



BEIHILFEDSCHUNDEL RATGEBER ZU BEIHILFE

- Abteilung Recht -

Stand: Januar 2020

© Deutscher BundeswehrVerband e.V., Berlin

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Datenübertragung oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Deutschen BundeswehrVerbandes reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhalt

1.	Vorwort	6
2.	Allgemeine Hinweise und Empfehlungen	7
2.1	Der prinzipielle Unterschied: Sachleistung vs. Beihilfegewährung.....	7
2.2	Das Beihilfekonto oder auch Gesundheitskonto	8
2.3	Abschlagszahlungen	8
2.4	Regelmäßig wiederkehrende Pflegeaufwendungen.....	9
2.5	Spitzen in der Beihilfearbeitung vermeiden	9
2.6	Gesundheits-Buchführung	9
2.7	Kopien als Rettungsanker	10
2.8	Entdecken Sie die Beihilfebestimmungen	10
2.9	Kein Bestandsschutz	11
2.10	Leistungsreichweite der Krankenversicherung.....	12
2.11	Vorausschauend Nachweise übermitteln.....	12
2.12	Bundesbeihilfe ist kein Rundumsorglos-Paket	13
2.13	Bundesbeihilfeanspruch kommunizieren	13
2.14	Verjährung von Beihilferechnungen	14
2.15	Antragsmindestgrenze.....	14
2.16	Vermeiden Sie „Beihilfe-Mammutanträge“	14
2.17	Festbetragsregelung	15
2.18	Besonderheit bei einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung.....	16
2.19	Kopiervorlage Beihilfeantrag	16
3.	Krankenhaus	17
3.1	Wahlleistungen im Krankenhaus	17
3.2	Wahlleistungstarif in der PKV	18
3.3	Besonderheit bei der Zimmerwahl im Krankenhaus	18
3.4	Begleitperson	18
3.5	Besonderheit bei Privatkliniken	18
3.6	Direktabrechnung	19
4.	Rehabilitationsmaßnahmen und AHB	20
4.1	Allgemeines zu Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlung und den Kosten	20
4.2	Reha – Voranerkennungsverfahren und die Vierjahresfrist	20
4.3	Besonderheiten bei der ambulanten Reha für aktive Bedienstete in einem anerkannten Heilbad oder Kurort	21

4.4	Besonderheiten bei der stationären Reha.....	21
4.5	Besonderheiten bei ambulanter Reha am Wohnort oder in Wohnortnähe	22
4.6	Besonderheiten bei einer Anschlussheilbehandlung.....	22
4.7	Personenbezogene Besonderheiten im Bereich Reha.....	23
4.8	Private Krankenversicherung und Reha.....	23
5.	Heilmittel.....	24
5.1	Heilmittelverordnung.....	24
5.2	Leistungsvoraussetzung Heilmittel	24
5.3	keine Gebührenordnung für Heilbehandler	24
5.4	Heilmittel in der Reha und im Krankenhaus	25
5.5	traditionellen chinesischen Medizin	25
5.6	PKV im Kontext Heilmittel.....	25
6	Fahrtkosten.....	26
6.1	Generelle Zuordnung der Fahrtkosten	26
6.2	Rettungsfahrten	26
6.3	Nachweis: medizinischer Notwendigkeit.....	26
6.4	Fahrten ins Krankenhaus und zu ambulanten Operationen.....	27
6.5	Krankentransportfahrten.....	27
6.6	Fahrten zur ambulanten Behandlung	27
6.7	Rücktransport aus dem Urlaub	28
6.8	Begrenzung der Fahrtkosten.....	28
6.9	PKV im Kontext der Fahrtkosten.....	29
7.	Eigenbehalte und Belastungsgrenzen	29
7.1	Ausschlüsse und Höchstgrenzen.....	29
7.2	Die klassischen Eigenbehalte	30
7.3	Antrag auf Befreiung von Eigenbehalten.....	31
7.4	Abzug bei Wahlleistungen	32
8.	Beihilfeanspruch für gesetzlich krankenversicherte Personen	33
8.1	Beihilfeberechtigt oder beihilfeberücksichtigungsfähig?	33
8.2	Anspruchsgrundlage der beihilfeberücksichtigungsfähigen Personen.....	33
8.3	Gesamtbetrag der Einkünfte.....	33
8.4	Zusammentreffen von GKV und Beihilfe	34
8.5	Heilpraktiker für GKV Versicherte.....	35
8.6	Wahlleistungen für GKV Versicherte	35

8.7	Zahnersatz und Zahnreinigung für GKV Versicherte.....	35
8.8	Privatarzt nur mit Fiktivanrechnung	36
8.9	Alles andere?.....	36
9.	Zum DZE und zur Wehrübung.....	37
9.1	Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung endet	37
9.2	Weiterbehandlung nach DZE	37
9.3	Gesundheitsakte zum DZE	38
9.4	„Beihilfebescheinigung“	38
9.5	Krankenversicherung zum DZE aktivieren	39
9.6	Während der Wehrübung - kein Beihilfeanspruch!.....	39
10.	Thema: Pflege.....	40
10.1	Pflicht zur Pflegeabsicherung.....	40
10.2	Leistungsniveau der privaten Pflegeversicherung.....	40
10.3	Definition Pflege	41
10.4	Antrag auf Pflege	41
10.5	Abschlagszahlungen im Bereich Pflege.....	42
10.6	Soziale Pflegeversicherung vs. eigener Beihilfeanspruch	42
10.7	Weiterführende Beratung.....	43
11.	Leistungsarten im Pflegebereich	43
11.1	Häusliche Pflege.....	43
11.2	Das Pflegegeld.....	43
11.3	Pflegesachleistungen	43
11.4	Kombinationspflege	44
11.5	Verhinderungspflege.....	46
11.6	Kurzzeitpflege	46
11.7	Entlastungsbetrag	46
11.8	Pflegehilfsmittel	47
11.9	Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.....	47
11.10	Teilstationäre Pflege	47
11.11	Vollstationäre Pflege.....	48
11.12	Härtefallregelung im stationären Bereich.....	48
11.13	Pflege-Checkliste.....	48
12.	Widerspruch	49
12.1	Zeitnah prüfen	49

12.2	Notfristen beachten	49
12.3	Briefkastenschlüssel und Vollmacht im Urlaub	50
12.4	Der Widerspruch.....	50
12.5	Zuordnungsfehler vermeiden	50
12.6	Belege zum Nachweis nicht vergessen	50
12.7	Laufzeit des Widerspruchs.....	51
12.8	Das Klageverfahren und verbandliche Hilfestellung.....	51
12.9	Vermeiden Sie Missverständnisse und Irrläufer	51
13.	Die private Krankenversicherung (PKV)	52
13.1	Die Fürsorge im dritten Lebensabschnitt.....	52
13.2	Versicherungsschutz überprüfen und möglicherweise erweitern.....	52
13.3	Änderung rechtzeitig anzeigen	53
13.4	Anwartschaft.....	53
13.5	Beihilfeergänzungstarif	54
13.6	Reha-Zusatztarif	54
13.7	Pflege-Zusatz.....	55
13.8	Rechtzeitig handeln	56
13.9	Wartezeit beachten	56

1. Vorwort

Diese Wissenssammlung unter dem Titel „Beihilfedschungel“ beinhaltet Ideen und Vorschläge, die sich aus der täglichen Mitgliederberatung ergeben haben und soll Ihnen helfen, sich im Mikrokosmos der Beihilfe etwas besser zurechtzufinden. Nicht alles ist auf jeden anwendbar und funktioniert immer und überall. Sie entscheiden, was Sie umsetzen oder



ausprobieren wollen. Manchmal sind es nur kleine Details, die sich mit wenig Aufwand umsetzen lassen, die das Ergebnis jedoch folgeschwer (positiv) beeinflussen können. Wenn das eine oder andere davon für Sie persönlich funktioniert und Ihnen einen Mehrwert bringt - ist das Ziel erreicht. Seien Sie versichert: Wenn Sie die Hinweise beherzigen, verringert sich das Risiko von Kostenfallen und Ärger beachtlich.

Der im Text immer wieder angesprochene [Direkt-Link](https://bit.ly/2DmTjUU) zum Beihilfedschungel beinhaltet diverse Hilfestellungen und weiterführende Informationen zum Thema Beihilfe, zum Beispiel der Verordnungstext und die Verwaltungsvorschrift zur Beihilfe, Anträge, Merkblätter und vieles mehr. Dieser Link kann im elektronischen Dateiformat (PDF) direkt angeklickt werden. In der ausgedruckten Variante können Sie die nachfolgende Internetadresse in Ihren Web-Browser eingeben (bitte achten Sie auf die Groß- und Kleinschreibung): **<https://bit.ly/2DmTjUU>**

Bitte bedenken Sie, dass dieser Umdruck die Rechtslage zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ¹ wiedergibt. Anpassungen können jederzeit das Lagebild verändern. Dieser Beihilferatgeber kann eine qualifizierte Beratung nicht ersetzen. Für eine Beratung oder weiterführende Fragen rund um das Thema Beihilfe steht Ihnen das Versorgungsreferat aus der Rechtsabteilung zur Verfügung.

Sie erreichen uns im Versorgungsreferat wie folgt:

Mail r1@dbwv.de

Telefon (030) 235990-222

Post Versorgungsreferat, Stresemannstraße 57, 10963 Berlin

¹ Siehe Deckblatt

2. Allgemeine Hinweise und Empfehlungen

2.1 Der prinzipielle Unterschied: Sachleistung vs. Beihilfegewährung

Der erste Punkt in unserem neuen Guide ist weniger ein echter Tipp, sondern vielmehr eine Art Einleitung: die Erklärung, wie das Beihilfeprinzip angelegt ist. Wer das Beihilfesystem nutzt, wird früher oder später zwangsläufig einige Systemunterschiede zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wahrnehmen. Bei einem abweichenden Wesensmerkmal, auf das wir im Folgenden eingehen, lohnt es sich besonders hinzuschauen und dieses zu kennen:

In dem GKV-üblichem Sachleistungsprinzip weist sich der Patient mit seiner elektronischen Gesundheitskarte aus. Die Leistungen werden vom Gesetzgeber festgelegt und orientieren sich an dem Leitsatz „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig“. Das Gesundheitswesen rechnet dann auch über die Chipkarte ab, der Patient hat mit der Kostenbewältigung im Regelfall nichts zu tun.

Beihilfe dagegen funktioniert anders. Sie resultiert aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn und ist dem Wesen nach, eine ergänzende Hilfeleistung zur notwendigen Eigenvorsorge. Die Beihilfeleistungen sind in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) geregelt, man spricht von einer Beihilfegewährung. In der Beihilfe-Welt ergänzt der Versicherte seinen prozentualen Beihilfeanspruch mit einer privaten Krankenversicherung (PKV). Die Versicherungsleistungen basieren auf einem individuellen Vertragsverhältnis sowie den dazugehörigen Versicherungsbedingungen. Die Leistungen werden, im Gegensatz zur GKV, im Kostenerstattungsprinzip zur Verfügung gestellt.

Dieser Unterschied hat Auswirkungen auf die Praxis: die erbrachten Leistungen, zum Beispiel vom Facharzt, müssen vom Patienten aus eigenen Mitteln bezahlt werden – im Regelfall aus der Besoldung oder aus den persönlichen Rücklagen. Der Arzt hat einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten und eben nicht mit der Beihilfe. Im zweiten Schritt kann sich der Patient dann an die Beihilfe und PKV wenden und die Beihilfegewährung beziehungsweise Kostenerstattung beantragen.

Der beschriebene Unterschied in der Abrechnung hat Folgen. Nicht alles, was Sie verauslagten, wird automatisch und voll erstattet. Umso wichtiger ist es, sich frühzeitig mit der Materie zu beschäftigen. Außerdem ist der zeitliche Rahmen, in dem die Beihilfeerstattung erfolgen muss, gesetzlich nicht festgelegt. Folglich kann eine zeitnahe Beihilfegewährung nicht garantiert und der Logik folgend auch nicht eingeklagt werden. Außerdem ergeben sich aus einer längeren Bearbeitungszeit keine Ersatzansprüche, wie etwa Überziehungszinsen. Dazu fehlt schlicht der gesetzliche Rahmen.

2.2 Das Beihilfekonto oder auch Gesundheitskonto

Was also kann man tun, um die finanzielle Liquidität zu gewährleisten? Sorgen Sie selbst für Liquidität! Legen Sie sich einen privaten Finanzpuffer für Ihre Gesundheit zu, möglicherweise auf einem separaten Konto. Dieses „Beihilfekonto“ soll Ihnen Handlungsfreiheit, gerade in den Zeiten, wenn die Erstattung etwas länger dauert, schaffen. Vielleicht haben Sie noch einen alten Sparvertrag (auf den es derzeit sowieso kaum Zinsen mehr gibt) oder Sie nutzen Ihre Dienstjahre vor dem Ruhestand oder das Anschlussarbeitsverhältnis für einen kleinen Gesundheits-Sparplan. Es geht dabei nicht um eine zusätzliche finanzielle Belastung, die Sie ertragen sollen, sondern um Ihre eigene finanzielle Flexibilität im dritten Lebensabschnitt. Diese Rücklagen werden im Idealfall nicht verbraucht, sondern zeitversetzt von der Beihilfestelle und der PKV wieder aufgefüllt.

2.3 Abschlagszahlungen

Außerdem können Sie, wenn Sie eine absehbare teure Behandlung im Vorfeld erkennen, eine Abschlagszahlung bei Ihrer Beihilfestelle beantragen. Die Bewilligung liegt allerdings im Ermessen der Beihilfestelle. Es besteht kein Rechtsanspruch darauf. Abschlagszahlungen dienen insbesondere zum Schutz vor außergewöhnlichen finanziellen Belastungen. Denkbar ist eine Beantragung bei einmalig hohen Kosten (zum Beispiel bei einer geplanten Rehabilitationsmaßnahme oder bei einem Krankenhausaufenthalt, aber auch bei Anschaffung von sehr teuren Arznei- oder Hilfsmitteln) oder bei immer wiederkehrenden hohen Kosten (zum Beispiel teurer

Dauerbehandlungen wie Dialyse). Dabei reicht meist neben dem Antrag ein Kostenvoranschlag zur Überprüfung aus. Wenn die Abschlagszahlung genehmigt wird, dürfen Sie mit einer Vorschusszahlung in Höhe von 70 Prozent rechnen (nach Anwendung des Beihilfebemessungssatzes) und schaffen sich so einen weiteren finanziellen Spielraum.

