



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Informationen zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen aus Anlass einer vollstationären Pflege ab 01.01.2017 (Umsetzung des Pflegestärkungsgesetzes II in der Beihilfe)

1. Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftig sind Personen, die Hilfe durch andere bedürfen, weil bei ihnen gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen bestehen:

- Mobilität,
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Die betroffenen Personen können hierbei die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlichen Belastungen/Anforderungen nicht selbständig bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

2. Wer bestätigt die Pflegebedürftigkeit?

Die Pflegebedürftigkeit wird auf Ihren Antrag von der Pflegeversicherung festgestellt. Zu diesem Zweck führt der medizinische Dienst der Pflegeversicherung ein Begutachtungsverfahren durch, um den Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeiten zu beurteilen. Aufgrund dieser Beurteilung erfolgt eine Einstufung in einen der Pflegegrade 1 bis 5. Zu dieser Einstufung erhalten Sie von Ihrer Pflegeversicherung einen entsprechenden Bescheid („Einstufungsbescheid“). Der Einstufungsbescheid ist hinsichtlich des zuerkannten Pflegegrades und der Art der Pflege auch für die Beihilfegewährung bindend.

3. Dauerhafte vollstationäre Pflege nach § 9f Beihilfeverordnung (BVO)

Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch XI) sind beihilfefähig. Zugelassene Pflegeeinrichtungen haben mit den Pflegekassen entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen. Verzeichnisse oder Informationen über zugelassene Pflegeeinrichtungen erhalten Sie z.B. bei den Gemeinde- bzw. Stadtverwaltungen und den jeweiligen Landkreisen.

3.1. Welche Aufwendungen können bei einer dauerhaften vollstationären Pflege berücksichtigt werden?

Bei den Kosten für eine dauerhafte, vollstationäre Pflege ist zwischen den Kosten für die Pflege und den Kosten für das Wohnen (Unterkunftskosten einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) zu unterscheiden.

3.1.1 Pflegekosten

Zu den beihilfefähigen Pflegekosten zählen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Das Pflegeversicherungsrecht (§ 43 Absatz 2 SGB XI) sieht hierfür monatlich je nach Pflegegrad folgende Pauschalbeträge vor:

in Pflegegrad 2 bis zu	770 EUR,
in Pflegegrad 3 bis zu	1.262 EUR,
in Pflegegrad 4 bis zu	1.775 EUR,
in Pflegegrad 5 bis zu	2.005 EUR.

Die pflegebedingten Aufwendungen zur stationären Pflege sind grundsätzlich in vollem Umfang (d.h. gegebenenfalls auch über die oben genannten Stufenbeträge hinaus) beihilfefähig. Die anteilige Beihilfe ist dabei jedoch von der bestehenden Pflegeversicherungsart (privat oder gesetzlich) abhängig:

- **Private Pflegeversicherung**
Die private Pflegeversicherung erstattet die entstandenen Pflegekosten bis zum jeweiligen Pauschalbetrag anteilig zum vereinbarten Prozentsatz (20%, 30% oder 50%). Die Beihilfe erstattet die entstandenen Pflegekosten nach dem jeweils zustehenden Bemessungssatz (50%, 70% oder 80%). Eine Begrenzung der beihilfefähigen Pflegekosten auf den jeweiligen Pauschalbetrag erfolgt nicht.
- **Gesetzliche Pflegeversicherung**
Die gesetzliche Pflegeversicherung erstattet die Pflegekosten bis zum jeweiligen Pauschalbetrag zu 50%. Die restlichen 50% werden bis zum Erreichen des jeweiligen Pauschalbetrags durch die Beihilfe gewährt. Zusätzlich werden die ggf. über den Pauschalbetrag hinausgehenden Pflegekosten nach dem jeweils zustehenden Bemessungssatz (50%, 70% oder 80%) erstattet. Handelt es sich bei der pflegebedürftigen Person jedoch um eine bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Person (z.B. Ehegatte), die aus eigenem Recht gesetzlich versichert ist, erstattet die gesetzliche Pflegeversicherung den jeweiligen Pauschalbetrag zu 100%. Eine Beihilfeleistung kann nur zu den ggf. über den Pauschalbetrag hinausgehenden Pflegekosten nach dem jeweils zustehenden Bemessungssatz (80%, 70% oder 50%) erfolgen.

