



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Informationen zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen aus Anlass einer vollstationären Pflege ab 01.01.2015

1. Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftig sind Personen, die 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 sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Erforderlich ist mindestens, dass die pflegebedürftige Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

2. Wer bestätigt die Pflegebedürftigkeit?

Die Pflegebedürftigkeit wird auf Ihren Antrag hin von Ihrer Pflegeversicherung festgestellt, die ein Gutachten zur Pflegebedürftigkeit von ihrem medizinischen Dienst erstellen lässt. Danach wird die Art der Pflege (hier: stationäre Pflege) festgestellt und der Grad Ihrer Pflegebedürftigkeit einer Pflegestufe zugeordnet. Über diese Einstufung erhalten Sie von Ihrer Pflegeversicherung einen entsprechenden Bescheid („Einstufungsbescheid“). Die festgestellte Pflegeart und -stufe ist auch für die Beihilfegewährung bindend.

3. Was bedeutet vollstationäre Pflege?

Vollstationäre Pflege kommt dann in Frage, wenn die häusliche Pflege längerfristig nicht ausreichend möglich ist. 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.

4. Welche Leistungen werden bei stationärer Pflege gezahlt?

Das Pflegeversicherungsrecht sieht bei stationärer Pflege monatlich je nach Pflegestufe folgende pauschale Leistungen vor:

In Pflegestufe 1 bis zu	1.064 EUR, (1.064 EUR bis 31.12.2014)
in Pflegestufe 2 bis zu	1.330 EUR (1.279 EUR bis 31.12.2014) und
in Pflegestufe 3 bis zu	1.612 EUR (1.550 EUR bis 31.12.2014).

Für Pflegebedürftige, die als Härtefall (§ 43 Absatz 3 SGB XI) anerkannt sind, besteht ein Anspruch auf bis zu 1.995 EUR (1918 EUR bis 31.12.2014) monatlich.

Von der privaten Pflegeversicherung werden aus diesen sogenannten Stufenbeträgen die jeweils vereinbarten Leistungen gewährt.

Von der sozialen Pflegeversicherung (gesetzlich pflicht- oder freiwillig Versicherte Personen) werden aus den Stufenbeträgen die Leistungen jeweils zur Hälfte gewährt. Sind Angehörige jedoch aus einem eigenen Recht gesetzlich versichert, so ist die soziale Pflegeversicherung zur vollen Leistung des Stufenbetrags verpflichtet.

Die **pflegebedingten Aufwendungen** zur stationären Pflege sind grundsätzlich in vollem Umfang (d.h. gegebenenfalls auch über die oben genannten Stufenbeträge hinaus) zum jeweiligen Bemessungssatz beihilfefähig. Der Bemessungssatz beträgt bei privat versicherten Beihilfeberechtigten und deren privat versicherten Angehörigen 50%, 70% oder 80%. Bei gesetzlich versicherten Beihilfeberechtigten oder deren ebenso versicherten Angehörigen beträgt der Bemessungssatz hinsichtlich der Stufenbeträge 50% (Ausnahme: aus eigenem Recht gesetzlich versicherte Angehörige), hinsichtlich der darüber hinaus gehenden beihilfefähigen Pflegeaufwendungen beträgt der Bemessungssatz für diese Versicherten ebenfalls 50%, 70% oder 80%.

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 der Beihilfeberechtigte an den Unterkunftskosten selbst zu tragen hat, beträgt bei Beihilfeberechtigten mit einem 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 Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder.

Hat der Beihilfeberechtigte keine Angehörigen in diesem Sinne oder sind die Angehörigen (z.B. der Ehegatte) 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 gezahlt.

5. Welche Unterlagen sind für die Beihilfegewährung erforderlich?

Zur Gewährung von Beihilfe aus Anlass einer stationären Pflege benötigen wir den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung (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 wegen der Prüfung des Eigenanteils (siehe unter 4.) den Vordruck LBV 315a (Erklärung zu den Einkünften i.S.d. § 9 Abs. 9 Nr. 2 BVO) zu. Weitere Unterlagen sind grundsätzlich zunächst nicht erforderlich.

6. 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 i.S.d. § 9 Abs. 9 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 (LBV301) 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.

7. 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. Weiter 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“.

8. 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.

9. 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.

10. Gibt es Leistungen für eine kurzzeitige Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung?

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, so sind Aufwendungen für vollstationäre Pflege bis zu 1.612 EUR (1.550 EUR bis 31.12.2014) im Kalenderjahr beihilfefähig (Kurzzeitpflege). Neben diesen pflegebedingten Aufwendungen können auch Aufwendungen für Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) nach den unter 4. erläuterten Voraussetzungen zu Unterkunft beihilfefähig sein. Die Unterkunftskosten sind jedoch dem Grunde nach nur für den Zeitraum beihilfefähig, für den die pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig sind. Für Aufwendungen, die ab 01.01.2015 entstehen, kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege um den noch nicht verbrauchten Leistungsbetrag einer Verhinderungspflege in Höhe von maximal 1.612 EUR auf insgesamt 3.224 EUR erhöht werden. Der in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag mindert den zur Verfügung stehenden Leistungsbetrag bei der Verhinderungspflege.

Beispiel:

Ein Pflegebedürftiger war 23 Tage zur Kurzzeitpflege in einer Einrichtung, die pro Tag 80,60 EUR für die Pflegeaufwendungen in Rechnung stellt. Daraus ergibt sich somit eine Gesamtsumme für den Pflegeanteil in Höhe von 1.853,80 EUR. Um eine umfängliche Kostenerstattung für den Pflegebedürftigen zu schaffen, wird der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege in Höhe von 1.612 EUR komplett verbraucht und für den noch offenen Rest (1853,80 EUR – 1612 EUR = 241,80) wird ein Teil des zur Verfügung stehenden Leistungsbetrags aus der Verhinderungspflege verwendet, sofern dafür noch etwas zur Verfügung steht. Die somit noch offenen 241,80 EUR können aus dem Leistungsbetrag der Verhinderungspflege erstattet werden, sodass keine Kosten des Pflegeanteils selbst zu tragen sind.

11. Sind Aufwendungen zur stationären Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe beihilfefähig?

Bei Pflegebedürftigen, die in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe gepflegt werden, sind die Aufwendungen für die Pflege dem Grunde nach beihilfefähig. Auch hier wird von der privaten oder sozialen 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 Behindertenhilfe erbracht, so gelten als monatliche beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege

in Pflegestufe 1	266 EUR, (256 EUR bis 31.12.2014)
in Pflegestufe 2	407 EUR (400 EUR bis 31.12.2014) und
in Pflegestufe 3	662 EUR (650 EUR bis 31.12.2014).

Mit dieser pauschalierten Bemessung des vollstationären Pflegeaufwands in einer Einrichtung der Behindertenhilfe 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 Behindertenhilfe erbracht, so gelten als monatliche beihilfefähige Aufwendungen für die Pflege

in Pflegestufe 1	133 EUR (128 EUR bis 31.12.2014),
in Pflegestufe 2	203,50 EUR (200 EUR bis 31.12.2014) und
in Pflegestufe 3	331 EUR (325 EUR bis 31.12.2014).

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

Daneben sind Aufwendungen, die für die häusliche Pflege in den Zeiten entstehen, in denen keine teilstationäre Pflege erfolgt, dem Grunde nach beihilfefähig. Diese Aufwendungen können im Rahmen der Leistung einer Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) berücksichtigt werden. 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.

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

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg