

Kommunalbeamten-Versorgungskasse Nassau  
– Beihilfe, Postfach 44 20, 65034 Wiesbaden

Hausanschrift:  
Welfenstraße 2  
65189 Wiesbaden

Telefon: 0611 – 845 - 555

Fax: 0611 – 845 - 77555

E-Mail: [bvk-beihilfe@zvkw-wi.de](mailto:bvk-beihilfe@zvkw-wi.de)

## **Merkblatt**

### **über die Gewährung von Beihilfen zu Pflegekosten nach den §§ 9- 9d der Hess. Beihilfenverordnung (HBeihVO)**

Stand: 01.01.2024

## Inhalt

Allgemeine Hinweise .....	3
Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI .....	3
Die Leistungen .....	4
Bemessungssätze (§ 15 Abs. 10 HBeihVO) .....	5
Häusliche Pflege ( § 9 a Abs. 1 HBeihVO) .....	5
Tages- und Nachtpflege (teilstationärer Pflege (§ 9b Abs. 2 HBeihVO) .....	6
Kurzzeitpflege (§9b Abs. 3 HBeihVO) .....	6
Pauschalbeihilfe: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen ( § 9a Abs. 2 HBeihVO) .....	7
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 9a Abs. 4 HBeihVO) .....	7
Kombinationsleistung: Pflegesachleistung und Pflegegeld (§ 9a Abs. 3 HBeihVO) .....	8
Pflegehilfsmittel (§ 9 Abs. 2 HBeihVO) .....	8
Aufwendungen für die Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 9 Abs. 2 HBeihVO) .....	8
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson .....	9
Vollstationäre Pflege (§ 9c HBeihVO) .....	9
Leistungszuschlag zu dem pflegebedingten Eigenanteil bei vollstationärer Pflege (§ 43c SGB XI)....	
Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (9d Abs. 4 HBeihVO) .....	11
Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen .....	11
Weitere Hinweise .....	12

## Allgemeine Hinweise

Beihilfen zu Pflegekosten erhalten nur Beamte, Richter und Versorgungsempfänger (Ruhestandsbeamte, Witwen, Witwer und Waisen) und evtl. deren berücksichtigungsfähigen Angehörige; andere Bedienstete des Landes Hessen, wie Tarifbeschäftigte und Personen in einem Ausbildungsverhältnis, haben keinen Anspruch auf Beihilfeleistungen zu Pflegekosten. Bitte bedenken Sie, dass dieser Überblick nicht vollständig sein und nicht die allein verbindlichen Vorschriften der HBeihVO und den hierzu ergangenen Verwaltungsvorschriften sowie die Bedingungen der Pflegeversicherungen ersetzen kann.

## Begriff der Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch XI

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.

Beginn, Pflegegrad und Dauer der Pflegebedürftigkeit werden auf Antrag des Pflegebedürftigen vom Medizinischen Dienst der Pflegekasse festgestellt. Die dazu erforderliche Untersuchung erfolgt grundsätzlich im Wohnbereich der pflegebedürftigen Person. Die Kosten der Untersuchung trägt die Pflegekasse.

Für die Gewährung von Leistungen sind Beihilfeberechtigte bzw. berücksichtigungsfähige Angehörige einer von fünf Pflegegraden zuzuordnen. Folgende Bereiche werden beurteilt:

### 1. Mobilität:

(körperliche Beweglichkeit, z. B. morgens aufstehen, ins Badezimmer gehen, fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen)

### 2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten:

(z. B. Orientierung über Ort und Zeit, Sachverhalte verstehen und begreifen, Erkennen von Risiken, andere Menschen im Gespräch verstehen)

### 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:

(z. B. Unruhe in der Nacht oder Ängste und Aggressionen, Abwehr pflegerischer Maßnahmen)

### 4 Selbstversorgung:

(z. B. selbstständiges Waschen und Anziehen, Essen und Trinken, selbstständige Benutzung der Toilette)

### 5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

(z. B. die Fähigkeit haben, Medikamente selbst einnehmen zu können, Blutzuckermessung selbst durchzuführen und deuten zu können oder gut mit einer Prothese oder einem Rollator zurechtkommen, den Arzt selbstständig aufsuchen zu können)

