

INFORMATIONSBLATT ZUR BEIHILFEFÄHIGKEIT VON AUFWENDUNGEN BEI VOLLSTATIONÄRER PFLEGE IN EINER PFLEGEEINRICHTUNG nach § 34 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO)

Bei der Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen für vollstationäre Pflege sind nach der NBhVO die Kosten für die eigentliche **Pflege** (siehe I.) und die Aufwendungen für **Unterkunft und Verpflegung** sowie für **Investitionskosten (UVI-Kosten)** (siehe II.) zu unterscheiden. Darüber hinaus kann im Rahmen einer Härtefallregelung eine weitere Beihilfe gewährt werden, soweit von den monatlichen Einnahmen nach Abzug der Aufwendungen für die vollstationäre Pflege und nach Anrechnung der Beihilfe **und** der Leistungen der Pflegeversicherung nicht ein **Mindestbetrag** verbleibt (siehe III.).

I. Zu den Kosten für Pflege werden

- zum einen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz von den privaten Pflegeversicherungen oder den bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichteten Pflegekassen Teilerstattungen geleistet,
- zum anderen werden zu den Pflegekosten anteilig Beihilfen gezahlt.

Beihilfefähige Pflegekosten sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen. Die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sind bis zur Höhe der für die Pflegeeinrichtung nach § 85 Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (SGB XI) vereinbarten Pflegesätze beihilfefähig. Besteht eine Pflegevereinbarung nach § 85 SGB XI nicht, so sind die in Satz 2 genannten Aufwendungen bis zur Höhe des zwischen der Pflegeeinrichtung und der pflegebedürftigen Person vereinbarten Pflegesatzes beihilfefähig.

Pflegebedürftigen Personen, die Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung zur Hälfte erhalten (§ 28 Abs. 2 SGB XI), werden die vorgenannten pflegebedingten Aufwendungen zur Hälfte gewährt.

II. Neben den pflegebedingten Aufwendungen sind auch Aufwendungen für **UVI-Kosten** dem Grunde nach beihilfefähig, soweit sie einen bestimmten Eigenanteil übersteigen. Aufwendungen für UVI-Kosten können nur berücksichtigt werden, sofern sie als solche ausgewiesen sind.

Das bedeutet, dass die den Pauschalbetrag für Pflegeleistungen übersteigenden tatsächlichen Pflegekosten nicht den UVI-Kosten hinzugerechnet werden können. Bei der Berechnung des Eigenanteils sind als Einnahmen des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten (bei eingetragener Lebenspartnerschaft des Lebenspartners) zu berücksichtigen:

- die Dienstbezüge, die Versorgungsbezüge nach Anwendung von Ruhens-, Kürzungs- und Anrechnungsvorschriften,
- der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
- der Zahlbetrag aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversicherung,
- die Einkünfte aus selbständiger Arbeit,
- die Einkünfte aus nicht selbständiger Arbeit und
- die Entgeltersatzleistungen.

Eine Leistung für Kindererziehung nach § 294 des Sechsten Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB VI) bleibt unberücksichtigt.

Dienstbezüge sind die in § 2 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3 NBesG genannten Bezüge ohne den kinderbezogenen Anteil im Familienzuschlag, der Altersteilzeitzuschlag nach § 11 Abs. 3 oder § 66 NBesG und der Zuschlag nach § 12 Abs. 3 NBesG.

Der Eigenanteil wird in 4 Gruppen mit unterschiedlichen Vom-Hundertsätzen vom vorgenannten Einkommen (vgl. 2.1) errechnet.

Er beträgt

- (1) bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags der Stufe 1 nach § 35 Abs. 1 NBesG in der Höhe des Betrages nach Anlage 7 NBesG und der allgemeinen Stellenzulage nach Nummer 1 Buchst. b der Anlage 9 NBesG in der Höhe des Betrages nach Anlage 10 NBesG
 - mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 30 Prozent der Einnahmen,
 - mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 25 Prozent der Einnahmen,
- (2) bei Beihilfeberechtigten mit höheren Einnahmen
 - mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 40 Prozent der Einnahmen,
 - mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 35 Prozent der Einnahmen,
- (3) bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und sämtlicher berücksichtigungsfähiger Angehörigen ebenfalls 70 v.H. des Einkommens und
- (4) bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten 70 v.H. des Einkommens.

Die den Eigenanteil übersteigenden Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten werden für alle Beihilfeberechtigten ohne Berücksichtigung eines Beihilfebemessungssatzes zu 100 Prozent als Beihilfe gezahlt. Es können jedoch lediglich die niedrigsten Sätze für Unterkunft und Verpflegung sowie die genehmigten Investitionskosten berücksichtigt werden. Gesondert vereinbarte Zusatzleistungen (§ 88 Abs. 1 SGB XI) für besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch betreuende Leistungen finden keine Berücksichtigung.

III. Härtefallregelung

Darüber hinaus kann im Rahmen einer Härtefallregelung eine weitere Beihilfe gewährt werden, soweit von den monatlichen Einnahmen nach Abzug der Aufwendungen für die vollstationäre Pflege und nach Anrechnung der Beihilfe **und** der Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung nicht ein **einnahmenabhängiger Mindestbetrag** verbleibt.

Unabhängig einer Beihilfe für UVI-Kosten (siehe II.) kann sich aufgrund der Härtefallregelung eine zusätzliche Beihilfe ergeben.

Der Mindestbetrag von den vorgenannten Einnahmen beträgt:

1. bei Beihilfeberechtigten mit Einnahmen bis zur Höhe des Endgrundgehalts der Besoldungsgruppe A 9 zuzüglich des Familienzuschlags der Stufe 1 nach § 35 Abs. 1 NBesG in der Höhe des Betrages nach Anlage 7 NBesG und der allgemeinen Stellenzulage nach Nummer 1 Buchst. b der Anlage 9 NBesG in der Höhe des Betrages nach Anlage 10 NBesG,
 - mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 70 Prozent der Einnahmen,
 - mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 75 Prozent der Einnahmen,
2. bei Beihilfeberechtigten mit höheren Einnahmen
 - mit einer oder einem berücksichtigungsfähigen Angehörigen 60 Prozent der Einnahmen,
 - mit mehreren berücksichtigungsfähigen Angehörigen 65 Prozent der Einnahmen,
3. bei alleinstehenden Beihilfeberechtigten 30 v. H. des Einkommens und
4. bei gleichzeitiger stationärer Pflege des Beihilfeberechtigten und sämtlicher berücksichtigungsfähiger Angehörigen ebenfalls 30 v.H. des Einkommens und

eine sich evtl. ergebende weitere Beihilfe wird für alle Beihilfeberechtigten ohne Berücksichtigung eines Beihilfebemessungssatzes zu 100 v. H. gewährt.

IV. Verfahren

Die Beihilfefestsetzungsstelle entscheidet über die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei vollstationärer Pflege aufgrund des von der privaten oder sozialen Pflegeversicherung erstellten ärztlichen Gutachtens. Das Ergebnis der Begutachtung wird Ihnen in einer sogenannten Leistungszusage übermittelt. Diese Leistungszusage wird als Grundlage für die Beihilfefestsetzung benötigt.

Aus den Leistungszusagen der privaten Pflegeversicherung oder Pflegekasse **muss hervorgehen**, in welchen **Pflegegrad** die dauernd pflegebedürftige Person eingestuft ist und die **Höhe der Erstattungsleistung** der **privaten oder sozialen Pflegeversicherung**.

Bitte reichen Sie daher mit dem nächsten Beihilfeantrag unbedingt die Leistungszusage der privaten Pflegeversicherung oder Pflegekasse ein – soweit nicht bereits geschehen –. Senden Sie bitte außerdem die Rechnung der Pflegeeinrichtung mit dem Rechnungsbetrag für das gesamte monatliche Heimentgelt und deren Entgeltvereinbarung mit.

Bei nicht pflegeversicherten Personen muss ein amtsärztliches Gutachten über den Grad der Pflegebedürftigkeit eingeholt werden.

ÄNDERUNGEN DES PFLEGEGRADES SIND UMGEHEND SCHRIFTLICH ANZUZEIGEN.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen auch gerne telefonisch zur Verfügung.

Ihre Niedersächsische Versorgungskasse

– Abteilung Beihilfen –