2.4 Regelmäßig wiederkehrende Pflegeaufwendungen

Regelmäßigen Aufwendungen im Pflegefall kann der Beihilfberechtigte mit einem Antrag auf „wiederkehrende Zahlungen“ begegnen. Wird dem Anliegen entsprochen, kann bis zu zwölf Monate im Voraus regelmäßig geleistet werden. Und das, ohne jeden Monat einen neuen Beihilfeantrag stellen zu müssen. Im Nachgang müssen selbstverständlich alle entstandenen Kosten der Beihilfestelle gegenüber nachgewiesen werden und es gibt eine Endabrechnung dazu. Änderungen in der Pflegesituation sind zeitnah anzuzeigen, um daraus resultierende Abweichungen in der Zahlung rechtzeitig zu modifizieren.

2.5 Spitzen in der Beihilfearbeitung vermeiden

So wie sich die Autobahnen zu Urlaubs- und Ferienbeginn füllen, quellen auch die Posteingangskörbe bei der Beihilfestelle über und damit gehen längere Beihilfearbeitungszeiten einher. Diese Bearbeitungsspitzen lassen sich immer dann beobachten, wenn viele Menschen Zeit haben – klassische Dauerbrenner: die Zeit um Weihnachten und die Urlaubssaison im Sommer. Insbesondere diejenigen, die Rechnungen über lange Zeiträume oder über das ganze Jahr hinweg sammeln, sollten diese Stoßzeiten wie die gerade bevorstehende Weihnachtszeit versuchen zu meiden. Sie sollten vielmehr die Monate drumherum nutzen – natürlich nur, wenn es im persönlichen Rahmen auch funktioniert und die Verjährungsfrist nicht überschritten wird.

2.6 Gesundheits-Buchführung

Das beschriebene Beihilfegewährungs- und Erstattungsprinzip hat noch weitere Folgen. Unter anderem ist der bürokratische Aufwand merklich höher. Sie haben

Rechnungen auf dem Tisch, müssen die Bezahlung sicherstellen, die Erstattung bei der Beihilfe und der privaten Krankenkasse (PKV) beantragen und letztlich die Zahlungsströme auch im eigenen Interesse kontrollieren. Es ist daher ratsam, über die Gesundheitsausgaben Buch zu führen. Legen Sie sich dazu eine Tabelle an, am PC oder auf Papier. Notieren Sie Ihre Rechnungen, wann diese eingegangen sind, wann Sie bezahlt und die Erstattung beantragt und erhalten haben. Sie stellen damit sicher, dass auch in unübersichtlichen Zeiten nichts verloren geht.

Übrigens: Eine mögliche Variante der Buchführung liegt unter dem [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel zum Download bereit.

2.7 Kopien als Rettungsanker

Ergänzen können Sie Ihre kleine Buchführung mit Kopien von allen Unterlagen und Rechnungen, die Sie an die Beihilfestelle und PKV weitergeben. Das geht entweder klassisch in Papierform oder besser und umweltbewusster durch das Einscannen der Schriftstücke am PC. So können Sie jederzeit auf angefragte Unterlagen reagieren und abliefern. Sie sollten dazu wissen: Wenn Sie bei der Beihilfestelle einen Widerspruch einlegen, müssen Sie alle notwendigen Unterlagen erneut vorlegen. Und auch wenn Sie mal Ihren Berufsverband um Hilfe bitten, werden Sie diese Kopien benötigen. Selten gehen auch mal die Post und damit Ihre Belege verloren. Die letzte Möglichkeit, die Ihnen dann bleibt, wenn Sie eben keine Kopien haben, ist aufwendig und kann mit Kosten verbunden sein: die Anforderung von Reproduktionen beim Arzt oder der PKV. Mit dem hier beschriebenen Tipp ersparen Sie sich diesen letzten Schritt.

2.8 Entdecken Sie die Beihilfebestimmungen

Und noch etwas sehr Fundamentales resultiert aus dem Beihilfegewährungs- und Erstattungsprinzip. Sie sind Vertragspartner des behandelnden Arztes. Der Arzt stellt also Ihnen die Rechnung – und nicht der Beihilfestelle. In den meisten Fällen gehen Sie als Beihilfeberechtigter in Vorleistung. Und in (hoffentlich) wenigen Fällen erfahren Sie hinterher, dass die Erstattung seitens der Beihilfe und PKV nicht immer so funktioniert, wie Sie es sich vorgestellt haben. Daher eine dringende Bitte: Befassen

Sie sich mit der Bundesbeihilfe! In einigen Fällen stellt die Beihilfe bestimmte Bedingungen an die Kostenerstattung, so müssen Sie sich zum Beispiel manche Maßnahmen im Vorfeld genehmigen lassen, dazu gehören unter anderem kieferorthopädische Leistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen. Prüfen Sie im Vorfeld, insbesondere bei teuren Maßnahmen, wie die Leistungen bei der betreffenden medizinischen Maßnahme ausgestaltet sind. Dazu können Sie in der Bundesbeihilfeverordnung nachblättern. Sie können ergänzend auch die dazugehörige Verwaltungsvorschrift nutzen, dort werden Rechtsbegriffe der Beihilfebestimmung konkretisiert. Das Bundesverwaltungsamt, das für die Beihilfeabwicklung verantwortlich ist, hat viele weitere Informationen zusammengestellt.

Übrigens: Alle genannten Informationsquellen haben wir Ihnen auch auf unserer Homepage, unter dem [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel zusammengestellt.

Sie können auch Ihre Beihilfestelle schriftlich um Rat fragen und um Prüfung der Kostenübernahme bitten. Eine Kontaktaufnahme sollte bitte ausschließlich über folgende Mailadressen erfolgen:

- Beihilfestelle Stuttgart: beihilfe-stuttgart@bva.bund.de
- Beihilfestelle Düsseldorf: beihilfe-duesseldorf1@bva.bund.de

Haben Sie hier aber bitte Verständnis dafür, dass nichtgenehmigungspflichtige Anfragen (zum Beispiel zu Heil- und Kostenplänen des Zahnarztes) nachrangig behandelt und beantwortet werden und damit etwas länger dauern können – Beihilfeanträge haben letztlich Vorrang, im Interesse aller.

2.9 Kein Bestandsschutz

Aber auch das regelmäßige Aktualisieren des eigenen Wissensstandes ist wichtig. Aus dem Rechtsstaatprinzip resultiert, dass sich Ämter und Behörden immer an aktuellen Gesetzen und Bestimmungen orientieren. Das ist eigentlich logisch und einleuchtend und kann dennoch für Betroffene zu einem unliebsamen Ergebnis führen: Wer im guten Glauben auf eine Erstattung hofft, die vor einigen Jahren bereits einmal funktioniert hat, kann eine unerfreuliche Überraschung erleben, wenn sich die gesetzliche Grundlage mittlerweile geändert hat. Es gibt kein Bestandsschutz auf

„altes Wissen“. Ihr Beihilfeantrag wird immer mit der aktuell geltenden Fassung der Bundesbeihilfevorschrift (BBhV) bewertet. Halten Sie Ihr Wissen also aktuell und blättern Sie insbesondere bei kostspieligen Manövern vorher besser noch einmal nach. Wenn Sie unsicher sein sollten, können Sie auch Ihre Beihilfestelle im Vorfeld kontaktieren (am besten per Mail) und um Rat fragen.

2.10 Leistungsreichweite der Krankenversicherung

Beamte und Soldaten (für die Zeit nach der unentgeltlichen Truppenärztlichen Versorgung) sind wie Arbeitnehmer verpflichtet, das Risiko von Krankheiten und Pflegebedürftigkeit für sich und ihre Familien selbst abzusichern und Vorsorge zu leisten. Nur das Zusammenspiel aus Beihilfe und Krankenversicherung gewährleistet Ihnen eine umfangreiche Kostendeckung. Neben den bisher besprochenen Beihilfeleistungen sollten Sie also auch die Leistungsreichweite Ihrer beihilfekonformen Restkostenversicherung gut kennen. Die private Krankenversicherung (PKV) leistet nicht zwingend im selben Umfang wie die Beihilfe. Häufig problematisch sind zum Beispiel Fahrtkosten oder Reha-Aufenthalte. Beide Systeme laufen nebeneinander und Leistungen werden in jedem System für sich geprüft: bei der Beihilfe über die BBhV und bei der PKV über die jeweiligen Versicherungsbedingungen. Prüfen Sie vor Behandlungsbeginn auch, ob die Versicherung im Nachgang leisten wird. Kontrollieren Sie die Versicherungsbestimmungen Ihrer PKV und kontaktieren Sie bei Zweifeln schriftlich Ihren Versicherer und bitten um Prüfung der Kostenübernahme.

Übrigens: Im weiteren Verlauf gehen wir noch einmal detailliert auf das Thema PKV ein. Unter der Kapitelüberschrift „[13. Die private Krankenversicherung](#)“ finden Sie weitere Informationen.

2.11 Vorausschauend Nachweise übermitteln

Damit Familienangehörige in der Beihilfe berücksichtigungsfähig sind, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. Genaueres erfahren Sie im Kapitel „[8. Beihilfeanspruch für gesetzlich krankenversicherte Personen](#)“. Zur Überprüfung der Voraussetzungen benötigt Ihre Beihilfestelle entsprechende Nachweise. Für den

Ehepartner ist der Steuerbescheid vom Vorvorkalenderjahr ausschlaggebend, für Kinder der Bescheid über das Kindergeld beziehungsweise eine aktuelle Bezügemitteilung. Übermitteln Sie mit dem ersten Beihilfeantrag im Kalenderjahr, bei dem Aufwendungen für die betroffene Person eingereicht werden, unaufgefordert eine Kopie dieses Nachweises. Warten Sie nicht erst die Aufforderung dazu ab – das verzögert Ihre Antragsbearbeitung unnötig.

2.12 Bundesbeihilfe ist kein Rundumsorglos-Paket

Aus der Fürsorgepflicht des Dienstherrn resultiert auch die Beihilfe. Der Rahmen, den der Dienstherr als seine Pflicht versteht, wird mit der BBhV konkretisiert. Der Dienstherr ist dabei nicht verpflichtet, Beamte und Soldaten von ihren Aufwendungen komplett zu entlasten. Es werden generell nur medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Behandlungen als beihilfefähig anerkannt. Manche Behandlungsmethoden oder Arzneimittel sind von der Erstattung ganz oder teilweise ausgeschlossen. Eigenbehalte können darüber hinaus die beihilfefähigen Aufwendungen schmälern. Das heißt: Einen Teil der Kosten muss der Patient selbst tragen. Die Regelungen orientieren sich grundsätzlich für den Bereich des Bundes an der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Beihilfegewährung stellt damit eine Ergänzung der zumutbaren Eigenvorsorge dar – so der Gesetzgeber. An der diesbezüglichen Rechtmäßigkeit lassen die Gerichte keinen Zweifel. Die Beihilfe ist übrigens nicht bundeseinheitlich geregelt. Neben der BBhV gibt es in den meisten Ländern eigene Landesbeihilfeverordnungen, die sich in der Grundstruktur meist ähneln, aber im Detail unterscheiden.

2.13 Bundesbeihilfeanspruch kommunizieren

Gerade weil die Beihilfe kein Rund-um-Sorglos-Paket ist, sollten Sie Ihren Versicherungsstatus immer klar kommunizieren. Wer sich beim Arzt nur als „privat Versicherter“ vorstellt, läuft unter Umständen in eine Kostenfalle. Sie sind „bundesbeihilfeberechtigt mit einer ergänzenden privaten Krankenversicherung“ – das ist ein Unterschied! Binden Sie Ihren Arzt mit ein und bitten Sie darum, dass Sie über die anfallenden Kosten informiert werden – insbesondere solche, die von der Beihilfe

nicht erstattet werden. Im Zweifel kann und soll sich der Arzt am Leistungsniveau der GKV orientieren – damit umschiffen man in der Regel die meisten gefährlichen (also teuren) Klippen.

2.14 Verjährung von Beihilferechnungen

Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Diese Frist ist praktisch unantastbar. Wird sie versäumt, bleibt man auf den Kosten sitzen.

2.15 Antragsmindestgrenze

Bei der Beantragung von Beihilfe gilt: Sie wird in der Regel nur gewährt, wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen insgesamt mehr als 200 Euro betragen. Diese Mindestgrenze gilt auch bei der Nutzung der Beihilfe-App.

Droht eine Rechnung zu verjähren und wird die Antragsmindestgrenze von 200 Euro nicht erreicht, kann die Festsetzungsstelle von der Antragsgrenze absehen und wird auch Beihilfeanträge mit kleineren Rechnungssummen bearbeiten.

2.16 Vermeiden Sie „Beihilfe-Mammutanträge“

Die Antragsgrenze in Höhe von 200 Euro bringt es mit sich, dass zeitweilig mehrere kleinere Rechnungen gesammelt werden müssen. Das übermäßige Sammeln von Rechnungen sollte aber vermieden werden. Denn das führt zu folgendem Problem: Die Beihilfestelle braucht für die Bearbeitung solcher „Mammutanträge“ wahrnehmbar länger und so erhöhen sich die Beihilfebearbeitungszeiten für Sie und alle anderen unnötig. Beihilfeanträge sollten deshalb regelmäßig bei Überschreiten der 200-Euro-Grenze eingereicht werden. Bei der Erstattung kann es auch helfen, sehr teure Aufwendungen auf einem eigenen Beihilfeantrag zu separieren. Ein neuer Antrag kann übrigens auch dann gestellt werden, wenn der vorgehende noch nicht beschieden ist.

2.17 Festbetragsregelung

Festbeträge sind Erstattungshöchstgrenzen für bestimmte Arzneimittel-Wirkstoffgruppen. Diese gibt es nur für Medikamente, bei denen entsprechende Alternativen in identischer oder vergleichbarer Qualität existieren. Die Festbetragsregelung wurde eingeführt, um dem expansiven Anstieg der Arzneimittelausgaben entgegenzutreten. Außerdem spiegeln sie den Beihilfegrundsatz wider, dass grundsätzlich nur wirtschaftlich angemessene Aufwendungen beihilfefähig sind.

Die Regelung legt also fest, bis zu welchem Höchstbetrag ein Arzneimittel dieser Wirkstoffgruppe erstattet wird. Wenn ein Präparat mit einem Abgabepreis oberhalb des Festbetrags ausgewählt wird, muss die Differenz aus eigenen Mitteln bezahlt werden. Bei einer Arzneimittelverordnung sollte man seinen Arzt darauf ansprechen und nachfragen, ob es sich um ein Festbetrags-Arzneimittel handelt und ob es dazu eine Alternative gibt – also ein therapeutisch gleichwertiges Medikament ohne Zuzahlung. Insbesondere bei teureren Arzneimitteln sollten Sie das berücksichtigen. Der Arzt ist sogar verpflichtet, über eventuell selbst zu tragende Kosten zu informieren. Außerdem kann auch der Apotheker Auskünfte zu den Festbeträgen erteilen.

