

Merkblatt

Beihilfe für Leistungen der ambulanten Pflege

Die Bezeichnungen im Merkblatt gelten für alle Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde die männliche Form verwendet.

Dieses Merkblatt soll Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Bestimmungen zur Beihilfefähigkeit von ambulanten Pflegeleistungen geben.

Inhaltsverzeichnis

1. Wann liegt eine dauernde Pflegebedürftigkeit vor?
2. Wer entscheidet über die Pflegebedürftigkeit?
3. Was bedeutet Behandlungspflege?
4. Was bedeutet Grundpflege?
5. Zuordnung zu einem Pflegegrad
6. Häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Pflegesachleistung)
7. Häusliche Pflege durch andere geeignete Personen (Pflegegeld)
8. Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege
9. Kombinationspflege
10. Kurzzeitpflege und Ersatzpflege (= Verhinderungspflege)
11. Entlastungsleistungen
12. Ambulant betreute Wohngruppen
13. Pflegehilfsmittel/Verbesserung des Wohnumfelds
14. Kosten einer Beratungsleistung
15. Rentenversicherungspflicht
16. Beihilfebemessungssatz
17. Ich bekomme pauschale Beihilfe zu meinen Krankenversicherungsbeiträgen. Muss ich im Pflegefall trotzdem die Aufwendungen geltend machen?
18. Antragsverfahren
19. Antragsfrist
20. Rechtsgrundlagen
21. Hinweis

1. Wann liegt eine dauernde Pflegebedürftigkeit vor?

Dauernd pflegebedürftig 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 bestehen, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) festgelegten Schwere.

2. Wer entscheidet über die Pflegebedürftigkeit?

Tritt eine Pflegebedürftigkeit ein, muss bei der privaten oder sozialen Pflegeversicherung ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt werden. Die jeweilige Pflegeversicherung gibt dann ein Gutachten in Auftrag. In diesem Gutachten wird zur dauernden Pflegebedürftigkeit, zur Art und zum Umfang der Pflege sowie zum Pflegegrad Stellung genommen. Diese Feststellung ist für die Entscheidung über die Beihilfefähigkeit maßgebend.

3. Was bedeutet Behandlungspflege?

Die Behandlungspflege umfasst medizinische Hilfeleistungen wie z.B. Verbandwechsel, Injektionen, Einreibungen etc. Sie wird aufgrund ärztlicher Verordnung durch Berufspflegekräfte durchgeführt.

Die Kosten hierfür werden von der Krankenversicherung - nicht von der Pflegeversicherung - im zustehenden Rahmen getragen.

Im Bereich der Beihilfe gelten sie ebenfalls als Krankheitskosten, nicht als Pflegekosten, und sind mit einem Beihilfeantragsformular zu beantragen.

4. Was bedeutet Grundpflege?

Grundpflege ist die Hilfe bei Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität.

5. Zuordnung zu einem Pflegegrad

Voraussetzung für die Gewährung von Beihilfen zu Pflegeleistungen ist die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI. 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 Gutachterverfahren (MEDICPROOF).

Dies bedeutet, dass Pflegeleistungen und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit immer zuerst bei der Pflegekasse bzw. bei dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beantragt werden müssen.

Die Leistungsmitteilung der Pflegekasse oder des privaten Pflegeversicherungsunternehmens ist der Beihilfestelle unverzüglich zuzuleiten.

Eine Beihilfe zu Pflegeleistungen kann demnach nur bei Vorlage der Leistungsmitteilung der Pflegeversicherung, aus welchem sowohl die Zuordnung zu einem Pflegegrad als auch Art und Umfang der Pflege hervorgehen, gewährt werden. Änderungsmitteilungen der Pflegekasse oder des privaten Pflegeversicherungsunternehmens sind der Beihilfestelle unverzüglich zuzuleiten.

Achtung: Beihilfeanspruch mitteilen!

Beihilfeberechtigte Personen, die Mitglied in einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse sind, müssen ihrer Pflegekasse mitteilen, dass bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen besteht. Diese Information ist für die Kasse wichtig, da beihilfeberechtigte Mitglieder die aus der Pflegeversicherung zustehenden Leistungen lediglich zur Hälfte erhalten.

Besteht keine Pflegeversicherung, hat die Festsetzungsstelle ein Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad einzuholen. Dieses Anerkennungsverfahren wird von der Beihilfestelle nach Vorlage einer entsprechenden ärztlichen Bescheinigung eingeleitet.

6. Häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Pflegesachleistung)

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

Für Pflegebedürftige sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI monatlich beihilfefähig bis höchstens:

Stand ab 01.01.2022:

- 724 EUR bei Pflegegrad 2,
- 1.363 EUR bei Pflegegrad 3,
- 2.012 EUR bei Pflegegrad 4,
- 3.352 EUR bei Pflegegrad 5.