3.1.2 Unterkunftskosten

Neben den pflegebedingten Aufwendungen sind auch die Aufwendungen für Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) dem Grunde nach beihilfefähig, soweit sie einen bestimmten Eigenanteil übersteigen.

Der monatliche Eigenanteil, den die/der Beihilfeberechtigte an den Unterkunftskosten selbst zu tragen hat, beträgt bei Beihilfeberechtigten mit einer/m Angehörigen 250 EUR, mit zwei Angehörigen 220 EUR, mit drei Angehörigen 190 EUR und mit mehr als drei Angehörigen 160 EUR. Angehörige in diesem Sinne sind Ehegattinnen/Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner und im Familiennachlass berücksichtigungsfähige Kinder.

Hat der Beihilfeberechtigte keine/n Angehörige/n in diesem Sinne oder sind die Angehörigen ebenfalls in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht, so beträgt der Eigenanteil 70% der Bruttobezüge sowie der Renten aus gesetzlichen Rentenversicherungen und aus zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen (z.B. Betriebsrenten).

Übersteigt der Eigenanteil die beihilfefähigen Aufwendungen für die Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung), so werden hierzu keine Beihilfeleistungen gewährt.

3.1.3 Leistungsanspruch von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 erhalten einen pauschalen Zuschuss in Höhe von bis zu 125 EUR zu den gesamten vollstationären Aufwendungen (Pflegekosten und Unterkunftskosten). Eine darüber hinausgehende Beihilfeleistung ist nicht möglich.

3.2. Welche Unterlagen sind für die Beihilfegewährung erforderlich?

Zur Gewährung von Beihilfe aus Anlass einer vollstationären Pflege benötigen wir den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung zur Pflegebedürftigkeit (siehe unter 2.) und die Rechnungen der Pflegeeinrichtung mit dem üblichen Beihilfeantragsvordruck LBV 301.

Bei einem alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen senden wir Ihnen zur Überprüfung des Eigenanteils (siehe unter 3.1.2) den Vordruck LBV 315a (Erklärung zu den Einkünften im Sinne von § 9f Absatz 3 Nr. 2 BVO) zu. Weitere Unterlagen sind grundsätzlich zunächst nicht erforderlich.

3.3. Werden Abschlagszahlungen gewährt?

Sie erhalten von uns monatliche Abschlagszahlungen zu den Aufwendungen für vollstationäre Pflege in Höhe der voraussichtlichen Beihilfeleistungen, wenn Sie uns einen Nachweis über die Pflegekosten in der Einrichtung vorlegen. Dies kann beispielsweise eine Musterrechnung oder die Preisliste des Pflegeheims sein. Für die Prüfung von Abschlagszahlungen zu den Aufwendungen für Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) benötigen wir bei einem alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen unbedingt den Vordruck LBV 315a (Erklärung zu den Einkünften im Sinne von § 9f Absatz 3 Nr. 2 BVO), den wir Ihnen auf Anforderung gerne zusenden.

Die Abschlagszahlungen für die Dauer von sechs Monaten werden jeweils zur Monatsmitte auf Ihr Konto überwiesen. Nach Ablauf der sechs Monate beantragen Sie mit dem Beihilfeantragsvordruck (LBV 301) unter Vorlage der Rechnungen der Pflegeeinrichtung für den abgelaufenen Abschlagszeitraum die endgültige Festsetzung der Beihilfe. Beachten Sie bitte dabei, dass eventuelle Unterbrechungszeiten z.B. durch Krankenhausaufenthalte oder sonstige Gründe, die zum Wegfall des Anspruchs führen, zu einer Rückforderung von Beihilfeleistungen führen können.

