

Merkblatt

Beihilfe für Leistungen der vollstationären 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 vollstationären Pflegeleistungen geben.

Inhaltsverzeichnis

1. Wann liegt eine dauernde Pflegebedürftigkeit vor?
2. Wer entscheidet über die Pflegebedürftigkeit?
3. Welche Pflegegrade gibt es?
4. Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim
5. Welche Beihilfe gibt es zu Aufwendungen im Rahmen der vollstationären Pflege?
6. Was gilt bei Pflegeeinrichtungen der Behindertenhilfe?
7. Gibt es Beihilfe zu Werkstattgebühren?
8. Gibt es Beihilfe bei zusätzlichen Betreuungsleistungen?
9. Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI
10. Was passiert, wenn meine Einkünfte für die Zuzahlungen im Pflegeheim nicht ausreichen?
11. Welche Antragsfristen gelten?
12. Kann ich den Antrag formlos stellen?
13. Muss ich jeden Monat einen Antrag stellen?
14. Ich bekomme pauschale Beihilfe zu meinen Krankenversicherungsbeiträgen. Muss ich im Pflegefall trotzdem die Aufwendungen geltend machen?
15. Rechtsgrundlagen
16. 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. Welche Pflegegrade gibt es?

Nach den geltenden Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes ist jeweils eine Zuordnung der pflegebedürftigen Person in einen Pflegegrad erforderlich. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die gleichzeitige Zuordnung zu einem Pflegegrad erfolgt durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MDK) der privaten oder sozialen Pflegeversicherung. Dieses Gutachten ist nicht nur maßgeblich für die von der Pflegeversicherung zustehenden Leistungen. Es ist auch maßgebend für die Entscheidung, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Beihilfe im Pflegefall gezahlt werden kann.

Dies bedeutet, dass Pflegeleistungen und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit immer zuerst bei der Pflegekasse bzw. bei dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen beantragt werden müssen. Die Leistungsmittelung der Pflegekasse oder des privaten Pflegeversicherungsunternehmens ist der Beihilfestelle unverzüglich zuzuleiten.

Änderungsmittelungen der Pflegekasse oder des privaten Pflegeversicherungsunternehmens sind der Beihilfestelle umgehend zuzuleiten.

Einwendungen gegen die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad sind grundsätzlich an die Pflegekasse bzw. das private Pflegeversicherungsunternehmen zu richten, nicht an die Beihilfestelle.

Achtung: Der Pflegekasse ist der Beihilfeanspruch mitzuteilen!

Beihilfeberechtigte, die Mitglied in einer gesetzlichen Kranken- oder Ersatzkasse sind, müssen ihrer Pflegekasse mitteilen, dass bei Pflegeleistungen 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 (§ 30 Abs. 3 Thüringer Beihilfeverordnung (ThürBhV), § 28 Abs. 2 SGB XI).

4. Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

Die vollstationäre Pflege muss in einer nach § 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI zugelassenen 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.

Die vollstationäre Pflege umfasst das Entgelt für die vollstationäre Pflegeleistung, für medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung. Der Leistungsrahmen der

Pflegeversicherung umfasst je nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit Aufwendungen für Pflegeleistungen:

Stand ab 01.01.2024:

- 770 EUR bei Pflegegrad 2
- 1.262 EUR bei Pflegegrad 3
- 1.775 EUR bei Pflegegrad 4
- 2.005 EUR bei Pflegegrad 5

Stand ab 01.01.2025:

- 805 EUR bei Pflegegrad 2
- 1.319 EUR bei Pflegegrad 3
- 1.855 EUR bei Pflegegrad 4
- 2.096 EUR bei Pflegegrad 5

Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten bleiben von der Pflegeversicherung unberücksichtigt.

5. Welche Beihilfe gibt es zu Aufwendungen im Rahmen der vollstationären Pflege?

Sie wohnen in einem Pflegeheim und erhalten Beihilfe zu den Aufwendungen für die Pflegekosten. Zu den übrigen Aufwendungen wie Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten erhalten Sie keine Beihilfe. Diese Kosten bestreiten Sie aus Ihren Einkünften. Sollten Sie in die Lage kommen, dass Ihre Einkünfte dafür nicht ausreichen, beachten Sie bitte die Hinweise im Punkt 9.

Wer als Pflegebedürftiger in einer nicht zugelassenen Pflegeeinrichtung untergebracht ist (§ 71 Abs. 2 SGB XI), kann ebenfalls eine Beihilfe für vollstationäre Pflege erhalten. Hier gilt jedoch die Einschränkung, dass höchstens die niedrigsten, nach der jeweiligen Pflegestufe vergleichbaren Kosten (Pflegekosten, Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten) einer zugelassenen Pflegeeinrichtung am Ort der Unterbringung oder seiner nächsten Umgebung der Beihilfeberechnung zugrunde gelegt werden. Auch in diesen Fällen benötigt die Beihilfestelle den entsprechenden Nachweis der Pflegekasse.

