

# Beihilfe zu Pflegeleistungen

(Stand: Mai 2010)

Pflegebedürftigkeit ist kein Einzelschicksal. Vielmehr nimmt der Pflegebedarf u. a. durch die gestiegene Lebenserwartung zu. Allerdings betrifft dieses Thema nicht nur die ältere Generation. Auch in jüngeren Jahren kann jeder zu einem Pflegefall werden oder es schon von Geburt an sein.

Seit 1995 sind Leistungen zu den Kosten der Pflegebedürftigkeit Teil unseres Sozialversicherungssystems und dementsprechend auch Fürsorgeleistungen des Dienstherrn nach der Beihilfenverordnung.

Diese Information soll Ihnen helfen, die notwendigen Schritte einzuleiten, damit schnellstmöglich eine finanzielle Unterstützung durch die Beihilfe erfolgen kann.

- [Allgemeines](#)
- [Antragstellung](#)
- [Behandlungspflege](#)
- [Betreuungsleistung](#)
- [Grundpflege](#)
- [Häusliche Pflege durch Angehörige etc.](#)
- [Häusliche Pflege durch Pflegedienste](#)
- [Kombinationspflege](#)
- [Kurzzeitpflege](#)
- [Teilstationäre Pflege](#)
- [Pflegehilfsmittel](#)
- [Pflegestufen](#)
- [Soziale Absicherung von Pflegekräften](#)
- [Stationäre Pflege](#)
- [Verbesserung des Wohnumfeldes](#)
- [Verhinderungspflege](#)

## Allgemeines

Pflegebedürftigkeit - was heißt das eigentlich?

Pflegebedürftig ist, wer durch Krankheit oder Behinderung bei persönlichen Verrichtungen die Hilfe eines anderen Menschen benötigt. Die Hilfe kann im Bereich der so genannten Grundpflege sowie der Behandlungspflege erforderlich sein.

Dauernde Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Personen wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen in diesem Sinne kommen vor im Bereich:

- der **Körperpflege** (Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren sowie Darm- oder Blasenentleerung)
- der **Ernährung** (mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung),
- der **Mobilität** (Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, u.a.).
- der **hauswirtschaftlichen Versorgung** (Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche, Beschaffung und Entsorgung von Heizmaterial).

Für die Anerkennung einer dauernden Pflegebedürftigkeit ist Voraussetzung, dass die pflegebedürftige Person einmal täglich für wenigstens zwei der o.g. Verrichtungen der Hilfe bedarf und **zusätzlich** mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Die alleinige Hilfsbedürftigkeit bei der hauswirtschaftlichen Versorgung reicht für die Anerkennung der dauernden Pflegebedürftigkeit nicht aus.

## Pflegestufen

Nach dem Pflegeversicherungsgesetz ist jeweils eine Zuordnung der pflegebedürftigen Person in die Pflegestufen I – III erforderlich. Die Festsetzung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in eine Pflegestufe erfolgt ausschließlich durch die private Pflegeversicherung anhand eines Gutachtens des medizinischen Dienstes. Dieses Gutachten ist sowohl für die von der Pflegeversicherung, als auch für die von der Beihilfestelle zustehenden Leistungen maßgebend.

**Dies bedeutet, dass die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen immer zuerst bei der Pflegeversicherung beantragt werden müssen. Der Leistungsbescheid der Pflegeversicherung ist der Beihilfestelle unverzüglich zuzuleiten. Erst wenn dieser Bescheid der Beihilfestelle vorliegt, kann eine Entscheidung hinsichtlich der Beihilfegewährung getroffen werden.**

Weiter ist zu beachten, dass auch evtl. Änderungsbescheide der Pflegeversicherung der Beihilfestelle vorgelegt werden müssen. Einwendungen gegen die Einstufung in eine bestimmte Pflegestufe sind grundsätzlich an die Pflegeversicherung zu richten. Nur bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflege versichert sind, entscheidet die Beihilfestelle anhand eines Gutachtens des Arztes über die Einstufung in eine Pflegestufe. Dieses Anerkennungsverfahren wird von der Beihilfestelle nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung eingeleitet.

## Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfasst medizinische Hilfeleistungen wie z.B. Verbandswechsel, Injektionen, Einreibungen, Anlegen und Wechseln von Kathetern, Blutzuckermessung, etc.. Sie wird aufgrund ärztlicher Verordnung durch Berufspflegekräfte durchgeführt. Die Kosten hierfür werden von der **Krankenversicherung - nicht von der Pflegeversicherung** – im zustehenden Rahmen getragen. Im Bereich der Beihilfe gelten sie ebenfalls als Krankheitskosten.

## Grundpflege

Grundpflege ist die Hilfe bei Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung.

## Häusliche Pflege durch Pflegedienste (§ 5a Abs. 1 Beihilfenverordnung)

Wird im Rahmen der häuslichen Pflege die **Pflege durch geeignete Pflegekräfte** (Pflegefachkräfte) durchgeführt, sind die Aufwendungen je nach Pflegestufe beihilfefähig bis zu monatlich:

	ab 01. Januar 2010	ab 01. Januar 2012
Pflegestufe I	440 Euro	450 Euro
Pflegestufe II	1.040 Euro	1.100 Euro
Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro

Entstehen aufgrund besonderen Pflegebedarfs in der Pflegestufe III höhere Aufwendungen, sind diese bis zu weiteren 1.918 Euro monatlich beihilfefähig.