## 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:

(z. B. die Fähigkeit haben, den Tagesablauf selbstständig zu gestalten, mit anderen Menschen in direkten Kontakt zu treten oder Freunde ohne Hilfe zu besuchen)

Im Rahmen des neuen Begutachtungsverfahrens werden ebenfalls **Empfehlungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und zur Versorgung mit Hilfs- und Pflegehilfsmitteln** ausgesprochen. Diese Empfehlungen gelten als Antrag, sofern die pflegebedürftige Person zustimmt; ein zusätzlicher Antrag bzw. eine ärztliche Verordnung sind in diesen Fällen nicht erforderlich.

### Die Leistungen

Die Beihilfenstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das zu dem Vorliegen der dauernden Pflegebedürftigkeit sowie zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung nimmt.

Bei pflegeversicherten Personen sind die Feststellungen der Pflegekasse zugrunde zu legen. Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Zur Beantragung der Beihilfe ist der Beihilfenstelle die entsprechende Mitteilung der Pflegekasse zusammen mit einem Beihilfeantrag und gegebenenfalls von Pflege-Rechnungen vorzulegen. Pflegekosten können zusammen mit anderen Krankheitsbelegen in einem Antrag geltend gemacht werden.

Neben den nachstehenden Leistungen sind auch Kosten der Behandlungspflege durch einen Pflegedienst beihilfefähig (Ausnahme stationäre Pflege). Dabei handelt es sich um Kosten für medizinische Leistungen, wie z.B. Verbände, Einreibungen, Spritzen, Abgabe von Medikamenten. Diese Leistungen sind mit den familienbezogenen Bemessungssätzen gem. § 15 Abs. 1 -9 HBeihVO zu erstatten.

### Bemessungssätze (§ 15 Abs. 10 HBeihVO)

Die Höhe der Beihilfe zu den nachstehenden genannten Leistungsarten richtet sich – abweichend von den Bemessungssätzen bei Krankheitskosten - nach folgenden Bemessungssätzen.

<b>Beihilfeberechtigte Personen</b>	<b>Bemessungssatz in Prozent</b>
Mitglieder der gesetzlichen Pflegeversicherung	50
<b>Mitglieder der privaten Pflegeversicherung</b>	50
Im Dienst stehende Beihilfeberechtigte	50
Im Dienst stehende Beihilfeberechtigte mit mindestens zwei Kindern im Familienzuschlag	70
Ehegatten und Versorgungsempfänger/innen	70
Kinder und Waisen	80

### Häusliche Pflege (§ 9 a Abs. 1 HBeihVO)

Aufwendungen für häusliche Pflege durch Pflegekräfte (Pflegesachleistungen) werden je Kalendermonat mit dem zustehenden Bemessungssatz erstattet.

## Höchstbeträge ab dem 01.01.2017 für Pflegesachleistungen

<b>Grad der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Höchstbeträge ab 2024 pro Monat</b>
Pflegegrad 1	0,00 Euro es können Leistungen nach SGB XI gewährt werden
Pflegegrad 2	761,00 Euro
Pflegegrad 3	1432,00 Euro
Pflegegrad 4	1778,00 Euro
Pflegegrad 5	2200,00 Euro

Sollten die tatsächlichen Pflegekosten über diese Höchstbeträge hinausgehen, kann zu den **übersteigenden** Kosten nach Abzug eines Eigenanteils (20 Prozent des jeweiligen Pflegegrades) ebenfalls eine Beihilfe gewährt werden.

Die Pflegekosten sind insgesamt beihilfefähig bis zur Höhe von 3800 Euro je Kalendermonat. Wird in einem Monat oder über einen längeren Zeitraum der Pflegedienst nicht beansprucht, kann Pauschalbeihilfe beantragt werden.

Zur Abrechnung sind jeweils die Rechnungen des in Anspruch genommenen Pflegedienstes erforderlich.

