

**Verwaltungsvorschrift
des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen
zur Änderung der Verwaltungsvorschrift zum Vollzug der Sächsischen
Beihilfeverordnung**

Vom 10. Januar 2018

I.

Die **Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums der Finanzen zum Vollzug der Sächsischen Beihilfeverordnung** vom 24. Februar 2016 (SächsABl. SDr. S. S 266), enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 8. Dezember 2017 (SächsABl. SDr. S. S 378), wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1.1.2 wird wie folgt gefasst:

- „1.1.2 Der beihilferechtliche Krankheitsbegriff entspricht dem sozialversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff. Danach ist Krankheit ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Zustand des Körpers oder des Geistes, der ärztlicher Behandlung bedarf oder – zugleich oder ausschließlich – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Jemand ist krank, wenn er in seiner Körperfunktion beeinträchtigt ist oder an einer anatomischen Abweichung leidet, die entstellend wirkt. Auf das subjektive Empfinden des Betroffenen kommt es hierbei nicht an; maßgeblich sind objektive Kriterien, insbesondere der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse (BVerwG, Beschluss vom 30. September 2011, 2 B 66/11). Eine Krankheit kann ausnahmsweise bereits dann vorliegen, wenn die auf Tatsachen gestützte konkrete Gefahr einer schwerwiegenden Gesundheitsschädigung besteht und die schädigenden Folgen, die im Falle des Ausbruchs der Krankheit eintreten, so schwer sind, dass die Behandlungsbedürftigkeit bereits vor Realisierung der Gefahr zu bejahen ist, weil der betreffenden Person bei wertender Gesamtbetrachtung nicht zuzumuten ist, dem Geschehen seinen Lauf zu lassen und sich auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen zu beschränken (BVerwG, Urteil vom 28. September 2017, 5 C 10/16 zu einer vorsorglichen Brustdrüsenentfernung, wobei ein regelwidriger Körperzustand nicht allein aus dem Umstand des Bestehens einer Genmutation, sondern allenfalls aus einem signifikant erhöhten Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, resultieren kann). Die Annahme einer Krankheit vor Realisierung der Gefahr ist an hohe Voraussetzungen geknüpft, wobei dem individuellen Lebenszeitrisiko eine hohe Bedeutung beizumessen ist. Die Annahme einer Entstellung ist ebenfalls an hohe Voraussetzungen geknüpft. Hierfür genügt nicht jede körperliche Anomalität. Es muss sich objektiv um eine erhebliche Auffälligkeit handeln, die naheliegende Reaktionen der Mitmenschen wie Neugier oder Betroffenheit erzeugt und damit zugleich erwarten lässt, dass der Betroffene ständig viele Blicke auf sich zieht, zum Objekt besonderer Beachtung anderer wird und sich deshalb aus dem Leben der Gemeinschaft zurückziehen oder zu vereinsamen droht, so dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdet ist. Die körperliche Auffälligkeit muss in einer solchen Ausprägung vorhanden sein, dass sie sich schon bei flüchtiger Begegnung in alltäglichen Situationen, quasi ‚im Vorbeigehen‘, bemerkbar macht und zur als negativ empfundenen Fixierung des Interesses anderer auf den Betroffenen führt (OVG Hamburg, Beschluss vom 18. Februar 2009, 1 Bf 108/08.Z, verneint für ‚Ohrfehlstellung‘; OVG Münster, Urteil vom 24. Januar 2011, 1 A 527/08, verneint für ‚Kleinwuchs‘; OVG Koblenz, Beschluss vom 26. Mai 2015, 2 A 10335/15.OVG, verneint für ‚Brustanomalie‘). Die Behandlungsbedürftigkeit ist ein Tatbestandsmerkmal des Krankheitsbegriffs, die ebenfalls erfüllt sein muss. Hieran fehlt es beispielsweise bei einer Chromosomenuntersuchung wegen einer genetischen Veränderung in Form einer balancierten Translokation, da diese die Veränderung des Chromosomensatzes unverändert lässt (VG Mannheim, Urteil vom 29. Juni 2017, 2 S 2014/16).“

2. Nummer 4 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 4.2.2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Dabei sind Verluste aus einem Gewerbebetrieb nicht berücksichtigungsfähig (vergleiche OVG Münster, Beschluss vom 30. Mai 2016, 1 A 765/15).“
- bb) Nach dem neuen Satz 8 wird folgender Satz angefügt:
„Einkünfte, die nicht der Steuerpflicht nach § 2 des Einkommensteuergesetzes unterliegen, sind nicht zu berücksichtigen.“
- b) Nummer 4.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 4.3.2 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Satz 2 werden nach der Angabe „2 A 10335/15.OVG“ die Wörter „; vergleiche auch BSG, Urteil vom 8. März 2016, B 1 KR 35/15 R“ und nach der Angabe „1 A 527/08“ die Wörter „; ebenso LSG Saarbrücken, Urteil vom 25. Januar 2017, L 2 KR 35/16“ eingefügt.
- bbb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Allgemeinheit durchgeführt würden“ die Wörter „; VG Mannheim, Urteil vom 29. Juni 2017, 2 S 2014/16“ eingefügt.
- bb) In Nummer 4.3.5 Satz 1 werden die Wörter „(zum Beispiel: Mehraufwendungen bei einer Katarakt-Operation für den Einsatz eines Femto-Lasers)“ gestrichen und wird nach den Wörtern „beihilfefähig sind jedoch die“ das Wort „angemessenen“ eingefügt.
- cc) Nach Nummer 4.3.6 wird folgende Nummer eingefügt:
„4.3.6 Aufwendungen für Kataraktoperationen sind auch unter Einsatz eines Femtosekundenlasers beihilfefähig. Es handelt sich dabei nach der aktuellen Rechtsprechung (VG Koblenz, Urteil vom 3. Februar 2017, 5 K 950/16.KO; VG Köln, Urteil vom 10. November 2016, 1 K 3094/16; VG München, Urteil vom 8. Dezember 2016 – M 17 K 16.483) um eine medizinisch notwendige und wissenschaftlich allgemein anerkannte Behandlungsmethode. Die Mehraufwendungen gegenüber der herkömmlichen Kataraktoperation

können über den Zuschlag nach Nummer 441 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte berücksichtigt werden. Aufgrund der vorgenannten Rechtsprechung sind die Aufwendungen in der Regel auch angemessen, soweit sie eine Gebühr nach Nummer 5855 (analog) des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte zum 1,8-fachen Steigerungssatz nicht überschreiten.“

- dd) Die bisherigen Nummern 4.3.6 bis 4.3.8 werden die Nummern 4.3.7 bis 4.3.9.
 - ee) Die bisherigen Nummern 4.3.8.1 bis 4.3.8.3 werden die Nummern 4.3.9.1 bis 4.3.9.3.
 - ff) Die bisherige Nummer 4.3.9 wird Nummer 4.3.10.
- c) Der Nummer 4.4 wird folgende Nummer angefügt:
- „4.4.7 Die Aufwendungen einer ambulant oder stationär durchgeführten Genexpressionsdiagnostik sind im Einzelfall beihilfefähig, wenn die in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten medizinischen Indikationen und Voraussetzungen (vergleiche Anlage 1.1 Buchstabe a Tumorgruppe 2) vorliegen. Die Durchführung kann auch außerhalb der ASV erfolgen. Im Rahmen einer stationären Behandlung sind die Aufwendungen ebenfalls gesondert beihilfefähig. Aufwendungen für einen notwendigen Oncotype DX Test sind bis zur Höhe von 3 296,14 Euro wirtschaftlich angemessen. Die Auslagen müssen nicht gesondert aufgeschlüsselt sein.“
- d) Nummer 4.5 wird wie folgt geändert:
- aa) Der Nummer 4.5.4 werden folgende Sätze angefügt:
 „Eine ausreichende schriftliche Begründung für einen über den 2,3-fachen Gebührensatz hinausgehenden Steigerungssatz liegt nicht vor, wenn eine Mehrzahl von Umständen aufgelistet wird, die zwar theoretisch einen höheren Gebührensatz rechtfertigen können, aber den maßgeblichen Grund im Einzelfall nicht erkennen lässt. Nur dann, wenn sich bei einer konkreten Leistung eine überdurchschnittliche Erschwernis ergibt oder sich eine generell bei der gesamten Behandlung gegebene Erschwernis konkret auswirkt, ist in Bezug auf diese konkrete Einzelleistung ein höherer Gebührensatz zulässig, der verständlich und nachvollziehbar zu begründen ist (OLG Köln, Urteil vom 13. März 2016, 5 U 110/14).“
 - bb) Nummer 4.5.7 wird wie folgt gefasst:
 „4.5.7 Aufwendungen für eine medizinische Zweitmeinung, auch über das medizinische Zweitmeinungsportal ‚Medexo‘, sind dem Grunde nach beihilfefähig, soweit es sich um ärztliche Leistungen nach dem Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte handelt. Dies gilt ebenso für telemedizinische ärztliche Leistungen (zum Beispiel ärztliche Beratung in einer Videosprechstunde), wenn sichergestellt ist, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt und die Behandlung nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien erfolgt (vergleiche § 7 Absatz 4 der [Muster]Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte). Pauschale Verwaltungsgebühren oder sonstige Gebühren sind nicht beihilfefähig.“
 - cc) Nummer 4.5.9 wird wie folgt geändert:
 - aaa) Nummer 4.5.9.1.3 wird wie folgt gefasst:
 „4.5.9.1.3 Die im Gebührenverzeichnis zur Gebührenordnung für Zahnärzte in Abschnitten aufgelisteten Leistungen können auch im Zusammenhang mit Leistungen aus anderen Gebührenordnungsabschnitten erbracht, berechnet und als beihilfefähig anerkannt werden.“
 - bbb) Nummer 4.5.9.2 wird wie folgt geändert:
 - aaaa) Nummer 4.5.9.2.2 wird wie folgt gefasst:
 „4.5.9.2.2 Zu Nummern 0080 bis 0110
 - a) Die bei der Erbringung der Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100 verwendeten Einmalartikel (zum Beispiel Kanüle) sind mit den Gebühren abgegolten; Aufwendungen hierfür sind nicht beihilfefähig. Dies gilt bei der Leistung nach Nummer 0080 auch für die verwendeten Arzneimittel. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 ist das verwendete Anästhetikum gesondert berechnungsfähig.
 - b) Die Leistung nach Nummer 0090 ist im Regelfall nur einmal je Zahn und Sitzung berechnungsfähig. Eine routinemäßige Berechnung je Einstich ist somit nicht angemessen. Eine mehr als einmalige Berechnung je Zahn ist im Ausnahmefall beihilfefähig, wenn dies in der Rechnung begründet ist.
 - c) Die computergesteuerte Anästhesie erfüllt die Leistungsinhalte der Nummern 0090 oder 0100. Je nach Lokalisation und Indikation sind die Aufwendungen originär nach den Nummern 0090 für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpare und intraossäre Anästhesie) oder 0100 für die

- Leitungsanästhesie beihilfefähig.
- d) Führt der Zahnarzt die Behandlung unter Verwendung einer Lupenbrille durch, sind Aufwendungen hierfür nicht beihilfefähig (weder nach Nummer 0110 noch im Rahmen einer Analogbewertung).
- e) Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur im Zusammenhang mit den in der Nummer 0110 abschließend aufgezählten Gebührenpositionen beihilfefähig. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels der §§ 2 oder 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte berücksichtigt werden.“
- bbbb) Nach Nummer 4.5.9.2.7 Buchstabe a Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„Wird in allen vier Kieferhälften präpariert und gefüllt und sind daneben jeweils besondere Maßnahmen erforderlich, kann die Nummer 2030 in einer Sitzung höchstens achtmal berechnet und als beihilfefähig anerkannt werden (viermal im Oberkiefer, viermal im Unterkiefer).“
- cccc) In Nummer 4.5.9.2.10 Buchstabe c Satz 6 werden die Wörter „AG Nürnberg, Urteil vom 21. April 2015, 12 C.7440/14“ durch die Wörter „AG Burgdorf, Urteil vom 20. Januar 2014, 13 C 338/13 und AG Nürnberg, Urteil vom 21. April 2015, 12 C 7440/14“ ersetzt.
- dddd) Nach Nummer 4.5.9.2.16 wird folgende Nummer eingefügt:
„4.5.9.2.17 Zu Nummer 3230
Neben Extraktionen ist diese Leistung dann gesondert beihilfefähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wurde und es sich insofern um eine selbständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.“
- eeee) Die bisherigen Nummern 4.5.9.2.17 bis 4.5.9.2.26 werden die Nummern 4.5.9.2.18 bis 4.5.9.2.27.
- ffff) Die bisherige Nummer 4.5.9.2.27 wird gestrichen.
- e) Nummer 4.6.1 Satz 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:
„Die beihilferechtliche Berücksichtigung von Pauschalabrechnungen nach Maßgabe eines Vertrages oder einer Vereinbarung von Krankenkassen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch, von Unternehmen privater Krankenversicherungen oder anderen Kostenträgern mit Leistungserbringern setzt voraus, dass in den Abrechnungsunterlagen in geeigneter Weise auf die vertragliche Vereinbarung Bezug genommen wird. Kostenträger sind beispielsweise auch der Bund, die Länder, die Postbeamtenkrankenkasse oder die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Die Rechnungen bedürfen keiner weiteren Prüfung durch die Festsetzungsstelle. Die Pauschalbeträge können als beihilfefähig anerkannt werden (zum Beispiel Vergütungsvereinbarungen des PKV-Verbandes mit Cyberknife-Zentren, Kooperationsvereinbarung des PKV-Verbandes mit der Tele-Arzt-GmbH).“
- f) Der Nummer 4.7.1 wird folgender Satz angefügt:
„Der dienstliche Wohnsitz bestimmt sich nach § 66 Absatz 1 Satz 2 des Sächsischen Besoldungsgesetzes in Verbindung mit § 15 des Bundesbesoldungsgesetzes.“
3. Nummer 5.4 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 5.4.1 wird wie folgt gefasst:
- „5.4.1 Der Beihilfeberechtigte und seine berücksichtigungsfähigen Angehörigen können ihr Sicherungssystem (Gesetzliche Krankenversicherung [GKV] oder Private Krankenversicherung [PKV] und Beihilfe) frei wählen. Ist der Beihilfeberechtigte beihilfekonform in der PKV versichert oder ist er heilfürsorgeberechtigt, können die berücksichtigungsfähigen Kinder unabhängig vom Versicherungsstatus des anderen Elternteils beihilfekonform in der PKV versichert werden. Für deren Aufwendungen wird Beihilfe zum Bemessungssatz gewährt. Die Kinder müssen nicht zwangsläufig Leistungen aus einer gegebenenfalls bestehenden Familienversicherung des Ehepartners bei der GKV in Anspruch nehmen. Besteht jedoch keine beihilfekonforme Versicherung für die Kinder bei der PKV und nehmen diese die Sachleistungen der GKV in Anspruch oder ist der Beihilfeberechtigte selbst in der GKV versichert, kann für die Aufwendungen der Kinder nur für die in § 80 Absatz 5 des Sächsischen Beamtengesetzes genannten Leistungsarten (Zahnersatz, Heilpraktiker, Sehhilfen nach Vollendung des 18. Lebensjahres und auf Wahlleistungen im Krankenhaus) Beihilfe gewährt werden.“
- b) Die bisherigen Nummern 5.4.1 bis 5.4.3 werden die Nummern 5.4.2 bis 5.4.4.
4. In Nummer 11.1.6 werden nach dem Wort „Voraussetzungen“ die Wörter „nach § 10“ eingefügt.
5. Nummer 12 wird wie folgt gefasst:
„12 Zu § 12 Kieferorthopädische Leistungen

- 12.1 Zu Absatz 1
- 12.1.1 Ist eine vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nicht möglich (zum Beispiel Behandlungsbeginn im Rahmen eines anderen Krankenversicherungsverhältnisses, besondere Eilbedürftigkeit), kann diese nachträglich erfolgen.
- 12.1.2 Kieferorthopädische Behandlungen beginnen im Regelfall ab Beginn der zweiten Phase des Zahnwechsels (spätes Wechselgebiss). Im Einzelfall können auch frühere Behandlungen notwendig sein. Auf Absatz 2 und Nummer 12.2 wird hingewiesen. Aufwendungen für eine kieferorthopädische Behandlung bei schweren Kieferanomalien nach Satz 1 Nummer 2 sind in der Regel beihilfefähig, wenn die in den nach § 29 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Kieferorthopädie-Richtlinien) genannten Indikationen vorliegen. Die Festsetzungsstelle kann für die Dokumentation Formblätter zur Verfügung stellen.
- 12.1.3 Aus dem Heil- und Kostenplan, der der Festsetzungsstelle zur Genehmigung der Behandlung vorgelegt wird, muss neben den kieferorthopädischen Leistungen, die Behandlungsdauer, die Behandlungsmethode, die zum Einsatz kommenden Therapiegeräte und eine detaillierte Aufschlüsselung der Material- und Laborkosten ersichtlich sein. Die Beihilfefähigkeit pauschaler Material- und Laborkosten kann nicht geprüft und somit im Rahmen der Voranerkennung nicht bestätigt werden.
- 12.1.4 Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte umfassen alle Maßnahmen zur Kieferumformung und Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren unabhängig von den angewandten Methoden oder den verwendeten Therapiegeräten. Abschläge für die vorgenannten Leistungen sollten nur in Zwölfeln veranschlagt und abgerechnet werden. Die Beendigung der Behandlung ist der Festsetzungsstelle anzuzeigen.
- 12.1.5 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei einer Änderung der Therapieform (zum Beispiel Umstellung des Therapiegerätes während einer laufenden Behandlung) ist bei der Festsetzungsstelle genehmigen zu lassen. Dem Antrag ist eine Begründung des behandelnden Kieferorthopäden beizufügen, aus der die medizinische Notwendigkeit und die Änderungen zum Erstbehandlungsplan ersichtlich sind. Als beihilfefähig können nur die notwendigen Leistungen anerkannt werden, die über die Voranerkennung aufgrund des Erstbehandlungsplans hinausgehen.
- 12.1.6 Ist die kieferorthopädische Behandlung (Kieferumformung einschließlich Retention) nach Ablauf von vier Jahren nicht abgeschlossen und eine kieferorthopädische Weiterbehandlung (Maßnahmen nach Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte) medizinisch notwendig, ist die Vorlage eines neuen Heil- und Kostenplanes erforderlich. Dieser ist im letzten Monat vor Ablauf der vierjährigen Behandlung vorzulegen. Ist der Verlängerungszeitraum kürzer als vier Jahre, sind die Gebührensätze der Langzeittherapie (Nummern 6030 bis 6080 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte) nur anteilig beihilfefähig (vergleiche BayVGH, Beschluss vom 24. März 1997, 3 B 95.1895).
- 12.1.7 Sind nach dem Regelbehandlungszeitraum von bis zu vier Jahren (vergleiche Nummer 12.1.4 Satz 1) ausschließlich noch Retentionsmaßnahmen nach Nummer 6210 oder Begleitleistungen nach den Nummern 6180 bis 6230 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte medizinisch notwendig, sind für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein neuer Heil- und Kostenplan und eine Genehmigung nicht erforderlich.
- 12.1.8 Aufwendungen für Leistungen nach den Nummern 6200 und 6240 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Zahnärzte setzen nicht unmittelbar eine kieferorthopädische Behandlung im Sinne dieser Verordnung voraus. Für diese Leistungen ist kein Heil- und Kostenplan notwendig.
- 12.1.9 Ein Abbruch im Sinne des Satzes 4 liegt vor, wenn der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Angehörige (Patient) die Beendigung der kieferorthopädischen Behandlung zu vertreten hat. In diesem Fall bleiben nur die Aufwendungen beihilfefähig, die nach dem Heil- und Kostenplan, dem die Festsetzungsstelle zugestimmt hatte, noch nicht abgerechnet sind. Der Abbruch ist vom Patienten zu vertreten, wenn die Beendigung der Behandlung nicht medizinisch notwendig war. Dies ist im Einzelfall von der Festsetzungsstelle zu prüfen. Hat der Patient den Abbruch der Behandlung nicht zu vertreten, ist eine anschließende Behandlung erneut bei der Festsetzungsstelle zu beantragen; die Beschränkung der Beihilfefähigkeit des Satzes 4 auf die noch nicht abgerechneten Aufwendungen greift in diesem Fall nicht. Vergleichbares gilt in den Fällen des Wechsels des Kieferorthopäden. Bei einem Wechsel des Kieferorthopäden, auch im Fall einer Praxisnachfolge, kann die Festsetzungsstelle im Regelfall davon ausgehen, dass dieser nicht notwendig ist und die Beschränkungen des Satzes 4 zur Anwendung kommen. Bei einer vollständigen Praxisaufgabe oder dem Tod des bisherigen Kieferorthopäden kann die Festsetzungsstelle demgegenüber von der Notwendigkeit des Wechsels ausgehen.
- 12.1.10 Ändert sich der Versicherungsstatus des Patienten während des Behandlungszeitraumes, sind die Leistungen entsprechend dem ursprünglichen Heil- und Kostenplan dem Erbringungszeitraum anteilig zuzuordnen und nur zu dem Anteil beihilfefähig, für den eine Beihilfeberechtigung oder Berücksichtigungsfähigkeit besteht.
- 12.1.11 Eine vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnene Behandlung bleibt einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Verlängerung auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres weiterhin beihilfefähig.
- 12.2 Zu Absatz 2
- 12.2.1 Frühbehandlungen sind dem Grunde nach beihilfefähig, wenn die in Abschnitt B Nummer 8 der KFO-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen einschließlich der in der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Auslegung der Anlage 2 Abschnitt B Nummer 2 der geltenden KFO-Richtlinien zur Frühbehandlung genannten ergänzenden Einstufung vorliegen.
- 12.2.2 Zur Feststellung der Beihilfefähigkeit (Vorliegen der entsprechenden Indikationen, Angemessenheit der Kosten) und Absicherung des Beihilfeberechtigten ist der Heil- und

Kostenplan vor Beginn der Frühbehandlung der Festsetzungsstelle zur Anerkennung vorzulegen. Wird der Heil- und Kostenplan später vorgelegt, kann Beihilfe unabhängig von den schon angefallenen Kosten nur im notwendigen und angemessenen Umfang gewährt werden.“

6. In Nummer 14.1.3 Satz 3 werden nach dem Wort „notwendigen“ die Wörter „und angemessenen“ eingefügt.
7. Der Nummer 16.9.1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Behandler müssen die Voraussetzungen des § 18 Absatz 2 bis 4 oder des § 19 Absatz 3 bis 5 erfüllen.“
8. Der Nummer 18.1 werden folgende Nummern angefügt:
 - „18.1.3 Bei Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlungen zählt eine erbrachte Doppelstunde (mindestens 100 Minuten) in der Gruppenbehandlung als eine Sitzung in der Einzelbehandlung. Die in der Einzelbehandlung erbrachte Stunde (mindestens 50 Minuten) zählt umgekehrt als eine Sitzung in der Gruppenbehandlung. Die maximal bewilligte Sitzungszahl darf nicht überschritten werden.
 - 18.1.4 Relevante Bezugspersonen sind Personen aus dem engeren Umfeld (insbesondere Partner oder Familie) des Behandlungsbedürftigen. Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen kann es notwendig sein, relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld einzubeziehen. Für die Einbeziehung von Bezugspersonen in die Therapie von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind Sitzungen über das bewilligte Kontingent hinaus, nicht beihilfefähig.“
9. Nummer 19.1 wird wie folgt geändert:
 - a) In Nummer 19.1.1 werden nach der Angabe „18.1.2“ die Wörter „bis 18.1.4“ eingefügt.
 - b) Nummer 19.1.3 Satz 3 und 4 wird gestrichen.
10. Nummer 20 wird wie folgt geändert:
 - a) Nummer 20.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) Der Nummer 20.1.1 werden folgende Sätze angefügt:
„Die Krankenhausbehandlung im Sinne des § 20 kann vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär oder vor- und nachstationär erbracht werden (vergleiche Nummer 20.2.8). Die Angemessenheit der stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung, die ab 1. Januar 2017 von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen erbracht werden kann, richtet sich nach der Bundespflegesatzverordnung.“
 - bb) Nummer 20.1.3 Satz 2 wird gestrichen.
 - cc) Nummer 20.1.4 wird wie folgt gefasst:
„20.1.4 Gemäß § 17d Absatz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetz in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung wird für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Dieses Vergütungssystem basiert im Gegensatz zum DRG-System, das Fallpauschalen definiert, auf tagesbezogenen Entgelten. Mit den Entgelten, die dem Grunde nach beihilfefähig sind, werden die voll- und teilstationären sowie stationsäquivalenten allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Die Vereinbarungen zum pauschalierenden Entgeltsystem (PEPPV) und dessen Weiterentwicklung treffen die Vertragsparteien (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) grundsätzlich jährlich. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen werden bundeseinheitlich festgelegt. In Ausnahmefällen können die Vertragsparteien Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Für Leistungen, die mit den nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Bundesebene bewerteten Entgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden können, können nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung krankenhausspezifische Entgelte verhandelt werden.
Die Abrechnung der pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) erfolgt durch die leistungserbringenden Krankenhäuser auf der Grundlage des am Tag der voll- oder teilstationären Aufnahme geltenden Entgeltkataloges und den dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen (vergleiche beispielsweise PEPPV 2018 für Krankenhausbehandlung im Jahr 2018). Die Einstufung wird mittels Programmen (Groupen) in die jeweiligen Entgelte und innerhalb der Entgelte in der Regel in Vergütungsklassen (abhängig von der Anzahl der Berechnungstage) vorgenommen. Die Entgelthöhe je Tag wird ermittelt, indem die im Entgeltkatalog ausgewiesene Bewertungsrelation (Anlage 1a oder Anlage 2a beziehungsweise Anlage 5 des Entgeltkatalogs) mit dem Basisentgeltwert multipliziert wird. An den Tagen, an denen ein Aufwand für ergänzende Tagesentgelte (ET) angefallen ist, ist (sind) zusätzlich die ausgewiesene Bewertungsrelation(en) des (der) ergänzenden Tagesentgelte(s) ansatzfähig. Das Tagesentgelt ergibt sich dann aus der Summe der (Tages-)Bewertungsrelationen multipliziert mit dem Basisentgeltwert. Gegebenenfalls können noch vereinbarte Zusatzentgelte abgerechnet werden. Dauert die Behandlung über den Kalenderjahreswechsel hinaus an, gilt § 15 der Bundespflegesatzverordnung für die Abrechnung entsprechend. Berechnungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts inklusive des Verlegungs- oder Entlassungstages aus dem Krankenhaus; wird ein Patient am gleichen Tag (gegebenenfalls auch mehrfach) aufgenommen und verlegt

oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahme-tag und zählt als ein Berechnungstag. Hinsichtlich Ergänzungen und Änderungen wird auf die zum Behandlungszeitpunkt geltende PEPPV hingewiesen. Die nach den im Behandlungszeitraum geltenden Entgeltkatalog und den dazu gehörenden Abrechnungsbestimmungen berechneten Aufwendungen sind beihilfefähig. Das Psych-Entgeltsystem ersetzt die Entgelte nach § 17 Absatz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (tagesgleiche Pflegesätze). Bis Ende 2017 ist die Einführung des Vergütungssystems für die Krankenhäuser freiwillig. Verbindlich für alle Krankenhäuser wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2018 eingeführt. Bis Ende des Jahres 2019 wird das Vergütungssystem für die Krankenhäuser budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2020 sind der krankenhaushausindividuelle Basisentgeltwert und der Gesamtbetrag nach den näheren Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung von den Vertragsparteien anzupassen (Anpassungsphase). Führen Krankenhäuser das Vergütungssystem für den Zeitraum bis Ende 2017 nicht ein, haben sie die Abrechnung gemäß § 18 der Bundespflegesatzverordnung durchzuführen und die Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2012 geltenden Fassung anzuwenden.“

dd) Folgende Nummer wird angefügt:

„20.1.14 Gemäß § 17 Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausgesetzes darf eine Privatklinik, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären. Aufwendungen für eine Behandlung in einer Privatklinik, die organisatorisch mit einem Plankrankenhaus verbunden ist, sind daher nur im Umfang des Absatzes 1 beihilfefähig.“

b) Nummer 20.2 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 20.2.4 wird wie folgt gefasst:

„20.2.4 Die von Privatkliniken in Rechnung gestellte Umsatzsteuer ist grundsätzlich beihilfefähig und kann in die Vergleichsberechnung im Rahmen des errechneten beihilfefähigen Höchstbetrages einbezogen werden.“

bb) Der Nummer 20.2.6 werden folgende Sätze angefügt:

„Befindet sich das Krankenhaus, in dem die stationäre Heilbehandlung durchgeführt wird, in einem Kurort, kann je nach dem dort geltenden Kommunalabgabenrecht (Kommunalabgabenordnung, Kurtaxensatzung) eine Kurtaxe für die Aufenthaltsdauer anfallen. Die Aufwendungen hierfür sind beihilfefähig. Die Erhebung der Kurtaxe erfolgt insbesondere bei einer Behandlung in sogenannten gemischten Krankenanstalten. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die neben medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen auch Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen durchführen. Einwohner der betreffenden Kommune und in der Regel auch Patienten in reinen Akutkrankenhäusern sind von der Erhebung der Kurtaxe ausgenommen. Bei Maßnahmen nach Abschnitt 3 sind die dort geregelten Voraussetzungen der Beihilfefähigkeit von Aufwendungen zu berücksichtigen.“

cc) Nummer 20.2.8 wird wie folgt geändert:

aaa) In Satz 2 wird nach dem Wort „teilstationäre“ das Wort „, stationsäquivalente“ eingefügt.

bbb) Nach Buchstabe a wird folgender Buchstabe eingefügt:

„b) Sonderform der vollstationären Behandlung ist die stationsäquivalente Behandlung. Dabei handelt es sich um eine Krankenhausbehandlung ohne Bett, weil diese im häuslichen Umfeld (Home Treatment) erbracht wird. Sie umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen und wird durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams des Krankenhauses durchgeführt. Die Krankenhäuser können dabei auch Leistungserbringer im ambulanten Versorgungsbereich mit Teilleistungen beauftragen. Sie ist gleichwertig mit einer vollstationären Behandlung und wie diese notwendig, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Sie wird von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen als stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbracht.“

ccc) Die bisherigen Buchstaben b bis e werden die Buchstaben c bis f.