Übrigens: Wer selbst vor dem Gang zur Apotheke überprüfen will, ob ein Arzneimittel aus der Festbetragsgruppe verschrieben worden ist, kann das auf der Homepage des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information tun. Hierzu steht eine regelmäßig aktualisierte und vollständige Festbetragsliste unter dem [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel zur Verfügung.

Die Einschränkung der Erstattungsfähigkeit ist eine reine Wirtschaftlichkeitsregelung. Im Regelfall kann davon ausgegangen werden, dass ausreichende Alternativen an Arzneimitteln zur Verfügung stehen. Wenn aber aus medizinischen Gründen in seltenen Ausnahmefällen tatsächlich nur eine Arznei außerhalb der Festbetragsgruppe in Frage kommt, kann von der Festbetragsregelung abgewichen werden. Das kann zum Beispiel bei einer Medikamentenunverträglichkeit der Fall sein. Insbesondere trifft es dann zu, wenn die alternativen Arzneimittel unerwünschte Nebenwirkungen verursachen, die über bloße Unannehmlichkeiten oder Befindlichkeitsstörungen hinausgehen. Der Ausnahmefall ist durch eine ärztlich fundierte Stellungnahme immer zu belegen.

Beihilfestellen dürfen zu Arzneimitteln nicht beraten. Die Festlegung der Festbeträge treffen nicht die Beihilfestellen, sondern der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA). Die Beihilfestellen erhalten keine Informationen, wenn weitere Arzneimittel mit Festbeträgen belegt werden – eine dahingehende Information durch die Festsetzungsstelle kann also leider nicht erfolgen.

2.18 Besonderheit bei einer anerkannten Wehrdienstbeschädigung

Haben Sie eine anerkannte Wehrdienstbeschädigung (WDB), so müssen Sie diese bei Ihrer PKV und der Beihilfestelle anzeigen. Behandlungskosten, die aus einer anerkannten WDB-Folge resultieren, werden nicht über Ihre Beihilfe und PKV abgewickelt. Die Aufwendungen für diese Heil- und Krankenbehandlung übernimmt Ihr (alter) Dienstherr – die Bundeswehr. Seit 2015 ist das Bundesamt für das Personalmanagement (BAPersBw) der dafür zuständige und zentrale Leistungsträger. Bei Fragen können Sie sich direkt an diesen wenden: BAPersBw-Hotline: Tel.: (0211) 959-2489, ser@bundeswehr.org.

Für Badekuren, Zahnersatz, Bewegungs- und Sprachtherapie sowie orthopädische Hilfsmittelversorgung ist das BAPersBw direkt zuständig. Alle anderen Leistungen werden von den gesetzlichen Krankenkassen im Auftrag des BAPersBw erbracht. Im Regelfall müssen Behandlungen im Vorfeld beantragt werden. Wie in der GKV werden die Heil- und Krankenbehandlungen als Sachleistungen erbracht. Eine finanzielle Vorleistung, wie sie in der PKV/Beihilfe üblich ist, wird in der WDB-Versorgung in der Regel nicht notwendig sein. Die erforderlichen Maßnahmen werden für Sie kostenfrei erbracht.

2.19 Kopiervorlage Beihilfeantrag

Das Ausfüllen der Beihilfeanträge kann mitunter müßig sein. Mit einer Kopiervorlage eines aktuellen Beihilfeantrags (Kurzantrag) können Sie den notwendigen bürokratischen Aufwand reduzieren. Die klassischen persönlichen Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Anschrift werden sich selten ändern. Identifizieren Sie die „Kopfdaten“, die bei Ihnen immer gleichbleibend sind, und nutzen Sie einen so

vorausgefüllten und per Kopie vervielfältigten Antrag als Vorlage für zukünftige Anträge. Das geht auch am PC. Laden Sie sich dazu das Formular vom Bundesverwaltungsamt (BVA) herunter und speichern Sie es auf Ihrem Computer ab.

Alle Anträge vom BVA finden Sie unter dem [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel. Danach können Sie diese PDF-Datei am PC bearbeiten und abspeichern und damit immer wieder verwenden. Wichtig: Bitte prüfen Sie Ihre Angaben immer vor der Weitergabe an das BVA und aktualisieren Sie Ihre Vorlage bei Änderungen.

3. Krankenhaus

3.1 Wahlleistungen im Krankenhaus

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können auch Wahlleistungen in Anspruch genommen werden. Dazu gehören die privatärztliche Abrechnung, auch Chefarztbehandlung genannt, und die Aufbettung auf ein Zweibett- oder Einbettzimmer (Achtung: Bitte Abschnitt [„3.3 Besonderheit bei der Zimmerwahl im Krankenhaus“](#) beachten – Einbettzimmer ist nicht beihilfefähig). Diese Leistungen müssen im Vorfeld mit dem Krankenhaus schriftlich vereinbart werden. Diese schriftliche Übereinkunft über die Zusatzkosten wird Wahlleistungsvereinbarung genannt. Es ist eine zwingende Voraussetzung, dass diese vor Behandlungsbeginn mit dem Krankenhaus abgeschlossen wird, im Grunde ist das Krankenhaus sogar dazu verpflichtet. Wer Wahlleistungen in Anspruch nehmen will, sollte direkt im Aufnahmegespräch eine solche Vereinbarung verlangen. Eine Kopie davon muss mit jeder Rechnung, die im Zusammenhang mit den Wahlleistungen steht, bei der Beihilfe eingereicht werden. Bei der Beihilfebeantragung ist daneben auch immer die Entlassungsanzeige mit einzureichen. Eine vorherige Genehmigung der Wahlleistungen durch die Beihilfestelle ist hingegen nicht erforderlich.

3.2 Wahlleistungstarif in der PKV

Im Vorfeld sollte auch der Krankenversicherungstarif auf den Leistungsbestandteil „Wahlleistungen“ hin überprüft werden. Ist dieser nicht versichert, müssen die 30 Prozent der Wahlleistungskosten aus eigener Tasche bezahlt werden.

3.3 Besonderheit bei der Zimmerwahl im Krankenhaus

Aus der Vorschrift „nur medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Behandlungen“ resultiert eine wissenswerte Einschränkung im Krankenhaus. Es sind nur maximal die Kosten beihilfefähig, die ein Zweibettzimmer der entsprechenden Krankenhausabteilung kostet, abzüglich 14,50 Euro Selbstbehalt. Gesondert berechenbare Komfortleistungen oder ein Einbettzimmer sind nicht beihilfefähig. Daraus resultiert in der Praxis, dass meist nur die Kosten bis zum günstigsten Zweibettzimmer anerkannt werden. Ein höherer Aufwand, zum Beispiel durch ein Einbettzimmer, wird entsprechend nur bis zur Höhe des (günstigsten) Zweibettzimmers berücksichtigt. Die darüberhinausgehenden Mehraufwendungen sind aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

3.4 Begleitperson

Wenn es medizinisch erforderlich ist, kann auch eine Begleitperson mit im Krankenhaus aufgenommen und die Kosten für die Unterbringung im Krankenhaus über die Beihilfe abgerechnet werden. Darüber sollte vorher mit dem behandelnden Arzt gesprochen werden. Die medizinische Notwendigkeit muss dokumentiert und ein diesbezüglicher Nachweis der Beihilfestelle vorgelegt werden.

3.5 Besonderheit bei Privatkliniken

Grundsätzlich wird zwischen zugelassenen Krankenhäusern ² und reinen Privatkrankenhäusern unterschieden. Regulär beihilfefähig sind Krankenhauskosten in den zugelassenen Krankenhäusern, die für Leistungen auf Grundlagen des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung abgerechnet werden. Ob es sich um ein „zugelassenes“ Krankenhaus handelt, kann direkt beim

² zugelassenen Krankenhäusern nach Paragraph 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Krankenhaus erfragt werden. Kosten für Behandlungen in sogenannten Privatkliniken sind zwar mittlerweile ebenfalls beihilfefähig, richten sich jedoch nach Höchstbeträgen in der Bundesbeihilfeverordnung. Da die Kosten von Privatkliniken häufig über den Höchstsätzen liegen, besteht die Gefahr, dass erhebliche Kostenteile nicht übernommen werden und damit letztlich selbst zu finanzieren sind. Sicherheitshalber sollten solche Kliniken vermieden werden, um hohen Eigenkosten auszuweichen. Wer beabsichtigt, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, kann vor der Behandlung von der Klinik eine Kostenaufstellung anfordern, um sich mit dem Gesamtaufwand vertraut zu machen. Eine Ausnahme im Zusammenhang mit der Behandlung gilt im Fall der Notfallbehandlung. Liegt ein Notfall vor und ist kein anderes Krankenhaus als eine Privatklinik zu erreichen, so ist die Notfallbehandlung selbst auch dann beihilfefähig, wenn sie in einer Privatklinik stattfindet. Sobald der Notfall jedoch behandelt ist, gelten wieder die allgemeinen Vorschriften.

3.6 Direktabrechnung

Die Direktabrechnung ist ein vom Verband lange gefordertes Instrument zur Reduzierung der finanziellen Belastung der Beihilfeberechtigten und wurde im Juli 2018 eingeführt. Es geht darum, dass der Beihilfe-Patient die Krankenhauskosten nicht mehr komplett verauslagen muss. Der Zahlungsstrom wird auf Antrag des Beihilfeberechtigten von der Beihilfestelle direkt an das Krankenhaus umgeleitet. Unstimmigkeiten mit der Rechnung werden dann auch direkt von der Beihilfestelle mit dem Krankenhaus geklärt und entlasten so nicht nur finanziell, sondern auch organisatorisch. Leider haben noch nicht allzu viele Krankenhäuser diesen neuen Service für ihre Patienten erkannt. Deshalb sollte man sich bei seinem favorisierten Krankenhaus vor dem Krankenhausaufenthalt erkundigen, ob es an der Direktabrechnung teilnimmt. Die notwendigen Formulare für die Direktabrechnung halten die teilnehmenden Krankenhäuser vor und können bequem beim Aufnahmegespräch mit bearbeitet werden. Abschließend sei erwähnt, dass es bei der Direktabrechnung um die allgemeinen Krankenhauskosten geht. Die Mehrkosten für Wahlleistungen werden nach wie vor privat in Rechnung gestellt und die Beihilfeerstattung muss wie gewohnt beantragt werden.

4. Rehabilitationsmaßnahmen und AHB

4.1 Allgemeines zu Rehabilitationsmaßnahmen, Anschlussheilbehandlung und den Kosten

Im Bereich der Rehabilitationsmaßnahmen (Reha) müssen wir grundsätzlich vier Bereiche unterscheiden:

- die stationäre Reha,
- die ambulante Reha für aktive Bedienstete in einem anerkannten Heilbad oder Kurort,
- die ambulante Reha am Wohnort oder in Wohnortnähe
- und die Anschlussheilbehandlung (AHB).

Für alle Bereiche gilt, dass ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Arznei- und Verbandmittel, ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel, Kurtaxe und Fahrtkosten im Rahmen der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähig sind. Insbesondere im Bereich der Heilmittel sei darauf hingewiesen, dass die Beihilfefähigkeit an die Anlage 9 und 10 der BBhV gebunden ist, die Erstattung ist demnach auf Höchstbeträge begrenzt. Für die Fahrtkosten gilt: Bei öffentlichen Verkehrsmitteln sind die tatsächlich entstandenen Kosten beihilfefähig, jedoch nur bis zur einfachsten Beförderungsklasse. Bei einem privaten PKW sind 20 Cent je Kilometer zugrunde zu legen (Stand 2019). Die Erstattung von Fahrtkosten ist auf 200 Euro für die Gesamtmaßnahme begrenzt.

4.2 Reha – Voranerkennungsverfahren und die Vierjahresfrist

Die stationäre und die ambulante Rehamassnahme (für aktive Bedienstete in einem anerkannten Heilbad oder Kurort) sind nur beihilfefähig, wenn Sie vorher durch die Beihilfestelle genehmigt wurden. Das sogenannte „Voranerkennungsverfahren“ ist unabdingbar. Dabei wird die medizinische Notwendigkeit durch ein Gutachten bewertet. Ist die Maßnahme bewilligt, muss diese innerhalb von vier Monaten begonnen werden. Die Anerkennung unterliegt grundsätzlich einer Vierjahresfrist. Das bedeutet, wenn innerhalb des laufenden Jahres oder der drei

vorherigen Kalenderjahre eine Rehamaßnahme bewilligt wurde, kann eine neuerliche Anerkennung normalerweise nicht erfolgen.

4.3 Besonderheiten bei der ambulanten Reha für aktive Bedienstete in einem anerkannten Heilbad oder Kurort

Ziel der ambulante Rehamaßnahmen ist es, die Dienstfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Damit sind diese den aktiven Bediensteten vorbehalten. Die ambulante Maßnahme wird ausschließlich in einem anerkannten Heilbad oder Kurort durchgeführt und muss im Verzeichnis der Anlage 15 der Bundesbeihilfeverordnung enthalten sein. Wie die Bezeichnung erahnen lässt, bleibt es dem Patienten überlassen, sich bei der ambulanten Reha um Unterkunft und Verpflegung selbst zu bemühen. Eine Aufwandsentschädigung bis zu 16 Euro täglich für maximal 21 Tage steht den Beihilfeberechtigten jedoch zu.

4.4 Besonderheiten bei der stationären Reha

Der Fokus liegt auf der Behandlung von langwierigen und chronischen Erkrankungen. Ferner können auch Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahmen in diesem Rahmen durchgeführt werden. Beihilfefähig ist die Behandlung nur dann, wenn diese in einer Versorgungseinrichtung durchgeführt wird, mit der ein Versorgungsvertrag³ besteht – die sogenannten „zugelassenen“ Einrichtungen. Dabei wird für höchstens 21 Tage der niedrigste Satz der Einrichtung anerkannt. Zusätzlich können Wahlleistungen abgerechnet werden. Dazu zählen die gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen, unter anderem die sogenannte Chefarztbehandlung und das Zweibettzimmer⁴. Anderweitige Mehrkosten, die auf Wunsch der behandelten Person erbracht werden, sind dagegen nicht beihilfefähig.

³ Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

⁴ Beihilfefähig ist das günstigste Zweibettzimmer der Abteilung abzüglich 14,50 Euro Selbstbehalt pro Tag

4.5 Besonderheiten bei ambulanter Reha am Wohnort oder in Wohnortnähe

Die ambulante Reha auch für Versorgungsempfänger ist eine am Wohnort oder in Wohnortnähe durchgeführte Komplextherapie mit ganzheitlichem Rehabilitationskonzept. Der Patient kommt tagsüber zur Behandlung in die Rehaeinrichtung und ist zum Nachmittag oder Abend wieder in seinem häuslichen Umfeld. Die ambulante Reha stellt damit einen wichtigen Aspekt der Flexibilisierung der medizinischen Rehabilitation dar. Eine ambulante Reha hat immer einen beihilferechtlichen Vorrang vor einer stationären Rehabilitation. Eine ärztliche Verordnung ist hierbei ausreichend. Fahrtkosten können analog der stationären Reha (bis zu 200 Euro zum Bemessungssatz für die Gesamtmaßnahme) erstattet werden.

4.6 Besonderheiten bei einer Anschlussheilbehandlung

Eine Anschlussheilbehandlung (AHB) liegt vor, wenn die Maßnahme an einen Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung anschließt oder im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung steht. Im Regelfall wird diese, im Gegensatz zu den anderen Reha-Varianten, direkt vom Krankenhaus beantragt. Ideales Ziel ist es, verlorene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen und damit den Patienten wieder an die Belastung des Alltags heranzuführen. Es empfiehlt sich, auch hier eine zugelassene Einrichtung⁵ zu wählen, da anderenfalls bei den sogenannten Privatkliniken durch Erstattungshöchstgrenzen mit nennenswerten Eigenbehalten zu rechnen ist. Für eine AHB ist eine Voranerkennung über ein Gutachterverfahren nicht erforderlich, dennoch muss die Maßnahme ärztlich verordnet und die Einrichtung geeignet sein. Dazu kommt die Voraussetzung, dass die AHB, die in einem Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt steht, auch unmittelbar an diesen anschließen muss. Im Regelfall gilt ein Antritt innerhalb von 14 Tagen als unmittelbar, es sei denn, ein unmittelbarer Antritt ist aus medizinischen oder tatsächlichen Gründen nicht möglich. Beide Gründe müssen dann ärztlich bescheinigt werden. Auch hier können Wahlleistungen als beihilfefähig anerkannt werden. Bei der AHB kann im geprüften Einzelfall von der oben genannten Fahrtkostenregelung abgewichen werden, wenn der

⁵ Versorgungsvertrag nach § 111 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Krankentransport aus medizinischer Notwendigkeit anders erfolgen muss (zum Beispiel Taxi oder Krankenwagen). Allerdings werden dann Eigenbehalte abgezogen.

4.7 Personenbezogene Besonderheiten im Bereich Reha

Sprechen Sie bei individuellen Besonderheiten bitte mit dem behandelnden Arzt und der Beihilfestelle über ergänzende oder begleitende Möglichkeiten. So kann in bestimmten Situationen auch eine Begleitperson als beihilfefähig anerkannt werden. Auch die Verlängerung einer Maßnahme oder ein engeres Behandlungsintervall (Unterschreiten der Vierjahresfrist, siehe „[4.2 Reha – Voranerkennungsverfahren und Vierjahresfrist](#)“) kann infrage kommen. Alle Punkte bedingen immer eine medizinische Notwendigkeit – diese muss nachgewiesen werden.

4.8 Private Krankenversicherung und Reha

Der Beihilfeanspruch begrenzt sich auf den persönlichen Beihilfebemessungssatz (zum Beispiel beim Versorgungsempfänger 70 Prozent). Den ergänzenden Leistungsanspruch aus Ihrer privaten Krankenversicherung (PKV) sollten Sie ebenfalls genau und rechtzeitig prüfen. Die Leistungen der PKV sind sehr vielfältig und weichen häufig beträchtlich von den Beihilfeleistungen ab. Aber auch ohne eine bevorstehende Reha-Maßnahme dürfen Sie sich bei Ihrem Versicherer nach den Leistungen in diesem Bereich erkundigen. Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird schnell im nennenswerten vierstelligen Euro-Bereich liegen – haben Sie den Bereich noch nicht (ausreichend) versichert, kann (bei versicherbarem Gesundheitszustand) über eine Aufstockung des bestehenden Schutzes nachgedacht werden.

5. Heilmittel

5.1 Heilmittelverordnung

Zu den Heilmitteln gehören unter anderem Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Massagen und manuelle Lymphdrainagen, Packungen, Bäder, Kälte- und Wärmebehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Logopädie, Ergotherapie und podologische Therapie.

Damit für Heilmittel eine Beihilfe gewährt werden kann, ist eine Verordnung durch einen Arzt notwendig. Diese ist dem Beihilfeantrag beizufügen. Verordnungen durch einen Heilpraktiker sind im Übrigen nicht beihilfefähig.

5.2 Leistungsvoraussetzung Heilmittel

Die Beihilfefähigkeit setzt ferner voraus, dass die Anwendung von einem Berufsbild ausgeführt wird, mit entsprechend notwendiger fachlicher Qualifikation – bei einer Krankengymnastik beispielsweise ein Physiotherapeut. Eine abschließende Liste der zulässigen Leistungserbringer ist in der Anlage 10 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) aufgeführt. Aufwendungen sind außerdem nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag beihilfefähig – alle Heilmittel und die dazugehörigen Sätze sind in der Anlage 9 der BBhV abgebildet. Die Höchstsätze waren seit 2001 unverändert geblieben und wurden jüngst durch eine Änderung der Bundesbeihilfeverordnung erhöht. Vom beihilfefähigen Betrag nach Anlage 9 werden keine Eigenbehalte abgezogen.

Übrigens: Alle hier genannten Anlagen sind Bestandteil der BBhV. Die Verordnung mit den Anlagen finden Sie im [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel wieder.

5.3 keine Gebührenordnung für Heilbehandler

Es gibt keine gesetzlich normierte Gebührenordnung, an die sich der Therapeut zu halten hätte. Die beihilfefähigen Höchstbeträge aus der BBhV sind damit für die Heilbehandler nicht bindend. Der Therapeut geht einen privaten Behandlungsvertrag mit dem Patienten ein – es ist damit entscheidend, was im Behandlungsvertrag

vereinbart wird. Es empfiehlt sich daher, vor der Behandlung konkret nach dem Preis zu fragen und diesen mit den Höchstsätzen (nach Anlage 9 der BBhV) abzugleichen. Vielleicht lohnt es sich, bei mehreren Therapeuten nachzufragen und damit einen besseren Überblick über das Preis-Leistungs-Verhältnis in der Region zu bekommen.

Beispiele aus der Anlage 9 der Bundesbeihilfeverordnung zu den aktuell beihilfefähigen Höchstsätzen ⁶

- Krankengymnastik als Einzelbehandlung (Richtwert: 20 Minuten):
Höchstbetrag 25,70 Euro
- Manuelle Therapie (Richtwert: 30 Minuten):
Höchstbetrag 29,70 Euro
- Massage (Richtwert: 20 Minuten):
Höchstbetrag 18,20 Euro

5.4 Heilmittel in der Reha und im Krankenhaus

Auch bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme oder einem Krankenhausaufenthalt kann es zu gesonderten Heilmittelrechnungen kommen. Auch dabei gelten die Höchstsätze nach Anlagen 9 und die Maßgabe nach Anlage 10 der BBhV.

5.5 traditionellen chinesischen Medizin

Behandlungen, die der traditionellen chinesischen Medizin zuzuordnen sind – wie Qi-Gong, Tai-Chi, Shiatsu, Akupressur und Ähnliches –, gehören nicht zu den beihilfefähigen Heilmitteln.

5.6 PKV im Kontext Heilmittel

Inwieweit die PKV Kosten übernimmt, hängt von den jeweiligen Versicherungsbedingungen ab. Einige Versicherer lehnen sich an die Beihilfebestimmung an, andere zeigen sich davon unabhängig. Prüfen Sie Ihren

⁶ Stand der BBhV vom 01. Januar 2019

Versicherungsschutz im Vorfeld. Im Zweifel gilt: Fragen Sie bei Ihrer Versicherungsgesellschaft nach. Weitergehende Informationen finden Sie auch unter der Kapitelüberschrift „[13. Die private Krankenversicherung](#)“.

6 Fahrkosten

6.1 Generelle Zuordnung der Fahrkosten

Grundsätzlich sind die Kosten für Fahrten zu ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen nicht beihilfefähig. Hintergrund ist die Tatsache, dass Fahrkosten nicht zu den unmittelbaren Krankheitskosten gehören, sondern zu den mittelbaren Nebenkosten. Es gibt aber Ausnahmefälle, in denen dennoch Beihilfe gewährt werden kann. Diese sind abschließend in der Bundesbeihilfeverordnung benannt und unterliegen einem strengen Maßstab. Die Höhe dieser beihilfefähigen Fahrkosten ist ferner begrenzt auf das (medizinisch) Notwendige.

6.2 Rettungsfahrten

Eine Rettungsfahrt ist nötig, wenn Lebensgefahr besteht oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn nicht umgehend eine medizinische Behandlung erfolgt. Die unter notfallmäßigen Bedingungen geführte Rettungsfahrt (beziehungsweise der Flug) wird in einem Rettungswagen oder Notarztwagen (beziehungsweise Rettungshubschrauber) durchgeführt. Aufwendungen für Rettungsfahrten und -flüge sind grundsätzlich beihilfefähig.

6.3 Nachweis: medizinischer Notwendigkeit

Für alle anderen Fahrkosten ist immer eine ärztliche Verordnung beizubringen, aus der die medizinische Notwendigkeit ersichtlich ist. Neben dem aktuellen Gesundheitszustand spielt dabei auch die Mobilität des Einzelnen eine Rolle. Eine eventuelle Übernahme hängt darüber hinaus an den nachfolgenden Voraussetzungen.

6.4 Fahrten ins Krankenhaus und zu ambulanten Operationen

Liegt eine entsprechende Verordnung vor, sind Fahrtkosten im Zusammenhang mit einer stationären Krankenbehandlung beihilfefähig. Darüber hinaus sind Aufwendungen anlässlich einer ambulanten Operation beihilfefähig, inklusive der Vor- und Nachbehandlung in einer Arztpraxis.

6.5 Krankentransportfahrten

Aufwendungen für Fahrten mit einem Krankentransportwagen sind beihilfefähig, wenn eine fachliche Betreuung oder die Nutzung der besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens notwendig sind. Es wird dabei nicht unterschieden, ob es sich um eine Fahrt zu einer ambulanten oder stationären Einrichtung handelt. Auch hier muss die Notwendigkeit aus einer ärztlichen Verordnung hervorgehen.

6.6 Fahrten zur ambulanten Behandlung

Fahrtkosten, die der ambulanten Krankenbehandlung dienen, können nur in sehr besonderen Ausnahmefällen beihilfefähig werden und müssen grundsätzlich vorher von der Beihilfestelle bewilligt werden. In der Natur der Sache liegt es, dass gerade bei einer akuten Behandlung eine Zustimmung auf Fahrtkostenübernahme nicht abgewartet werden kann. Solche Fahrten sind auch nicht im Sinne des Ordnungsgebers. Vielmehr geht es um Krankheitsbilder, die eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum mit sich bringen. Bei notwendigen Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie oder onkologischen Chemotherapie gibt es eine pauschale Zustimmung zu den Fahrtkosten, ebenso bei Patienten mit einem Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, oder der Pflegegrade drei bis fünf. In allen anderen Fällen muss zwingend vorab eine Zustimmung von der Beihilfestelle eingeholt werden.

6.7 Rücktransport aus dem Urlaub

Ein medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Urlaub ist übrigens nicht beihilfefähig. Hierzu gibt es in der privaten Versicherungslandschaft preiswerte Lösungen: die Auslandsreisekrankenversicherung beinhaltet meistens genau diesen Leistungspunkt.

6.8 Begrenzung der Fahrtkosten

Bitte bedenken Sie auch das Gebot der Wirtschaftlichkeit: Fahrtkosten können grundsätzlich nur zur nächstgelegenen und geeigneten Behandlungsmöglichkeit als beihilfefähig anerkannt werden. Die Notwendigkeit für die Hin- und Rückfahrt wird gesondert geprüft. Die Höhe der Fahrtkostenerstattung regelt das Bundesreisekostengesetz. Aktuell ⁷ gelten bei Benutzung eines Pkw 20 Cent je zurückgelegten Kilometer. Bei Nutzung regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sind die Fahrtkosten in tatsächlicher Höhe beihilfefähig, höchstens jedoch die in der niedrigsten Klasse. Maximal können 130 Euro geltend gemacht werden ⁸. Aufwendungen für ein Taxi sind nur in besonderen Ausnahmefällen erstattungsfähig. Die ärztliche Bescheinigung muss die Tatsache nachweisen, dass aus zwingenden medizinischen Gründen ein öffentliches Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzt werden kann. Bei Rettungsfahrten und Krankentransportfahrten sind die nach jeweiligem Landes- oder Kommunalrecht berechneten Beträge beihilfefähig.

Bei Fahrtkosten ist ein Eigenbehalt zu berücksichtigen (außer im Zusammenhang mit Rehabilitationsmaßnahmen). Die beihilfefähigen Aufwendungen mindert sich um zehn Prozent der Kosten, mindestens um fünf Euro und höchstens um zehn Euro. Die Hin- und Rückfahrt gilt grundsätzlich als eine Fahrt und der Eigenbehalt wird entsprechend nur einmal fällig. Bei einigen Behandlungsformen, die sich über mehrere Tage erstrecken, können Fahrtkosten in höherem Umfang entstehen, zum Beispiel bei einer ambulanten Chemo- oder Strahlentherapieserie. Hier wird der Eigenbehalt nur für die erste und letzte Fahrt des Behandlungszyklus abgezogen.

⁷ Stand 2019

⁸ Ausnahme: bei Fahrten zur anerkannten Rehabilitationsmaßnahme sind bis zu 200 Euro beihilfefähig

6.9 PKV im Kontext der Fahrtkosten

Die Tarifbestimmungen der privaten Krankenversicherung (PKV) weichen bei den Fahrtkostenerstattungen in aller Regel weiträumig von der Beihilfegewährung ab. Einige Tarife leisten eine Erstattung nur bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder nur zum nächsten Krankenhaus, andere nur bei Transporten mit einem speziellen Krankenfahrzeug. Die Variationen sind mannigfaltig – prüfen Sie Ihre PKV-Tarife oder fragen Sie im Zweifel Ihre Versicherungsgesellschaft um Rat.

