



Informationsblatt von Aufwendungen für häusliche und teilstationäre Pflege (ab 2025)

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 37 bis 38g und § 39b Bundesbeihilfeverordnung (BBhV), wenn sie pflegebedürftig im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) sind und die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI erfüllen.

Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ist deren Versicherung gesetzlich verpflichtet, die Pflegebedürftigkeit und den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen. Die Feststellungen der Pflegeversicherung/-kasse sind auch für die Beihilfefestsetzungsstelle maßgebend.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades erfolgt

- im Bereich der sozialen Pflegeversicherung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)
- im Bereich der privaten Pflegeversicherung durch ein vom Verband der privaten Krankenversicherung geregeltes Gutachterverfahren (MEDICPROOF)

Voraussetzung für die Beihilfegewährung ist somit die Vorlage der Feststellungsunterlagen der Pflegeversicherung, aus welcher die Art der Pflege und der Pflegegrad hervorgehen. Dies gilt u. a. auch für die Gewährung von Beihilfe für Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege, für zusätzliche Entlastungsleistungen sowie Pflegehilfsmittel.

Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad vorzulegen.

Ohne die vorgenannten Nachweise wird eine Bearbeitung erschwert und verzögert.

Mitglieder der privaten Pflegeversicherung erhalten Beihilfe zu pflegebedingten Aufwendungen zum individuell geltenden Bemessungssatz gem. §§ 46 und 47 BBhV.

Bei Personen, die Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind und die wegen ihrer Beihilfeberechtigung gem. § 28 Abs. 2 SGB XI die Leistungen der Pflegeversicherung nur zur Hälfte erhalten, entspricht der Betrag der Beihilfe der Höhe der Pflegeversicherungsleistungen, unabhängig vom sonst geltenden Bemessungssatz. Die gewährten Leistungen sind der Beihilfefestsetzungsstelle deshalb unbedingt mitzuteilen.

Die Höhe der Beihilfe richtet sich zudem nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, das heißt der Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen ist abhängig von der Zuordnung zu einem Pflegegrad.

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von drei Jahren nach Rechnungsdatum beantragt wird. Bei Pflegeleistungen tritt an Stelle des Rechnungsdatums der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde. Maßgebend bei der Berechnung der Fristwahrung ist der Eingang des Antrags bei der Beihilfestelle.

Änderungen bei der Pflege sind unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen, wenn diese Einfluss auf die Beihilfe haben oder haben könnten. Dies gilt auch bei wiederkehrenden Zahlungen von Pflegeleistungen.

Man unterscheidet häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte, häusliche Pflege durch andere geeignete Personen (z. B. Familienangehörige) und teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege. Diese Pflegearten können auch miteinander kombiniert in Anspruch genommen werden. Die pflegebedürftige Person wird dabei in ihrer häuslichen Umgebung versorgt. Bei teilstationärer Pflege kehrt die pflegebedürftige Person nach Inanspruchnahme der Leistung in ihre häusliche Umgebung zurück.

Werden Aufwendungen für Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, für Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag, für Entlastungsleistungen, für Pflegehilfsmittel, für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes oder Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle zusätzlich die Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung vorzulegen.

Häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Pflegesachleistungen)

Geeignete Pflegekräfte sind Berufspflegekräfte, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einem ambulanten Pflegedienst stehen, mit dem die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat.

Bei der häuslichen Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind die Aufwendungen gemäß § 38a Absatz 1 BBhV bis zu den nachfolgend aufgeführten, monatlichen Höchstbeträgen beihilfefähig:

<u>Pflegegrad</u>	<u>monatlicher Höchstbetrag</u>
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	796 Euro
Pflegegrad 3	1.497 Euro
Pflegegrad 4	1.859 Euro
Pflegegrad 5	2.299 Euro

Häusliche Pflege durch andere geeignete Personen (Pflegegeld)

Andere geeignete Personen sind Pflegepersonen, die nicht in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen, mit der die jeweilige Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat und den Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen (z. B. Angehörige, Verwandte, Bekannte oder Nachbarn).

Bei der häuslichen Pflege durch andere geeignete Personen wird gemäß § 38a Absatz 3 BBhV eine Pauschalbeihilfe bis zu den nachfolgend aufgeführten, monatlichen Höchstbeträgen gewährt:

<u>Pflegegrad</u>	<u>monatlicher Höchstbetrag</u>
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	347 Euro
Pflegegrad 3	599 Euro
Pflegegrad 4	800 Euro
Pflegegrad 5	990 Euro

Ein aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Erstattungen oder Sachleistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen.

Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe gemäß § 38a Absatz 4 BBhV um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern. Abweichend davon wird in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§§ 26 und 26a BBhV), einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 27 BBhV) oder einer stationären Rehabilitation (§ 35 BBhV) die Pauschalbeihilfe weiter gewährt.

Kombinationspflege

Wird die Pflege sowohl durch Pflegefachkräfte als auch durch andere Pflegepersonen geleistet, ist die Beihilfe entsprechend des Pflegegrades anteilig zu gewähren, sofern sogenannte Kombinationsleistungen durch die Pflegeversicherung/-kasse erbracht werden.

Die Pauschalbeihilfe wird um den Prozentsatz vermindert, zu dem Beihilfe für häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Pflegesachleistungen) nach § 38 a Abs. 1 BBhV gewährt wird (38b BBhV).

Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege

Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind nur beihilfefähig, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder die teilstationäre Pflege zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Die Aufwendungen der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege sind gemäß § 38d BBhV bis zu den nachfolgend aufgeführten, monatlichen Höchstbeträgen beihilfefähig:

<u>Pflegegrad</u>	<u>monatlicher Höchstbetrag</u>
Pflegegrad 1	–
Pflegegrad 2	721 Euro
Pflegegrad 3	1.357 Euro
Pflegegrad 4	1.685 Euro
Pflegegrad 5	2.085 Euro

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück.

Nicht beihilfefähig sind hingegen die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten.

Kombination von Tages- oder Nachtpflege mit Pflegesachleistung und Pflegegeld

Leistungen der Tages- oder Nachtpflege können neben den Aufwendungen der häuslichen Pflege in vollem Umfang in Anspruch genommen werden, wenn häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.

Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege

Kurzzeitpflege in einer hierfür zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung kann in Anspruch genommen werden, wenn im Anschluss an eine stationäre Behandlung der pflegebedürftigen Person oder in sonstigen Krisensituationen vorübergehend weder häusliche noch teilstationäre Pflege möglich oder ausreichend ist. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen im Kalenderjahr begrenzt.

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, besteht Anspruch auf Pflegevertretung bzw. Ersatzpflege (sog. Verhinderungspflege) für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr.

Beihilfen zu Aufwendungen für eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege können nur gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse bewilligt hat.

In diesem Fall sind für pflegebedürftige Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 die pflegebedingten Aufwendungen bei einer Kurzzeitpflege bis zu 1.854 Euro bzw. bei einer Verhinderungspflege bis zu 1.685,00 Euro je Kalenderjahr beihilfefähig.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege können miteinander kombiniert werden.

Zwei Fallkonstellationen sind hierbei zu unterscheiden:

a) beihilfefähiger Höchstbetrag für Kurzzeitpflege wird nicht ausgeschöpft

- Wird der beihilfefähige Höchstbetrag für Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege um bis zu 843 Euro erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen für Verhinderungspflege in Höhe von bis zu 2.528 Euro als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Kurzzeitpflege.

b) beihilfefähiger Höchstbetrag für Verhinderungspflege wird nicht ausgeschöpft

- Wird der beihilfefähige Höchstbetrag für Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege um bis zu 1.685 Euro (100 Prozent des Höchstbetrages für Verhinderungspflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen für Kurzzeitpflege in Höhe von bis zu 3.539 Euro als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Verhinderungspflege.

Während einer Kurzzeitpflege wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr, während einer Verhinderungspflege für bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr die Hälfte der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe fortgewährt (§ 38a Absatz 4 BBhV).

Entlastungsbudget

Das Entlastungsbudget ist ein gemeinsames Jahresbudget für die Kurzzeitpflege und die Verhinderungspflege. In der häuslichen Pflege können dann Leistungen der Verhinderungspflege (bisher bis zu 1.685 Euro) und Kurzzeitpflege (bisher bis zu 1.854 Euro) im Gesamtumfang von 3.539 Euro flexibel kombiniert werden. Dies gilt zunächst für pflegebedürftige Menschen bis 25 Jahre, die Pflegegrad 4 oder 5 haben.

Sonstiges

Im Zusammenhang mit häuslicher und teilstationärer Pflege sind neben den vorgenannten auch noch folgende Aufwendungen beihilfefähig:

- Leistungen anerkannter Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI, sofern für die jeweilige Leistung Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht (§ 38a Absatz 2 BBhV).
- Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich, sofern die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse bewilligt hat (§ 38a Absatz 2 BBhV); wird der Betrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.
- Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (§ 37 Absatz 1 BBhV); die Pflegeberatung wird von der sozialen Pflegeversicherung oder - im Bereich der privaten Pflegeversicherung - von der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH durchgeführt.
- Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht (§ 38a Absatz 6 BBhV);
- Pflegehilfsmittel nach § 40 Absätze 1 bis 3 und 5 SGB XI, sofern für das jeweilige Pflegehilfsmittel Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht (§ 38g BBhV); bei privater Pflegeversicherung ist der Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.
- Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 4 SGB XI, sofern für die jeweilige Maßnahme Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht (§ 38g BBhV); in diesen Fällen sind die entsprechenden Aufwendungen bis zu 4.180 Euro je Maßnahme beihilfefähig.
- Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen nach § 38a SGB XI in Form eines pauschalen Zuschlags in Höhe von 224 Euro monatlich, sofern die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt (§ 38f BBhV).
Zur Gründung einer ambulant betreuten Wohngruppe kann darüber hinaus eine Anschubfinanzierung für die altersgerechte oder barrierefreie Umgestaltung der Wohnung beantragt werden, sofern die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse bewilligt hat; in diesen Fällen sind die entsprechenden Aufwendungen einmalig bis zu 2.613 Euro je Pflegebedürftigen beihilfefähig.

Soziale Sicherung der Pflegeperson bei häuslicher Pflege

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen ist die Festsetzungsstelle gemäß § 38h BBhV i.V.m. § 170 Absatz 1 Nummer 6 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) verpflichtet, Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung abzuführen.

Die Versicherungs- und Beitragspflicht der Pflegeperson beurteilt ausschließlich die private oder soziale Pflegeversicherung; als Grundlage für die Berechnung und Abführung der anteiligen Beiträge durch die Festsetzungsstelle dient demnach der Bescheid der Pflegeversicherung über die Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson. Legen Sie diesen Bescheid bitte Ihrer Beihilfefestsetzungsstelle vor.

Das Beihilferecht ist im Bereich der Pflege äußerst komplex. Die vorstehenden Ausführungen können deshalb nur einen groben Überblick darstellen.

Für weitergehende Informationen steht Ihnen die Beihilfefestsetzungsstelle unter der oben genannten Adresse gern zur Verfügung.