



**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** des/der Heilfürsorgeberechtigten ist **notwendig**

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

- **und der/die Heilfürsorgeberechtigte 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, Lebensgefährten voll erwerbstätig, ist davon auszugehen, dass die Haushaltsführung beiden Ehegatten, Lebenspartnern, Lebensgefährten 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, ausgenommen es ist ihnen aus beruflichen oder schulischen Gründen nicht oder nur teilweise möglich ist. Dies ist im nachstehenden Erklärungsvordruck 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 der/die Heilfürsorgeberechtigte außerhäuslich untergebracht ist.

Dies gilt auch für bis zu 7 Tagen nach Ende der außerhäuslichen Unterbringung.

Sofern ein ärztlicher Nachweis vorgelegt wird, dass der/die Heilfürsorgeberechtigte noch nicht in der Lage ist, den Haushalt zu führen, kann Familien- und Haushaltshilfe bis zu weiteren 14 Tagen übernommen werden (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 (Vordruck der ärztlichen Bescheinigung auf Seite 5).  
Diese Leistung wird jedoch erst ab Beginn der 5. 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 Heilfürsorgesachbearbeiter 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 für eine nebenberufliche Kraft für die Erstattung angesetzt.

Die Erstattung erfolgt grundsätzlich an den/die Heilfürsorgeberechtigte(n). 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.

Für Familien- und Haushaltshilfe werden höchstens die zwischen den Leistungserbringern und den Ersatzkassen vereinbarten Stundensätze beziehungsweise Höchstsätze erstattet.

### **Übernimmt die Heilfürsorge auch Kosten, wenn die im Haushalt lebende 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, Ehegatte, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft, Verwandte und Verschwägerter 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 des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder.

Name	Vorname	Personalnummer/AG
------	---------	-------------------

## Antrag auf Familien- und Haushaltshilfe nach § 10 der Heilfürsorgeverordnung

Wir bitten Sie, diesen Antrag sowie bei der angegebenen Erfordernis die ärztliche Bescheinigung (Seite 5) ausgefüllt an die Heilfürsorgestelle zurückzusenden.

### Ich beantrage eine Haushaltshilfe:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

wegen	von/bis	Hinweis
stationärer Krankenhausbehandlung		
stationärer Vorsorge/- Rehabilitationsleistung		
genehmigtem ambulantes Heilverfahren		
Notwendigkeit einer Haushaltshilfe nach der außerhüslichen Unterbringung bis zu 7 Tagen		
Notwendigkeit einer Haushaltshilfe nach außerhüslicher Unterbringung für weitere 14 Tage		(bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
langfristiger hüslicher Bettlägerigkeit		(bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)
langfristiger krankheitsbedingter Unfähigkeit zur Verrichtung der hüslichen Tätigkeiten		(bitte ärztliche Bescheinigung beifügen)

### Berufsbedingte Abwesenheit von mir (außerhalb meiner Erkrankung) und meinem Ehe-/Lebenspartner, Lebensgefährten:

Arbeitszeit (incl. Fahrzeit)	Heilfürsorgeberechtigte(r)							Ehe-/Lebenspartner, Lebensgefährte						
	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Uhrzeit von														
Uhrzeit bis														
Bezahlter Urlaub, Sonderurlaub	von/bis							von/bis						

### Ich führe den Haushalt

alleine     
 überwiegend     
 gemeinsam mit meinen Ehepartner, Lebenspartner, Lebensgefährten  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

### In meinem Haushalt leben folgende Personen:

Kinder		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Schule/Kindergarten oder Betreuung durch Tagesmutter o.ä. von/bis	
1.		
2.		
3.		
Weitere Personen im Haushalt		
Name, Vorname, Geburtsdatum	Berufstätig/abwesend von/bis	Haushaltsführung nicht möglich, weil

### Die Haushaltshilfe wird durchgeführt

durch einen professionellen Leistungserbringer

--

Name, Anschrift und Telefonnummer der sozialen Einrichtung

für \_\_\_\_\_ Stunden/Tag;

durch eine selbst beschaffte Ersatzkraft

für \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Name, Vorname, Geburtsdatum
-----------------------------

Anschrift
-----------

### Die Kinderbetreuung erfolgt

im eigenen Haushalt für _____ Stunden/Tag
---

im Haushalt der Ersatzkraft für _____ Stunden/Tag
---

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

<input type="checkbox"/> nein
-------------------------------

<input type="checkbox"/> ja	für _____
	bei _____

**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 des/der Heilfürsorgeberechtigten

## Bescheinigung der Ärztin / des Arztes

Name des/der Patienten/in	Vorname	Geburtsdatum
---------------------------	---------	--------------

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 krankheitsbedingter Unfähigkeit die o.a. Patientin / der o.a. Patient zur Verrichtung der häuslichen Tätigkeit nicht - auch nicht teilweise - in der Lage ist/war

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 der Ärztin/des Arztes

---

**Landesamt für Besoldung und  
Versorgung Baden-Württemberg  
- Heilfürsorgestelle -  
70730 Fellbach**

# Rechnung und Erklärung der selbst beschafften Haushaltshilfe \*)

## Angaben der Haushaltshilfe

Name Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	

Ich bin mit der/dem bisher den Haushalt führenden Heilfürsorgeberechtigten

verwandt / verschwägert /verpartnert (Verwandschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_)

nicht verwandt / verschwägert.

Die Haushaltshilfe wurde erbracht

im Haushalt der/des Heilfürsorgeberechtigten

in meinem Haushalt (Kinderbetreuung)

Ich habe den Haushalt insgesamt \_\_\_\_\_ Stunden geführt.

**Bitte tragen Sie die geleisteten Zeiten in die Tabelle auf der nächsten Seite ein**

Dafür habe ich von Frau/Herrn \_\_\_\_\_ folgende Vergütung erhalten:

\_\_\_\_\_ € pro Stunde,

insgesamt: \_\_\_\_\_ €

### Erklärung:

Ich versichere die Richtigkeit der oben angeführten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Haushaltshilfe

### Hinweis:

Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, Ihr Finanzamt/Ihren Sozialversicherungsträger über Ihre Vergütung als Haushaltshilfe zu informieren, da sich mit dieser Vergütung gegebenenfalls eine Steuerpflicht bzw. Sozialversicherungspflicht ergeben kann.

\*)Dieser von der Haushaltshilfe ausgefüllte und unterschriebene Vordruck ist von der/dem Heilfürsorgeberechtigten mit dem Vordruck LBV 304 geltend zu machen. Eine Erstattung erfolgt ausschließlich an die/den Heilfürsorgeberechtigte(n).