3.4. Besteht die Möglichkeit einer Direktabrechnung bei einer dauerhaften vollstationären Pflege mit der Pflegeeinrichtung?

Bei einer dauerhaften vollstationären Pflege kann das LBV als Beihilfestelle die Beihilfe direkt an die stationäre Einrichtung zahlen. Weitere Informationen und den Antragsvordruck LBV 302c – „Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei vollstationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung“ finden Sie auf der Internetseite des LBV (<https://lbv.landbw.de>) unter „Fachliche Themen“ > „Beamte“ > „Beihilfe“ > „Direktabrechnung“.

3.5. Sonstige Hinweise

Findet die Pflege in nicht zugelassenen Pflegeeinrichtungen, z.B. Altenheimen statt, sind keine Beihilfeleistungen zur stationären Pflege oder Unterkunft und Verpflegung möglich. Allenfalls können Leistungen zur häuslichen Pflege gewährt werden, wenn eine entsprechende Einstufung der Pflegeversicherung vorliegt.

4. Kurzzeitpflege nach § 9d Absatz 2 i.V.m. Absatz 3 BVO

Kann die häusliche Pflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, so sind die Pflegekosten für eine vollstationäre Kurzzeitpflege bis zu 1.612 EUR im Kalenderjahr beihilfefähig.

Dieser Betrag kann nochmals um bis zu 1.612 EUR des noch nicht ausgeschöpften Höchstbetrags der Verhinderungspflege erhöht werden. Insgesamt können somit maximal 3.224 EUR für eine Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen. Der aus der Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag mindert jedoch den zur Verfügung stehenden Leistungsbetrag der Verhinderungspflege.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger war 23 Tage zur Kurzzeitpflege in einer Einrichtung, die pro Tag 81 EUR für die Pflegeaufwendungen in Rechnung stellt. Insgesamt ergeben sich somit pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 1.863 EUR. In dem Kalenderjahr wurde noch keine Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Die beihilfefähigen Pflegeaufwendungen können somit aus dem Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.612 EUR und dem Leistungsbetrag der Verhinderungspflege in Höhe von 251 EUR (1.863 EUR – 1.612 EUR) erstattet werden. Informationen zur Verhinderungspflege finden Sie in unserem Merkblatt zur häuslichen Pflege LBV305g5.

Neben diesen Pflegekosten können auch Unterkunftskosten (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) nach den unter 3.1.2 erläuterten Voraussetzungen beihilfefähig sein. Die Unterkunftskosten sind jedoch dem Grunde nach nur für den Zeitraum beihilfefähig, für den die pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig sind.

Die Aufwendungen für Kurzzeitpflege können mit den Rechnungen der Pflegeeinrichtung und dem Beihilfeantragsvordruck LBV 301 geltend gemacht werden. Bei einem alleinstehenden Beihilfeberechtigten oder bei gleichzeitiger vollstationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und aller Angehörigen senden wir Ihnen zur Überprüfung des Eigenanteils (siehe unter 3.1.2) den Vordruck LBV 315a (Erklärung zu den Einkünften im Sinne von § 9f Absatz 3 Nr. 2 BVO) zu.

5. Stationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 9e BVO

Bei Pflegebedürftigen, die in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen gepflegt werden, sind die Aufwendungen für die Pflege dem Grunde nach beihilfefähig. Auch hier wird von der privaten oder gesetzlichen Pflegeversicherung eine entsprechende Einstufung zur Art (hier: Pflegebedürftigkeit nach § 43 a Sozialgesetzbuch XI) und zum Grad der Pflegebedürftigkeit vorgenommen.

Wird die Pflege **vollstationär** in der Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen erbracht, so gelten als monatliche beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege

in Pflegegrad 2	266,00 EUR,
in Pflegegrad 3	522,00 EUR,
in Pflegegrad 4	698,00 EUR,
in Pflegegrad 5	863,00 EUR.

