

Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Voraussetzungen für Pflegeleistungen durch Beihilfe und Pflegeversicherung (Berechnungen und Beispiele nach §§ 38 bis 49 BVO)

(Stand: 01. Januar 2026)

1. Rechtsgrundlagen

- Beihilfeverordnung (BVO) des Landes Baden-Württemberg
- Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – (SGB XI)

2. Voraussetzungen

Voraussetzung für die Gewährung von Beihilfe ist, dass die pflegebedürftige Person entweder selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähige Angehörige einer beihilfeberechtigten Person (Achtung: Einkünftegrenze für berücksichtigungsfähige Angehörige 20.000 €) ist.

Um im Pflegefall Leistungen der Beihilfe und der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, bedarf es einer Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Pflegeversicherung und einer Zuordnung zu einem Pflegegrad nach SGB XI.

Pflegeversicherung ist generell die Krankenkasse, bei der der Pflegebedürftige krankenversichert ist.

Beispiele: Gesetzlich Krankenversicherte = Pflegeversicherung ist organisatorisch der Krankenversicherung angeschlossen (z.B. AOK, Ersatzkassen)
Privat Krankenversicherte = Vertrag mit der privaten Pflegeversicherung bei der jeweiligen privaten Krankenversicherung (z. B. Debeka, Signal, Allianz u.a.)

2.1 Antragstellung/Begutachtung

Leistungen der Pflegeversicherung werden immer nur auf Antrag gewährt. Im Pflegefall ist daher ein Antrag bei der zuständigen Pflegeversicherung/Pflegekasse zu stellen. Das dortige Eingangsdatum ist später entscheidend für Beginn der Leistungen.

Sobald der Antrag auf Pflegeleistungen gestellt ist, beauftragt die zuständige Pflegeversicherung einen Gutachter mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit:

- In der sozialen Pflegeversicherung (AOK, Ersatzkassen) versicherte Personen werden durch den Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung (MDK) begutachtet.
- In der privaten Pflegeversicherung werden diese Aufgaben durch Gutachter der „Medicproof GmbH“ durchgeführt.

Für alle Medizinischen Dienste ist das Verfahren der Begutachtung in den bundesweit einheitlich geltenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien) verbindlich geregelt.

Eine Begutachtung ist keine ärztliche Untersuchung. Es wird durch Fragen ermittelt, inwieweit der Pflegebedürftige in seinen Fähigkeiten eingeschränkt ist und wo er Hilfe benötigt.

2.2 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor?

Pflegebedürftig sind Personen, die Hilfe durch andere bedürfen, weil bei Ihnen gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den nachfolgenden sechs Bereichen bestehen:

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Die betroffenen Personen können hierbei die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlichen Belastungen / Anforderungen nicht selbstständig bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen.

2.3 Bestätigung der Pflegebedürftigkeit

Die Pflegeversicherung wertet die Begutachtungsaufzeichnungen aus und entscheidet

- ob und ggf. seit wann die Pflegebedürftigkeit vorliegt,
- welche Einstufung in einen der Pflegegrade 1 bis 5 erfolgt.

Zu dieser Einstufung erhält der Pflegebedürftige von der Pflegeversicherung einen entsprechenden Bescheid („Einstufungsbescheid“) und eine Mehrfertigung des Gutachtens.

2.4 Vorlage des Bescheids bei der Beihilfestelle

Der Bescheid der Pflegeversicherung ist der Beihilfestelle vorzulegen. Der Einstufungsbescheid ist hinsichtlich des zuerkannten Pflegegrades und der Art der Pflege auch für die Beihilfegewährung bindend. Hier gilt der Grundsatz: „Beihilfe folgt der Pflegeversicherung“, so dass seitens der Beihilfestelle keine zusätzliche Begutachtung durchzuführen ist.

Die Beihilfe wird ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung bei der Beihilfestelle oder Pflegeversicherung gewährt.

Ohne Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Zuordnung zu einem Pflegegrad kann eine Beihilfe nicht gewährt werden.

3. Überblick über Leistungen der Beihilfe und der Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit

3.1 Pflegeberatung und Beratungsbesuch nach § 39 BVO

3.2 Häusliche Pflege durch Pflegepersonen, (z.B. durch Angehörige) Pflegegeld pauschale nach § 40 Abs. 2 BVO

3.3 Häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Pflegesachleistungen) durch Berufspflegekräfte nach § 40 Abs. 1 BVO

3.4 Kombinationspflege nach § 40 Abs. 3 BVO

3.5 Wohngruppenzuschlag nach § 40 Abs. 4 BVO

3.6 Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 BVO

3.7 Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege nach § 42 BVO

3.8 Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 BVO

3.9 Vollstationäre Pflege nach § 44 BVO

3.10 Entlastungsbetrag und Umwandlungsanspruch nach § 45 BVO

3.11 Individuelle Wohnumfeldverbesserung nach § 46 BVO

3.12 Pflegehilfsmittel nach § 47 BVO

3.13 Pflegeunterstützungsgeld nach § 48 BVO

3.14 Digitale Pflegeanwendungen nach § 49 BVO

Beihilfefähige Aufwendungen im Einzelnen:

3.1 Pflegeberatung und Beratungsbesuch

1. Nach § 7a SGB XI haben Pflegebedürftige einen gesetzlichen Anspruch auf individuelle und kostenfreie Pflegeberatung. Aufgabe der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI ist es danach insbesondere,
 - den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst sowie die Ergebnisse der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 SGB XI systematisch zu erfassen und zu analysieren, einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen, auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen,
 - bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren sowie
 - über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren.

