesschiedsamtes vom 13. Dezember 1993 (Anlage zu EKVZ / BMV-Z – Nummer 2.4.1 Satz 2 -). Zum Zahnersatz siehe Nummer 7.2.5.

6.2 Zu Absatz 2

Die Behandlungsrichtlinie-Zahnärzte ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

6.3 Zu Absatz 3

- 6.3.1 Vor Beginn einer Parodontosebehandlung ist der Befundbericht über den Parodontalstatus der Heilfürsorgestelle zur Genehmigung einzureichen. Wenn im

Rahmen der Parodontosebehandlung Zahnersatz erforderlich wird, so ist gleichzeitig der Heil- und Kostenplan vorzulegen.

- 6.3.2 Bei kieferorthopädischer Behandlung sowie bei Behandlung von Parodontopathien ist bis zu deren Abschluss ein Wechsel des Zahnarztes nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes möglich. Die Heilfürsorgestelle soll in diesen Fällen den bisher behandelnden Zahnarzt anhören.
- 6.3.3 Der Teil V "Systematische Behandlung von Parodontopathien" in der Behandlungsrichtlinie-Zahnärzte (Nummer 6.2) ist zu beachten. Die Vereinbarung über das Antrags- beziehungsweise Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontopathien vom 3. Februar 2014 ist entsprechend anzuwenden (Anlage zu EKVZ / BMV-Z - Nummer 2.4.1 Satz 2 -).
- 6.3.4 Die Kieferorthopädie-Richtlinie mit Ausnahme von Abschnitt B Nummer 4, ohne Altersbegrenzung auf 18 Jahre, (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang) und die Vereinbarung über das Antrags- beziehungsweise Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der kieferorthopädischen Behandlung vom 3. Februar 2014 (Anlage zu EKVZ / BMV-Z - Nummer 2.4.1 Satz 2 -) sind entsprechend anzuwenden.

6.4 Zu Absatz 4

Durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Dezember 2012, GBl. S. 677, 683, wurde § 14 Absatz 1 BVO so geändert, dass ab 1. Januar 2013 neu eingestellten Beamtinnen und Beamten die Kosten für Inlays nur noch zu 50 % erstattet werden können. Die Formulierung „oder gegebenenfalls entsprechend“ in § 6 Absatz 4 HVO bedeutet, dass für den Fall, dass Leistungen nach § 14 Absatz 1 Satz 3 und 5 BVO weiterhin gewährt werden können, diese auch Heilfürsorgeberechtigten zu gewähren sind. Die Übergangsregelung in § 19 Absatz 6 BVO gilt damit auch für Heilfürsorgeberechtigte. Dies gilt entsprechend auch für § 19 Absatz 7 BVO, soweit nach § 6 Absatz 4 Satz 2 HVO für die Übernahme der Kosten die Nummer 1.2.1 Buchstabe b der Anlage zur BVO entsprechend angewandt wurde.

Zu § 7 Zahnersatz

7.1 Zu Absatz 1

- 7.1.1 Die Zahnersatz-Richtlinie (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang) und die Vereinbarungen über das Antrags- beziehungsweise Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vom 3. Februar 2014 und bei implantologischen Leistungen vom 3. Februar 2014 (Anlagen zu EKVZ / BMV-Z - Nummer 2.4.1 Satz 2 -) sind entsprechend anzuwenden.
- 7.1.2 Die Festzuschuss-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).
- 7.1.3 Der doppelte Festzuschuss wird für die Regelversorgung gewährt. Übersteigen die tatsächlichen Kosten den doppelten Festzuschuss beziehungsweise entstehen Mehrkosten aufgrund von vom Heilfürsorgeberechtigten gewünschten Abweichungen von der Regelversorgung, hat der Heilfürsorgeberechtigte diese Kosten zu tragen.

7.2 Zu Absatz 2

- 7.2.1 Die Genehmigung für die Neuanfertigung von Zahnersatz ist vor Behandlungsbeginn mit einem Heil- und Kostenplan für Zahnersatz zu beantragen. Bei Zahnersatz-Wiederherstellungsmaßnahmen kann die Heilfürsorgestelle nach Ablauf der zweijährigen Gewährleistungsfrist (Nummer 6.1.6) die Vereinbarung zwischen den Ersatzkassen und der KZVBW über den Genehmigungsverzicht entsprechend übernehmen.
- 7.2.2 Der Versorgung mit Zahnersatz hat die notwendige chirurgische und konservierende Behandlung, gegebenenfalls auch eine Parodontosebehandlung vorauszu-gehen. Lehnt der Heilfürsorgeberechtigte eine derartige Vorbehandlung ab, so darf der Zahnersatz nicht genehmigt werden.
- 7.2.3 Wird mit der Behandlung eines genehmigten Zahnersatzes nicht innerhalb von sechs Monaten begonnen, so erlischt die Genehmigung.
- 7.2.4 Tritt ein Heilfürsorgeberechtigter bei Vorliegen eines genehmigten Heil- und Kostenplans von einer bereits eingeleiteten prothetischen Behandlung zurück, so kann der Zahnarzt dem Heilfürsorgeberechtigten die Vertragsgebühren berechnen. Dieser hat in diesem Fall keinen Anspruch auf Heilfürsorgeleistungen.
- 7.2.5 Zeigt der Heilfürsorgeberechtigte der Heilfürsorgestelle innerhalb von zwei Jahren einen Mangel bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen an, kann die Heilfürsorgestelle nach § 2a BMV-Z / § 22 EKVZ (Nummer 2.4.1 Satz 2) eine

Mängelbegutachtung veranlassen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart wird, gelten die Vereinbarungen der Ersatzkassen entsprechend.

Zu § 8 Krankenhausbehandlung

8.1 Zu Absatz 1

- 8.1.1 Der Heilfürsorgeberechtigte wird durch den behandelnden Arzt zur stationären Behandlung eingewiesen. Der Heilfürsorgeberechtigte hat der Heilfürsorgestelle die bevorstehende Einweisung unverzüglich anzuzeigen. Diese erteilt gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmeerklärung.
- 8.1.2 Die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).
- 8.1.3 Bei den Krankenhäusern nach § 8 Absatz 1 Satz 3 und 4 HVO muss es sich um zugelassene Krankenhäuser im Sinne des § 8 Absatz 1 Satz 1 HVO handeln. Eine Behandlung in nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern kann nur nach § 8 Absatz 2 HVO genehmigt werden.
- 8.1.4 Soll ein anderes als das nächsterreichbare in Frage kommende Krankenhaus in Anspruch genommen werden, ist dies vom Arzt entsprechend zu begründen und die Genehmigung der Heilfürsorgestelle einzuholen.
- 8.1.5 Ist im Einzelfall eine ambulante Diagnostik in einem spezialisierten Krankenhaus notwendig, werden Übernachtungskosten nach den reisekostenrechtlichen Bestimmungen übernommen, wenn dadurch stationäre Krankenhauskosten vermieden werden können.

8.2 Zu Absatz 2

Soll ein nicht nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus in Anspruch genommen werden, ist vom behandelnden einweisenden Arzt ausführlich zu begründen, warum die Behandlung nicht in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werden kann. Der Antrag ist dem zuständigen Polizeiarzt mit ärztlichen Berichten und/oder fachärztlichen Gutachten zur Prüfung vorzulegen. Der Polizeiarzt teilt der Heilfürsorgestelle mit, ob ein medizinisch begründeter Ausnahmefall für die Inanspruchnahme des nicht zugelassenen Krankenhauses vorliegt. Die Heilfürsorgestelle erteilt entweder eine Kostenübernahmeerklärung oder verweist den Heilfürsorgeberechtigten an ein zugelassenes

Krankenhaus nach § 8 Absatz 1 HVO. Wird ein nicht zugelassenes Krankenhaus ohne dieses Verfahren in Anspruch genommen, hat der Heilfürsorgeberechtigte keinen Anspruch auf Kostenübernahme durch die Heilfürsorge.

8.3 Zu Absatz 3

8.3.1 Nach § 2 Absatz 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 2 Absatz 2 der Bundespflegesatzverordnung umfassen die Leistungen bei stationärer Behandlung auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Heilfürsorgeberechtigten (§ 11 Absatz 3 SGB V).

8.3.2 Die Leistungen des Belegarztes ergeben sich aus § 18 Absatz 1 KHEntgG. Die Abrechnung von Belegärzten erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung auf Belegarztschein. Wird zwischen dem Belegarzt und dem Heilfürsorgeberechtigten eine privatärztliche Behandlung vereinbart, so erlischt für diese der Anspruch auf Heilfürsorge. Dies gilt auch für die vom Belegarzt beauftragten Ärzte, zum Beispiel einen Anästhesiearzt.

8.4 Zu Absatz 4

8.4.1 Zu Satz 1 und 2

8.4.1.1 Heilfürsorge zu Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung wird grundsätzlich nur gewährt, wenn der Heilfürsorgeberechtigte dies wünscht. Zur teilweisen Deckung des Aufwandes für diese Mehrleistung wird ein laufender monatlicher Beitrag nach § 6a Absatz 2 BVO erhoben. Der Beitrag ist einheitlich hoch für jeden Heilfürsorgeberechtigten. Für berücksichtigungsfähige Angehörige des Heilfürsorgeberechtigten im Sinne der BVO ist kein weiterer Beitrag zu zahlen. Auch teilzeitbeschäftigte Heilfürsorgeberechtigte müssen den Beitrag in voller Höhe entrichten. In entsprechender Anwendung von § 6a Absatz 2 Satz 4 2. Halbsatz BVO besteht bei Heilfürsorgeberechtigten ohne Bezüge in den Fällen des § 1 Absatz 1 Satz 3 HVO sowie während einer Elternzeit oder einer Pflegezeit nach Nummer 1.1.1 Beitragsfreiheit.