11. Nummer 21 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 21.2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 21.2.3 Satz 1 werden nach den Wörtern „ALOPEXY 5 Prozent, REGAINE“ die Wörter „, Minoxidil BIO-H-TIN-Pharma“ eingefügt.

bb) Folgende Nummern werden angefügt:

„21.2.6 Versandkosten sind beihilfefähig, soweit sie das beihilfefähige Arzneimittel betreffen. Enthält die Sendung auch nicht beihilfefähige Produkte, sind die Aufwendungen für den Versand entsprechend der Anzahl der in der Lieferung enthaltenen Produkte zu quoteln. Zum Beispiel: Wird eine Versandkostenpauschale für drei Produkte berechnet, von denen nur eines

ein beihilfefähiges Arzneimittel ist, sind die Versandkosten zu einem Drittel beihilfefähig.

- 21.2.7 Die Abgabe von Zytostatika, die in der Apotheke eines Krankenhauses individuell für den einzelnen Patienten hergestellt und im Rahmen einer in diesem Krankenhaus ambulant durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung verabreicht werden, ist steuerfrei (BFH, Urteil vom 24. September 2014, V R 19/11). Aufwendungen für Umsatzsteuer sind somit nicht beihilfefähig. Auf die Übergangsregelung des Bundesministeriums der Finanzen (Anwendungsschreiben vom 28. September 2016, III C 3- S 7170/11/10004) für vor dem 1. April 2017 durchgeführte Umsätze, die rückwirkend steuerfrei oder weiterhin steuerpflichtig behandelt werden können, wird hingewiesen.“

b) Nummer 21.3.2 wird wie folgt gefasst:

- „21.3.2 Nicht beihilfefähig sind nach Absatz 3 Nummer 1 insbesondere folgende sogenannte Lifestyle-Arzneimittel:

Regulierung des Körpergewichts (zentral wirkend)	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AA 01 Phentermin	
A 08 AA 02 Fenfluramin	
A 08 AA 03 Amfepramon	REGENON; TENUATE Retard
A 08 AA 04 Dexfenfluramin	
A 08 AA 05 Mazindol	
A 08 AA 06 Etilamfetamin	
A 08 AA 07 Cathin	ALVALIN
A 08 AA 08 Clobenzorex	
A 08 AA 09 Mefenorex	
A 08 AA 10 Sibutramin	
A 08 AA 13 Phenylpropanolamin	BOXOGETTEN S; RECATOL mono
A 08 AA 63 Phenylpropanolamin, Kombinationen	Antiadiposum Riemser
A 08 AX 01 Rimonabant	
A 08 AA 62 Bupropion, Naltrexon	Mysimba
A 10 BX 07 Liraglutid	Saxenda
Abmagerungsmittel (peripher wirkend)	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
A 08 AB 01 Orlistat	alli; XENICAL; alle generischen Orlistat-Fertigarzneimittel
Sexuelle Dysfunktion	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 04 BE 01 Alprostadil	CAVERJECT; CAVERJECT Impuls; MUSE; VIRIDAL; Vitaros HEXAL
G 04 BE 02 Papaverin	
G 04 BE 03 Sildenafil	VIAGRA; alle generischen Sildenafil-Fertigarzneimittel
G 04 BE 04 Yohimbin	Procomil; YOCON GLENWOOD; YOHIMBIN SPIEGEL
G 04 BE 05 Phentolamin	
G 04 BE 06 Moxisylyt	
G 04 BE 07 Apomorphin	
G 04 BE 08 Tadalafil	CIALIS
G 04 BE 09 Vardenafil	LEVITRA
G 04 BE 10 Avanafil	SPEDRA
G 04 BE 30 Kombinationen	
G 04 BE 52 Papaverin- Kombinationen	
G 04 BX 14 Dapoxetinhydrochlorid	PRILIGY
Turnera diffusa Dil. D4	Cefagil; DESEO; Neradin
N 01 BB 20 Lidocain; Prilocain	Fortacin
Nikotinabhängigkeit	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
N 07 BA 01 Nicotin	NIQUITIN; NICOPASS; NICOPATCH; NICORETTE; NICOTINELL; NIKOFRENON
N 07 BA 02 Bupropion N 06 AX 12	ZYBAN
N 07 BA 03 Varenicline	CHAMPIX
Steigerung des sexuellen Verlangens	
Wirkstoff	Fertigarzneimittel, alle Wirkstärken
G 03 BA 03 Testosteron	
Turnera diffusa Dil. D4	Cefagil; DESEO; Neradin; Remisens
Turnera diffusa Kombinationen	Damiana N Oligoplex; Virilis – Gastreu S R 41; Yohimbin Vitalkomplex"

12. In Nummer 22.4.1 Satz 2 werden nach dem Wort „beihilfefähig“ die Wörter „(VGH Mannheim, Urteil vom 6. Oktober 2016, 2 S 347/16 zu einem Pino-Tandem)“ eingefügt.

13. Nummer 23 wird wie folgt geändert:

- a) Nummer 23.1.3 wird gestrichen.

- b) Nummer 23.2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 23.2.1 wird wie folgt geändert:
- aaa) Großbuchstabe B Buchstabe s wird wie folgt gefasst:
- „s) Blutzuckermessgerät einschließlich Glukosemesssysteme (zum Beispiel CGM oder rtCGM – [real time] Continuous Glucose Monitoring oder FGM – Flash Glucose Monitoring [FreeStyleLibre])“
- bbb) In Großbuchstabe H Buchstabe k werden nach den Wörtern „Euro je Ohr“ die Wörter „einschließlich des notwendigen Zubehörs“ eingefügt.
- ccc) In Großbuchstabe N Buchstabe b werden die Wörter „soweit die Aufwendungen“ durch die Wörter „bis zur Höhe von“ ersetzt und die Wörter „nicht übersteigen“ gestrichen.
- ddd) In Großbuchstabe O Buchstabe d werden nach dem Wort „Orthonyxie-Nagelkorrekturspange“ die Wörter „(vergleiche Nummer 26.4.2)“ eingefügt.
- bb) Der Nummer 23.2.2 wird folgender Satz angefügt:
„Enthalten Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Hinweise zur Anwendung von Hilfsmitteln (zum Beispiel die ‚Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung‘ zur Glukosemessung mit rtCGM) können diese für die beihilferechtliche Bewertung herangezogen werden.“
- cc) Nummer 23.2.3 Großbuchstabe U wird wie folgt geändert:
- aaa) Buchstabe c wird gestrichen.
- bbb) Der bisherige Buchstabe d wird Buchstabe c.
- c) Der Nummer 23.4.1 wird folgender Satz angefügt:
„Aufwendungen für das wiederholte Verkleben von Kopfhäarsatzstücken sind Betriebs- und Unterhaltungskosten, nicht aber die Aufwendungen für Pflege und Reinigung.“
14. Nummer 24 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 24.4.5 wird gestrichen.
- b) In Nummer 24.6.1 Satz 4 werden die Wörter „9. Juli“ durch die Wörter „8. Juli“ ersetzt.
15. Nummer 26 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 26.1.1 werden nach den Wörtern „(Heilmittel-Richtlinie)“ die Wörter „und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie Zahnärzte)“ eingefügt.
- b) Nummer 26.2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Nummer 26.2.2 Satz 1 werden nach dem Wort „Arzt“ die Wörter „oder Zahnarzt“ eingefügt.
- bb) In Nummer 26.2.3 werden nach dem Wort „erfolgen“ die Wörter „(vergleiche Nummer 26.1.1)“ eingefügt.
- c) Nummer 26.3.1 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werde die Wörter „Aufbautraining/eine Medizinische Trainingstherapie (MAT/MTT)“ durch die Wörter „Aufbautraining (MAT) oder eine Medizinische Trainingstherapie (MTT)“ ersetzt.
- bb) In Satz 2 werden die Wörter „2,3fachen der Einzelsätze“ durch die Wörter „Schwellenwert der Gebühren“ ersetzt.
- d) Nummer 26.4 wird wie folgt gefasst:
„26.4 Zu Absatz 4
- 26.4.1 Als diabetisches Fußsyndrom werden verschiedene Krankheitsbilder bezeichnet, deren gemeinsame Ursache der erhöhte Blutzuckerspiegel beim Diabetes mellitus ist. Die häufigsten Krankheitsbilder sind der minderdurchblutete (ischämische) diabetische Fuß und der nervengeschädigte (neuropathische) diabetische Fuß. Aufwendungen für Maßnahmen der medizinischen Fußpflege sind bei diesen Krankheitsbildern beihilfefähig, um Folgeschäden (zum Beispiel Schädigungen der Haut durch Zehennägel, schlecht heilende Wunden, offene Geschwüre, Nekrosen) zu vermeiden. Nicht zum Leistungsumfang zählen rein kosmetische Behandlungen.
- 26.4.2 Eine Therapie mit Orthonyxiespangen ist insbesondere bei den Diagnosen ‚Unguis Convolutus‘ (eingerollter Nagel) und ‚Unguis incarnatus‘ (eingewachsener Nagel) notwendig. Aus der ärztlichen Verordnung müssen neben der Diagnose die Bezeichnung des Nagels, die Art der Spange und die Anzahl der benötigten Regulierungen ersichtlich sein. Sind nach Abschluss der verordneten Behandlungen weitere Nachbehandlungen (Regulierungen) notwendig, ist eine Folgeverordnung erforderlich. Die erhaltenen Leistungen sind am Tag der Leistungserbringung durch den Beihilferechtigten oder den behandelten berücksichtigungsfähigen Angehörigen zu bestätigen. Die Therapie darf nur von einem Podologen (vergleiche Nummer 26.2.4) durchgeführt werden. Wurde keine Orthonyxietherapie sondern nur das Hilfsmittel Orthonyxiespange ärztlich verordnet, sind die Aufwendungen für das Hilfsmittel einschließlich der Applikation im Rahmen des § 23 Absatz 1 (vergleiche auch Nummer 23.2.1 Großbuchstabe O Buchstabe d) beihilfefähig.“
16. Nummer 27 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 27.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nummer 27.1.1 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
- „27.1.1 Die Komplextherapie ist die Behandlung eines einheitlichen Krankheitsbildes durch ein berufsgruppenübergreifendes Team von Ärzten oder Psychotherapeuten und Angehörigen von Gesundheits- und Medizinalfachberufen. Die Beteiligung eines Arztes oder Psychotherapeuten

(§ 1 Absatz 1 Satz 4 des Psychotherapeutengesetzes) muss sichergestellt sein.“

- bb) Der Nummer 27.1.2 wird folgender Satz angefügt:
„Komplextherapien sind auch im Rahmen der zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und den Leistungserbringern vereinbarten speziellen Versorgungsformen, zum Beispiel im Rahmen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder der Integrierten Versorgung gemäß § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und den hierfür getroffenen Vereinbarungen beihilfefähig.“
 - b) Nummer 27.2 wird wie folgt geändert:
 - aa) Nummer 27.2.1 wird wie folgt gefasst:
„27.2.1 Zu den stationären Komplextherapien zählen sowohl teil- als auch vollstationäre Maßnahmen.“
 - bb) Die bisherige Nummer 27.2.1 wird Nummer 27.2.2.
 - c) Nummer 27.6.1 wird wie folgt gefasst:
„27.6.1 Die integrierte Versorgung ist eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung. Es werden entweder unterschiedliche Leistungsarten kombiniert oder Leistungen aus verschiedenen medizinischen Fachgebieten erbracht. Die integrierte Versorgung erfolgt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage von Verträgen nach § 140a Absatz 1 Satz 2 Variante 1 oder 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Diese Verträge können von gesetzlichen Regelungen, wie zum Beispiel Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes, abweichen. Das Leistungsspektrum kann auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beinhalten. Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 140a Absatz 1 Satz 2 Variante 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht Gegenstand der Beihilferegelungen. Über integrierte Versorgungsmodelle haben auch private Krankenversicherungsunternehmen (zum Beispiel Konzept Allianz Klinikkooperation für Hüft- und Knieoperationen) oder andere Kostenträger Verträge mit Leistungserbringern abgeschlossen. Sie beinhalten beispielsweise eine Kombination von Krankenhausleistungen (§ 20) und stationären Rehabilitationsmaßnahmen (§ 37). Die Abrechnung der Leistungen erfolgt nach vereinbarten Pauschalsätzen. Bei Verträgen mit privaten Krankenversicherungsunternehmen beinhalten die Vereinbarungen auch Pauschalen für wahlärztliche Leistungen und Wahlleistungen im Krankenhaus. Auch Kombinationen mit ambulanten Leistungen, die pauschal abgerechnet werden, können Bestandteil der Verträge über eine integrierte Versorgung sein.“
17. Nummer 29 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 29.0.2 Satz 2 werden die Wörter „und ärztlich“ durch die Wörter „oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch“ ersetzt.
 - b) In Nummer 29.0.3 Satz 1 wird das Wort „ärztlichen“ gestrichen.
 - c) Nummer 29.1 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Nummer 29.1.1 Satz 1 werden die Wörter „und ärztlich“ durch die Wörter „oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch“ ersetzt.
 - bb) Der Nummer 29.1.2 werden folgende Sätze angefügt:
„Psychotherapeuten im Sinne des Absatzes 1 Satz 1 sind die in § 16 Absatz 3 Satz 2 genannten Personen. Soziotherapie, die im Rahmen des Entlassungsmanagements im Krankenhaus verordnet wurde, kann für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach Entlassung als beihilfefähig anerkannt werden. Danach ist eine Verordnung durch einen der anderen genannten Fachärzte notwendig.“
 - cc) In Nummer 29.1.3 Satz 1 werden die Wörter „oder ärztlich“ durch die Wörter „oder psychotherapeutischer sowie ärztlich oder psychotherapeutisch“ ersetzt.
 - dd) Nummer 29.1.5 wird wie folgt gefasst:
„29.1.5 Lässt es sich nicht erreichen, dass der Patient die Überweisung zu einer Berufsgruppe nach § 29 Absatz 1 Satz 1 wahrnimmt oder kommt es nicht zur Verordnung von Soziotherapie, sind die maximal fünf von einem soziotherapeutischen Leistungserbringer erbrachten Therapieeinheiten dennoch beihilfefähig.“
 - ee) Nummer 29.1.6 wird wie folgt gefasst:
„29.1.6 Soweit die Soziotherapie unmittelbar nach Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, ist die im Rahmen des Entlassungsmanagements verordnete Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen beihilfefähig. Diese Einheiten sind durch den weiterbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten im Rahmen des Gesamtverordnungszeitraums zu berücksichtigen, unabhängig davon, ob sie in Anspruch genommen worden sind.“
 - ff) Die bisherigen Nummern 29.1.6 bis 29.1.10 werden die Nummern 29.1.7 bis 29.1.11.
 - gg) Der neuen Nummer 29.1.8 wird folgender Satz angefügt:
„Werden Probestunden zur Feststellung der Therapiefähigkeit verordnet, sind diese für bis zu 5 Probestunden zweimal im Jahr beihilfefähig und auf die Gesamttherapieeinheiten anzurechnen.“
 - hh) In der neuen Nummer 29.1.10 Satz 2 wird das Wort „Arzt“ durch das Wort „Verordner“ ersetzt.
18. Nummer 30 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 30.1 wird wie folgt geändert:

- aa) Nummer 30.1.1 wird wie folgt geändert:
- aaa) In Satz 6 werden nach den Wörtern „Pflegebedürftigkeit ist“ die Wörter „in der Regel“ eingefügt.
- bbb) Folgende Sätze werden angefügt:
 „Ein vorübergehender Zeitraum kann im Einzelfall auch ein längerer Zeitraum sein, dessen Ende weder feststeht noch absehbar ist. Das trifft beispielsweise für Maßnahmen der speziellen Krankenbeobachtung während des Schulbesuchs eines an einer Bluterkrankung leidenden schulpflichtigen Kindes zu.“
- bb) Nummer 30.1.3 wird wie folgt gefasst:
 „30.1.3 Behandlungspflege sind Maßnahmen, die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und die üblicherweise an Pflegefachkräfte delegiert werden können. Behandlungspflege umfasst insbesondere Verbandwechsel, Injektionen, Katheterisierung, Einreibungen, Blasenspülung, Blutdruckmessung, Blutzuckermessung, Dekubitusbehandlung und Beatmungspflege. Aufwendungen für Behandlungspflege sind auch für dauernd pflegebedürftige Personen im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1 im notwendigen Umfang beihilfefähig. Beihilfefähig sind auch Aufwendungen für Personen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebracht sind, wenn ein besonders hoher Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht. Dies ist der Fall, wenn die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft erforderlich ist, zum Beispiel bei erforderlicher Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgerätes am Tag und in der Nacht.“
- cc) In Nummer 30.1.10 Satz 2 werden nach den Wörtern „betreute Wohnformen“ die Wörter „(zum Beispiel Alten-/Seniorenheim oder Wohngruppen/Apartments eines Pflegedienstes, stationäre Pflegeeinrichtung)“ eingefügt
- b) Nummer 30.2 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Nummer 30.2.2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
 „In Einzelfällen, die eine besonders intensive Krankenpflege erfordern (zum Beispiel 24-Stunden-Intensivpflege), sind die notwendigen Aufwendungen beihilfefähig.“
- bb) Nummer 30.2.3 wird wie folgt gefasst:
 „30.2.3 Gesondert berechnete Investitionskosten sind nicht beihilfefähig.“
- c) Der Nummer 30.3.1 werden folgende Sätze angefügt:
 „Die Zahlung erfolgt durch den Beihilfeberechtigten an die die häusliche Krankenpflege durchführende Person. Der Beihilfeberechtigte erhält dazu Beihilfe. Da der Beihilfeberechtigte keine mitteilungsspflichtige Stelle im Sinne des elektronischen Bescheinigungsverfahrens nach § 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 des Einkommensteuergesetzes ist, wird weder von ihm noch von der Festsetzungsstelle eine Meldepflicht gegenüber dem Bundeszentralamt für Steuern ausgelöst.“
19. Nach Nummer 30 wird folgende Nummer eingefügt:
- „30a Zu § 30a Kurzzeitkrankenpflege
- 30a.1 Die Kurzzeitkrankenpflege können Personen auf ärztliche Bescheinigung in Anspruch nehmen, die einen niedrigeren Pflegegrad als 2 haben, aber dennoch vorübergehend aus gesundheitlichen Gründen auf stationäre Pflege angewiesen sind. Beihilfefähig sind die Aufwendungen grundsätzlich im Umfang des § 52. Eine Beihilfegewährung kommt dann in Betracht, wenn der spezielle Bedarf an Grundpflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung des Beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen Angehörigen bei schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit durch die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht im erforderlichen Maße abgedeckt ist (beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung oder nach einer ambulanten Operation).“
20. Der Tabelle nach Nummer 31.2.2 Satz 4 werden folgende Zeilen angefügt:
- | | | |
|---------------------------------------|--------|---------|
| „1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2017 | 239,40 | 267,75 |
| 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2018 | 242,55 | 274,05“ |
21. Nach Nummer 31a.1 Satz 5 wird folgender Satz eingefügt:
 „Die Aufwendungen für Pauschalen und Gebühren sind einschließlich Umsatzsteuer beihilfefähig.“
22. Nummer 32.1.1 wird wie folgt gefasst:
 „32.1.1 Die Notwendigkeit der Beförderung bestätigt der behandelnde Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeut (im Sinne des § 16 Absatz 3 Satz 2) mit der Verordnung der Beförderung. Aufwendungen sind für die Hin- und Rückfahrt gesondert zu prüfen, insbesondere ist dabei der aktuelle Gesundheitszustand des Beihilfeberechtigten oder des berücksichtigungsfähigen Angehörigen und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen. Von Psychotherapeuten verordnete Fahrten sind beihilfefähig, wenn sie im Zusammenhang mit einer psychotherapeutischen Leistung zwingend notwendig sind. Soweit Psychotherapeuten zur Krankenhauseinweisung berechtigt sind, gilt dies auch für Fahrten zur stationären Krankenhausbehandlung.“
23. In Nummer 33.1.4 Satz 2 wird die Angabe „55.1.7“ durch die Angabe „55.1.11“ ersetzt.
24. Der Nummer 35.3 wird folgende Nummer angefügt:
 „35.3.2 Für die Zahlung der Aufwendungen an die Familien- und Haushaltshilfe gilt Nummer 30.3.1 Satz 2 bis 4 entsprechend.“
25. Nummer 37 wird wie folgt geändert:
- a) Der Nummer 37.2.4.1 wird folgender Satz angefügt:
 „Die familienorientierte Rehabilitation ist nicht zur Trauerbewältigung verwaister Familien

- beihilfefähig.“
- b) Nummer 37.3 wird wie folgt geändert:
- aa) Der Nummer 37.3.1 wird folgender Satz angefügt:
„Für zwingend notwendige Besuchsfahrten der Eltern bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme des berücksichtigungsfähigen Kindes sind Fahrtkosten beihilfefähig; Unterkunftskosten sind nicht beihilfefähig.“
- bb) Der Nummer 37.3.3 werden folgende Sätze angefügt:
„Beihilfefähig sind die Fahrtkosten in entsprechender Anwendung von Satz 2 Nummer 1 Buchstabe a und die Unterkunfts- und Verpflegungskosten nach Satz 2 Nummer 5 Buchstabe b Doppelbuchstabe cc für die Dauer der Maßnahme einschließlich Verlängerung. Aufgrund der Besuchsfahrt ausgefallene Arbeitseinkünfte sind nicht beihilfefähig. Eine Einzelfallentscheidung nach § 4 Absatz 3 Satz 2 bleibt davon unberührt.“
26. Nummer 38 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 38.1 wird wie folgt geändert:
- aa) Nach Nummer 38.1.1 Satz 2 werden folgende Sätze eingefügt:
„Liegt eine Diagnose aus dem Indikationsspektrum zur Anwendung von Psychotherapie (vergleiche §§ 16 bis 19 und § 27 Absatz 5) vor, kann die Verordnung auch durch einen Psychotherapeuten im Sinne des § 16 Absatz 3 Satz 2 erfolgen. Darüber hinaus ist eine Verordnung durch einen Psychotherapeuten bei einer Diagnose aus dem Indikationsspektrum des Kapitels V ‚Psychische und Verhaltensstörungen‘ der ICD-10-GM Version 2017 in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt möglich.“
- bb) Nummer 38.1.2 wird gestrichen.
- cc) Die bisherige Nummer 38.1.3 wird Nummer 38.1.2 und in Satz 1 werden nach den Wörtern ‚Satz 1‘ die Wörter ‚in Verbindung mit Nummer 38.1.1 Satz 3‘ eingefügt.
- b) In Nummer 38.2.3 Satz 1 Halbsatz 1 wird der dritte Anstrich wie folgt gefasst:
„– MAT oder MTT“
27. Nummer 40 wird wie folgt geändert:
- a) Die Nummern 40.1.6 bis 40.1.8 werden wie folgt gefasst:
- „40.1.6 Aufgrund der Schutzimpfungs-Richtlinie sind Impfungen aus Anlass einer nicht dienstlichen Auslandsreise (sogenannte Reiseschutzimpfungen) grundsätzlich nicht beihilfefähig. Soweit die Schutzimpfungs-Richtlinie für Reiseschutzimpfungen einen Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht, sind entsprechende Aufwendungen beihilfefähig.
- 40.1.7 Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass eines Auslandsaufenthaltes sind nur dann ausnahmsweise beihilfefähig, wenn der Auslandsaufenthalt beruflich bedingt ist oder wenn zum Schutze der öffentlichen Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die Bundesrepublik Deutschland vorzubeugen (zum Beispiel Poliomyelitis – Kinderlähmung). Erfolgt der Auslandsaufenthalt im Rahmen einer Ausbildung (insbesondere Studium oder Berufsausbildung), ist dieser einem beruflich bedingten Auslandsaufenthalt gleichgestellt, wenn die Ausbildungsstätte bestätigt, dass der Auslandsaufenthalt im Rahmen der Ausbildung durch eine Studien-, Ausbildungs- oder Prüfungsordnung vorgeschrieben ist.
- 40.1.8 Ein Auslandsaufenthalt im Rahmen eines freiwilligen Praktikums ist als nicht beruflich bedingt anzusehen. In diesen Fällen greift im Übrigen grundsätzlich der Ausschlussstatbestand des § 5 Absatz 1 Nummer 5, da ein freiwilliges Praktikum als beruflfördernde, beruflvorbereitende oder beruflbildende Maßnahme anzusehen ist. Soweit die Schutzimpfungs-Richtlinie für Reiseschutzimpfungen einen Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht, sind entsprechende Aufwendungen dennoch beihilfefähig, da eine Person in einer Maßnahme nach § 5 Absatz 1 Nummer 5 nicht schlechter gestellt werden soll als bei einer privaten Urlaubsreise (vergleiche Nummer 40.1.6).“
- b) Die bisherige Nummer 40.1.7 wird Nummer 40.1.9.
28. Nummer 41 wird wie folgt geändert:
- a) Nummer 41.0 wird wie folgt gefasst:
- „41.0 Allgemeines
- 41.0.1 Die Leistungen zur Früherkennung sind präventiver Art und setzen daher weder eine Krankheit noch den konkreten Verdacht auf eine solche voraus. Ergeben die Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer der gesuchten Krankheiten, so sind weitere Diagnose- und gegebenenfalls Therapiemaßnahmen nach Maßgabe des Abschnittes 2 beihilfefähig.
- 41.0.2 Die im Rahmen der Früherkennung vorgesehenen Untersuchungen sollen Krankheiten erkennen, die bisher noch nicht festgestellt und auch noch nicht in irgendeiner Form – durch Schmerzen oder Beschwerden, durch Abweichungen vom normalen Zustand – in Erscheinung getreten sind. Die Maßnahmen zur Früherkennung weisen gegenüber den medizinischen Vorsorgeleistungen den grundsätzlichen Unterschied auf, dass sie rein diagnostischer Natur sind und daher nicht auf die Änderung des festgestellten Körper-, Geistes- oder Seelenzustandes des Betroffenen gerichtet sind (BSG, Urteil vom 22. Januar 1981, 8/8a RK 17/79).
- 41.0.3 Chromosomenuntersuchungen und andere Gentests sind mit Ausnahme des § 41 Absatz 4 keine Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen im Sinne des § 41, der als abschließend anzusehen ist. Insbesondere sind solche Gentests nicht beihilfefähig, die der Abklärung der Gefahren für das ungeborene Leben dienen, sondern denen allenfalls durch die Entscheidung gegen eine Schwangerschaft begegnet werden können. Aufgrund dessen können Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern (hierzu

insbesondere §§ 42 und 44) nur bei diesen selbst und nicht bei ihrer Mutter noch vor Beginn der Schwangerschaft durchgeführt werden (VGH Mannheim, Urteil vom 29. Juni 2017, 2 S 2014/16).“

- b) In Nummer 41.1.3 werden die Wörter „Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ durch die Wörter „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses“ ersetzt.
- c) Der Nummer 41.2 wird folgende Nummer angefügt:
- 41.2.4 Bei der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs sind Aufwendungen zum konventionellen Pap-Test beihilfefähig. Aufwendungen für einen ThinPrep-Test (Dünnschichtzytologie) sind nicht von der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erfasst und deshalb nicht beihilfefähig. Aufwendungen für einen Test auf genitale Infektionen mit humanen Papillomaviren (HPV-Test) sind beihilfefähig, wenn ein auffälliger Pap-Befund vorliegt; zur HPV-Schutzimpfung vergleiche Nummer 40.1.3.“
- d) Der Nummer 41.3 werden folgende Nummern angefügt:
- 41.3.3 Im Rahmen der Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales und der Brust bei Frauen sind auch diesbezügliche Aufwendungen für Ultraschalldiagnostik beihilfefähig.
- 41.3.4 Aufwendungen für die Teilnahme am Screening auf Bauchaortenaneurysmen sind nach Maßgabe der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen/US-BAA-RL) für Männer ab dem Alter von 65 Jahren einmalig beihilfefähig. Das Screeningergebnis gilt als auffällig, wenn ein Bauchaortendurchmesser von 2,5 cm oder größer gemessen wurde. Die Verlaufskontrollen und weitere Diagnostik nach Feststellung eines auffälligen Befundes erfolgen im Rahmen der Krankenbehandlung nach Abschnitt 2.“
- e) Nummer 41.4 wird wie folgt gefasst:
- „41.4 Zu Absatz 4
- 41.4.1 Entstandene Aufwendungen für die Risikofeststellung und interdisziplinäre Beratung, Gendiagnostik und Früherkennung werden mit den in Anlage 5 zu § 41 Absatz 4 festgelegten Pauschalen als beihilfefähig anerkannt, wenn diese Untersuchungen in den von der Deutschen Krebshilfe zugelassenen Zentren durchgeführt wurden. Zugelassene Zentren sind derzeit:
- Charité-Universitätsmedizin Berlin, Brustzentrum
 - Technische Universität Dresden, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Universitätsklinikum Düsseldorf, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
 - Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Universitäts-Medizin Göttingen, Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum
 - Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Brustzentrum Klinik und Poliklinik für Gynäkologie
 - Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Humangenetik
 - Universität Heidelberg, Institut für Humangenetik
 - Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe (Campus Kiel)
 - Universitätsklinikum Köln, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
 - Universität Leipzig, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
 - Technische Universität München, Klinikum Rechts der Isar, Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
 - Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Campus Großhadern
 - Universität Münster, Institut für Humangenetik
 - Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs der Universität Regensburg
 - Universität Tübingen, Institut für Humangenetik
 - Universität Ulm, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Frauenklinik der Universität Würzburg, Institut für Humangenetik, Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- 41.4.2 Die einmalige Pauschale für eine an Brust- oder Eierstockkrebs Erkrankte (Indexfall) nach Nummer 2 Buchstabe a der Anlage 5 zur Sächsischen Beihilfeverordnung kann ausnahmsweise auch dann bei einer gesunden Ratsuchenden als beihilfefähig anerkannt werden, wenn alle Indexfälle bereits verstorben sind, eine Genanalyse bei einem Indexfall deshalb nicht mehr möglich ist und diese deshalb bei der gesunden Ratsuchenden durchgeführt wird. In diesen Fällen ist die Pauschale nach Nummer 2 Buchstabe b der Anlage 5 zur Sächsischen Beihilfeverordnung bei dieser Person nicht mehr beihilfefähig. Die Pauschale nach Nummer 2 Buchstabe b der Anlage 5 zur Sächsischen Beihilfeverordnung kann aber bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen bei anderen gesunden Ratsuchenden innerhalb derselben Familie als beihilfefähig anerkannt werden.
- 41.4.3 Aufwendungen für präventive Operationen sind nicht Gegenstand der beihilfefähigen Pauschalen. Die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen richtet sich nach Maßgabe des Abschnitts 2.“