Die Kosten werden von der Beihilfestelle getragen, wenn beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder beantragt haben und erkennbar Hilfs- und Beratungsbedarf besteht.

Nach § 37 Absatz 1 Satz 2 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) wird der von der Beihilfestelle an die Träger der Pflegeberatung zu zahlende Betrag durch Rundschreiben des Bundesministeriums des Innern (BMI) bekanntgegeben.

2. Pflegebedürftige, die nur Pflegegeld erhalten, müssen in regelmäßigen Abständen einen Beratungsbesuch abrufen. Die Beratung erfolgt im Regelfall durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung.

Die Beratungsbesuche dienen hierbei der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der Unterstützung pflegender Angehöriger. Pflegefachpersonen prüfen die Pflegesituation, geben praktische Tipps, informieren über Pflegesachleistungen, Kurzzeitpflege, Wohnraumanpassungen und weitere Hilfsangebote. Ziel ist es, die Versorgung des Pflegebedürftigen sicherzustellen und pflegende Angehörige zu entlasten.

3. Häufigkeit der Besuche und Pflegegrade

Ab 2026 sind die Beratungsbesuche für Pflegegrade 2 bis 5 verpflichtend einmal pro Halbjahr durchzuführen. Für Pflegegrade 4 und 5 ist weiterhin eine vierteljährliche Durchführung freiwillig möglich. Pflegegrad 1 bleibt unverändert: Beratung ist freiwillig einmal pro Halbjahr möglich.

Die Kosten für den Beratungsbesuch sind in der Höhe beihilfefähig, in der die Vergütung dafür zwischen den Pflegekassen und den Trägern der zugelassenen Pflegedienste vereinbart wurde.

3.2 Häusliche Pflege durch geeignete Pflegepersonen (z.B. durch Angehörige) Pflegegeldpauschale nach § 40 Abs. 2 BVO

Beihilfefähige Aufwendungen je Kalendermonat für Pflegebedürftige:

Pflegegeld:

Pflegegrad 2:	347 €
Pflegegrad 3:	599 €
Pflegegrad 4:	800 €
Pflegegrad 5:	990 €

Beihilfe wird nur auf Antrag gewährt (Vordruck LBV 341).

Beispiel:

Ruhestandsbeamter in Pflegegrad 3, privat versichert, Pflege durch Ehefrau

Pflegegeld in Pflegegrad 3 (Pauschale):	599,00 €
Leistung private Pflegeversicherung 30 % aus 599,00 € =	179,70 €
Leistung der Beihilfe: 70 % aus 599,00 € =	<u>419,30 €</u>
Summe:	599,00 €

3.3 Häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte Pflegesachleistungen durch Berufspflegekräfte nach § 40 Abs.1 BVO

Beihilfefähige Aufwendungen je Kalendermonat für Pflegebedürftige:

Pflegesachleistungen:

Pflegegrad 2	bis zu:	796 €
Pflegegrad 3	bis zu:	1.497 €
Pflegegrad 4	bis zu:	1.859 €
Pflegegrad 5	bis zu:	2.299 €

Beispiel:

Ruhestandsbeamter in Pflegegrad 4, privat versichert. Pflege durch Sozialstation,
Kosten 1.950,00 €

Pflegegeld in Pflegegrad 4 (Pauschale)	1.859,00 €
--	------------

Leistung der privaten Pflegeversicherung:	
30 % aus 1.859,00 € =	557,70 €
Leistung der Beihilfe: 70 % aus 1.859,00 € =	<u>1.301,30 €</u>
Summe:	1.859,00 €

Die über den Pflegesachleistungssatz hinausgehenden Kosten (hier: 1.950,00 € - 1.859,00 € = 91,00 €) sind nicht beihilfefähig und als Eigenanteil zu übernehmen.

3.4 Kombinationspflege nach § 40 Abs. 3 BVO

3.4.1 Berechnung der Beihilfe:

Pflege erfolgt teilweise durch geeignete Pflegekräfte (Berufspflegekräfte) nach § 40 Abs. 1 BVO, teilweise durch geeignete Pflegepersonen (z. B. Tochter, Sohn, Nachbarn) nach § 40 Abs. 2 BVO.

