

Aufwendungen bei Pflegegrad 1

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 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) sind und die Voraussetzungen für die **Zuordnung zu einem Pflegegrad** nach § 15 SGB XI erfüllen.

2. Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit 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 selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer (voraussichtlich für mindestens 6 Monate) und mit mindestens der nach § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

3. Wie erfolgt die Einstufung in einen Pflegegrad?

Für versicherte Personen 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)
- im Bereich der **privaten Pflegeversicherung** durch ein vom Verband der privaten Krankenversicherung geregeltes Gutachterverfahren (MEDICPROOF).

Die Begutachtung durch die Pflegeversicherung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend.

Eine Beihilfe zu Pflegeleistungen kann daher 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.

4. Wie hoch ist der Beihilfebemessungssatz in Pflegefällen?

Mitgliedern der **privaten Pflegeversicherung** wird zu Pflegeleistungen eine Beihilfe zum persönlichen Beihilfebemessungssatz (§ 46 Abs. 2 und 3 BBhV) gewährt.

Für Personen, die Mitglieder der **sozialen Pflegeversicherung** sind und nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich zur Hälfte erhalten, beträgt der Beihilfebemessungssatz bezüglich der Pflegeleistungen 50 Prozent (§ 46 Abs. 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 (Ehegattinnen, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern sowie Kinder), die selbst Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zahlen. In diesem Fall leistet die soziale Pflegeversicherung in voller Höhe.

5. Wie beantrage ich Beihilfe zu Pflegeaufwendungen?

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

Bitte nutzen Sie für die Beantragung von Beihilfe zu Pflegekosten ausschließlich den **Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen**.

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.

6. Was ist die Besonderheit bei Pflegebedürftigkeit im Pflegegrad 1?

Aufgrund der vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bei Pflegegrad 1 werden noch keine monatlichen Regelleistungen der häuslichen Pflege (z. B. Pflegesachleistung durch Pflegedienste oder Pflegegeld) gewährt.

Die Leistungen bei Pflegegrad 1 sollen vielmehr die Selbstständigkeit der Betroffenen durch frühzeitige Hilfestellungen (z. B. durch die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln) erhalten und so den Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglichen.

7. Welche Leistungen werden bei Pflegegrad 1 gewährt?

- **Pflegeberatung** nach § 7a SGB XI (§ 37 Abs. 1 BBhV); die Pflegeberatung wird von der sozialen Pflegeversicherung oder im Bereich der privaten Pflegeversicherung von der compass Private Pflegeberatung GmbH durchgeführt und ist für beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen kostenlos. Sie erreichen die compass Pflegeberatung unter www.compass-pflegeberatung.de oder unter der Servicenummer: 0800 1018800.
- **Beratungsbesuche** nach § 37 Abs. 3 SGB XI, sofern für den jeweiligen Beratungsbesuch Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht (§ 38a Abs. 6 BBhV). Die Beratungsbesuche sollen regelmäßige Hilfestellung sowie praktische pflegfachliche Unterstützung geben. Beratungsbesuche können halbjährlich einmal in Anspruch genommen werden.
- **Leistungen für ambulant betreute Wohngruppen** nach § 38a SGB XI in Form eines pauschalen Zuschlags in Höhe von **214 Euro** monatlich, sofern die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt (§ 38f BBhV).

Der Wohngruppenzuschlag wird bei Pflegegrad 1 gewährt, ohne dass monatliches Pflegegeld oder Pflegesachleistung zustehen.

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 Euro je pflegebedürftiger Person** beihilfefähig.

- **Pflegehilfsmittel** nach § 40 Abs. 1 bis 3 und 5 SGB XI, sofern für das jeweilige Pflegehilfsmittel Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht (§ 38g BBhV); bei privater Pflegeversicherung ist der Betrag dem Grunde nach beihilfefähig, der für die Berechnung der anteiligen Versicherungsleistungen zugrunde gelegt worden ist.
- Bei Aufwendungen für Pflegehilfsmittel, ist der Festsetzungsstelle neben dem Rechnungsbeleg immer die Leistungsabrechnung bzw. der Kostenerstattungsvermerk der Pflegeversicherung vorzulegen.
- **Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes** der pflegebedürftigen Person nach § 40 Abs. 4 SGB XI, sofern für die jeweilige Maßnahme Anspruch auf Zahlung eines Zuschusses durch die private oder soziale Pflegeversicherung besteht (§ 38g BBhV); in diesen Fällen sind die entsprechenden Aufwendungen bis zu **4.000 Euro je Maßnahme** beihilfefähig.

Auch bei Aufwendungen für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ist der Festsetzungsstelle neben dem

Rechnungsbeleg immer die Leistungsabrechnung bzw. der Kostenerstattungsvermerk der Pflegeversicherung vorzulegen.

- **Zusätzliche Betreuung und Aktivierung** nach § 43b SGB XI in stationären Pflegeeinrichtungen.
- **Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich** für die Kosten bei Inanspruchnahme folgender Leistungen:
 - Tages- oder Nachtpflege,
 - Kurzzeitpflege,
 - Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Rahmen der Sachleistungen,
 - Leistungen der nach Landesrecht an erkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

Angebote zur Unterstützung im Alltag sind:

- Betreuungsangebote für pflegbedürftige Personen in Gruppen oder im häuslichen Bereich,
- Angebote zur Entlastung von Pflegenden mit gezielter Entlastung und beratender Unterstützung,
- Angebote zur Entlastung im Alltag bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen oder insbesondere bei der Haushaltsführung.

Die Angebote benötigen eine Anerkennung durch die zuständigen Behörden der Länder.

Der Entlastungsbetrag ist keine pauschale Geldleistung, sondern zweckgebunden. Die Gewährung erfolgt nur gegen Kostennachweis (Rechnungsbeleg).

Sofern der monatliche Entlastungsbetrag in einem Kalendermonat nicht (vollständig) ausgeschöpft worden ist, wird der verbliebene Betrag jeweils in die darauffolgenden Kalendermonate übertragen. Die in einem Kalenderjahr nicht in Anspruch genommenen Beträge werden auf das nächste Kalenderhalbjahr (30. Juni des Folgejahres) übertragen.

- **Vollstationäre Pflege** in Höhe von 125 Euro monatlich.

Wählen pflegebedürftige Personen mit Pflegegrad 1 vollstationäre Pflege sind die Aufwendungen in Höhe eines Zuschusses von 125 Euro beihilfefähig.

8. Wie erfolgt die soziale Absicherung von Pflegepersonen

Zur Verbesserung der sozialen Sicherung von Pflegepersonen beteiligt sich die Beihilfe an zusätzlichen Leistungen bei Pflegezeit und kurzzeitiger Arbeitsverhinderung (Pflegeunterstützungsgeld).

Über die Versicherungs- und Beitragspflicht entscheidet ausschließlich die private oder soziale Pflegeversicherung; als Grundlage für die Berechnung der Leistungen durch die Festsetzungsstelle dient demnach die Mitteilung der Pflegeversicherung.

Für Fragen stehen wir Ihnen unter den bekannten Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.

Antragsformulare und Informationen zum Beihilferecht finden Sie unter anderem auf unserer Internetseite:

www.kvsa-magdeburg.de/beihilfe

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
- Beihilfeumlagekasse -

Allgemeiner Hinweis: Aufbau und Inhalt des Merkblattes orientiert sich an den einschlägigen Merkblättern und veröffentlichten Informationen des Bundesverwaltungsamtes [[BVA-Merkblätter \(bund.de\)](http://www.bund.de)] unter Berücksichtigung der in Sachsen-Anhalt einschlägigen landesrechtlichen Regelungen.