Mit dieser pauschalierten Bemessung des vollstationären Pflegeaufwands in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sind etwaige Unterbrechungen in der Pflege bereits berücksichtigt, so dass anteilige Berechnungen mit den damit einhergehenden Nachweisanforderungen nicht erforderlich sind. Beginnt bzw. endet die Pflege während eines Monats werden die Beträge halbiert.

Wird die Pflege **teilstationär** in der Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen erbracht, so gelten als monatliche beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege

in Pflegegrad 2	133,00 EUR,
in Pflegegrad 3	261,00 EUR,
in Pflegegrad 4	349,00 EUR,
in Pflegegrad 5	431,50 EUR.

Beginnt bzw. endet die Pflege während eines Monats werden auch diese Beträge halbiert.

Daneben sind Aufwendungen, die für die häusliche Pflege (z.B. Pflegegeld) in den Zeiten entstehen, in denen keine teilstationäre Pflege erfolgt, dem Grunde nach beihilfefähig. Hierzu finden Sie weitere Informationen im Merkblatt zur häuslichen Pflege LBV 305g5.

Werkstattgebühren, die entweder getrennt neben dem Pflegesatz in Rechnung gestellt werden oder im Pflegesatz enthalten sind, sind nicht beihilfefähig. Sie sind entsprechend der Zielsetzung der Werkstätten für Behinderte weder Kosten der Behandlung oder Pflege, noch Kosten für Unterkunft oder Verpflegung in einer Pflegeeinrichtung, sondern Aufwendungen im Sinne einer nicht beihilfefähigen sozialen oder beruflichen Rehabilitation. Auch die Versicherungsbeiträge für einen Beschäftigten in einer Werkstatt für Behinderte sind nicht beihilfefähig, da es sich nicht um krankheitsbezogene Aufwendungen handelt.

6. Sind Pflegehilfsmittel bei stationärer Pflege beihilfefähig?

Hilfsmittel müssen ärztlich verordnet und im Hilfsmittelverzeichnis (Anlage zur Beihilfeverordnung) aufgeführt sein. Da dieses Verzeichnis sehr umfangreich ist, verzichten wir in dieser Information auf die Aufzählung der beihilfefähigen Hilfsmittel. Die Beihilfearbeiter/innen geben Ihnen hierzu gerne nähere Auskunft. Im Fall einer stationären Pflege sind aber grundsätzlich nur die Hilfsmittel beihilfefähig, die zum Verbrauch bestimmt sind, individuell angepasst sind oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung zu stellen sind. Üblicherweise von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung zu stellende Hilfsmittel sind z.B. Gehgestelle, Badewannenlifter, Zimmerrollstühle usw.

Beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten für das Hilfsmittel, so ist die Vorlage einer ärztlichen Verordnung nicht mehr notwendig.

Besonderheiten, die bei Hilfsmitteln zu beachten sind:

Bei Hilfsmitteln sind die Eigentumsverhältnisse an einem (meist teureren) Hilfsmittel zu beachten. Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln sind nämlich dann nicht beihilfefähig, wenn das Eigentum einem anderen als der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Person zusteht. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Gegenstand nur im Ausleihverfahren zur Verfügung gestellt wird.

Ist eine Beihilfe für die Anschaffung gewährt worden und das Eigentum wird später einem anderen überlassen, so ist der Beihilfeberechtigte verpflichtet, die Beihilfestelle unverzüglich von diesem Vorgang zu unterrichten. Er ist weiter verpflichtet, die Beihilfe nach dem Zeitwert anteilig zurück zu zahlen!

Neben der Anschaffung (Kauf) eines Hilfsmittels ist die kurzzeitige Miete eines Hilfsmittels möglich oder auch die langfristige Gebrauchsüberlassung gegen Zahlung eines Einmalbetrags (in Form einer Fallpauschale); beihilfefähig ist die finanziell günstigste Form.

7. Zur häuslichen Pflege halten wir für Sie das Informationsmerkblatt LBV 305g5 bereit.

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg