Merkblatt Häusliche Pflege

nach den Bestimmungen der BVO NRW

Dieses Merkblatt soll Ihnen eine Übersicht über die wichtigsten Bestimmungen zur Beihilfefähigkeit von ambulanten Pflegeleistungen geben.

Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten, da für die Festsetzung Ihrer Beihilfe die Beihilfevorschriften (BVO, insbesondere §§ 5 ff.) des Landes NRW in der jeweils geltenden Fassung maßgebend sind.

Inhaltsverzeichnis

1.	Pflegebedürftigkeit – was heißt das eigentlich?	2
2.	Was bedeutet Behandlungspflege?	3
3.	Anerkennungsverfahren und Pflegegrade	3
4.	Pflegesachleistungen	4
5.	Pflegegeld / Pauschalbeihilfe	4
6.	Kombinationspflege (Kombination Pflegedienst und Pflegegeld)	5
7.	Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)	6
8.	Kurzzeitpflege	6
9.	Ersatzpflege (Verhinderungspflege)	7
10.	Pflegehilfsmittel	7
11.	Verbesserung des Wohnumfeldes	7
12.	Soziale Sicherheit von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen	8
13.	Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag	8
14.	Ambulant betreute Wohngruppen	9
15.	Pflegebedürftige mit Pflegegrad I	9
16.	Antragsfristen	10
17.	Schlussbemerkung	10

Beihilfeabteilung

Tel.: 02 31 57 76 – 155 Fax: 02 31 57 76 - 222

beihilfe@vkpb-dortmund.de www.vkpb-dortmund.de

Hilfe und Pflege im Alter

Jeder Mensch möchte solange wie möglich in seinen eigenen vier Wänden oder im Kreise seiner Angehörigen wohnen. Im Alter kann dieses mit Schwierigkeiten verbunden sein, sodass Hilfeleistungen durch die Familie, die Nachbarn oder auch durch soziale Dienste in Anspruch genommen werden müssen. Zu den Kosten, die sich aus einer Pflegebedürftigkeit ergeben, werden in der Regel Beihilfen gezahlt.

Dieses Merkblatt soll Ihnen und Ihren Angehörigen helfen, die notwendigen Schritte einzuleiten, damit schnellstmöglich eine finanzielle Unterstützung zu Ihren Kosten durch die Beihilfestelle der Gemeinsamen Versorgungskasse für Pfarrer und Kirchenbeamte erfolgen kann.

1. Pflegebedürftigkeit – was heißt das eigentlich?

Pflegebedürftig 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 sechs Monate, bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien (nachfolgende Aufzählung ist beispielhaft):

- Mobilität (z. B. Positionswechsel im Bett, Treppensteigen),
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten (z. B. Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung),
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (z. B. motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten),
- Selbstversorgung (z. B. Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, An- und Auskleiden des Oberkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken),
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, in Bezug auf:
    - Medikation, Injektionen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
    - Verbandswechsel und Wundversorgung, Stomaversorgung,
    - zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen,
    - das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der vorgenannten Bereiche berücksichtigt.

2. Was bedeutet Behandlungspflege?

Die Behandlungspflege umfasst medizinische Hilfeleistungen, wie z. B. Verbandwechsel, Injektionen, Einreibungen, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen etc.
Sie wird auf Grund ärztlicher Verordnung durch Berufspflegekräfte durchgeführt. Die Kosten hierfür werden von der Krankenversicherung – nicht von der Pflegeversicherung – im zustehenden Rahmen getragen. Im Bereich der Beihilfe gelten sie ebenfalls als Krankheitskosten.

3. Anerkennungsverfahren und Pflegegrade

Nach den Bestimmungen des Pflegeversicherungsgesetzes ist eine Zuordnung der pflegebedürftigen Person in einen der Pflegegrade 1 bis 5 erforderlich. Der Medizinische Dienst (MDK) der sozialen Pflegeversicherung oder Medicproof bei der privaten Pflegeversicherung stellen die Pflegebedürftigkeit und dessen Umfang (Pflegegrad) fest. Das Gutachten des MDK/Medicproof ist auch maßgebend für die Entscheidung, ob und ggf. in welchem Umfang Beihilfe im Pflegefall gezahlt werden kann.