8.4.1.2 Während der Zeit einer Beurlaubung ohne Heilfürsorgeanspruch entfällt mit dem generellen Heilfürsorgeanspruch auch der Anspruch auf Heilfürsorge zu Wahlleistungen und damit auch die Verpflichtung zur Zahlung des monatlichen Beitrags. Gleiches gilt bei Abordnungen zu einem anderen Dienstherrn außerhalb des Geltungsbereichs der HVO, sobald

der (bisherige) Dienstherr die Bezügezahlung einstellt. Beginnt oder endet die Bezügezahlung und gleichzeitig die Heilfürsorgeberechtigung im Lauf eines Kalendermonats, so ist § 4 Absatz 3 LBesGBW anzuwenden.

- 8.4.1.3 Eine Erklärung, Heilfürsorge zu Wahlleistungen gegen Beitragszahlungen in Anspruch nehmen zu wollen, ist grundsätzlich nur zu Beginn der Heilfürsorgeberechtigung innerhalb der Ausschlussfrist möglich. Nur bei Entstehen einer neuen Heilfürsorgeberechtigung infolge einer Begründung eines neuen Beamtenverhältnisses oder einer Umwandlung im Sinne des § 18 Absatz 1 LBG kann eine heilfürsorgeberechtigte Person das Wahlrecht zur Aufrechterhaltung des Anspruchs auf Heilfürsorge für Wahlleistungen nochmals ausüben. Wird ein Beamter auf Widerruf zum Beamten auf Probe ernannt, so wird aus Gründen der Gleichbehandlung stets ein nochmaliges Wahlrecht eingeräumt. Eine neue Heilfürsorgeberechtigung liegt aber insbesondere dann nicht vor, wenn ein Beamtenverhältnis auf Probe in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit umgewandelt wird. Bei Beginn oder Ende einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge, sowie bei Eintritt oder Versetzung in den Ruhestand besteht keine neue Wahlmöglichkeit.
- 8.4.1.4 Ein schriftlicher Widerruf der Erklärung wird, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist, nur für die Zukunft, frühestens somit zum ersten Tag des auf den Widerruf folgenden Kalendermonats wirksam. Der Widerruf und die Rechtsfolgen werden durch Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung festgestellt.
- 8.4.1.5 Die Angemessenheit des Entgelts für die Wahlleistung Unterkunft ist grundsätzlich nach der "Gemeinsamen Empfehlung gemäß § 22 Absatz 1 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) / § 17 Absatz 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für die Wahlleistung Unterkunft", die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der privaten Krankenversicherung am 1. August 2002 vereinbart wurde, in der jeweils geltenden Fassung zu beurteilen.
- 8.4.1.6 Bei Inanspruchnahme der Wahlleistung Einbettzimmer (bei Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer) werden nur die Kosten des Zweibettzimmerzuschlages berücksichtigt.
- 8.4.1.7 Durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Dezember 2012, GBl. S. 677, 683, wurde § 14 Absatz 1 BVO so geändert, dass ab 1. Januar 2013

neu eingestellten Beamtinnen und Beamten die Kosten für Wahlleistungen nur noch zu 50 % erstattet werden können. Die Formulierung „oder gegebenenfalls nach Maßgabe“ in § 8 Absatz 4 HVO bedeutet, dass für den Fall, dass Leistungen nach § 14 Absatz 1 Satz 3 und 5 BVO weiterhin gewährt werden können, diese auch Heilfürsorgeberechtigten zu gewähren sind. Die Übergangsregelung in § 19 Absatz 6 BVO gilt damit auch für Heilfürsorgeberechtigte.

8.4.2 Zu Satz 3 und 4

- 8.4.2.1 Der Wortlaut des § 8 Absatz 4 Satz 3 HVO lässt die Gewährung eines Zweibettzimmertagegeldes nur zu, wenn die Wahlleistung Unterkunft (Zweibettzimmer) heilfürsorgefähig gewesen wäre, also wenn der monatliche Beitrag geleistet wird. Tagegeld steht nicht zu, wenn das Krankenhaus bessere Unterbringung (Ein- oder Zweibettzimmer) in der betreffenden Abteilung nicht als Wahlleistung anbietet. Sind Zweibettzimmer Regelleistung und werden als Wahlleistung Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, steht kein Tagegeld bei Nichtinanspruchnahme zu. Tagegeld steht auch zu, wenn die Wahlleistung Unterkunft zwar in Anspruch genommen, die Aufwendungen aber nicht bei der Heilfürsorge geltend gemacht werden, zum Beispiel weil sie durch eine Zusatzversicherung gedeckt sind. Ist die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer aus medizinischen Gründen notwendig, steht kein Zweibettzimmertagegeld zu.
- 8.4.2.2 Für das Wahlarzttagegeld nach § 8 Absatz 4 Satz 4 HVO gelten Nummer 8.4.2.1 Satz 1, 2 und 4 entsprechend. Belegärzte sind keine Wahlärzte nach § 18 KHEntgG beziehungsweise § 22 BPfIV.
- 8.4.2.3 Der Heilfürsorgeberechtigte hat dem Antrag auf ein Krankenhaustagegeld einen Nachweis, dass das Krankenhaus Wahlleistungen anbietet, und eine Bestätigung des Krankenhauses beizufügen, dass auf die Inanspruchnahme von Wahlleistungen verzichtet wurde. Im Falle von Nummer 8.4.2.1 Satz 4 entfällt die Notwendigkeit des Nachweises. Für die Berechnung des Krankenhaustagegeldes zählen der Aufnahme- und Entlassungstag als ein Tag.

Zu § 9 Krankenpflege

9.1 Zu Absatz 1

- 9.1.1 Die häusliche Krankenpflege umfasst die häusliche Behandlungspflege (zum Beispiel Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Blutdruckmessung, Einreibungen) und gegebenenfalls vorübergehend für weniger als sechs Monate die häusliche Grundpflege in den Bereichen Mobilität und Motorik (zum Beispiel Bewegungsübungen, Vorbeugung gegen Wundliegen, Lagern), Hygiene (zum Beispiel Körperpflege) und Nahrungsaufnahme entsprechend der persönlichen und krankheitsbedingten Lage des Heilfürsorgeberechtigten durch Berufspflegekräfte oder ärztlich für geeignet erklärte Personen sowie gegebenenfalls die hauswirtschaftliche Versorgung; letztere allerdings nur zusätzlich zur Grundpflege. Eine hauswirtschaftliche Versorgung durch nahe Angehörige kann berücksichtigt werden, sofern diese nicht im Haushalt des Erkrankten leben. Ein Betreuungsbedarf im Sinne der §§ 45a und b SGB XI gehört nicht zur Krankenpflege. Bezieht der Heilfürsorgeberechtigte Leistungen aus der Pflegeversicherung, werden die Kosten für die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung nicht übernommen.
- 9.1.2 Die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

Zu § 10 Familien- und Haushaltshilfe

10.1 Definitionen

- 10.1.1 Sind beide Ehepartner oder Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz berufstätig, ist bei gleichem prozentualen Beschäftigungsanteil grundsätzlich davon auszugehen, dass die Haushaltsführung gemeinsam erledigt wird.
- 10.1.2 Eine langfristige häusliche Bettlägerigkeit setzt voraus, dass die körperlichen Aktivitäten derart eingeschränkt sind, dass Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können.
- 10.1.3 Eine langfristige krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten setzt voraus, dass auch Teilleistungen nicht mehr erbracht werden können.
- 10.1.4 Die Voraussetzungen nach § 10 Satz 1 HVO sind nicht erfüllt, wenn die den Haushalt führende Person als Begleitperson im Krankenhaus aufgenommen oder außerhalb untergebracht wird.

10.2 Nachweise

- 10.2.1 Die Leistungen zur Familien- und Haushaltshilfe werden für die Familie beziehungsweise Lebenspartnerschaft gewährt. Der Heilfürsorgeberechtigte hat deshalb schriftlich zu versichern, dass vom nicht heilfürsorgeberechtigten Ehepartner beziehungsweise Lebenspartner und/oder Kind keine Kostenerstattung für die gleichen Leistungen beantragt wird.
- 10.2.2 Der Heilfürsorgeberechtigte hat glaubhaft darzulegen, in welchem zeitlichen Umfang (Stundenzahl) die Familien- und Haushaltshilfe zur Betreuung des Pflegebedürftigen oder der Kinder zur verantwortlichen Führung des Haushalts täglich benötigt wird. Falls mehr als fünf Tage pro Kalenderwoche geltend gemacht werden, ist dies eingehend zu begründen. Verbleiben volljährige Personen im Haushalt, so ist anzugeben, warum diesen eine Führung des Haushalts, gegebenenfalls zumindest an arbeitsfreien Tagen, nicht möglich ist.
- 10.2.3 Für die ersten sieben Tage nach einer außerhäuslichen Unterbringung kann auf eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung verzichtet werden, wenn sich aus der Diagnose eine schwere Erkrankung ergibt. An die für eine Verlängerung über sieben Tage hinaus nach § 10 Satz 2 HVO erforderliche ärztliche Begründung sind strenge Anforderungen zu stellen, wenn sich aus dem Krankheitsbild oder anderen Umständen nicht ohne weiteres die Notwendigkeit erkennen lässt.

10.3 Karenzzeit

Vorbemerkung:

Die Regelungen über die Familien- und Haushaltshilfe in der HVO sollen weitgehend der BVO entsprechen, da häufig beide gleichzeitig betroffen sind. Nachdem in § 10a Satz 1 Nummer 3 Satz 5 2. Halbsatz BVO der Beginn der Familien- und Haushaltshilfe bei langfristiger häuslicher Bettlägerigkeit vom Beginn der fünften auf den Beginn der vierten Woche vorverlegt wurde, soll dies auch für § 10 Satz 3 2. Halbsatz HVO gelten. Die Nummer 10.3 berücksichtigt im Vorgriff bereits diese Änderung.

In Fällen mit außerhäuslicher Unterbringung kann Familien- und Haushaltshilfe für längstens 21 Kalendertage nach Ende der außerhäuslichen Unterbringung bewilligt werden. Bei langfristiger häuslicher Bettlägerigkeit oder langfristiger krankheitsbedingter Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten kann anstelle der außerhäuslichen Unterbringung Familien- und Haushaltshilfe ab Beginn der vierten Woche gewährt werden. Die Betroffenen haben die Kosten die-

ser Karenzzeit für die ersten drei Wochen selbst zu tragen, wobei die Karenzzeit bei nachgewiesenen schweren Erkrankungen für dieselbe Erkrankung nur einmal zur Anwendung kommen soll.

