

Merkblatt

dauernde Pflege (allgemein)

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

1. Wann liegt 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, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

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. Arten der Pflege

3.1 Häusliche und teilstationäre Pflege

kann

- durch geeignete Pflegekräfte, das sind Berufspflegekräfte ambulanter Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste, z.B. der Sozialstationen, Caritas, DRK etc),
- durch andere geeignete Pflegekräfte,- das sind selbstbeschaffte Pflegekräfte, die die Pflege nicht berufsmäßig ausüben (z. B. Angehörige),
- durch geeignete Pflegekräfte und andere geeignete Pflegekräfte als sogenannte Kombinationspflege,
- zu Hause oder in einer Tages- und Nachtpflegeeinrichtung

durchgeführt werden.

3.2 Stationäre Pflege

muss

- in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung erfolgen.

Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für

- Verhinderungspflege (Ersatzpflege)
- Kurzzeitpflege
- die gesetzlich vorgeschriebenen Pflegepflichtsätze bei Pflegegeld (Pflegeberatung)
- Pflegehilfsmittel

- individuelle, das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen für den Pflegebedürftigen
- pflegebedürftige Personen, die in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung leben (Pauschale)
- Palliativversorgung und Hospizleistungen

4. Welche Leistungen erbringen die privaten und sozialen Pflegeversicherungen?

Die private Pflegeversicherung erstattet in der Regel die Beträge nach dem Pflegeversicherungsgesetz zum vereinbarten Prozentsatz.

In der sozialen Pflegeversicherung versicherte Personen, die einen Anspruch auf Beihilfe haben, erhalten jeweils die Hälfte der Beträge nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI). Die andere Hälfte wird auf Antrag als Beihilfe gestellt.

5. Welche Unterlagen sind für die Beihilfegewährung erforderlich?

Beihilfe wird grundsätzlich nur auf Antrag gewährt. Dafür stehen auf der Internetseite des Thüringer Landesamtes für Finanzen – Beihilfestelle

<https://tlf.thueringen.de/landesbedienstete/beihilfe/>

unter dem Link „Formulare für Beihilfeangelegenheiten“ entsprechende Vordrucke zur Verfügung.

Der Antragsvordruck und die Anlage Pflege zum Beihilfeantrag sind vollständig auszufüllen.

Das Pflegegeld kann nur für den bereits abgelaufenen Kalendermonat beantragt werden.

Bei der Geltendmachung von Pflegehilfsmitteln ist neben der Rechnung und der Abrechnung der Pflegekasse immer auch die ärztliche Verordnung beizufügen.

Bei Beantragung von Beihilfe für eine Kurzzeitpflege und zusätzliche Betreuungsleistungen empfiehlt es sich, die Rechnung mit der Abrechnung der Pflegeversicherung vorzulegen.

Neben einem Antrag auf Beihilfe ist bei

- erstmaliger Pflegebedürftigkeit,
- Änderung bei der Art der Pflege,
- Änderungen jeglicher Art hinsichtlich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (z.B. Änderung des Pflegegrades)

eine Kopie der Mitteilung über die Pflegeeinstufung der privaten bzw. der sozialen Pflegeversicherung vorzulegen. Sofern weitere Unterlagen benötigt werden, werden diese bei Bedarf angefordert.

Zur Beantragung der Beihilfe reichen Sie neben dem vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antragsvordruck deutlich lesbare Kopien der Belege ein. Die Belege werden nicht zurückgesandt.

In Fällen der Ersatzpflege durch Privatpersonen (ausgenommen die Privatpersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben), die keine Rechnung stellen, sind folgende Angaben erforderlich:

- Name und Anschrift der Pflegeperson
- Stundennachweis mit Unterschrift
- Stundensatz, der vereinbart wurde.

Bei Privatpersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, erfolgt nur ein Aufwendungsersatz. Die Aufwendungen sind nachzuweisen.

6. Muss ich immer wieder einen Antrag stellen?

Grundsätzlich ja. Entgegen der Verfahrensweise bei gesetzlich und privat Pflegeversicherten verlangt § 50 Abs. 1 (ThürBhV) einen entsprechenden Beihilfeantrag, der keinen Dauertatbestand schafft.

Soziale Pflegekassen gewähren Sachleistungen bis zu einem bestimmten Höchstbetrag, abhängig vom Pflegegrad. Bei häuslicher Pflege durch Privatpersonen wird ein monatliches Pflegegeld gezahlt. Soziale Pflegekassen verfügen zudem über einen medizinischen Dienst. Ihnen stehen damit mehr Informationen zur Verfügung, als der Beihilfestelle.

Der Beihilfeanspruch im Pflegefall umfasst eine Pauschalbeihilfe zu Aufwendungen, die dem Beihilfeberechtigten bereits (in der Vergangenheit) entstanden sind. Die Pauschalbeihilfe ist zwar der Höhe nach den Beträgen nach dem SGB XI identisch, stellt der Art nach aber einen anderen Anspruch dar. Dafür ist der Beihilfeantrag erforderlich, welcher die Tatsachen erfragt, die zur Festsetzung einer Beihilfe erforderlich sind und beständigen Änderungen unterliegen können (z.B. Unterbrechung der Pflege durch stationäre Aufenthalte).

Es besteht die Möglichkeit eines Abschlags. Dieser kann auch formlos beantragt werden. Nun wird 6 Monate lang monatlich ein Abschlag in der Höhe der zu erwartenden Pauschalbeihilfe bzw. des zu erwartenden Pflegegeldes gezahlt. Die konkrete Abrechnung erfolgt dann am Ende der 6 Monate. Dann sind mit einem Beihilfeantrag eventuelle Unterbrechungszeiträume in der Pflege der letzten 6 Monate zu erklären und ein neuer Abschlag kann beantragt werden (dazu bitte Punkt 3 der Anlage Pflege zum Antrag auf Beihilfe ausfüllen). Wird kein Beihilfeantrag wie beschrieben vorgelegt, wird die Zahlung der Pauschalbeihilfe eingestellt.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Praktikabilität bittet die Beihilfestelle darum, derartige Anträge bei Bedarf immer zum 01.01. und zum 30.06. des Jahres zu stellen.

Darüber hinaus müssen Änderungen in der Pflege, wie zum Beispiel Änderung des Pflegegrades und Wechsel in der Art der Pflege (z.B. häusliche Pflege zur stationären Pflege oder Pflege ausschließlich durch Familienangehörige zur Kombipflege unter Zuhilfenahme eines Pflegedienstes) angezeigt werden, um den Beihilfeanspruch prüfen zu können und um eventuelle Rückforderungen von Abschlagzahlungen zu verhindern.

Die Kombipflege ist nicht abschlagsfähig.

7. Wie hoch ist die Beihilfe?

Die Beihilfe wird in Höhe des für den Pflegebedürftigen maßgeblichen Bemessungssatzes gewährt. Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Angehörigen, die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung (AOK, DAK, BEK etc.) sind und die nach dem SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den entsprechenden Pflegekosten nach der Thüringer Beihilfeverordnung (ThürBhV) in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt.

8. Pauschale Beihilfe

Auch wenn sie pauschale Beihilfe zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen erhalten, müssen sie im Pflegefall die Aufwendungen für die Pflege gesondert beantragen und mit der „Anlage Pflege“ zum Antrag auf Beihilfe geltend machen.

Die pauschale Beihilfe nach § 72 Abs. 6 Thüringer Beamtenengesetz gilt nicht für den Bereich der Pflege.