

**Verordnung des Innenministeriums über die Heilfürsorge
für Beamte des Polizeivollzugsdienstes, des Einsatzdienstes der Feuerwehr
und des technischen Dienstes der Landesfeuerwehrschule
(Heilfürsorgeverordnung - HVO)**

Vom 3. Januar 2011

Auf Grund von § 79 Abs. 6 und 7 des Landesbeamtengesetzes (LBG) vom 9. November 2010 (GBl. S. 793) wird im Einvernehmen mit dem Finanzministerium verordnet:

Erster Teil

Heilfürsorge für Beamte des Polizeivollzugsdienstes und
des technischen Dienstes der Landesfeuerwehrschule

§ 1

Heilfürsorgeberechtigte

(1) Die Polizeivollzugsbeamten, auch soweit sie in Planstellen des Landesamts für Verfassungsschutz eingewiesen sind, und die technischen Beamten der Landesfeuerwehrschule erhalten Heilfürsorge nach Maßgabe dieser Verordnung, solange ihnen Dienstbezüge oder Anwärterbezüge zustehen. Während eines Urlaubs ohne Bezüge ruht der Anspruch auf Heilfürsorge. Ein Urlaub ohne Bezüge von längstens 31 Kalendertagen lässt den Anspruch auf Heilfürsorge unberührt.

(2) Die Heilfürsorge wird nicht auf die Besoldung angerechnet.

(3) Soweit in dieser Verordnung der Personalbegriff Beamter verwendet wird, ist dies eine funktionsbezogene Bezeichnung, die gleichermaßen auf Beamtinnen und Beamte anzuwenden ist.

§ 2

Art und Umfang der Heilfürsorgeleistungen

(1) Die Heilfürsorge umfasst

1. ambulante Betreuung (§§ 4 und 5),

2. zahnärztliche Betreuung (§§ 6 und 7),
3. Krankenhausbehandlung (§ 8),
4. Krankenpflege (§ 9),
5. Familien- und Haushaltshilfe (§ 10),
6. Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandmitteln sowie Hilfsmitteln und Körperersatzstücken (§§ 11 und 12),
7. Heilmittel und Soziotherapie (§ 13),
8. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 14),
9. vorbeugende ärztliche Maßnahmen (§ 15),
10. Fahr- und Transportkosten (§ 16) und
11. Leistungen außerhalb des Landes (§ 17).

(2) Ausgenommen von der Heilfürsorge sind

1. Heilmaßnahmen, die auf Grund des Bundesversorgungsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung zustehen,
2. Heilmaßnahmen, für die ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leistungspflichtig ist,
3. Behandlungen zu rein kosmetischen Zwecken.

Die Regelungen über die Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden nach § 52 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) finden in der jeweils geltenden Fassung entsprechend Anwendung.

(3) Besteht Anspruch auf Dienstunfallfürsorge, richten sich Art und Umfang der Leistungen nach dieser Verordnung. Weitergehende Leistungen nach den Vorschriften über die Dienstunfallfürsorge werden als Heilfürsorgeleistungen mitgewährt.

(4) Heilfürsorgeleistungen werden in dem aus gesundheitlichen Gründen notwendigen angemessenem Umfang in der Regel unter Beachtung der Wirtschaftlichkeitsgrundsätze gewährt, die bei den gesetzlichen Krankenkassen für die Behandlungs- und Verordnungsweise gelten. Über die medizinische Notwendigkeit der Leistungen können Gutachten erstellt oder angefordert werden. Soweit medizinische Gutachten ohne Bezeichnung der Gutachterstelle vorgesehen sind, kann bei Polizeivollzugsbeamten und in der Regel auch bei technischen Beamten der Landesfeuerwehrschule ein bezüglich des anzugebenden Zwecks ausreichend begründetes Gutachten des zuständigen Polizeiarztes eingeholt werden. Heilfürsorge kann ganz oder teilweise versagt werden, wenn eine die Behandlung betreffende Anordnung ohne gesetzlichen oder sonstigen wichtigen Grund nicht befolgt und dadurch der Behandlungserfolg beeinträchtigt wird.

(5) Über die nach dieser Verordnung zu gewährenden Leistungen werden vom Innenministerium im erforderlichen Umfang Verträge mit Dritten abgeschlossen. Die Kosten außervertraglicher Leistungen können in Ausnahmefällen nach grundsätzlich vorheriger Genehmigung übernommen werden.