29. Nummer 42.1 wird wie folgt gefasst:

- „42.1 Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bestimmt sich nach folgenden Richtlinien:
- Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie),
 - Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Jugendgesundheitsuntersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie)“
30. Nummer 44.1 wird wie folgt gefasst:
- „44.1 Zu Absatz 1
- 44.1.1 Inhalt und Umfang der beihilfefähigen Aufwendungen richten sich nach § 24d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Für die Schwangerschaftsüberwachung und für Leistungen bei und nach der Entbindung nach Satz 1 Nummer 1 gelten daher die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) entsprechend.
- 44.1.2 Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenversorgung ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten. Die Bezeichnung ‚Risikoschwangerschaft‘ bedeutet, dass ein Anlass vorliegt, die Schwangerschaft ärztlich besonders aufmerksam zu begleiten und gegebenenfalls zusätzliche Untersuchungen oder therapeutische Maßnahmen in die Wege zu leiten.
- 44.1.3 Fast alle Vorsorgeuntersuchungen können sowohl von Hebammen beziehungsweise Entbindungspflegern als auch von Ärzten durchgeführt und im Mutterpass eingetragen werden. Ausgenommen sind insbesondere Ultraschalluntersuchungen, für die die Schwangere immer eine gynäkologische Praxis aufsuchen muss. Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (zum Beispiel Geburtsvorbereitung einschließlich Schwangerschaftsgymnastik) bedürfen keiner gesonderten ärztlichen Verordnung.
- 44.1.4 Bei der ersten Vorsorgeuntersuchung wird der Mutterpass ausgestellt. Nur die dort aufgeführten Untersuchungen sind reguläre Vorsorgeuntersuchungen, wie sie laut Mutterschafts-Richtlinien vorgeschrieben sind. Im Mutterpass werden Angaben zum allgemeinen Gesundheitszustand der Schwangeren, zum Verlauf der Schwangerschaft und gegebenenfalls Komplikationen eingetragen.
- 44.1.5 Aufwendungen für molekulargenetische Tests (zum Beispiel Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie) zur Bestimmung des Risikos von fetaler Trisomie 21 (Ersttrimesterscreening) sind nur unter den in Abschnitt B der Mutterschafts-Richtlinien genannten engen Voraussetzungen beihilfefähig. Aufwendungen für einen pränatalen Bluttest zum nichtinvasiven Nachweis einer Trisomie 21 sind nur beihilfefähig, wenn die Voraussetzungen des Teils II Nummer 2 der Anlage 1c der Mutterschafts-Richtlinien vorliegen.
- 44.1.6 Nicht beihilfefähig sind aufgrund der Mutterschafts-Richtlinien Aufwendungen für Nabelschnurpunktion (Chordozentese) oder den sogenannten Triple-Test (MoM-Test).
- 44.1.7 Es bestehen jedoch keine Bedenken, im Zusammenhang mit Leistungen, die aufgrund der Mutterschafts-Richtlinien selbst nicht beihilfefähig sind, Nummer 24 des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte (Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf) als beihilfefähig anzuerkennen, soweit diese abgerechnet wird, da es sich hierbei um Beratungen während der Schwangerschaft handelt, die entsprechend Abschnitt A der Mutterschafts-Richtlinien als beihilfefähig anzusehen sind.
- 44.1.8 Die Mutterschafts-Richtlinien sehen auch vor, dass die Schwangere und gegebenenfalls auch ihr Partner über die Untersuchungsergebnisse aufgeklärt und hinsichtlich eventuell notwendiger oder sinnvoller Maßnahmen beraten werden. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer HIV-Infektion beziehungsweise AIDS-Erkrankung erstrecken. Jeder Schwangeren soll ein HIV-Antikörper-test empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. In diesem Zusammenhang sind bei Schwangeren auch die Aufwendungen für einen HIV-Test beihilfefähig.
- 44.1.9 In den Mutterschafts-Richtlinien ist auch der Anspruch auf Untersuchungen und Beratungen von Wöchnerinnen geregelt, ebenso die Verordnung von Arznei-, Verbands- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten und die Ausstellung von Bescheinigungen. Dort vorgesehene Untersuchungen und Beratungen sind beihilfefähig. Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel sowie Medizinprodukte und Nahrungsergänzungsmittel richtet sich grundsätzlich nach Abschnitt 2, welcher entsprechend anzuwenden ist. Dabei sind die besonderen Umstände einer Schwangerschaft und Geburt unter Berücksichtigung der Mutterschafts-Richtlinien zu beachten. Die Tatsache, dass der Zustand der Schwangerschaft als solcher keinen Krankheitswert besitzt, da er für sich genommen nicht regelwidrig ist, führt nicht dazu, dass all jene Beschwerden, die kausal auf die Schwangerschaft zurückzuführen sind, vom Krankheitsbegriff auszunehmen wären. Aufwendungen für Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel sowie Medizinprodukte sind daher grundsätzlich beihilfefähig, soweit nicht ein genereller Ausschluss besteht (zum Beispiel nach § 80 Absatz 5 Satz 1 des Sächsischen Beamtengesetzes).
- 44.1.10 Die Beihilfefähigkeit für Aufwendungen von Hebammen oder Entbindungspflegern richtet sich entsprechend Absatz 2 nach den in der Anlage 6 zu § 44 Absatz 2 genannten Beträgen (vergleiche hierzu Nummer 44.2).
- 44.1.11 Nach Satz 1 Nummer 4 sind die Aufwendungen für von Hebammen und Entbindungspflegern geleitete Einrichtungen (sogenannte Geburtshäuser) bis zur Höhe der nach § 134a Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgeschlossenen Verträge beihilfefähig. Hierzu schließt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspflegern und den Verbänden der von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe und die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen und Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen und die

Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen ab. Insoweit bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dem Ergänzungsvertrag nach § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen zwischen den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der zum 27. Juni 2008 in Kraft getreten ist.

- 44.1.12 Wird nach Satz 1 Nummer 5 die Haus- und Wochenpflege der Wöchnerin durch nahe Angehörige im Sinne des § 5 Absatz 2 Satz 2 (Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Eltern oder Kinder der behandelten Person, also der Wöchnerin) durchgeführt, sind nur die Fahrtkosten und das nachgewiesene ausgefallene Arbeitseinkommen der die Haus- und Wochenpflege durchführenden Person beihilfefähig (§ 30 Absatz 3).
- 44.1.13 Satz 1 Nummer 6 dient der besonderen Klarstellung, dass die Schwangere auch für das Neugeborene Anspruch auf Unterkunft, Pflege und Verpflegung nach Maßgabe des § 20 hat.
- 44.1.14 Nach Satz 1 Nummer 7 sind Aufwendungen für Bescheinigungen des voraussichtlichen Geburtstermins für den Dienstherrn des Beihilfeberechtigten ebenfalls zum Bemessungssatz beihilfefähig.
- 44.1.15 Nach Satz 3 und 4 werden die Aufwendungen nach Satz 1 immer der Schwangeren, das heißt der Mutter, mit der Folge zugerechnet, dass auch der Bemessungssatz der Schwangeren zur Anwendung kommt. Soweit jedoch das Neugeborene nicht gesund ist, gelten die nach Satz 1 Nummer 6 entstandenen Aufwendungen (Krankenhausbehandlung) als Aufwendungen für das Kind (mit dem entsprechenden Bemessungssatz von 80 Prozent).“
31. Nummer 45.1 wird wie folgt geändert:
- a) Die Nummern 45.1.8 und 45.1.9 werden wie folgt gefasst:
- „45.1.8 Zur Vermeidung von die Fürsorgepflicht verletzenden Härtefällen kann durch die Festsetzungsstelle im Einzelfall abweichend von Nummer 45.1.6 auf die Erstattungspraxis der beteiligten Krankenversicherungen abgestellt werden. Hierbei ist ein strenger Maßstab anzulegen. Auf Nummer 4.3.8 wird verwiesen.
- 45.1.9 Etwaige Zuwendungen des Freistaates Sachsen aufgrund der RL Familienförderung vom 3. September 2017 (SächsABl. S. 1209), enthalten in der Verwaltungsvorschrift vom 16. November 2017 (SächsABl. Sdr. S. S 422), für eine In-Vitro-Fertilisations-Behandlung oder eine Intrazytoplasmatische Spermieninjektions-Behandlung werden gemäß § 6 Absatz 1 auf die beihilfefähigen Aufwendungen angerechnet, soweit der Beihilfeberechtigte oder der berücksichtigungsfähige Ehegatte diese Zuwendung unmittelbar erhalten hat.“
- b) Die bisherige Nummer 45.1.9 wird Nummer 45.1.10.
- c) Der Nummer 45.1 wird folgende Nummer angefügt:
- „45.1.11 Eine Anerkennung eines Behandlungsplanes vor Beginn der Behandlung durch die Festsetzungsstelle ist nicht erforderlich.“
32. Nach Nummer 46.1.1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
- „Zum Krankheitsbegriff wird auf Nummer 1.1.2 verwiesen. Ein solcher regelwidriger gesundheitlicher Zustand liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Frau im Zeitpunkt des Eingriffs entgegen der normalen Funktion einer Frau ein Kind nicht austragen kann, ohne ihre Gesundheit erheblich zu gefährden. Ist in diesem Falle die bei einer künftigen Schwangerschaft oder Geburt drohende gesundheitliche Gefährdung der Frau konkret absehbar und geht sie erheblich über die gesundheitlichen Beschwerden hinaus, die bei einer Schwangerschaft oder Geburt normalerweise auftreten können, ist eine Sterilisation aus Anlass einer Krankheit beihilfefähig (BVerwG, Urteil vom 24. Februar 1982, VI C 8.77).“
33. Nummer 47.1 wird wie folgt geändert:
- a) In Nummer 47.1.1 Satz 4 werden nach dem Wort „Rettungsfahrten“ die Wörter „- und flüge“ eingefügt.
- b) In Nummer 47.1.3 wird das Wort „Sachsen“ durch die Wörter „im Freistaat Sachsen“ ersetzt.
34. Die Nummern 48 bis 56 werden wie folgt gefasst:
- „48 Zu § 48 Dauernde Pflegebedürftigkeit
- 48.1 Zu Absatz 1
- 48.1.1 Pflegebedürftige im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erhalten Beihilfe für Pflegeleistungen nach Maßgabe des Abschnittes 6, sobald die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt sind. Aufwendungen von Pflegebedürftigen, die dem Pflegegrad 1 zugeordnet sind, sind nach Abschnitt 6 nur nach Maßgabe des § 48a beihilfefähig. Neben pflegebedingten Aufwendungen kann Beihilfe bei Vorliegen der Voraussetzungen auch für andere Aufwendungen (zum Beispiel aus Anlass einer Krankheit, notwendige Behandlungspflege) gewährt werden.
- 48.1.2 Die Beihilfefähigkeit umfasst die bei einer häuslichen, teilstationären und (voll-)stationären Pflege entstehenden Aufwendungen für körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. In stationären Pflegeeinrichtungen sind auch Aufwendungen für die Betreuung beihilfefähig.
- 48.1.3 Aufgrund der engen Anlehnung der beihilferechtlichen Regelungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit an die entsprechenden Bestimmungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch können in Zweifelsfällen ergänzend die Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände herangezogen werden (unter anderem Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 22. Dezember 2016), die auf der Homepage der gesetzlichen Krankenversicherung (www.gkv-spitzenverband.de) verfügbar sind.
- 48.1.4 Übersteigen bei Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, die Aufwendungen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der Beihilfe, sind darüber hinausgehende Aufwendungen der häuslichen Pflege im Rahmen der Höchstbeträge des § 49 Absatz 5 beihilfefähig. Dies gilt auch für Aufwendungen für teilstationäre Pflege (§ 50). In diesen Fällen findet der individuelle

- Bemessungssatz nach § 57 Absatz 2 und 3 Anwendung.
- 48.1.5 Pflegebedürftig im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch 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 sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Schwere bestehen.
- 48.1.6 Maßgeblich für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den in § 14 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten sechs Bereichen. Diese Bereiche umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Kriterien oder einen Lebensbereich. Sie stellen einen abschließenden Katalog der zu berücksichtigenden Kriterien dar, anhand derer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten festgestellt werden sollen.
- 48.1.6.1 Mobilität
Maßgeblich ist, ob die pflegebedürftige Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen, zu wechseln und sich fortzubewegen. Es werden lediglich Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination und so weiter beurteilt und nicht die zielgerichtete Fortbewegung. Es werden nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen berücksichtigt.
- 48.1.6.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Es werden ausschließlich kognitive und kommunikative Fähigkeiten und Aktivitäten betrachtet. Maßgeblich sind Aspekte des Erkennens, Entscheidens oder des Steuerns von Aktivitäten und nicht deren motorische Umsetzung. Es ist unerheblich, ob ein zuvor selbständiger Erwachsener eine Fähigkeit verloren hat oder nie ausgebildet hat.
- 48.1.6.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Es werden Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen betrachtet, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Im Mittelpunkt steht die Frage, inwieweit die pflegebedürftige Person ihr Verhalten ohne personelle Unterstützung steuern kann. Von fehlender ‚Selbststeuerung‘ ist auch dann auszugehen, wenn ein Verhalten zwar nach Aufforderung abgestellt wird, aber danach immer wieder aufs Neue auftritt, weil das Verbot nicht verstanden wird oder die Person sich nicht erinnern kann.
- 48.1.6.4 Selbstversorgung
Es ist maßgeblich, ob die Aktivitäten in den genannten Kriterien praktisch durchgeführt werden können. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- 48.1.6.5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Es geht um die Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen, die gezielt auf eine bestehende Erkrankung ausgerichtet und für voraussichtlich mindestens sechs Monate erforderlich sind. Maßgeblich ist, ob die pflegebedürftige Person die jeweilige Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- 48.1.6.6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Maßgeblich ist, ob die pflegebedürftige Person die Aktivität in den genannten Kriterien praktisch durchführen kann. Es ist unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.
- 48.1.7 Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Bei Kindern bis zum 18. Lebensmonat gelten aufgrund ihrer noch natürlichen Unselbständigkeit Sonderregelungen (§ 15 Absatz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Diese werden außerdem pauschal einen Pflegegrad höher eingestuft als Kinder ab dem 18. Lebensmonat und Erwachsene.
- 48.1.8 Die Beschäftigung und Betreuung zum Beispiel in einer Werkstatt für Behinderte ist keine Pflege im Sinne des § 48. Werkstattgebühren und Versicherungsbeiträge für den behinderten Menschen sind deshalb nicht beihilfefähig (§ 5 Absatz 1 Nummer 3). Ebenfalls nicht beihilfefähig sind die Aufwendungen, die durch einen zur Erfüllung der Schulpflicht vorgeschriebenen Sonderschulunterricht entstehen (zum Beispiel Fahrtkosten).
- 48.1.9 Dem Antrag auf Beihilfe ist ein Nachweis über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad beizufügen (hierzu auch Nummer 62.7). Der Pflegegrad orientiert sich an der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und ist für die Bestimmung der Höhe der Leistungen nach Abschnitt 6 maßgebend.
- 48.1.10 Für Versicherte der Pflegeversicherung hat deren Versicherung die Pflegebedürftigkeit und den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen zu lassen (§ 18 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Diese Feststellung ist auch für die Festsetzungsstelle maßgebend und dieser vom Antragsteller in geeigneter Weise zugänglich zu machen (zum Beispiel Kopie des Gutachtens oder Zustimmung zur Anforderung des Gutachtens von der Versicherung, gegebenenfalls schriftliche Leistungszusage der Versicherung). Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt in der Regel für Versicherte durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (soziale Pflegeversicherung) oder die MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH (private Pflegeversicherung).
- 48.1.11 Ist im Einzelfall der Nachweis über die erforderlichen Pflegemaßnahmen nicht ausreichend oder beantragt der Beihilfeberechtigte abweichend Beihilfe zu einem höheren Pflegegrad, ist mit Zustimmung des Pflegebedürftigen bei der Pflegeversicherung eine Ausfertigung des Gutachtens anzufordern.
- 48.1.12 Erhebt der Beihilfeberechtigte gegen einen Beihilfeschcheid Widerspruch mit der Begründung, der von der Pflegeversicherung anerkannte Pflegegrad sei zu niedrig, ist die Entscheidung über

- den Widerspruch bis zur Abstimmung mit der Pflegeversicherung auszusetzen. Ist der Widerspruch sodann als unbegründet zurückzuweisen, soll die Entscheidung über den Widerspruch weiter bis zum Eintritt der Rechtskraft der Feststellung der Pflegeversicherung ausgesetzt werden. Der Antragsteller ist hiervon zu unterrichten.
- 48.2 Zu Absatz 2
- 48.2.1 Der Zeitpunkt der Beantragung von Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung gilt als Zeitpunkt des Antrages auf entsprechende Beihilfeleistungen. Für Beihilfeleistungen, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen (insbesondere § 49 Absatz 5, § 55 Absatz 4), gilt die Antragsfrist des § 63.
- 48.2.2 Das Antragsverfahren richtet sich nach Nummer 62.7.
- 48.3 Zu Absatz 3
- 48.3.1 Die Pflegeberatung wird in der Regel durch Pflegeberater der sozialen Pflegekasse für ihre Versicherten durchgeführt. Die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH, ein Tochterunternehmen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, bietet die Pflegeberatung für privat Pflegeversicherte an (<https://www.compass-pflegeberatung.de/>).
- 48.3.2 Die Pflegeberatung ist für die Pflegebedürftigen in der Regel kostenfrei. Die Festsetzungsstelle beteiligt sich deshalb für Beihilfeberechtigte und berücksichtigungsfähige Angehörige an den Kosten der Träger für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Voraussetzung einer Kostenbeteiligung ist eine Vereinbarung mit den Trägern für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch oder ein Beitritt zu einer entsprechenden Vereinbarung.
- 48.3.3 Das Staatsministerium der Finanzen hat für die Beihilfeberechtigten des Freistaates Sachsen (Staatsbeamte) den Beitritt zum Rahmenvertrag über die Beteiligung der Beihilfe an den Pflegeberatungskosten nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch zwischen der COMPASS GmbH und dem Bundesministerium des Innern (BMI) vom 28. Juni 2013 einschließlich des geschlossenen Vertrages zur Ermittlung der Kostenbeteiligung nach § 6 des Rahmenvertrages erklärt.
- 48.3.4 Von der COMPASS GmbH werden entsprechende Pauschalpreise in Rechnung gestellt, die von der Festsetzungsstelle unmittelbar zu erstatten sind. Dabei ist es grundsätzlich ohne Bedeutung, wer sich beraten lässt. Voraussetzung ist aber, dass ein konkreter Bezug zu einem zu pflegenden Beihilfeberechtigten oder einem zu pflegenden berücksichtigungsfähigen Angehörigen besteht. Die Pauschale kann auch dann an COMPASS GmbH geleistet werden, wenn die Pflegeberatung vor Ort in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang zu einer formlosen Antragstellung steht, auch wenn das entsprechende Formular nicht im Anschluss an die private Pflegeversicherung zurückgesandt wird. Sobald dem Beihilfeberechtigten eine abschlägige Leistungsmittelung seiner privaten Pflegeversicherung vorliegt, ist eine Abrechnung der Beratung vor Ort nicht mehr zulässig. Dies gilt nicht, wenn der Beihilfeberechtigte, der mit einer begründeten Einwendung Widerspruch gegen die Einstufung bei seiner privaten Pflegeversicherung erhebt und dieser Widerspruch in analoger Anwendung des § 70 der Verwaltungsgerichtsordnung innerhalb eines Monats erhoben wird. Pflegeberatungen, die während der Zeit bis zum Abschluss dieses Widerspruchsverfahrens durchgeführt werden, sind durch die COMPASS GmbH abrechenbar.
- 48.3.5 Wird bei sozial pflegeversicherten Beihilfeberechtigten die Pflegeberatung nicht unmittelbar durch die Pflegekasse durchgeführt und stattdessen von dort ein Beratungsgutschein nach § 7b des Elften Buches Sozialgesetzbuch ausgestellt, mit dem die Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch genommen werden kann, bestehen keine Bedenken, die dem Beihilfeberechtigten in Rechnung gestellten Aufwendungen für eine Pflegeberatung nach § 7a des Elften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend Absatz 3 als beihilfefähig anzuerkennen. Voraussetzung ist dabei, dass sich die Pflegekasse in entsprechender Höhe an den Kosten der Pflegeberatung beteiligt hat.
- 48.3.6 Das PflegeNetz Sachsen, das der Freistaat Sachsen zusammen mit den Pflegekassen, den Kommunen und den Landkreisen erarbeitet hat, bietet für Pflegebedürftige und deren Angehörige über das Internet oder die Telefon-Hotline professionelle Unterstützung und kompetente Beratung rund um das Thema Pflege. Im Internet gelangt man unter www.pflegenetz.sachsen.de auf das Internetportal des PflegeNetzes. Hierbei handelt es sich um eine virtuelle Anlaufstelle für alle Fragen rund um das Thema Pflege, welche für Pflegebedürftige und deren Angehörige eine umfassende Darstellung von Hilfs- und Informationsangeboten bietet sowie Ansprechpartner, Kontakte und Adressen vermittelt.
- 48a Zu § 48a Aufwendungen bei Pflegegrad 1
- 48a.0 Grundsätzlich besteht der Anspruch auf Beihilfe nach Abschnitt 6 für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5. Zum Zweck der Erhaltung und Wiederherstellung der Selbständigkeit haben Pflegebedürftige bei einer geringen Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 1) ebenfalls einen Anspruch auf Beihilfeleistungen nach Abschnitt 6, soweit dies in § 48a bestimmt wird. Da die Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 gering sind und vorrangig im somatischen Bereich liegen, handelt es sich neben den beratenden und edukativen Unterstützungsangeboten auch um Leistungen bei der Selbstversorgung und bei der Haushaltsführung. Insgesamt stehen Leistungen im Vordergrund, die den Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherstellen.
- 48a.1 Zu Absatz 1
- 48a.1.1 Für die Gewährung des pauschalen Zuschlages nach § 49a Absatz 1 bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 kommt es im Gegensatz zu Pflegebedürftigen, die mindestens Pflegegrad 2 zugeordnet sind, nicht darauf an, dass sie tatsächlich Leistungen nach § 49 Absatz 1 bis 3 oder § 53 beziehungsweise entsprechende Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch beziehen. Das bloße Bestehen der Ansprüche ohne eine tatsächliche Inanspruchnahme genügt nicht. Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 steht von den in § 49a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten Leistungen nur der Entlastungsbetrag gemäß § 53 Absatz 2 zu. Damit der pauschale Zuschlag auch dann beihilfefähig ist, wenn sie den Entlastungsbetrag nicht beziehen oder diesen ansparen, gilt § 49a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 nicht.
- 48a.2 Zu Absatz 2 (bleibt frei)

- 48a.3 Zu Absatz 3
- 48a.3.1 Der Entlastungsbetrag ist bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 auch für Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe nach § 49 Absatz 1, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung (hierzu § 14 Absatz 2 Nummer 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) entstehen, beihilfefähig. Solche Aufwendungen sind bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 53 Absatz 2 nicht beihilfefähig, da diese Aufwendungen bereits nach § 49 Absatz 1 beihilfefähig sind.
- 48a.4 Zu Absatz 4
- 48a.4.1 Wählen Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 vollstationäre Pflege, sind Aufwendungen in Höhe von 125 Euro beihilfefähig. Auch der Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 55 Absatz 2 steht Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 zu.
- 49 Zu § 49 Häusliche Pflege
- 49.1 Zu Absatz 1
- 49.1.1 Erfasst wird die Tätigkeit, die die geeignete Pflegekraft (Berufspflegekraft) bei der häuslichen Pflegehilfe erbringt. Häusliche Pflegehilfe umfasst körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung.
- 49.1.2 Die körperbezogenen Pflegemaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche Mobilität und Selbstversorgung nach § 14 Absatz 2 Nummer 1 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (hierzu auch Nummern 48.1.6.1 und 48.1.6.4). Körperbezogene Pflegemaßnahmen umfassen
- das Waschen, Duschen und Baden,
 - die Mund-/Zahnpflege,
 - das Kämmen,
 - das Rasieren,
 - die Darm- und Blasenentleerung,
 - das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
 - das An- und Auskleiden,
 - das Gehen, Stehen, Treppensteigen und
 - das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.
- 49.1.3 Pflegerische Betreuungsmaßnahmen beziehen sich insbesondere auf die Bereiche kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte nach § 14 Absatz 2 Nummer 2, 3 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (hierzu auch Nummern 48.1.6.2, 48.1.6.3 und 48.1.6.6). Pflegerische Betreuungsmaßnahmen umfassen
- die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur,
 - Unterstützungsleistungen zur Einhaltung eines Tag-/Nacht-Rhythmus,
 - die Unterstützung bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung,
 - die Unterstützung bei Hobby und Spiel, zum Beispiel beim Musik hören, Zeitung lesen, Betrachten von Fotoalben, Gesellschaftsspiele spielen,
 - Spaziergänge in der näheren Umgebung, Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Bekannten, Begleitung zum Friedhof oder zum Gottesdienst.
- 49.1.4 Hilfe bei der Haushaltsführung bezieht sich auf den Bereich der Haushaltsführung nach § 18 Absatz 5a des Elften Buches Sozialgesetzbuch und umfasst die Unterstützung in den dort erfassten Aktivitäten. Der Pflegebedürftige soll nicht nur passiv versorgt werden, sondern aktiv bei der Haushaltsführung unterstützt werden. Dabei ist aber eine vollständige Übernahme von Aktivitäten im Rahmen der Haushaltsführung nicht ausgeschlossen. Die Hilfe bei der Haushaltsführung umfasst
- das Einkaufen der Gegenstände des täglichen Bedarfs,
 - das Kochen,
 - das Reinigen und Aufräumen der Wohnung,
 - das Spülen,
 - das Waschen und Wechseln der Wäsche und Kleidung,
 - das Beheizen,
 - die Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen (zum Beispiel Haushaltshilfen) und
 - die Unterstützung bei der Regelung von finanziellen und behördlichen Angelegenheiten.
- 49.1.5 Die Aufteilung des beihilfefähigen Höchstbetrages auf die einzelnen Leistungen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung richtet sich nach den Wünschen und Bedürfnissen sowie der Versorgungssituation des einzelnen Pflegebedürftigen. Insofern kann der beihilfefähige Höchstbetrag flexibel in Anspruch genommen werden.
- 49.1.6 Nach § 89 des Elften Buches Sozialgesetzbuch werden Vergütungen der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe für alle Pflegebedürftigen nach einheitlichen Grundsätzen vereinbart. Aufwendungen für Pflegeeinsätze sind angemessen, soweit sie sich im Rahmen dieser Vergütungsvereinbarungen halten. Fahrtkosten sind nicht gesondert beihilfefähig.
- 49.1.7 Die Pflege durch eine Berufspflegekraft muss nicht zwangsläufig im eigenen Haushalt erfolgen. So kann zum Beispiel auch die Pflege in einem Altenwohnheim oder einer Altenwohnung erfolgen. Die außerhäusliche Pflege darf jedoch nicht in vollstationären Einrichtungen (§ 55) oder

- einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen, so dass entsprechende Aufwendungen nicht im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig sind.
- 49.1.8 Der Umfang des beihilfefähigen Pflegeaufwandes ist abhängig von der Zuordnung zu einem Pflegegrad. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten jedoch keine Beihilfe nach Absatz 1. Für Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 steht Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 der Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2 zur Verfügung.
- 49.1.9 Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für einen vollen Kalendermonat, sind die beihilfefähigen Höchstbeträge nach § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht entsprechend zu kürzen.
- 49.1.10 Aufwendungen für die häusliche Krankenpflege (§ 30) sind gesondert beihilfefähig. Zur Abgrenzung zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der häuslichen Krankenpflege kann die Entscheidung der Pflegeversicherung herangezogen werden.
- 49.1.11 Bei Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und hierfür Beihilfe nach § 55 erhalten, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an Wochenenden) für die tatsächlichen Pfl egetage in der Familie unter Berücksichtigung des für die häusliche Pflegehilfe geltenden Höchstbetrages nach § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Beihilfe nach Absatz 1 gewährt werden. Dabei ist der Anspruch auf den sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag begrenzt. Insoweit sind die beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 auf die Differenz zwischen dem sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag und den Leistungen der Beihilfe nach § 55 Absatz 1 begrenzt. § 55 Absatz 4 bleibt unberührt.
- 49.1.12 Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (Internatsunterbringung), für die Beihilfe nach § 56 gewährt wird, kann für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an Wochenenden oder in Ferienzeiten) Beihilfe nach Absatz 1 für die tatsächlichen Pfl egetage in der Familie gewährt werden. Dabei ist der Anspruch auf den sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag begrenzt. Insoweit sind die beihilfefähigen Aufwendungen nach Absatz 1 auf die Differenz zwischen dem sich aus den § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Höchstbetrag und den Leistungen der Beihilfe nach § 56 begrenzt.
- 49.2 Zu Absatz 2
- 49.2.1 Andere geeignete Personen sind insbesondere Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung pflegen (zum Beispiel Angehörige, Freunde, Nachbarn). Andere geeignete Personen können aber auch Pflegepersonen sein, die die Pflege berufsmäßig durchführen, die aber die in Absatz 1 Satz 2 genannten Kriterien nicht erfüllen. Nummer 49.1.7 gilt entsprechend.
- 49.2.2 Pauschalbeihilfe ist grundsätzlich ausgeschlossen, wenn es sich bei der Einrichtung, in der sich der Pflegebedürftige aufhält, um ein Pflegeheim nach § 71 Absatz 2 in Verbindung mit § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, das heißt eine zur vollstationären Pflege zugelassene Einrichtung, handelt. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf Beihilfe nach § 55. Hält sich der Pflegebedürftige in einer nicht zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtung auf, besteht aufgrund der insoweit selbst sichergestellten Pflege grundsätzlich ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe. Dies gilt nicht, wenn sich der Pflegebedürftige in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufhält, die keine Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist; das sind insbesondere Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten und Wohnheime für behinderte Menschen, Kindergärten.
- 49.2.3 Ist ein pflegebedürftiger Schüler von Montag bis Freitag in einer Einrichtung (jedoch nicht in einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) internatsmäßig untergebracht, besteht ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe. Für diese Zeit kann unterstellt werden, dass der Schwerpunkt der häuslichen Pflege erhalten bleibt.
- 49.2.4 Demgegenüber ist von einer dauerhaften Internatsunterbringung auszugehen, wenn der Pflegebedürftige nicht regelmäßig jedes Wochenende in den Haushalt der Familie zurückkehrt, da in diesen Fällen der Lebensmittelpunkt innerhalb des Internates anzunehmen ist. Dennoch kann anteilige Pauschalbeihilfe für die Zeiträume gewährt werden, in denen sich der Pflegebedürftige im Haushalt der Familie aufhält. Dies gilt insbesondere auch für Ferienzeiten, in denen der Pflegebedürftige im häuslichen Bereich gepflegt wird.
- 49.2.5 Zeiten einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 20, einer stationären Rehabilitation nach § 37 oder einer stationären Pflege nach §§ 55 und 56 des Pflegebedürftigen unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Dies gilt nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 20) oder einer stationären Rehabilitation (§ 37). Voraussetzung ist, dass vor der Unterbrechung Anspruch auf Zahlung der Pauschalbeihilfe bestand. Die Vierwochenfrist beginnt mit dem Aufnahmetag. Bei einer Kürzung der Pauschalbeihilfe wird diese ab dem Entlassungstag wieder gewährt.
- 49.2.6 Tritt ein Tatbestand (zum Beispiel vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 20) zu einem anderen (zum Beispiel stationäre Rehabilitation nach § 37) hinzu oder schließt er sich an, hat das zur Folge, dass die ‚Günstigkeitsregelung‘ (§ 34 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) nur einmal Anwendung findet. Eine Kürzung der Pauschalbeihilfe erfolgt daher ab dem 29. Tag der einheitlich zu wertenden Unterbrechungstatbestände. Hingegen ist von zwei Tatbeständen auszugehen, wenn beispielsweise nach einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 20 eine stationäre Rehabilitation nach § 37 durchgeführt wird und diese sich nicht direkt an die vollstationäre Krankenhausbehandlung anschließt.
- 49.2.7 Nach § 6 Absatz 1 sind entsprechende Leistungen auf Grund sonstiger Rechtsvorschriften anzurechnen. Entsprechende Leistungen sind zum Beispiel solche nach § 35 Absatz 1 des Bundesversorgungsgesetzes und § 37 des Sächsischen Beamtenversorgungsgesetzes. Dies gilt nicht für Leistungen nach den §§ 61 ff. des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch für den Bereich der Sozialhilfe, die stets nachrangig sind.
- 49.2.8 In Anlehnung an das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 25. Oktober 1994, 3/1 RK 51/93, kann die Pauschalbeihilfe auf Antrag monatlich im Voraus als Abschlag gewährt werden (vergleiche

Nummer 62.4.5).