## Häusliche Pflege durch Angehörige (§ 5a Abs. 2 Beihilfenverordnung)

Bei einer häuslichen Pflege durch sog. andere Pflegepersonen (z.B. Ehegatten, Kinder, usw.) erhalten Sie von Ihrer Pflegeversicherung ein **Pflegegeld**. Entsprechend den Pflegestufen sind monatlich folgende Pflegebeträge beihilfefähig:

	ab 01. Januar 2010	ab 01. Januar 2012
Pflegestufe I	225 Euro	235 Euro
Pflegestufe II	430 Euro	440 Euro
Pflegestufe III	685 Euro	700 Euro

Daneben sind Kosten für die Schulung der Pflegeperson beihilfefähig.

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Beihilfe anteilmäßig (tageweise) zu berechnen. Bei der Berechnung der anteilmäßigen Beihilfe sind vier Wochen einer Pflegeunterbrechung wegen eines Krankenhausaufenthaltes oder stationären REHA-Maßnahme der zu pflegenden Person nicht zu berücksichtigen. Unterbrechungszeiten sind im Pflegeantrag detailliert anzugeben.

Aufwendungen für Beratungsbesuche (§ 37 Abs. 3 SGB XI) sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig. Die Kosten für die Beratung betragen in Pflegestufe I und II und in der sog. Pflegestufe 0 bis zu 21 Euro und in Pflegestufe III bis zu 31 Euro.

## Kombinationspflege (§ 5a Abs. 4 Beihilfenverordnung) (Kombination zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld)

Wird die Pflege sowohl durch Pflegekräfte als auch durch andere Pflegepersonen geleistet, ist die Beihilfe entsprechend der Pflegestufe jeweils anteilig zu gewähren, sofern sogenannte Kombinationsleistungen durch die Pflegeversicherung erbracht werden.

Liegt kein Leistungsbescheid über Kombinationsleistungen vor, kann die Beihilfestelle entweder nur Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Pflegefachkräften oder die Pauschalen für die Pflege durch andere Personen als beihilfefähig anerkennen.

## Teilstationäre Pflege (§ 5b Abs. 1 – 4 Beihilfenverordnung)

Kann eine häusliche Pflege nicht in einem ausreichenden Umfang sichergestellt werden und wird die Unterbringung in einer Einrichtung der Tages- und Nachtpflege erforderlich, sind die Aufwendungen für die notwendige **teilstationäre Pflege** grundsätzlich beihilfefähig. Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der pflegebedürftigen Person von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Entsprechend den Pflegestufen sind monatlich folgende Höchstbeträge beihilfefähig:

	ab 01. Januar 2010	ab 01. Januar 2012
Pflegestufe I	440 Euro	450 Euro
Pflegestufe II	1.040 Euro	1.100 Euro
Pflegestufe III	1.510 Euro	1.550 Euro

## Stationäre Pflege (§ 5c Beihilfenverordnung)

Bei der **stationären Pflege** in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung ist der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) in Betracht kommende **Pflegesatz beihilfefähig**. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig, es sei denn, sie übersteigen bestimmte monatliche Eigenanteile (§ 5c Abs. 1 – 3 Beihilfenverordnung).

Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in **Einrichtungen der Behindertenhilfe** entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund stehen, sind bis zur Höhe von **monatlich 256 Euro beihilfefähig**. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

Bitte fügen Sie Ihrem Beihilfeantrag auch in diesen Fällen stets den Leistungsbescheid der Pflegeversicherung bei.

### Kurzzeitpflege (§ 5b Abs. 6 und 7 Beihilfenverordnung)

Wenn die vorübergehende Unterbringung einer dauerhaft pflegebedürftigen Person in einem Kurzzeitpflegeheim, z.B. wegen Verhinderung oder Abwesenheit der Pflegeperson, erforderlich wird, sind die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu einem Höchstbetrag von

ab 01. Januar 2010	ab 01. Januar 2012
1.510 Euro	1.550 Euro

im Kalenderjahr beihilfefähig. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.

### Verhinderungspflege (§ 5a Abs. 3 Beihilfenverordnung)

Ist die Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen verhindert, so sind Pflegekosten der Ersatzpflege / Verhinderungspflege bis zu

ab 01. Januar 2010	ab 01. Januar 2012
1.510 Euro	1.550 Euro

im Kalenderjahr beihilfefähig. Die Ersatzpflege / Verhinderungspflege kann durch erwerbsmäßig (z.B. ambulante Pflegedienste) oder nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen (z.B. Angehörige, usw.) oder durch Pflege in einer stationären Einrichtung erfolgen. Bei einer Heimunterbringung sind die entsprechenden Pflegekosten bis zu den o.g. Höchstbeträgen beihilfefähig, jedoch nicht die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, für Investitionskosten, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung.