(6) Die Leistungen der Heilfürsorge dürfen zusammen mit den aus demselben Anlass zustehenden Leistungen, insbesondere aus Krankheitskostenversicherungen, die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. Die Heilfürsorgeberechtigten haben hierüber den Nachweis zu erbringen. Leistungen aus Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherungen bleiben unberücksichtigt. Die Kostenerstattung wird nur gewährt, wenn sie vor Ablauf der beiden Kalenderjahre beantragt wird, die auf das Jahr des Entstehens der erstattungsfähigen Aufwendungen folgen. Bei Fristversäumnis erlischt der Anspruch. Kostenerstattungen werden nur auf schriftlichen Antrag gewährt; hierfür ist das von der Heilfürsorgestelle herausgegebene Formblatt zu verwenden. Eine Kostenerstattung erfolgt erst dann, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten, dem Grunde nach erstattungsfähigen Aufwendungen mindestens 100 Euro betragen. Wird diese Summe nicht erreicht, erfolgt eine Kostenerstattung, wenn der letzte Antrag vor mehr als zwölf Monaten bei der Heilfürsorgestelle eingegangen ist. Es sind grundsätzlich Originalbelege oder, soweit dies nicht möglich ist, Duplikate oder beglaubigte Fotokopien vorzulegen; sie werden von der Heilfürsorgestelle einbehalten. Im automatisierten Zahlungsverfahren sollen die Heilfürsorgeleistungen auf das Bezügekonto überwiesen werden. In Ausnahmefällen können Abschlagszahlungen gewährt werden.

(7) Die Heilfürsorgestelle oder eine von ihr beauftragte Institution kann an Heilfürsorgeberechtigte Chipkarten mit Daten entsprechend den §§ 291 und 291a SGB V in der jeweils geltenden Fassung und zum Umfang der Heilfürsorge herausgeben.

§ 3

Kostenträger

Das Land trägt die Kosten für die im Rahmen des Ersten Teils dieser Verordnung zu gewährenden Leistungen.

§ 4

Ambulante Betreuung

(1) Die Heilfürsorgeberechtigten können sich von jedem praktizierenden Arzt beraten, untersuchen und behandeln lassen, der bereit ist, die Beratung, Untersuchung, Be-

handlung und Abrechnung nach dem zwischen dem Land Baden-Württemberg und den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Vertrag zu übernehmen. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als der nächsterreichbare Arzt in Anspruch genommen, so sind die Mehrkosten selbst zu tragen. In besonders begründeten Fällen können mit vorheriger Genehmigung auch andere Ärzte in Anspruch genommen werden.

(2) Für die Beratung, Untersuchung und Behandlung durch Heilpraktiker werden die Kosten, soweit sie für vergleichbare ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angemessen sind, zu 50 Prozent oder gegebenenfalls entsprechend § 14 Abs. 1 Satz 3 und 5 der Beihilfeverordnung (BVO) zu 70 Prozent erstattet.

(3) Heilfürsorgeleistungen für künstliche Befruchtung werden entsprechend § 27a SGB V in der jeweils geltenden Fassung gewährt.

(4) Heilfürsorgeberechtigte haben während der Schwangerschaft sowie bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe durch Hebammen und Entbindungspfleger. Die ärztliche Betreuung schließt die Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie die Schwangerschaftsüberwachung ein. In diesem Zusammenhang notwendig werdende Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmittel werden gewährt.

(5) Eine psycho-, verhaltenstherapeutische oder ähnliche Beratung, Untersuchung und Behandlung bedarf der vorherigen Genehmigung. § 28 Abs. 3 SGB V in der jeweils geltenden Fassung findet entsprechend Anwendung.

§ 5

Ambulante Betreuung bei der Bereitschaftspolizei und von Einsatzeinheiten

(1) Polizeivollzugsbeamte der Bereitschaftspolizei, die auf besondere Anordnung nach § 54 Abs. 3 LBG verpflichtet sind in einer Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen, haben im Krankheitsfalle Polizeiärzte oder deren vertraglich bestellte Vertreter in Anspruch zu nehmen. Ist das Aufsuchen des Polizeiarztes oder dessen vertraglich bestellten Vertreters bei Aufenthalt außerhalb des Dienstortes oder aus sonstigen Gründen nicht möglich, so kann nach Maßgabe des § 4 Abs. 1 der nächsterreichbare praktizierende Arzt in Anspruch genommen werden.