Beispiel:

Ruhestandsbeamter in Pflegegrad 3, privat pflegeversichert

Rechnung einer Berufspflegekraft (§ 40 Abs. 1 BVO):	998,00 €
Pflegegeld (§ 40 Abs. 2 BVO):	<u>599,00 €</u>
Summe:	1.597,00 €

Der beihilfefähige Höchstbetrag für Kombinationspflege in Pflegegrad 3 ist identisch mit dem Stufenbetrag nach § 40 Abs. 1 BVO und beträgt

1.497,00 €

Hieraus 70 % Beihilfe:

1.047,90 €

Die Aufwendungen für die Kombinationspflege können mit den Rechnungen der Berufspflegekräfte im Vordruck LBV 301 geltend gemacht werden. Ein anteiliges monatliches Pflegegeld wird automatisch ergänzend berücksichtigt.

3.4.2 Berechnung der durch die private Pflegeversicherung zu erbringenden Leistung:

Die einzelnen Leistungen (Pflegesachleistung und Pflegegeld) werden in ein Verhältnis zueinander gesetzt.

Beispiel:

Der Sachleistungssatz in Pflegegrad 3 in Höhe von 1.497,00 € ist durch die Rechnung der Berufspflegekraft (= 998,00 €) bereits zu 66,7 % ausgeschöpft. Für die Pflegeleistungen der Ehefrau verbleiben somit noch 33,3 % (33,3 % aus 599,00 € = 199,47 €).

Versicherungsleistung für Einsatz der Berufspflegekraft:
30 % aus 998,00 €

299,40 €

Versicherungsleistung für Einsatz der Ehefrau:
30 % aus 199,47 €

59,84 €

Summe:

359,24 €

Gesamtleistung Nr. 3.3.1 Beihilfe und 3.3.2 PKV:

1.407,14 €

3.5 Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 40 Abs. 4 BVO

Pflegebedürftige Personen in ambulant betreuten Wohngruppen, denen Beihilfe nach vorstehender Nr. 3.2 (§ 40 Abs. 2 BVO) oder Nr. 3.3 (§ 40 Abs. 1 BVO) oder nachfolgend Nr. 3.10 (§ 45 BVO) gewährt wird, erhalten monatlich zusätzlich einen pauschalen beihilfefähigen Zuschlag in Höhe von 224 €. Der Wohnungsgruppenzuschlag muss bei der Beihilfestelle mit einem Vordruck besonders beantragt werden. Das LBV hält hierfür den Vordruck LBV 342 bereit.

Neben dem Wohngruppenzuschlag sind die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen nach den Vorgaben des § 45e SGB XI beihilfefähig, wenn auch die private oder soziale Pflegeversicherung hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat.

3.6 Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach § 41 BVO

Beihilfefähige Aufwendungen je Kalendermonat für Pflegebedürftige:

Pflegegrad 2	bis zu	721 €
Pflegegrad 3	bis zu	1.357 €
Pflegegrad 4	bis zu	1.685 €
Pflegegrad 5	bis zu	2.085 €

Aufwendungen für teilstationäre Tages- und Nachtpflege sind neben den Aufwendungen der häuslichen Pflege und neben dem Zuschlag bei ambulanten Wohngruppen nach vorstehender Nr. 3.5 beihilfefähig.

Beispiel:

Ruhestandsbeamter in Pflegegrad 3, Pflege erfolgt durch die Tochter (mtl. Pflegepauschale 599 €) und durch die Tagespflegeeinrichtung (mtl. Rechnungsbetrag 2.141,00 €).

Leistungen zu Aufwendungen in der Tagespflegeeinrichtung:

Private Pflegeversicherung:	30 % aus 1.357,00 €	407,10 €
Beihilfe:	70 % aus 1.357,00 €	<u>949,90 €</u>
Summe:		1.357,00 €

Leistungen für häusliche Pflege durch die Tochter:

Private Pflegeversicherung: 30 % aus 599,00 €	179,70 €
Beihilfe: 70 % aus 599,00 €	<u>419,30 €</u>
Summe:	599,00 €

Gesamtkosten:	2.141,00 €
Gesamtleistung Beihilfe und Private Pflegeversicherung: (1.357,00 € + 599,00 €):	<u>-1.956,00 €</u>
Eigenleistung:	185,00 €

3.7 Gemeinsamer Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege Versorgung pflegebedürftiger Personen bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson nach § 42 BVO

Ist eine Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der häuslichen Pflege einer pflegebedürftigen Person, die mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist, gehindert, so können die Aufwendungen als beihilfefähig anerkannt werden (Verhinderungspflege).

Ebenfalls beihilfefähig sind Aufwendungen für vollstationäre Pflege in einer geeigneten Einrichtung im Rahmen der Kurzzeitpflege, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann.

Für beide Pflegearten (Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege) kann insgesamt der gemeinsame Jahresbetrag von bis zu 3.539 € je Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Dies gilt außerdem, wenn die Verhinderungspflege von einem nahen Angehörigen der pflegebedürftigen Person erbracht wird.

Im Bereich der Kurzzeitpflege können neben diesen pflegebedingten Aufwendungen auch Aufwendungen für die Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) beihilfefähig sein, soweit sie einen bestimmten Eigenanteil übersteigen.