Wird die Ersatzpflege / Verhinderungspflege jedoch durch Pflegepersonen durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, so wird die normale Pflegepauschale ausbezahlt. Daneben sind auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege / Verhinderungspflege entstanden sind, beihilfefähig. Insgesamt darf auch hier der o.g. Pauschalbetrag nicht überschritten werden.

### Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 5d Beihilfenverordnung)

Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege der Pflegestufen I, II und III sowie Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, können, nach erfolgter Genehmigung durch die Pflegeversicherung, Beihilfen zu den Aufwendungen für zusätzliche Betreuungsleistungen erhalten.

Aufwendungen für **zusätzliche Betreuungsleistungen sind bis zu 100 Euro (Grundbetrag) oder 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich beihilfefähig.** Die Höhe des

jeweiligen Anspruchs wird von der Pflegeversicherung festgelegt und ist für die Berechnung der Beihilfe maßgeblich. Aufwendungen für Beratungsbesuche sind ohne Anrechnung auf die vorstehenden Höchstbeträge beihilfefähig.

Die von vollstationären Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge (§ 87b SGB XI) sind beihilfefähig.

### **Pflegehilfsmittel (§ 5 Abs. 4 Beihilfenverordnung)**

Erbringt die Pflegeversicherung Leistungen zu ärztlich verordneten Hilfsmitteln, sind diese beihilfefähig. Deshalb ist der Leistungsbescheid der Pflegeversicherung der Beihilfestelle vorzulegen. Es ist in jedem Fall zweckmäßig, die Erstattungsfähigkeit von Hilfsmitteln vor der Anschaffung von der Pflegeversicherung prüfen zu lassen. Werden keine Leistungen der Pflegeversicherung gewährt, ist es ratsam, die Beihilfefähigkeit vor Anschaffung von der Beihilfestelle prüfen zu lassen.

### **Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 5 Abs. 4 Beihilfenverordnung)**

Aufwendungen für die Verbesserung des Wohnumfeldes (z.B. behindertengerechter Ausbau des Badezimmers, Türverbreiterungen, Anschaffung von Auffahrrampen, usw.) der pflegebedürftigen Person sind höchstens **bis zu 2.557 Euro je Maßnahme beihilfefähig**. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Pflegeversicherung Leistungen zu diesen Kosten erbringt. Auch hier empfiehlt es sich, vor der Durchführung der Maßnahme mit der Beihilfestelle Kontakt aufzunehmen. Der Leistungsbescheid der Pflegeversicherung ist vorzulegen.

Die Maßnahme sollte dazu dienen, dass

- die häusliche Pflege überhaupt möglich wird,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert wird,
- eine möglichst selbständige Lebensführung der pflegebedürftigen Person wiederhergestellt, also Abhängigkeit von der Pflegekraft verringert wird.

Bei Personen, die nicht pflegeversichert sind, wird durch die Beihilfe über die Verbesserung des Wohnumfeldes auf der Grundlage eines amtsärztlichen Gutachtens des zuständigen Gesundheitsamtes entschieden. Das Anerkennungsverfahren wird auf Antrag nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Notwendigkeitsbescheinigung von der Beihilfestelle eingeleitet.

### **Soziale Absicherung von Pflegekräften**

Personen, die einen Pflegebedürftigen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes nicht erwerbsmäßig wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen, sind in den Schutz der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung einbezogen, sofern der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.

Hierzu hat die pflegende Person zunächst bei der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person die Durchführung der **Rentenversicherungspflicht** zu beantragen. Anschließend beantragt die pflegende Person die Durchführung der Rentenversicherungspflicht auch bei der Beihilfestelle der pflegebedürftigen Person und legt zu diesem Zweck

Kopien der von der Pflegeversicherung erstellten Bescheinigungen für die pflegebedürftige und die pflegende Person vor.

Unter gewissen Voraussetzungen tritt keine Versicherungspflicht ein, z.B. bei Bezug von Vollrente oder von Versorgungsbezügen wegen Erreichens der Altersgrenze sowie bei geringfügig ausgeübter Pflegetätigkeit.

### **Antragstellung - § 5 Abs. 5 Beihilfenverordnung (BVO)**

Nach § 5 Abs. 5 BVO wird die Beihilfe für Pflegeaufwendungen ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wurde der Antrag zunächst bei der Pflegeversicherung gestellt, ist der Leistungsbeginn für die Leistungen der Pflegeversicherung auch für die Beihilfeleistungen maßgebend.

Beamte, die Mitglied einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse sind, müssen ihrer Pflegekasse mitteilen, dass bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen besteht. Eine eventuelle Bescheinigung über das Bestehen eines Beihilfeanspruchs stellt die Beihilfestelle aus. Diese Information ist für die Kasse wichtig, da beihilfeberechtigte Mitglieder, die aus der Pflegeversicherung zustehenden Leistungen lediglich zur Hälfte erhalten.

Aufwendungen für Pflege sollten stets mit dem Beihilfevordruck P beantragt werden.