(2) Bei der Bereitschaftspolizei ist der Leiter des ärztlichen Dienstes zuständiger Polizeiarzt im Sinne dieser Verordnung. Er kann entsprechende Aufgaben allgemein oder im Einzelfall anderen Polizeiarzten der Bereitschaftspolizei übertragen.

(3) Nehmen Polizeivollzugsbeamte als Einsatzeinheiten an Einsätzen oder Übungen mit polizeiärztlicher Versorgung teil, übernimmt vom Zeitpunkt der geschlossenen Bereithaltung (Alarmbereitschaft) bis zur Beendigung des Einsatzes oder der Übung der Polizeiarzt die ärztliche Beratung, Untersuchung und Behandlung, soweit nicht eine fachärztliche Behandlung, Zahnbehandlung oder die Behandlung in einem Krankenhaus notwendig ist. Ist kein Polizeiarzt erreichbar, kann nach Maßgabe des § 4 Abs. 1 der nächsterreichbare praktizierende Arzt in Anspruch genommen werden.

§ 6

Zahnärztliche Betreuung

(1) Die Heilfürsorgeberechtigten können sich von jedem praktizierenden Zahnarzt beraten, untersuchen und behandeln lassen, der bereit ist, die Beratung, Untersuchung, Behandlung und Abrechnung nach dem zwischen dem Land Baden-Württemberg und den zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Vertrag zu übernehmen. Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als der nächsterreichbare Zahnarzt in Anspruch genommen, so sind die Mehrkosten selbst zu tragen. In besonders begründeten Fällen können mit vorheriger Genehmigung auch andere Zahnärzte in Anspruch genommen werden.

(2) § 28 Abs. 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung findet entsprechend Anwendung.

(3) Parodontosebehandlung und kieferorthopädische Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung. Die Entscheidung ist dem Heilfürsorgeberechtigten und dem behandelnden Arzt bekannt zu geben. Bei Polizeivollzugsbeamten auf Widerruf ist vor der Genehmigung einer kieferorthopädischen Behandlung eine Stellungnahme des zuständigen Polizeiarztes zu den dienstrechtlichen Folgen einzuholen, die sich aus einer nicht abgeschlossenen Behandlung zum Ende des Vorbereitungsdienstes ergeben. Die Entscheidung ist in diesen Fällen auch dem Polizeiarzt bekannt zu geben.

(4) Die Kosten für Inlays werden nach Maßgabe der §§ 3 bis 12 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) jeweils zu 50 Prozent oder gegebenenfalls entsprechend §

14 Abs. 1 Satz 3 und 5 BVO jeweils zu 70 Prozent erstattet. Für die Übernahme der Kosten gilt die Anlage zu § 6 BVO entsprechend.

§ 7 Zahnersatz

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die nach § 135 Abs. 1 SGB V anerkannt ist. § 56 Abs. 1 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung findet entsprechend Anwendung. Es wird der doppelte Festzuschuss übernommen.

(2) Die Anfertigung von Zahnersatz bedarf der vorherigen Genehmigung.

§ 8 Krankenhausbehandlung

(1) Krankenhausbehandlung wird in zugelassenen Krankenhäusern (§ 108 SGB V) gewährt, wenn eine ambulante Diagnostik und Behandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich oder nach Lage des Falles nicht angezeigt ist. Krankenhausbehandlung wird auch aus Anlass eines Geburtsfalles sowie für das gesunde Neugeborene bis zur Dauer von sechs Kalendertagen nach der Entbindung gewährt. Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als das nächsterreichbare Krankenhaus in Anspruch genommen, so können den Heilfürsorgeberechtigten die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. In besonders begründeten Fällen kann die Behandlung mit vorheriger Genehmigung auch in anderen Krankenhäusern durchgeführt werden.

(2) In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann mit vorheriger Genehmigung eine Behandlung auch in nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt werden.

(3) Die Heilfürsorgeberechtigten haben Anspruch auf die medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen im Rahmen von § 2 Abs. 2 und § 18 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422) in der jeweils geltenden Fassung beziehungsweise § 2 Abs. 2 der Bundespflege-

gesetzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) in der jeweils geltenden Fassung. Krankenhausleistungen für eine vor- und nachstationäre Behandlung werden nach § 115a SGB V und für eine ambulante Operation nach § 115b SGB V in der jeweils geltenden Fassung gewährt.