10.4 Vergütung

Sofern die Haushaltshilfe nicht von beruflichen Pflegekräften (zum Beispiel über die Wohlfahrtsverbände) übernommen wird, wird für die sogenannten selbst beschafften Haushaltshilfen (zum Beispiel Bekannte, Freunde, Nachbarn) eine Vergütung von 1/8 aus 2,5 vom Hundert der sich aus § 18 SGB IV ergebenden monatlichen Bezugsgröße, auf- oder abgerundet auf den nächsten geraden Euro-Betrag, erstattet.

Zu § 11 Versorgung mit Arzneimitteln und Verbandmitteln

11.1 Zu Absatz 1

11.1.1 Nicht apothekenpflichtige Arzneimittel (§ 31 Absatz 1 Satz 1 SGB V), apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (§ 34 Absatz 1 Satz 1 SGB V), verschreibungspflichtige Arzneimittel bei geringfügigen Gesundheitsstörungen (§ 34 Absatz 1 Satz 6 SGB V) und Arzneimittel zur Erhöhung der Lebensqualität (§ 34 Absatz 1 Satz 7 SGB V) sowie Mittel, die objektiv geeignet sind Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen, sind von der Versorgung ausgeschlossen.

11.1.2 Die Arzneimittel-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang). Die Versorgung der Heilfürsorgeberechtigten mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, Diätetika nach § 31 Absatz 5 SGB V, Verbandmitteln, Diagnostika / Harn- und Blutteststreifen, Medizinprodukten nach § 31 Absatz 1 SGB V und Hilfsmitteln ist durch Vertrag zwischen dem Land Baden-Württemberg und dem Landesapothekerverband Baden-Württemberg e.V. geregelt. Eine Abgabe zu Lasten des Landes erfolgt nur aufgrund einer ärztlichen oder zahnärztlichen Verordnung auf dem zwischen den Partnern des Bundesmantelvertrags-Ärzte vereinbarten Verordnungsblatt (Muster 16) in der jeweils geltenden Fassung. Die Verordnungen können auch von Polizeiärzten des Landes oder deren vertraglich bestellten Vertretern ausgestellt werden.

11.1.3 Die Heilfürsorgeberechtigten sind verpflichtet, ärztlich verordnete Arzneimittel, die im Wege der Rezeptur von öffentlichen Apotheken erst hergestellt oder besonders beschafft werden müssen und die vom Lieferanten nicht zurückgenommen werden, unverzüglich abzuholen. Werden sie nicht abgeholt und deshalb der

Heilfürsorgestelle in Rechnung gestellt, kann die Heilfürsorgestelle vom Heilfürsorgeberechtigten einen entsprechenden Kostenersatz verlangen.

11.2 Zu Absatz 3

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt nach § 35 Absatz 1 SGB V für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In diesen Gruppen werden Arzneimittel mit denselben oder pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen sowie mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung zusammengefasst. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen setzt nach § 35 Absatz 3 SGB V für jede gebildete Festbetragsgruppe einen Festbetrag fest. Die vom Spitzenverband vierteljährlich zu erstellende Übersicht über sämtliche am 1. des Quartals im Markt befindlichen Festbetragsarzneimittel steht nach § 67a des Arzneimittelgesetzes auf der Internetseite des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de) abruffähig zur Verfügung.

Zu § 12 Hilfsmittel und Körperersatzstücke

12.1 Zu Absatz 1

- 12.1.1 Die Hilfsmittel-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).
- 12.1.2 Hilfsmittel, die lediglich zu prophylaktischen Zwecken verordnet werden, zum Beispiel Orthesen zum Schutz bei sportlicher Betätigung, werden nicht erstattet.
- 12.1.3 Die Kosten für Schuheinlagen werden in der Regel für bis zu zwei Paar Schuhe jährlich einschließlich Dienstschuhe übernommen.
- 12.1.4 Die Abgabe von ärztlich verordneten Blutdruck-, Blutzucker- und Blutgerinnungsmessgeräten bedarf der vorherigen Genehmigung der Heilfürsorgestelle.
- 12.1.5 Zur Weiterverwendung geeignete Hilfsmittel sind insbesondere Krankenfahrstühle, Krankenheber, Gehwagen und Heimdialysegeräte. Diese Hilfsmittel werden den Heilfürsorgeberechtigten leihweise überlassen und sind zurückzugeben, wenn sie nicht mehr benötigt werden. Sie sind von Heilfürsorgeberechtigten, deren Anspruch auf Heilfürsorge durch Entlassung erlischt, zurückzufordern. Im Übrigen verbleiben sie den Beamtinnen und Beamten bei einer Versetzung in den Ruhestand.

12.1.6 Der Heilfürsorgeberechtigte ist verpflichtet, sich mit dem Gebrauch der Hilfsmittel und Körperersatzstücke vertraut zu machen und sich der dazu erforderlichen Ausbildung, zum Beispiel Gehschulung und Armschulung, zu unterziehen.

12.2 Zu Absatz 2

12.2.1 Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt nach § 36 SGB V für welche Gruppen von Hilfsmitteln Festbeträge festgesetzt werden und setzt für diese einheitliche Festbeträge fest. Diese können auf seiner Internetseite (www.gkv-spitzenverband.de) abgerufen werden. Bei den ab 1. März 2012 geltenden Festbeträgen für Einlagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie und Hörhilfen (Hörgeräte für an Taubheit grenzende Heilfürsorgeberechtigte) handelt es sich um Nettobeträge (ohne Umsatzsteuer). Bei den seit 1. Januar 2007 geltenden übrigen Festbeträgen für Hörhilfen und den Festbeträgen für Inkontinenzhilfen und Stomaartikel sowie den seit 1. März 2008 geltenden Festbeträgen für Sehhilfen handelt es sich dagegen um Bruttobeträge, in denen auch die jeweilige Umsatzsteuer enthalten ist.

12.2.2 Soweit der Verband der Ersatzkassen in Baden-Württemberg keine Preisvereinbarungen für Hilfsmittel trifft, können auch vereinbarte Kostensätze einzelner Ersatzkassen übernommen werden.

12.2.3 Die Heilfürsorgestelle kann die Kosten der in § 12 Absatz 2 Satz 1 HVO geregelten Hilfsmittel ausnahmsweise bis zu einer angemessenen Höhe übernehmen, wenn der Heilfürsorgeberechtigte vor deren Beschaffung durch Vorlage eines fachärztlichen oder sonstigen Gutachtens auf eigene Kosten nachweist, dass ein spezielles Hilfsmittel gegenüber von zumindest zwei anderen kostengünstigeren Hilfsmitteln erhebliche Gebrauchsvorteile aufweist und wenn der zuständige Polizeiarzt die medizinische Notwendigkeit bestätigt und feststellt, dass ohne das beantragte Hilfsmittel auch eine Verwendung in eingeschränkter Dienstfähigkeit nach § 43 Absatz 2 Satz 2 LBG nicht mehr möglich ist. Die Heilfürsorgestelle hat auch in diesen Fällen gemäß § 79 Absatz 2 und 6 LBG § 12 Absatz 1 SGB V zu beachten.

12.2.4 Bei Hörgeräten sind abweichend von der Hilfsmittel-Richtlinie nach Nummer 12.1.1 grundsätzlich nur Hinter-dem-Ohr Hörgeräte (HdO-Hörsysteme) genehmigungsfähig. Diese sind nach Feststellungen des Polizeiärztlichen Dienstes für die Verwendung im Polizeidienst besser geeignet als Im-Ohr Hörgeräte (IO-Hörsysteme). HdO-Hörsysteme sind beim Tragen der Schirmmütze weitgehend

vor Regen geschützt und können somit auch im Außendienst getragen werden. Bei IO-Hörsystemen kann es bei Gewalteinwirkungen zu Trommelfellverletzungen, bei der Nutzung von Funkgeräten zu Rückkoppelungen und sehr häufig zu Entzündungen des äußeren Gehörganges kommen. Liegen die Voraussetzungen der Nummer 12.2.3 vor, wird der doppelte Festbetrag als Höchstbetrag erstattet. Der Aufwand für die Nachsorge wird zusätzlich vergütet.

12.3 Zu Absatz 3

- 12.3.1 Für Sehhilfen findet nach § 12 Absatz 1 Satz 6 HVO Nummer 12.1.1 Satz 1 entsprechend Anwendung. Nach der Hilfsmittel-Richtlinie können neben der Regelversorgung mit mineralischen Gläsern auch Kunststoffgläser bei Vorliegen bestimmter Indikationen erstattungsfähig sein.
- 12.3.2 Für Brillengestelle wird der übernahmefähige Betrag auf 10,23 Euro und für die einfache Entspiegelung eine Pauschale von 7,93 Euro je Glas festgesetzt.
- 12.3.3 Eine Vergütung für eine neue Brille ist bei unveränderten Werten nach drei Jahren möglich. Muss eine Brille aufgrund einer Beschädigung ersetzt werden, hat der Optiker die Unbrauchbarkeit der Brille zu bestätigen.
- 12.3.4 Ist die Instandsetzung oder Ersatzbeschaffung einer Brille aus Anlass eines Dienstunfalles erforderlich, so wird der über die Leistungen nach der Heilfürsorge hinausgehende Schaden im Rahmen der Unfallfürsorge abgewickelt. Ist die Beschädigung in Ausübung oder infolge des Dienstes, jedoch ohne Vorliegen einer Körperverletzung eingetreten und sind die sonstigen Voraussetzungen für den Ersatz von Sachschaden nach § 80 LBG erfüllt, finden auf den aus Mitteln der Heilfürsorge nicht gedeckten Schaden die Vorschriften nach § 80 LBG Anwendung.
- 12.3.5 Die Kosten eines chirurgischen Hornhauteingriffs durch eine Laserbehandlung können nach vorheriger Genehmigung grundsätzlich nur übernommen werden, wenn es sich hierbei um eine nach der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung (Nummer 4.1.10) allgemein anerkannte Methode handelt (Anlage I Nummer 13). Für die refraktive Augen Chirurgie, die in der Anlage II Nummer 13 als nicht vertragsärztliche Leistung eingeordnet ist, gilt die Nummer 2.5.5.