Beispiel:

Eine pflegebedürftige Person war 23 Tage zur Kurzzeitpflege in einer Einrichtung, die pro Tag 98 € für die Pflegeaufwendungen in Rechnung stellt. Insgesamt ergeben sich somit pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 2.254 €. In dem Kalenderjahr wurde noch keine Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Die beihilfefähigen Pflegeaufwendungen können somit vollständig aus dem gemeinsamen Jahresbetrag der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Höhe von 3.539 € erstattet werden.

Der monatliche Eigenanteil, den beihilfeberechtigte Personen an den Unterkunftskosten selbst zu tragen haben, beträgt bei beihilfeberechtigten Personen mit einem Angehörigen 250 €. Angehörige in diesem Sinne sind Ehegattinnen/Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartner und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder.

Hat die beihilfeberechtigte Person keine Angehörigen in diesem Sinne oder sind die Angehörigen (z.B. die Ehegattin/Ehegatte) ebenfalls in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht, so beträgt der Eigenanteil 70 % der Bruttobezüge sowie der Renten aus gesetzlichen Rentenversicherungen und aus zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen (z.B. Betriebsrenten).

Übersteigt der Eigenanteil die beihilfefähigen Aufwendungen für die Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) kann hierzu keine Beihilfe gewährt werden.

Die Unterkunftskosten sind dem Grunde nach nur für den Zeitraum beihilfefähig, für den die pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig sind.

Die Aufwendungen sind mit entsprechenden Rechnungen (bspw. von der Pflegeeinrichtung) und dem Beihilfeantragsvordruck LBV 301 geltend zu machen.

3.8 Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 BVO

3.8.1 Teilstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Wird die Pflege teilstationär erbracht, so sind die Aufwendungen in folgender Höhe monatlich beihilfefähig:

Pflegegrad 2	159,00 € je Kalendermonat,
Pflegegrad 3	287,00 € je Kalendermonat,
Pflegegrad 4	383,50 € je Kalendermonat,
Pflegegrad 5	474,50 € je Kalendermonat.

Daneben sind Aufwendungen nach § 40 Abs. 2 BVO (= häusliche Pflege durch eine Nicht-Berufspflegekraft) beihilfefähig.

3.8.2 Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Wird die Pflege vollstationär erbracht, so sind Aufwendungen in folgender Höhe monatlich beihilfefähig:

Pflegegrad 2	278 € je Kalendermonat,
Pflegegrad 3	574 € je Kalendermonat,
Pflegegrad 4	767 € je Kalendermonat,
Pflegegrad 5	949 € je Kalendermonat.

3.8.3 Beginn und Ende der Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Im Monat des Beginns und der Beendigung der Pflege werden die Beträge für teilstationäre und vollstationäre Pflege halbiert. Damit sind ausschließlich Teilmonate gemeint, nicht jedoch, wenn die Pflege am ersten Kalendertag eines Monats beginnt oder am letzten Kalendertag eines Monats endet.

3.9 Vollstationäre Pflege nach § 44 BVO

3.9.1 Voraussetzung für die Gewährung von Beihilfe zu den Aufwendungen für vollstationäre Pflege ist, dass die

- untergebrachte Person entweder selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger einer beihilfeberechtigten Person ist,
- Zuordnung zu einem Pflegegrad nach dem SGB XI erfolgt ist,

- häusliche Pflege längerfristig nicht ausreichend möglich ist und
- die Pflege in einer Einrichtung mit Versorgungsvertrag (zugelassen nach § 72 Abs. 1 S. 1 SGB XI) erfolgt.

Berücksichtigungsfähige Angehörige des Beihilfeberechtigten sind dessen im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder sowie der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner des Beihilfeberechtigten. Der Gesamtbetrag der Einkünfte des Ehegatten darf in beiden Kalenderjahren vor der Stellung des Beihilfeantrags die maßgebliche Einkünftegrenze von 20.000 € nicht überschreiten.

Aufwendungen für eine vollstationäre Pflege in einer dafür zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI) sind beihilfefähig. Zugelassene Pflegeeinrichtungen haben mit den Pflegekassen entsprechende Versorgungsverträge abgeschlossen. Verzeichnisse oder Informationen über zugelassene Pflegeeinrichtungen erhalten Sie z.B. bei den Gemeinde- bzw. Stadtverwaltungen und den jeweiligen Landkreisen.

3.9.2 Welche Aufwendungen können bei einer dauerhaften vollstationären Pflege berücksichtigt werden?

Bei den Kosten für eine dauerhafte, vollstationäre Pflege ist zwischen den Kosten für die Pflege und den Kosten für das Wohnen (Unterkunftskosten einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) zu unterscheiden.