- 49.2.9 Erfolgt die Pflege nicht für den gesamten Kalendermonat, ist die Pauschalbeihilfe entsprechend zu kürzen. Bei einer anteiligen Kürzung der Pauschalbeihilfe ist der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen, der Divisor jedoch mit 30 Tagen. Bei einem Wechsel in die vollstationäre Pflege im Laufe eines Monats ist anteilige Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu bewilligen (vergleiche Nummer 55.1.12).
- 49.2.10 Die Pauschalbeihilfe wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Dies gilt jedoch nur, wenn im Sterbemonat mindestens für einen Tag ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestanden hat. Berechnungsgrundlage ist immer die volle Pauschalbeihilfe. Dies gilt auch, wenn der Pflegebedürftige im Zeitpunkt des Todes aufgrund der Gewährung von Beihilfeleistungen der Verhinderungspflege nach § 51 oder der Kurzzeitpflege nach § 52 eine hälftige Pauschalbeihilfe nach Absatz 4 bezogen hat. Ruhestatbestände (vergleiche Nummer 49.2.5 und 49.2.6) sind bei der Zahlung der Pauschalbeihilfe zu berücksichtigen. Im Rahmen der Kombinationspflege ist Nummer 49.3.8 zu beachten.
- 49.2.11 Pflegebedürftigen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben und Leistungen nach § 55 erhalten, erhalten für die Zeit der Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an Wochenenden) Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Pflegeetage in der Familie unter Berücksichtigung des in Absatz 1 vorgesehenen beihilfefähigen Höchstbetrages. Dabei zählen Teiltage (zum Beispiel häusliche Pflege ab Freitagabend) als volle Tage. Bei der Ermittlung der Höhe der Pauschalbeihilfe sind die Regelungen der Kombinationspflege nach Absatz 3 anzuwenden. Folglich sind die Aufwendungen, für die im Rahmen der vollstationären Pflege Beihilfe nach § 55 gewährt wird, ins Verhältnis zum beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 zu setzen. Die so ermittelte Quote ist für den Anteil der Pauschalbeihilfe für den gesamten Monat maßgebend. Auf dieser Grundlage ist der Anteil der Pauschalbeihilfe mit der Zahl der zu Hause verbrachten Pflegeetage zu multiplizieren und durch 30 zu dividieren.
- 49.2.12 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2018):
- 49.2.12.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 770 Euro). Vom 3. März bis 5. März sowie vom 17. März bis 19. März wird er in häuslicher Umgebung gepflegt, wofür er Pflegegeld (100 Prozent = 316 Euro) beansprucht. Die Rechnung der vollstationären Pflegeeinrichtung beträgt 650 Euro. Der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 beträgt 689 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil der Aufwendungen der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 zu ermitteln:

- Anteil der Aufwendungen von der vollstationären Pflege vom beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 (650 Euro von 689 Euro)	94,34 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 94,34 Prozent)	5,66 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (5,66 Prozent von 316 Euro)	17,89 Euro
- Zahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 6 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der häuslichen Pflegehilfe volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen ist) Höhe des Pflegegeldes (= 6/30 von 17,89 Euro)	3,58 Euro

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 30 Prozent von 650 Euro	195,00 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 3,58 Euro	<u>1,07 Euro</u>
Gesamt	196,07 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die vollstationäre Pflege 70 Prozent von 650 Euro	455,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 3,58 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 1,07 Euro	<u>2,51 Euro</u>
Gesamt	457,51 Euro

- 49.2.12.2 Wie Beispiel 49.2.12.1, jedoch beträgt die Rechnung für die vollstationäre Pflegeeinrichtung 730 Euro.

Da mit den Aufwendungen der vollstationären Pflege der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 (689 Euro) überschritten wird, kann keine anteilige Pauschalbeihilfe mehr gezahlt werden.

- 49.3 Zu Absatz 3
- 49.3.1 Bei einer Kombination der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 ist grundsätzlich das in der Pflegeversicherung zu Grunde gelegte Verhältnis der anteiligen Inanspruchnahme auch für die Beihilfe maßgeblich.
- 49.3.2 Insgesamt dürfen die Pflege für die Berufspflegekraft und Pauschalbeihilfe einen Anteil von 100 Prozent nicht übersteigen.
- 49.3.3 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2018):
- 49.3.3.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1

298 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 545 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 454,30 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (454,30 Euro von 1 298 Euro)	35 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)	65 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 545 Euro)	354,25 Euro

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 454,30 Euro	136,29 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 354,25 Euro	<u>106,28 Euro</u>
Gesamt	242,57 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 454,30 Euro	318,01 Euro
- Pauschalbeihilfe 354,25 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 106,28 Euro	<u>247,97 Euro</u>
Gesamt	565,98 Euro

49.3.3.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 612 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 728 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 644,80 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln:

- Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (644,80 Euro von 1 612 Euro)	40 Prozent
- Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 40 Prozent)	60 Prozent
- Höchstgrenze für das Pflegegeld (60 Prozent von 728 Euro)	436,80 Euro

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent von 644,80 Euro	322,40 Euro
- zum Pflegegeld 50 Prozent von 436,80 Euro	<u>218,40 Euro</u>
Gesamt	540,80 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen der Berufspflegekraft 50 Prozent von 644,80 Euro	322,40 Euro
- Pauschalbeihilfe 436,80 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 218,40 Euro	<u>218,40 Euro</u>
Gesamt	540,80 Euro

49.3.3.3 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2, der ihm ab 15. August bewilligt wurde, die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 689 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 316 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte ab 15. August beträgt 200 Euro.

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Das so ermittelte Pflegegeld wird anteilig für die Zeit vom 15. August bis 31. August (17 Tage) gewährt:

	– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (200 Euro von 689 Euro)	29,03 Prozent
	– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 29,03 Prozent)	70,97 Prozent
	– Höchstgrenze für das Pflegegeld (70,97 Prozent von 316 Euro)	224,27 Euro
	– anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 17 Tagen Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 17/30 von 224,27 Euro)	127,09 Euro
	a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 200 Euro	60,00 Euro
	– zum Pflegegeld 30 Prozent von 127,09 Euro	<u>38,13 Euro</u>
	Gesamt	98,13 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 200 Euro	140,00 Euro
	– Pauschalbeihilfe 127,09 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 38,13 Euro	<u>88,96 Euro</u>
	Gesamt	228,96 Euro
49.3.4	Ist in der Pflegeversicherung die Inanspruchnahme von Leistungen nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgrund der Ausschöpfung des Leistungsrahmens nach § 36 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht möglich, ist die Gewährung von Beihilfe nach Absatz 3 ebenfalls ausgeschlossen.	
49.3.5	Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 56) haben Anspruch auf ungekürzte Pauschalbeihilfe anteilig für die Tage, in denen sie sich in häuslicher Pflege befinden. Demnach ist für jeden Tag der häuslichen Pflege zusätzlich zur Leistung nach § 56 1/30 der Pauschalbeihilfe zu gewähren. Bei einem vollen Monat wird die gesamte Pauschalbeihilfe gewährt.	
49.3.6	Sind innerhalb eines Kalendermonats keine Beihilfeleistungen nach Absatz 1 erbracht worden, weil zum Beispiel der Pflegebedürftige für den ganzen Kalendermonat vollstationär in einem Krankenhaus behandelt wurde, so besteht ein Anspruch auf Pauschalbeihilfe unter Berücksichtigung von Nummer 49.2.5 und 49.2.6.	
49.3.7	Beispiel (zum Stand 1. Januar 2018):	
	Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 2 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 689 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 316 Euro) in Anspruch. Vom 1. April bis 30. April befindet er sich in vollstationärer Krankenhausbehandlung. Aufwendungen für die Pflege durch Berufspflegekräfte sind in diesem Zeitraum nicht angefallen.	
	Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Zeiten einer vollstationären Krankenhausbehandlung des Pflegebedürftigen nach § 20 unterbrechen die häusliche Dauerpflege. Dies gilt jedoch nicht in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Folglich kann für 28 Tage Pflegegeld gewährt werden:	
	– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte	0 Prozent
	– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 0 Prozent)	100 Prozent
	– Höchstgrenze für das Pflegegeld (100 Prozent von 316 Euro)	316,00 Euro
	– anteiliges Pflegegeld für die Dauer von 28 Tagen Höhe des anteiligen Pflegegeldes (= 28/30 von 316 Euro)	294,93 Euro
	a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zum Pflegegeld 30 Prozent von 294,93 Euro	88,48 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe	
	– Pauschalbeihilfe 294,93 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 88,48 Euro	206,45 Euro
49.3.8	Die Pauschalbeihilfe wird auch im Rahmen der Kombinationspflege bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. Nummer 49.2.10 gilt entsprechend. Hierbei ist ebenfalls die tatsächlich im Sterbemonat in Anspruch genommene Beihilfe nach Absatz 1 zu berücksichtigen.	
49.4	Zu Absatz 4	
49.4.1	Die Höchstdauer der Fortzahlung der Pauschalbeihilfe in hälftiger Höhe entspricht dem Leistungszeitraum der Verhinderungspflege nach § 51 (sechs Wochen) und der Kurzzeitpflege nach § 52 (acht Wochen). Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege oder der Kurzzeitpflege wird die Pauschalbeihilfe stets in voller Höhe weiter gewährt. Mit dem ersten Tag der Inanspruchnahme der Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege beginnt jedoch bereits die Sechs- beziehungsweise Acht-Wochen-Frist. Die Nummern 51.1.4, 51.1.5 und 52.1.4 sind zu beachten.	
49.4.2	Die Pauschalbeihilfe wird auch zur Hälfte fortgewährt, wenn Kurzzeitpflege in einem stationären Hospiz in Anspruch genommen wird.	

- 49.4.3 Es erfolgt keine Zahlung der hälftigen Pauschalbeihilfe während einer Verhinderungspflege und einer Kurzzeitpflege, wenn vorher kein Anspruch auf Pauschalbeihilfe bestand. Wird während eines Krankenhausaufenthaltes Pauschalbeihilfe beziehungsweise Pflegegeld beantragt, kann eine Auszahlung der Pauschalbeihilfe während des Krankenhausaufenthaltes nicht erfolgen, weil die Voraussetzungen für die Zahlung der Pauschalbeihilfe erst mit dem Umzug in die Häuslichkeit (vergleiche hierzu auch Nummer 49.1.7) vorliegen. Absatz 4 stellt insoweit – wie auch die §§ 37 und 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – auf die bisher bezogene Pauschalbeihilfe ab.
- 49.4.4 Wurde bereits vor der Einweisung ins Krankenhaus Pauschalbeihilfe bezogen und anschließend Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in Anspruch genommen, besteht ein Anspruch auf die Zahlung von hälftiger Pauschalbeihilfe, sofern die Krankenhausbehandlung nicht länger als 28 Tage gedauert hat. Hat die Krankenhausbehandlung länger als 28 Tage gedauert, entfällt der Anspruch auf hälftige Pauschalbeihilfe.
- 49.4.5 Wechselt der Pflegebedürftige von der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege in eine stationäre Krankenhausbehandlung, wird die Pauschalbeihilfe ebenfalls für die Dauer von vier Wochen fortgezahlt. Die Pauschalbeihilfe beträgt aufgrund des vorangegangenen Aufenthaltes in der Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege weiterhin die Hälfte der bisherigen Pauschalbeihilfe.
- 49.4.6 Der Anspruch auf Weiterzahlung der hälftigen Pauschalbeihilfe besteht jeweils für die Dauer der Leistungsgewährung der Verhinderungspflege nach § 51 und der Kurzzeitpflege nach § 52. Dabei können Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege direkt aneinander anschließen (vergleiche auch Nummern 51.1.7 und 52.1.5).
- 49.4.7 In Fällen, in denen die Verhinderungspflege durch nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen erbracht wird, die bis zum zweiten Grad mit dem Anspruchsberechtigten verwandt oder verschwägert sind (§ 51 Absatz 2), wird die hälftige Pauschalbeihilfe zusätzlich zu den Aufwendungen in Höhe der Pauschalbeihilfe weitergewährt.
- 49.4.8 Bei einem Zusammentreffen von hälftiger Pauschalbeihilfe bei Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege und Pauschalbeihilfe darf der Höchstanspruch nach Absatz 2 in Verbindung mit § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für den Kalendermonat nicht überschritten werden.
- 49.4.9 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2018):
- 49.4.9.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 das Pflegegeld (100 Prozent = 545 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. August bis 26. August, das heißt für die Dauer von 22 Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 1 000 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. August bis 5. August (fünf Tage) und 26. August bis 31. August (sechs Tage) zu gewähren
Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 545 Euro) 199,83 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 20 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist)
Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 20/30 von 545 Euro/2) 181,67 Euro

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro 300,00 Euro
- zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 199,83 Euro 59,95 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 20 Tage, 30 Prozent von 181,67 Euro 54,50 Euro
- Gesamt 414,45 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro 700,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 199,83 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 59,95 Euro 139,88 Euro
- hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 20 Tage, 181,67 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 54,50 Euro 127,17 Euro
- Gesamt 967,05 Euro

- 49.4.9.2 Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 das Pflegegeld (100 Prozent = 545 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 5. Oktober bis 17. Oktober, das heißt für die Dauer von 13 Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die

Verhinderungspflege beträgt 1 500 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Oktober bis 5. Oktober (fünf Tage) und 17. Oktober bis 31. Oktober (15 Tage) zu gewähren
Höhe des Pflegegeldes (20/30 von 545 Euro) 363,33 Euro
- für die Dauer von elf Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist)
Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 11/30 von 545 Euro/2) 99,92 Euro

a) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro 750,00 Euro
- zum Pflegegeld für 20 Tage 50 Prozent von 363,33 Euro 181,67 Euro
- hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für elf Tage 50 Prozent von 99,92 Euro 49,96 Euro
- Gesamt 981,63 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 50 Prozent von 1 500 Euro 750,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 363,33 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 181,67 Euro 181,66 Euro
- hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für elf Tage, 99,92 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der sozialen Pflegeversicherung von 49,96 Euro 49,96 Euro
- Gesamt 981,62 Euro

49.4.9.3 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 das Pflegegeld (100 Prozent = 728 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 26. Dezember bis 28. Dezember, das heißt für die Dauer von drei Tagen, Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Verhinderungspflege beträgt 100 Euro (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Pflegegeld wird nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

- Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Dezember bis 26. Dezember (26 Tage) und 28. Dezember bis 31. Dezember (vier Tage) zu gewähren
Höhe des Pflegegeldes (30/30 von 728 Euro) 728,00 Euro
- da aufgrund der Tage der tatsächlichen häuslichen Pflege der Höchstanspruch nach § 37 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für den Kalendermonat bereits ausgeschöpft ist, erfolgt keine hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von einem Tag

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 100 Euro 30,00 Euro
- zum Pflegegeld 30 Prozent von 728 Euro 218,40 Euro
- Gesamt 248,40 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

- zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 100 Euro 70,00 Euro
- Pauschalbeihilfe 728 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 218,40 Euro 509,60 Euro
- Gesamt 579,60 Euro

49.4.9.4 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 5 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 995 Euro) und das Pflegegeld (100 Prozent = 901 Euro) in Anspruch. Jedoch wird vom 6. Juni bis 26. Juni, das heißt für die Dauer von drei Wochen (21 Tage), Verhinderungspflege

nach § 51 in Anspruch genommen. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 698,25 Euro. Daneben sind für die Verhinderungspflege Aufwendungen in Höhe von 1 000 Euro entstanden (Höchstbetrag und Leistungszeitraum nach § 51 sind nicht überschritten).

Vorüberlegung: Für die Berechnung des Anteils des Pflegegeldes ist der Anteil für die Pflege durch Berufspflegekräfte zu ermitteln. Ferner wird Pflegegeld nur für die Tage der tatsächlichen Pflege geleistet. Da die Voraussetzungen nicht für den vollen Kalendermonat erfüllt sind, ist das Pflegegeld anteilig zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird das Pflegegeld weiter gewährt. Die Hälfte des bisher bezogenen Pflegegeldes wird während einer Verhinderungspflege nach § 51 für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr fortgewährt.

– Anteil der Pflege durch Berufspflegekräfte (698,25 Euro von 1 995 Euro)	35 Prozent
– Anteil des Pflegegeldes (100 Prozent ./ 35 Prozent)	65 Prozent
– Höchstgrenze für das Pflegegeld (65 Prozent von 901 Euro)	585,65 Euro
– Pflegegeld ist für die Zeit vom 1. Juni bis 6. Juni (sechs Tage) und 26. Juni bis 30. Juni (fünf Tage) zu gewähren Höhe des Pflegegeldes (11/30 von 585,65 Euro)	214,74 Euro
– hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für die Dauer von 19 Tagen (da für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege volles Pflegegeld gewährt wird und der Kalendermonat mit den tatsächlichen Tagen anzusetzen ist) Höhe des hälftigen Pflegegeldes (= 19/30 von 585,65 Euro/2)	185,46 Euro

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

– zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 30 Prozent von 1 000 Euro	300,00 Euro
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent von 698,25 Euro	209,48 Euro
– zum Pflegegeld für elf Tage 30 Prozent von 214,74 Euro	64,42 Euro
– hälftige Fortzahlung des Pflegegeldes für 19 Tage, 30 Prozent von 185,46 Euro	<u>55,64 Euro</u>
Gesamt	629,54 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

– zu den Aufwendungen für die Verhinderungspflege 70 Prozent von 1 000 Euro	700,00 Euro
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent von 698,25 Euro	488,78 Euro
– Pauschalbeihilfe 214,74 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 64,42 Euro	150,32 Euro
– hälftige Fortzahlung der Pauschalbeihilfe für 19 Tage, 185,46 Euro abzüglich des anteiligen Pflegegeldes der privaten Pflegeversicherung von 55,64 Euro	<u>129,82 Euro</u>
Gesamt	1 468,92 Euro

49.5 Zu Absatz 5

49.5.1 Bei Pflegeaufwendungen für geeignete Pflegekräfte im Sinne des Absatzes 1 sowie bei der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen nach Absatz 3, die nicht durch die Sätze des Elften Buches Sozialgesetzbuch in ausreichendem Umfang gedeckt sind, sind die nach Absatz 4 festgesetzten Obergrenzen beihilfefähig. Die Pauschalbeihilfe nach Absatz 2 für andere geeignete Pflegekräfte wird jedoch pauschal gewährt. Eine Erhöhung dieser Pauschalbeihilfe ist daher ausgeschlossen, auch wenn im Einzelfall höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

49.5.2 Für Personen, die nach § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch Leistungen zur Hälfte erhalten, beträgt der Bemessungssatz bezüglich dieser Aufwendungen 50 Prozent (§ 57 Absatz 5). Über diesen Gesamtwert hinausgehende Aufwendungen sind im Rahmen des Absatzes 4 zum individuellen Bemessungssatz nach § 57 Absatz 2 und 3 ebenfalls beihilfefähig.

49.5.3 Ab 1. Januar 2018 sind auf Grundlage des um 20 Prozent erhöhten Entgeltes des in Anlage C zum Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder ausgewiesenen Entgeltes für eine Pflegekraft der Entgeltgruppe KR 7a Stufe 5 Aufwendungen bis zu folgenden Höchstbeträgen beihilfefähig:

Pflegegrad 2:	960,70 Euro
Pflegegrad 3:	1 921,39 Euro
Pflegegrad 4:	2 882,09 Euro
Pflegegrad 5:	3 842,78 Euro

Künftige Tarifierhöhungen sind zu beachten.

49.5.4 Beispiele (jeweils zum Stand 1. Januar 2018):

49.5.4.1 Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 298 Euro) in Anspruch. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 1 500 Euro.

	a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	389,40 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	908,60 Euro
	c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
	– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (1 921,39 Euro) wird nicht überschritten	1 500,00 Euro
	– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	<u>1 298,00 Euro</u>
	– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)	<u>202,00 Euro</u>
	Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft (70 Prozent von 202 Euro)	<u>141,40 Euro</u>
	d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c):	1 050,00 Euro
49.5.4.2	Der in der sozialen Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 4 die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent von 1 612 Euro) in Anspruch. Als von der Regelung des § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfasste Person erhält der Versorgungsempfänger von der sozialen Pflegeversicherung in diesem Fall 50 Prozent. Die Rechnung für die Pflege durch Berufspflegekräfte beträgt 2 000 Euro.	
	a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 612 Euro)	806,00 Euro
	b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
	– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 50 Prozent vom Höchstbetrag (1 612 Euro)	806,00 Euro
	c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 5	
	– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach Absatz 5 (2 882,09 Euro) wird nicht überschritten	2 000,00 Euro
	– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	<u>1 612,00 Euro</u>
	– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag)	<u>388,00 Euro</u>
	Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft zum individuellen Bemessungssatz (§ 57 Absatz 5, 70 Prozent von 388 Euro)	<u>271,60 Euro</u>
	d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 5 (Buchstaben b und c):	1 077,60 Euro
49.6	Zu Absatz 6	
49.6.1	Beihilfe wird zu Aufwendungen für Beratungsbesuche gewährt, wenn die Pflegeversicherung hierfür anteilig Zuschüsse zahlt. Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Diese Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.	
49.6.2	Beihilfefähig ist in den Pflegegraden 1 bis 3 einmal halbjährlich, in den Pflegegraden 4 und 5 einmal vierteljährlich eine Beratung des Pflegebedürftigen.	
49.6.3	Die Durchführung von Beratungsbesuchen ist nach § 37 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch auch gegenüber der Festsetzungsstelle zu belegen. Bei Pflegebedürftigen des Pflegegrades 1 besteht keine Verpflichtung, jedes Kalenderhalbjahr einen Beratungseinsatz nachzuweisen. Bei Bedarf kann diesen der Pflegebedürftige freiwillig in Anspruch nehmen. Die Verpflichtung des Nachweises der Beratungsbesuche besteht auch nicht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die Beihilfeleistungen nach Absatz 1 erhalten.	
49.6.4	Beihilfe für Aufwendungen für Beratungsbesuche wird zusätzlich gewährt. Eine Anrechnung auf andere Beihilfeleistungen, insbesondere nach Absatz 2 (Pauschalbeihilfe), erfolgt nicht.	
49.6.5	Im Falle des Nichtabrufes der Pflegeberatung nach § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist die Beihilfe in entsprechender Anwendung des § 37 Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch im gleichen Umfang zu kürzen und im Wiederholungsfall zu versagen, wenn die Pflegeversicherung deshalb das Pflegegeld ebenfalls gekürzt oder entzogen hat.	
49a	Zu § 49a Ambulant betreute Wohngruppen	
49a.1	Zu Absatz 1	
49a.1.1	Der pauschale Zuschlag ist beihilfefähig für Personen, die pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind (vergleiche Nummern 48.1.5). Dies gilt auch für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.	
49a.1.2	Eine Wohngruppe liegt vor, wenn mindestens drei und höchstens zwölf Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung leben und davon mindestens drei Personen pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind. Für die Feststellung der Zugehörigkeit in einer Wohngruppe ist eine vorübergehende Abwesenheit von Wohngruppenmitgliedern, zum Beispiel wegen Krankenhausaufenthalts, der Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen oder Vorsorgemaßnahmen, unerheblich.	
49a.1.3	Der Wohngruppe können sich auch Personen anschließen, die nicht pflegebedürftig sind. Dabei darf die Höchstzahl von zwölf Bewohnern nicht überschritten werden. Der Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht aber nur, wenn mindestens drei Bewohner diese Voraussetzungen	

- erfüllen. Nicht pflegebedürftige Bewohner haben keinen Anspruch auf den pauschalen Zuschlag.
- 49a.1.4 Scheidet ein Bewohner dauerhaft (zum Beispiel durch Auszug oder Tod) aus der Wohngruppe aus und wird dadurch die Mindestanzahl von drei Pflegebedürftigen unterschritten, liegen die Voraussetzungen für die Zahlung des pauschalen Zuschlags für die verbleibenden anspruchsberechtigten Bewohner nicht mehr vor.
- 49a.1.5 Zweck der Wohngruppe muss die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung sein. Dazu ist es erforderlich, dass die Bewohner der Wohngruppe eine Person zur Aufgabenerbringung gemeinschaftlich beauftragt haben, die unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung auf einer gesondert erkennbaren vertraglichen Grundlage mit den Bewohnern der Wohngruppe tätig ist. Diese allgemein organisatorischen, verwaltenden, betreuenden oder das Gemeinschaftsleben fördernden Tätigkeiten oder hauswirtschaftlichen Unterstützungen müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen hinaus erbracht werden. Für die Erbringung von hauswirtschaftlicher Unterstützung ist die Einbeziehung des Pflegebedürftigen erforderlich. Eine solche Unterstützung liegt zum Beispiel beim gemeinschaftlichen Kochen vor. Keine hauswirtschaftliche Unterstützung liegt vor, wenn die beauftragte Person die hauswirtschaftliche Tätigkeit selbst vollständig übernimmt, ohne dabei die Bewohner der Wohngruppe einzubeziehen. Unterstützung ist vielmehr die teilweise Übernahme, aber auch die Beaufsichtigung der Ausführung von Verrichtungen oder die Anleitung zur Selbstvornahme.
- 49a.1.6 Mindestens drei Bewohner der Wohngruppe müssen darüber hinaus Beihilfeleistungen nach § 49 Absatz 1 bis 3 (häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte, Pauschalbeihilfe beziehungsweise Kombinationspflege) oder § 53 (Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag) beziehen. Die Anspruchsvoraussetzungen sind auch erfüllt, wenn nicht beihilfeberechtigte Pflegebedürftige entsprechende Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch beziehen. Dies sind ambulante Sachleistungen nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1), Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2), Kombinationspflege nach § 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 3), Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 1) oder der Entlastungsbetrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 2). Die Beihilfefähigkeit des pauschalen Zuschlages ist auch dann gegeben, wenn für pflegebedürftige Bewohner die Leistungen nach § 34 Absatz 1 Nummer 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ruhen. Der Bezug von Leistungen für vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) oder Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 56) schließt die ambulante Betreuung aus.
- 49a.1.7 Der Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht für jeden Teilmonat ungekürzt (zum Beispiel bei Einzug, Auszug, Tod, Krankenhausaufenthalt). Die Auszahlung erfolgt monatlich im Voraus.
- 49a.1.8 Der Beihilfeberechtigte ist verpflichtet, der Festsetzungsstelle umgehend Änderungen bei der Wohngruppe mitzuteilen.
- 49a.1.9 Der Zuschlag wird pauschal gewährt und unterliegt dem Bemessungssatz (§ 57).
- 49a.1.10 Die Gewährung des pauschalen Zuschlags an die einzelnen Bewohner einer Wohngruppe setzt voraus, dass sie ebenso wie auch sonst bei häuslicher Pflege selbst die Wahl zwischen verschiedenen ambulanten Pflegediensten haben. Unabhängig davon wird der pauschale Zuschlag auch gewährt, wenn sich alle oder einzelne Bewohner der Wohngruppe auf die Inanspruchnahme desselben ambulanten Pflegedienstes verständigen.
- 49a.1.11 Maßgebliches Abgrenzungskriterium für den pauschalen Zuschlag ist, dass die Leistungserbringung nicht weitgehend den Umfang einer stationären Versorgung erreicht. Ein Anspruch auf den pauschalen Zuschlag besteht daher nicht, wenn der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter Leistungen anbietet oder gewährleistet, die dem im jeweiligen Rahmenvertrag nach § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für vollstationäre Pflege vereinbarten Leistungsumfang weitgehend entsprechen und den Bewohnern damit eine Vollversorgung angeboten wird. Eine solche Vollversorgung liegt vor, wenn zum Beispiel im Mietvertrag oder Pflegevertrag die vollständige Übernahme sämtlicher körperbezogener Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung vereinbart und darüber hinaus keine Einbringung des Bewohners in den Alltag möglich ist. Dies gilt auch dann, wenn die Vollversorgung angeboten, aber von den Bewohnern nur teilweise in Anspruch genommen wird. Die über die ambulanten Leistungen hinausgehende Versorgung der Bewohner soll durch die aktive Einbindung ihrer eigenen Ressourcen und ihres sozialen Umfeldes sichergestellt werden. Lässt sich aus der Konstruktion der ambulanten Wohngruppe, aus dem Pflegevertrag oder dem Mietvertrag nicht erkennen, dass die Einbringung der Bewohner selbst oder deren soziales Umfeld in die Leistungserbringung und den Alltag vorgesehen ist, besteht keine mit der häuslichen Pflege vergleichbare Situation. Dabei ist entscheidend, dass die Möglichkeit der Einbringung und des Engagements der Bewohner und des sozialen Umfeldes besteht, nicht aber, dass die Bewohner und deren soziales Umfeld tatsächlich davon Gebrauch machen. Die Leistungserbringung durch die Bewohner selbst und deren sozialen Umfeldes kann zum Beispiel die Sicherstellung der Arztbesuche, die Gestaltung und kleine Reparaturen in der Wohnung, die Entscheidung über neue Bewohner oder der Einkauf von Lebensmitteln darstellen.
- 49a.2 Zu Absatz 2
- 49a.2.1 Zur Förderung der Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen (vergleiche § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch, Absatz 1) ist neben Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gemäß § 54 Absatz 2 (vergleiche § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ein einmaliger Betrag von 2 500 Euro beihilfefähig. Die Kosten der Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen sind bis zum Höchstbetrag von 2 500 Euro nach den Vorgaben des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch nur beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung des Pflegebedürftigen hierzu anteilige Zuschüsse erbracht hat. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nachzuweisen. Besteht keine Pflegeversicherung, sind entsprechende Aufwendungen nicht beihilfefähig. Der Gesamtbetrag ist auf 10 000 Euro je Wohngruppe beschränkt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Der Anteil errechnet sich aus den Gesamtkosten geteilt