7. Eigenbehalte und Belastungsgrenzen

7.1 Ausschlüsse und Höchstgrenzen

Die einzelnen Regeln zur Beihilfefähigkeit werden in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) abgebildet. So beschreibt zum Beispiel der § 22 BBhV die Besonderheiten im Zusammenhang mit Arzneimitteln. Unter anderem sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Regel auch nicht beihilfefähig. Auch Arzneimittel zur Behandlung von Erkältungskrankheiten, Pilzinfektionen, Verstopfungen oder Reisekrankheiten müssen selbst bezahlt werden. Ferner sind Mittel, die überwiegend der Erhöhung der Lebensqualität dienen, wie zum Beispiel Viagra oder Mittel zur Regulierung des Körpergewichts, grundsätzlich nicht beihilfefähig. Im Regelfall sind auch sämtliche Nahrungsergänzungsmittel, wie beispielsweise Vitaminpräparate oder klassische Mineralstoffe, ausgeschlossen. Darüber hinaus ausgeschlossen sind zudem Arzneien, bei denen nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen ist. Auch in der zusätzlichen Anlage 8 der BBhV finden sich einige Arzneimittel wieder, die ganz oder teilweise ausgeschlossen sind, zum Beispiel bestimmte Insulinanaloga. Neben den Arzneimitteln sind auch einige spezielle Untersuchungen und Beratungen nach Anlage 1 der BBhV ausgeschlossen. Außerdem enthält die Anlage 12 der BBhV ausgewählte Hilfsmittel, die nicht als nicht beihilfefähig anerkannt werden können, unter anderem das Blutdruckmessgerät.

In anderen Bereichen gibt es Höchstsätze. Das bedeutet, dass die Aufwendungen bis zu einer festgesetzten Grenze anerkannt werden können und darüber hinaus gehende Kosten selbst zu finanzieren sind. Dazu gehören Leistungen im Bereich der Heilpraktiker nach Anlage 2 der BBhV. Auch Heilmittel nach Anlage 9 der BBhV, wie Krankengymnastik und Massagen, sind mit Höchstsätzen belegt. Und dann gibt es noch die Arzneimittel, bei denen ein Festbetrag festgesetzt wurde – die sogenannte Festbetragsarzneimittel. Auch hier gilt eine Obergrenze, siehe auch: [„2.17 Festbetragsregelung“](#).

Wieder andere Leistungsbereiche werden durch eine abschließende Aufzählung konkretisiert. Sie dienen als Leistungskatalog. So beschreibt die Anlage 11 der BBhV beihilfefähige Hilfsmittel, wie zum Beispiel Rollatoren oder Duschsitze. Eigentlich ausgeschlossene Arzneimittel, die aber unter bestimmten Voraussetzungen beihilfefähig sein können, sind in den Anlagen 6 und 8 der BBhV beschrieben.

Die hier genannten Punkte sind vor allem zur Sensibilisierung gedacht und ausdrücklich nicht vollzählig. Beschäftigen Sie sich mit der Bundesbeihilfevorschrift und ihren Anlagen! Prüfen Sie, insbesondere bei kostspieligen Maßnahmen, die Kostenübernahme im Vorfeld!

Übrigens: Alle hier genannten Anlagen sind Bestandteil der BBhV. Die Verordnung mit den Anlagen finden Sie im [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel wieder.

7.2 Die klassischen Eigenbehalte

Die klassischen Eigenbehalte, die Sie im Bereich der Arznei- und Verbandmittel, Hilfsmittel, Fahrtkosten und bei Familien- und Haushaltshilfen erfahren, sind im § 49 BBhV festgehalten. Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich demnach um zehn Prozent der Kosten, mindestens um fünf Euro und höchstens um zehn Euro. Auch bei Behandlung im Krankenhaus oder während einer Rehabilitationsmaßnahmen, werden Ihnen zehn Euro je Kalendertag angerechnet (Aufnahme- und Entlassungstag sind dabei voll zu berücksichtigen) – längstens für 28 Tage im Jahr. Und auch bei häuslicher Krankenpflege werden die beihilfefähigen Kosten in den ersten 28 Tagen pro Kalenderjahr um zehn Prozent der Kosten und um zehn Euro je Verordnung reduziert.

Ausnahmen von diesen Selbstbehalten gibt es unter anderem bei minderjährigen Personen.

7.3 Antrag auf Befreiung von Eigenbehalten

Obwohl Eigenbehalte (gemeint sind jene nach § 49 BBhV) im Einzelfall maßvoll und verkraftbar erscheinen, können sie bei schwerer oder langandauernder Krankheit zu einer erheblichen finanziellen Strapaze werden. Vor einer Überlastung soll die sogenannte „Belastungsgrenze“ schützen. Wenn die Eigenbehalte (nach § 49 BBhV) ein vordefiniertes Maß übersteigen, wird auf Antrag auf die Eigenbehalte verzichtet und damit ein höherer Anteil durch die Beihilfe erstattet. Das beschriebene vordefinierte Maß ist an das Einkommen gekoppelt. Es gilt eine jährliche Belastungsgrenze von einem Prozent der jährlichen Einnahmen für chronisch Kranke und zwei Prozent für alle anderen Personen. Sobald Sie also mit Ihren verauslagten Eigenbehalten (§ 49 BBhV) die Nähe von einem beziehungsweise zwei Prozent des Einkommens erreichen – stellen Sie einen Antrag auf Befreiung von den Eigenbehalten. Das darf formlos erfolgen oder mit einem entsprechenden Antragsformular des Bundesverwaltungsamts.

Übrigens: Der [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel beinhaltet auch eine Verknüpfung zu den Anträgen.

Die Einkommensberechnung hierbei ist komplex und von diversen Faktoren abhängig. Grundsätzlich wird auf das Familieneinkommen abgestellt. Es zählen unter anderem Ihre Dienst- oder Versorgungsbezüge, gesetzliche Renten und zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgungen. Beim Partner zählen auch weitere Einkunftsarten wie Einkünfte aus Kapitalvermögen oder aus Vermietung und Verpachtung dazu. Es wird immer mit Bruttobeträgen gerechnet und ohne Abzüge, wie zum Beispiel durch Krankenversicherungsbeiträge.

Wie viel Eigenbehalte Ihnen im laufenden Jahr bereits abgezogen wurden, erkennen Sie am letzten Beihilfebescheid, dort gibt es eine eigene Ergebniszeile „Nachrichtlich Eigenbehalte (§ 49 BBhV): ...“. Die Eigenbehalte werden nur in Höhe des Beihilfebemessungssatzes berücksichtigt (also zum Beispiel 70 Prozent bei Versorgungsempfängern). Wenn Sie Zweifel haben, ob die Regelung bei Ihnen Anwendung finden kann – stellen Sie eher einen Antrag und das auch rechtzeitig. Die

Befreiung gilt immer nur für das betreffende Jahr und der Befreiungsantrag ist demnach jährlich neu zu stellen. Die Befreiung gilt ab dem Zeitpunkt des Überschreitens der Belastungsgrenze bis zum Ende des Kalenderjahrs und umfasst sowohl die Eigenbehalte der beihilfeberechtigten Personen als auch der berücksichtigungsfähigen Personen (zum Beispiel Ehepartner oder Kinder), aber immer nur die Eigenbehalte gemäß § 49 BBhV. Alle anderen selbst zu tragenden Anteile - unter anderem jene, die im Punkt „[7.1 Ausschlüsse und Höchstgrenzen](#)“ beschrieben sind - bleiben von der Befreiung unberührt. Ganz nebenbei gilt ab diesem Moment eine weitere Entlastung, die es Ihnen erlaubt, sonst nicht erstattungsfähige nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel ab einer bestimmten Aufwandshöhe doch in die Erstattung einzubeziehen. Die Höhe richtet sich nach der Besoldungsgruppe:

- bis A8 ab 8 Euro
- A9 bis A12 ab 12 Euro
- ab A12 ab 16 Euro

7.4 Abzug bei Wahlleistungen

Zur Vollständigkeit möchte ich noch kurz den zusätzlichen Abzug bei Wahlleistungen im Krankenhaus benennen. Hier werden von der Erstattungssumme der gesondert berechneten Unterkunft pro Abrechnungstag 14,50 Euro abgezogen (pro Aufnahme- und Verweiltag, Entlassungstag zählt in der Regel nicht mit). Denken Sie daran, dass jeweils nur das günstigste Zweibettzimmer der Abteilung beihilfefähig ist und eine so genannte Wahlleistungsvereinbarung immer vor Behandlungsbeginn im Krankenhaus unterschrieben werden muss. Eine ausführliche Beschreibung der Besonderheiten im Krankenhaus, finden Sie im Kapitel „[3. Krankenhaus](#)“ wieder.

8. Beihilfeanspruch für gesetzlich krankenversicherte Personen

8.1 Beihilfeberechtigt oder beihilfeberücksichtigungsfähig?

Der Beihilfeanspruch des Berufssoldaten oder Beamten leitet sich aus dem Dienstverhältnis selbst ab, man spricht von beihilfeberechtigten Personen. Die Familienangehörigen des Beihilfeberechtigten können unter bestimmten Voraussetzungen einen Beihilfeanspruch von diesem ableiten – hier spricht man von den sogenannten beihilfeberücksichtigungsfähigen Personen.

8.2 Anspruchsgrundlage der beihilfeberücksichtigungsfähigen Personen

Die beihilfeberücksichtigungsfähigen Personen erlangen ihren Beihilfeanspruch nur unter bestimmten Voraussetzungen. Kinder (von Berufssoldaten, Soldaten auf Zeit oder Beamten) können einen Beihilfeanspruch herleiten und damit berücksichtigungsfähig sein, wenn sie beim Familienzuschlag der beihilfeberechtigten Person berücksichtigt sind. Beim (Ehe-)Partner sind zwei Bedingungen zu erfüllen: die gültige Ehe und ein Einkommen des Partners, das unterhalb von 17 000 Euro jährlich bleibt. Die Beihilfestelle ist verpflichtet, die jeweiligen Voraussetzungen jedes Jahr erneut zu überprüfen.

8.3 Gesamtbetrag der Einkünfte

Als Einkommen zählt der „Gesamtbetrag der Einkünfte“ laut Einkommenssteuerbescheid⁹ oder vergleichbarer ausländischer Einkünfte. Zur Überprüfung wird der Steuerbescheid des zweiten Kalenderjahres vor Beantragung der Beihilfe herangezogen¹⁰. Bitte fügen Sie regelmäßig dem jeweils ersten Beihilfeantrag im Kalenderjahr den Steuerbescheid unaufgefordert bei. Das erleichtert die Handhabung für alle Parteien. In einigen Situationen kann das Einkommen variieren, sodass das beschriebene Vorvorjahreseinkommen bei der Beihilfeüberprüfung wenig hilfreich ist

⁹ Gemäß § 2 Absatz 3 und Absatz 5a des Einkommensteuergesetzes

¹⁰ Für einen Beihilfeantrag im Jahr 2020, also der Steuerbescheid aus 2018.

(zum Beispiel bei Rentenbeginn). In diesen Fällen kann auch das laufende Einkommen betrachtet werden – dazu ist ein gesonderter Antrag an die Beihilfe zu formulieren und zu begründen.

8.4 Zusammentreffen von GKV und Beihilfe

Ist ein Beihilfeanspruch vorhanden, kann dieser genutzt werden. Entweder in Ergänzung zu einer privaten Krankenversicherung (PKV) oder auch flankierend zur GKV. Den Bereich der gesetzlich Versicherten wollen wir im Folgenden noch näher betrachten.

Die GKV kennt keine prozentuale Ergänzung über eine Teilkostenversicherung wie die PKV. Liegt eine GKV zugrunde, muss diese immer vorrangig genutzt werden. Dabei wird man feststellen, dass den Versicherten in der GKV im Grunde eine ausreichende und zweckmäßige Krankenhilfe zur Verfügung steht. Der Dienstherr sieht entsprechend in einigen Bereichen keine Notwendigkeit für eine ergänzende Beihilfe. Daraus ergeben sich Ausschlüsse beim Zusammentreffen von GKV und Beihilfe: dazu gehören unter anderem Zuzahlungen, zum Beispiel die fünf bis zehn Euro pro Arzneimittel. Einen generellen Ausschluss gibt es bei den sogenannten Sachleistungen. Das sind all jene Leistungen, die die Krankenkasse bei Vorlage der Versichertenkarte erbringt, zum Beispiel ärztliche und zahnärztliche Behandlungen, Krankenhausleistungen, Heilmittel sowie kieferorthopädische Behandlungen. Der Versicherte wird hier im Ergebnis auf die Leistungen der GKV verwiesen (Sachleistungszwang) und Leistungsgesuche an die Beihilfe werden dann regelmäßig abgelehnt. Als Grundsatz gilt: Ist eine Leistung theoretisch über die GKV zu erlangen, ist eine Beihilfegewährung dafür in der Regel ausgeschlossen. Nur in wenigen Fällen kann folglich Beihilfe genutzt werden.

Ist eine Leistung nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten, beziehungsweise ist eine dort geforderte Indikation nicht erfüllt, kann zu den Aufwendungen eine Beihilfe gewährt werden. Freilich nur, wenn die Aufwendungen nach den Beihilfevorschriften beihilfefähig sind und dann auch nur in Höhe des persönlichen Beihilfebemessungssatzes ¹¹.

¹¹ Beispiel Versorgungsempfänger = 70 Prozent

8.5 Heilpraktiker für GKV Versicherte

Behandlungskosten, die durch einen Heilpraktiker entstehen, sind nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten. Folglich können diese im Rahmen der Bundesbeihilfeverordnung geltend gemacht werden. In ihr sind dazu in der Anlage 2 allerdings Höchstsätze für die Leistungen der Heilpraktiker festgelegt. Darüberhinausgehende Beträge sind selbst zu schultern.

Übrigens: Denken Sie daran, dass Arzneimittelverordnungen von Heilpraktikern generell nicht beihilfefähig sind.

8.6 Wahlleistungen für GKV Versicherte

Auch die sogenannten Wahlleistungen (Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung) im Krankenhaus sind keine Kassenleistungen und zählen somit zu den potenziellen Beihilfeleistungen. Aber auch hier sind wieder die Regularien der Beihilfe genau zu beachten. Weitere Informationen dazu finden Sie auch im Kapitel „[3. Krankenhaus](#)“.

8.7 Zahnersatz und Zahnreinigung für GKV Versicherte

Bei Zahnersatz kann der gesetzlich Versicherte von seiner GKV nur einen Festzuschuss erwarten. Damit geht eine unumgängliche Kostenbeteiligung des Versicherten einher und das öffnet wiederum die Tür zur Beihilfe. Vom Rechnungsbetrag wird jedoch immer der höchstmögliche Kassenzuschuss abgezogen. Material- und Laborkosten sind darüber hinaus nur zu 40 Prozent beihilfefähig. Weiterhin ist zu beachten, dass bei einer Implantat-Versorgung in der Regel nicht mehr als zwei Implantate je Kiefer anerkannt werden.