(4) Werden auf eigenen Wunsch Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG in Anspruch genommen, so werden diese im Rahmen und unter der Voraussetzung des § 6a BVO jeweils zu 50 Prozent, oder gegebenenfalls nach Maßgabe von § 14 Abs. 1 Satz 3 und 5 BVO jeweils zu 70 Prozent erstattet. Die Voraussetzung wird durch die Erklärung und Zahlung des monatlichen Betrags gegenüber der Bezüge- und Beihilfestelle nach § 6a Abs. 2 BVO erfüllt. Sollte die erstattungsfähige Wahlleistung Unterkunft anlässlich eines Krankenhausaufenthalts nicht beansprucht werden, so wird statt dessen ein Betrag von 11 Euro pro Pflegesatztag gewährt. Für erstattungsfähige und nicht beanspruchte wahlärztliche Leistungen anlässlich eines in Satz 3 genannten Krankenhausaufenthalts wird ein Betrag von 22 Euro pro Pflegesatztag gewährt.

§ 9

Krankenpflege

(1) Häusliche Krankenpflege wird gewährt, wenn sie nach ärztlicher Bescheinigung wegen vorübergehender krankheitsbedingter Pflegebedürftigkeit erforderlich ist. Die dafür notwendigen Aufwendungen werden bis zur Höhe der Sätze, die die Ersatzkassen mit den Leistungserbringern vereinbart haben, erstattet. Die Kosten für eine Pflege durch im Haushalt des Erkrankten lebende oder tätige Personen werden nicht übernommen.

(2) Sofern eine anderweitige Unterbringung infolge der häuslichen Verhältnisse notwendig ist, werden die Kosten des niedrigsten Satzes für die vorübergehende Aufnahme in einem öffentlichen oder freien gemeinnützigen Pflegeheim übernommen.

§ 10

Familien- und Haushaltshilfe

Familien- und Haushaltshilfe wird unter der Voraussetzung gewährt, dass

1. die sonst den Haushalt allein oder überwiegend führende heilfürsorgeberechtigte Person wegen ihrer notwendigen außerhäuslichen Unterbringung den Haushalt nicht weiterführen kann,

2. im Haushalt mindestens ein Kind verbleibt, das das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und
3. keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann.

Dies gilt auch für bis zu sieben, in ärztlich begründeten Fällen bis zu weiteren 14 Tagen nach Ende der außerhäuslichen Unterbringung. Anstelle der außerhäuslichen Unterbringung nach Satz 1 Nr. 1 kann auch eine langfristige häusliche Bettlägerigkeit, insbesondere bei Problemschwangerschaft, oder langfristige krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten Voraussetzung sein; in diesen Fällen wird die Familien- und Haushaltshilfe ab Beginn der fünften Woche gewährt, wenn mindestens ein Kind unter zwölf Jahren vorhanden ist. Werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, so sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe erstattungsfähig. Die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt eines nahen Angehörigen sind mit Ausnahme der Fahrkosten nicht erstattungsfähig. Nahe Angehörige im Sinne dieser Vorschrift sind die in § 3 Abs. 5 LBG genannten Personen. Für Familien- und Haushaltshilfen werden höchstens die zwischen den Leistungserbringern und den Ersatzkassen vereinbarten Stundensätze beziehungsweise Höchstsätze erstattet.

§ 11

Versorgung mit Arzneimitteln und Verbandmitteln

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen und nach dem Arzneimittelgesetz verkehrsfähigen apothekenpflichtigen Arzneimittel, soweit diese nicht nach § 34 SGB V oder auf Grund von § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils geltenden Fassung ausgeschlossen sind.

(2) Für vom Heilpraktiker verordnete oder verabreichte Arznei- und Verbandmittel werden die Kosten übernommen, sofern sie auch bei einem Arzt oder Zahnarzt übernommen werden können.

(3) Für Arznei- oder Verbandsmittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V in der jeweils geltenden Fassung festgesetzt ist, werden die Kosten nur bis zu dieser Höhe übernommen.

