



Fachbereich

Beihilfe

Thematik

Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für vollstationäre Pflege

1. Wann besteht ein Anspruch auf Beihilfe zu Pflegeaufwendungen?

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.

Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

Wie erfolgt die Einstufung in einen Pflegegrad?

Für Versicherte der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat die Versicherung die Pflegebedürftigkeit und den Pflegegrad feststellen zu lassen. Die Prüfung erfolgt

- im Bereich der **sozialen Pflegeversicherung** durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und
- im Bereich der **privaten Pflegeversicherung** durch ein vom Verband der privaten Krankenversicherung geregeltes Gutacherverfahren (MEDICPROOF).

Die Feststellungen der Pflegeversicherung sind auch für die Festsetzungsstelle maßgebend.

Eine Beihilfe zu Pflegeleistungen kann demnach nur bei **Vorlage des Leistungsbescheides (Leistungszusage) der Pflegeversicherung**, aus welchem sowohl die Zuordnung zu einem Pflegegrad als auch Art und Umfang der Pflege hervorgehen, gewährt werden. Sie sollten sich daher in grundsätzlichen Fragen zum Leistungsanspruch immer zuerst an Ihre private oder soziale Pflegeversicherung wenden.

Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Festsetzungsstelle ein Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad einzuholen.

Wie beantrage ich Beihilfe zu Pflegeaufwendungen?

Eine Beihilfe wird gemäß § 51 Absatz 3 BBhV nur **auf schriftlichen Antrag** der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt.

Bitte nutzen Sie für die Beantragung von Beihilfe zu Pflegekosten ausschließlich den **Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit**.

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rechnungsdatum beantragt wird. Bei Pflegeleistungen tritt an die 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.

Bitte beachten Sie: Dem **ersten Antrag** auf Beihilfe zu den Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind neben der Rechnung der Pflegeeinrichtung folgende Unterlagen in Kopie beizufügen:

- Leistungszusage der Pflegeversicherung zur vollstationären Pflege,
- Heimvertrag, der mit der Pflegeeinrichtung geschlossen wurde, mit Anlagen
- ggf. Nachweis über die Zulassung der Pflegeeinrichtung.

Bei Folgeanträgen reicht die Vorlage der Heimrechnung als Kostennachweis mit dem Beihilfeantrag aus sofern sich keine Änderungen (z.B. Höherstufung oder Heimwechsel) ergeben haben.

2. Welche Leistungen gibt es bei vollstationärer Pflege?

Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind gemäß § 39 Absatz 1 BBhV beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.

Was ist eine zugelassene Pflegeeinrichtung?

Die vollstationäre Pflege muss in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 SGB XI oder in einer vergleichbaren Pflegeeinrichtung erfolgen. Hierbei handelt es sich um Einrichtungen, mit denen die Pflegeversicherungen Versorgungsverträge geschlossen haben. Aus diesem Grund ist Beihilfe stets dann zu gewähren, wenn auch die Pflegeversicherung Leistungen erbringt. Als zugelassene Pflegeeinrichtungen kommen allgemeine Krankenanstalten, Pflegeheime, Heil- und Pflegeanstalten und Pflegeabteilungen und -plätze in Altenheimen in Betracht.

Was ist die Pauschalleistung zu den pflegebedingten Aufwendungen?

Die Pflegeversicherungen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung im Kalendermonat in pauschalierter Form.

Die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege, sind für pflegebedürftige Personen der **Pflegegrade 2 bis 5** bis zu den nachfolgend aufgeführten, **monatlichen Höchstbeträgen** (Pauschalbeträge) beihilfefähig:

Pflegegrad	monatlicher Höchstbetrag
Pflegegrad 2	770,00 Euro
Pflegegrad 3	1.262,00 Euro
Pflegegrad 4	1.775,00 Euro
Pflegegrad 5	2.005,00 Euro

Mitgliedern der **privaten Pflegeversicherung** wird zu den pflegebedingten Aufwendungen im Rahmen der Pauschalleistung eine Beihilfe zum persönlichen Beihilfebemessungssatz (§ 46 Absätze 2 und 3 BBhV) gewährt.

Für Personen, die Mitglieder der **sozialen Pflegeversicherung** sind und nach § 28 Absatz 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Beihilfebemessungssatz bezüglich der pflegebedingten Aufwendungen **50 Prozent** (§ 46 Absatz 4 BBhV).

Diese Regelung gilt nur für Personen, die einen originären (eigenen) Anspruch auf Beihilfe in Krankheits- und Pflegefällen nach § 2 BBhV haben, nicht aber für berücksichtigungsfähige Angehörige nach § 4 BBhV (Ehegatte, Kinder), die selbst Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zahlen. In diesem Fall leistet die soziale Pflegeversicherung in voller Höhe.