Beispiel: Neben dem Zahnarzthonorar beinhaltet eine Zahnarztrechnung auch Kosten für zahntechnische Leistungen, hier beispielhaft in Höhe von 1000 Euro. Das Zahnarzthonorar auf Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte ist nicht weiter zu kürzen. Bei den Material- und Laborkosten (zahntechnische Leistungen) sind dagegen nur 40 Prozent beihilfefähig, im Beispiel damit also 400 Euro. Bei einem Bemessungssatz von 70 Prozent würde die beihilfeberechtigte Person folglich maximal 280 Euro Beihilfe erhalten können.

Weiterhin gehört auch die professionelle Zahnreinigung zu den beihilfefähigen Leistungen.

8.8 Privatarzt nur mit Fiktivanrechnung

Bei Personen, die in der GKV pflichtversichert sind, werden zustehende Erstattungs- oder Sachleistungen, die nicht in Anspruch genommen wurden, dennoch bei der Beihilfeberechnung berücksichtigt. Dabei werden Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel in voller Höhe angerechnet – somit ist eine zusätzliche Beihilfe für Arznei- und Verbandmittel grundsätzlich ausgeschlossen.

Bei anderen Aufwendungen, bei denen der fiktive Leistungsanspruch gegenüber Dritten nicht ermittelt werden kann, wird der Aufwand pauschal um 50 Prozent gekürzt. Ein häufiges Praxisbeispiel ist hier die Behandlung durch einen Arzt ohne Kassenzulassung (Privatarzt). Allerdings muss ein Nachweis erbracht werden, dass es sich um einen reinen Privatarzt handelt. Der verbleibende Anteil muss selbst getragen werden.

8.9 Alles andere?

Weitere Leistungsfelder sind im Grunde ausgeschlossen. Dazu zählen unter anderem kieferorthopädische Behandlungen, Heil- sowie Hilfsmittel. Hintergrund ist der schon beschriebene Sachleistungsanspruch in der GKV. Übersteigende Kostenanteile für Mehrleistungen gehen auf Kosten des Versicherten. Im Regelfall lassen sich diese als „nicht medizinisch notwendig“ klassifizieren, zum Beispiel die unauffälligere Zahnspange oder die teurere Originalarznei (im Vergleich zum Generikapräparat). Generell ist das aber keine Benachteiligung der GKV-Versicherten, denn der Leistungskatalog der Bundesbeihilfe ist dem der gesetzlichen Krankenkasse ähnlich, sodass sich in vielen Bereichen auch bei einem beihilfekonformen PKV-Versicherten eine ähnliche Versorgungssituation ergibt.

9. Zum DZE und zur Wehrübung

9.1 Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung endet

Geht der Berufssoldat in den Ruhestand, endet die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung (utV). Die Kostenübernahme wird nun nicht mehr über die Regularien der utV bewerkstelligt, sondern über eine andere, eigene gesetzliche Grundlage geregelt. Ab diesem Zeitpunkt greifen für Berufssoldaten die Bestimmungen der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV).

In den Grundzügen ähnlich, weichen die beiden Normen im Detail doch voneinander ab. So werden im Beihilferecht zum Beispiel Eigenbehalte vom Erstattungsbetrag abgezogen oder Festbeträge bei Arzneimitteln angewendet (keine abschließende Aufzählung). Es gibt in bestimmten Bereichen auch die Verpflichtung zur vorherigen Bewilligung der Kosten, das so genannte Voranerkennungsverfahren – zum Beispiel bei Rehabilitationsmaßnahmen, bei psychotherapeutischen Behandlungsformen und auch bei kieferorthopädischen Leistungen. Darüber hinaus lehnt sich die Bundesbeihilfe großflächig an das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung an und folgt bei der Erstattung nicht ausschließlich der ärztlichen Empfehlung. Daher sollten Sie sich zu Beginn Ihres Ruhestands mit der Materie beschäftigen und mit der BBhV vertraut machen – der Beihilfeanspruch gewährleistet keine lückenlose Erstattung.

Für Bundesbeamte gibt es keine Heilfürsorge in Form der utV und für diese Personengruppe wird im Regelfall schon vor der Pensionierung ein Beihilfeanspruch vorhanden gewesen sein. Für Soldaten auf Zeit (SaZ) entsteht gemäß der neuen Rechtslage (GKV-VEG) nach dem Dienstzeitende (DZE) gar kein Beihilfeanspruch mehr und für seine Familienangehörigen endet ein eventueller Beihilfeanspruch nun mit DZE.

9.2 Weiterbehandlung nach DZE

Bei der Weiterbehandlung nach DZE ist auch die Wahl des Leistungserbringers zu beachten. Zum Beispiel wird von der Beihilfe im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung eine kassenärztliche Zulassung verlangt. Besprechen Sie vor der Weiterbehandlung Ihren neuen Status mit dem behandelnden Arzt – Sie sind nun

bundesbeihilfeberechtigt und sollten das Ihren Ärzten mitteilen. Fragen Sie den Arzt nach Erfahrungswerten zur Kostenübernahme. Auch die Beihilfestelle kann Auskünfte darüber geben. Im genannten Beispielfall „Psychotherapie“ müssen Sie sogar die Beihilfe vorher kontaktieren, da hier in der Regel ein Gutachterverfahren im Vorfeld (Vorankennungsverfahren) durchlaufen werden muss.

9.3 Gesundheitsakte zum DZE

Die Beihilfestelle erhält nicht, wie vielfach angenommen wird, die Gesundheitsakte des zur Ruhe gesetzten Soldaten. Ihre Beihilfestelle ist damit über Ihre „mitgebrachten“ Vorerkrankungen nicht informiert. Das bedeutet, dass ärztliche Atteste zu bestehenden Diagnosen der Beihilfestelle nicht automatisch bekannt sind. Folglich müssen Sie diese der Beihilfestelle mit dem Beihilfeantrag zusammen vorlegen. Gerade bei beschränkt beihilfefähigen Arzneimitteln, die nur in bestimmten Fällen und bei bestimmten Diagnosen beihilfefähig sind, fehlt der Beihilfestelle so ein Puzzleteil zu Ihrem gesundheitlichen Gesamtbild. Legen Sie eine Kopie von solchen Attesten ungefragt Ihrem Beihilfeantrag bei (oder spätestens bei Rückfragen dazu).

9.4 „Beihilfebescheinigung“

Nicht zwingend erforderlich, aber nützlich ist eine Kontaktaufnahme zum Ruhestand mit Ihrer zuständigen Beihilfestelle. Setzen Sie sich hierzu etwa sechs Wochen vor Eintritt in den Ruhestand schriftlich formlos mit Ihrer zukünftigen Beihilfestelle in Verbindung, am besten per E-Mail. Die Kontaktdaten finden Sie im [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel.

Mit der Meldung bei Ihrer Beihilfestelle wird dort ein Datensatz zu Ihrer Person angelegt. Fordern Sie in dem Zusammenhang auch gleich eine Bestätigung über Ihren Beihilfestatus an – die so genannte „Beihilfebescheinigung“. Diese benötigen Sie nämlich für Ihre private Krankenversicherung.

Übrigens: Die Beihilfeanträge der Versorgungsempfänger der Bundeswehr und deren Angehörigen werden überwiegend in den Beihilfestellen Düsseldorf und Stuttgart bearbeitet. Mit einigen Ausnahmen orientiert sich die Zuständigkeit an der Stelle, die auch Ihre Versorgungsbezüge zahlt.

9.5 Krankenversicherung zum DZE aktivieren

Das Ende Ihrer Dienstzeit müssen Sie unbedingt Ihrer Krankenversicherung anzeigen. Bei Berufssoldaten wird daraufhin in aller Regel die private Anwartschaftsversicherung in eine beihilfekonforme Restkostenversicherung umgewandelt. In diesem Zusammenhang verlangen die Krankenversicherungen die oben beschriebene „Beihilfebescheinigung“. Die medizinischen Kosten werden dann aufgeteilt, 70 Prozent laufen über die Beihilfe und 30 Prozent über Ihre private Krankenversicherung (PKV). An der Stelle bietet es sich an, das Leistungsniveau Ihres gewählten Krankenversicherungsschutzes nochmal detailliert zu überprüfen. Bei SaZ ergibt sich das künftige Versicherungsverhältnis aus der Anschlussfähigkeit. Die aktuellen Änderungen durch das GKV-VEG haben neue Grundlagen geschaffen: ein Beihilfeanspruch besteht neuerdings nicht mehr ¹².

9.6 Während der Wehrübung - kein Beihilfeanspruch!

Wer als Berufssoldat seinen Ruhestand unterbricht und eine Wehrübung absolviert, muss beachten, dass während der Wehrübung wieder ein Anspruch auf utV besteht. Dieser ist verpflichtend und ohne Wahlrecht. Das bedeutet auch, dass der Anspruch auf Beihilfe während dieser Zeit ruht. Die Wehrübung sollten Sie der Beihilfestelle kurz und formlos anzeigen. Bei der PKV müssen Sie sich zwingend melden und Ihren Krankenversicherungsvertrag zum „Ruhens“ bringen (auf keinen Fall kündigen!). Ein ruhender Vertrag gewährleistet eine problemlose Rückkehr zu Ihrem alten Krankenversicherungsvertrag und spart Ihnen große Teile des Beitrags. Nach der Wehrübung müssen Sie die PKV dann wieder aktivieren, die Wehrdienstzeitbescheinigung reicht im Regelfall als Nachweis. Etwas knifflig sind Behandlungen, die vor der Wehrübungszeit begonnen haben und in die Zeit der Wehrübung (oder auch darüber hinaus) laufen. Sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt darüber. Die utV kann unter Umständen eine Weiterbehandlung während der Wehrübung ermöglichen. Jedenfalls sind Behandlungen, die während einer Wehrübung stattgefunden haben, nicht über Beihilfe und PKV abrechenbar. Der Wehrübende ist

¹² Ausnahmen: SaZ mit DZE vor dem 31. Dezember 2018

allein und zwingend auf die utV angewiesen. Maßgeblich ist dabei der Zeitpunkt der Leistungserbringung. Also zum Beispiel der Zeitpunkt der tatsächlichen durchgeführten physiotherapeutische Behandlung und eben nicht die Verschreibung oder die Rechnungsstellung.

Selbstverständlich hat auch der ehemalige SaZ, der sich für eine Wehrübung entscheidet, in der Zeit der Wehrübung ebenfalls einen verpflichtenden Anspruch auf utV und ist in dieser Phase von seinem Krankenversicherungssystem befreit. Ist der Betroffene PKV-versichert, gilt das im vorherigen Absatz Beschriebene. Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen für diesen Zeitraum ebenfalls in ihrer Krankenkasse abgemeldet werden und zum Ende der Wehrübung bedarf es einer Rückmeldung. Beim versicherungspflichtigen Beschäftigten meldet der Arbeitgeber die Wehrübung der Krankenkasse. Beim Arbeitslosen hat die Agentur für Arbeit die Meldepflicht. Alle anderen Personengruppen sind selbst für die Meldung verantwortlich.

10. Thema: Pflege

10.1 Pflicht zur Pflegeabsicherung

In Deutschland müssen sich alle Bürger finanziell gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit einer Pflegeversicherung absichern. Das gilt auch für aktive Soldaten die freie Heilfürsorge genießen.

10.2 Leistungsniveau der privaten Pflegeversicherung

Die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung wie auch die der Beihilfe sind an das Leistungsniveau der sozialen Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenkassen angelehnt. Trotz umfangreicher Reformen und Leistungsausweitungen bleibt im Falle der Pflegebedürftigkeit eine markante Finanzierungslücke bestehen. Die Pflegeversicherung ist also nicht als „Vollkaskoversicherung“ konstruiert, sie leistet nur (teilweise pauschale) Zuschüsse zu den tatsächlich anfallenden Pflegekosten. Wenn man im Fall der Fälle unabhängig

bleiben möchte, ist eine zusätzliche Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit für viele Menschen daher unerlässlich. Weiterführende Informationen dazu finden Sie im Abschnitt „[13.7 Pflege-Zusatz](#)“.

10.3 Definition Pflege

Pflegebedürftig sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit werden körperliche, geistige wie auch psychische Beeinträchtigungen berücksichtigt.

10.4 Antrag auf Pflege

Möchten Sie einen Pflegegrad feststellen lassen oder einen bestehenden Pflegegrad überprüft wissen, beantragen Sie das bei Ihrer Pflegeversicherung. Die Prüfung wird daraufhin im Bereich der privaten Pflegeversicherung durch >Medicproof< durchgeführt und im Bereich der sozialen Pflegeversicherung durch den >medizinischen Dienst der Krankenversicherung<, kurz MDK.

Besteht ein Beihilfeanspruch, folgt die Beihilfe dem Leistungsbescheid der Pflegeversicherung. Folglich müssen Sie die Leistungszusage der Versicherung an Ihre Beihilfestelle weiterleiten. Die Beihilfe und die PKV leisten daraufhin ihren prozentualen Anteil entsprechend Ihrem Beihilfebemessungssatz¹³. Beihilfe wird nur auf schriftlichen Antrag gewährt. Nutzen Sie dazu bitte den neuen „Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit“.

Der [Direkt-Link](#) zum „Beihilfedschungel“ beinhaltet auch die Verknüpfung zu den Anträgen inklusive einer nützlichen Ausfüllanleitung

Bitte denken Sie auch daran, dass Leistungen bei der Beihilfe auch im Bereich der Pflege innerhalb eines Jahres geltend gemacht werden müssen, damit diese nicht verjähren.

¹³ Beim Versorgungsempfänger 70 Prozent Beihilfe und 30 Prozent PKV.

10.5 Abschlagszahlungen im Bereich Pflege

Grundsätzlich wird Beihilfe im Erstattungsprinzip und auf Antrag gewährt, auch im Pflegebereich. Damit muss also folglich regelmäßig ein neuer Antrag bei der Beihilfestelle gestellt werden. Dieser bürokratische Aufwand kann in einigen Bereichen vereinfacht werden. Für regelmäßig wiederkehrende Aufwendungen kann ein Abschlag für bis zu zwölf Monate gewährt werden. Auf dem oben beschriebenen „Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit“ lässt sich diese Form des Vorschusses als wiederkehrende Zahlungen in Pflegefällen ebenfalls mitbeantragen. Denken Sie bei der Abschlagszahlung bitte daran, der Beihilfestelle eine Unterbrechung der Pflege, zum Beispiel durch einen Krankenhausaufenthalt oder durch eine Rehabilitationsmaßnahme, mitzuteilen. Nach Ablauf der gewährten Abschlagsdauer wird eine finale Berechnung durchgeführt. Wünschen Sie eine Fortführung der Abschlagszahlung, muss diese neu beantragt werden.