12.4 Zu Absatz 4

Orthopädisches Schuhwerk im Sinne des § 12 Absatz 4 HVO sind Orthopädische Maßschuhe und orthopädische Zurichtungen von konfektionierten Schuhen und von Dienstschuhen einschließlich Schutzschuhen. Als Ausgaben für normales Schuhwerk sind die Beschaffungskosten für dienstlich gelieferte Schuhe nach dem Preisverzeichnis des Logistikzentrums Baden-Württemberg zugrunde zu legen. Das Logistikzentrum hat der Heilfürsorgestelle jährlich zum 1. Januar ein aktuelles Preisverzeichnis zu übersenden. Die Kosten werden für bis zu sechs Paar einschließlich Dienstschuhe im Jahr der Erstverordnung übernommen. Bei einer Folgeverordnung werden die Kosten grundsätzlich erst nach einer Mindesttragezeit von zwei Jahren bei Straßenschuhen und von vier Jahren bei Hausschuhen und sonstigen Schuhen, zum Beispiel Sportschuhen und Badeschuhen, übernommen. Besohlungskosten für normale Abnutzung werden nicht übernommen.

Zu § 13 Heilmittel und Soziotherapie

13.1 Zu Absatz 1

- 13.1.1 Heilmittel sind persönlich zu erbringende medizinische Leistungen nichtärztlicher Leistungserbringer. Diese ärztlich verordneten Dienstleistungen dienen einem Heilzweck oder sichern einen Heilerfolg und dürfen nur von speziell ausgebildeten Personen der Heilhilfsberufe nach § 124 SGB V erbracht werden. Die vom Bundesministerium des Innern in der Anlage 10 zur BBhV (Anlage 10 zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1 BBhV) in der jeweils gültigen Fassung für die Heilmittelerbringung zugelassenen Personen sind auch im Land zugelassen. Eine sogenannte Kassenzulassung ist nicht Voraussetzung.
- 13.1.2 Die Vergütung erfolgt nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Verbänden der Physiotherapeuten. Nach der Vereinbarung mit dem Verband Physikalische Therapie Baden-Württemberg gilt für die Abrechnung von physiotherapeutischen Leistungen von Physiotherapeuten die jeweils gültige Preisvereinbarung mit der AOK Baden-Württemberg nach § 125 Absatz 2 SGB V zuzüglich eines Zuschlages von 10 %. Für Verordnungen von nicht vertragsgebundenen Behandlern wie Ergotherapeuten, Logopäden und medizinische Podologen gelten die jeweils gültigen Vergütungssätze der AOK ohne Zuschlag, soweit sie nicht im Rahmen eines ambulanten Heilverfahrens nach § 14 Absatz 4 Satz 4 HVO gewährt werden.
- 13.1.3 Die Heilmittel-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

13.1.4 Die Erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) ist eine außervertragliche Leistung nach § 2 Absatz 5 Satz 2 HVO. Sie kann in besonderen Ausnahmefällen vom Polizeiarzt verordnet werden, wenn vertragliche physikalische Maßnahmen nicht ausreichend sind, durch die EAP jedoch eine ambulante Rehabilitation nach § 14 Absatz 2 HVO vermieden werden kann. Die ärztliche Verordnung ist entsprechend zu begründen und der Heilfürsorgestelle vor der Inanspruchnahme zur Genehmigung vorzulegen. Abschnitt 2 der Anlage 9 zur BBhV (Anlage 9 zu § 23 Absatz 1 BBhV) findet mit Ausnahme des Satzes 2 der Nummer 1 in der jeweils geltenden Fassung entsprechend Anwendung. Die Leistungen müssen von den in Anlage 10 zu § 23 Absatz 1 und § 24 Absatz 1 BBhV in der jeweils geltenden Fassung aufgeführten Leistungserbringern erbracht werden. Eine Kostenübernahme ist bis zur Höhe des im jeweils geltenden Leistungsverzeichnis der Anlage 9 zu § 23 Absatz 1 BBhV aufgeführten Betrages und zu den vorgegebenen Bedingungen berücksichtigungsfähig.

13.2 Zu Absatz 2

Sofern Heilmittel nicht am Wohn- oder Dienstort oder der unmittelbaren Umgebung in Anspruch genommen werden, ist die Vergütung nur bis zur Höhe der vereinbarten Vertragssätze möglich. Bei einer Inanspruchnahme in anderen Bundesländern findet § 17 Absatz 1 HVO Anwendung. Fahrkosten werden in diesen Fällen nicht erstattet.

13.3 Zu Absatz 3

13.3.1 Die Soziotherapie soll die häusliche Krankenpflege ergänzen und eine stationäre Behandlung vermeiden. Der Heilfürsorgeberechtigte muss deshalb therapiefähig sein. Zur Abklärung der Therapiefähigkeit und Erstellung eines sozialtherapeutischen Behandlungsplans können bis zu fünf Probestunden vor der ersten Verordnung erbracht werden. Die Verordnung ist von Ärzten, die berechtigt sind, die Gebietsbezeichnung Psychiatrie oder Nervenheilkunde zu führen, vorzunehmen und der Heilfürsorgestelle zusammen mit dem Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.

13.3.2 Die Soziotherapie-Richtlinien sind entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

Zu § 14 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

14.1 Zu Absatz 1

- 14.1.1 Leistungen zur ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation, zu Heilkuren und zu Vorsorgekuren werden nur auf schriftlichen Antrag des Heilfürsorgeberechtigten genehmigt. Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation sind mit dem für die gesetzlichen Krankenkassen vorgesehenen Vordruck bei der Heilfürsorgestelle zu beantragen, die den Antrag zur Stellungnahme an den zuständigen Polizeiarzt weiterleitet. Die anderen Leistungen sind direkt beim zuständigen Polizeiarzt zu beantragen. Der Heilfürsorgeberechtigte hat in dem Antrag zu bestätigen, dass er bereit ist, zum nachhaltigen Erfolg der Behandlung beizutragen und die die Behandlung betreffenden Anordnungen zu befolgen. Außerdem hat er die erforderlichen ärztlichen und/oder fachärztlichen Gutachten auf eigene Kosten vorzulegen, soweit diese nicht bereits dem zuständigen Polizeiarzt vorliegen. Die Gutachten müssen bezüglich des anzugebenden Zwecks ausreichend begründet sein und mit Ausnahme der Vorsorgekuren eine klar bezeichnete Krankheit benennen. Bei einer Anschlussheilbehandlung ist der Befund- / Entlassbericht des Krankenhauses ausreichend.
- 14.1.2 Zur Abgrenzung der ambulanten Rehabilitationsleistungen, der stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, der Heilkuren, der Vorsorgekuren und der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation ist die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) vom Oktober 2005/Februar 2012, in der jeweils gültigen Fassung, heranzuziehen. Der zuständige Polizeiarzt stellt auf Grund der Richtlinie fest, ob und gegebenenfalls für welche Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen eine Indikation vorliegt. Bei Befürwortung eines Antrages auf stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und auf Vorsorgekuren erteilt der zuständige Polizeiarzt im Auftrag der Heilfürsorgestelle die Kostenzusage gegenüber der Einrichtung und unterrichtet schriftlich den Heilfürsorgeberechtigten, seine Dienststelle und die Heilfürsorgestelle. In allen anderen Fällen übersendet er den Antrag mit seiner Stellungnahme und den gegebenenfalls erforderlichen Festlegungen der Heilfürsorgestelle. Die ärztlichen und fachärztlichen Gutachten verbleiben beim zuständigen Polizeiarzt.
- 14.1.3 Die Rehabilitations-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).
- 14.1.4 Leistungen zu einer aus medizinischen Gründen erforderlichen familienorientierten Rehabilitation werden nur für den Anteil der Kosten gewährt, die beim Heilfürsorgeberechtigten anfallen, sofern auch bei diesem eine Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist.

- 14.1.5 Für genehmigte ambulante oder stationäre Leistungen nach § 14 Absatz 2 bis 4 HVO, die zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit erforderlich sind, bedarf es keines Sonderurlaubs nach § 30 AzUVO, da der Heilfürsorgeberechtigte für die Dauer dieser Maßnahmen dienstunfähig ist. Dies gilt entsprechend für eine stationäre Anschlussheilbehandlung, mit der in der Regel innerhalb von zwei Wochen nach einer Krankenhausentlassung begonnen werden muss.
- 14.1.6 Handelt es sich um genehmigte ambulante oder stationäre Leistungen nach § 14 Absatz 4 und 5 HVO, die zur Erhaltung der Dienstfähigkeit notwendig sind, ist nach § 30 AzUVO Sonderurlaub unter Belassung der Bezüge zu bewilligen. Der Sonderurlaub schließt den Tag des Beginns und den Tag der Beendigung der Leistung sowie die An- und Abreise mit ein. Nummer 14.5.4 Satz 3 gilt entsprechend. Für Nachkuren oder Schonungszeiten wird kein Sonderurlaub bewilligt.
- 14.1.7 Bei ambulanten Heilverfahren nach § 14 Absatz 4 HVO hat der Polizeiarzt nach Nummer 14.1.2 festzulegen, ob es sich um eine Wiederherstellung der Dienstfähigkeit nach Nummer 14.1.5 oder um eine Erhaltung der Dienstfähigkeit nach Nummer 14.1.6 handelt.

14.2 Zu Absatz 2

- 14.2.1 Ambulante Rehabilitationsleistungen sind aus medizinischen Gründen zur Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich, wenn der angestrebte Heilerfolg nicht durch medikamentöse oder ambulante Therapiemöglichkeiten nach § 13 HVO erreicht werden kann.
- 14.2.2 Ambulante Rehabilitationsleistungen sollen, sofern der Spitzenverband der Krankenkassen für bestimmte Krankheitsbilder keine abweichende Regeldauer festgelegt hat, 20 Behandlungstage nicht überschreiten. Verlängerungen können nur bewilligt werden, wenn diese aus medizinischen Gründen dringend erforderlich sind.
- 14.2.3 Für ambulante Rehabilitationsleistungen werden die mit den Ersatzkassen vereinbarten Erstattungssätze übernommen.