Das bedeutet, dass Pflegeleistungen und die Feststellung der Pflegebedürftigkeit immer zuerst bei der Pflegekasse bzw. bei dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen (im Folgenden Pflegeversicherung) beantragt werden müssen. Bitte leiten Sie den Anerkennungsbescheid der Pflegeversicherung der Beihilfestelle unverzüglich zu.

Sobald dieser Bescheid der Beihilfestelle vorliegt, kann hinsichtlich der Beihilfezahlung zu den Pflegeaufwendungen entschieden werden.
Bitte beachten Sie, dass auch eventuelle Änderungsbescheide der Pflegeversicherung der Beihilfestelle zuzuleiten sind.
Einwendungen gegen die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad sind grundsätzlich an die Pflegeversicherung zu richten.

Mitglieder einer sozialen Pflegekasse
müssen ihrer Kasse mitteilen, dass bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen besteht.
Eine Bescheinigung über das Bestehen eines Beihilfeanspruchs stellt Ihre Beihilfestelle aus. Diese Information ist für die Kasse wichtig, da selbst beihilfeberechtigte Mitglieder im Gegensatz zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen (z. B. Ehegatten) die aus der Pflegeversicherung zustehenden Leistungen lediglich zur Hälfte erhalten.

4. Pflegesachleistungen

Wird im Rahmen der häuslichen Pflege die Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Pflegefachkräfte) durchgeführt, sind die Aufwendungen ab 01.01.2022 je nach Pflegegrad monatlich bis zu folgenden Beträgen beihilfefähig:

Pflegegrad	Leistung/Monat
2	724 €
3	1.363 €
4	1.693 €
5	2.095 €

! Der Anspruch besteht für die Pflegegrade 2–5.

Entstehen auf Grund eines höheren Pflegebedarfs von Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 höhere Aufwendungen, sind diese monatlich zusätzlich zur Pflegesachleistung bei

- Pflegegrad 4 auf 1.000 € und
- Pflegegrad 5 auf 1.995 €

beihilfefähig.

5. Pflegegeld / Pauschalbeihilfe

Bei einer häuslichen Pflege durch sogenannte andere Pflegepersonen (z. B. Ehegatten, Kinder) haben Sie gegen Ihre Pflegeversicherung Anspruch auf Pflegegeld; von Ihrer Beihilfestelle erhalten Sie in diesem Fall eine Pauschalbeihilfe. Dabei sind entsprechend der Pflegegrade monatlich höchstens folgende Pauschalbeträge beihilfefähig:

Pflegegrad	Leistung/Monat
2	316 €
3	545 €
4	728 €
5	901 €

! Der Anspruch besteht für die Pflegegrade 2–5.

Aus Fürsorgegründen wird bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 4 und 5 neben dem Pflegegeld ein Pflegezuschlag als beihilfefähig anerkannt. Dieser beträgt bei

- Pflegegrad 4 monatlich 150 € und
- Pflegegrad 5 monatlich 240 €.

Daneben sind auch die Kosten für die Schulung der Pflegepersonen beihilfefähig.

Wird die Pflege nicht für einen vollen Kalendermonat erbracht, ist die Beihilfe anteilmäßig (tageweise) zu berechnen. Während der ersten vier Wochen einer Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung der zu pflegenden Person wird die Beihilfe zum Pflegegeld (ohne Pflegezuschlag) nicht anteilig berechnet.

6. Kombinationspflege (Kombination Pflegedienst und Pflegegeld)

Wird die Pflege sowohl durch Pflegefachkräfte als auch durch andere Pflegepersonen geleistet, ist die Beihilfe entsprechend der Pflegegrade anteilig zu zahlen. Voraussetzung hierfür ist, dass die Pflegeversicherung sogenannte Kombinationsleistungen erbringt.