- durch die Anzahl der anspruchsberechtigten Mitglieder der Wohngruppe.
- 49a.2.2 Der Anspruch nach § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch endet mit Ablauf des Monats, in dem das Bundesversicherungsamt den Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mitteilt, dass mit der Förderung eine Gesamthöhe von 30 Millionen Euro erreicht worden ist. Eine über diesen Zeitpunkt hinausgehende Beihilfegewährung wird insoweit ausgeschlossen, als die Zahlung des Zuschusses von der Leistung der Pflegeversicherung abhängig ist und die Pflegeversicherung ab diesem Zeitpunkt ebenfalls keine entsprechenden Leistungen mehr gewährt.
- 49a.2.3 Die Gründung einer Wohngruppe im Sinne des § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch liegt dann vor, wenn mindestens drei Empfänger von Leistungen nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Absatz 1) in einer Wohneinheit zusammenziehen.
- 49a.2.4 Jede pflegebedürftige Person, die die Voraussetzungen des § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch erfüllt, kann neben den Leistungen nach § 38a des Elften Buches Sozialgesetzbuch und unbeschadet des Anspruchs nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 54 Absatz 2) einen einmaligen Förderbetrag von bis zu 2 500 Euro erhalten. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige an der Neugründung der ambulant betreuten Wohngruppe beteiligt ist, die Neugründung von mindestens drei Pflegebedürftigen erfolgt und der Förderbetrag für die altersgerechte oder barrierearme Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung verwendet wird.
- 49a.2.5 Beihilfefähig sind Maßnahmen, die auf die dauerhafte Verbesserung der altersgerechten Wohnsituation zielen (zum Beispiel Anbringen von Handläufen, Türvergrößerungen, rutschhemmender Bodenbelag, Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe). Beihilfefähig sind auch Umbaumaßnahmen, die als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 54 Absatz 2 (§ 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) beihilfefähig sein können. Die Beihilfefähigkeit nach Absatz 2 setzt nicht voraus, dass vorher der Anspruch nach § 54 Absatz 2 (§ 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) ausgeschöpft wird. Im Gegensatz zu § 54 Absatz 2 hinsichtlich wohnumfeldverbessernder Maßnahmen kommt es jedoch auf die Verbesserung der gegenwärtigen Pflegesituation des Pflegebedürftigen nicht an (vergleiche auch Nummer 54.2.6).
- 49a.2.6 Der Anspruch nach § 45e des Elften Buches Sozialgesetzbuch besteht nicht für Pflegebedürftige in bereits bestehenden Wohngruppen.
- 49a.3 Zu Absatz 3
- 49a.3.1 Zur Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen ist die Festsetzungsstelle berechtigt, bei dem Beihilfeberechtigten die in § 38a Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Daten zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen und entsprechende Unterlagen beziehungsweise Informationen anzufordern.
- 49a.3.2 Für Personen, die am 31. Dezember 2014 einen Anspruch auf den pauschalen Zuschlag nach § 49 Absatz 6 in der bis zum 31. Dezember 2014 geltenden Fassung hatten, wird der pauschale Zuschlag weiter gewährt, wenn sich an den tatsächlichen Verhältnissen nichts geändert hat (§ 144 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Dies gilt auch in den Fällen, in denen in der Wohngruppe mehr als zwölf Bewohner leben. Sofern ab dem 1. Januar 2015 ein weiterer Bewohner in die Wohngruppe eingezogen ist und hierdurch die Höchstzahl von zwölf Bewohnern überschritten wurde, kann trotz Vorliegen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen der pauschale Zuschlag für diesen Bewohner nicht gezahlt werden.
- 49b Zu § 49b Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- 49b.0.1 Beschäftigte, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes Beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Angehörige pflegen, haben auf Antrag Anspruch auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung nach Maßgabe des § 44a Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche Absatz 1 Nummer 1). Voraussetzung ist, dass der Beschäftigte nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt wurde oder dessen Beschäftigung durch Reduzierung der Arbeitszeit zu einer geringfügigen Beschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch wird.
- 49b.0.2 Für kurzzeitige Arbeitsverhinderung nach § 2 des Pflegezeitgesetzes haben Beschäftigte im Sinne des § 7 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes, die für diesen Zeitraum keine Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber und kein Kranken- oder Verletztengeld bei Erkrankung oder Unfall eines Kindes nach § 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 45 Absatz 4 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch beanspruchen können, Anspruch auf einen Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt (Pflegeunterstützungsgeld, vergleiche Absatz 1 Nummer 2) für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage. Wenn mehrere Beschäftigte den Anspruch nach § 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes für einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist deren Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld wird auf Antrag, der unverzüglich zu stellen ist, unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung nach § 2 Absatz 2 Satz 2 des Pflegezeitgesetzes gewährt. Für die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes gilt § 45 Absatz 2 Satz 3 bis 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch („Kinderkrankengeld“) entsprechend.
- 49b.0.3 Aus dem Pflegeunterstützungsgeld sind Beiträge zur Arbeitsförderung sowie zur Renten- und Krankenversicherung zu entrichten (vergleiche Absatz 2 Nummer 2). Bei Beschäftigten, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, erhalten diese für die Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld auf Antrag Zuschüsse zur Krankenversicherung. Die Gemeinsame Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. vom 31. August 2015 zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung ist zu beachten.
- 49b.0.4 Auf Beamte als Pflegepersonen ist das Pflegezeitgesetz nicht anzuwenden. Für Sie gelten die Vorschriften des § 14 der Sächsischen Urlaubs-, Mutterschutz- und Elternzeitverordnung, wonach in diesen Fällen Urlaub ohne Dienstbezüge gewährt werden kann.
- 49b.0.5 Zur Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen im Sinne des § 19 des Elften

- Buches Sozialgesetzbuch sind Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung zu entrichten, wenn die Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als dreißig Stunden wöchentlich erwerbstätig ist (§ 44 Absatz 1 und 2b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, vergleiche Absatz 2 Nummer 1).
- 49b.0.6 Die Leistungen nach den §§ 44 und 44a des Elften Buches Sozialgesetzbuch bleiben für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Pflegebedürftigen oder Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten vier Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation bestehen (§ 34 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und zwar unabhängig davon, ob Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) in dieser Zeit weiter gezahlt wird.
- 49b.0.7 Bei Leistungen der Beihilfe nach § 49b ist das elektronische Bescheinigungsverfahren nach § 10 Absatz 4b Satz 4 bis 6 des Einkommensteuergesetzes zu beachten. Jedoch besteht in den Fällen des § 49b in der Regel keine Meldepflicht.
- 49b.1 Zu Absatz 1
- 49b.1.1 Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung
- 49b.1.1.1 Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung sind auf Antrag zu gewähren. Zuschüsse werden gewährt für eine
- freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung,
 - Pflichtversicherung nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach § 2 Absatz 1 Nummer 7 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte,
 - Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen,
 - Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten,
- soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist, sowie für eine damit in Zusammenhang stehende Pflege-Pflichtversicherung.
- 49b.1.1.2 Die Höhe der Zuschüsse richtet sich nach der Höhe der Mindestbeiträge, die von freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen zur gesetzlichen Krankenversicherung (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) und zur sozialen Pflegeversicherung (§ 57 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) zu entrichten sind und dürfen die tatsächliche Höhe der Beiträge nicht übersteigen.
- 49b.1.1.3 Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt mindestens den neunzigsten Teil der monatlichen Bezugsgröße für den Kalendertag beziehungsweise 1/3 der monatlichen Bezugsgröße (§ 240 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch), die sich nach der jeweils geltenden Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung richtet. Nach der Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2018 beträgt die monatliche Bezugsgröße im Kalenderjahr 2018 3 045 Euro (West) beziehungsweise 2 695 Euro (Ost). Die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage beträgt damit im Jahr 2016 monatlich 1 015 Euro (West) beziehungsweise 898,33 Euro (Ost). Für die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen je Kalendertag ist die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage durch 30 zu teilen.
- 49b.1.1.4 Für die Zuschussbemessung für die Krankenversicherung sind der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2018: 14,6 Prozent) sowie der kassenindividuelle Zusatzbeitragssatz nach § 242 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde zu legen. Bei Mitgliedern der landwirtschaftlichen Krankenversicherung sowie bei Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, tritt an die Stelle des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a des Fünften Buches (Stand 1. Januar 2018: 1,0 Prozent). Unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes beträgt der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung daher im Kalenderjahr 2018 monatlich höchstens 158,34 Euro (West) beziehungsweise 140,14 Euro (Ost). Bei Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich durch die Zugrundelegung des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes abweichende Beträge.
- 49b.1.1.5 Die Höhe des Zuschusses für die Pflegeversicherung wird unter Zugrundelegung des Beitragssatzes nach § 55 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2018: 2,55 Prozent; gegebenenfalls bei Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Zuschlags für Kinderlose von 0,25 Prozent) auf die Mindestbeitragsbemessungsgrundlage ermittelt (2018 monatlich höchstens 25,88 Euro und 28,42 Euro [West] beziehungsweise 22,91 Euro und 25,15 Euro [Ost]).
- 49b.1.1.6 Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind durch entsprechende Bescheinigungen der Kranken- beziehungsweise Pflegekassen und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung nachzuweisen.
- 49b.1.1.7 Die Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung werden der Person, die Pflegezeit in Anspruch nimmt, auf Antrag gewährt. Für den Antrag ist das als Anhang 5 beigefügte Formblatt zu verwenden. Änderungen in den Verhältnissen, die sich auf die Zuschussgewährung auswirken können, sind unverzüglich der für den Pflegebedürftigen zuständigen Festsetzungsstelle mitzuteilen.
- 49b.1.2 Pflegeunterstützungsgeld
- 49b.1.2.1 Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes beträgt grundsätzlich 90 Prozent des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus dem beitragspflichtigen Arbeitsentgelt des Beschäftigten. Bei Bezug von beitragspflichtigem einmalig gezahltem Arbeitsentgelt in den der Freistellung von der Arbeitsleistung vorangegangenen 12 Kalendermonaten beläuft sich das Pflegeunterstützungsgeld auf 100 Prozent des tatsächlich ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Die Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes ist begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung (Stand 1. Januar 2018: 4 425,00 Euro monatlich/147,50 Euro täglich, 70 Prozent hiervon sind 3 097,50 Euro monatlich/103,25 Euro

- täglich). Das Pflegeunterstützungsgeld wird für Kalendertage gezahlt.
- 49b.1.2.2 Unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegeversicherung, nach denen für landwirtschaftliche Unternehmer anstelle des Krankengeldes als Entgeltersatzleistung die Gewährung von Betriebshilfe vorgesehen ist, wird diesem Personenkreis anstelle des Pflegeunterstützungsgeldes auch hier ein Anspruch auf Betriebshilfe eingeräumt (§ 44a Absatz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Die Kosten der Leistungen für die Betriebshilfe werden der landwirtschaftlichen Pflegekasse von der Pflegeversicherung und der Beihilfe des pflegebedürftigen nahen Angehörigen erstattet. Für privat versicherte landwirtschaftliche Unternehmer gilt Abweichendes.
- 49b.1.2.3 Die versicherungs- und beitragsrechtlichen Regelungen beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld orientieren sich an den Regelungen für das Krankengeld, mit der Besonderheit, dass aus dem Pflegeunterstützungsgeld im Regelfall Beiträge zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung, nicht jedoch zur Pflegeversicherung, zu entrichten sind. In der Pflegeversicherung ist – in Anlehnung an die Regelung zur Beitragsfreiheit in der Krankenversicherung für Krankengeld – Beitragsfreiheit bezogen auf das Pflegeunterstützungsgeld vorgesehen. Im Übrigen wird auf Absatz 2 Nummer 2 verwiesen.
- 49b.2 Zu Absatz 2
- 49b.2.1 Allgemeines zur Arbeitslosen- und Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen (Nummer 1)
- 49b.2.1.1 Die Entscheidung über die Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson und über die Höhe der zu entrichtenden Beiträge trifft der Versicherungsträger, bei dem die behauptete Versicherungspflicht bestehen würde (BSG, Urteile vom 22. März 2001, B 12 P 3/00 R und vom 23. September 2003, B 12 P 2/02 R). Die Pflegeversicherung ist hierzu nicht berechtigt. Die Pflegeversicherung ist aber verpflichtet, ohne vorherige Entscheidung des Versicherungsträgers Beiträge für Pflegepersonen als Leistungen der sozialen Sicherung zu zahlen. Halten sie ihre Leistungspflicht für gegeben, so haben sie diese ebenso zu erfüllen wie Arbeitgeber, die bei unstreitigem Sachverhalt den Gesamtsozialversicherungsbeitrag ohne vorherige Entscheidung der Einzugsstelle zu zahlen haben. Dies gilt für die Festsetzungsstellen entsprechend; auf § 44 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird verwiesen.
- 49b.2.1.2 Das Mitteilungsverfahren nach § 44 Absatz 5 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist nicht lediglich auf den Beginn der Beitragspflicht beschränkt, sondern ein Mitteilungsverfahren über alle für die Versicherungs- und Beitragspflicht relevanten Angaben. Mit der Feststellung der Beitragspflicht einer vom Anwendungsbereich der Regelung erfassten nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson hat die Pflegeversicherung die Festsetzungsstelle entsprechend zu informieren. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die Pflegeversicherung im Rahmen einer erneuten Begutachtung (zum Beispiel nach einem Höherstufungsantrag) feststellt, dass die Voraussetzungen der Versicherungspflicht einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson erstmalig vorliegen und Beiträge zu zahlen sind oder aufgrund einer Änderung des Pflegegrades, der Art der Pflegeleistung oder in den Fällen der Mehrfachpflege des berücksichtigungsfähigen Pflegeumfangs die Beitragsbemessungsgrundlage anzupassen ist. Auch bei sonstigen Änderungen in den Verhältnissen des Pflegebedürftigen oder der Pflegeperson, die sich auf die Versicherungs- und Beitragspflicht einer Pflegeperson auswirken, ist eine Mitteilung abzugeben. Dies sind beispielsweise:
- Unterbrechung der Pflege (zum Beispiel wegen längerer stationärer Behandlung des Pflegebedürftigen),
 - Beendigung der Pflege durch die Pflegeperson (zum Beispiel aus persönlichen Gründen oder wegen des Todes des Pflegebedürftigen),
 - Änderung des Umfangs der Pflege der Pflegeperson bei Mehrfachpflege,
 - Ende der Versicherungspflicht aufgrund der Reduzierung oder Aufgabe einer Pflegetätigkeit im Rahmen der Additionspflege,
 - Eintritt eines Ausschlussgrundes der Versicherungspflicht.
- 49b.2.1.3 Die Meldungen der zu versichernden Person an den zuständigen Rentenversicherungsträger sowie die Bundesagentur für Arbeit erfolgen durch die Pflegeversicherung. Die Festsetzungsstelle hat insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Renten- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der Pflegeversicherung.
- 49b.2.1.4 Versicherungspflichtig nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch sind Personen in der Zeit, in der sie einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch mit mindestens Pflegegrad 2 nicht erwerbsmäßig wenigstens zehn Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, in seiner häuslichen Umgebung pflegen (nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen), wenn der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der privaten oder der sozialen Pflegepflichtversicherung hat. Renten- oder Arbeitslosenversicherungspflicht für die Pflegeperson besteht deshalb nicht, wenn der Pflegebedürftige nicht pflegeversichert ist. Die alleinige Leistung von Beihilfe an den Pflegebedürftigen begründet keine entsprechende Versicherungspflicht.
- 49b.2.1.5 Die Versicherungspflicht besteht auch, wenn die Mindestpflegestundenzahl oder die Mindestanzahl an Pflegetagen nur durch die Pflege mehrerer Pflegebedürftiger (nachfolgend ‚Additionspflege‘) erreicht wird. Sofern der Mindestpflegeumfang von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche bereits durch die Pflege eines Pflegebedürftigen erreicht wird, erstreckt sich die Versicherungspflicht auch auf daneben in geringerem Umfang ausgeübte Pflegetätigkeiten, soweit diese die weiteren Voraussetzungen für die Versicherungspflicht erfüllen.
- 49b.2.1.6 Die Rentenversicherungsfreiheit nach § 5 Absatz 1, Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie Absatz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch steht einer Rentenversicherungspflicht von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen nicht entgegen. Personen, die eine der Voraussetzungen der Rentenversicherungsfreiheit nach § 5 Absatz 4 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, sind auch bei Ausübung einer dem Grunde nach rentenversicherungspflichtigen nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit rentenversicherungsfrei.

- 49b.2.1.7 In der Arbeitslosenversicherung besteht die Versicherungspflicht für die Pflegeperson nur, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Pflege Tätigkeit arbeitslosenversicherungspflichtig war oder Anspruch auf eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (zum Beispiel Arbeitslosengeld, Übergangsgeld) hatte (§ 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Die Arbeitslosenversicherungspflicht besteht auch dann nicht, wenn eine solche bereits nach anderen Vorschriften besteht, zum Beispiel in einer neben der Pflege Tätigkeit ausgeübten Beschäftigung (§ 26 Absatz 3 Satz 5 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). Im Gegensatz zur Rentenversicherung ist hier keine Mehrfachversicherung möglich.
- 49b.2.1.8 Die Pflege wird erwerbsmäßig ausgeübt, wenn sie sich als Teil der Berufstätigkeit der Pflegeperson darstellt und dazu dient, ihren Lebensunterhalt ganz oder teilweise zu sichern. Erfasst werden alle Formen der professionellen Pflege. Dazu zählen auch Jugendliche im freiwilligen sozialen Jahr und Bundesfreiwilligendienstleistende, die im Rahmen ihrer Dienstleistung eine Pflege Tätigkeit ausüben, und Ordensangehörige bei Ausübung einer Pflege Tätigkeit innerhalb der Ordensgemeinschaft.
- 49b.2.1.9 Gelegentliche oder nur vorübergehende Hilfeleistungen im Bereich der häuslichen Pflege führen nicht zur Versicherungspflicht nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch und § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch. Dies gilt insbesondere für die ersatzweise ausgeübte Pflege Tätigkeit bei Urlaub oder Krankheit der eigentlichen Pflegepersonen (Verhinderungspflege nach § 39 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und § 51). Dauerhaft wird eine Pflege ausgeübt, wenn sie auf mehr als zwei Monate beziehungsweise 60 Tage im Jahr (nicht Kalenderjahr) angelegt ist. Als gelegentlich oder vorübergehend sind dagegen solche Pflege Tätigkeiten anzusehen, die auf einen kürzeren Zeitraum angelegt sind.
- 49b.2.1.10 Dauerhaftigkeit der Pflege besteht auch in den Fällen, in denen der Pflegebedürftige bei dauernder internatsmäßiger Unterbringung lediglich in den gesamten Ferienzeiten im Jahr (ausgehend von etwa 12 Wochen) in die häusliche Umgebung zurückkehrt. In diesem Fall ist auch für die außerhalb der Ferienzeiten zu erbringende Pflege im häuslichen Bereich (zum Beispiel an den Wochenenden) die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit gegeben, soweit dadurch nicht ohnehin bereits der Umfang der Pflege von zehn Stunden an mindestens zwei Tagen in der Woche erreicht wird (zum Beispiel Rückkehr des Pflegebedürftigen in den häuslichen Bereich jedes Wochenende). Sind die Intervalle zwischen der häuslichen Pflege größer als eine Woche (zum Beispiel bei 14-tägiger Heimkehr), muss der Pflegeaufwand im Wochendurchschnitt mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, ausmachen, damit der Mindestpflegeumfang durchgehend erreicht wird. Wird ein regelmäßiger Wochendurchschnitt von mindestens zehn Stunden, verteilt auf mindestens zwei Tage, nicht erreicht, kann der Mindestpflegeumfang dennoch in den einzelnen Pflegephasen erreicht werden.
- 49b.2.1.11 Die Versicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen erfordert den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung. Als Leistungen im vorstehenden Sinne kommen in erster Linie das Pflegegeld (§ 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch), die Kombinationsleistung (§ 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) und die Tages- und Nachtpflege (§ 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in Betracht. Die Versicherungspflicht wird allerdings nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Pflegebedürftige die Pflegesachleistung (§ 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) wählt. Bei Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 kann je nach Einzelfall durchaus noch zusätzlicher Pflegebedarf in Form der nicht erwerbsmäßigen Pflege vorhanden sein. Da dabei nicht die tatsächliche Leistungsgewährung, sondern allein der Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung verlangt wird, ist die Versicherungspflicht als nicht erwerbsmäßig tätige Pflegeperson auch möglich, wenn der Leistungsanspruch ruht (zum Beispiel aufgrund des Vorrangs der Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach versorgungsrechtlichen Regelungen oder nach dem Recht der Unfallversicherung).
- 49b.2.1.12 Die Beitragszahlung durch die Festsetzungsstelle zur Renten- und Arbeitslosenversicherung ist keine Leistung im Sinne der Sächsischen Beihilfeverordnung, sie ergibt sich vielmehr unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages aus den Regelungen des Dritten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch.
- 49b.2.1.13 Zur Umsetzung der Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht nicht erwerbsmäßig tätiger Pflegepersonen wird auf das Gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. vom 13. Dezember 2016 verwiesen, das Ausführungen zum Versicherungs-, Beitrags- und Melderecht für renten- und arbeitslosenversicherungspflichtige Personen enthält.
- 49b.2.2 Arbeitslosenversicherung der Pflegepersonen (Nummer 1 Buchstabe a)
- 49b.2.2.1 Die Beiträge sind nach § 347 Nummer 10 Buchstabe c des Dritten Buches Sozialgesetzbuch von der Festsetzungsstelle anteilig zu tragen.
- 49b.2.2.2 Die Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die im Beitragsjahr (Kalenderjahr) versicherungspflichtigen Pflegepersonen erfolgt in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem die Pflege geleistet wurde (§ 349 Absatz 5 Satz 3 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.2.3 Die Beiträge sind auf Grund der Mitteilungen unabhängig von der Stellung eines Beihilfeantrages im März des Jahres fällig, das dem Beitragsjahr folgt. Dabei sind eventuelle Überzahlungen oder Minderzahlungen aus vorherigen Beitragsjahren auszugleichen. Geht für das abzurechnende Beitragsjahr die Mitteilung der Pflegeversicherung bei der Festsetzungsstelle bis zum 28. Februar (Schaltjahr: 29. Februar) des Folgejahres ein, sind die Beiträge für die darin genannten Personen mit dem auf das abzurechnende Beitragsjahr entfallenden Beitrag zum 31. März desselben Jahres fällig. Geht die Mitteilung dagegen nach dem 28. beziehungsweise 29. Februar ein, können die Beiträge mit dem Gesamtbeitrag des Folgejahres gezahlt werden.
- 49b.2.2.4 Beispiel:

Eingang der Mitteilung:	15. Februar 2018
Beitragspflicht:	vom 1. August 2017 bis 31. Januar 2018

Die Beiträge für die Zeit vom 1. August bis 31. Dezember 2017 sind in die spätestens am 31. März 2018 fällige Beitragszahlung einzubeziehen; der Beitrag für Januar 2018 ist bei der bis Ende März 2019 fälligen Beitragszahlung zu berücksichtigen.

- 49b.2.2.5 In der Arbeitslosenversicherung gilt unabhängig vom Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung nach § 345 Nummer 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch eine einheitliche beitragspflichtige Einnahme (50 Prozent der monatlichen Bezugsgröße). Eine Aufteilung der beitragspflichtigen Einnahme findet im Fall der Mehrfachpflege nicht statt. Der Beitragsberechnung ist für jede Pflegeperson die beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nummer 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde zu legen, sofern die Pflegeperson nicht im Rahmen der Additionspflege arbeitslosenversicherungspflichtig ist.
- 49b.2.2.6 Pflegt eine Pflegeperson mehrere Pflegebedürftige jeweils mindestens zehn Stunden in der Woche, verteilt auf zwei Tage, ist die beitragspflichtige Einnahme nach § 345 Nummer 8 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch der Beitragsberechnung für die Pflegeperson anteilig für jede Pflegetätigkeit zu Grunde zu legen. Dabei richtet sich die anteilige beitragspflichtige Einnahme ausschließlich nach dem Anteil der maßgebenden Pflege am Gesamtpflegeaufwand der Pflegeperson. Dies gilt auch in den Fällen der Additionspflege sowie der Kombination von Additions- und Mehrfachpflege.
- 49b.2.3 Rentenversicherung der Pflegepersonen (Nummer 1 Buchstabe b)
- 49b.2.3.1 Die Beiträge sind nach § 170 Absatz 1 Nummer 6 Buchstabe c des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von der Festsetzungsstelle anteilig zu tragen.
- 49b.2.3.2 Die sich jeweils aus § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch ergebenden Beiträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen werden den Festsetzungsstellen durch Rundschreiben des Staatsministeriums der Finanzen bekannt gegeben.
- 49b.2.3.3 Die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden nach § 23 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch spätestens am 15. des Monats fällig, der dem Monat folgt, in dem die Pflegetätigkeit ausgeübt worden ist. Bei rückwirkender Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht sind die Beiträge für den zurückliegenden Zeitraum zu dem der Feststellung folgenden Fälligkeitstag zu zahlen. Hierbei ist auf den Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung über die Beitragspflicht durch die Pflegeversicherung abzustellen. Eventuelle Über- oder Minderzahlungen sind später auszugleichen (zum Beispiel wegen Inanspruchnahme von Verhinderungs- oder Kurzzeitpflege).
- 49b.2.3.4 Überschreiten die beitragspflichtigen Einnahmen bei einer Mehrfachversicherung (das heißt, eine Pflegeperson pflegt mehrere Pflegebedürftige) insgesamt die Beitragsbemessungsgrenze, sind sie nach § 22 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch anteilmäßig zu berücksichtigen.
- 49b.2.3.5 Üben mehrere nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen die Pflege eines Pflegebedürftigen gemeinsam aus (Mehrfachpflege), sind die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechend dem nach § 44 Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten prozentualen Umfang der jeweiligen Pflegetätigkeit im Verhältnis zum Gesamtpflegeaufwand je pflegebedürftiger Person aufzuteilen. Dabei werden bei der Ermittlung des Gesamtpflegeaufwandes (als Grundlage für die Aufteilung) die Pflegetätigkeiten aller nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen berücksichtigt, unabhängig davon, ob diese dem Grunde nach die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch erfüllen.
- 49b.2.3.6 Die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund einer Additionspflege richtet sich nach dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen und der Art der bezogenen Leistung aus der Pflegeversicherung des jeweiligen Pflegebedürftigen und gegebenenfalls des Anteils an der Gesamtpflege aller Pflegepersonen bei der Mehrfachpflege eines Pflegebedürftigen.
- 49b.2.3.7 Ändert sich der Pflegegrad oder die Art der aus der Pflegeversicherung bezogenen Leistung des Pflegebedürftigen (ausschließlich Pflegegeld, Kombinationsleistung oder ausschließlich Sachleistung), ist die Bemessungsgrundlage für die Beiträge nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch von dem Zeitpunkt an anzupassen.
- 49b.2.4 Beispiele zu Nummern 49b.2.2 und 49b.2.3 (Stand: 1. Januar 2018)
- 49b.2.4.1 Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A und von Pflegeperson B zu jeweils 14 Stunden in der Woche, verteilt auf jeweils mindestens zwei Tage, ausgeübt.
- Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A und B beträgt in der Rentenversicherung jeweils 21,5 Prozent (= 43 Prozent x 14/28) und in der Arbeitslosenversicherung jeweils 50 Prozent.
- 49b.2.4.2 Wie Beispiel 49b.2.4.1. Pflegeperson B ist aufgrund des Bezugs einer Vollrente wegen Alters nach Ablauf des Monats des Erreichens der Regelaltersgrenze renten- und arbeitslosenversicherungsfrei.
- Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A beträgt in der Rentenversicherung 21,5 Prozent (= 43 Prozent x 14/28) und in der Arbeitslosenversicherung 50 Prozent. Für Pflegeperson B ist keine Beitragsbemessungsgrundlage zu ermitteln, da diese versicherungsfrei ist.
- 49b.2.4.3 Die Pflege eines Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, wird von Pflegeperson A an 19 Stunden in der Woche und von Pflegeperson B an 9 Stunden in der Woche, jeweils verteilt auf mindestens zwei Tage, ausgeübt. Sowohl Pflegeperson A als auch B üben keine weiteren Pflegetätigkeiten aus.
- Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A beträgt in der Rentenversicherung 29,18 Prozent (= 43 Prozent x 19/28) und in der Arbeitslosenversicherung 50 Prozent. Da der Umfang der Pflegetätigkeit von Pflegeperson B nicht mindestens 10 Stunden in der Woche umfasst und sie auch keine weitere Pflegetätigkeit ausübt, ist Pflegeperson B nicht versicherungspflichtig. Für Pflegeperson B ist deshalb keine

Beitragsbemessungsgrundlage zu ermitteln.

- 49b.2.4.4 Die Pflegeperson A pflegt einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3, der ausschließlich Pflegegeld bezieht, an 7 Stunden in der Woche mit. Die übrige Pflege wird von zwei weiteren Pflegepersonen an 21 Stunden in der Woche erbracht. Darüber hinaus pflegt die Pflegeperson A einen Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4, der ausschließlich Pflegesachleistungen bezieht, an 3 Stunden in der Woche mit. Von einer weiteren Pflegeperson wird der Pflegebedürftige zudem noch 6 Stunden in der Woche gepflegt.

Die Pflege wird von der Pflegeperson A zwar jeweils weniger als, aber insgesamt mindestens 10 Stunden in der Woche, verteilt auf mindestens zwei Tage, erbracht. Die Pflegeperson A ist daher versicherungspflichtig.

Die monatliche Beitragsbemessungsgrundlage für Pflegeperson A beträgt hinsichtlich des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 3 in der Rentenversicherung 10,75 Prozent (= 43 Prozent x 7/28) und in der Arbeitslosenversicherung 35 Prozent (= 50 Prozent x 7/10) sowie hinsichtlich des Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 in der Rentenversicherung 16,33 Prozent (= 49 Prozent x 3/9) und in der Arbeitslosenversicherung 15 Prozent (= 50 Prozent x 3/10).