7. Häusliche Pflege durch andere geeignete Personen (Pflegegeld)

Andere geeignete Personen sind Personen, die die Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung pflegen, die häusliche Pflege jedoch nicht erwerbsmäßig durchführen, z.B. Angehörige, Bekannte oder Nachbarn.

Die Höhe der Pauschalbeihilfe bei häuslicher Pflege durch andere geeignete Personen richtet sich nach den Pflegegraden des § 15 SGB XI und beträgt entsprechend § 37 Abs. 1 SGB XI monatlich:

- 316 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 2,
- 545 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 3,
- 728 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 4,
- 901 EUR für Pflegebedürftige des Pflegegrades 5.

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

Für Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, werden die Leistungen zur Hälfte gewährt, § 31 Abs. 2 ThürBhV.

Wie wirkt sich eine Pflegeunterbrechung aus?

Besteht der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nicht für einen vollen Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe um ein Dreißigstel für jeden nicht in Anspruch genommenen Tag zu mindern, § 37 Abs. 2 SGB XI.

Abweichend davon wird die Pauschalbeihilfe weitergewährt:

- in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 34 Abs. 2 SGB XI),
- während einer Ersatzsatzpflege zu 50% jeweils zusätzlich für bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr und bei einer Kurzzeitpflege zu 50% jeweils zusätzlich für bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr, § 42 SGB XI,
- bei einer häuslichen Krankenpflege mit Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (§ 34 Abs. 2 SGB XI) oder
- einer stationären Rehabilitation (§ 34 Abs. 2 SGB XI).

8. 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, § 41 Abs. 1 SGB XI.

Für Pflegebedürftige sind die Aufwendungen für die teilstationäre Pflege in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung entsprechend den Pflegegraden des § 15 SGB XI monatlich beihilfefähig bis höchstens:

- 724 EUR bei Pflegegrad 2,
- 1.363 EUR bei Pflegegrad 3,
- 2.012 EUR bei Pflegegrad 4,
- 3.352 EUR bei Pflegegrad 5.

Die teilstationäre Pflege umfasst auch die notwendige Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege und zurück, § 41 Abs. 1 Satz 2 SGB XI.

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

9. Kombinationspflege

- Kombination von Pflegesachleistung mit Pflegegeld

Erfolgt die häusliche Pflege nur teilweise durch geeignete Pflegekräfte, wird neben der Beihilfe anteilige Pauschalbeihilfe für die häusliche Pflege durch andere geeignete Personen gewährt.

- Kombination von Tages- oder Nachtpflege mit Pflegesachleistung und Pflegegeld

Da die teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege nur stundenweise erfolgt, ergeben sich für die Pflegebedürftigen folgende Kombinationsmöglichkeiten:

- Tages- oder Nachtpflege und Pflegesachleistung,
- Tages- oder Nachtpflege und Pflegegeld,
- Tages- oder Nachtpflege und Pflegesachleistung und Pflegegeld.

Bei der Kombination von teilstationärer Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege mit häuslicher Pflege sind die Aufwendungen der Tages- oder Nachtpflege neben den Aufwendungen der häuslichen Pflege beihilfefähig, § 41 Abs. 3 SGB XI.

10. Kurzzeitpflege und Ersatzpflege

- Kurzzeitpflege

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

In diesem Fall sind für pflegebedürftige beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 die pflegebedingten Aufwendungen jeweils bis zu 1.774 EUR je Kalenderjahr beihilfefähig.

- Ersatzpflege (= Verhinderungspflege)

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

In diesem Fall sind für pflegebedürftige beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 die pflegebedingten Aufwendungen jeweils bis zu 1.612 EUR je Kalenderjahr beihilfefähig.

- Kombination von Kurzzeit- und Ersatzpflege

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 Ersatzpflege um bis zu 806 EUR erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen in Höhe von bis zu 2.418 EUR als beihilfefähig anerkannt werden.

Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Kurzzeitpflege.

b) beihilfefähiger Höchstbetrag für Ersatzpflege wird nicht ausgeschöpft

Wird der beihilfefähige Höchstbetrag für Ersatzpflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege um bis zu 1.612 EUR (100% des Höchstbetrages für Ersatzpflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen in Höhe von bis zu 3.386 EUR als beihilfefähig anerkannt werden.

Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Ersatzpflege.

Während einer Kurzzeitpflege wird für bis zu 8 Wochen je Kalenderjahr, während einer Ersatzpflege für bis zu 6 Wochen je Kalenderjahr 50% der zuvor geleisteten Pauschalbeihilfe fortgewährt.

11. Entlastungsleistungen

Im Zusammenhang mit häuslicher und teilstationärer Pflege sind neben den vorgenannten auch noch die folgenden 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.
- Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI in Höhe von bis zu 125 EUR monatlich, sofern die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse bewilligt hat; wird der Betrag in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden.