### **Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege gem. § 9b Abs. 2 HBeihVO)**

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung, wenn die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist. Beihilfefähig sind im Rahmen der Höchstbeträge die Pflegekosten. Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

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

<b>Grad der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Höchstbeträge ab 2024 pro Monat</b>
Pflegegrad 1	125,00 * Euro (Es handelt sich hierbei um den Betrag der Entlastungsleistungen)
Pflegegrad 2	689,00 Euro
Pflegegrad 3	1298,00 Euro
Pflegegrad 4	1612,00 Euro
Pflegegrad 5	1995,00 Euro

Die teilstationäre Pflege muss in einer nach § 72 Abs. 1 Satz1 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtung erfolgen.

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

## Kurzzeitpflege (§9b Abs. 3 HBeihVO)

Viele Pflegebedürftige sind nur für eine begrenzte Zeit auf vollstationäre Pflege angewiesen, insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder übergangsweise im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Für sie gibt es die Kurzzeitpflege in entsprechenden stationären Einrichtungen.

Diese Leistungen sind zunächst bei der Pflegekasse zu beantragen.

Die Rechnungen sollten anschließend zusammen mit einem Erstattungsvermerk oder einer Leistungsmitteilung der Pflegekasse sowie einem ausgefüllten und unterschriebenen Beihilfeantrag der Beihilfenstelle vorgelegt werden.

Die Erstattung erfolgt in der Regel analog der Pflegekasse.

Die Leistungen der Pflegeversicherungen für die Kurzzeitpflege betragen bei den Pflegegraden 2 bis 5 bis zu 1.774,00 Euro im Jahr, für bis zu acht Wochen im Kalenderjahr.

Im Kalenderjahr noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Verhinderungspflege können auch für Leistungen der Kurzzeitpflege eingesetzt werden. Dadurch kann der Leistungsbetrag der Kurzzeitpflege auf insgesamt bis zu 3386,00 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag der Verhinderungspflege angerechnet.

Während der Kurzzeitpflege wird für acht Wochen im Jahr die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes weitergezahlt.

Personen mit dem Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 Euro pro Monat einsetzen, um die Leistungen der Kurzzeitpflege in Anspruch zu nehmen.

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen ab 2017 pro Kalenderjahr bis zu
Pflegegrad 1	Bis 125,00 Euro
Pflegegrad 2 bis 5	1612,00 Euro bis zu acht Wochen

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind nicht beihilfefähig.

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Verhinderungs-/ Kurzzeitpflege ab 01.01.2024 für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 25. Lebensjahr
Pflegegrad 4 bis 5	3539,00 Euro bis zu acht Wochen

## Pauschalbeihilfe: Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen ( § 9a Abs. 2 HBeihVO)

z. B. Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige nicht erwerbsmäßig pflegende Helfer. Der Anspruch auf Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Höchstbeträge ab 2024 pro Monat
Pflegegrad 1	0,00 Euro
Pflegegrad 2	332,00 Euro
Pflegegrad 3	573,00 Euro
Pflegegrad 4	765,00 Euro
Pflegegrad 5	947,00 Euro

und wird mit dem zustehenden Bemessungssatz erstattet.

Bei der erstmaligen Beantragung des Pflegegeldes ist ein Beihilfeantrag mit Anlage „Pflege“ und der Pflegeeinstufungsmitteilung der Pflegekasse vorzulegen.

Bei monatlich gleichbleibender Höhe der Pauschalbeihilfe kann diese auf besonderen Antrag mit Angabe der Bankverbindung monatlich fortlaufend überwiesen werden.

### Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 9a Abs. 4 HBeihVO)

Macht die private Pflegeperson Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, sind die Kosten einer Ersatzpflege beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat und der Pflegebedürftige zum Zeitpunkt der Verhinderung mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist. Die Aufwendungen der Pflegekasse können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.612,00 Euro belaufen.

Die Rechnungen sind mit einem Erstattungsvermerk bzw. mit einer Leistungsmitteilung der Pflegekasse und einem ausgefüllt und unterschriebenen Beihilfeantrag vorzulegen.

Die Erstattung erfolgt immer analog der Pflegekasse.

Die Ersatzpflege ist bis zu sechs Wochen pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Außerdem kann bis zu 50 % des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege (das sind bis zu 806,00 Euro) zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Verhinderungspflege kann dadurch auf bis zu 150 % des bisherigen Betrages ausgeweitet werden. Der für die Verhinderungspflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Bei einer **Ersatzpflege durch nahe Angehörige** wird die Verhinderungspflege auch ab 01.01.2016 auf bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ausgedehnt. Die Aufwendungen sind grundsätzlich auf den 1,5fachen Betrag des **Pflegegeldes** der festgestellten Pflegestufe beschränkt.