6. Was gilt bei Pflegeeinrichtungen der Behindertenhilfe?

Für Aufwendungen, die für die vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe entstehen, in denen die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund stehen, gilt eine Sonderregelung. Die von dieser Regelung betroffenen pflegebedürftigen Personen erhalten Leistungen von der Pflegeversicherung nach § 43a SGB XI. Auch hier ist die Leistungsmitteilung der Pflegeversicherung bei der Beihilfestelle vorzulegen.

Pflegeaufwendungen sind nur bis zur Höhe von monatlich 266 EUR (bis 31.12.2024) bzw. 278 EUR (ab 01.01.2025) beihilfefähig. Auf diese Gesamtsumme wird eine Beihilfe zum jeweiligen Bemessungssatz des Beihilfeberechtigten gezahlt.

7. Gibt es Beihilfe zu Werkstattgebühren?

Die Beschäftigung und Betreuung in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des Beihilferechts. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den Behinderten sind deshalb nicht beihilfefähig.

8. Gibt es Beihilfe bei zusätzlichen Betreuungsleistungen?

Bei Pflegebedürftigen mit erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen (vollstationäre Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen) können die mit der jeweiligen Pflegeversicherung vereinbarten und berechneten Vergütungszuschläge gemäß § 43b SGB XI neben den Aufwendungen für die Pflegeleistungen als beihilfefähig berücksichtigt werden.

9. Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI

Soweit Aufwendungen über die Pauschalbeträge nach Nr. 4 hinausgehen, sind Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI beihilfefähig. Diese werden ausschließlich bei den Pflegegraden 2 bis 5 gewährt und richten sich nach der Bezugsdauer der Pauschalbeträge

nach Nr. 4. Das bedeutet, je länger der Betroffene sich in stationärer Pflege befindet, umso höher ist der Zuschlag. Er ermittelt sich wie folgt:

- bis einschließlich 12 Monate – 15% des Eigenanteils an den Pflegekosten
- 13 Monate bis 24 Monate – 30% des Eigenanteils an den Pflegekosten
- 25 Monate bis 36 Monate – 50% des Eigenanteils an den Pflegekosten
- ab 37 Monate – 75% des Eigenanteils an den Pflegekosten.

10. Was passiert, wenn meine Einkünfte für die Zuzahlungen im Pflegeheim nicht ausreichen?

Sie wohnen in einem Pflegeheim und erhalten Beihilfe zu den Aufwendungen für die Pflegekosten, zu den übrigen Aufwendungen wie Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten erhalten Sie keine Beihilfe. Diese Kosten bestreiten Sie aus Ihren Einkünften. Sollten Sie in die Lage kommen, dass Ihre Einkünfte dafür nicht ausreichen, füllen Sie bitte den Punkt 4 der "Anlage Pflege" zum Antrag auf Beihilfe aus. Das Sozialamt ist für Sie nicht zuständig.

Die Beihilfestelle errechnet dann anhand der Angaben den zu tragenden Eigenanteil. Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Pflegeleistungen, Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden als Beihilfe gezahlt.

11. Welche Antragsfristen gelten?

Die Beihilfe für Pflegeaufwendungen wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung einer höheren Pflegestufe gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Wurde der Antrag zunächst bei der Pflegeversicherung gestellt, ist der Leistungsbeginn für die Leistungen der Pflegeversicherung auch für die Beihilfeleistungen maßgebend.

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.

Jede Änderung ist der Beihilfestelle umgehend durch Vorlage der Leistungsmitteilung der Pflegekasse mitzuteilen.

12. Kann ich den Antrag formlos stellen?

Nein. Der Antrag auf Beihilfeleistungen für eine vollstationäre Pflege erfolgt mit der "Anlage Pflege" zum Antrag auf Beihilfe.

13. Muss ich jeden Monat 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 mit den Beträgen nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) identisch, stellt der Art nach aber einen anderen Anspruch dar. Dafür ist ein 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 jedoch 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 unbedingt 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.

Zu den zusätzlichen Betreuungsleistungen kann kein Abschlag gewährt werden. Diese Leistungen sind dann monatlich mit einem Pflegeantrag zu beantragen.

14. 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 Beamtenengesetz (ThürBG) 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.

15. Rechtsgrundlagen

- Thüringer Beihilfeverordnung (ThürBhV)
- Thüringer Beamtenengesetz (ThürBG)
- Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)
- 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
- Rundschreiben des Thüringer Finanzministeriums vom 3. Januar 2024, Az.: 1040-14-P 1820/844 137016/2023
- Rundschreiben des Thüringer Finanzministeriums vom 22. Januar 2025, Az.: 1040-14-P 1820/844 9238/2025

16. Hinweis

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