- 49b.2.4.5 Der Pflegebedürftige mit Pflegegrad 4, der Kombinationsleistungen bezieht, internatsmäßig untergebracht ist und in der Regel jedes Wochenende in den häuslichen Bereich heimkehrt, wird jeweils am Wochenende von einer Pflegeperson im Umfang von 18 Stunden in der Woche gepflegt.

Die Beiträge für die durchgehende Versicherungspflicht sind in der Rentenversicherung nach 59,5 Prozent und in der Arbeitslosenversicherung nach 50 Prozent der Bezugsgröße zu bemessen.

In der Ferienzeit wird die Pflege Tätigkeit im häuslichen Bereich entsprechend dem Pflegebedarf auf 42 Stunden in der Woche ausgeweitet und ausschließlich Pflegegeld bezogen.

Der geänderte Leistungsbezug in der Ferienzeit wird beitragsrechtlich berücksichtigt. In dieser Zeit sind die Beiträge zur Rentenversicherung nach 70 Prozent der Bezugsgröße zu bemessen. In den Kalendermonaten, in die der Beginn und das Ende der Ferienzeit fallen, sind die Beiträge zur Rentenversicherung aufgrund des Kombinationsleistungsbezugs nach 59,5 Prozent der Bezugsgröße zu bemessen. In der Arbeitslosenversicherung werden die Beiträge weiterhin nach 50 Prozent der Bezugsgröße bemessen.

- 49b.2.5 Versicherungspflicht bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2)

- 49b.2.5.1 Die Beiträge aufgrund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld sind für jeden Kalendertag der Versicherungspflicht beziehungsweise Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen. Da die Beitragspflicht aufgrund der kurzen Dauer der Leistung immer im Laufe eines Kalendermonats beginnt oder endet, ist für die Beitragsberechnung die tatsächliche Anzahl der Kalendertage des Bezugszeitraums maßgebend.

- 49b.2.5.2 Die Beiträge werden, soweit sie auf die Leistung selbst entfallen, vom Leistungsbezieher einerseits und den die Leistung gewährenden Stellen (Pflegeversicherung und Beihilfe) andererseits jeweils zur Hälfte getragen. Sind die beitragspflichtigen Einnahmen höher als die Leistung (Regelfall), werden die Beiträge von dem die Leistung überschreitenden Betrag von den die Leistung gewährenden Stellen getragen. Sofern ausnahmsweise das Pflegeunterstützungsgeld höher ist als die beitragspflichtigen Einnahmen, erfolgt die Beitragstragung vom Leistungsbezieher einerseits und den die Leistung gewährenden Stellen andererseits jeweils zur Hälfte.

- 49b.2.5.3 Sofern der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld zur Berufsausbildung beschäftigt ist und das der Leistung zugrunde liegende monatliche Arbeitsentgelt 450 Euro nicht übersteigt, werden die Beiträge von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, allein getragen (§ 249c Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). Dies gilt auch in der Arbeitslosenversicherung, wodurch eine Gleichstellung mit der Kranken- und Rentenversicherung erreicht wird.

- 49b.2.5.4 Die Beiträge sind unter Ansetzung der beitragspflichtigen Einnahme und des vollen Beitragssatzes beziehungsweise in der gesetzlichen Krankenversicherung gegebenenfalls des vollen ermäßigten Beitragssatzes für den Kalendertag zu berechnen. Ist der Leistungsbezieher an der Aufbringung der Beiträge beteiligt, ist im nächsten Schritt dessen Beitragsanteil ausgehend vom Zahlbetrag der Leistung und dem halben Beitragssatz gesondert zu berechnen. Die Differenz zwischen dem vollen Beitrag und dem Beitragsanteil des Leistungsbeziehers ergibt den Beitragsanteil der die Leistung gewährenden Stellen.

- 49b.2.5.5 Es findet die Beitragsbemessungsgrenze des Rechtskreises (West oder Ost) Anwendung, dem die Beschäftigung zuzuordnen ist, von der der Leistungsbezieher sich freistellen lässt. Bei einer Freistellung in mehreren Beschäftigungsverhältnissen, die in unterschiedlichen Rechtskreisen ausgeübt werden, ist die Beitragsbemessungsgrenze des Rechtskreises maßgebend, in dem die höchsten Arbeitsentgelte ausgefallen sind.

- 49b.2.5.6 Auf die Gemeinsame Verlautbarung des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. vom 31. August 2015 zu den versicherungs-, beitrags- und melderechtlichen Auswirkungen des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird besonders hingewiesen.

- 49b.2.6 Arbeitslosenversicherung bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2 Buchstabe a)

- 49b.2.6.1 Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind in der Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtig, wenn sie unmittelbar vor Beginn der Leistung arbeitslosenversicherungspflichtig waren, eine laufende Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch bezogen oder eine als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme geförderte Beschäftigung ausgeübt haben, die ein Versicherungspflichtverhältnis oder den Bezug einer laufenden Entgeltersatzleistung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch unterbrochen hat (§ 26

Absatz 2 Nummer 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).

- 49b.2.6.2 Wegen der grundsätzlichen Versicherungsfreiheit von geringfügig Beschäftigten in der Arbeitslosenversicherung (§ 27 Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) führt Pflegeunterstützungsgeld, das aufgrund einer Freistellung in einer versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigung gewährt wird, nicht zur Versicherungspflicht in der Arbeitslosenversicherung. Dies gilt selbst dann, wenn die Freistellung in einer versicherungsfreien geringfügigen Beschäftigung erfolgt, die neben einer versicherungspflichtigen (Haupt-)Beschäftigung ausgeübt wird (§ 27 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz des Dritten Buches Sozialgesetzbuch). In der Arbeitslosenversicherung wird damit dem geltenden Recht Rechnung getragen, wonach geringfügige Beschäftigungen keinen Leistungsanspruch bei Arbeitslosigkeit begründen.
- 49b.2.6.3 Die Beiträge sind beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld von 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden, auf die Beitragsbemessungsgrenze der Arbeitslosenversicherung begrenzten (Brutto-)Arbeitsentgelts zu berechnen (§ 345 Nummer 6b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.6.4 Für die Beitragsbemessung ist der gesetzliche Beitragssatz in der Arbeitslosenversicherung (§ 341 Absatz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch) maßgebend, der für den Zeitraum gilt, für den das Pflegeunterstützungsgeld gewährt wird.
- 49b.2.6.5 Nach § 349 Absatz 4a Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch sind die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld von den Stellen, die die Leistung zu erbringen haben, an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen. Da die Pflicht zur Beitragszahlung auch den Beitragsanteil des Versicherten beinhaltet, hat die die Leistung gewährende Stelle einen Anspruch auf Einbehalt dieses Beitragsanteils vom Pflegeunterstützungsgeld. Durch die Aufnahme des Pflegeunterstützungsgeldes in § 349 Absatz 4a des Dritten Buches Sozialgesetzbuch kommt die besondere Regelung des § 349 Absatz 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch zur kalenderjahresweisen Zahlung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung zur Anwendung, die bereits für die versicherungspflichtigen Pflegenden während der Pflegezeit gilt. Danach erfolgt die Zahlung der Beiträge in Form eines Gesamtbeitrags für das Kalenderjahr, in dem Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch genommen wurde (Beitragsjahr).
- 49b.2.6.6 Die Beiträge für Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld sind von der Festsetzungsstelle mit folgenden Angaben zum Verwendungszweck an die Bundesagentur für Arbeit zu zahlen:
- Institutionskennzeichen (sofern nicht vorhanden: Betriebsnummer)
 - Buchungsstelle ‚1/09901/21‘
 - Dienststellennummer der Bundesagentur für Arbeit ‚019‘
 - Verwendungszweck ‚PV‘
 - Bezeichnung ‚Beitrag Pflegeunterstützungsgeld‘
- Die Zahlung der Beiträge ist der Bundesagentur für Arbeit schriftlich nachzuweisen.
- 49b.2.6.7 Nummern 49b.2.2.3 und 49b.2.2.4 gelten entsprechend.
- 49b.2.6.8 Für Beiträge, die nicht bis zum Fälligkeitstag gezahlt werden, ist für jeden angefangenen Monat der Säumnis ein Säumniszuschlag in Höhe von einem Prozent des rückständigen auf volle 50 Euro nach unten gerundeten Betrages zu zahlen. Bei einem rückständigen Betrag unter 100 Euro ist der Säumniszuschlag nicht zu erheben, wenn dieser gesondert schriftlich anzufordern wäre (§ 24 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.7 Krankenversicherung bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2 Buchstabe b)
- 49b.2.7.1 Für die Dauer des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld bleibt für die Personen, die versicherungspflichtiges Mitglied einer Kranken- und Pflegekasse sind, die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenkasse und in der Pflegekasse erhalten (§ 192 Absatz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 25 Absatz 1 Nummer 1 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte, § 49 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.7.2 Eine freiwillige Krankenversicherung und die darauf basierende Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung werden durch den Bezug von Pflegeunterstützungsgeld nicht berührt. Auf eine bestehende Familienversicherung nach § 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat der Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes keine Auswirkungen.
- 49b.2.7.3 Nach § 232b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gelten 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden, auf die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung begrenzten (Brutto-)Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen und zwar unabhängig von der Art des Versicherungsverhältnisses. Besteht während des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld eine Familienversicherung, entfällt eine Beitragspflicht (§ 3 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch).
- 49b.2.7.4 Unterliegt ein Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld aufgrund eines anderen Tatbestandes der Versicherungspflicht (zum Beispiel als Beschäftigter, Bezieher von Teilarbeitslosengeld oder Rentner), wirken sich die dieses Versicherungsverhältnis prägenden Einnahmen grundsätzlich nicht mindernd auf die beitragspflichtigen Einnahmen aus dem Pflegeunterstützungsgeld aus. Allerdings gilt auch in diesem Fall die Regelung des § 22 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch, wonach sich bei einer Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenze durch beitragspflichtige Einnahmen aus mehreren Versicherungsverhältnissen die beitragspflichtigen Einnahmen im Verhältnis zueinander vermindern.
- 49b.2.7.5 Für die Bemessung der Beiträge zur Krankenversicherung gilt im Regelfall der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Stand 1. Januar 2018: 14,6 Prozent). Hat das Mitglied dagegen vor dem Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes keinen Anspruch auf Krankengeld, findet der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Anwendung (Stand 1. Januar 2018: 14,0 Prozent).
- 49b.2.7.6 Der Zusatzbeitrag ist in Höhe des kassenindividuellen Zusatzbeitragssatzes der Krankenkasse des Beziehers des Pflegeunterstützungsgeldes zu erheben. Dies gilt auch dann, wenn die kurzzeitige Arbeitsverhinderung in einer Beschäftigung stattfindet, in der der Zusatzbeitrag nach

§ 242 Absatz 3 Satz 1 Nummer 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes zu erheben ist. Die Zusatzbeitragssätze der Krankenkassen sind in der Beitragssatzdatei der Informationstechnischen Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG GmbH), die im Auftrag aller Krankenkassen beziehungsweise deren Organisationen Datenaustauschverfahren entwickelt und optimiert, hinterlegt und können auf der Internetseite www.gkv-ag.de abgefragt werden.

- 49b.2.7.7 Nach § 220 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch fallen unter den Begriff ‚Beiträge‘ auch die Zusatzbeiträge nach § 242 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Dies hätte zur Folge, dass die Zusatzbeiträge von der Regelung zur grundsätzlich hälftigen Beitragstragung nach § 249c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfasst wären. Nach dem Willen des Gesetzgebers sind die Zusatzbeiträge jedoch entweder allein vom Mitglied oder allein vom Arbeitgeber beziehungsweise dem jeweils zuständigen Leistungsträger zu tragen. Des Weiteren macht § 44a Absatz 4 Satz 3 und 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch deutlich, dass der Zusatzbeitrag in die Zuschüsse für eine private Krankenversicherung, die von der Pflegekasse beziehungsweise von den das Pflegeunterstützungsgeld gewährenden Stellen (also die Festsetzungsstelle und die Pflegeversicherung jeweils anteilig) auf Antrag gewährt werden, einzubeziehen ist. Unter Ausschluss einer hälftigen Tragung des Zusatzbeitrags und unter Berücksichtigung der gebotenen Gleichbehandlung von gesetzlich und privat Krankenversicherten führt dies dazu, dass der Zusatzbeitrag bei den gesetzlich Krankenversicherten für die Zeit des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld allein von der Pflegekasse beziehungsweise den die Leistung gewährenden Stellen zu tragen ist.
- 49b.2.7.8 Nach § 252 Absatz 2a in Verbindung mit Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind die Beiträge zur Krankenversicherung, einschließlich der Zusatzbeiträge, von jeder Stelle, die an der Tragung der Beiträge beteiligt ist, bis zum Fälligkeitstag (Nummer 49b.2.7.10) an die Krankenkasse des Beziehers von Pflegeunterstützungsgeld zu zahlen. Da die Pflicht zur Beitragszahlung auch den Beitragsanteil des Leistungsbeziehers umfasst, hat die die Leistung zahlende Stelle (zum Beispiel die Festsetzungsstelle) einen Anspruch auf Einbehalt dieses Beitragsanteils vom Pflegeunterstützungsgeld.
- 49b.2.7.9 Bei der Überweisung der Beiträge an die zuständige Krankenkasse sind von der Festsetzungsstelle unter ‚Verwendungszweck‘ folgende Angaben zu machen:
- Betriebsnummer
 - KV PUG
 - Zeitpunkt der Auszahlung der Leistung (Monat/Jahr)
- Es findet die Betriebsnummer Anwendung, die bereits für die Zahlung der Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen verwendet wird. Die Beitragszahlung wird gegenüber der Krankenkasse des Leistungsbeziehers schriftlich ohne Angaben der betreffenden Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nachgewiesen. Die Zusatzbeiträge sind aufgrund der insoweit bestehenden Nachweispflichten der Krankenkassen gegenüber dem Gesundheitsfonds (§ 271 Absatz 1a Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) gesondert auszuweisen. Der Beitragsnachweis ist für jeden Kalendermonat, für den Pflegeunterstützungsgeld Versicherten der betreffenden Krankenkasse gewährt wird, spätestens zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit abzugeben.
- 49b.2.7.10 Die Beiträge aus dem Pflegeunterstützungsgeld zur Krankenversicherung werden nach § 23 Absatz 2 Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch am Achten des auf die Zahlung der Leistung folgenden Monats fällig. Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche Nummer 49b.2.6.8).
- 49b.2.7.11 Die vorstehenden Aussagen zur Beitragstragung gelten auch für freiwillig versicherte Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld.
- 49b.2.7.12 Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld, die privat krankenversichert sind, erhalten nach § 44a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch von der das Pflegeunterstützungsgeld gewährenden Stelle auf Antrag Zuschüsse zu ihrer Krankenversicherung. Dies gilt gleichermaßen bei einer Versicherung bei der Postbeamtenkrankenkasse oder der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten.
- 49b.2.7.13 Die Zuschüsse belaufen sich auf den Betrag, der bei Versicherungspflicht als Leistungsträgeranteil nach § 249c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch aufzubringen wäre, und sind auf die tatsächliche Höhe der Beiträge begrenzt. Für die Berechnung der Zuschüsse sind der allgemeine Beitragssatz nach § 241 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zugrunde zu legen. Der Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld hat einen Nachweis über die Höhe der Beiträge zu seiner Versicherung beizubringen.
- 49b.2.8 Rentenversicherung bei Pflegeunterstützungsgeld (Nummer 2 Buchstabe c)
- 49b.2.8.1 Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld der Pflegeversicherung sind versicherungspflichtig in der Rentenversicherung, wenn sie im letzten Jahr vor Beginn der Leistung zuletzt rentenversicherungspflichtig waren, wobei sich der Jahreszeitraum um Anrechnungszeiten wegen des Bezuges von Arbeitslosengeld II verlängert (§ 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). Ist die Vorpflichtversicherung erfüllt, tritt selbst dann Versicherungspflicht aufgrund des Bezuges von Pflegeunterstützungsgeld ein, wenn es allein aus einer geringfügigen Beschäftigung (auch bei Versicherungsfreiheit nach § 230 Absatz 8 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch oder Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 6 Absatz 1b des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch) resultiert.
- 49b.2.8.2 Voraussetzung ist ferner, dass der Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung hat (§ 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch). Rentenversicherungspflicht für die Pflegeperson besteht deshalb nicht, wenn der Pflegebedürftige nicht pflegeversichert ist. Die alleinige Leistung von Beihilfe an den Pflegebedürftigen begründet keine Rentenversicherungspflicht.
- 49b.2.8.3 Die Beiträge sind beim Bezug von Pflegeunterstützungsgeld von 80 Prozent des während der Freistellung ausgefallenen laufenden, auf die Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung begrenzten (Brutto-)Arbeitsentgelts zu berechnen (§ 166 Absatz 1

Nummer 2f des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch).

- 49b.2.8.4 Nach den Vorgaben des § 173 und des § 176 Absatz 1 Satz 1 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch werden die Beiträge zur Rentenversicherung aus dem Pflegeunterstützungsgeld von den die Leistung gewährenden Stellen an die Träger der Rentenversicherung gezahlt. Durch den Verweis auf § 28g Satz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch wird erreicht, dass die das Pflegeunterstützungsgeld zahlende Stelle einen Anspruch gegen den Leistungsbezieher auf den von ihm zu tragenden Anteil des Beitrags hat. Dieser Anspruch wird grundsätzlich durch Einbehalt des Beitragsanteils vom Pflegeunterstützungsgeld umgesetzt.
- 49b.2.8.5 Die zu entrichtenden Beiträge sind entsprechend des jährlich im Voraus neu festzulegenden prozentualen Verhältnisses (Verteilungsschlüssel) jeweils an den zuständigen Regionalträger der Rentenversicherung und die Deutsche Rentenversicherung Bund zu zahlen (§ 28k Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch analog).
- 49b.2.8.6 Die Beiträge werden monatlich anteilig jeweils an die Deutsche Rentenversicherung Bund und den zuständigen Regionalträger gezahlt. Der zuständige Regionalträger ergibt sich aus dem Sitz der Festsetzungsstelle (Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland). Bei der Überweisung der Beiträge sind von der Festsetzungsstelle unter ‚Verwendungszweck‘ folgende Angaben zu machen:
- Betriebsnummer
 - RV PUG
 - Zeitpunkt der Auszahlung der Leistung (Monat/Jahr)
- Es findet die Betriebsnummer Anwendung, die bereits für die Zahlung der Beiträge zur Rentenversicherung für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen verwendet wird. Die Beitragszahlung wird gegenüber den beteiligten Rentenversicherungsträgern schriftlich ohne Angaben der betreffenden Bezieher von Pflegeunterstützungsgeld nachgewiesen. Der Beitragsnachweis ist für jeden Kalendermonat, für den dem Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung Pflegeunterstützungsgeld gewährt wird, spätestens zum Zeitpunkt der Beitragsfälligkeit abzugeben.
- 49b.2.8.7 Für die Erhebung von Säumniszuschlägen gilt § 24 Absatz 1 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (vergleiche Nummer 49b.2.6.8).
- 49b.2.8.8 Die Meldungen der zu versichernden Person an den Rentenversicherungsträger erfolgen durch die Pflegeversicherung. Die Festsetzungsstelle hat insoweit keine Meldepflicht. Es werden keine Bescheinigungen über die Höhe der abgeführten anteiligen Rentenversicherungsbeiträge für die Pflegeperson erstellt; dies ist Sache der Pflegeversicherung.
- 49b.2.8.9 Nach § 44a Absatz 4 Satz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zahlen die in § 170 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe e des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch genannten Stellen (Pflegekassen, private Versicherungsunternehmen und Festsetzungsstellen) für Beschäftigte, die Pflegeunterstützungsgeld beziehen und wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, auf Antrag Beiträge an die zuständige berufsständische Versorgungseinrichtung. Die Beiträge sind (anteilig) in der Höhe zu zahlen, wie sie bei Eintritt von Versicherungspflicht nach § 3 Satz 1 Nummer 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch an die gesetzliche Rentenversicherung zu entrichten wären.
- 49b.2.9 Beispiel zur Berechnung des Pflegeunterstützungsgeldes und der hierauf entfallenden Beiträge (Stand: 1. Januar 2018)

Das Beispiel bezieht sich auf eine Kostentragung des Leistungsträgers des Pflegeunterstützungsgeldes zu 100 Prozent und den Rechtskreis Ost. Die errechneten Beiträge sind in der Beihilfe entsprechend des Bemessungssatzes der beihilfeberechtigten oder berücksichtigungsfähigen zu pflegenden Person abzuführen.

Eine vollzeitbeschäftigte Person arbeitet regelmäßig fünf Tage in der Woche von Montag bis Freitag. Wegen einer bei ihrem Vater akut aufgetretenen Pflegesituation nach § 2 des Pflegezeitgesetzes lässt sie sich vom 23. Februar bis 2. März (kein Schaltjahr) für insgesamt sechs Arbeitstage (acht Kalendertage) ohne Fortzahlung des Arbeitsentgelts von der Arbeit freistellen. Aufgrund der Beschäftigung bestand bisher Versicherungspflicht in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung. In der Krankenversicherung wurde bisher der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt. Weitere Beschäftigungen werden nicht ausgeübt; weitere beitragspflichtige Einnahmen werden nicht erzielt. Das ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt für den genannten Zeitraum brutto 1 200 Euro und netto 855,56 Euro.

Berechnung:

Das Pflegeunterstützungsgeld sowie die hierauf zu entrichtenden Beiträge werden grundsätzlich für den Kalendertag berechnet. Für die Zeit vom 23. Februar bis 2. März sind deshalb 8 Kalendertage anzusetzen.

	Das für einen Kalendertag ausgefallene Arbeitsentgelt beträgt:	
	– Brutto: 1 200 Euro/8 =	150,00 Euro
	– Netto: 855,56 Euro/8 =	106,95 Euro
	Die kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenzen betragen in der	
	– Krankenversicherung: 53 100 Euro / 360 =	147,50 Euro
	– Renten- und Arbeitslosenversicherung: 69 600 Euro / 360 =	193,33 Euro
	Für die Beiträge zur Krankenversicherung ist das kalendertägliche ausgefallene Bruttoarbeitsentgelt auf die Beitragsbemessungsgrenze zu kürzen:	147,50 Euro
	Für die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung ist weiter zu rechnen mit:	150,00 Euro
	Nach Kürzung auf 80 Prozent ergeben sich folgende beitragspflichtige Einnahmen:	
	– Krankenversicherung: 147,50 Euro x 80 Prozent =	118,00 Euro
	– Renten- und Arbeitslosenversicherung: 150 Euro x 80 Prozent =	120,00 Euro
	Höhe des Pflegeunterstützungsgeldes:	
	– 90 Prozent des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts: 106,95 Euro x 90 Prozent =	96,26 Euro
	– begrenzt auf 70 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung: 147,50 Euro x 70 Prozent =	103,25 Euro
	Die Höchstgrenze wird nicht überschritten, das Pflegeunterstützungsgeld beträgt daher kalendertäglich	96,26 Euro
	für acht Kalendertage	770,08 Euro
	Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Krankenversicherung:	
	– allgemeiner Beitragssatz: 14,6 Prozent	
	– angenommener kassenindividueller Zusatzbeitragssatz: 0,8 Prozent	
	– voller allgemeiner Beitrag: 118 Euro x 14,6 Prozent =	17,23 Euro
	– Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 96,26 Euro x 7,3 Prozent =	7,03 Euro
	– Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers:	10,20 Euro
	– Zusatzbeitrag: 118 Euro x 0,8 Prozent =	0,94 Euro
	– Gesamtbeitrag: 17,23 Euro + 0,94 Euro =	18,17 Euro
	Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Rentenversicherung:	
	– Beitragssatz: 18,6 Prozent	
	– voller Beitrag: 120 Euro x 18,6 Prozent =	22,32 Euro
	– Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 96,26 Euro x 9,3 Prozent =	8,95 Euro
	– Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers:	13,37 Euro
	Berechnung der kalendertäglichen Beiträge zur Arbeitslosenversicherung:	
	– Beitragssatz: 3,0 Prozent	
	– voller Beitrag: 120 Euro x 3,0 Prozent =	3,60 Euro
	– Beitragsanteil des Leistungsbeziehers: 96,26 Euro x 1,5 Prozent =	1,44 Euro
	– Differenz = Beitragsanteil des Leistungsträgers:	2,16 Euro
49b.3	Zu Absatz 3	
49b.3.1	Der von der Beihilfe zu tragende Anteil richtet sich jeweils nach dem individuellen Bemessungssatz nach § 57 Absatz 2 und 3 oder nach § 57 Absatz 5 in Verbindung mit § 28 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch.	
50	Zu § 50 Teilstationäre Pflege	
50.1	Zu Absatz 1	
50.1.1	Kann die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden, besteht ein zeitlich nicht begrenzter Anspruch auf Beihilfe für Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege in Einrichtungen einer Tages- oder Nachtpflege. Dies kommt zum Beispiel in Betracht bei einer kurzfristigen Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, der Ermöglichung einer (Teil)Erwerbsfähigkeit für die Pflegeperson, einer beabsichtigten Entlastung der Pflegeperson oder bei einer nur für einige Stunden am Tag oder in der Nacht notwendigen ständigen Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen.	
50.1.2	Die Tages- und Nachtpflege soll die Leistungen der häuslichen Pflege ergänzen und diese dauerhaft sichern. Die Leistungen kommen insbesondere für Pflegebedürftige in Betracht, die aufgrund körperlicher oder seelischer Beeinträchtigungen außerstande sind, während der Abwesenheit ihrer Pflegeperson allein in ihrer Häuslichkeit (vergleiche hierzu auch Nummer 49.1.7) zu verbleiben, ansonsten jedoch zu Hause versorgt werden.	
50.1.3	Beihilfefähig sind nur die pflegebedingten Aufwendungen der teilstationären Pflege einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie Aufwendungen für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Stellt die	

Pflegeeinrichtung einen Pauschalsatz für Pflegeleistungen sowie für Unterkunft und Verpflegung in Rechnung, sind 50 Prozent des Pauschalsatzes als Pflegekosten im Sinne des § 41 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch anzusehen.

- 50.1.4 Die Beförderung zu und von der Einrichtung, die die teilstationäre Pflege leistet, ist grundsätzlich eine der Pflegeeinrichtung organisatorisch obliegende Maßnahme; die Kosten hierfür sind deshalb in dem beihilfefähigen Höchstbetrag mit einbezogen. Fahrtkosten werden daher nicht gesondert erstattet.
- 50.1.5 Soweit die Aufwendungen die vorgesehenen Höchstbeträge übersteigen, gilt § 49 Absatz 5 entsprechend. Hierbei finden die Berechnungsbeispiele unter Nummer 49.5.4 entsprechend Anwendung.
- 50.1.6 Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim gelten die Aufwendungen für Betten- und Platzfreihaltegebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen als Pflegeleistungen. Abweichend davon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und Aufhalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. Beihilfefähig sind die nach § 87a Absatz 1 Satz 7 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geminderten Beträge (§ 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 50.1.7 Pflegebedürftige können die Ansprüche auf Tages- und Nachtpflege mit der häuslichen Pflege (§ 49 Absatz 1 bis 3) nach ihrer Wahl kombinieren, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt.
- 50.1.8 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2018):

Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 neben der Pflege in einer Tagespflegeeinrichtung (100 Prozent = 1 298 Euro) die Pflege durch Berufspflegekräfte (100 Prozent = 1 298 Euro) in Anspruch. Die Rechnung beträgt für die Tagespflegeeinrichtung 1 800 Euro und für die Pflege durch Berufspflegekräfte 1 400 Euro.