Liegt kein Leistungsbescheid über die Kombinationsleistung vor, kann die Beihilfestelle entweder nur Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Pflegefachkräften oder die Pauschalen für die Pflege durch andere Pflegepersonen als beihilfefähig anerkennen.

Berechnungsbeispiel:

Ruhestandsbeamter, privat pflegeversichert 30 %		
Pflegegrad		3
Rechnung für Monat		Januar
Rechnungsbetrag des Pflegedienstes		900 €
Wie hoch ist die zu zahlende Beihilfe für den Monat Januar?		
Höchstbetrag Pflegesachleistung		1.363 €
Höchstbetrag Pflegegeld		545 €
Ermittlung des in Anspruch genommenen Prozentanteiles für den Pflegedienst		
900 € x 100 : 1.363	verbraucht	66,00 %
100 % - 66,00 %	unverbraucht	34,00 %
Berechnung des zustehenden Pflegegeldes:		
545 € x 34,00 %		185,30 €
Für den Monat Januar sind somit als beihilfefähig anzuerkennen und als Beihilfe zu zahlen:		
Rechnung des Pflegedienstes		900,00 €
Pflegegeld		185,30 €
Beihilfefähiger Betrag		1.085,30 €
davon 70 % Beihilfe		759,71 €

VK|PB. Gut aufgehoben.

7. Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

Ist die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt (z. B. wenn eine kurzfristige Verschlimmerung vorliegt oder die Pflegeperson zu Hause entlastet werden soll), können bei Unterbringung in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege die Aufwendungen im Rahmen der folgenden gültigen Höchstbeträge monatlich als beihilfefähig berücksichtigt werden:

Pflegegrad	Leistung /Monat
2	689 €
3	1.298 €
4	1.612 €
5	1.995 €

! Der Anspruch besteht für die Pflegegrade 2–5.

Die Kosten für Unterkunft oder Verpflegung sind nicht beihilfefähig.
Im Rahmen des Höchstbetrages können daneben Beförderungskosten von zu Hause in die Einrichtung und zurück als beihilfefähig berücksichtigt werden.

Die Leistungen der Tages- und Nachtpflege werden auf die Sachleistung bzw. das Pflegegeld nicht angerechnet und sind somit bis zu den Höchstgrenzen beihilfefähig.

8. Kurzzeitpflege

Wenn die vorübergehende Unterbringung einer dauerhaft pflegebedürftigen Person in einem Kurzzeitpflegeheim wegen Verhinderung oder Abwesenheit der Pflegeperson erforderlich wird, sind die pflegebedingten Aufwendungen bis 1.774 € im Kalenderjahr beihilfefähig. Die Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten sind nicht beihilfefähig. Eine Berücksichtigung ist möglich, wenn der Entlastungsbetrag von 125 € monatlich nicht ausgeschöpft ist.

Die Kurzzeitpflege kann unter Anrechnung auf den für Verhinderungspflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1.612 € auf insgesamt 3.386 € verdoppelt werden, soweit Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen wurde. Die zeitliche Beschränkung erweitert sich in diesem Falle ebenfalls um das Doppelte auf 8 Wochen pro Kalenderjahr.

Wird der Betrag der Kurzzeitpflege erhöht, legen Sie bitte mit dem entsprechenden Beihilfeantrag eine Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung vor.

Die hälftige Pflegepauschale ist während des gesamten Anspruchszeitraumes von 8 Wochen als beihilfefähig anzuerkennen.