Wählen Pflegebedürftige des **Pflegegrades 1** vollstationäre Pflege, erhalten sie einen beihilfefähigen Zuschuss in Höhe von **125,00 Euro** monatlich zum maßgeblichen Bemessungssatz.

Werden von der Beihilfe zusätzliche Pflegeheimkosten übernommen?

Die Pflegeversicherungen gewähren zu pflegebedingten Aufwendungen, die über die o.a. Höchstbeträge hinausgehen sowie zu Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten keine Leistungen. Grundsätzlich sind diese Aufwendungen auch **nicht beihilfefähig** und müssen von den Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln bestritten werden.

Um zu vermeiden, dass beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in eine wirtschaftliche Notlage geraten, kann gemäß § 39 Absatz 2 BBhV im Rahmen einer Härtefallregelung auf **besonderen Antrag** eine weitergehende Beihilfe als einkommensabhängige Mehrleistung zu Aufwendungen für vollstationäre Pflege gewährt werden.

Pflegebedingte Aufwendungen, die über die o. a. Pauschalbeträge hinausgehen sowie Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten sind für pflegebedürftige beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 (nicht für Pflegegrade 1) beihilfefähig, sofern von den **durchschnittlichen monatlichen Einnahmen** (Anhang) höchstens ein bestimmter Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

Betrag pro Person

(Besoldungstabelle; Stand: 01.04.2019)

- | | | |
|----|--|--|
| 1. | 8 Prozent des Grundgehaltes der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehegattin oder jeden Ehegatten oder jede Lebenspartnerin oder jeden Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach § 39 Absatz 1 BBhV oder nach § 43 SGB XI besteht | 453,69 Euro |
| 2. | 30 Prozent des Grundgehaltes der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für eine Ehegattin oder einen Ehegatten oder eine Lebenspartnerin oder einen Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach § 39 Absatz 1 BBhV oder nach § 43 SGB XI besteht | 1.701,32 Euro |
| 3. | 3 Prozent des Grundgehaltes der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch nach § 39 Absatz 1 BBhV oder nach § 43 SGB XI besteht | 170,13 Euro |
| 4. | 3 Prozent des Grundgehaltes der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person | Individuell nach Besoldungsgruppe |

Wie werden meine Einnahmen berücksichtigt?

Einnahmen sind grundsätzlich gemäß § 39 Absatz 3 BBhV die im **Kalenderjahr vor der Antragsstellung** erzielten Brutto-Einnahmen (monatlicher Durchschnitt), bezogen auf das Eingangsdatum des Beihilfeantrags bei der Beihilfestelle. Eine Übersicht der zu berücksichtigenden Einnahmen finden Sie im Anhang.

Die Einnahmen sind jährlich neu nachzuweisen.

Wie berechnet sich der Mehrleistungsanspruch?

Von den beihilfefähigen Heimkosten (Pflegekosten einschließlich Ausbildungsvergütung), Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten) wird die Pauschalleistung in Abzug gebracht, die Pflegeversicherung und Beihilfe anteilig leisten.

Mit den verbleibenden beihilfefähigen Restkosten erfolgt die Ermittlung des selbst zu tragenden Eigenanteils. Die zu berücksichtigenden Einnahmen abzüglich des insgesamt individuell zu verbleibenden Mindestbetrages ergeben den von Ihnen zu tragenden Eigenanteil an den Heimkosten.

Sofern die dann noch verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen (nach Abzug der Pauschalleistung) den zuvor ermittelten Eigenanteil übersteigen, kann für diese Aufwendungen eine zusätzliche Beihilfe gewährt werden.

Beispiel:

Ehepaar (keine berücksichtigungsfähigen Kinder)

- *beihilfeberechtigte Person (Besoldungsgruppe A 8, Stufe 8) mit Pflegegrad 3 im Pflegeheim,*
- *fiktiv beihilfefähige Heimkosten: 3.500,00 Euro monatlich*
- *Ehefrau nicht pflegebedürftig*

mit folgenden Einnahmen (brutto):

- *Versorgungsbezüge der beihilfeberechtigten Person durchschnittlich: 2.300,00 Euro*
- *Altersrente der Ehefrau durchschnittlich: 600,00 Euro*

Höchstens verbleiben dürfen folgende Mindestbeträge:

	beihilfeberechtigte Person	Ehefrau	gesamt
Nr. 1	453,69 Euro		
Nr. 2		1.701,32 Euro	
Nr. 3			
Nr. 4	103,21 Euro		
Summe	556,90 Euro	1.701,32 Euro	2.258,22 Euro