10.6 Soziale Pflegeversicherung vs. eigener Beihilfeanspruch

Eine Besonderheit ergibt sich bei Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflegeversichert sind und parallel einen eigenen Beihilfeanspruch haben. Gemeint ist nicht der abgeleitete Anspruch über den Ehepartner gemäß § 4 BBhV, sondern der eigene Anspruch, der sich unter anderem aus einem Versorgungsbezug ergibt – das kann Ruhegehalt, aber auch ein Witwengeld sein. Häufig ergibt sich diese Konstellation bei Soldaten- und Beamtenwitwen. Dieser nach § 2 BBhV beihilfeberechtigte Personenkreis, der in der sozialen Pflegeversicherung (über die GKV) versichert ist, hat im Pflegefall einen Anspruch gegenüber der Beihilfe in Höhe von 50 Prozent. Daraus folgt, dass die soziale Pflegeversicherung ihren Anteil der Leistung auch um 50 Prozent kürzt. Wichtig dabei ist, dass Ihre Krankenversicherung beziehungsweise genauer gesagt Ihre Pflegeversicherung von dem Beihilfeanspruch erfährt. Zeigen Sie dies rechtzeitig und schriftlich an. Ganz nebenbei reduziert sich dadurch auch noch Ihr Pflegeversicherungsbeitrag um die Hälfte – da ja ab diesem Zeitpunkt im Leistungsfall nur noch ein hälftiger Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung besteht.

Falls Sie sich über die Konstellation unsicher sein sollten, sprechen Sie uns an.

10.7 Weiterführende Beratung

Die Pflegeversicherung unterstützt die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen durch eine individuelle und kostenlose Pflegeberatung.

- Den privat Versicherten steht die unabhängige Pflegeberatung bei „Compass private Pflegeberatung“ zur Verfügung. Tel.: (0800) 1018800 (montags bis freitags von 8 bis 19 Uhr und samstags von 10 bis 16 Uhr).
- Als gesetzlich Versicherter erhalten Sie Ihre Beratung in den regional verteilten Pflegestützpunkten. Hier stellen die Pflegekasse und Kommunen ihr Beratungsangebot zur Verfügung. Fragen Sie bei Ihrer Pflegeversicherung nach der nächsten Anlaufstelle.

11. Leistungsarten im Pflegebereich

11.1 Häusliche Pflege

Die häusliche Pflege findet häufig in der eigenen Wohnung des Hilfebedürftigen statt. Dabei wird zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistungen unterschieden.

11.2 Das Pflegegeld

Das Pflegegeld, auch Pauschalbeihilfe genannt, ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung. Diese wird gewährt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird, zum Beispiel durch Angehörige. Hier gelten Höchstbeträge nach Tabelle 1. Bitte zeigen Sie Ihrer Beihilfestelle Unterbrechungen (zum Beispiel durch Krankenhaus oder Reha) immer an.

11.3 Pflegesachleistungen

Pflegebedürftige können auch einen ambulanten Pflegedienst nutzen. Dieser unterstützt Pflegebedürftige und Angehörige bei der Pflege zu Hause und kann so bei der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege helfen. Pflegesachleistungen sind bis

zu den Höchstbeträgen gemäß Tabelle 2 beihilfefähig und werden für die Pflege von Berufspflegekräften gewährt.

11.4 Kombinationspflege

Erfolgt die häusliche Pflege nur teilweise durch eine Pflegefachkraft und wird daneben die Betreuung durch zum Beispiel einen nahen Angehörigen gewährleistet, spricht man von Kombinationsleistungen (Pflegesachleistung in Kombination mit Pflegegeld). Hierbei wird das Pflegegeld nur anteilig bewilligt und um den Prozentsatz vermindert, in dem Pflegesachleistungen in Anspruch genommen wurden.

Beispiel: ein Betroffener nutzt die Hilfe durch eine Fachkraft eines Pflegedienstes zu 60 Prozent. Entsprechend wird die Pauschale für Pflegesachleistungen (siehe Tabelle 2) nur bis zu 60 Prozent genehmigt. Ergänzend kann nun noch 40 Prozent vom Pflegegeld (siehe Tabelle 1) in Anspruch genommen werden.

Eine Abschlagszahlung ist bei dieser Kombinationsleistung nicht möglich.

Tabelle 1: Pflegegeld (auch Pauschalbeihilfe genannt)

Pflegegrad	Monatliche Höchstbeträge
PG 1	Kein Anspruch
PG 2	316,- Euro
PG 3	545,- Euro
PG 4	728,- Euro
PG 5	901,- Euro

Tabelle 2: Pflegesachleistungen und teilstationäre Pflege

Pflegegrad	Monatliche Höchstbeträge
PG 1	Entlastungsbetrag 125,- Euro
PG 2	689,- Euro
PG 3	1.298,- Euro
PG 4	1.612,- Euro
PG 5	1.995,- Euro

Tabelle 3: Vollstationäre Pflege

Pflegegrad	Monatliche Höchstbeträge
PG 1	Zuschuss in Höhe von 125,- Euro
PG 2	770,- Euro
PG 3	1.262,- Euro
PG 4	1.775,- Euro
PG 5	2.005,- Euro

11.5 Verhinderungspflege

Ist die pflegende Person durch Urlaub oder Krankheit verhindert und kann daher die häusliche Pflege temporär nicht gewährleistet werden und besteht bei der zu pflegenden Person mindestens der Pflegegrad 2, so sind Aufwendungen für eine notwendige Ersatzpflege beihilfefähig. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson die pflegebedürftige Person mindestens seit sechs Monaten in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt hat. Der beihilfefähige Betrag der Verhinderungspflege beträgt höchstens 1612 Euro für längstens sechs Wochen je Kalenderjahr, wenn sie tageweise in Anspruch genommen wird. Die Hälfte des beihilfefähigen Betrags für nicht ausgeschöpfte Kurzzeitpflege (siehe Abschnitt „[11.6 Kurzzeitpflege](#)“) kann auch für Aufwendungen für Verhinderungspflege genutzt werden, womit ein maximaler Betrag von 2418 Euro beihilfefähig werden kann. Zur Beantragung von Beihilfe bei Verhinderungspflege verwenden Sie zum „Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit“ bitte immer zusätzlich die Anlage „Verhinderungspflege“.

11.6 Kurzzeitpflege

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden (zum Beispiel im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt) und reicht auch teilstationäre Pflege (siehe Abschnitt „[11.10 Teilstationäre Pflege](#)“) nicht aus und besteht mindestens der Pflegegrad 2, sind Aufwendungen für Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung entsprechend beihilfefähig. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Aufwendungen sind bis zu 1612 Euro im Kalenderjahr beihilfefähig. Der Betrag kann um weitere bis zu 1612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege (siehe Abschnitt „[11.5 Verhinderungspflege](#)“) aufgestockt werden und erreicht so einen Betrag von maximal 3224 Euro im Kalenderjahr.

11.7 Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich. Dieser steht bereits für Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 zur Verfügung. Der Entlastungsbetrag ist keine

pauschale Leistung, sondern ist zweckgebunden und wird nur bei einem entsprechenden Kostennachweis zur Verfügung gestellt. Hauptsächlich geht es hierbei um zusätzliche Betreuungsleistungen und Hilfe bei der Haushaltsführung zur Entlastung pflegender Angehöriger, aber auch um die Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit des Pflegebedürftigen. Informieren Sie sich bei Ihrer Pflegeversicherung nach den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten.

11.8 Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige können auch Pflegehilfsmittel beantragen. Ziel ist die Erleichterung der Pflege, die Linderung der Beschwerden oder eine selbstständigere Lebensführung. Technische Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise überlassen. Hilfsmittel, die als Verbrauchprodukte klassifiziert sind, werden bis zu einer Höhe von 40 Euro pro Monat anerkannt.

11.9 Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen

Ferner kann für die Verbesserung des individuellen Wohnumfelds unter bestimmten Voraussetzungen eine Leistung gewährt werden. Hier steht die möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen (zum Beispiel durch ein barrierefreies Bad) oder eine Erleichterung der häuslichen Pflege (zum Beispiel durch ein Pflegebett) im Fokus. Der Zuschuss ist auf 4000 Euro je Maßnahme begrenzt.

11.10 Teilstationäre Pflege

Teilstationäre Pflege ist beihilfefähig, wenn die häusliche Pflege nicht mehr in einem ausreichenden Umfang sichergestellt werden kann. Sie wird bis zu den Höchstbeträgen gemäß Tabelle 2 gewährt. Daneben können auch Pflegesachleistung (siehe „[11.3 Pflegesachleistung](#)“) und Pflegegeld (siehe Punkt „[11.2 Pflegegeld](#)“) oder auch eine Kombination aus beiden (siehe „[11.4 Kombinationspflege](#)“), beihilfefähig sein.

11.11 Vollstationäre Pflege

Wenn die Pflege im eigenen Zuhause nicht mehr gewährleistet werden kann, sollte über die Unterbringung in einem Pflegeheim nachgedacht werden. Vollstationäre Pflege beschreibt die Versorgung und Unterbringung in einem Pflegeheim – rund um die Uhr. Die Aufwendungen in diesem Bereich werden als pauschale Höchstbeträge für die Pflegegrade 2-5 (gemäß der Tabelle 3) gewährt. Grundsätzlich sind darüberhinausgehende Kosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten. Je nach Region und Pflegegrad kann der verbleibende Eigenanteil unterschiedlich hoch ausfallen. Statistiken weisen aber immer wieder Werte jenseits der 2000 Euro aus. Eine zusätzliche Absicherung in Form einer Pflegezusatzversicherung macht also gerade in diesem Bereich Sinn. Weiterführendes dazu finden Sie unter Abschnitt [„13.7 Pflege-Zusatz“](#).

11.12 Härtefallregelung im stationären Bereich

Um soziale Härten zu vermeiden, ist eine Härtefallregelung in § 39 Abs. 2 Bundesbeihilfevorschrift (BBhV) vorgesehen. Hierbei wird geprüft, inwieweit das Einkommen nach Zahlung der Pflegekosten ein definiertes Existenzminimum unterschreitet. Dazu ist ein gesonderter Antrag zu stellen und die Einkommensverhältnisse sind umfangreich nachzuweisen. Betroffene Familien mit einem kleinen Familieneinkommen (erfahrungsgemäß bis Besoldungsgruppe A8 und gegebenenfalls noch A9) können von dieser Regelung profitieren.

11.13 Pflege-Checkliste

Ist der Weg in die stationäre Pflege angedacht, müssen die Angehörigen in aller Regel eine Menge organisieren und koordinieren. Das Bundesverwaltungsamt hat auf Anregung des Deutschen BundeswehrVerbands eine helfende Checkliste erstellt. Hier sind die entsprechenden Schritte und alle zu erbringenden Nachweise vorgestellt. Die Checkliste findet sich unter dem [Direkt-Link](#) zum Beihilfedschungel wieder.

12. Widerspruch

12.1 Zeitnah prüfen

Zuallererst sollten Sie zeitnah den Sachverhalt prüfen. Viele Informationen können Sie dem Beihilfebescheid entnehmen. In dessen zweiter Hälfte finden Sie meist kurze aber wichtige Beleghinweise, die Aufschluss über eine Kürzung oder Verwehrung geben. Vielleicht haben Sie einfach vergessen, eine Anlage oder ein Attest beizufügen? Oder geht es um einen Leistungsausschluss oder einen Selbstbehalt? Blättern Sie, insbesondere wenn Ihnen der Bescheid Paragrafen benennt, in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) nach.

Übrigens: Im [Direkt-Link](#) zum Beihilfe-Dschungel haben Sie die notwendigen Verordnungen und Vorschriften zum Überprüfen.

Bleiben auch nach Ihrer Prüfung Fragen und Unklarheiten, scheuen Sie sich nicht, Ihren Berufsverband um Hilfe zu bitten. Scannen Sie dazu den Beihilfebescheid, idealerweise inklusive der dazugehörigen Rechnung, ein und senden alles zusammen mit Ihrer Frage an uns – gerne per Mail an: r1@dbwv.de.

12.2 Notfristen beachten

Prüfen Sie auf Ihren erhaltenen Unterlagen auch immer, ob eine sogenannte Rechtsmittelbelehrung enthalten ist. Sie klärt über eventuelle Fristen auf. In Beihilfeangelegenheiten enthalten alle Festsetzungs- und Widerspruchsbescheide eine Rechtsmittelbelehrung. Die dort genannten Fristen sind sogenannte Notfristen, die zwingend einzuhalten sind und auch nicht per Antrag verlängert werden können. Sind sie abgelaufen, genießt der Bescheid Bestandskraft und ist nahezu unantastbar. Verlieren Sie diese Fristen nicht aus den Augen! Auch bei einer Prüfung, zum Beispiel durch den Deutschen BundeswehrVerband, bleiben Sie selbst für die Einhaltung der Fristen verantwortlich.

12.3 Briefkastenschlüssel und Vollmacht im Urlaub

Die Fristen beginnen mit Zugang des Verwaltungsakts zu laufen – nicht erst ab Kenntnis. Die gesetzliche Zustellungsfiktion besagt, dass ein Bescheid mit dem dritten Tag nach der Aufgabe bei der Post als zugegangen gilt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang daher, zum Beispiel bei längerer urlaubsbedingter Abwesenheit, jemanden damit zu beauftragen, die Post zu überprüfen. Soll die betreffende Person unter Umständen in Ihrem Namen aktiv werden (zum Beispiel einen Widerspruch einlegen), muss sie auch eine Vollmacht vorlegen können.

12.4 Der Widerspruch

Falls sich ein Bescheid als fehlerhaft darstellt, legen Sie Widerspruch ein. Dieser muss schriftlich erfolgen und bedarf zwingend Ihrer Unterschrift. Eine De-Mail ist auch denkbar – eine einfache Mail hingegen genügt nicht. Bitte machen Sie deutlich, dass es sich um einen Widerspruch handelt, und vergessen Sie Ihre Personenkennziffer nicht. Bitte verwenden Sie für Ihren Widerspruch niemals ein Antragsformular. Falls die Zeit knapp werden sollte, können Sie auch einen Widerspruch vorab zur Fristwahrung einlegen. Ihre ausführlichere Begründung und die dazugehörigen notwendigen Belege können Sie dann separat und zeitlich versetzt (trotzdem bitte zeitnah) auf den Weg bringen. Das reine Widerspruchsverfahren ist für Sie kostenneutral, abgesehen von einem möglicherweise privat beauftragten Anwalt.