9. Ersatzpflege (Verhinderungspflege)

Wird im Falle der Verhinderung einer sogenannten anderen Pflegeperson (z. B. Ehegatten, Kinder) durch Urlaub, Krankheit oder aus sonstigen Gründen die Ersatzpflege durch Berufspflegekräfte notwendig, sind die entstandenen Aufwendungen neben der ggf. anteilig zustehenden Pauschalbeihilfe bis zu weiteren 1.612 € im Kalenderjahr beihilfefähig.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, sind auf Nachweis die notwendigen Aufwendungen bis zu einem Betrag von 1.612 € im Kalenderjahr beihilfefähig, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind.

Wird die Ersatzpflege nur für Teile eines Monats eingesetzt, sind die Pauschalbeihilfe und die Beihilfe für Pflegesachleistungen anteilig – wie bei der Kombinationspflege – zu zahlen.

Die hälftige Pflegepauschale ist während des gesamten Anspruchszeitraumes von 6 Wochen als beihilfefähig anzuerkennen.

Der Betrag der Verhinderungspflege kann unter Anrechnung auf den für die Kurzzeitpflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 806 € (50 % der Kurzzeitpflege) auf insgesamt 2.418 € erhöht werden. Diese Möglichkeit besteht, soweit für diesen Betrag noch keine Kurzzeitpflege in Anspruch genommen wurde. Auch bei Verhinderungspflege durch Personen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert sind, kann die Leistung um 806 € aufgestockt werden. In diesem Fall fügen Sie bitte einen Leistungsnachweis der Pflegeversicherung bei, wenn Sie eine Beihilfe beantragen.

Wird der Betrag der Verhinderungspflege erhöht, legen Sie bitte mit dem entsprechenden Beihilfeantrag eine Leistungsabrechnung der Pflegeversicherung vor.

10. Pflegehilfsmittel

Aufwendungen für Pflegehilfsmittel nach § 40 Absatz 1, 3 und 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind in der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung als notwendig und angemessen anerkannt hat.

Die Mitteilung der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person ist für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

11. Verbesserung des Wohnumfeldes

Aufwendungen für die Verbesserung des Wohnumfeldes (z. B. behindertengerechter Ausbau des Badezimmers) der pflegebedürftigen Person sind höchstens bis zu 4.000 € je Maßnahme beihilfefähig. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Pflegeversicherung Leistungen zu diesen Kosten erbringt. Auch hier empfiehlt es sich, sich vor der Durchführung der Maßnahme mit der Beihilfestelle in Verbindung zu setzen. Der Anerkennungsbescheid der Pflegeversicherung ist der Beihilfestelle vorzulegen.

Für die Verbesserung des Wohnumfeldes einer ambulant betreuten Wohngruppe ist der Betrag für die gemeinsame Wohnumfeldverbesserung auf 16.000 € begrenzt; für den einzelnen Pflegebedürftigen bis auf 4.000 €. Bei mehr als 4 pflegebedürftigen Personen wird der Höchstbetrag von 16.000 € anteilig aufgeteilt.

12. Soziale Sicherheit von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Personen, die einen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes Pflegebedürftigen

- nicht erwerbsmäßig,
- wenigstens 10 Stunden wöchentlich,
- in seiner häuslichen Umgebung pflegen,

sind in den Schutz der gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung einbezogen, sofern der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat. Die Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge werden anteilig von der Pflegeversicherung und von der Beihilfestelle abgeführt.

Auch hier gilt, dass die Pflegeperson zunächst bei der Pflegeversicherung der pflegebedürftigen Person die Durchführung der Rentenversicherungspflicht beantragen muss. Die von dort erhaltene Bescheinigung ist dann der Beihilfestelle vorzulegen.

Unter gewissen Voraussetzungen tritt keine Versicherungspflicht ein, z. B.

- die Pflegeperson bezieht bereits eine Vollrente,
- die Pflegeperson bezieht Versorgungsbezüge wegen Erreichens der Altersgrenze,
- es wird nur eine geringfügige Pflegetätigkeit ausgeübt.

13. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten und helfen Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbstständig bewältigen zu können.

Pflegebedürftige Personen in häuslicher Pflege haben Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 € monatlich. Dieser Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags.

Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die der pflegebedürftigen Person entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von:

- Leistungen der Tages- oder Nachtpflege,
- Leistungen der Kurzzeitpflege,

- Leistungen der ambulanten Pflegedienste (§ 36 SGB XI), in den Pflegegraden 2 bis 5, jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung,
- Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.

Anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag können auch aus Mitteln für ambulante Pflegesachleistungen finanziert werden. Die hierfür verwendeten Mittel dürfen je Kalendermonat 40 % des Höchstbetrages für Pflegesachleistungen nicht überschreiten.

Hier besteht ein Wahlrecht, Aufwendungen für anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag entweder aus dem Entlastungsbetrag oder aus Mitteln der Pflegesachleistungen zu finanzieren.

Die Vergütung für ambulante Pflegesachleistungen ist dabei vorrangig abzurechnen. Werden Beträge der Pflegesachleistung als anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag in Anspruch genommen, legen Sie bitte mit dem entsprechenden Beihilfeantrag die Leistungsberechnung der Pflegeversicherung vor.

Im Rahmen dieser Kombinationsleistung gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der Sachleistung. Insofern werden Sachleistungen und die weitergehenden Leistungen der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag bei der Kombinationsleistung gemeinsam dem Pflegegeld gegenübergestellt (s. auch Nr. 6 Kombinationspflege).

14. Ambulant betreute Wohngruppen

Für pflegebedürftige Personen der Pflegegrade 1 bis 5, die in ambulant betreuten Wohngruppen leben, sind pauschal 214 € monatlich beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass diese Personen Anspruch auf Pflegeleistungen (Pflegesachleistungen, Pflegepauschale oder eine Kombination dieser Leistungen) haben und die Pflegeversicherung Leistungen nach § 38 a SGB XI (ambulante Wohngruppen) erbringt.

15. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1

Bei Pflegegrad 1 sind folgende Leistungen vorgesehen:

- Pflegeberatung,
- Beratung in der eigenen Häuslichkeit,
- zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen,
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln,
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen,
- zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Zudem gewährt die Pflegeversicherung den Entlastungsbetrag gemäß § 45 b SGB XI in Höhe von 125 € monatlich.

Bei vollstationärer Pflege wird ein Betrag von 125 € als beihilfefähig anerkannt.

16. Antragsfristen

Nach § 5 Abs. 2 BVO wird die Beihilfe für Pflegeaufwendungen ab Beginn des Monats der erstmaligen Antragstellung oder des Antrags auf Feststellung eines höheren Pflegegrades gewährt, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, von dem an die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Eine Beihilfe kann allerdings nur gezahlt werden, wenn der Antrag innerhalb von 24 Monaten nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens 24 Monate nach der ersten Ausstellung der Rechnung eingereicht wird. Die Frist von 24 Monaten gilt für Aufwendungen, die ab 01.01.2019 entstanden sind (Rechtsgrundlage: § 13 Abs. 3 BVO NRW in der ab 01.01.2019 gültigen Fassung).

17. Schlussbemerkung

Bitte haben Sie Verständnis, dass dieses Merkblatt nur einen Überblick über die bestehenden beihilferechtlichen Bestimmungen zu dem Bereich Pflege und Hilfe im Alter geben kann. Nicht jeder Einzelfall lässt sich detailliert darstellen. Wenden Sie sich daher in Zweifelsfragen an Ihre Beihilfestelle, die Ihnen nach Möglichkeit auch telefonisch helfen kann. Durch rechtzeitiges Nachfragen lassen sich oftmals Missverständnisse vermeiden, die bei der späteren Bearbeitung Ihrer Beihilfeanträge zu Pflegekosten entstehen können. Sie tragen so zu einem reibungslosen Bearbeitungsablauf und einer beschleunigten Zahlung der Beihilfen bei.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

VERSORGUNGSKASSE
für Pfarrer und Kirchenbeamte