Höchstbeträge bei Verhinderung einer Pflegeperson durch Personen, die **keine** nahen Angehörigen sind:

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Leistungen ab 2015 pro Kalenderjahr bis zu
Pflegegrad 1	0,00 €
Pflegegrad 2 bis 5	1612,00 Euro für Kosten einer notwendigen Ersatzpflege bis zu 6 Wochen

### Kombinationsleistung: Pflegesachleistung und Pflegegeld (§ 9a Abs. 3 HBeihVO)

Entsprechend des persönlichen Pflegebedarfes kann die Kostenerstattung (für häusliche Pflegehilfe durch erwerbsmäßige Pflegekräfte) in einem Pflegegrad ganz oder teilweise in Anspruch genommen werden, bei nur teilweiser Inanspruchnahme erhalten Sie zusätzlich einen entsprechenden Anteil des Pflegegeldes. Erforderlich zur jeweiligen Berechnung ist auch hier die Einreichung von Rechnungsbelegen.

Ein Berechnungsbeispiel:

In dem Pflegegrad 2 nehmen Sie Leistungen für häusliche Pflegehilfe in Höhe von 500,00 € in Anspruch (= 65,7 % von 761,00 €). Beihilfefähig sind dann noch 34,3% des Pflegegeldanspruchs in Höhe von 113,88 € (= 27,43% von 332,00 €).

### **Pflegehilfsmittel (§ 9 Abs. 2 HBeihVO)**

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sind beihilfefähig, wenn diese durch die Pflegekasse anerkannt wurden. Bei stationärer Pflege gehören hierzu nur Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt oder individuell angepasst sind oder die überwiegend nur der pflegebedürftigen Person allein überlassen werden, sofern sie nicht von der Einrichtung vorzuhalten sind.

Grundsätzlich werden unter dem Begriff Pflegehilfsmittel Geräte und Sachmittel verstanden, die zur Pflege notwendig sind, sie erleichtern und dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

Die Rechnungen sind mit einem Erstattungsvermerk bzw. mit einer Leistungsmitteilung der Pflegekasse und einem ausgefüllt und unterschriebenen Beihilfeantrag vorzulegen.

Die Erstattung erfolgt immer analog der Pflegekasse.

### **Aufwendungen für die Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 9 Abs. 2 HBeihVO)**

<b>Stufe der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Höchstbeträge ab 2017 pro Maßnahme bis zu</b>
Pflegegrad 1 bis 5	4.000,00 Euro (bis 16.000,00 Euro, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen)

Wenn ein Pflegebedürftiger oder jemand, der in seiner Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt ist, zu Hause gepflegt und betreut wird, kann es hilfreich sein, das Wohnumfeld an die besonderen Belange des Pflege- oder Betreuungsbedürftigen individuell anzupassen.

Wenn Sie ein Hilfsmittel benötigen oder Umbaumaßnahmen geplant sind, wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre Pflegekasse/Pflegeversicherung.

### **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson**

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegeperson (Familienangehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige ehrenamtliche Helfer) entrichten Beihilfenstelle und die Pflegekasse/Pflegeversicherung Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Rentenbeiträge werden für alle Pflegepersonen gezahlt, die einen Pflegebedürftigen im Pflegegrad 2 bis 5 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens zwei Tage zu Hause pflegen und regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig (abhängige Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit) sind.

Pflegepersonen sind bei ihrer Pflegetätigkeit außerdem kostenlos in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert.

Die Prüfung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en) nimmt die Pflegekasse/Pflegeversicherung vor. Sie stellt jährlich eine Bescheinigung über das beitragspflichtige Entgelt aus - diese Bescheinigung ist der Beihilfenstelle vorzulegen, damit auch die Beihilfenstelle ihren Beitragsanteil entrichten kann.