12. Ambulant betreute Wohngruppen

Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen nach § 38a SGB XI in Form eines pauschalen Zuschlags sind in Höhe von 214 EUR monatlich beihilfefähig, sofern die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt.

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 2.500 EUR je Pflegebedürftigen beihilfefähig. Der Gesamtbetrag je Wohngruppe ist auf 10.000 EUR begrenzt, § 45e SGB XI. Die Mitteilung der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person ist für die Festsetzungsstelle bindend und zunächst abzuwarten.

Außerdem sind entsprechend § 38a Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Aufwendungen für teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege neben den Leistungen für häusliche Pflege beihilfefähig. Dies jedoch nur, wenn gegenüber der zuständigen Pflegekasse durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist. Für die Versicherten der privaten Pflege-Pflichtversicherung gilt dies entsprechend. In diesen Fällen sind die Nachweise über die Leistungserbringung der Pflegekasse bzw. der privaten Pflegeversicherung vorzulegen.

13. Pflegehilfsmittel/Verbesserung des Wohnumfelds

- Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel nach § 40 Absätze 1 bis 3 und 5 SGB XI sind beihilfefähig, sofern für das jeweilige Pflegehilfsmittel Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht; 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

Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes der Pflegebedürftigen nach § 40 Absatz 4 SGB XI sind beihilfefähig, sofern für die jeweilige Maßnahme Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht; in diesen Fällen sind die entsprechenden Aufwendungen bis zu 4.000 EUR je Maßnahme beihilfefähig.

14. Kosten einer Beratungsleistung

Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird von der sozialen Pflegeversicherung oder - im Bereich der privaten Pflegeversicherung - von der COMPASS Private Pflegeberatung GmbH durchgeführt. Die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI sind beihilfefähig, sofern dafür Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht.

15. Rentenversicherungspflicht

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen ist die Festsetzungsstelle gemäß § 170 Absatz 1 Nr. 6 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 die Mitteilung der Pflegeversicherung über die Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson.

16. Beihilfebemessungssatz

Mitgliedern der privaten Pflegeversicherung wird zu Pflegeleistungen eine Beihilfe zum persönlichen Bemessungssatz (§ 72 Abs. 4 ThürBG) 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 Pflegeleistungen 50% (§ 30 Abs. 3 ThürBhV).

17. Ich bekomme pauschale Beihilfe zu meinen Krankenversicherungsbeiträgen. Muss ich im Pflegefall trotzdem die Aufwendungen geltend machen?

Auch wenn sie pauschale Beihilfe zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, müssen sie im Pflegefall die Aufwendungen für die Pflege gesondert beantragen. Die pauschale Beihilfe nach § 72 Abs. 6 Thüringer Beamtengesetz gilt nicht für den Bereich der Pflege. Im Fall der Pflege erhalten sie zu diesen Aufwendungen eine individuelle Beihilfe nach ThürBhV in Höhe des individuellen Bemessungssatzes. Auch für sie gelten dann alle Hinweise in diesem Merkblatt.

18. Antragsverfahren

Eine Beihilfe wird gemäß § 50 Absatz 1 ThürBhV nur auf schriftlichen Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Festsetzungsstelle gewährt. Hierbei ist zu beachten, dass der Antrag auf Beihilfe – mit Pflege - vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen ist. Handelt es sich bei dem Beihilfeberechtigten um die zu pflegende Person, kommt hier einer rechtzeitig erteilten Vollmacht eine große Bedeutung zu. Ein entsprechendes Formblatt übersendet die Beihilfestelle gerne auf Anfrage.

Werden Aufwendungen für eine Kurzzeit- oder Ersatzpflege, 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.

Jede Änderung ist der Beihilfestelle umgehend durch Vorlage einer Mitteilung oder Zusage der Pflegekassen mitzuteilen.

19. Antragsfrist

Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Entstehen der Aufwendungen oder der Ausstellung der Rechnung beantragt wird. Für den Beginn der Frist ist bei Beihilfen der letzte Tag des Monats, in dem die Pflege erbracht wurde maßgebend.

20. Rechtsgrundlagen

- Thüringer Beihilfeverordnung (ThürBhV)
- Thüringer Beamtengesetz (ThürBG)
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)
- Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI)
- Rundschreiben des Thüringer Finanzministeriums vom 5. Februar 2016, Az.: P1820-91.002-14.2 (ThürStAnz. Nr. 9/2016 S. 413)
- Rundschreiben des Thüringer Finanzministeriums vom 3. Januar 2022, Az.: 1040-14-P 1820/209 179/2022

21. Hinweis

Dieses Informationsblatt kann verständlicherweise nur einen sehr begrenzten Überblick geben. Für weitergehende Auskünfte wenden Sie sich bitte an Ihre Pflegekasse bzw. Pflegeversicherung (Pflegetützpunkt) oder an die zuständige Beihilfestelle.