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung

– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	389,40 Euro
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 30 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	<u>389,40 Euro</u>
Gesamt	778,80 Euro

b) Leistungen der Beihilfe

– zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	908,60 Euro
– zu den Aufwendungen für die Berufspflegekraft 70 Prozent vom Höchstbetrag (1 298 Euro)	<u>908,60 Euro</u>
Gesamt	1 817,20 Euro

c) Leistungen der Beihilfe nach § 49 Absatz 5

– Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung laut Rechnung, Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5 (1 921,39 Euro) wird nicht überschritten	1 800,00 Euro
– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung	1 298,00 Euro
– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung)	502,00 Euro
– Aufwendungen für die Berufspflegekraft laut Rechnung, Höchstgrenze nach § 49 Absatz 5 (1 921,39 Euro) wird nicht überschritten	1 400,00 Euro
– Leistungen nach Buchstaben a und b für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft	1 298,00 Euro
– Differenz (= zusätzlich beihilfefähiger Betrag für die Aufwendungen für die Berufspflegekraft)	102,00 Euro
– Zusätzliche Beihilfe zu den Aufwendungen für die Tagespflegeeinrichtung und die Berufspflegekraft (70 Prozent von 502 Euro + 102 Euro = 604 Euro)	422,80 Euro

d) Gesamtleistung der Beihilfe (Buchstaben b und c): 2 240,00 Euro

- 50.1.9 Darüber hinaus haben Pflegebedürftige (Pflegegrad 1 bis 5) in teilstationären Pflegeeinrichtungen einen individuellen Rechtsanspruch auf Maßnahmen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§ 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch, § 55 Absatz 2). Entsprechende Aufwendungen sind neben dem beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 Satz 1 beihilfefähig.
- 50.2 Zu Absatz 2
- 50.2.1 Aufwendungen für Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege nach § 50) sind neben dem pauschalen Zuschlag nach Absatz 1 nur beihilfefähig, wenn durch eine Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (soziale Pflegeversicherung) oder der MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH (private Pflegeversicherung)

- nachgewiesen ist, dass die Pflege in der ambulant betreuten Wohngruppe ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.
- 50.2.2 Es muss im Einzelfall geprüft werden, ob die Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- und Nachtpflege erforderlich ist, damit der Pflegebedürftige alle von ihm individuell benötigten körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen in ausreichendem Umfang erhält. Bei der Prüfung sind sämtliche in der ambulant betreuten Wohngruppe durch die beauftragte Person sowie den ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistungen sowie etwaiger Entlastungsbedarfe anderer Mitglieder der Wohngruppe (zum Beispiel Störungen des Tag- und Nachtrhythmus) zu berücksichtigen.
- 50.2.3 Für Pflegebedürftige, die nach dem bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Recht neben dem pauschalen Zuschlag ebenfalls Leistungen der Tages- und Nachtpflege bezogen haben, gilt der Besitzstandsschutz nach § 66 Absatz 2 und § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. In diesen Fällen sind Aufwendungen der Tages- und Nachtpflege weiterhin beihilfefähig, ohne dass gegenüber der Pflegeversicherung nachgewiesen ist, dass die Pflege ohne teilstationäre Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt ist.
- 51 Zu § 51 Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- 51.1 Zu Absatz 1
- 51.1.1 Beihilfe zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege kann gewährt werden, wenn die Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat.
- 51.1.2 Die Höchstdauer und der Höchstbetrag beziehen sich auf das jeweilige Kalenderjahr. Der Anspruch ist nicht in das nächste Kalenderjahr übertragbar. Es ist aber möglich, dass die Leistung bis 31. Dezember eines Jahres in Anspruch genommen werden kann und ab 1. Januar des Folgejahres der Anspruch für sechs Wochen weiter besteht oder wiederauflebt und somit entsprechende Aufwendungen erneut beihilfefähig sind.
- 51.1.3 Die Verhinderungspflege kann zum einen durch eine nicht erwerbsmäßig pflegende Person (zum Beispiel Angehörige, Lebenspartner, Nachbarn, Bekannte) und zum anderen durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (zum Beispiel ambulante Pflegedienste, familienentlastende Dienste) sowie andere nicht zugelassene Dienste, die im Rahmen einer Erwerbstätigkeit die Verhinderungspflege durchführen (zum Beispiel Dorfhelfer, Betriebshilfsdienste), erbracht werden.
- 51.1.4 Bei Empfängern von Pauschalbeihilfe tritt die Leistung der Verhinderungspflege an die Stelle der Pauschalbeihilfe. Für den ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege wird die Pauschalbeihilfe gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Verhinderungspflege in mehreren Teilzeiträumen in Anspruch genommen wird, da am ersten und letzten Tag der Verhinderungspflege auch die Voraussetzungen für die Pauschalbeihilfe erfüllt werden. Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe (§ 49 Absatz 4) wird während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen beziehungsweise 42 Tage im Kalenderjahr gewährt (vergleiche Nummer 49.4.1).
- 51.1.5 Auch eine nur stundenweise Verhinderung der Pflegeperson ist beihilfefähig. In diesen Fällen erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag nach Absatz 1. Für Tage, an denen die Pflegeperson nicht mindestens acht Stunden verhindert ist, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen im Kalenderjahr. Entscheidend für die Anrechnung auf die Höchstdauer ist der tatsächliche Verhinderungszeitraum der Pflegeperson und nicht die Dauer der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege. Ist die Pflegeperson beispielsweise an acht Stunden verhindert und wird die Ersatzpflege nur an zwei Stunden in Anspruch genommen, erfolgt sowohl eine Anrechnung auf den Höchstbetrag als auch eine Anrechnung auf die Höchstdauer von 42 Tagen. Die Pauschalbeihilfe wird bei stundenweiser Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden täglich nicht gekürzt. Ist der Beihilfeanspruch der Verhinderungspflege im laufenden Kalenderjahr der Dauer, nicht aber der Höhe nach bereits ausgeschöpft, ist der nicht verbrauchte Höchstbetrag der Verhinderungspflege für die stundenweise Verhinderungspflege bei Verhinderung der Pflegeperson von weniger als acht Stunden täglich beihilfefähig.
- 51.1.6 Die Aufwendungen der Verhinderungspflege können bis zum Höchstbetrag ohne anteilige Kürzung zusätzlich zur (ungekürzten) Beihilfe nach § 49 Absatz 1 beihilfefähig sein.
- 51.1.7 Auf die Höchstdauer von sechs Wochen wird die Zeit einer Beihilfebewilligung nach § 52 (Kurzzeitpflege) nicht angerechnet. Aufwendungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind daher auch dann beihilfefähig, wenn beide Leistungen im unmittelbaren Anschluss nacheinander in Anspruch genommen werden, soweit die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.
- 51.1.8 Die Erbringung der Verhinderungspflege ist örtlich nicht auf den Haushalt des Pflegebedürftigen beschränkt. Die Verhinderungspflege kann daher insbesondere auch in
- einem Wohnheim für Menschen mit Behinderungen,
 - einem Internat,
 - einer Krankenwohnung,
 - einem Kindergarten,
 - einer Schule,
 - einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung,
 - einem Krankenhaus oder
 - einer Pflegeeinrichtung (unabhängig von einer Zulassung nach § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch)
- erbracht werden.
- 51.1.9 Wird die Verhinderungspflege außerhalb der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erbracht, sind nur die pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig. Investitionskosten, Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder für Zusatzleistungen sowie die Behandlungspflege und Betreuung sind nicht beihilfefähig. Wird in diesem Zusammenhang lediglich eine Gesamtsumme oder ein Tagessatz – ohne weitere Spezifizierung – pauschal in Rechnung gestellt, ist der Anteil für Investitionskosten, Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen, medizinische

Behandlungspflege und Betreuung vom Rechnungsbetrag abzuziehen. Hierzu ist auf die Entscheidung der Pflegeversicherung abzustellen, welcher Anteil des Rechnungsbetrages als pflegebedingte Aufwendungen anerkannt wurde. Besteht keine Pflegeversicherung, sind 20 Prozent von der Summe des Rechnungsbetrages für Investitionskosten, Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung abzuziehen und als nicht angemessen im Sinne des § 4 Absatz 3 anzusehen.

51.1.10 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Verhinderungspflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.4 verwiesen.

51.2 Zu Absatz 2

51.2.1 Wird die Verhinderungspflege in Form der häuslichen Pflege durch eine Pflegeperson durchgeführt, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann davon ausgegangen werden, dass die Verhinderungspflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird; in diesen Fällen sind die Aufwendungen grundsätzlich auf den Betrag der eineinhalbfachen Pauschalbeihilfe beschränkt. Werden aber höhere notwendige Aufwendungen durch die Pflegeperson nachgewiesen, wie zum Beispiel Verdienstaussfall oder Fahrtkosten, so kann in diesen besonders gelagerten Fällen eine Kostenerstattung bis zum Höchstbetrag nach Absatz 1 erfolgen; Absatz 3 findet Anwendung. Eine pauschale Gewährung von Beihilfe bis zur Höhe des Betrages der eineinhalbfachen Pauschalbeihilfe kommt insoweit nur in Betracht, wenn die besonders nachgewiesenen Aufwendungen diesen Höchstbetrag nicht überschritten haben.

51.2.2 Wird die Verhinderungspflege durch entfernte Verwandte oder Verschwägte (ab dem dritten Grade) oder durch eine sonstige Person, zum Beispiel aus der Nachbarschaft, geleistet, gelten die Absätze 1 und 3. Insoweit kann der beihilfefähige Höchstbetrag nach Absatz 1 um bis zu 806 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 52 auf insgesamt bis zu 2 418 Euro im Kalenderjahr erhöht werden (Absatz 3).

51.2.3 § 32 Absatz 3 Satz 1 gilt entsprechend (vergleiche Nummern 32.3.1 und 32.3.2).

51.2.4 Verwandte (§ 1589 des Bürgerlichen Gesetzbuches) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad sind Eltern, Kinder (einschließlich der für ehelich erklärten und angenommenen Kinder), Großeltern, Enkelkinder und Geschwister. Verschwägte (§ 1590 des Bürgerlichen Gesetzbuches, § 11 Absatz 2 des Lebenspartnerschaftsgesetzes) des Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad sind Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder (Enkelkinder des Ehegatten), Schwiegereltern, Schwiegerkinder (Schwiegersohn/Schwiegertochter), Schwiegerenkel (Ehegatten der Enkelkinder), Großeltern der Ehegatten, Stiefgroßeltern, Schwager.

51.2.5 Sofern im Zusammenhang mit den arbeitsrechtlichen Ansprüchen Beschäftigter auf Freistellung von der Arbeitsleistung für die Pflege eines pflegebedürftigen Angehörigen im Sinne des § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes in häuslicher Umgebung (von bis zu sechs Monaten nach §§ 3 und 4 des Pflegezeitgesetzes) kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung oder Entgeltersatzzahlung besteht (§ 2 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes), kann der Verdienstaussfall als Aufwand der Verhinderungspflege als beihilfefähig anerkannt werden, wenn folgende Anspruchsvoraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

- Es handelt sich um eine Verhinderungspflege im Sinne des Absatzes 1. Der nach dem Pflegezeitgesetz von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte übernimmt die Pflege als Ersatz für eine an der Pflege gehinderte Pflegeperson. Dabei ist unerheblich, dass der von seiner Arbeitsleistung freigestellte Beschäftigte für die Zeit der Freistellung gegebenenfalls zur alleinigen Hauptpflegeperson wird.
- Es handelt sich um die Pflege eines Angehörigen im Sinne von § 7 Absatz 3 des Pflegezeitgesetzes (Großeltern, Eltern, Stiefeltern, Schwiegereltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Schwägerinnen und Schwäger, Geschwister, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder oder Enkelkinder).
- Die Pflege wird in häuslicher Umgebung durchgeführt.

Dies gilt nicht, wenn die Ersatzpflege im Zusammenhang mit einer kurzfristigen Arbeitsverhinderung im Umfang von bis zu zehn Arbeitstagen (§ 2 Absatz 1 des Pflegezeitgesetzes) erbracht wird und die Ersatzpflegeperson ein Pflegeunterstützungsgeld nach § 49b Absatz 1 Nummer 1 (§ 44a Absatz 3 oder 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt erhält. Die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 51 und das Pflegeunterstützungsgeld sind insofern gleichrangig, können aber nicht nebeneinander für den Ersatz des Verdienstaussfalls als beihilfefähig anerkannt werden. Pflegebedingte Aufwendungen und nachgewiesene Fahrtkosten können jedoch zusätzlich zum Pflegeunterstützungsgeld im Rahmen des Höchstbetrages nach Absatz 1 als beihilfefähig anerkannt werden; Absatz 3 findet Anwendung.

51.2.6 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2018):

Die Verhinderungspflege bei einem Pflegebedürftigen des Pflegegrades 4 wird von dessen nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Sohn vom 20. April bis 10. Mai (21 Kalendertage) durchgeführt. Von der Pflegeperson werden pflegebedingte Aufwendungen in Höhe von 546 Euro, ein Verdienstaussfall in Höhe von 1 445 Euro und Fahrtkosten in Höhe von 71,40 Euro (20 km x 0,17 Euro = 3,40 Euro x 21 Tage = 71,40 Euro) nachgewiesen.

- | | | |
|---|--|---------------|
| – | Beihilfefähigkeit der Verhinderungspflege in Höhe der 1,5-fachen Pauschalbeihilfe (Pflegegeld) des Pflegegrades 4 (728 Euro x 1,5 =) 1 092 Euro x 21 Kalendertage/42 | 546,00 Euro |
| – | plus Fahrtkosten | 71,40 Euro |
| – | plus Verdienstaussfall = 1 445 Euro | 1 445,00 Euro |
| – | Gesamt | 2 062,40 Euro |

Der Höchstbetrag von 1 612 Euro nach Absatz 1 wird überschritten. Aufgrund der Anwendung des Absatzes 3 kann jedoch eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrages durch nicht in Anspruch genommene Leistungen der Kurzzeitpflege um bis zu 806 Euro erfolgen. Es können damit 2 062,40 Euro als beihilfefähig anerkannt werden.

Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege nach § 52 sind im restlichen Kalenderjahr bis zu 1 161,60 Euro beihilfefähig. Im Falle einer erneuten Verhinderungspflege sind aus nicht verwendeten Mitteln der Kurzzeitpflege Aufwendungen für bis zu 21 Tage bis zu 355,60 Euro beihilfefähig.

- 51.3 Zu Absatz 3
- 51.3.1 Absatz 3 gilt auch für die Fälle, in denen die Verhinderungspflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert ist (vergleiche Nummer 51.2.4) oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 51.3.2 Erfolgt die Verhinderungspflege nach Absatz 1 in einer zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtung, kann nach Ausschöpfung des beihilfefähigen Höchstbetrages nach Absatz 1 der beihilfefähige Höchstbetrag nach § 52 eingesetzt werden. Der Beihilfeberechtigte hat jedoch nach Absatz 3 auch die Möglichkeit, nach Ausschöpfung des beihilfefähigen Höchstbetrages nach Absatz 1 den noch nicht in Anspruch genommenen beihilfefähigen Höchstbetrag der Kurzzeitpflege nach § 52 zur Hälfte auf die Verhinderungspflege zu übertragen.
- 52 Zu § 52 Kurzzeitpflege
- 52.1 Zu Absatz 1
- 52.1.1 52.1.1 Bei der Kurzzeitpflege wird der Pflegebedürftige für einen begrenzten Zeitraum in eine vollstationäre Einrichtung im Sinne von § 71 Absatz 2, § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgenommen und dort gepflegt. In Betracht kommt die Kurzzeitpflege für
- eine Übergangszeit direkt nach einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung oder wenn die Kurzzeitpflege innerhalb eines vertretbaren Zeitraumes – der sich an dem bei der Anschlussheilbehandlung geltenden Rahmen orientieren soll (Nummer 37.2.1) – nach der Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführt wird. Insbesondere kann dies erforderlich sein, wenn etwa für die häusliche Pflege in der Wohnung des Pflegebedürftigen noch Umbaumaßnahmen erforderlich sind oder die Pflegeperson die Pflege noch nicht sofort übernehmen kann,
 - Zeiten der Krankheit, des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Beihilfe im Rahmen der Verhinderungspflege nach § 51 überbrückt werden können, oder in Krisenzeiten, zum Beispiel bei völligem Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder kurzfristiger erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.
- Die Aufwendungen sind auch dann beihilfefähig, wenn bereits bei Aufnahme in die Kurzzeitpflegeeinrichtung feststeht, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege eine vollstationäre Pflege gemäß § 55 (§ 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch) in einer Pflegeeinrichtung erfolgen soll.
- 52.1.2 Die Ausführungen unter Nummer 51.1.2 zu Höchstdauer und Höchstbetrag sowie zur Übertragung beziehungsweise erneuter Inanspruchnahme des Anspruches auf Verhinderungspflege gelten für die Kurzzeitpflege entsprechend.
- 52.1.3 Beihilfefähig sind die pflegebedingten Aufwendungen, Aufwendungen der Betreuung und Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten und Fahrtkosten sind nicht im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig; diese Aufwendungen sind gegebenenfalls im Rahmen des Entlastungsbetrages nach § 53 Absatz 2 beihilfefähig. Werden die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten von der Pflegeeinrichtung bei der Berechnung des Pflegesatzes nicht besonders nachgewiesen, ist grundsätzlich die von der Pflegeversicherung vorgenommene Aufteilung der Kosten maßgeblich.
- 52.1.4 Bei Empfängern von Pauschalbeihilfe tritt die Leistung der Kurzzeitpflege an die Stelle der Pauschalbeihilfe. Für den Aufnahme- und Entlassungstag wird die Pauschalbeihilfe gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Kurzzeitpflege in mehreren Teilzeiträumen in Anspruch genommen wird, da am ersten und letzten Tag der Kurzzeitpflege auch die Voraussetzungen für die Pauschalbeihilfe erfüllt werden. Die Hälfte der bisher bezogenen Pauschalbeihilfe (§ 49 Absatz 2) wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen beziehungsweise 56 Tage im Kalenderjahr gewährt (vergleiche Nummer 49.4.1) fortgewährt.
- 52.1.5 Auf die Höchstdauer von acht Wochen wird die Zeit einer Beihilfebewilligung nach § 51 (Verhinderungspflege) nicht angerechnet. Aufwendungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind daher auch dann beihilfefähig, wenn beide Leistungen im unmittelbaren Anschluss nacheinander in Anspruch genommen werden, soweit die jeweiligen Voraussetzungen vorliegen.
- 52.1.6 Sofern der Leistungsrahmen der Kurzzeitpflege entweder in der Höhe oder nach Kalendertagen ausgeschöpft ist, kommen bereits ab diesem Zeitpunkt für den weiteren – kurzzeitigen – Aufenthalt des Pflegebedürftigen in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 51 in Betracht. In diesen Fällen beschränkt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen auf die pflegebedingten Aufwendungen (vergleiche Nummer 51.1.9).
- 52.1.7 Bei Ausschöpfung des Leistungsrahmens der Kurzzeitpflege können bei Vorliegen der Voraussetzungen auch die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 55 zur Verfügung gestellt werden.
- 52.1.8 Satz 2 betrifft Fälle, in denen ein Pflegegrad nicht oder noch nicht festgestellt wurde und deshalb häusliche Pflege noch nicht erfolgt ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Patienten aus einer stationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung verlegt werden und eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit noch nicht erfolgt ist (vergleiche Nummer 48.1.10).
- 52.1.9 Bei einem Wechsel von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung sind für den Verlegungstag nur die Aufwendungen der vollstationären Pflegeeinrichtung beihilfefähig (vergleiche auch § 87a Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

- 52.1.10 Zum Zusammentreffen von Aufwendungen für Kurzzeitpflege und Aufwendungen für Pflege und Betreuung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen nach § 56 wird auf die Ausführungen unter Nummer 56.4 verwiesen.
- 52.2 Zu Absatz 2
- 52.2.1 Der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege nach Absatz 1 kann um den Betrag bis zur Höhe des beihilfefähigen Höchstbetrages aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 51 erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den beihilfefähigen Höchstbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 51 Absatz 1 angerechnet.
- 52.3 Zu Absatz 3
- 52.3.1 Für Pflegebedürftige sind in begründeten Einzelfällen bei zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen Aufwendungen für eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen beihilfefähig, wenn die Pflege in einer von zur Kurzzeitpflege zugelassenen Pflegeeinrichtung nicht möglich ist oder nicht zumutbar erscheint. Dies gilt jedoch nicht für dort bereits wohnende Pflegebedürftige und darf nicht dazu führen, dass bei diesen ein begrenzter Zeitraum im Jahr als Kurzzeitpflege deklariert wird. Von daher sind Aufwendungen durch die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege nicht für Pflegebedürftige, die in Einrichtungen wohnen und gegebenenfalls in den Ferien oder an den Wochenenden für die ‚Kurzzeitpflege‘ in der Einrichtung bleiben, beihilfefähig.
- 52.3.2 Einrichtungen sind für die Kurzzeitpflege geeignet, wenn sie aufgrund der räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, die vollstationäre Pflege und Betreuung für die Dauer der Kurzzeitpflege – gegebenenfalls auch unter Einbeziehung externer Unterstützung, etwa durch einen ambulanten Pflegedienst – sicherzustellen. Dies ist regelmäßig bei entsprechenden Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und bei Einrichtungen, die mit einem Sozialleistungsträger eine entsprechende Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben, zu unterstellen. Darüber hinaus ist die Eignung der Einrichtung im Einzelfall zu prüfen.
- 52.3.3 Sofern die Kurzzeitpflege nicht in zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen sondern in anderen geeigneten Einrichtungen durchgeführt wird und in dem von der Einrichtung berechneten Entgelt Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Aufwendungen für Investitionen enthalten, aber nicht gesondert ausgewiesen sind, sind grundsätzlich 60 Prozent des Entgelts beihilfefähig. In begründeten Einzelfällen können davon abweichende pauschale Abschläge vorgenommen werden.
- 52.3.4 Ist eine gleichzeitige Unterbringung des Pflegebedürftigen in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung notwendig, in der die Pflegeperson eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation durchführt, sind auch Aufwendungen für die Kurzzeitpflege des Pflegebedürftigen in dieser Einrichtung im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig (§ 42 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch). Dies gilt unabhängig davon, ob die Einrichtung über eine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem des Elften Buches Sozialgesetzbuch verfügt. Nummer 52.3.3 gilt entsprechend.
- 52.3.5 Neben den Aufwendungen nach Nummer 52.1.3 sind Aufwendungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§ 55 Absatz 2) beihilfefähig. Eine Anrechnung auf den beihilfefähigen Höchstbetrag nach Absatz 1 erfolgt nicht.
- 53 Zu § 53 Angebote zur Unterstützung im Alltag und Entlastungsbetrag
- 53.1 Zu Absatz 1
- 53.1.1 Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten und Pflegebedürftigen zu helfen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können. Je nach Ausrichtung des Angebotes kann es sich dabei um Betreuungsangebote für den Pflegebedürftigen, Angebote zur Entlastung von Pflegepersonen oder um Angebote zur Entlastung im Alltag handeln. Sie beinhalten die Übernahme von Betreuung und allgemeiner Beaufsichtigung, eine die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten stärkende oder stabilisierende Alltagsbegleitung, Unterstützungsleistung für Pflegepersonen in ihrer Eigenschaft als Pflegerische zur besseren Bewältigung des Pflegealltags, die Erbringung von Dienstleistungen, organisatorischer Hilfestellungen oder andere geeignete Maßnahmen.
- 53.1.2 Zu den Angeboten zur Unterstützung im Alltag zählen insbesondere
- Betreuungsgruppen für an Demenz erkrankte Menschen (zum Beispiel Alzheimergruppen),
 - Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
 - Tagesbetreuung in Kleingruppen (Tagesmuttermodell) oder Einzelbetreuung,
 - Agenturen zur Vermittlung von Betreuungs- und Entlastungsleistungen sowohl für Pflegebedürftige als auch Pflegepersonen,
 - Familienentlastende Dienste,
 - Serviceangebote für haushaltsnahe Dienstleistungen,
 - Alltagsbegleitung,
 - Pflegebegleitung.
- 53.1.3 Aufwendungen von Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 für Angebote zur Unterstützung im Alltag sind im jeweiligen Kalendermonat bis zu 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages für die häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte (Pflegesachleistung) nach § 49 Absatz 1 beihilfefähig, wenn dieser noch nicht ausgeschöpft ist. Der Höchstbetrag nach § 49 Absatz 1 darf in diesen Fällen nicht überschritten werden.
- 53.1.4 Eine Verwendung von maximal 40 Prozent des beihilfefähigen Betrages für die Pflegesachleistung für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist unabhängig von der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages nach Absatz 2. Somit kann der Anspruch nach Absatz 1 entweder gleichzeitig, vor oder nach der Inanspruchnahme des Entlastungsbetrages

- nach Absatz 2 genutzt werden.
- 53.1.5 Im Rahmen der Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 gilt die Erstattung der Aufwendungen als Inanspruchnahme der dem Beihilfeberechtigten nach § 49 Absatz 1 zustehenden Pflegesachleistung. Insoweit ist zu beachten, dass sich durch die Gewährung von Beihilfe nach Absatz 1 der Anspruch auf Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 verringern kann und diese neu festgesetzt werden muss. Der Unterschiedsbetrag der Pauschalbeihilfe zwischen der Berechnung ohne und mit Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag ist zu verrechnen. Somit reduziert sich die zu erstattende Beihilfe für Angebote zur Unterstützung im Alltag um die zu viel gezahlte anteilige Pauschalbeihilfe.
- 53.1.6 Verbleiben nach der Anwendung des Satzes 1 Aufwendungen für Angebote zur Unterstützung im Alltag, sind diese zum individuellen Bemessungssatz beihilfefähig, soweit dadurch für diese Aufwendungen die Höchstgrenze von 40 Prozent des beihilfefähigen Höchstbetrages nach § 49 Absatz 5 für den jeweiligen Pflegegrad je Kalendermonat nicht überschritten wird. Dies gilt nicht für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1.
- 53.1.7 Die Anrechnung erfolgt nur auf den Betrag der dem Beihilfeberechtigten nach § 49 Absatz 1, gegebenenfalls in Verbindung mit § 49 Absatz 5, zustehenden Pflegesachleistung. Werden daneben Aufwendungen für eine teilstationäre Pflege nach § 50 geltend gemacht, sind diese zusätzlich bis zum Höchstbetrag nach § 50 in Verbindung mit § 49 Absatz 5 beihilfefähig.
- 53.1.8 Pflegebedürftige, die Angebote zur Unterstützung im Alltag im Rahmen dieser neuen Kombinationsleistung nutzen, haben die Pflicht, regelmäßig eine Beratung im Sinne des § 37 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch abzurufen (vergleiche § 49 Absatz 6). Entsprechende Aufwendungen sind nach Maßgabe des § 49 Absatz 6 beihilfefähig.
- 53.2 Zu Absatz 2
- 53.2.1 Aufwendungen sind bis zu der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung ihrer Abrechnung zu Grunde gelegt hat, höchstens jedoch bis zu dem in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Betrag. Insoweit ist auf die Festlegung der Pflegeversicherung abzustellen.
- 53.2.2 Anspruchsberechtigt sind alle Pflegebedürftigen im Sinne des § 48 Absatz 1 Satz 1.
- 53.2.3 Der Entlastungsbetrag ist Bestandteil der häuslichen Pflege. Er ergänzt die Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege in der häuslichen Umgebung. Dies kann der eigene Haushalt, der Haushalt der Pflegeperson oder ein Haushalt sein, in den der Pflegebedürftige aufgenommen wurde. Das gilt gleichermaßen, wenn der Pflegebedürftige in einer Altenwohnung oder in einem Altenheim wohnt (vergleiche Nummer 49.1.7). Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die dem Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungen entstehen.
- 53.2.4 Leistungen der Kurzzeitpflege können ausschließlich durch den Entlastungsbetrag finanziert werden (zum Beispiel wenn der Pflegebedürftige aus den vergangenen Monaten den Entlastungsbetrag nicht genutzt hat, Nummern 53.2.8 und 53.2.9). In diesen Fällen handelt es sich nicht um eine Inanspruchnahme der Leistungen nach § 52, so dass keine Anrechnung auf die Leistungsdauer und -höhe nach § 52 erfolgt. Die Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 wird dabei bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 in voller Höhe weitergezahlt. Eine Anrechnung der Pauschalbeihilfe auf den Entlastungsbetrag ist ausgeschlossen.
- 53.2.5 Zu den erstattungsfähigen Eigenbelastungen bei Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege zählen auch die vom Pflegebedürftigen zu tragenden Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten. Die Fahrt- und Transportkosten, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege entstehen, zählen ebenfalls zu den beihilfefähigen Aufwendungen.
- 53.2.6 Der Entlastungsbetrag kann auch für die Erstattung von Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe durch geeignete Pflegekräfte nach § 49 Absatz 1 verwendet werden. Die Leistungen können sich dabei auf die Inanspruchnahme von körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung erstrecken. Bei Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 sind jedoch Aufwendungen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung (vergleiche Nummer 48.1.6.4, zum Beispiel Waschen, An- und Auskleiden, Essen, Trinken, Toilettenbenutzung) entstehen, nicht beihilfefähig. Für solche Aufwendungen wird ausschließlich Beihilfe unter den Voraussetzungen des § 49 Absatz 1 gewährt. Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für Pflegebedürftige des Pflegegrades 1. Diese können den Entlastungsbetrag hingegen auch für Aufwendungen einsetzen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Bereich der Selbstversorgung entstehen (Nummer 48a.3.1).
- 53.2.7 Erfüllt der Pflegebedürftige die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsgewährung nach Absatz 2 erst im Laufe eines Kalenderjahres, ist der Entlastungsbetrag ab dem Kalendermonat und für den vollen Monat beihilfefähig, in dem der Anspruch auf die Leistung erfüllt wird.
- 53.2.8 Nicht in Anspruch genommene Beträge für zurückliegende Monate können in den Folgemonaten des Kalenderjahres berücksichtigt werden. Hat zum Beispiel ein Pflegebedürftiger im Januar den Entlastungsbetrag nicht in Anspruch genommen und entstehen ihm im Februar diesbezüglich entsprechende Aufwendungen, sind diese bis zur Höhe von 250 Euro beihilfefähig (Kumulation des Anspruches für Januar und Februar).
- 53.2.9 Wird die Leistung in einem Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Betrag in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden. Die Sonderregelung des § 66 Absatz 7 hinsichtlich der verlängerten Übertragungsmöglichkeit für bis zum 31. Dezember 2018 entstandene Aufwendungen ist zu beachten.
- 54 Zu § 54 Pflegehilfsmittel und Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes
- 54.1 Zu Absatz 1
- 54.1.1 Die Voraussetzungen des § 23 gelten nicht für Pflegehilfsmittel (§ 23 Absatz 11 Satz 3). Beihilfefähig sind insoweit die notwendigen und wirtschaftlich angemessenen Aufwendungen (§ 4 Absatz 3) für Pflegehilfsmittel.
- 54.1.2 Hilfsmittel im Sinne des § 23 unterscheiden sich von Pflegehilfsmitteln insoweit, als

- Aufwendungen für Hilfsmittel ihrer Natur nach in der Regel nur für einen vorübergehenden Zeitraum entstehen. Im Gegensatz dazu kommt Pflegehilfsmitteln (insbesondere technischen Pflegehilfsmitteln) regelmäßig die Aufgabe zu, langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen zu kompensieren oder zu lindern. Dennoch können Hilfsmittel im Sinne des § 23 und Pflegehilfsmittel identisch sein (zum Beispiel Krankenbett und Pflegebett, vergleiche auch VGH Mannheim, Urteil vom 22. Februar 2010, 13 S 1749/09).
- 54.1.3 Nicht zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind in der Regel technische Pflegehilfsmittel im Sinne des § 40 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, die zu den nichtstofflichen Medizinprodukten im Sinne des § 22 zählen. Ob die Pflegeversicherung Zuschüsse für technische Pflegehilfsmittel gewährt, richtet sich nach § 40 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Wenn die Pflegeversicherung für Aufwendungen für technische Pflegehilfsmittel anteilige Zuschüsse gewährt, ist davon auszugehen, dass das technische Pflegehilfsmittel notwendig im Sinne des § 4 Absatz 3 ist.
- 54.1.4 Eine ärztliche Verordnung zum Nachweis der Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln ist insbesondere auch dann nicht notwendig, wenn im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit konkrete Empfehlungen zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung, die den Zielen von § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch dienen, getroffen werden und der Pflegebedürftige hiermit einverstanden ist (vergleiche auch § 18 Absatz 6a des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 54.1.5 Nach § 78 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch hat der GKV-Spitzenverband als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ein systematisch strukturiertes Pflegehilfsmittelverzeichnis erstellt (<https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home.action>). Dieses enthält Produkte, die generell nach ihrer Konstruktion, Ausstattung, Funktion und Zweckbestimmung die Pflege erleichtern, Beschwerden lindern beziehungsweise eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, ohne als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens eingestuft zu sein. Der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel kann dieses Pflegehilfsmittelverzeichnis zu Grunde gelegt werden; im Übrigen ist nach den konkreten Umständen des Einzelfalles zu entscheiden.
- 54.2 Zu Absatz 2
- 54.2.1 Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die Pflegeversicherung für diese Aufwendungen anteilige Zuschüsse zahlt. Dies richtet sich nach § 40 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Bei in der Pflegeversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuss berechnet wird. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, sind Aufwendungen bis zu einem Betrag von 4 000 Euro je Pflegebedürftigen beihilfefähig (Stand: 1. Januar 2018). Die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ist je Maßnahme auf einen Gesamtbetrag von 16 000 Euro begrenzt. Bei mehr als vier Anspruchsberechtigten werden die Aufwendungen anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.
- 54.2.2 Aufwendungen für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind bis zum Höchstbetrag von 4 000 Euro beihilfefähig, wenn dadurch im Einzelfall
- die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird,
 - die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen verhindert wird oder
 - eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.
- Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf den Ausgleich und die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit oder der Beeinträchtigung der Fähigkeiten im Sinne des § 14 des Elften Buches Sozialgesetzbuch beziehungsweise auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen sind in Nummer 8 zu § 40 des Elften Buches Sozialgesetzbuch des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 22. Dezember 2016 dargestellt.
- 54.2.3 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden (zum Beispiel Betreutes Wohnen), liegt eine Wohnung oder ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.
- 54.2.4 Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen sowohl in vorhandenem Wohnraum wie auch im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums in Frage. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Pflegebedürftigen ausgerichtet sind.
- 54.2.5 Es sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich erneut um eine Maßnahme, so dass weitere Aufwendungen bis zu einem Betrag von 4 000 Euro beihilfefähig sein können.
- 54.2.6 Leben die Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe (§ 49a Absatz 1) und liegen die Anspruchsvoraussetzungen nach Absatz 2 vor, sind die Aufwendungen ergänzend zu den Aufwendungen nach § 49a Absatz 2 beihilfefähig (vergleiche Nummer 49a.2.5). Insgesamt sind die Aufwendungen der Maßnahme immer nur unter Berücksichtigung der jeweiligen beihilfefähigen Höchstbeträge nach Absatz 2 und § 49a Absatz 2 beihilfefähig.