## Vollstationäre Pflege (§ 9c HBeihVO)

Bei stationärer Pflege in einer vollstationären Einrichtung sind der nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in Betracht kommende Pflegesatz für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege beihilfefähig.

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Höchstbeträge ab 2017 pro Monat
Pflegegrad 1	Zuschuss in Höhe von 125 Euro monatlich
Pflegegrad 2	770,00 Euro
Pflegegrad 3	1262,00 Euro
Pflegegrad 4	1775,00 Euro
Pflegegrad 5	2005,00 Euro

## Leistungszuschlag zu dem pflegebedingten Eigenanteil bei vollstationärer Pflege (§ 43c SGB XI)

Mit dem GVWG tritt zum 1. Januar 2022 mit dem neuen § 43c SGB XI „Pflegebedingter Eigenanteil bei vollstationärer Pflege“ ein neuer Leistungsanspruch für pflegebedürftige Personen in Kraft. Mit der Regelung wird, um eine finanzielle Überforderung der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 bis 5 zu vermeiden, der von der pflegebedürftigen Person zu tragende Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen mit zunehmender Dauer der vollstationären Pflege schrittweise verringert.

Pflegebedürftige Personen des Pflegegrades 1 haben keinen Anspruch auf den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI.

Gemäß § 43c SGB XI erhalten Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 **ab dem 01.01.2024** einen Leistungszuschlag in Höhe von

15 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von bis einschließlich 12 Monaten,

30 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von mehr als 12 Monaten,

50 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug nach § 43 SGB XI von mehr als 24 Monaten,

75 v. H. ihres zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen bei einem Leistungsbezug von mehr als 36 Monaten.

Der Leistungszuschlag wird in entsprechender Höhe zum Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlagen, die der Pflegebedürftige zu zahlen hat, geleistet. Er ist von der privaten Pflegeversicherung bzw. der Beihilfe anteilig zu gewähren.

Bei der Berechnung des Leistungszuschlages sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten nicht zu berücksichtigen.

Verbleibt unter Berücksichtigung der Beihilfe und der Pflegeversicherungsleistungen für die pflegebedingten Aufwendungen ein Restbetrag, wird dieser aus Fürsorgegründen bis zur Höhe von insgesamt

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Höchstbeträge ab 2015 pro Monat
Pflegegrad 2	1.600,00 Euro
Pflegegrad 3	2.200,00 Euro
Pflegegrad 4	2.800,00 Euro
Pflegegrad 5	3.300,00 Euro

als Beihilfe gezahlt.

### Ein Berechnungsbeispiel:

Die **Pflegekosten** eines Beihilfeberechtigten in einem Pflegeheim betragen in dem Pflegegrad 3 2.300,00 Euro. (Leistungsbezug zur vollstationären Pflege von mehr als 36 Monate)

Die Berechnung der **zusätzlichen** Beihilfen lautet wie folgt:

Zu zahlender Eigenanteil 2.300,00 Euro abzüglich 1262,00 € = 1.038,00 €

**Beihilfefähiger Leistungszuschlag 75 v.H. = 1038,00 € x 70 % = 778,50 €**

2.200,00 Euro abzüglich 1262,00 Euro abzüglich Leistungszuschlag 778,50 € = 159,50 Euro.

**Somit kann noch eine weitere Beihilfe in Höhe von 159,50 Euro gewährt werden.**

Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind, nach Abzug von einkommensabhängigen Eigenanteilen, bis zu einer Höhe von höchstens 1.100 Euro beihilfefähig.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen werden als Beihilfe gezahlt.

Genauere Auskünfte zur Höhe der Beihilfe zu den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten erhalten Sie auf Anfrage. Hierzu müssen Einkommensnachweise (Mitteilung der Besoldungsstellen über die Höhe der monatlichen Bezüge, Rentenmitteilungen, Nachweise über Arbeitseinkommen) sowohl des Beihilfeberechtigten als auch des Ehegatten vorgelegt werden.

### Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (9d Abs. 4 HBeihVO)

Neue Wohnformen, unter anderem Senioren-Wohngemeinschaften sowie Pflege-Wohn-Gemeinschaften bieten die Möglichkeit, zusammen mit Frauen und Männern in derselben Lebenssituation zu leben und Unterstützung zu erhalten – ohne auf Privatsphäre und Eigenständigkeit zu verzichten.