<i>beihilfefähige Heimkosten:</i>	<i>3.500,00 Euro</i>
<i>abzüglich Pauschalleistung PG 3:</i>	<i>1.262,00 Euro</i>
<i>beihilfefähige Restkosten:</i>	<i>2.238,00 Euro</i>

<i>durchschnittliche Einnahmen gesamt:</i>	<i>2.900,00 Euro</i>
<i>abzüglich Mindestbehalt (gesamt):</i>	<i>2.258,22 Euro</i>
<i>selbst zu tragender Eigenanteil:</i>	<i>641,78 Euro</i>

<i>beihilfefähige Restkosten:</i>	<i>2.238,00 Euro</i>
<i>abzüglich Eigenanteil:</i>	<i>641,78 Euro</i>
<i>zusätzliche Beihilfe:</i>	<i>1.596,22 Euro</i>

Alle aufgeführten Beträge sind beispielhaft. Ein möglicher Anspruch ist individuell und von den jeweiligen tatsächlichen Verhältnissen im Einzelfall abhängig. Eine vorherige persönliche Auskunft über die zu erwartenden Mehrleistungen ist nicht möglich, da die BBhV keine Rechtsgrundlage dafür enthält.

Bitte beachten Sie: Bei gesonderter Beantragung der Mehrleistung sind zusätzlich folgende Unterlagen in Kopie vorzulegen:

- Preisliste der Pflegeeinrichtung
- Nachweise der Einnahmen des Vorjahres (wenn entsprechende Einnahmen erzielt wurden):
 - letzte Bezügeabrechnung der Dienst- oder Versorgungsbezüge
 - Rentenanpassungsmitteilung der gesetzlichen Rente (Altersrente, Hinterbliebenenrente)
 - Anpassung einer Betriebsrente (z.B. VBL) oder ausländischen Rente
 - Nachweis der steuerpflichtigen Einkünfte des Ehegatten bzw. Lebenspartners

Bitte keine Kontoauszüge als Nachweis vorlegen.

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI. Hierzu gehören z.B. besondere Komfortleistungen bei der Unterkunft (Größe / Ausstattung des Zimmers) und sonstige Leistungen (Telefon, Wäsche, Frisör etc.).

Haben beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen Anspruch auf einen Zuschuss zu den Unterkunfts-, Verpflegungs- und Investitionskosten nach landesrechtlichen Vorschriften (z.B. Pflegewohngeld), sind die Aufwendungen entsprechend zu mindern.

3. Welche Leistungen gibt es bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe?

Beihilfefähig sind gemäß § 39a BBhV auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen. § 43a SGB XI gilt entsprechend.

Danach sind für pflegebedürftige beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 **10 Prozent** des nach § 75 Abs. 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch **266,00 Euro** monatlich beihilfefähig.

4. Welche sonstigen Pflegeleistungen gibt es bei vollstationärer Pflege?

Im Zusammenhang mit vollstationärer Pflege sind neben den vorgenannten auch noch die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

- **zusätzliche Betreuung und Aktivierung** nach § 43b SGB XI, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, soweit die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt (§ 39 Absatz 4 BBhV),
- **Anerkennungsbetrag** nach § 87a Absatz 4 SGB XI, wenn die pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI ist und die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse bewilligt hat (§ 39 Absatz 5 BBhV); in diesen Fällen haben die Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Zahlung eines Anerkennungsbetrages in Höhe von **2.952,00 Euro** je Pflegebedürftigen.

Für Fragen stehen Ihnen Ihre persönlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bzw. die Beihilfe-Hotline in der für Sie zuständigen Beihilfestelle unter der bekannten Nummer gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Beihilfeteam
im Bundesverwaltungsamt
- Dienstleistungszentrum -

Welche jährlichen Einnahmen werden berücksichtigt?**a) Dienstbezüge**

Nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibende Brutto-bezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 (Grundgehalt) und 3 (Familienzuschlag) und Absatz 3 (Anwärterbezüge, vermögenswirksame Leistungen) des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) und der Altersteilzeitzuschlag; ausgenommen ist der kinderbezogene Familienzuschlag.

b) Versorgungsbezüge

Nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibende Brutto-bezüge nach § 2 des Beamtenversorgungsgesetzes (BeamtVG) mit Ausnahme des Unterschiedsbetrags nach § 50 Absatz 1 Satz 2 BeamtVG, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 BeamtVG geringere Versorgungsbezüge zustehen; das Sterbegeld nach § 18 BeamtVG sowie der Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG und die Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG bleiben unberücksichtigt.

c) Renten

Der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z.B. VBL oder ZVK) der beihilfeberechtigten Person, der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt, dabei bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VI) unberücksichtigt.

d) Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners

Der unter § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes (EStG) fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehegattin oder des Ehegatten oder der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners, ausgenommen der der Besteuerung unterliegende Anteil einer gesetzlichen Rente.