14.3 Zu Absatz 3

- 14.3.1 Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind aus medizinischen Gründen zur Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich, wenn eine stationäre

Krankenhausbehandlung vermieden werden kann oder medikamentöse oder andere ambulante Therapie-Maßnahmen nicht den gewünschten medizinischen Erfolg haben oder der angestrebte Heilerfolg nicht auf andere Weise zu erreichen ist. Ist aufgrund des zu behandelnden Krankheitsbildes bereits bei der Genehmigung eine länger als dreiwöchige stationäre Behandlungsdauer absehbar, kann bereits von Anfang an aus dringenden medizinischen Gründen eine längere Aufenthaltsdauer bewilligt werden.

- 14.3.2 Vom zuständigen Polizeiarzt ist die Rehabilitationseinrichtung auszuwählen, die für die zu behandelnde Krankheit besonders geeignet ist. Dies gilt auch für Behandlungen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.
- 14.3.3 Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen auch stationäre Behandlungen wegen einer Tbc-, Sucht- oder psychischen Erkrankung. Die Kosten für eine Beratung oder Schulung der Angehörigen werden nicht übernommen, auch wenn ein derartiges Therapieprogramm (zum Beispiel dreitägige Seminare für Angehörige und Patienten) in den Aufnahme- oder Pflegebedingungen einer Krankenanstalt vorgesehen ist.
- 14.3.4 Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nicht gewährt, wenn im laufenden oder den beiden vorangegangenen Kalenderjahren bereits entsprechende Leistungen mit gleichgearteten Indikationen durchgeführt oder beendet worden sind, es sei denn, eine vorzeitige Leistung ist aus medizinischen Gründen zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit dringend erforderlich. Satz 1 findet keine Anwendung bei Anschlussheilbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen zur Suchtbehandlung, zur Behandlung psychischer Erkrankungen und zur onkologischen Nachsorge.
- 14.3.5 Bei einer stufenweisen Wiedereingliederung ist die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie entsprechend zu berücksichtigen (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang). Die in Wiedereingliederungsplänen vom behandelnden Haus- oder Facharzt unter Beachtung der Schweigepflicht gegebenen Empfehlungen zur vorübergehenden Einschränkung der quantitativen oder qualitativen Belastung des Heilfürsorgeberechtigten durch die in der Wiedereingliederungsphase ausgeübte berufliche Tätigkeit sind als Vorschlag anzusehen, die im Rahmen eines Eingliederungsgespräches konkretisiert werden müssen. Dabei sind die dienstlichen Bedingungen und eventuelle besondere Anforderungen des Arbeitsplatzes zu berücksichtigen. Deshalb erfordert die stufenweise Wiedereingliederung eine Zusammenarbeit zwischen Heilfürsorgeberechtigtem, behandelndem Arzt, Dienststellenleiter und Polizeiarzt sowie mit Zustimmung des Heilfürsorgeberechtigten auch dem Personalrat. Mit

dem Heilfürsorgeberechtigten soll eine schriftliche Vereinbarung getroffen werden.

- 14.3.6 § 68 Absatz 3 LBG regelt die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung nach längerer krankheitsbedingter Dienstunfähigkeit. Lang andauernd im Sinne des § 68 Absatz 3 LBG ist eine Krankheit mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen. Der Heilfürsorgeberechtigte kann damit wieder langsam, in der Regel stundenweise, an den Dienst herangeführt werden. Er gilt weiterhin als dienstunfähig und ist insoweit nicht zur Dienstleistung verpflichtet. Es handelt sich um keine Teilzeitbeschäftigung und keine Verwendung in begrenzter Dienstfähigkeit. Die Arbeitszeit ist zwar zu erfassen, aber nicht als Arbeitszeit zu werten. Urlaubsregelungen und Arbeitszeitflexibilisierung finden keine Anwendung. Der Heilfürsorgeberechtigte nimmt probeweise wieder am Dienstbetrieb teil, indem er freiwillig seine Arbeitskraft dem Dienstherrn zur Verfügung stellt. Voraussetzung ist, dass dies nach ärztlicher Beurteilung möglich ist und die vollständige Genesung nicht verzögert oder verhindert. Ist nach sechs Monaten eine Wiederaufnahme des Dienstes im bisherigen Beschäftigungsumfang nicht absehbar, ist die Zuruhesetzung wegen Dienstunfähigkeit oder die Verwendung in begrenzter Dienstfähigkeit zu prüfen. Im Übrigen gelten die zu § 68 Absatz 3 LBG erlassenen Verwaltungsvorschriften.

14.4 Zu Absatz 4

- 14.4.1 Ambulante Heilkuren sollen nur genehmigt werden, wenn die vorliegende Erkrankung keine stationäre Behandlung mit ständiger ärztlicher und pflegerischer Betreuung erfordert. Die ambulanten Heilkuren müssen in einem Kurort, der im Kurortverzeichnis Inland des Bundesministers des Innern im Anhang 3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV (VwV zu § 35 Absatz 1 Nummer 4 BBhV) in der jeweils gültigen Fassung enthalten ist, unter ärztlicher Leitung und nach einem Kurplan durchgeführt werden. Hierbei soll der für das zu behandelnde Krankheitsbild nächstgelegene geeignete Kurort ausgewählt werden. Fahrkosten nach § 16 Absatz 1 Nummer 4 HVO werden nur bis zu diesem erstattet. Wählt der Heilfürsorgeberechtigte einen weiter entfernt gelegenen, gleich geeigneten Kurort, hat er die dafür anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.
- 14.4.2 Die Unterkunft muss sich im Kurort befinden und ortsgebunden sein. Hierunter fällt nicht der Aufenthalt in einem Wohnwagen, auf einem Campingplatz und in einer Ferienwohnung, da die damit verbundenen notwendigen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten den Kurerfolg in Frage stellen können. Die Kosten der Unter-

bringung einschließlich Kurtaxe und der Verpflegung hat der Heilfürsorgeberechtigte selbst zu tragen.

- 14.4.3 Ambulante Heilkuren werden nicht gewährt, wenn im laufenden oder den beiden vorangegangenen Kalenderjahren bereits entsprechende Leistungen mit gleichgearteten Indikationen durchgeführt oder beendet worden sind. Wurden entsprechende Leistungen mit gleichgearteten Indikationen als Vorsorgekuren durchgeführt, sind diese bei der Wartezeit anzurechnen.
- 14.4.4 Ist ein Kurarzt nur bereit nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen, können auch die Kosten der von ihm mit Privatliquidationen beauftragten Leistungserbringer entsprechend übernommen werden.
- 14.4.5 § 14 Absatz 3 Satz 1 2. Halbsatz HVO und Nummer 14.3.1 Satz 2 sind auf ambulante Heilkuren entsprechend anzuwenden.

14.5 Zu Absatz 5

- 14.5.1 Dem Antrag nach Nummer 14.1.1 ist eine Bescheinigung der Dienststelle beizufügen, dass der Beamte die nach § 14 Absatz 5 Satz 1 Nummer 1 bis 3 HVO in Verbindung mit Nummer 14.5.6 und 14.5.7 erforderlichen Voraussetzungen (ohne die ärztliche Feststellung einer funktionellen Störung der Gesundheit) und die nach § 14 Absatz 5 Sätze 6 und 7 HVO in Verbindung mit Nummer 14.5.8 erforderliche Wartezeit erfüllt. Der Antrag nach Nummer 14.1.1 kann nur zusammen mit dieser Bescheinigung gestellt werden, wobei diese erst ausgestellt werden darf, wenn die bescheinigten Voraussetzungen tatsächlich vorliegen.
- 14.5.2 Vorsorgekuren nach § 14 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 und 3 HVO sollen vom zuständigen Polizeiarzt nur genehmigt werden, wenn funktionelle Störungen der Gesundheit vorliegen und mit der Vorsorgekur der Gesundheitszustand des Heilfürsorgeberechtigten wieder stabilisiert werden kann. Ob funktionelle Störungen der Gesundheit vorliegen, hat der zuständige Polizeiarzt gegebenenfalls nach Vorlage hausärztlicher und/oder fachärztlicher Gutachten zu entscheiden. Da die individuelle Behandlung des Heilfürsorgeberechtigten im Vordergrund steht, werden Vorsorgekuren mit Angehörigen selbst bei eigener Heilfürsorgeberechtigung nicht gewährt (§ 14 Absatz 5 Satz 5 HVO).
- 14.5.3 Die Vorsorgekuren werden nur in besonderen, vom Polizeiarzt ausgewählten Kur- einrichtungen in stationärer Form durchgeführt. Im Vordergrund steht ein Aktiv-

Bewegungstraining mit stufenweiser Belastungssteigerung. Die Sätze 3 bis 5 der Nummer 14.4.1 gelten sinngemäß.

