



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG
HEILFÜRSORGE

Information über den Anspruch auf Familien- und Haushaltshilfe nach der Heilfürsorgeverordnung

Welche Voraussetzungen müssen vorliegen?

- Eine **außerhäusliche Unterbringung** der heilfürsorgeberechtigten Person ist **notwendig**

Eine notwendige außerhäusliche Unterbringung liegt z. B. vor, wenn sich die heilfürsorgeberechtigte Person aus gesundheitlichen Gründen stationär im Krankenhaus befindet oder die heilfürsorgeberechtigte Person eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme oder eine stationäre Vorsorgekur durchführt. Darunter fällt nicht die Aufnahme der heilfürsorgeberechtigten Person im Krankenhaus, in der Rehabilitationsklinik oder außerhalb der Einrichtung als Begleitperson eines erkrankten Kindes.

- **und die heilfürsorgeberechtigte Person führt sonst den Haushalt allein oder überwiegend**

Wird der Haushalt aus anderen Gründen bereits vor der außerhäuslichen Unterbringung durch eine fremde Haushaltshilfe betreut, ist die Voraussetzung für eine Familien- und Haushaltshilfe zu Lasten der Heilfürsorge nicht gegeben. Sind beide Ehegatten, Lebenspartner/innen, Lebensgefährten/innen voll erwerbstätig, ist davon auszugehen, dass die Haushaltsführung beiden Ehegatten, Lebenspartner/innen, Lebensgefährten/innen gemeinsam obliegt.

- **und im Haushalt verbleibt mindestens ein Kind, welches das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat**

Familien- und Haushaltshilfe soll in erster Linie die Betreuung der im Haushalt verbleibenden Kinder unter 15 Jahren sicherstellen.

- **und keine andere im Haushalt lebende Person kann den Haushalt weiterführen**

In der Regel ist dazu jeder Erwachsene oder Jugendliche in der Lage, außer es ist ihnen aus beruflichen oder schulischen Gründen nicht oder nur teilweise möglich. Dies ist im folgenden Vordruck LBV 94210 nachweislich zu begründen. Eine ausführliche Begründung ist außerdem erforderlich, sofern die Weiterführung des Haushaltes an arbeitsfreien Tagen, z. B. am Wochenende, nicht möglich ist.

Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Familien- und Haushaltshilfe, sofern die o. a. Voraussetzungen erfüllt sind?

Für die Zeit, in welcher die heilfürsorgeberechtigte Person außerhäuslich untergebracht ist. Dies gilt auch für bis zu sieben Tagen nach Ende der außerhäuslichen Unterbringung. Sofern ein ärztlicher Nachweis vorgelegt wird, dass die heilfürsorgeberechtigte Person noch nicht in der Lage ist, den Haushalt zu führen, kann Familien- und Haushaltshilfe bis zu weiteren 14 Tagen übernommen werden (s. Vordruck der ärztlichen Bescheinigung auf Seite 5).

Wird Familien- und Haushaltshilfe auch für eine langfristig erforderliche Hilfe gewährt?

Neben der außerhäuslichen Unterbringung wird Familien- und Haushaltshilfe auch gewährt bei

- langfristiger häuslicher Bettlägerigkeit. Hierunter fällt z. B. die Bettlägerigkeit bei Problemschwangerschaft.
- langfristiger krankheitsbedingter Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten.

In diesen beiden Fällen muss mindestens **1 Kind unter 12 Jahren** im Haushalt leben.

Eine ausführliche ärztliche Begründung zum Krankheitsbild und den besonderen Umständen ist der Heilfürsorgestelle vorzulegen (s. Vordruck der ärztlichen Bescheinigung auf Seite 5).

Diese Leistung wird jedoch erst ab Beginn der 4 Woche gewährt.

Wer kann Familien- und Haushaltshilfe erbringen und welche Kosten übernimmt die Heilfürsorge?

Professionelle Leistungserbringer, wie z. B. die Arbeiterwohlfahrt oder der Caritasverband, bieten Haushaltshilfe durch hauptberufliche und nebenberufliche Kräfte an. Sofern diese Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, soll sich der Leistungserbringer mit Ihrem Heilfürsorgesachgebiet in Verbindung setzen. Die Abrechnung wird dann zwischen der Heilfürsorgestelle und dem Leistungserbringer abgewickelt.

Wird ersatzweise eine geeignete Haushaltshilfe selbst beschafft (z. B. Nachbarschaftshilfe oder Bekannte), werden die Kosten grundsätzlich an die heilfürsorgeberechtigte Person erstattet. Dazu sind die Seiten 6 und 7 (Rechnung und Erklärung der selbstbeschafften Haushaltshilfe) von der Haushaltshilfe auszufüllen und zu unterschreiben und dem Vordruck LBV 304 (Antrag auf Erstattung von Krankheitskosten nach der Heilfürsorgeverordnung) beizufügen.

