Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Vollstationäre Pflege

1. Wann besteht ein Anspruch auf Beihilfe zu Pflegeaufwendungen?

Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen erhalten Beihilfe zu Pflegeleistungen nach Maßgabe der §§ 37 bis § 39b Bundesbeihilfeverordnung (BBhV), wenn sie **pflegebedürftig** im Sinne des § 14 des Elften Buches 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 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 6 Monate, und mit mindestens der in § 15 SGB XI festgelegten Schwere bestehen.

3. Wie erfolgt die Einstufung in einen Pflegegrad?

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).

Die Begutachtung durch die Pflegeversicherung ist auch für die Beihilfestelle 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 Beihilfestelle ein Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad einzuholen.

4. Wie beantrage ich Beihilfe zu Pflegeaufwendungen?

Eine Beihilfe wird auf Antrag der beihilfeberechtigten Person bei der Beihilfestelle 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 von drei Jahren nach Rechnungsdatum beantragt wird. Maßgebend bei der Berechnung der Fristwahrung ist der Eingang des Antrags bei der Beihilfestelle.

Beihilfen müssen grundsätzlich immer neu beantragt werden. Es besteht jedoch die Möglichkeit, auf Beihilfeantrag für Aufwendungen in Pflegefällen als **wiederkehrende Zahlung** regelmäßig jeden Monat zu erhalten. Voraussetzung ist, dass die Pflegeleistung in gleichbleibender Höhe anfällt. Bei Anspruch Gewährung einer einkommensabhängigen Mehrleistung (siehe Punkt 9 bis 12) kann die Zahlung daher regelmäßig nur für bis zu 12 Monate geleistet werden.

Änderungen bei der Pflege sind unaufgefordert und unverzüglich mitzuteilen, wenn diese Einfluss auf die Beihilfe haben oder haben könnten, dies gilt auch bei wiederkehrender Zahlung von Pflegeleistungen. Im Antrag bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind Unterbrechungen der Pflege (z. B. Krankenhausaufenthalt) anzugeben.

Dem **ersten Antrag** auf Beihilfe zu den Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind neben der Rechnung der Pflegeeinrichtung folgende Unterlagen in Kopie beizufügen:

» **Leistungszusage** der Pflegeversicherung zur vollstationären Pflege,
» **Heimvertrag**, der mit der Pflegeeinrichtung geschlossen wurde, mit Anlagen
» **ggf. Nachweis** über die Zulassung der Pflegeeinrichtung.

Bei Folgeanträgen reicht die Vorlage der Heimrechnung als Kostennachweis mit dem Antrag auf Beihilfe für Pflegeleistungen aus, sofern sich keine Änderungen (z. B. Höherstufung oder Heimwechsel) ergeben haben.

5. Welche Voraussetzungen müssen für die Leistung bei vollstationärer Pflege vorliegen?

Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind gemäß § 39 Absatz 1 BBhV beihilfefähig, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des Einzelfalls nicht in Betracht kommt.
Die vollstationäre Pflege muss in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 Absatz 1 SGB XI oder in einer vergleichbaren 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.

6. Was ist die Pauschalleistung zu den pflegebedingten Aufwendungen?

Die Pflegeversicherungen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und der Betreuung im Kalendermonat in pauschalierter Form.

Die pflegebedingten Aufwendungen, einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege, sind für pflegebedürftige Personen der **Pflegegrade 2 bis 5** bis zu den nachfolgend aufgeführten **monatlichen Höchstbeträgen (Pauschalbeträge)** beihilfefähig:

Pflegegrad	monatlicher Höchstbeitrag (ab 1. Januar 2025)
Pflegegrad 2	**805,00 Euro**
Pflegegrad 3	**1.319,00 Euro**
Pflegegrad 4	**1.855,00 Euro**
Pflegegrad 5	**2.096,00 Euro**

Wählen Pflegebedürftige des **Pflegegrades 1** vollstationäre Pflege, erhalten sie einen beihilfefähigen Zuschuss in Höhe von **131 Euro monatlich** zum maßgeblichen Bemessungssatz.

7. Was ist der Leistungszuschlag zu den pflegebedingten Aufwendungen?

Zur Begrenzung des pflegebedingten Anteils bei vollstationärer Pflege gewährt die Beihilfe für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 einen Leistungszuschlag zu den Pflegeheimkosten zum jeweiligen Bemessungssatz.

Der Leistungszuschlag richtet sich nach der Dauer der vollstationären Pflege und beträgt ab Januar 2024:

» **im ersten Jahr** 15 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils,
» **im zweiten Jahr** 30 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils,
» **im dritten Jahr** 50 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils und
» **in den Folgejahren** 75 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils.

Der pflegebedingte Eigenanteil errechnet sich aus den Pflegekosten der vollstationären Pflege, einschließlich der Ausbildungskosten, abzüglich der Pauschalleistung des jeweiligen Pflegegrades, siehe Punkt 6.

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen werden nicht bezuschusst, diese sind nur im Rahmen der einkommensabhängigen Mehrleistung nach § 39 Absatz 2 BBhV beihilfefähig, siehe Punkt 9.

Auf den Leistungszuschlag besteht ein Anspruch, dieser muss nicht gesondert beantragt werden. Der Leistungszuschlag wird bei Beantragung von Beihilfe zu den Pflegeheimkosten zusammen mit der Pauschalleistung gewährt.

8. Wie hoch ist der Bemessungssatz zu den pflegebedingten Aufwendungen?

Mitgliedern der **privaten Pflegeversicherung** wird zu Pflegeleistungen eine Beihilfe zum persönlichen Beihilfebemessungssatz (§ 46 Absatz 2 und 3 BBhV) 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 Prozent (§ 46 Absatz 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 (Ehepartnerin/Lebenspartnerin, Ehepartner/Lebenspartnern sowie Kinder), die selbst Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung zahlen. In diesem Fall leistet die soziale Pflegeversicherung in voller Höhe.

9. Werden von der Beihilfe zusätzliche Pflegeheimkosten übernommen?

Die Pflegeversicherungen gewähren zu pflegebedingten Aufwendungen, die über die genannten Höchstbeträge der Pauschalleistung sowie des Leistungszuschlags hinausgehen, sowie zu Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten keine Leistungen. Grundsätzlich sind diese Aufwendungen auch nicht beihilfefähig und müssen von den Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln bestritten werden.

Um zu vermeiden, dass beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen in eine wirtschaftliche Notlage geraten, kann gemäß § 39 Absatz 2 BBhV im Rahmen einer Härtefallregelung auf **besonderen Antrag** eine weitergehende Beihilfe als einkommensabhängige Mehrleistung zu Aufwendungen für vollstationäre Pflege gewährt werden.

Pflegebedingte Aufwendungen, die über die oben genannten Pauschalbeträge hinausgehen sowie Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionskosten sind für pflegebedürftige beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 (nicht für Pflegegrad 1) beihilfefähig, sofern von den durchschnittlichen monatlichen Einnahmen (Anhang) höchstens ein bestimmter Betrag in Höhe der Summe der folgenden monatlichen Beträge verbleibt:

	Betrag pro Person (Besoldungstabelle: Stand 01.03.2024)	
Nr. 1	8 Prozent des Grundgehaltes der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jede beihilfeberechtigte und jede berücksichtigungsfähige Person sowie für jede Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. jeden Ehepartner/Lebenspartner, für die oder den ein Anspruch nach § 39 Absatz 1 BBhV oder nach § 43 SGB XI besteht.	**514,23 Euro**
Nr. 2	30 Prozent des Grundgehaltes der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für eine beihilfeberechtigte Person sowie für jede Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. jeden Ehepartner/Lebenspartner, für die oder den kein Anspruch nach § 39 Absatz 1 BBhV oder nach § 43 SGB XI besteht.	**1.928,37 Euro**
Nr. 3	3 Prozent des Grundgehaltes der Stufe 8 der Besoldungsgruppe A 13 für jedes berücksichtigungsfähige Kind, für das kein Anspruch nach § 39 Absatz 1 BBhV oder nach § 43 SGB XI besteht.	**192,84 Euro**
Nr. 4	3 Prozent des Grundgehaltes der letzten Besoldungsgruppe für die beihilfeberechtigte Person.	**individuell nach Besoldungsgruppe**

10. Wie werden meine Einnahmen berücksichtigt?

Einnahmen sind grundsätzlich gemäß § 39 Absatz 3 BBhV die im Kalenderjahr vor der Antragsstellung erzielten Brutto-Einnahmen (monatlicher Durchschnitt), bezogen auf das Eingangsdatum des Beihilfeantrags bei der Beihilfestelle. Die Einnahmen sind jährlich neu nachzuweisen.