12.5 Zuordnungsfehler vermeiden

Ein Widerspruch sollte gesondert eingehen und nicht zusammen mit einem neuen Beihilfeantrag oder sonstigen Anfragen. Falls Sie doch gleichzeitig einen neuen Beihilfeantrag oder Ähnliches stellen wollen, trennen Sie beide Vorgänge sauber voneinander. Nutzen Sie idealerweise einen gesonderten Umschlag.

12.6 Belege zum Nachweis nicht vergessen

Ihre mit dem Antrag eingereichten Belege werden bei der Beihilfestelle weder verfilmt noch gescannt oder sonst wie gespeichert. Bei einem Widerspruch müssen Sie folglich alle relevanten Belege, wie Rechnungen oder Atteste, erneut vorlegen. Den

entsprechenden Hinweis dazu finden Sie im Beihilfebescheid nach der Rechtsbehelfsbelehrung. Mit Ihrem Beihilfebescheid haben Sie alle Dokumente – mit Ausnahme von Rezepten – zurückerhalten und stehen demnach den Beihilfestellen im Widerspruchsverfahren nicht mehr zur Verfügung. Rezeptbelege werden im Zusammenhang mit Arzneimittelrabatten zu Prüfzwecken archiviert. Sie können nicht mehr zurückgesandt werden und stehen der Beihilfestelle zur Bearbeitung (zum Beispiel im Widerspruchsverfahren) nicht mehr zur Verfügung. Ohne vollständige Aktenlage kann der Widerspruch nicht bearbeitet werden und verzögert sich durch Rückfragen.

12.7 Laufzeit des Widerspruchs

Nach Prüfung Ihres Widerspruchs erhalten Sie einen Abhilfe- oder einen Widerspruchsbescheid. Im Regelfall dauert dies im Vergleich zum Erstbescheid deutlich länger. Hintergrund ist die aufwändigere Prüfung. Das Vier-Augen-Prinzip gewährleistet hier eine niedrige Fehlerquote.

12.8 Das Klageverfahren und verbandliche Hilfestellung

Prüfen Sie auch den Widerspruchsbescheid sehr zeitnah, denn auch hier läuft die schon beschriebene Notfrist. Eine Klageerhebung würde nun zu einer gerichtlichen Überprüfung Ihres Vorgangs führen. Mit der Klageerhebung sind Kosten verbunden – vielleicht haben Sie eine Rechtsschutzversicherung, die diese übernimmt. Auch der DBwV kann unter bestimmten Voraussetzungen die Kosten eines Verfahrens übernehmen. Nehmen Sie rechtzeitig Kontakt zu uns auf, um den Vorgang gemeinsam zu besprechen. Bitte stellen Sie uns dazu den Ursprungsbescheid, den aktuellen Widerspruchsbescheid und die strittige Rechnung zur Verfügung – gerne per Mail an: r1@dbwv.de.

12.9 Vermeiden Sie Missverständnisse und Irrläufer

Geben Sie in jedem Schriftwechsel mit der Beihilfestelle stets Ihre Personenkennziffer an. Dazu gehören neben dem Widerspruch auch Rückfragen oder formlose Anträge – auch per E-Mail. Die Beihilfestellen in Stuttgart und Düsseldorf betreuen jeweils rund 60 000 Beihilfeberechtigte, sodass eine Zuordnung allein über den Namen oft nicht

möglich ist. Benennen Sie bei Schriftwechseln das Thema, um das es Ihnen geht, oder das Schreiben, auf das Sie sich beziehen, um eine schnellere Vorsortierung zu ermöglichen. Formulieren Sie Ihr Anliegen klar und verständlich. Versetzen Sie sich in die Lage des Beihilfesachbearbeiters. Er kennt Ihr Ansinnen oder vorgelagerte Telefonate nicht. Umso besser eine Zuordnung erfolgen kann und umso schneller der Sachverhalt erfasst wird, umso schneller geht die Bearbeitung.

13. Die private Krankenversicherung (PKV)

13.1 Die Fürsorge im dritten Lebensabschnitt

Berufssoldaten a.D. und Bundesbeamte erhalten keinen Arbeitgeberzuschuss zu ihrer Krankenversicherung. Die Fürsorge des Dienstherrn gewährt stattdessen eine anteilige Kostenerstattung – die Beihilfe. Der verbleibende Teil muss mit einer Krankenversicherung ergänzt werden. Heute wollen wir uns dieser Absicherung für Berufssoldaten a.D. und Beamte widmen, genauer gesagt, der gängigsten Form – der privaten Krankenversicherung (PKV). Gefühlt entfernen wir uns mit der Versicherungsthematik ein klein wenig von der Beihilfe – aber nur gefühlt, denn beides hängt schwer trennbar miteinander zusammen. Nur ein gutes Zusammenspiel von PKV und Beihilfe kann zu einer möglichst umfassenden Kostenerstattung führen.

13.2 Versicherungsschutz überprüfen und möglicherweise erweitern

Die PKV-Welt hat spezielle Tarife für die Statusgruppe der Soldaten und Beamten – die sogenannten Restkostentarife oder auch beihilfekonforme Tarife. Diese ergänzen die prozentuale Beihilfe im Idealfall passgenau. Dabei ist das Wort „Restkostenversicherung“ mitunter irreführend, denn die Kostenerstattung der PKV lehnt sich nicht zwingend an die der Beihilfe an. Beide Leistungserbringer, PKV und Beihilfe, prüfen separat für sich. Dabei muss sich der Krankenversicherer nicht an die Beihilfeverordnung (BBhV) halten. Die Grundlage der PKV-Erstattung sind eigene

Tarifbestimmungen des jeweiligen Versicherers. Prüfen Sie also frühzeitig, ob Ihr Versicherungsschutz auch Ihren Vorstellungen entspricht und den Beihilfeanspruch ausreichend abrundet. Fragen Sie Ihren Versicherer gezielt nach Leistungen, die Ihnen wichtig sind! Erkundigen Sie sich frühzeitig, ob eine Anpassung des vorhandenen Versicherungsschutzes für Sie Vorteile bietet.

13.3 Änderung rechtzeitig anzeigen

Wichtig ist auch, dass Sie Ihren Versicherer über relevante Änderungen immer zeitnah informieren, denn bisweilen sind Fristen an eine Anpassung geknüpft. Sollte eine Änderung Ihres bestehenden Schutzes notwendig sein, prüft Ihr Versicherer die Möglichkeiten und wird Ihnen eine bedarfsgerechte Anpassung vorschlagen. Relevant sind dabei unter anderem der Familienstand, der berufliche Status (BS, BS a.D., SaZ, Beamter), Kinder (neuer Nachwuchs), Beihilfeanspruch der Familienangehörigen (Ehepartner und Kinder), Beihilfezuständigkeit (Bund oder Wechsel zu einer Landesbeihilfe) oder auch längere Auslandsaufenthalte.

13.4 Anwartschaft

Eine Anwartschaftsversicherung beinhaltet keinen aktiven Leistungsanspruch, sichert aber den späteren Zugang zur privaten Krankenversicherung ab. Soldaten in der aktiven Phase ihres Berufslebens sollten unbedingt eine Anwartschaftsversicherung bei einer PKV vorhalten. Das gilt, insbesondere mit Blick auf das Einsatzweiterverwendungsgesetz, auch für Soldaten auf Zeit. Im Bereich Anwartschaft unterscheidet man zwischen der kleinen und der großen Anwartschaftsversicherung. Die kleine Variante sichert Ihren Gesundheitszustand und damit fallen eventuell spätere gesundheitliche Einschränkungen versicherungstechnisch nicht mehr ins Gewicht. Die große Variante bildet zusätzliche Altersrückstellungen und sichert Ihnen damit für Ihren Ruhestand einen günstigen Beitrag in der PKV. Einige Versicherer bieten in der Anwartschaft auch die Mitversicherung von Wehrdienstbeschädigungen an, das kann von Vorteil sein. Prüfen Sie im Vorfeld auch eventuelle Fristen und Bedingungen, die an eine Aktivierung der PKV nach DZE geknüpft sind. Bei der Wahl des Versicherungsunternehmens für Ihre Anwartschaft lohnt es sich, genau und in aller

Ruhe zu prüfen – Sie legen hier früh den Grundstein für einen Vertrag, der Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Leben lang begleitet. Ein späterer Wechsel ist häufig mit Nachteilen verbunden und manchmal auch gar nicht mehr möglich.

13.5 Beihilfeergänzungstarif

Die Beihilfe sieht in einigen Bereichen Leistungseinschränkungen, Selbstbehalte oder Deckelungen vor. Wenn Sie den sogenannten „Beihilfeergänzungstarif“ in Ihrem Versicherungspaket inkludiert haben, können Sie einige dieser Kostenanteile an den Versicherer weitergeben.

Ein klassisches Beispiel für Selbstbehalte sind die Material- und Laborkosten bei Zahnersatzbehandlungen - diese werden nicht zu 100 Prozent als beihilfefähig anerkannt, sondern nur zu 40 Prozent (und davon wird dann der Beihilfebemessungssatz gewährt, zum Beispiel 70 Prozent bei Pensionären). Die Differenz wird nicht vom regulären Zahntarif erstattet. Sofern jedoch ein Beihilfeergänzungstarif vorhanden ist, kann eine Erstattung der nicht beihilfefähigen Anteile über diesen Zusatz beantragt werden.

Aber: die Leistungen variieren von Versicherer zu Versicherer. Einige dieser Tarife sehen ein zusätzliches Krankenhaustagegeld oder Kurtagegeld vor. Teilweise werden auch Pauschalen für Brillen geleistet oder Selbstbehalte aus der Beihilfe miterstattet. Damit ist eine pauschale Aussage zum Leistungsumfang nicht möglich. Fragen Sie Ihren Krankenversicherer nach den Leistungen seines Beihilfeergänzungstarifs.

13.6 Reha-Zusatztarif

Die Erstattung von Rehabilitationskosten ist in den allgemeinen Bedingungen der privaten Krankenversicherung grundsätzlich nicht vorgesehen. Einige Krankenversicherungstarife am Markt ermöglichen jedoch bestimmte Leistungsbereiche – mitunter auch nur unter bestimmten Voraussetzungen. Schauen Sie hier genau hin und fragen Sie im Zweifel nach. Wie sieht die Erstattung bei einer Anschlussheilbehandlung oder bei einer ambulanten und stationären Reha in Ihrem Tarif aus? Prüfen Sie für sich frühzeitig und bevor der Leistungsfall eingetreten ist. Vielleicht macht es Sinn Ihren bestehenden Versicherungsschutz um einen Zusatztarif

zu ergänzen. So erhöht etwa ein zusätzlicher Kurtagegeld- oder Kurkostentarif das Leistungsniveau bei Rehamaßnahmen.

13.7 Pflege-Zusatz

Im Bereich Pflege wähnen sich viele privat Versicherte in einer trügerischen Sicherheit. Zur Wahrheit gehört aber: Die Leistungen sind hier (nur) mit der sozialen Pflegeversicherung vergleichbar. Die Beihilfeleistungen lehnen sich an die Sätze der gesetzlichen Krankenkasse, genauer gesagt der sozialen Pflegeversicherung, an. Einen Überblick über die Leistungshöhe der Pflegeversicherung haben wir im Kapitel [„11. Leistungsarten der Pflegeversicherung“](#) dargestellt.

Im Pflegefall führt das begrenzte Leistungsniveau in aller Regel zu spürbaren Kostenanteilen, die am Pflegebedürftigen und seiner Familie hängenbleiben. Es gibt zwar ein kleines Leistungsplus aus der Bundesbeihilfe im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung – aber nur im stationären Bereich und nur bei einer gewissen sozialen Härte ¹⁴. Weitere Details dazu finden Sie auch unter [„11.11 Vollstationäre Pflege“](#). Ansonsten ist der betroffene Pflegebedürftige auf seine laufenden Bezüge und auf seine Rücklagen angewiesen.

Der umsichtige Bürger kann hier mit einer Pflegezusatzversicherung vorsorgen. Diese Zusatzversicherung kann der Höhe nach auf den Absicherungswunsch angepasst werden. Fragen Sie interessehalber in einer Pflegeeinrichtung in Ihrer Nähe nach den zu erwartenden Kosten und Selbstbehalten – diese sind je nach Region, Pflegegrad und Leistungsbausteinen unterschiedlich. Die Pflegezusatzversicherung gibt es auch mit einer (kleinen) staatlichen Förderung, dem sogenannten Pflege-Bahr. Der Staat gibt also etwas dazu. Ein weiterer Vorteil bei der geförderten Tarifvariante: Es wird auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet und der Zugang ist damit erleichtert. Nachteilig bei den geförderten Tarifen ist hingegen die Tatsache, dass diese in der Regel etwas teurer sind als Ihre „ungeförderten“ Pendants (da auf eine Risikoprüfung und Risikoauslese verzichtet wird). Auch haben die nicht geförderten Tarife häufig bessere Leistungsstufen in den einzelnen Pflegegraden oder es sind weitere Leistungsvorteile

¹⁴ Mit der Ausführung ist die Mindestversorgung nach §39 der Bundesbeihilfeverordnung gemeint, die bei einem kleinen Familieneinkommen eine weitere Hilfe darstellen kann.

eingebaut, wie zum Beispiel die Beitragsbefreiung im Leistungsfall. Wir raten zu einer ausführlichen Beratung und einem unabhängigen Tarifvergleich.

13.8 Rechtzeitig handeln

Fragen Sie Ihren Versicherungspartner Ihres Vertrauens, lassen Sie sich dazu beraten. Informieren Sie sich rechtzeitig und auch möglichst unabhängig. Denken Sie daran, dass ein „Upgrade“ Ihrer Versicherung, also ein neuer Tarif oder eine Leistungsverbesserung, in der Regel immer auch mit einem neuen Gesundheitscheck verbunden ist (Pflege-Bahr ausgenommen). Vorerkrankungen können Ihren Wünschen in der Tarifgestaltung einen Strich durch die Rechnung machen. Warten Sie also mit der Überprüfung Ihrer Versicherung nicht zu lange.

13.9 Wartezeit beachten

Jede hinzukommende Leistung in Ihrer PKV ist in der Regel mit einer Wartezeit versehen. Dieser Zeitrahmen beschreibt, bis wann der Versicherte leistungsfrei bleibt und soll das Versichertenkollektiv vor Missbrauch schützen. Für die Krankenversicherungstarife gibt es acht Monate Wartezeit für den Leistungsbereich: Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kieferorthopädie, Psychotherapie, Entbindungen. Drei Monate fallen für alle übrigen Bereiche an. Für die Pflegezusatzversicherung gibt es pauschal drei Jahre Wartezeit, und der Pflege-Bahr ist aufgrund seiner speziellen Konstruktion sogar mit fünf Jahren Wartezeit gesichert.