- 14.5.4 Bei der Festlegung des Zeitpunkts von Vorsorgekuren sind die dienstlichen Belange zu berücksichtigen. Um Engpässe im Dienstbetrieb zu vermeiden, ist der Termin des Kuraufenthalts rechtzeitig mit der Dienststelle abzustimmen. Würde ein von der Dienststelle verbindlich geplanter Nachtdienst unmittelbar vor dem Sonderurlaub nach Nummer 14.1.6 beginnen und/oder nach diesem enden, ist der Nachtdienst vor 0 Uhr und der nach 24 Uhr in den Sonderurlaub mit einzubeziehen.
- 14.5.5 Nach § 14 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 und 3 HVO können nur Tätigkeiten berücksichtigt werden, die in vollem Umfang am Tag und in der Nacht ausgeübt werden. In vollem Umfang bedeutet, dass reine Wechselschicht- oder operative Einsatzdienste ohne zeitliche oder gesundheitliche Einschränkungen auszuüben sind. Zeitliche Einschränkungen außerhalb dieser Dienste können unberücksichtigt bleiben. Die Arbeitszeit darf jedoch nicht so reduziert werden, dass auch die Schichtdienstleistung davon betroffen ist oder dass Schichtdienste nach einem Arbeitszeitmodell geleistet werden, bei denen die Arbeit nicht ununterbrochen während der gesamten Woche fortgesetzt wird. Die Vorsorgekur soll der Erhaltung der Gesundheit der in § 14 Absatz 5 Satz 1 HVO genannten Beamten dienen, die bestimmte belastende Tätigkeiten in vollem Umfang tatsächlich ausüben.
- 14.5.6 Nach § 14 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 und 3 HVO kann nur ein durchgehender Dienst berücksichtigt werden. Durchgehenden Dienst zu leisten bedeutet, dass dieser zumindest ohne größere Unterbrechungen durchgeführt worden sein muss. Unterbrechungen der Mindestdienstzeit von zwei Jahren im Wechselschichtdienst beziehungsweise drei Jahren im operativen Einsatzdienst durch Erholungsurlaub, Sonderurlaub nach §§ 26 bis 29 AzUVO, Fernbleiben vom Dienst nach § 74 Absatz 1 LBG und Krankheitstage (auch nach Dienstunfällen) sowie Urlaubs- und Krankheitsvertretungen im Tagesdienst, Fortbildungen und Mitwirkungen in temporären Ermittlungsgruppen beziehungsweise Sonderkommissionen von insgesamt bis zu 62 Kalendertagen im Jahr haben keine Auswirkungen auf die Mindestdienstzeit. Darüber hinaus gehende Unterbrechungen verlängern die Mindestdienstzeit entsprechend. Eine befristete Umsetzung, Abordnung oder Zuweisung von mindestens sechs Monaten Dauer in einen Bereich außerhalb des in § 14 Absatz 5 Satz 1 Nummer 2 und 3 HVO genannten führt zu einem Neubeginn der Mindestdienstzeit ab dem Zeitpunkt der Rückkehr, da die Vorsorgekur der Erhaltung der Gesundheit der in § 14 Absatz 5 Satz 1 HVO genannten Beamten dienen soll, die bestimmte Dienste tatsächlich ausüben.

- 14.5.7 Die dreijährige Wartezeit für Wiederholungskuren nach § 14 Absatz 5 Satz 6 und 7 HVO gilt für alle in § 14 Absatz 5 Satz 1 HVO genannten Beamten. Die Wartezeit von drei Jahren beginnt nach jeder Beendigung einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsleistung einschließlich einer Anschlussheilbehandlung, einer ambulanten Heilkur oder einer stationären Vorsorgekur neu zu laufen. Dies gilt auch, wenn es sich um Heilverfahrensleistungen handelt.
- 14.5.8 Bei den Vorsorgekuren werden die von der Kureinrichtung mit den Sozialversicherungsträgern vereinbarten Entgelte übernommen.

14.6 Zu Absatz 6

- 14.6.1 Der Rehabilitationssport und das Funktionstraining umfassen bewegungstherapeutische Übungen, die in einer Gruppe für Personen mit gleichartiger Vorerkrankung oder Behinderung im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Rehabilitationssportarten können auch spezielle Gymnastik, Leichtathletik, Bewegungsspiele jeweils in Gruppen sein, auch die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen kann Bestandteil eines derartigen Angebots sein.
- 14.6.2 Rehabilitationssport und Funktionstraining werden vom behandelnden Arzt oder vom zuständigen Polizeiarzt als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation verordnet.
- 14.6.3 Voraussetzung für die Gewährung von Rehabilitationssport und Funktionstraining ist, dass die Übungen unter der Aufsicht eines Arztes oder eines Angehörigen eines Heilberufs geleitet werden. Die regelmäßige Teilnahme ist nachzuweisen. Die Heilfürsorgestelle kann Nachweise über die Anerkennung der jeweiligen Rehabilitationssportgruppe verlangen.

Zu § 15 Vorbeugende Maßnahmen

15.1 Zu Nummer 1

- 15.1.1 Es besteht Anspruch auf Leistungen für Schutzimpfungen im Sinne des § 2 Nummer 9 des Infektionsschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass von privaten Reisen. Beim Polizeiärztlichen Dienst dürfen Impfungen grundsätzlich nur von Polizeiärzten oder dessen vertraglich bestellten Vertretern durchgeführt werden.

15.1.2 Die Schutzimpfungs-Richtlinie ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

15.1.3 Ist vor und/oder eine gewisse Zeit nach der Schutzimpfung eine Antikörperbestimmung aus polizeiärztlicher Sicht erforderlich, trägt die Heilfürsorgestelle die hierfür erforderlichen Laborkosten. Handelt es sich um Schutzimpfungen bei Polizeianwärtern soll mit einem Labor im Einzugsbereich des Standortes eine Vereinbarung über die Kosten der Laboruntersuchung geschlossen werden.

15.2 Zu Nummer 2 und 3

15.2.1 Zu den ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen gehören die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und die Mutterschaftsvorsorge sowie die ärztliche Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit.

15.2.2 Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, die Mutterschafts-Richtlinien und die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien sind entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

15.2.3 Für Gen-Tests bei erhöhtem Krebsrisiko für erblich belastete Frauen mit einem erhöhten familiären Brust- und Eierstockkrebsrisiko finden die in der Anlage 14 zu § 41 Absatz 3 BBhV festgesetzten Pauschalen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung in den dort aufgeführten Zentren und im Übrigen die Verträge zwischen den Leistungserbringern und den gesetzlichen Krankenkassen entsprechend Anwendung.

15.3 Zu Nummer 4

15.3.1 Für polizeiärztliche Maßnahmen nach § 15 Nummer 4 HVO, die aus dringenden medizinischen Gründen in größerem Umfang oder allgemein für die Heilfürsorgeberechtigten getroffen werden müssen, ist die Zustimmung des Innenministeriums einzuholen.

15.3.2 Gefährdungsanzeigen von Heilfürsorgeberechtigten, die während der Dienstausbübung zu einem gewissen Zeitpunkt möglicherweise gesundheitsgefährdenden Einflüssen ausgesetzt waren, bei denen sich jedoch kein Unfall ereignet hat wie bei Kontakten beziehungsweise beim Umgang mit Gefahrenquellen, welche zunächst äußerlich nicht erkennbar scheinen (zum Beispiel bei Auslandseinsätzen,

Atommeilern, Giftmülldeponien, Urananlagen und ähnlichem mit der Folge von Hepatitis, HIV, Queensland-Fieber, Strahlenschäden, TBC und anderem) sollen nicht der Heilfürsorgestelle, sondern dem jeweils zuständigen Polizeiärztlichen Dienst und der Fachkraft für Arbeitssicherheit beziehungsweise dem Personalrat zur Kenntnis und falls eine ärztliche Untersuchung und Beratung als nicht notwendig und angemessen angesehen wird, der personalverwaltenden Dienststelle zur Aufnahme in die Personalakte übersandt werden.

- 15.3.3 Waren Heilfürsorgeberechtigte während der Dienstausbübung zu einem bestimmten Zeitpunkt möglicherweise gesundheitsgefährdenden Einflüssen ausgesetzt, bei denen es zwar zu keiner Körperverletzung des Heilfürsorgeberechtigten, aber zu möglichen Kontakten mit Blut, Blutbestandteilen und anderen Körperflüssigkeiten von mit Hepatitis-B, Hepatitis-C, HIV oder mit anderen ansteckenden Krankheiten infizierten Personen kam, ist insbesondere bei offenen Wunden des Heilfürsorgeberechtigten eine Blutuntersuchung zur sogenannten Nullstand-Sicherung vornehmen zu lassen, der Polizeiärztliche Dienst wegen Folgeuntersuchungen und einer eventuell notwendigen Prophylaxe zu informieren und eine Unfallmeldung zu fertigen. Die Unfallfürsorgefestsetzungsstelle setzt die berücksichtigungsfähigen Heilverfahrenskosten in einem Bescheid an den Heilfürsorgeberechtigten fest und erteilt der Heilfürsorgestelle den Auftrag, diese Kosten als Unfallfürsorgekosten nach § 48 LBeamtVGBW an den Heilfürsorgeberechtigten zu erstatten.

15.4 Zu Nummer 5

- 15.4.1 Zur ärztlichen Beratung über Fragen der Empfängnisregelung gehören auch die erforderlichen Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Die Kosten für empfängnisregelnde Mittel werden nicht übernommen, wenn sie allein zum Zwecke der Verhütung verordnet werden.
- 15.4.2 Die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch ist entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang).

Zu § 16 Fahr- und Transportkosten

16.1 Zu Absatz 1

- 16.1.1 Fahrkosten werden nur bis zur nächstgelegenen in Frage kommenden Beratungs-, Untersuchungs- oder Behandlungsmöglichkeit übernommen. Der An-

spruch nach § 16 Absatz 1 Nummer 1 HVO umfasst auch Fahrten zu nichtärztlichen Psychotherapeuten.

- 16.1.2 Hält sich ein Heilfürsorgeberechtigter aus persönlichen Gründen während der dienstfreien Zeit oder im Urlaub außerhalb des Wohn- oder Dienstortes auf und muss er während dieses Aufenthalts ärztlich behandelt werden, dann können die nach der Behandlung etwa entstehenden Fahrkosten zurück an den Wohn- oder Dienstort oder an einen anderen Ort (zum Beispiel Wohnort der Eltern, Urlaubsziel, Hotel) nicht übernommen werden. Gleiches gilt bei ambulanten und stationären Behandlungen im Ausland anlässlich eines privaten Aufenthalts (§ 17 Absatz 3 Satz 3 HVO).