11. Welche Einnahmen werden berücksichtigt?

Folgende Einnahmen des Vorjahres sind gemäß § 39 Absatz 3 BBhV bei der Prüfung des Anspruchs auf eine zusätzliche Beihilfe zu berücksichtigen:

» Dienstbezüge
Nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibende Bruttobezüge nach § 1 Absatz 2 Nummer 1 (Grundgehalt) und 3 (Familienzuschlag) und Absatz 3 (Anwärterbezüge, vermögenswirksame Leistungen) des Bundesbesoldungsgesetzes (BBesG) und der Altersteilzeitzuschlag; ausgenommen ist der kinderbezogene Familienzuschlag

» Versorgungsbezüge
Nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften verbleibende Bruttobezüge nach § 2 Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) mit Ausnahme des Unterschiedsbetrags nach § 50 Absatz 1 Satz 2 BeamtVG, sofern der beihilfeberechtigten Person nicht nach § 57 BeamtVG geringere Versorgungsbezüge zustehen; das Sterbegeld nach § 18 BeamtVG sowie der Unfallausgleich nach § 35 BeamtVG und die Unfallentschädigung nach § 43 BeamtVG bleiben unberücksichtigt.

» Renten
Der Zahlbetrag der Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung (z. B. VBL oder ZVK) der beihilfeberechtigten Person, der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners; maßgeblich ist der Betrag, der sich vor Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und ohne Berücksichtigung des Beitragszuschusses ergibt, dabei bleiben Leistungen der Kindererziehung nach § 294 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) unberücksichtigt.

» Einkünfte der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners
Der unter § 2 Absatz 3 Einkommensteuergesetz (EStG) fallende Gesamtbetrag der Einkünfte der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners, ausgenommen der der Besteuerung unterliegende Anteil einer gesetzlichen Rente.

12. Wie berechnet sich der Mehrleistungsanspruch?

Von den beihilfefähigen Heimkosten (Pflegekosten einschließlich Ausbildungsvergütung, Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten) wird die Pauschalleistung sowie der Leistungszuschlag in Abzug gebracht, die Pflegeversicherung und Beihilfe anteilig leisten.

Mit den verbleibenden beihilfefähigen Restkosten erfolgt die Ermittlung des selbst zu tragenden Eigenanteils. Die zu berücksichtigenden Einnahmen abzüglich des insgesamt individuell zu verbleibenden Mindestbehaltes ergeben den von Ihnen zu tragenden Eigenanteil an den Heimkosten.

Sofern die dann noch verbleibenden beihilfefähigen Aufwendungen (nach Abzug der Pauschalleistung und des Leistungszuschlags) den zuvor ermittelten Eigenanteil übersteigen, kann für diese Aufwendungen eine zusätzliche Beihilfe gewährt werden.

Beispiel:

Ehepaar (keine berücksichtigungsfähigen Kinder)

» beihilfeberechtigte Person (Besoldungsgruppe A 9, Stufe 8) mit Pflegegrad 3 seit über drei Jahren im Pflegeheim (Leistungszuschlag von 75 Prozent)
» fiktiv beihilfefähige Heimkosten: 4.200,00 Euro monatlich

» Ehepartnerin nicht pflegebedürftig mit folgenden Einnahmen (brutto):
» Versorgungsbezüge der beihilfeberechtigten Person durchschnittlich: 2.900,00 Euro
» Altersrente der Ehepartnerin durchschnittlich: 770,00 Euro

Fortsetzung auf der nächsten Seite.

Höchstens verbleiben dürfen folgende Mindestbehalte:

	beihilfeberechtigte Person	Ehepartner/in	gesamt
Nr. 1	**514,23 Euro**		
Nr. 2		**1.928,37 Euro**	
Nr. 3			
Nr. 4	**128,50 Euro**		
Summe	**642,73 Euro**	**1.928,37 Euro**	**2.571,10 Euro**

beihilfefähige Heimkosten:	*4.200,00 Euro*
abzüglich Pauschalleistung PG 3:	*1.319,00 Euro*
abzüglich Leistungszuschlag:	*690,00 Euro*
beihilfefähige Restkosten:	*2.191,00 Euro*
durchschnittliche Einnahmen gesamt:	*3.670,00 Euro*
abzüglich Mindestbehalt (gesamt):	*2.571,10 Euro*
selbst zu tragender Eigenanteil:	*1.098,90 Euro*
beihilfefähige Restkosten:	*2.191,00 Euro*
abzüglich Eigenanteil:	*1.098,90 Euro*
zusätzliche Beihilfe:	***1.092,10 Euro***

Alle aufgeführten Beträge sind beispielhaft. Ein möglicher Anspruch ist individuell und von den jeweiligen tatsächlichen Verhältnissen im Einzelfall abhängig.

Eine vorherige persönliche Auskunft über die zu erwartenden Mehrleistungen ist nicht möglich, da die BBhV keine Rechtsgrundlage dafür enthält.

Bei gesonderter Beantragung der Mehrleistung sind zusätzlich folgende Unterlagen in Kopie vorzulegen:

» Preisliste der Pflegeeinrichtung
» Nachweise der Einnahmen des Vorjahres (wenn entsprechende Einnahmen erzielt wurden):
- letzte Bezügeabrechnung der Dienst- oder Versorgungsbezüge
- Rentenanpassungsmitteilung der gesetzlichen Rente (Altersrente, Hinterbliebenenrente)
- Anpassung einer Betriebsrente (z. B. VBL) oder ausländischen Rente
- Nachweis der steuerpflichtigen Einkünfte der Ehepartnerin/Lebenspartnerin bzw. des Ehepartners/Lebenspartners

Bitte legen Sie keine Kontoauszüge als Nachweis vor.

Haben beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen Anspruch auf einen Zuschuss zu den Investitionskosten nach landesrechtlichen Vorschriften (z. B. Pflegewohngeld), sind die Aufwendungen entsprechend zu mindern.

13. Welche Pflegeheimkosten werden nicht erstattet?

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI. Hierzu gehören besondere Komfortleistungen bei der Unterkunft (Größe und Ausstattung des Zimmers) und sonstige Leistungen (z. B. Telefon, Wäsche, Frisör).

14. Welche Leistungen gibt es bei Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe?

Beihilfefähig sind gemäß § 39a BBhV auch Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen.

Danach sind für pflegebedürftige beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Personen der Pflegegrade 2 bis 5 nur **15 Prozent** des nach Teil 2 Kapitel 8 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch **278 Euro** monatlich beihilfefähig.

15. Welche sonstigen Pflegeleistungen bei vollstationärer Pflege sind noch beihilfefähig?

Im Zusammenhang mit vollstationärer Pflege sind neben den vorgenannten auch noch die folgenden Aufwendungen beihilfefähig:

» **Vergütungszuschlag für zusätzliche Betreuung und Aktivierung** nach § 43b SGB XI, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht, soweit die private oder soziale Pflegeversicherung entsprechende anteilige Leistungen erbringt (§ 39 Absatz 4 BBhV),

» **Vergütungszuschlag für zusätzliches Pflegehilfskraftpersonal** nach § 84 Absatz 9 SGB XI,

» **Kosten der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase** nach § 132g SGB V als Beratung über die medizinisch und pflegerische Versorgung und Betreuung in der letzten Lebensphase (§ 40a BBhV),

» **Anerkennungsbetrag** nach § 87a Absatz 4 SGB XI, wenn die pflegebedürftige Person nach der Durchführung aktivierender oder rehabilitativer Maßnahmen in einen niedrigeren Pflegegrad zurückgestuft wurde oder festgestellt wurde, dass die zuvor pflegebedürftige Person nicht mehr pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI ist und die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse bewilligt hat (§ 39 Absatz 5 BBhV); in diesen Fällen haben die Pflegeeinrichtungen Anspruch auf Zahlung eines Anerkennungsbetrages in Höhe von **3.085 Euro** je Pflegebedürftigen.

Für weitere Fragen zum Thema können Sie uns gern telefonisch unter **0391 62570-699** kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Beihilfeteam

im Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt

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