Wird die Familien- und Haushaltshilfe durch nahe Angehörige erbracht und wurde dem nahen Angehörigen nachweislich eine Vergütung gezahlt, so sind diese Aufwendungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 7b BVO nur dann bis zur Höhe von **monatlich höchstens 1.300 EUR** berücksichtigungsfähig, wenn der nahe Angehörige (nicht Ehegatten, Lebenspartner, Eltern oder Kinder) eine mindestens halbtägige Erwerbstätigkeit aufgegeben oder im Umfang einer solchen eingeschränkt hat.

Eine an **Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kindern** der heilfürsorgeberechtigten Person gezahlte Vergütung ist in **keinem Fall** berücksichtigungs- bzw. erstattungsfähig.

Für professionelle Leistungserbringer werden höchstens die zwischen den Leistungserbringern und den Ersatzkassen vereinbarten Stundensätze beziehungsweise Höchstsätze übernommen. Selbst beschaffte Haushaltshilfen erhalten den vom GKV Spitzenverband empfohlenen Stundenhöchstsatz.

Übernimmt die Heilfürsorge auch Kosten, wenn die im Haushalt lebenden Kinder in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht werden?

Werden Kinder unter 12 Jahren anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, werden die Aufwendungen bis zur Höhe der sonst notwendigen Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe erstattet. Bei Unterbringung der Kinder unter 12 Jahren im Haushalt eines nahen Angehörigen werden nur die Fahrkosten erstattet. Diese können Sie über den Vordruck LBV 304 geltend machen. Dazu benötigen wir eine Mitteilung über die Anzahl der Fahrten mit Datumsangabe sowie die gefahrenen Kilometer (aufgeschlüsselt). Nahe Angehörige im Sinne dieser Vorschrift sind z. B.: Verlobte, Ehegatten, Lebenspartner/innen, Partner/innen einer eheähnlichen Gemeinschaft, Verwandte und Verschwägte gerader Linie (Eltern, Großeltern, Kinder, Enkelkinder), Geschwister, Kinder der Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Geschwister der Eltern, Pflegeeltern, Pflegekinder, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder der Ehegattin/Lebenspartnerin oder des Ehegatten/Lebenspartners, Schwiegerkinder.

Bei weiteren Fragen können Sie jederzeit eine elektronische Mitteilung über das Kundenportal an das zuständige Arbeitsgebiet senden.

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg
- Heilfürsorgestelle -

Name	Vorname	Personalnummer/Arbeitsgebiet
------	---------	------------------------------

Hinweise:

- Die Rechtsgrundlagen, nach denen die Daten erhoben werden, entnehmen Sie bitte den Informationen zum Datenschutz unter <https://lbv.landbw.de/das-lbv/kontakt/datenschutz>. Sofern die Angaben freiwillig sind, ist dies im Vordruck vermerkt.
- Bitte senden Sie diesen Antrag, sowie die ärztliche Bescheinigung (Seite 5), ausgefüllt an die Heilfürsorgestelle zurück.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Antrag auf Familien- und Haushaltshilfe nach § 10 der Heilfürsorgeverordnung

1 Ich beantrage eine Haushaltshilfe aus folgenden Gründen:

<input type="checkbox"/>	stationärer Krankenhausbehandlung	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/>	stationärer Vorsorge/- Rehabilitationsleistung	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/>	genehmigtem ambulantes Heilverfahren	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/>	Notwendigkeit einer Haushaltshilfe nach der außerhäuslichen Unterbringung bis zu 7 Tagen	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/>	Notwendigkeit einer Haushaltshilfe nach außerhäuslicher Unterbringung für weitere 14 Tage (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/>	langfristiger häuslicher Bettlägerigkeit (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)	von _____	bis _____
<input type="checkbox"/>	langfristiger krankheitsbedingter Unfähigkeit zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeiten (bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)	von _____	bis _____

2 Berufsbedingte Abwesenheit von mir (außerhalb meiner Erkrankung) und meiner Ehegattin/Lebenspartnerin/Lebensgefährtin oder meinem Ehegatten/Lebenspartner/Lebensgefährten:

	Heilfürsorgeberechtigte Person							Ehegatten/Ehegattin/Lebenspartner/in, Lebensgefährtin/Lebensgefährtin						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Arbeitszeit (inkl. Fahrzeit)														
Uhrzeit von														
Uhrzeit bis														
Bezahlter Urlaub, Sonderurlaub	von - bis							von - bis						