16.2 Zu Absatz 2

- 16.2.1 Die Krankentransport-Richtlinien sind entsprechend anzuwenden (Nummer 2.4.1 Satz 1 mit Anhang). Rettungsfahrten sind danach mit Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschraubern möglich. Die Kosten der Benutzung eines Rettungsflugzeuges können nur im Rahmen einer Rückführung unter den Voraussetzungen des § 17 Absatz 2 HVO und der Nummer 17.2 übernommen werden.
- 16.2.2 Die notwendigen Kosten eines Rettungstransports der Berg- oder Wasserrettung bis zur Übergabe des Heilfürsorgeberechtigten an einen Rettungshubschrauber oder Rettungswagen können übernommen werden, sofern § 28a des Rettungsdienstgesetzes in der Fassung vom 8. Februar 2010 (GBl. S. 285) in der jeweils geltenden Fassung keine Anwendung findet.
- 16.2.3 Die notwendigen Kosten für eine Rettungsfahrt, einen Krankentransport oder eine Krankenfahrt mit Taxi werden ohne Abzug des Eigenanteils nach § 16 Absatz 1 HVO übernommen, wenn für diese Leistung eine Verordnung einer Krankenbeförderung nach den Krankentransport-Richtlinien vorgelegt wird. Wird anstelle eines ärztlich verordneten Taxis ein privates Kraftfahrzeug mit Fahrer benutzt, kann ebenfalls auf den Abzug des Eigenanteils nach § 16 Absatz 1 HVO verzichtet werden. Die notwendigen Transportkosten für eine Verlegung an ein wohnortnahes Krankenhaus werden nur übernommen, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder die Heilfürsorgestelle vorher zugestimmt hat.

- 16.2.4 Werden bei der Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels Zuschläge zum Beispiel für die Benutzung eines bestimmten Verkehrsmittels oder die Sitzplatzreservierung bezahlt, werden diese nicht übernommen.

16.3 Zu Absatz 3

Bescheinigt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Begleitung, wird bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs ergänzend zur Kilometerpauschale die Mitnahmeentschädigung nach § 6 Absatz 4 des Landesreisekostengesetzes (LRKG) erstattet. Wird der Heilfürsorgeberechtigte zu einer stationären Behandlung in ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung begleitet, findet für die Rückfahrt der Begleitung und für deren Hinfahrt zur Abholung des Heilfürsorgeberechtigten § 16 Absatz 2 Nummer 3 HVO entsprechend Anwendung.

Zu § 17 Leistungen außerhalb des Landes

17.1 Zu Absatz 1

- 17.1.1 Ist eine ärztliche oder zahnärztliche Behandlung in einem anderen Bundesland notwendig, hat der Heilfürsorgeberechtigte vor Beginn der ambulanten Behandlung dem Arzt, Zahnarzt oder gegebenenfalls einer Krankenhaus-Ambulanz beziehungsweise Poliklinik die Krankenversichertenkarte auszuhändigen. Die Nummern 4.1 und 6.1 gelten entsprechend.

- 17.1.2 Bei einer Krankenhausbehandlung in einem anderen Bundesland werden gegebenenfalls auch Wahlleistungen und Krankenhaustagegeld nach § 8 Absatz 4 HVO und Nummer 8.4 erstattet.

17.2 Zu Absatz 2

- 17.2.1 Bei einer Erkrankung im Ausland während eines dienstlichen Aufenthalts werden die Kosten einer notwendigen Behandlung einschließlich der Kosten einer eventuellen Rückführung erstattet. Es muss sich um eine akute, unerwartete Erkrankung handeln, deren Behandlung erst im Ausland notwendig geworden ist. Hätte die Behandlung bereits im Inland stattfinden können, finden für die Behandlung im Ausland die Nummern 17.4 und 17.5 entsprechend Anwendung. Bei Erkrankungen oder Behandlungen im Ausland findet die Krankenversichertenkarte keine Anwendung (Nummer 2.7.3 und 2.7.4).

- 17.2.2 Entsendet das Land Heilfürsorgeberechtigte zu Tätigkeiten bei Einrichtungen ohne Diensttherneigenschaft zum Beispiel bei ausländischen Behörden oder Organisationen, erfolgt dies im Wege der Zuweisungen nach § 20 BeamStG.
- 17.2.3 Ist eine Rückführung nach den Feststellungen des behandelnden Arzt vor Ort medizinisch notwendig und vertretbar, wird der Rücktransport nach Abstimmung mit dem zuständigen Polizeiarzt bezüglich der Einzelheiten des Rücktransports (zum Beispiel Zeitpunkt, geeignetes Transportmittel und Betreuung) vom behandelnden Arzt vor Ort verordnet. Medizinisch notwendig ist eine Rückführung, wenn diese ärztlich verordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung des Heilfürsorgeberechtigten zu befürchten ist. Vertretbar ist eine Rückführung, wenn der Heilfürsorgeberechtigte transportfähig ist. Die Kosten einer Rückführung werden gegen Vorlage einer ärztlichen Transportverordnung des behandelnden Arztes oder der Bestätigung des zuständigen Polizeiarztes erstattet.

17.3 Zu Absatz 3

Vorbemerkung:

Auf Grund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. Oktober 2011, Az. BVerwG 2 C 14.10, zum LBG und zur BVO müssen § 17 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 HVO geändert werden. Die Nummern 17.3 und 17.4 berücksichtigen im Vorgriff bereits diese Änderungen.

- 17.3.1 Bei einer akuten, unerwarteten Erkrankung im Ausland während sonstiger (nicht dienstbezogener) Auslandsaufenthalte (zum Beispiel im Urlaub) werden die Kosten einer notwendigen und unaufschiebbaren Behandlung (Notfallbehandlung) in voller Höhe (ohne Vergleichsberechnung) erstattet. Eine Notfallbehandlung liegt vor, wenn sich der Heilfürsorgeberechtigte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind und die erforderliche medizinische Versorgung aus medizinischen oder tatsächlichen Gründen nicht unverzüglich im Inland durchgeführt werden kann. Dies umfasst auch die Kosten der zur Klärung des Krankheitsbildes und des Vorliegens einer Notfallsituation notwendigen ärztlichen Maßnahmen, wenn sich hierbei herausstellen sollte, dass objektiv kein Notfall vorlag. Die Kosten einer eventuellen Rückführung werden nicht übernommen.
- 17.3.2 Die Kosten einer nach Nummer 17.3.1 notwendigen und aufschiebbaren Behandlung werden nur bis zu der Höhe erstattet, wie sie bei einer Erkrankung im Bun-

desgebiet entstanden wären. Die Kosten werden gegen Vorlage einer spezifizierten Rechnung bis zur Höhe der Vergleichsberechnung erstattet. Diesen Vergleichsberechnungen sind die im Bundesgebiet gezahlten Höchstbeträge zugrunde zu legen. Die Kosten einer eventuellen Rückführung werden nicht übernommen.

- 17.3.3 Bei einer Erkrankung am ausländischen Wohnsitz im grenznahen Gebiet im Sinne des § 20 Absatz 1 LRKG finden Nummer 17.3.1 und 17.3.2 entsprechend Anwendung. Bei einer notwendigen und aufschiebbaren stationären Behandlung am ausländischen Wohnsitz findet Nummer 17.4.2 entsprechend Anwendung.

17.4 Zu Absatz 4

Vorbemerkung:

Auf Grund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. Oktober 2011, Az. BVerwG 2 C 14.10, zum LBG und zur BVO müssen § 17 Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 HVO geändert werden. Die Nummern 17.3 und 17.4 berücksichtigen im Vorgriff bereits diese Änderungen.

- 17.4.1 Bei der Behandlung von im Inland entstandenen Erkrankungen im Ausland werden innerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz die Kosten einer notwendigen und aufschiebbaren Behandlung bis zu der Höhe erstattet, wie sie bei einer Erkrankung im Bundesgebiet entstanden wären (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 13 Absatz 4 SGB V). § 17 Absatz 3 Satz 2 und 3 HVO und Nummer 17.3.2 Satz 2 bis 4 finden entsprechend Anwendung.
- 17.4.2 Für eine nach Nummer 17.4.1 notwendige und aufschiebbare stationäre Behandlung muss zuvor eine Genehmigung der Heilfürsorgestelle eingeholt werden (§ 79 Absatz 2 und 6 LBG in Verbindung mit § 13 Absatz 5 SGB V). Dem Genehmigungsantrag ist auf eigene Kosten ein medizinisches Gutachten anzuschließen, das begründet, wieso die gleiche oder eine für den Heilfürsorgeberechtigten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nicht an einem Krankenhaus der Regelversorgung im Inland möglich ist. Nummer 17.4.1 Satz 2 gilt entsprechend.
- 17.4.3 Bei einer Notfallbehandlung von im Inland entstandenen Erkrankungen im Ausland beziehungsweise ausländischen Grenzgebiet findet Nummer 17.3.1 entsprechend Anwendung.

17.5 Zu Absatz 5

Bei der Behandlungen von im Inland entstanden Erkrankungen außerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz und in Fällen, in denen eine Behandlung nur im Ausland, zum Beispiel in den USA, möglich ist, können nach vorheriger Genehmigung die Kosten einer notwendigen Behandlung in angemessener Höhe erstattet werden. Dem Genehmigungsantrag ist auf eigene Kosten ein medizinisches Gutachten anzuschließen, das nachweist, dass die Behandlung im Ausland zwingend notwendig ist, weil hierdurch eine wesentlich größere Erfolgsaussicht zu erwarten ist. § 17 Absatz 3 Satz 2 und 3 HVO und Nummer 17.3.2 Satz 2 bis 4 finden entsprechend Anwendung.

17.6 Zu Absatz 6

- 17.6.1 Der Verzicht auf eine Vergleichsberechnung bei Kosten bis zu 1.000 Euro bezieht sich auf den Gesamtwert der eingereichten einzelnen Rechnungen und dient lediglich der Vereinfachung der Abrechnung. Leistungsausschlüsse, Leistungsbeschränkungen, Festbeträge und Höchstbeträge sowie vorgeschriebene Genehmigungsverfahren gelten unverändert auch im Ausland.
- 17.6.2 Um Vergleichsberechnungen bei den Nummern 17.3.2, 17.3.3 und 17.4.1 durchführen und Genehmigungen bei den Nummern 17.3.3, 17.4.2 und 17.5 prüfen zu können, kann die Heilfürsorgestelle die Vorlage spezifizierter Heil- und Kostenpläne in deutscher Sprache verlangen.
- 17.6.3 Bei einer Krankenhausbehandlung innerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz werden gegen Vorlage spezifizierter Rechnungen oder Nachweise gegebenenfalls auch Wahlleistungen und Krankenhaustagegeld nach § 8 Absatz 4 HVO und Nummer 8.4 erstattet.
- 17.6.4 Bei einer Notfallbehandlung im Ausland nach Nummer 17.2.1, 17.3.1 und 17.4.3 können Rettungsfahrten zu einer medizinisch notwendigen Behandlung gegen Vorlage spezifizierter Rechnungen oder Nachweise erstattet werden, wenn diese Fahrten nach den Krankentransport-Richtlinien innerhalb Deutschlands verordnungsfähig wären. Notwendige Fahrkosten zu einer medizinisch notwendigen Behandlung im Ausland können bei einem dienstlichen Aufenthalt sowohl für die Hin- und Rückfahrt (Nummer 17.2.1) sowie bei einem privaten Aufenthalt für die

Hinfahrt (Nummer 16.1.2) gegen Vorlage spezifizierter Rechnungen oder Nachweise erstattet werden.

Zu § 18 Zuständigkeiten

- 18.1 Zum Abrechnungsverfahren nach § 18 Satz 2 HVO gehört die Einführung, Ausgabe und Verwaltung der Krankenversichertenkarten einschließlich deren Anwendung bei der elektronischen Verarbeitung und Abrechnung der Leistungen und alle damit zusammenhängende Vereinbarungen oder Verträge mit den Leistungserbringern beziehungsweise deren Landesverbänden (zum Beispiel KVBW, KZVBW, Landesapothekerverband).
- 18.2 Zum Abrechnungsverfahren nach § 18 Satz 2 HVO gehört auch die entsprechende Anwendung von Preisvereinbarungen der Ersatzkassen mit Leistungserbringern sowie alle damit zusammenhängenden Vereinbarungen oder Verträge mit den Ersatzkassen, soweit diese in dieser VwV oder in Verträgen nach § 2 Absatz 5 Satz 1 HVO bestimmt sind und der Verwirklichung des Wirtschaftlichkeitsgebots des § 2 Absatz 4 Satz 1 HVO dienen. Nach § 79 LBG und den Bestimmungen der HVO besteht keine Verpflichtung diese Preisvereinbarungen zu veröffentlichen oder § 127 Absatz 5 SGB V anzuwenden. Den Ersatzkassen kann somit zugesagt werden, diese Preisvereinbarungen als Geschäftsgeheimnis zu behandeln.
- 18.3 Zum Abrechnungsverfahren nach § 18 Satz 2 HVO gehören auch Vereinbarungen oder Verträge mit Einrichtungen, denen die Abrechnung von Arzneimittelrabatten übertragen wurde.
- 18.4 Bei den im Zusammenhang mit der Krankenversichertenkarte entstehenden Kosten handelt es sich um keine Heilfürsorgeleistungen, so dass diese Kosten nicht aus dem Heilfürsorgetitel zu bezahlen sind.

Zu § 20 Zuschussgewährung

20.1 Zu Absatz 1 und 2

Während der Elternzeit wird der Zuschuss aufgrund § 46 Absatz 2 AzUVO durch die Bezüge zahlende Stelle weitergezahlt. Nach § 47 Absatz 3 AzUVO werden in diesen Fällen Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung der Kinder bis zu einem Betrag von 10 Euro für den vollen Monat erstattet. Dies gilt nach § 48 a

AzUVO entsprechend während eines Urlaubs oder Fernbleibens vom Dienst ohne Bezüge im Rahmen der Pflegezeit nach § 74 LBG.

20.2 Zu Absatz 3

Der Wechsel zur freien Heilbehandlung wird frühestens zu Beginn des auf den Antrag folgenden Monats wirksam.

20.3 Zu Absatz 4

Nach § 46 Absatz 2 Satz 2 2. Halbsatz in Verbindung mit § 48 a AzUVO ist während der Elternzeit sowie des Urlaubs oder Fernbleibens vom Dienst ohne Bezüge im Rahmen der Pflegezeiten § 20 Absatz 4 HVO als Krankenfürsorge entsprechend anzuwenden.

III. Anhang zu § 2 Absatz 4 HVO

Nach § 79 Absatz 2 und 6 LBG und § 2 Absatz 4 HVO finden in der Heilfürsorge folgende zur Zeit gültige Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 SGB V in der jeweils geltenden Fassung in dem in der jeweiligen Regelung der Verwaltungsvorschrift bestimmten Umfang entsprechend Anwendung. Sollte der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 92 SGB V neue, bisher nicht bekannte Richtlinien beschließen, deren Anwendung zur Sicherung der ärztlichen Versorgung der Heilfürsorgeberechtigten dringend erforderlich sind, kann das Innenministerium diese Richtlinien bis zu einer Änderung der Verwaltungsvorschrift vorläufig für anwendbar erklären.

Zu Nummer 2.5.2

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat auf der Grundlage von Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses am 23. September 2009 Strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1 und 2 und für koronare Herzkrankheiten als Rechtsverordnung erlassen (BGBl. 2009 I S. 1542), die noch nicht in eine Richtlinie überführt wurden.

Bis zu einer einheitlichen Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss für Brustkrebs und für chronische obstruktive Atemwegs- und Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale und COPD) eine Richtlinie zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Richtlinie)

vom 16. Februar 2012, in der Fassung vom 20. November 2014 (BAAnz AT 06.01.2015 B1) herausgegeben. Die Regelung für COPD ist allerdings aufgrund einer Beanstandung des BMG vom 27. April 2012 noch nicht vollständig in Kraft getreten.

Zu Nummer 4.1.10 und 12.3.5

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) vom 17. Januar 2006, in der Fassung vom 19. Februar 2015 (BAAnz AT 15.05.2015 B7).

Zu Nummer 4.3.1

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (Richtlinien über künstliche Befruchtung) vom 14. August 1990, in der Fassung vom 21. August 2014 (BAAnz AT 17.10.2014 B3).

Zu Nummer 4.5.1

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) vom 19. Februar 2009, in der Fassung vom 15. Oktober 2015 (BAAnz AT 05.01.2016 B3).

Zu Nummer 6.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie-Zahnärzte) vom 24. September 2003, in der Fassung vom 1. März 2006 (BAAnz 2006 Nr. 111 S. 4466).

Zu Nummer 6.3.4

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die kieferorthopädische Behandlung (Kieferorthopädie-Richtlinie) in der Fassung vom 24. September 2003 (BAAnz Nr. 226 S. 24 966).

Zu Nummer 7.1.1

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

(Zahnersatz-Richtlinie) vom 8. Dezember 2004, in der Fassung vom 7. November 2007 (BAanz Nr. 241 S. 8383).

Zu Nummer 7.1.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bestimmung der Befunde und der Regelversorgungsleistungen für die Festzuschüsse nach den §§ 55, 56 SGB V zu gewähren sind (Festzuschuss-Richtlinie) vom 3. November 2004, in der Fassung vom 3. Dezember 2015 (BAanz AT 31.12.2015 B6).

Zu Nummer 8.1.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie) in der Fassung vom 22. Januar 2015 (BAanz AT 29.04.2015 B2).

Zu Nummer 9.1.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) vom 17. September 2009, in der Fassung vom 17. Juli 2014 (BAanz AT 06.10.2014 B2).

Zu Nummer 11.1.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie) vom 18. Dezember 2008 / 22. Januar 2009, in der Fassung vom 17. Dezember 2015 (BAanz AT 28.01.2016 B2).

Zu Nummer 12.1.1

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie) vom 21. Dezember 2011 / 15. März 2012, in der Fassung vom 17. Juli 2014 (BAanz AT 28.10.2014 B3).

Zu Nummer 13.1.3

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung - Rahmenrichtlinie - (Heilmittel-Richtlinie) vom 20. Januar 2011 / 19. Mai 2011, in der Fassung vom 20. Januar 2011 (BAanz Nr. 96 S. 2247).

Zu Nummer 13.3.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) vom 22. Januar 2015 (BAAnz AT 14.04.2015 B5).

Zu Nummer 14.1.3

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom 16. März 2004, in der Fassung vom 17. April 2014 (BAAnz AT 26.06.2014 B4).

Zu Nummer 14.3.5

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) vom 14. November 2013 (BAAnz AT 27.01.2014 B4).

Zu Nummer 15.1.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Absatz 1 SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie) vom 18. Oktober 2007, in der Fassung vom 20. November 2014 / 18. Dezember 2014 (BAAnz AT 13.02.2015 B2).

Zu Nummer 15.2.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie) vom 18. Juni 2009, in der Fassung vom 15. Oktober 2015 (BAAnz AT 18.01.2016 B2);

die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) vom 10. Dezember 1985, in der Fassung vom 20. August 2015 (BAAnz AT 09.11.2015 B1);

die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien) vom 24. August 1989, in der Fassung vom 16. Dezember 2010 (BAAnz Nr. 34 S. 864).

Zu Nummer 15.4.2

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch vom 10. Dezember 1985, in der Fassung vom 21. Juli 2011 (BAnz Nr. 139 S. 3251).

Zu Nummer 16.2.1

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 SGB V (Krankentransport-Richtlinien) vom 22. Januar 2004, in der Fassung vom 21. Dezember 2004 (BAnz Nr. 41 S. 2937).

IV. Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Übergangsbestimmungen

Diese Verwaltungsvorschrift tritt mit Ausnahme der Nummer II. 3.3 am 1. Juni 2016 in Kraft. Die Nummer II. 3.3 tritt am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die Regelungen der Verwaltungsvorschrift des Innenministeriums vom 21. Dezember 1998 (GABl. 1999 S. 166) treten am 31. Mai 2016 außer Kraft.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am 31. Mai 2023 außer Kraft, soweit sie nicht für weiter anwendbar erklärt wird.

Für die vor dem Inkrafttreten dieser Verwaltungsvorschrift entstandenen Aufwendungen beziehungsweise erteilten Genehmigungen sind die bisher geltenden Vorschriften anzuwenden.

gez. Gerhard Klotter