3.9.3 Pflegekosten

Zu den beihilfefähigen Pflegekosten zählen die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Das Pflegeversicherungsrecht (§ 43 Absatz 2 SGB XI) sieht hierfür monatlich je nach Pflegegrad folgende Pauschalbeträge vor:

in Pflegegrad 1 bis zu	131 €
in Pflegegrad 2 bis zu	805 €
in Pflegegrad 3 bis zu	1.319 €
in Pflegegrad 4 bis zu	1.855 €
in Pflegegrad 5 bis zu	2.096 €

Wer in Pflegegrad 2 bis 5 stationär gepflegt wird, erhält neben dem mtl. Pflegepauschalbetrag durch den Leistungszuschlag der Pflegeversicherung nach § 43c SGB XI eine finanzielle Entlastung. Der Eigenanteil an den pflegebedingten Aufwendungen wird durch den Leistungszuschlag verringert. Die Pflegeversicherungen informieren ihre Versicherten über diesen Zuschlag. Der Leistungszuschlag berechnet sich wie folgt:

Dauer der bisherigen stationären Pflege	Höhe des Leistungszuschlags in Prozent des zu zahlenden Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen
bis zu 12 Monate	15 %
mehr als 12 Monate	30 %
mehr als 24 Monate	50 %
mehr als 36 Monate	75 %

Beihilferechtlich ändert sich insoweit nichts, da die Pflegekosten ohnehin in tatsächlich entstandener Höhe stets beihilfefähig sind.

Die pflegebedingten Aufwendungen zur stationären Pflege sind grundsätzlich in vollem Umfang (d.h. gegebenenfalls auch über die oben genannten Stufenbeträge hinaus) beihilfefähig. Die anteilige Beihilfe ist dabei jedoch von der bestehenden Pflegeversicherungsart (privat oder gesetzlich) abhängig:

- **Private Pflegeversicherung**
Die private Pflegeversicherung erstattet die entstandenen Pflegekosten bis zum jeweiligen Pauschalbetrag anteilig zum vereinbarten Prozentsatz (20%, 30% oder 50%).
Die Beihilfe erstattet die entstandenen Pflegekosten nach dem jeweils zustehenden Bemessungssatz (50%, 70% oder 80%). Eine Begrenzung der beihilfefähigen Pflegekosten auf den jeweiligen Pauschalbetrag erfolgt nicht.
- **Gesetzliche Pflegeversicherung**
Die gesetzliche Pflegeversicherung erstattet nach § 28 Abs. 2 SGB XI die Pflegekosten bis zum jeweiligen Pauschalbetrag zu 50%. Die restlichen 50% werden bis zum Erreichen des jeweiligen Pauschalbetrags durch die Beihilfe gewährt. Zusätzlich werden die ggf. über den Pauschalbetrag hinausgehenden Pflegekosten nach dem jeweils zustehenden Bemessungssatz (50%, 70% oder 80%) erstattet.
Handelt es sich bei der pflegebedürftigen Person jedoch um eine bei der Beihilfe berücksichtigungsfähige Person (z.B. Ehegatte), die **aus eigenem Recht** gesetzlich versichert ist, erstattet die gesetzliche Pflegeversicherung den jeweiligen Pauschalbetrag zu 100%. Eine Beihilfeleistung kann nur zu den ggf. über den Pauschalbetrag hinausgehenden Pflegekosten nach dem jeweils zustehenden Bemessungssatz (80%, 70% oder 50%) erfolgen.

3.9.4 Unterkunftskosten

Neben den pflegebedingten Aufwendungen sind auch die Aufwendungen für Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung) dem Grunde nach beihilfefähig, soweit sie einen bestimmten Eigenanteil übersteigen.

Der monatliche Eigenanteil, den die/der Beihilfeberechtigte an den Unterkunftskosten selbst zu tragen hat, beträgt bei Beihilfeberechtigten mit einer/m Angehörigen 250 €, mit zwei Angehörigen 220 €, mit drei Angehörigen 190 € und mit mehr als drei Angehörigen 160 €. Angehörige in diesem Sinne sind Ehegattinnen/Ehegatten, eingetragene Lebenspartnerinnen/Lebenspartnerinnen/ und im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder.

Hat der Beihilfeberechtigte keine/n Angehörige/n in diesem Sinne oder sind die Angehörigen ebenfalls in einer vollstationären Pflegeeinrichtung untergebracht, so beträgt der Eigenanteil 70 % der Bruttobezüge sowie der Renten aus gesetzlichen Rentenversicherungen und aus zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen (z.B. Betriebsrenten).

Übersteigt der Eigenanteil die beihilfefähigen Aufwendungen für die Unterkunft (einschließlich Investitionskosten und Verpflegung), so werden hierzu keine Beihilfeleistungen gewährt.

Seit dem 1.01.2017 haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 neben den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen einen vom Pflegegrad unabhängigen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zu entrichten. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil ist für alle Bewohner (Pflegegrad 2 bis 5) einer vollstationären Pflegeeinrichtung gleich hoch.