Um diese Leistungen zu erhalten, wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre Pflegekasse. Die Pflegeversicherung erstellt wieder die Einstufungsmitteilung, die Sie dann bei der Beihilfenstelle einreichen.

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Höchstbeträge ab 2017
Pflegegrad 1 bis 5	2.500,00 Euro pro Jahr 10.000,00 Euro pro Wohngruppe

Pflegebedürftige haben zusätzlich Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 214,00 € monatlich, wenn sie in einer ambulant betreuten Wohngruppe von mindestens zwei und höchstens elf Personen in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich pflegerischen Versorgung leben. Davon müssen mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sein.

Diese monatliche Pauschale gilt für Personen in den Pflegegraden 1 bis 5

<b>Stufe der Pflegebedürftigkeit</b>	<b>Höchstbeträge ab 2017 pro Monat</b>
Pflegegrad 1 bis 5	214,00 Euro

### **Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen**

Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, können sogenannte zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch nehmen. Diese sollen die Pflegebedürftigen und die pflegenden Angehörigen unterstützen, zum Beispiel zur Sicherung der Betreuung im Alltag. Ab dem 01.01.2017 erhalten Pflegebedürftige aller Pflegegrade 1 bis 5, die ambulant gepflegt werden, einen einheitlichen Entlastungsbetrag von bis zu 125 Euro monatlich. Der Entlastungsbetrag ist zweckgebunden.

Die Beihilfenstelle schließt sich auch hier der Entscheidung der Pflegeversicherung an. Dies gilt besonders wenn noch nicht verbrauchte Beträge in den nächsten Monat bzw. das nächste Jahr

übernommen werden. **Legen Sie daher bitte die Rechnung mit der Leistungsmitteilung der Pflegeversicherung vor, bzw. mit dem Kassenerstattungsvermerk der Pflegeversicherung.**

### **Beihilfefähigkeit von Pflegekosten bei vorübergehendem oder ständigem Wohnsitz im Ausland**

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das **Pflegegeld** oder anteilige Pflegegeld weiter zu gewähren. Für die **Pflegesachleistung** gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet.

Bei einem mehr als sechswöchigen Auslandsaufenthalt kann nur dann weiterhin Pflegegeld gewährt werden, wenn die pflegebedürftige Person sich in einem Mitgliedsstaat der

Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz aufhält.

Aufwendungen einer vollstationären Pflege im Ausland sind nicht beihilfefähig. Hier kommt allenfalls die Zahlung von Pflegegeld in Betracht.

Maßgebend für die Beihilfestelle ist in jedem Fall die Entscheidung der Pflegekasse, ob und in welchem Umfang Pflegekosten im Ausland anerkannt werden. Entsprechende Leistungsmitteilungen der Pflegeversicherung sind daher unbedingt dem Beihilfeantrag beizufügen.

## Weitere Hinweise

Bei erstmaliger Beantragung einer Beihilfe zu Pflegekosten ist die Mitteilung der Pflegekasse/Pflegeversicherung über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad der Beihilfenstelle vorzulegen.

Besteht ein Anspruch auf Leistung nicht für den vollen Kalendermonat, wird diese entsprechend gekürzt. Dabei wird jeder Kalendermonat mit 30 Tagen angesetzt.

**Berücksichtigungsfähige Angehörige, die selbständige Mitglieder einer gesetzlichen Pflegepflichtversicherung sind (z.B. AOK, Ersatz-, Betriebs-, Innungskrankenkasse), erhalten die vorstehend aufgeführten Leistungen ausschließlich von ihrer Pflegekasse ohne Beteiligung der Beihilfestelle.**

Lediglich zu den, den Pflegegrad übersteigenden, Pflegekosten (sowohl bei der häuslichen als auch bei der vollstationären Pflege) sowie für Kosten der Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten anlässlich einer von der Pflegekasse anerkannten vollstationären Pflege kann unter Umständen eine Beihilfe gewährt werden.

Die Kosten sind innerhalb eines Jahres nach Ausstellung einer Rechnung geltend zu machen; die Pauschalbeihilfe ist innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Pflegemonats zu beantragen.