3 Ich führe den Haushalt :

<input type="checkbox"/>	alleine
<input type="checkbox"/>	überwiegend
<input type="checkbox"/>	gemeinsam mit meiner Ehegattin/Lebenspartnerin/Lebensgefährtin oder meinem Ehegatten/Lebenspartner/Lebensgefährten

4 In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten oder Betreuung durch Tagesmutter o. ä. von - bis	
Weitere Personen im Haushalt		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Berufstätig/abwesend von - bis	Haushaltsführung nicht möglich, weil

5 Die Haushaltshilfe wird durchgeführt

<input type="checkbox"/> durch einen professionellen Leistungserbringer Name, Anschrift und Telefonnummer der sozialen Einrichtung _____
für _____ Stunden/Tag
<input type="checkbox"/> durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft für _____ Stunden/Tag Name, Vorname, Geburtsdatum _____
Anschrift _____

6 Die Kinderbetreuung erfolgt

<input type="checkbox"/> im eigenen Haushalt für _____ Stunden/Tag
<input type="checkbox"/> im Haushalt der Ersatzkraft für _____ Stunden/Tag

7 Die selbst beschaffte Ersatzkraft ist nahe Angehörige:

<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, Bezeichnung _____

8 Es besteht ein weiterer Anspruch auf Familien- und Haushaltshilfe für mich, meine Ehegattin/Lebenspartnerin/Lebensgefährtin oder meinen Ehegatten/Lebenspartner, Lebensgefährten oder mein Kind/meine Kinder gegenüber einer anderen Erstattungsstelle (z. B. Sozialversicherungsträger, Beihilfestelle)

nein

ja, für _____

bei _____

Erklärung

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind. Außerdem versichere ich, dass für die beantragte Leistung kein weiterer Antrag bei einer anderen Erstattungsstelle/einem Sozialversicherungsträger gestellt wird/wurde.

Datum, Unterschrift der heilfürsorgeberechtigten Person

Name Patient/in	Vorname	Geburtsdatum
-----------------	---------	--------------

Bescheinigung der Ärztin/des Arztes

Familien- und Haushaltshilfe ist erforderlich

wegen stationärer Krankenhausbehandlung von _____ bis _____
im Umfang von _____ Stunden/Woche.

nach Entlassung aus der vorangegangenen notwendigen außerhäuslichen Unterbringung
(z. B. Krankenhaus).

Die o. a. Patientin/der o. a. Patient ist/war nicht - auch nicht teilweise - in der Lage, die Führung
des Haushaltes wieder zu übernehmen

für den Zeitraum von _____ bis _____
im Umfang von _____ Stunden pro Woche.

Begründung:

da aufgrund langfristiger häuslicher Bettlägerigkeit bzw. aufgrund einer langfristig krankheits-
bedingten Unfähigkeit die o. a. Patientin/der o. a. Patient zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeit
nicht - auch nicht teilweise - in der Lage ist/war

für den Zeitraum von _____ bis voraussichtlich _____
im Umfang von _____ Stunden pro Woche.

Eintritt der häuslichen Bettlägerigkeit bzw. Erkrankung _____

Begründung:

Diesem Zustand ging ein Krankenhausaufenthalt voraus.

ja, vom _____ bis _____

nein

Datum

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt

Rechnung und Erklärung der selbst beschafften Haushaltshilfe *

Hinweise:

1. Die Haushaltshilfe ist verpflichtet, das Finanzamt/den Sozialversicherungsträger über die Vergütung als Haushaltshilfe zu informieren, da sich aus dieser Vergütung gegebenenfalls eine Steuerpflicht bzw. Sozialversicherungspflicht ergeben kann.
2. Dieser von der Haushaltshilfe ausgefüllte und unterschriebene Vordruck ist von der heilfürsorgeberechtigten Person mit dem Vordruck LBV 304 geltend zu machen. Eine Erstattung erfolgt ausschließlich an die heilfürsorgeberechtigte Person.

Angaben der Haushaltshilfe

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Ich bin mit der bisher den Haushalt führenden heilfürsorgeberechtigten Person.

verwandt.

_____ (Angabe des Verwandtschaftsverhältnisses)

verschwägert.

verpartnert.

nicht verwandt/verschwägert.

Die Haushaltshilfe wurde erbracht

im Haushalt der heilfürsorgeberechtigten Person.

in meinem Haushalt (Kinderbetreuung).

Ich habe den Haushalt insgesamt _____ Stunden geführt (s. Aufstellung nächste Seite).

Vergütung:

EUR pro Stunde _____

EURO Insgesamt _____

Erklärung

Ich versichere die Richtigkeit der oben angeführten Angaben.

Datum, Unterschrift Haushaltshilfe

Aufstellung der geleisteten Zeiten

Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden		Datum	Uhrzeit von - bis	Stunden
Summe Stunden				Summe Stunden		