3.9.5 Berechnungsbeispiele zur Leistung der Beihilfe mit der Pflegeversicherung bei stationärer Pflege in einer Pflegeeinrichtung

3.9.5.1 **Ruhestandsbeamter seit 1 Monat im Pflegeheim, PG 3 (1.319,00 €), privat pflegeversichert, Ruhegehalt: 3.200 € brutto, eine berücksichtigungsfähige Angehörige (Ehefrau).**

1. Heimentgelt mtl.	5.100,00 €
davon entfallen auf	
Pflegekosten	3.500,00 €
Unterkunft, Verpflegung:	
Und Investitionskosten:	1.600,00 €

2. Abrechnung Pflegekosten:

Pflegekosten einschl. Ausbildungsumlage	3.500,00 €
Abzüglich gesetzliche Höchstpauschale PG 3	<u>1.319,00 €</u>
Somit ungedeckte Pflegekosten	2.181,00 €

Erstattung Pflegeversicherung (PKV)

30 % Anteil der priv. Pflegeversicherung aus Höchstpauschale PG 3 (1.319,00 €)	395,70 €
---	----------

Leistungszuschlag 0-12 Monate in Höhe von 15 % Des Eigenanteils an ungedeckten Pflegekosten Von 2.181,00 € = 327,15 € davon Erstattung Anteil PKV 30 %	<u>98,15 €</u>
Summe Anteil PKV	493,85 €

3. Erstattung Beihilfe

70 % Anteil Beihilfe aus Höchstpauschale PG 3 (1.319,00 €)	923,30 €
70 % Anteil Beihilfe an ungedeckten Pflegekosten (2.181,00 €)	<u>1.526,70 €</u>
Summe Anteil Beihilfe	2.450,00 €

4. Abrechnung Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten

Unterkunftskosten	1.600,00 €
abzüglich kleiner Selbstbehalt (250,00 €)	- <u>250,00 €</u>
verbleiben Kosten Unterkunft	1.350,00 €
davon Anteil Beihilfe 70 %	945,00 €

5. Zusammenstellung der Kostenerstattungen

Erstattung Pflegeversicherung/PKV für Pflege (vgl. Ziff. 2)	493,85 €
Erstattung Beihilfe für Pflege (vgl. Ziff. 3)	2.450,00 €
Erstattung Beihilfe für Unterkunft (vgl. Ziff. 4)	<u>945,00 €</u>
Erstattung insgesamt	3.888,85 €
Heimkosten	5.100,00 €
Ungedeckter Eigenanteil (5.100,00 € - 3.888,85 €)	1.211,15 €

3.9.5.2 **Alleinstehender Ruhestandsbeamter seit 1 Monat im Pflegeheim, in PG 3 (1.319,00 €), privat pflegeversichert, Ruhegehalt: 3.200,00 € brutto.**

1. Heimentgelt mtl.	5.100,00 €
davon entfallen auf Pflegekosten	3.500,00 €
Unterkunft, Verpflegung: Und Investitionskosten:	1.600,00 €

2. Abrechnung Pflegekosten:

Pflegekosten einschl. Ausbildungsumlage	3.500,00 €
Abzüglich gesetzliche Höchstpauschale PG 3	<u>1.319,00 €</u>
Somit ungedeckte Pflegekosten	2.181,00 €

Erstattung Pflegeversicherung (PKV)

30 % Anteil der priv. Pflegeversicherung aus Höchstpauschale PG 3 (1.319,00 €)	395,70 €
---	----------

Leistungszuschlag 0-12 Monate in Höhe von 15 %
des Eigenanteils an ungedeckten Pflegekosten

Von 2.181,00 € = 327,15 €

davon Erstattung Anteil PKV 30 %	<u>98,15 €</u>
Summe Anteil PKV	493,85 €

3. Erstattung Beihilfe

70 % Anteil Beihilfe aus Höchstpauschale PG 3 (1.319,00 €)	923,30 €
---	----------

70 % Anteil Beihilfe an ungedeckten Pflegekosten (2.181,00 €)	<u>1.526,70 €</u>
Summe Anteil Beihilfe	2.450,00 €

4. Abrechnung Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten

Unterkunftskosten	1.600,00 €
-------------------	------------

abzüglich großer Selbstbehalt

(70 % aus 3.200 € Ruhegehalt)	<u>-2.450,00 €</u>
-------------------------------	--------------------

Selbstbehalt höher als Unterkunftskosten, deshalb keine Beihilfe!	0,00 €
--	--------

5. Zusammenstellung der Kostenerstattungen

Erstattung Pflegeversicherung/PKV für Pflege (vgl. Ziff. 2)	493,85 €
Erstattung Beihilfe für Pflege (vgl. Ziff. 3)	2.450,00 €
Erstattung Beihilfe für Unterkunft (vgl. Ziff. 4)	<u>0,00 €</u>
Erstattung insgesamt	2.943,85 €
Heimkosten	5.100,00 €
Ungedeckter Eigenanteil (5.100,00 € - 2.943,85 €)	2.156,15 €

3.9.5.3 Alleinstehende Beamtenwitwe im Pflegeheim seit 37 Monaten in PG 5 (2.096,00 €), privat pflegeversichert, Witwengeld 1.800,00 € und Altersrente 460,00 € (zusammen 2.260,00 €)

1. Heimentgelt mtl.	6.000,00 €
davon entfallen auf Pflegekosten	3.800,00 €
Unterkunft, Verpflegung: Und Investitionskosten:	2.200,00 €

2. Abrechnung Pflegekosten:

Pflegekosten einschl. Ausbildungsumlage	3.800,00 €
Abzüglich gesetzliche Höchstpauschale PG 3	<u>2.096,00 €</u>
Somit ungedeckte Pflegekosten	1.704,00 €

Erstattung Pflegeversicherung (PKV)

30 % Anteil der priv. Pflegeversicherung aus Höchstpauschale PG 5 (2.096,00 €)	628,80 €
---	----------

Leistungszuschlag ab 36 Monate in Höhe von 75 %
des Eigenanteils an ungedeckten Pflegekosten
von 1.704,00 € = 1.278,00 €
davon Erstattung Anteil PKV 30 %

<u>383,40 €</u>
1.012,20 €

3. Erstattung Beihilfe

70 % Anteil Beihilfe aus Höchstpauschale PG 5 (2.096,30 €)	1.467,20 €
70 % Anteil Beihilfe an ungedeckten Pflegekosten (1.704,00 €)	<u>1.192,80 €</u>
Summe Anteil Beihilfe	2.660,00 €

4. Abrechnung Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten

Unterkunftskosten	2.200,00 €
abzüglich großer Selbstbehalt (70 % aus 2.260 € Ruhegehalt und Rente)	- 1.582,00 €
Verbleiben Kosten Unterkunft	618,00 €
davon Anteil Beihilfe 70 %	432,60 €

5. Zusammenstellung der Kostenerstattungen

Erstattung Pflegeversicherung/PKV für Pflege (vgl. Ziff. 2)	1.012,20 €
Erstattung Beihilfe für Pflege (vgl. Ziff. 3)	2.660,00 €
Erstattung Beihilfe für Unterkunft (vgl. Ziff. 4)	<u>432,60 €</u>
Erstattung insgesamt	4.104,80 €
Heimkosten	6.000,00 €
Ungedeckter Eigenanteil (6.000,00 € - 4.104,80 €)	1.895,20 €

3.9.6 Welche Unterlagen sind für die Beihilfegewährung erforderlich?

Zur Gewährung von Beihilfe aus Anlass einer vollstationären Pflege werden der Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung zur Pflegebedürftigkeit und die Rechnungen der Pflegeeinrichtung mit dem üblichen Beihilfeantragsvordruck benötigt.

3.9.7 Werden Abschlagszahlungen gewährt?

Es werden monatliche Abschlagszahlungen zu den Aufwendungen für vollstationäre Pflege in Höhe der voraussichtlichen Beihilfeleistungen geleistet, wenn ein Nachweis über die Pflegekosten in der Einrichtung vorgelegt wird. Dies kann beispielsweise eine Musterrechnung oder die Preisliste des Pflegeheims sein.

Die Abschlagszahlungen für die Dauer von sechs Monaten werden jeweils zur Monatsmitte überwiesen. Nach Ablauf der sechs Monate muss mit dem Beihilfeantragsvordruck unter Vorlage der Rechnungen der Pflegeeinrichtung für den abgelaufenen Abschlagszeitraum die endgültige Festsetzung der Beihilfe beantragt werden. Dabei ist zu beachten, dass eventuelle Unterbrechungszeiten z.B. durch Krankenhausaufenthalte oder sonstige Gründe, die zum Wegfall des Anspruchs führen, zu einer Rückforderung von Beihilfeleistungen führen können.

3.10 Entlastungsbetrag nach § 45 BVO

Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) in häuslicher Pflege haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von 131 € pro Monat. Der Betrag dient zur Erstattung von Aufwendungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

- der teilstationären Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege,
- der Kurzzeitpflege
- von Pflegekräften im Sinne des § 40 Absatz 1 BVO (Berufspflegekräfte); in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für die Leistungen im Bereich der Selbstversorgung (z.B. Körperpflege, Nahrungsaufnahme usw.),
- der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI.

Die Leistung kann innerhalb des jeweiligen Kalenderjahres in Anspruch genommen werden. Ein nicht ausgeschöpfter Jahresbetrag kann in das nächste Kalenderhalbjahr übertragen werden; ein weiterer Übertrag ist nicht möglich.

3.11 Aufwendungen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes nach § 46 BVO

Der beihilfefähige Betrag für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen beträgt 4.180 €. Bei mehreren Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen Wohnung ist der Gesamtbetrag je Maßnahme auf 16.720 € begrenzt. Es ist nur der Betrag beihilfefähig, aus dem die Pflegeversicherung ihren anteiligen Zuschuss berechnet.

3.12 Pflegehilfsmittel nach § 47 BVO

Pflegebedürftige (Pflegegrad **1 bis 5**) haben grundsätzlich Anspruch auf Hilfsmittel. Hilfsmittel müssen ärztlich verordnet oder durch den Gutachter der medizinischen Dienste befürwortet werden und im Hilfsmittelverzeichnis der BVO (Anlage 9 zur Beihilfeverordnung) aufgeführt sein. Es sei denn, das im Hilfsmittelverzeichnis **nicht** aufgeführte Hilfsmittel wird von der Pflegeversicherung anteilig bezuschusst. In einem solchen Fall wäre das Hilfsmittel ebenfalls beihilfefähig. Im Fall einer **stationären** Pflege sind aber grundsätzlich nur diejenigen Hilfsmittel beihilfefähig, die zum Verbrauch bestimmt sind, individuell angepasst sind oder die überwiegend nur dem Pflegebedürftigen allein überlassen sind, sofern sie nicht üblicherweise von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung zu stellen sind. Üblicherweise von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung zu stellende Hilfsmittel sind z.B. Gehgestelle, Badewannenlifter, Zimmerrollstühle usw..

Beteiligt sich die Pflegeversicherung an den Kosten für das Hilfsmittel, so ist die Vorlage einer gesonderten ärztlichen Verordnung nicht mehr notwendig.

Bei Hilfsmitteln sind die Eigentumsverhältnisse an einem (meist teureren) Hilfsmittel zu beachten. Aufwendungen für die Anschaffung von Hilfsmitteln sind nämlich dann nicht beihilfefähig, wenn das Eigentum einem anderen als der beihilfeberechtigten

oder berücksichtigungsfähigen Person zusteht. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Gegenstand nur im Ausleihverfahren zur Verfügung gestellt wird. Ist eine Beihilfe für die Anschaffung gewährt worden und das Eigentum wird später einem anderen überlassen, so ist die beihilfeberechtigte Person verpflichtet, die Beihilfestelle unverzüglich von diesem Vorgang zu unterrichten. Sie ist weiterhin verpflichtet, die Beihilfe nach dem Zeitwert anteilig zurückzuzahlen.

Neben der Anschaffung (Kauf) eines Hilfsmittels ist die kurzzeitige Miete eines Hilfsmittels möglich oder auch die langfristige Gebrauchsüberlassung gegen Zahlung eines Einmalbetrags (in Form einer Fallpauschale); beihilfefähig ist die finanziell günstigste Form.

Für ärztlich verordnete, zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel u. ä.) nach § 47 Abs. 3 BVO, die nicht nach Anlage 2 zur BVO beihilfefähig sind, ist bei häuslicher Pflege eine Pauschale bis zu dem in § 40 Abs. 2 Satz 1 SGB XI genannten Betrag beihilfefähig. Von der Pflegekasse und der Beihilfe wird der monatliche Betrag von derzeit 42 € anteilig erstattet.

3.13 Pflegeunterstützungsgeld nach § 48 BVO

3.13.1 Pflege erfolgt durch eine nicht beihilfeberechtigte Person

Tritt bei einem pflegebedürftigen Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen eine akute Pflegesituation auf, können berufstätige Personen bis zu zehn Arbeitstagen der Arbeit fernbleiben, um eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung sicherzustellen. Für diesen Zeitraum besteht ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld als Ausgleich für das entgangene Arbeitsentgelt. Dies gilt jedoch nicht, wenn ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht.

Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Wurde durch den Arbeitgeber in den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung eine beitragspflichtige Einmalzahlung (zum Beispiel Urlaubs- oder Weihnachtsgeld) gewährt, erhöht sich das Pflegeunterstützungsgeld auf 100 Prozent. Außerdem werden Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge entrichtet.

Das Pflegeunterstützungsgeld muss von dem pflegenden nahen Angehörigen beantragt werden. Zur Beantragung wird von der Beihilfestelle auf Anforderung ein Antrag übersandt.

3.13.2 Pflege erfolgt durch eine im aktiven Beamtenverhältnis stehende beihilfeberechtigte Person

In einem solchen Fall ist die vorstehende beihilferechtliche Regelung des § 48 BVO nicht anzuwenden. Die Zahlung der dem beihilferechtlichen Pflegeunterstützungsgeld vergleichbaren Leistung in Form einer Weiterzahlung der Dienstbezüge nach § 74 Abs. 1 Landesbeamtengesetz (LBG) wird durch die personalverwaltende Stelle gegenüber der besoldungsregelnden Stelle (z. B. LBV) veranlasst.

3.14 Digitale Pflegeanwendungen nach § 49 BVO

Aufwendungen für digitale Pflegeanwendungen im Sinne des § 40a SGB XI sowie ergänzende Unterstützungsleistungen im Sinne des § 39a SGB XI können monatlich bis zu 40 € (§ 40 a SGB XI) und bis zu 30 € (§ 39a SGB XI) als beihilfefähig anerkannt werden.

Voraussetzung ist, dass die digitale Pflegeanwendung in dem Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vorhanden ist.

Eine separate ärztliche Verordnung ist nicht notwendig.