§ 12

Hilfsmittel und Körperersatzstücke

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Versorgung mit ärztlich verordneten Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die Ausbildung in ihrem Gebrauch sowie die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung. Aufwendungen für Batterien für Hörgeräte, für elektrischen Strom sowie für Pflege- und Reinigungsmittel werden nicht übernommen beziehungsweise erstattet. Hilfsmittel, die sich für eine Weiterverwendung eignen, können auch leihweise überlassen werden. Wählt der Heilfürsorgeberechtigte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, hat er die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen. § 34 Abs. 4 und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils geltenden Fassung finden entsprechend Anwendung.

(2) Für Hilfsmittel, für welche nach § 36 SGB V Festbeträge festgesetzt sind, werden die Kosten nur bis zu dieser Höhe übernommen. Für Hilfsmittel, für die Preise nach § 127 Abs. 2 Satz 2 SGB V vereinbart wurden, werden die zwischen den Leistungserbringern und dem Verband der Ersatzkassen in Baden-Württemberg vereinbarten Kostensätze übernommen. Die Übernahme höherer Kosten ist nur nach vorheriger Genehmigung und zur Vermeidung einer sonst gegebenen Polizeidienstunfähigkeit möglich.

(3) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf Brillen und Brillengläser. Bei den Brillengläsern werden auch die Kosten der einfachen Entspiegelung übernommen. Kosten für Zweitbrillen werden nicht übernommen. Lichtschutzgläser, Kontaktlinsen und besondere Sehhilfen können nur bei Vorliegen einer medizinischen Indikation gewährt werden und bedürfen einer ärztlichen Verordnung. Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4) Für ärztlich verordnetes orthopädisches Schuhwerk werden die Mehrkosten gegenüber den Ausgaben für normales Schuhwerk gleicher Art übernommen.

§ 13

Heilmittel und Soziotherapie

(1) Heilfürsorgeberechtigte haben Anspruch auf die Versorgung mit ärztlich verordneten Heilmitteln, soweit diese nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Zu den Heilmitteln gehören physikalische, logopädische, podologische und ergotherapeutische Maßnahmen. § 34 Abs. 4 und § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V in der jeweils geltenden Fassung finden entsprechend Anwendung.

(2) Heilmittel sind soweit möglich am Wohn- oder Dienstort oder in seiner unmittelbaren Umgebung in Anspruch zu nehmen; ansonsten sind die Mehrkosten selbst zu tragen.

(3) Heilfürsorgeberechtigte haben weiterhin Anspruch auf von Ärzten schriftlich verordnete ambulante Soziotherapie bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Jahren, wenn die Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche, ärztlich verordnete oder psychotherapeutische Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und soweit dadurch Aufwendungen nach Absatz 1 und den §§ 4 bis 12 erspart werden. § 37a Abs. 1 Satz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung findet entsprechend Anwendung.

§ 14

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden gewährt, soweit sie aus medizinischen Gründen zur Wiederherstellung der Gesundheit erforderlich sind. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung. Genehmigungen zu Leistungen nach Absatz 3 erteilt bei Polizeivollzugsbeamten und in der Regel auch bei technischen Beamten der Landesfeuerwehrschule der zuständige Polizeiarzt im Auftrag der Heilfürsorgestelle. Widersprüche gegen die Entscheidungen des Polizeiarztes sind an die Heilfürsorgestelle zu richten.

(2) Ambulante Rehabilitationsleistungen werden wohnortnah in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht und die auch ambulante Rehabilitationsleistungen erbringen, sowie in ambulant tätigen Einrichtungen, die mit den Sozialversicherungsträgern einen Vertrag über die bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation abgeschlossen haben, erbracht. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V gilt entsprechend.

(3) Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in der Regel in Einrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V durchgeführt; sie sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. Es werden die von der Einrichtung mit den Sozialversicherungsträgern vereinbarten Entgelte übernommen. Sofern die Versorgung unterhaltsbedürftiger, nicht behandlungsbedürftiger Kinder unter zwölf Jahren nicht nach § 10 gewährleistet ist und sie deshalb in die Einrichtung mitgenommen werden müssen, werden die Kosten für ihre Unterbringung mitübernommen.

(4) Ambulante Heilverfahren (Heilkuren) werden gewährt, soweit sie aus medizinischen Gründen zur Wiederherstellung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung oder zur Erhaltung der Dienstfähigkeit bei einem erheblichen chronischen Leiden notwendig sind und nicht durch andere Maßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine andere Behandlung am Wohnort oder in der nächsten Umgebung ersetzt werden können und weder im laufenden noch in den beiden vorausgegangenen Kalenderjahren bereits ein Heilverfahren durchgeführt wurde. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung. Sofern der Kurarzt nicht bereit ist, die Arztkosten nach den Polizeivertragssätzen abzurechnen, werden diese Kosten nach Maßgabe der §§ 3 bis 14 GOÄ übernommen. Außerdem werden die Kosten für die ärztlich verordneten Anwendungen und Heilmittel sowie für den vorzulegenden ärztlichen Schlussbericht übernommen.

(5) Heilverfahren zur Erhaltung der Gesundheit (Vorsorgekuren) werden gewährt

1. Beamten des fliegenden Personals der Polizeihubschrauberstaffel, die das 35. Lebensjahr vollendet haben und die jährlich an einer flugmedizinischen Tauglichkeitsuntersuchung teilnehmen müssen;
2. Beamten des Wechselschichtdienstes, die das 40. Lebensjahr vollendet und die mindestens zwei Jahre lang in vollem Umfang durchgehenden Wechselschichtdienst geleistet haben und bei denen funktionelle Störungen der Gesundheit vorliegen;
3. Beamten des Stammpersonals der operativen Einsatzeinheiten der Bereitschaftspolizei, die das 45. Lebensjahr vollendet und die mindestens drei Jahre lang in vollem Umfang durchgehenden operativen Einsatzdienst geleistet haben und bei denen funktionelle Störungen der Gesundheit vorliegen.

Vorsorgekuren bedürfen der vorherigen Genehmigung. Diese erteilt bei Polizeivollzugsbeamten der zuständige Polizeiarzt im Auftrag der Heilfürsorgestelle. Absatz 1 Satz 4 und Absatz 3 Satz 1 2. Halbsatz gelten entsprechend. Mutter- beziehungsweise Vater-Kind-Kuren in Form von Vorsorgekuren werden nicht gewährt. Mit der Wie-

derholung der Vorsorgekuren kann frühestens nach Ablauf von drei Jahren begonnen werden. Leistungen nach Absatz 2 bis 4 führen zum Neubeginn der Wartezeit.

(6) Rehabilitationssport und Funktionstraining nach § 43 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V können als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gewährt werden. Die Rahmenvereinbarungen der Sozialversicherungsträger über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils geltenden Fassung finden entsprechend Anwendung. Es werden die zwischen den Leistungserbringern und den Ersatzkassen vereinbarten Sätze erstattet.

§ 15

Vorbeugende Maßnahmen

Als vorbeugende Maßnahmen werden gewährt:

1. Schutzimpfungen; § 20d Abs. 1 SGB V gilt entsprechend,
2. ärztliche Früherkennungsuntersuchungen; § 25 SGB V gilt entsprechend,
3. Mutterschaftsvorsorge; §§ 195 bis 199 der Reichsversicherungsordnung gelten entsprechend,
4. polizeiärztliche Betreuung zur Erkennung, Verhütung, Minderung oder Beseitigung von Gefahren oder Schäden, die sich aus dem Dienstablauf oder der besonderen Art der dienstlichen Verwendung des Polizeivollzugsbeamten ergeben können und
5. besondere Vorsorgeleistungen, Beratung über Fragen der Empfängnisregelung, Leistung bei krankheitsbedingter Sterilisation sowie bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch; § 24a Abs. 1 und § 24b SGB V, ausgenommen der Anspruch auf Krankengeld, gelten entsprechend.

§ 16

Fahr- und Transportkosten

(1) Den Heilfürsorgeberechtigten werden bei

1. ambulanter ärztlicher oder zahnärztlicher Beratung, Untersuchung oder Behandlung,
 2. Unterbringung in einer Einrichtung nach § 8,
 3. Anwendung von Heilmitteln und Soziotherapie nach § 13 und
 4. Durchführung einer genehmigten Rehabilitationsmaßnahme nach § 14
- die 10 Euro je einfache Fahrt übersteigenden Fahrkosten erstattet.

(2) Anerkannt werden folgende notwendige Kosten:

1. bei Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels der Fahrpreis der niedrigsten Klasse unter Ausschöpfung der Fahrpreisermäßigung;
2. für einen in Anspruch genommenen Gepäcktransport, wenn auf Grund der Art der Erkrankung ein eigenständiger Transport nicht zumutbar ist;
3. bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs höchstens der in § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Landesreisekostengesetzes genannte Betrag;
4. für einen Kranken- oder Rettungstransport sowie für eine Krankenfahrt die zwischen den Leistungserbringern und den Ersatzkassen jeweils vereinbarten Höchstsätze.

(3) Mehrkosten für eine erforderliche Begleitung werden übernommen, wenn der behandelnde Arzt die Notwendigkeit bescheinigt.

§ 17

Leistungen außerhalb des Landes

(1) Wird Heilfürsorge in einem anderen Bundesland notwendig, werden die Kosten in Höhe der für die Ersatzkassen des betreffenden Bundeslandes geltenden Sätze übernommen.

(2) Bei Erkrankungen im Ausland während eines dienstlichen Aufenthalts auf Grund einer Zuweisung des Landes nach § 20 des Beamtenstatusgesetzes, nach einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung beziehungsweise einer Studienordnung oder zur Erledigung eines Auftrags des Landes werden die Kosten einer notwendigen Behandlung einschließlich der Kosten für ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gegen Vorlage einer spezifizierten Rechnung erstattet. Dies gilt entsprechend für die Kosten einer ärztlich verordneten Rückführung an den Wohn- oder Dienstort oder die Verlegung in ein inländisches Krankenhaus.

(3) Bei Erkrankungen im Ausland während sonstiger Auslandsaufenthalte werden die Kosten einer notwendigen Behandlung innerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz und die Kosten einer notwendigen und unaufschiebbaren Behandlung im restlichen Ausland bis zu der Höhe von der Heilfürsorge erstattet, wie sie bei einer Erkrankung am Dienst- oder Wohnort im Inland und Inanspruchnahme eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes oder Zahnarztes oder eines Krankenhauses der Regelversorgung entstanden wären. Die Kosten für ärztlich verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden gegen Vorlage einer spezifi-

zierten Rechnung erstattet. Rückführungskosten an den Wohn- oder Dienstort oder die Verlegung in ein inländisches Krankenhaus werden nicht erstattet.

(4) Bei der Behandlung von Erkrankungen im Ausland werden die Kosten einer notwendigen Behandlung innerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz bis zu der Höhe von der Heilfürsorge erstattet, wie sie bei einer Erkrankung am Dienst- oder Wohnort im Inland und Inanspruchnahme eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes oder Zahnarztes oder eines Krankenhauses der Regelversorgung entstanden wären. Eine in diesem Zusammenhang notwendige, planbare, stationäre Behandlung bedarf der vorherigen Genehmigung. § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung findet entsprechend Anwendung. Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Bei der Behandlung von Erkrankungen außerhalb der Europäischen Union, des Geltungsbereichs des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz sowie in Fällen, in denen eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur im Ausland möglich ist, können die Kosten einer notwendigen Behandlung in angemessener Höhe erstattet werden, wenn zuvor eine Genehmigung eingeholt wurde. Absatz 3 Satz 2 und 3 gelten entsprechend.

(6) Soweit ein Beleg inhaltlich nicht den im Inland geltenden Anforderungen entspricht und der Heilfürsorgeberechtigte die für die Beurteilung der Voraussetzungen nach den Absätzen 2 bis 5 notwendigen Angaben nicht beibringen kann, hat die Heilfürsorgestelle nach billigem Ermessen zu entscheiden, wenn der Heilfürsorgeberechtigte mindestens eine Beschreibung des Krankheitsbildes und der ungefähr erbrachten Leistungen, auf Anforderung auch eine Übersetzung der Belege vorlegt. Kosten für eine erforderliche Übersetzung der Belege werden mit Ausnahme von dienstlich veranlassten Auslandsaufenthalten nicht erstattet. Kosten bis zu 1.000 EUR werden ohne Kostenvergleich nach Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 erstattet.

§ 18

Zuständigkeit

Soweit vorstehend nichts anderes bestimmt ist, ist für die Erteilung der erforderlichen Genehmigungen sowie für die Versagung der Heilfürsorge und das Kostenerstattungs- und das Kostenbeteiligungsverfahren die Heilfürsorgestelle beim Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg zuständig. Die Heilfürsorgestelle

ist außerdem für alle das Abrechnungsverfahren betreffenden Regelungen zuständig. Werden in diesem Zusammenhang Ansprüche der Heilfürsorgeberechtigten berührt oder ergeben sich Auswirkungen auf den Haushalt des Innenministeriums, bedarf es dessen Einvernehmens.

Zweiter Teil

Heilfürsorge für Beamte des Einsatzdienstes der Feuerwehr

§ 19

(1) Die Beamten des Einsatzdienstes der Feuerwehr erhalten Heilfürsorge nach Maßgabe der §§ 1, 2, 4 und 6 bis 17 dieser Verordnung. Die Kosten trägt der jeweilige Dienstherr.

(2) Soweit Genehmigungen erforderlich sind, erteilt diese der Dienstherr oder eine von ihm beauftragte Stelle. Erforderliche Gutachten sind von einem durch den Dienstherrn beauftragten Arzt zu erstellen.

(3) Die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung erforderlichen Verträge mit Dritten sind von dem jeweiligen Dienstherrn abzuschließen.

(4) Die am 26. April 1979 bestehenden Regelungen der Gemeinden über die Gewährung von Heilfürsorge nach den §§ 141 und 150 des Landesbeamtengesetzes in der vor dem 1. Januar 2011 geltenden Fassung an Beamte des Einsatzdienstes der Feuerwehr werden durch diese Verordnung nicht berührt. Dies gilt entsprechend für Neuregelungen nach § 79 Abs. 4 LBG. Neben Leistungen nach diesen Regelungen wird Heilfürsorge nach dieser Verordnung nicht gewährt, es sei denn, in diesen Regelungen werden bestimmte Leistungen für entsprechend anwendbar erklärt.

Dritter Teil

Übergangs- und Schlussbestimmungen

§ 20

Zuschussgewährung

(1) Polizeivollzugsbeamten, die vor dem 1. Januar 2011 nach Artikel VI § 7 des Landesbesoldungsanpassungsgesetzes vom 3. April 1979 (GBl. S. 134, 160) nach Maßgabe der §§ 2 und 4 der Heilfürsorgeverordnung vom 10. März 1960 (GBl. S. 101) an Stelle freier Heilbehandlung einen Zuschuss zu den Beiträgen an eine Krankenversi-

cherung erhalten haben, wird dieser Zuschuss nach § 79 Abs. 7 LBG weitergewährt, solange ihnen Dienstbezüge zustehen. Auf Antrag wird an Stelle des Zuschusses Heilfürsorge nach § 2 Abs. 1 gewährt.

(2) Beamten des Polizeivollzugsdienstes, die in Planstellen des Landesamts für Verfassungsschutz eingewiesen sind und die vor dem 1. Januar 2011 nach Artikel VI § 7 des Landesbesoldungsanpassungsgesetzes vom 3. April 1979 (GBl. S. 134, 160) nach Maßgabe des § 1 Abs. 1 der Verordnung des Innenministeriums über Art und Umfang der Heilfürsorge für Beamte des Landesamts für Verfassungsschutz vom 17. April 1963 (GBl. S. 47) als Heilfürsorge einen Zuschuss zu den Beiträgen an eine Krankenversicherung erhalten haben, wird dieser Zuschuss nach § 79 Abs. 7 LBG weitergewährt, solange ihnen Dienstbezüge zustehen. Auf Antrag wird an Stelle des Zuschusses Heilfürsorge nach § 2 Abs. 1 gewährt.

(3) Die Anträge nach Absatz 1 und 2 sind an keine Frist gebunden.

(4) Neben dem Zuschuss zu den Beiträgen an eine Krankenversicherung erhalten die Zuschussempfänger vorbeugende ärztliche Maßnahmen nach § 15 Nr. 1 und 4 sowie Vorsorgekuren nach § 14 Abs. 5.

§ 21

Inkrafttreten, Übergangsbestimmung

(1) Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2011 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Heilfürsorgeverordnung vom 21. April 1998 (GBl. S. 281), zuletzt geändert durch Artikel 57 des Gesetzes vom 9. November 2010 (GBl. S. 793, 983), außer Kraft.

(2) Für die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung entstandenen Aufwendungen beziehungsweise erteilten Genehmigungen sind die bisher geltenden Vorschriften anzuwenden.

Stuttgart, den 3. Januar 2011

gez.
Rech