- 54.2.7 Bei Personen, die nicht gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit versichert sind, wird die Beihilfe nur zur Hälfte (Bemessungssatz = 50 Prozent) gewährt.
- 55 Zu § 55 Vollstationäre Pflege
- 55.1 Zu Absatz 1
- 55.1.1 Werden zu den Aufwendungen einer stationären Pflege Leistungen der Pflegeversicherung erbracht, ist davon auszugehen, dass die Pflegeeinrichtung eine nach § 72 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugelassene Einrichtung ist. Bei den Pflegesätzen dieser Einrichtungen ist eine Differenzierung nach Kostenträgern nicht zulässig (§ 84 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 55.1.2 Der Beihilfeanspruch besteht auch für Aufwendungen für vollstationäre Pflege in Einrichtungen, die denjenigen nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar sind. Hierzu zählen insbesondere vergleichbare Einrichtungen in anderen Staaten der Europäischen Union. Aufgrund von § 7 Absatz 1 Satz 3 sind diese Aufwendungen nur insoweit beihilfefähig, als sie im Inland beihilfefähig wären. Im Einzelfall kann die Regelung aber auch private Einrichtungen im Inland erfassen, soweit bei diesen die Vergleichbarkeit gegeben ist. Ob die jeweilige Einrichtung einer Einrichtung nach § 72 Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vergleichbar ist, ist nach den Umständen des Einzelfalles zu prüfen.
- 55.1.3 Die sogenannte Ausbildungsumlage (auch als Ausbildungszuschlag bezeichnet) gehört gemäß § 82a in Verbindung mit § 84 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zu den allgemeinen Pflegeleistungen und ist somit im Rahmen des Absatzes 1 beihilfefähig.
- 55.1.4 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht beihilfefähig. Solche sind immer nach dem eindeutigen Wortlaut des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zwischen dem Heimträger und dem Pflegebedürftigen zu vereinbaren.
- 55.1.5 Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung (zum Beispiel besonders großes oder im Vergleich zu anderen Zimmern des Heimes luxuriös ausgestattetes Zimmer [hierunter fällt nicht ein übliches Einzelzimmer], gewünschte Einzelbelegung von Räumen, die wegen ihrer Größe auch zum Aufenthalt von zwei Pflegebedürftigen geeignet sind, oder ‚Gourmetkost‘) sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen (zum Beispiel zeitintensive ‚Schönheitspflege‘ wie Maniküren oder Pediküren, die über die notwendige ‚Nagelpflege‘ hinausgehen).
- 55.1.6 Leistungen, die für die Unterbringung und Verpflegung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlich sind, können keine Zusatzleistungen sein (vergleiche § 4 Absatz 4 des Rahmenvertrages nach § 75 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die vollstationäre Pflege im Freistaat Sachsen vom 1. Juni 2012) und sind damit beihilfefähig.
- 55.1.7 Investitionskosten sind die in § 82 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch genannten Aufwendungen.
- 55.1.8 Sofern der beihilfefähige Höchstbetrag nach Satz 2 höher ist als die Summe aus den pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und der Ausbildungsumlage, sind Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung beihilfefähig, soweit dadurch nicht der beihilfefähige Höchstbetrag nach Satz 2 überschritten wird.
- 55.1.9 Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht vom beihilfefähigen Höchstbetrag erfassten Kosten vorgesehen (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil). Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen zu tragende Eigenanteil nicht mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt (§ 84 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 55.1.10 Die Pflegesätze und der einrichtungseinheitliche Eigenanteil werden ab 1. Januar 2017 in der Regel auf Grundlage einer monatlichen Durchschnittsbetrachtung auf Basis von 30,42 Tagen als täglicher und monatlicher Wert im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen ermittelt. Dadurch wird unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage des betreffenden Monats mit einheitlichen und gleichen Monatsbeträgen abgerechnet. Entsprechende Abrechnungen sind als beihilfefähig anzuerkennen.
- 55.1.11 Bei vorübergehender Abwesenheit von Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim sind die Aufwendungen für Betten- und Platzfreihaltgebühren für einen Abwesenheitszeitraum von bis zu 42 Tagen als Pflegeleistungen beihilfefähig. Abweichend davon verlängert sich der Abwesenheitszeitraum bei Krankenhausaufenthalten und Aufenthalten in Rehabilitationseinrichtungen für die Dauer dieser Aufenthalte. Beihilfefähig sind die nach § 87a Absatz 1 Satz 5 und 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch geminderten Beträge (§ 43 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).
- 55.1.12 Bei einem Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege im Laufe des Monats besteht für die Zeit der häuslichen Pflege Anspruch auf volle Beihilfe bis zu den in § 49 Absatz 1 und 4 festgelegten Höchstbeträgen. Gleiches gilt auch für die teilstationäre Pflege nach § 50. Bei Zahlung von Pauschalbeihilfe ist nach § 49 Absatz 2 anteilige Pauschalbeihilfe für die tatsächlichen Tage der häuslichen Pflege (einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag) zu bewilligen.
- 55.1.13 Bei einem Wechsel aus der Kurzzeitpflege (§ 52) in die vollstationäre Pflege besteht, unabhängig von der Pflegestufe, für die in dem Teilmonat erfolgte Kurzzeitpflege ein Beihilfeanspruch von bis zu 1 612 Euro, soweit dieser Betrag beziehungsweise der in § 52 genannte Zeitraum im Kalenderjahr noch nicht ausgeschöpft wurde. Wird für die Kurzzeitpflege der nicht verbrauchte beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege (§ 51) verwendet, erhöht sich der beihilfefähige Höchstbetrag auf bis zu 3 224 Euro im Kalenderjahr.
- 55.1.14 Darüber hinaus kommt für die Zeiten des Monats, die nicht durch Kurzzeitpflege beziehungsweise vollstationäre Pflege belegt sind, die Gewährung von Beihilfe bis zu den in § 49 festgelegten Höchstgrenzen beziehungsweise die anteilige Pauschalbeihilfe in Betracht.
- 55.1.15 Für den Verlegungstag von einer Kurzzeitpflegeeinrichtung oder einer vollstationären Pflegeeinrichtung in eine andere vollstationäre Pflegeeinrichtung sind nur die Aufwendungen der

- aufnehmenden vollstationären Pflegeeinrichtung beihilfefähig, da nur die aufnehmende Pflegeeinrichtung nach § 87a Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch befugt ist, für diesen Tag ein Heimentgelt zu berechnen.
- 55.1.16 Bei Einzug, Auszug oder Tod des Pflegebedürftigen besteht auch für den Teilmonat ein Anspruch auf den vollen beihilfefähigen Höchstbetrag. Die täglichen pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung werden abweichend von Nummer 55.1.10 mit den tatsächlichen Tagen des Anspruchszeitraumes multipliziert. Liegt die Summe der Aufwendungen unter dem beihilfefähigen Höchstbetrag, ist eine Begrenzung vorzunehmen. Im umgekehrten Fall ist der beihilfefähige Höchstbetrag anzuerkennen; Absatz 4 bleibt unberührt.
- 55.1.17 Aufwendungen für Fahrtkosten in die vollstationäre Pflegeeinrichtung sind im Rahmen des § 55 Absatz 1 nicht beihilfefähig. § 32 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 bleibt unberührt.
- 55.1.18 Werden Rechnungen für den laufenden Monat eingereicht, so dass etwaige Unterbrechungszeiten noch nicht bekannt sind und daher bei der Erstellung der Rechnung noch nicht berücksichtigt werden können, kommt eine Beihilfegewährung nur unter dem Vorbehalt des Widerrufs in Betracht. Die sich aus etwaigen Unterbrechungszeiten ergebenden Überzahlungen können mit folgenden Beihilfezahlungen verrechnet werden.
- 55.1.19 Erhöht sich der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen und wird aufgrund eines Höherstufungsantrages oder einer Wiederholungsbegutachtung im laufenden Monat ein höherer Pflegegrad zuerkannt, sind für den gesamten Kalendermonat Aufwendungen bis zur Höhe des für den höheren Pflegegrad geltenden Höchstbetrages beihilfefähig.
- 55.2 Zu Absatz 2
- 55.2.1 Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind nach Absatz 2 in Verbindung mit § 43b des Elften Buches Sozialgesetzbuch beihilfefähig. Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind in allen stationären Pflegeeinrichtung, also auch in Einrichtungen der teilstationären Pflege (§ 50 Absatz 1) und Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 52 Absatz 3), beihilfefähig.
- 55.2.2 Aufwendungen für Vergütungszuschläge sind neben dem Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2 beihilfefähig. Sie sind auch beihilfefähig bei Aufenthalt in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung, wenn hierfür Mittel der Verhinderungspflege nach § 51 in Anspruch genommen werden oder der Aufenthalt durch den Entlastungsbetrag nach § 53 Absatz 2, die Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 oder durch eigene finanzielle Mittel finanziert wird.
- 55.3 Zu Absatz 3
- 55.3.1 Beihilfeleistungen zu Anerkennungsbeiträgen nach § 87a Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind bei Nachweis entsprechender Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag des Beihilfeberechtigten zu erbringen.
- 55.3.2 Ab dem Zeitpunkt der Rückstufung des Pflegebedürftigen sind Beihilfeleistungen zu pflegebedingten Aufwendungen nach dem niedrigeren Pflegegrad zu gewähren.
- 55.3.3 Der Beihilfebescheid ist zu widerrufen und die Beihilfe zurückzufordern, wenn der Pflegebedürftige innerhalb von sechs Monaten in einen höheren Pflegegrad oder wieder als pflegebedürftig im Sinne des § 48 Absatz 1 eingestuft wird.
- 55.4 Zu Absatz 4
- 55.4.1 Die verbleibenden Aufwendungen sind insbesondere die durch Überschreitung der Höchstbeträge nach Absatz 1 nicht gedeckten Aufwendungen sowie Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten. Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind nicht beihilfefähig und von den verbleibenden Aufwendungen abzuziehen.
- 55.4.2 Als berücksichtigungsfähige Angehörige zählen auch die Personen, die aufgrund eines eigenen Beihilfeanspruches nicht zu berücksichtigen sind (zum Beispiel Ehegatte oder Lebenspartner ist selbst Beamter).
- 55.4.4 Der Bemessungssatz der beihilfefähigen Aufwendungen beträgt gemäß § 57 Absatz 8 100 Prozent.
- 55.4.5 Beispiel (zum Stand 1. Januar 2018):
Der in der privaten Pflegeversicherung versicherte Versorgungsempfänger verfügt über ein monatliches Ruhegehalt in Höhe von 2 000 Euro, seine Ehefrau über eine Rente in Höhe von 500 Euro. Er nimmt als Pflegebedürftiger des Pflegegrades 3 vollstationäre Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55) in Anspruch (100 Prozent = 1 262 Euro). Die Rechnung setzt sich für einen Monat aus folgenden Positionen zusammen:

Pflegekosten	2 000 Euro
Unterkunft/Verpflegung	1 000 Euro
Investitionskosten	400 Euro
Telefonanschluss	<u>25 Euro</u>
Gesamt	3 425 Euro

a) Leistungen der privaten Pflegeversicherung	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 30 Prozent vom Höchstbetrag von 1 262 Euro	378,60 Euro
b) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 1	
– zu den pflegebedingten Aufwendungen für die Pflegeeinrichtung 70 Prozent vom Höchstbetrag von 1 262 Euro	883,40 Euro
c) Leistungen der Beihilfe nach Absatz 4	
Gesamtaufwendungen	3 425,00 Euro
./ . pauschalierte Leistungen nach Absatz 1 (Buchstaben a und b)	1 262,00 Euro
./ . Zusatzleistungen im Sinne des § 88 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Telefonanschluss)	<u>25,00 Euro</u>
verbleibende Aufwendungen im Sinne des Absatzes 4	2 138,00 Euro
Einkommen	2 500,00 Euro
Eigenanteil mit berücksichtigungsfähigen Ehegatten 30 Prozent des Einkommens (= 55 Prozent ./ . 25 Prozent).	
Eigenanteil (30 Prozent von 2 500 Euro)	750,00 Euro
beihilfefähige Aufwendungen (2 138 Euro verbleibende Aufwendungen ./ . 750 Euro Eigenanteil) = Beihilfe (Bemessungssatz = 100 Prozent, § 57 Absatz 8)	1 388,00 Euro
d) Gesamtleistung der Beihilfe nach Absatz 1 und 4 (Buchstabe b und c):	2 271,40 Euro

- 55.5 Zu Absatz 5
- 55.5.1 Bei Anwärtern, denen neben ihren Anwärterbezügen ein Familienzuschlag gewährt wird, gilt Nummer 1.
- 55.5.2 Leistungsprämien nach § 68 des Sächsischen Besoldungsgesetzes und Leistungsstufen nach § 67 des Sächsischen Besoldungsgesetzes zählen nicht als Einkommen.
- 55.5.3 Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung sind insbesondere Betriebsrenten (zum Beispiel VBL-Rente). Renten aus privaten Zusatzversicherungen, die ausschließlich aus eigenen Mitteln finanziert werden (zum Beispiel Berufsunfähigkeitsversicherungen), sind keine Renten aus einer zusätzlichen Alters- und Hinterbliebenenversorgung.
- 55.5.4 Als Bruttoeinkommen aus nichtselbständiger Arbeit zählt der monatliche Bruttoverdienst.
- 55.5.5 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit sind der Gewinn (vergleiche auch § 2 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Einkommensteuergesetzes). Verluste aus einer solchen Tätigkeit sind nicht zu berücksichtigen (kein horizontaler oder vertikaler Verlustausgleich).
- 55.5.6 Bei Einkommen nach Satz 1 Nummern 1 bis 6 ist das im Januar bezogene Einkommen oder das für den ersten vollen Monat bezogene Einkommen (zum Beispiel bei Eintritt in das Beamtenverhältnis, erstmaligem Bezug einer Altersrente) für das laufende Kalenderjahr zu Grunde zu legen. Änderungen des Einkommens bleiben für den Rest des Kalenderjahres grundsätzlich unberücksichtigt (zum Beispiel Besoldungs- oder Rentenanpassungen).
- 55.5.7 Verringert sich das Einkommen vom Januar im Laufe des Kalenderjahres dauernd wesentlich (zum Beispiel bei Wechsel von einer Vollzeit- in eine Teilzeitbeschäftigung), ist das Einkommen ab dem Monat der dauernden Verringerung zugrunde zu legen. Wesentlich ist eine Verringerung, wenn das (Gesamt-) Einkommen des Beihilfeberechtigten und des Ehegatten oder Lebenspartners dauerhaft monatlich um mindestens 100 Euro sinkt.
- 55.5.8 Die Nummern 55.5.6 und 55.5.7 gelten entsprechend bei feststehenden monatlichen Einkommen nach Satz 1 Nummer 7 bis 9.
- 55.5.9 Bei monatlich schwankenden Einkommen im Sinne des Satzes 1 Nummer 7 bis 9 soll der monatliche Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres als Einkommen nach Satz 1 berücksichtigt werden. Das so ermittelte monatliche Einkommen wird ebenfalls für das gesamte Kalenderjahr zu Grunde gelegt. Wird hiervon abweichend glaubhaft gemacht, dass das Einkommen im laufenden Jahr voraussichtlich wesentlich geringer ist als im Kalenderjahr davor, ist das aktuelle Einkommen zu Grunde zu legen. Wesentlich ist eine Verringerung, wenn das jeweilige Einkommen im laufenden Jahr voraussichtlich mindestens 1 200 Euro niedriger ist als das Einkommen des vorangegangenen Kalenderjahres.
- 55.5.10 Einkommen von Kindern bleiben unabhängig von der Art des Einkommens unberücksichtigt.
- 56 Zu § 56 Vollstationäre Einrichtung der Behindertenhilfe
- 56.1 Beihilfefähig sind 10 Prozent des nach § 75 Absatz 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 266 Euro monatlich. Wird für die Tage, an denen die pflegebedürftigen behinderten Menschen zu Hause gepflegt und betreut werden, anteilige Pauschalbeihilfe gewährt, gelten die Tage der An- und Abreise als volle Tage der häuslichen Pflege.

- 56.2 Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige die Voraussetzungen des Pflegegrades 2 erfüllt.
- 56.3 Bei zu Hause gepflegten Kindern bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, die ausnahmsweise eine Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und anderen geeigneten Einrichtungen erhalten, bestimmt sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen ausschließlich nach § 52.
- 56.4 Ist bei Pflegebedürftigen, die sich während der Woche und an Wochenenden oder in den Ferienzeiten im häuslichen Bereich befinden und die Leistungen nach § 56 und der häuslichen Pflege (§ 49) erhalten, im häuslichen Bereich die Pflege (zum Beispiel an den Wochenenden oder in Ferienzeiten) nicht sichergestellt, kann Beihilfe nach Maßgabe des § 51 oder des § 52 gewährt werden. Eine Anrechnung auf die Beihilfe nach § 56 ist nicht vorzunehmen. Sofern für den Pflegebedürftigen in dieser Zeit, in der keine Pflege im häuslichen Bereich durchgeführt werden kann, die Unterbringung in derselben vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen sichergestellt wird, kann eine Beihilfegewährung nach § 51 oder § 52 nicht erfolgen. Die dadurch entstehenden Aufwendungen sind mit § 56 abgegolten.“
35. Nummer 58.1.2 Satz 2 wird gestrichen.
36. Nummer 62 wird wie folgt geändert:
- a) Nach Nummer 62.3.2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:
„In diesem Fall kann die Festsetzungsstelle die eingereichten Belege vernichten, um Datenschutzbestimmungen zu erfüllen und das Persönlichkeitsrecht des Beamten zu schützen (VG München, Urteil vom 22. September 2016, M 17 K 15.5180).“
- b) Nummer 62.5 wird wie folgt gefasst:
- „62.5 Zu Absatz 5
- 62.5.1 Begibt oder befindet sich der Beihilfeberechtigte oder ein berücksichtigungsfähiger Angehöriger in stationäre(r) Behandlung nach §§ 20, 31 Absatz 2, § 37 Absatz 2 Nummer 1 bis 5 oder § 55, die mindestens drei Tage andauert oder voraussichtlich andauern wird, kann er den Leistungserbringer oder Rechnungssteller bevollmächtigen, die Beihilfe direkt von der Festsetzungsstelle anzufordern. Der Leistungserbringer oder Rechnungssteller übersendet in diesen Fällen der Festsetzungsstelle einen vom Beihilfeberechtigten unterschriebenen Antrag auf Gewährung von Beihilfe und Direktabrechnung nach Anhang 6, 7 oder 8 und fügt die in dem Antrag geforderten Unterlagen und die Rechnung bei. Die Festsetzungsstelle überweist die Beihilfe an den Rechnungssteller. Der Beihilfeberechtigte erhält einen Bescheid über die geleistete Zahlung zusammen mit den Rechnungsbelegen. Ein gegebenenfalls noch offener Selbstbehalt ist bei dem nächsten Beihilfebescheid außerhalb einer Direktabrechnung zu berücksichtigen. Der Beihilfeberechtigte ist darauf entsprechend hinzuweisen. Bei Aufwendungen für einen Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung im Sinne des § 55 ist nach Nummer 62.5.2 zu verfahren.
- 62.5.2 Bei der Direktabrechnung mit vollstationären Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 55 ist Folgendes zu beachten:
- 62.5.2.1 Der Leistungserbringer oder Rechnungssteller übersendet der Festsetzungsstelle zunächst einen vom Beihilfeberechtigten unterschriebenen Antrag auf Gewährung von Beihilfe und Direktabrechnung nach Anhang 8. Die Festsetzungsstelle prüft im Wege einer Voranerkennung, ob ein Anspruch auf Beihilfegewährung besteht und teilt dem Antragsteller mit, in welchem Umfang Beihilfeleistungen gewährt werden können (zum Beispiel Bemessungssatz). Nach der Voranerkennung übersendet der Leistungserbringer oder Rechnungssteller der Festsetzungsstelle einen vom Beihilfeberechtigten unterschriebenen Antrag auf Gewährung von Beihilfe und Direktabrechnung nach Anhang 8 und fügt die in dem Antrag geforderten Unterlagen und die Rechnung bei.
- 62.5.2.2 Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag die in Anhang 8 aufgeführten Sachverhalte geändert, hat der Beihilfeberechtigte der Festsetzungsstelle ein ausgefülltes Antragsformular (Anlage 8 zu § 62 Absatz 1) sowie die Anlage ‚Pflege‘ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1) zu übersenden. Werden Aufwendungen für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten oder Lebenspartner geltend gemacht, ist der Festsetzungsstelle mit Beginn eines Kalenderjahres oder bei erstmaliger Antragstellung das ausgefüllte Antragsformular (Anlage 8 zu § 62 Absatz 1 oder Anlage 9 zu § 62 Absatz 1) und die Erklärung der Einkünfte nach § 2 Absatz 3 des Einkommensteuergesetzes für den Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner (Anhang 2) zur Prüfung der Voraussetzungen des § 4 Absatz 2 vorzulegen. Es steht dabei dem Beihilfeberechtigten frei, ob er die Formulare über den Leistungserbringer oder Rechnungssteller gemeinsam mit dem Antrag auf Zusage der Beihilfezahlung nach Anhang 8 oder diese unmittelbar der Festsetzungsstelle zuleitet. Die Voranerkennung nach Nummer 62.5.2.1 kann in diesen Fällen erst nach Vorliegen der Formulare bearbeitet werden.
- 62.5.2.3 Haben sich seit dem letzten Beihilfeantrag lediglich Änderungen im Hinblick auf den Pflegegrad beziehungsweise auf den Einstufungsbescheid der Pflegeversicherung oder das Einkommen des Beihilfeberechtigten und seines Ehegatten oder Lebenspartners im Sinne des § 55 Absatz 5 ergeben, ist es ausreichend, wenn der Festsetzungsstelle abweichend von Nummer 62.5.3.2 nur die Anlage ‚Pflege‘ (Anlage 10 zu § 62 Absatz 1) zugeleitet wird.
- 62.5.2.4 Die Voranerkennung kann von der Festsetzungsstelle für die Dauer von bis zu zwölf Monaten, längstens jedoch bis zum Ende des Kalenderjahres, erfolgen. Der Beihilfeberechtigte ist dabei durch die Festsetzungsstelle insbesondere darauf hinzuweisen, dass Änderungen in den persönlichen Verhältnissen umgehend der Festsetzungsstelle mitzuteilen sind (zum Beispiel Änderungen des Einkommens, des Pflegegrades, im Familienstand, im Familienzuschlag berücksichtigungsfähige Kinder). Der Beihilfeberechtigte erhält hierfür einen Abdruck der Voranerkennung an den

Leistungserbringer oder Rechnungssteller. Die Voranerkennung erfolgt zudem unter dem Vorbehalt, dass durch den Leistungserbringer oder Rechnungssteller spätestens jeweils mit der Rechnung für den übernächsten Monat etwaige Unterbrechungszeiten und sich daraus ergebende Überzahlungen mitzuteilen sind. Liegen keine etwaigen Unterbrechungszeiten vor, ist dies formlos (zum Beispiel auf der Folgerechnung) zu vermerken. Kommt der Leistungserbringer oder Rechnungssteller dieser Verpflichtung nicht nach, erlischt die Voranerkennung ab dem darauffolgenden Monat.

62.5.2.5 Nach Ablauf des Bewilligungszeitraumes kann ein erneuter Antrag auf Voranerkennung nach Nummer 62.5.2.1 durch den Leistungserbringer oder Rechnungssteller gestellt werden.

62.5.2.6 Werden Rechnungen für den laufenden Monat eingereicht, so dass etwaige Unterbrechungszeiten noch nicht bekannt sind und daher bei der Erstellung der Rechnung noch nicht berücksichtigt werden können, kommt eine Beihilfegewährung nur unter dem Vorbehalt des Widerrufs in Betracht. Die sich aus etwaigen Unterbrechungszeiten ergebenden Überzahlungen können mit folgenden Beihilfezahlungen verrechnet werden. Hierzu hat der Leistungserbringer oder Rechnungssteller spätestens mit der Rechnung für den übernächsten Monat mitzuteilen, ob Unterbrechungszeiten vorlagen.

62.5.2.7 Erlischt die Voranerkennung, da der Leistungserbringer oder Rechnungssteller der Verpflichtung zur Mitteilung etwaiger Unterbrechungszeiten nicht nachkommt (vergleiche Nummer 62.5.2.4), ist eine weitere unmittelbare Gewährung der Beihilfe an den Leistungserbringer oder Rechnungssteller ausgeschlossen. In diesem Falle ist die Beihilfe aufgrund der Rechnung für den übernächsten Monat noch an den Leistungserbringer oder Rechnungssteller unmittelbar zu gewähren und ihm mitzuteilen, dass aufgrund der fehlenden Mitteilung die Voranerkennung ab dem folgenden Abrechnungsmonat erlischt. Eine erneute Voranerkennung kommt nur in Betracht, wenn im Falle der Nummer 62.5.2.6 die Bearbeitung durch endgültige Ermittlung etwaiger Unterbrechungszeiten abschließend erfolgen konnte.

62.5.3 Nummer 62.4.3 gilt entsprechend.“

c) In Nummer 62.7.1 Satz 2 werden die Wörter „der Pflegestufe“ durch die Wörter „des Pflegegrades“ ersetzt.

37. Nummer 65 wird wie folgt geändert:

a) Nummer 65.2 wird wie folgt gefasst:

„65.2 Zu Absatz 2

65.2.1 Maßgebend für die Anwendung der Übergangsvorschrift ist die Feststellung des Wegfalls der Eigenbeteiligung für den Zeitraum vor dem 1. Januar 2013. Diese Feststellung kann auch rückwirkend nach Inkrafttreten der Übergangsregelung erfolgen.

65.2.2 Nach Ablauf der Übergangsfrist am 31. Dezember 2015 ist der Antrag nach § 61 Absatz 1 in jedem Kalenderjahr neu zu stellen.“

b) Nummer 65.3 wird gestrichen.

38. Nach Nummer 65 wird folgende Nummer eingefügt:

„66 Zu § 66 Übergangsvorschriften aus Anlass des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes

66.1 Zu Absatz 1

66.1.1 Pflegebedürftige, die zum 1. Januar 2017 in einen Pflegegrad übergeleitet werden, verbleiben grundsätzlich in diesem auf Dauer.

66.1.2 Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein höherer Pflegegrad festgestellt, ist der höhere Pflegegrad ab Änderung der tatsächlichen Verhältnisse maßgebend.

66.1.3 Wird ein niedrigerer Pflegegrad festgestellt, verbleibt der Pflegebedürftige in dem übergeleiteten Pflegegrad (§ 140 Absatz 3 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch).

66.1.4 Erfolgt die Feststellung, dass keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (mehr) vorliegt, sind die Pflegeleistungen der Beihilfe für die Zukunft einzustellen.

66.2 Zu Absatz 2

66.2.1 Es wird in Anlehnung an § 141 Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch der erforderliche Schutz des Besitzstandes für Beihilfeleistungen zur Pflege nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht im Bereich der häuslichen Pflege geregelt. Danach gilt als Grundsatz, dass die dort genannten regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, die den Beihilfeberechtigten bis zum Zeitpunkt der Umstellung auf das neue Recht zustehen, vom Besitzstandsschutz erfasst sind und dass auch weiterhin ein Anspruch auf diese Beihilfeleistungen besteht. Auf Nummer 50.2.3 wird hingewiesen.

66.2.2 Der Besitzstand bezieht sich auf die monatlich regelmäßig wiederkehrenden Leistungen. Bei einmaligen Leistungen, wie zum Beispiel Zuschüssen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, bedarf es keines Besitzstandsschutzes, weil hier keine Änderungen in der Leistungshöhe erfolgen. Auch bei der Kurzzeitpflege hat Besitzstandsschutz keine Bedeutung, weil der Leistungsbetrag nicht verändert wird.

66.2.3 Voraussetzung für die Geltung des Besitzstandsschutzes ist stets, dass die allgemeinen Leistungsvoraussetzungen, die unabhängig von der Feststellung eines Pflegegrades vorliegen müssen, erfüllt sind. Das bedeutet auch, dass der Besitzstandsschutz endet, wenn kein Pflegebedarf mehr besteht.

66.2.4 Allgemeine Leistungsausschlussregelungen, wie das Ruhen von Leistungen nach § 34 des Elften Buches Sozialgesetzbuch, finden Anwendung. Kurzfristige Unterbrechungen im Leistungsbezug unmittelbar vor Inkrafttreten des ab 1. Januar 2017 geltenden Rechts sind für die Gewährung des Besitzstandsschutzes ohne Bedeutung, zum Beispiel wenn die Leistungen wegen eines Krankenhausaufenthaltes im Monat vor der Rechtsänderung ruhten. Kurzfristige

- Unterbrechungen nach Inkrafttreten des ab 1. Januar 2017 geltenden Rechts lassen den Besitzstandsschutz ebenfalls unberührt.
- 66.2.5 Der Besitzstandsschutz umfasst nicht nur die Leistungsbeträge im Dauerrecht des Vierten Kapitels des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§§ 28 bis 45d des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), sondern auch die des Übergangsrechts in den §§ 123 und 124 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, die bereits von § 49 Absatz 1 bis 3 und § 50 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfasst waren.
- 66.2.6 Der Besitzstandsschutz bezieht sich auf die jeweiligen Leistungshöchstbeträge der oben genannten Leistungen der jeweiligen Pflegestufe zum Umstellungszeitpunkt, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsbezug. Kommt es zu einer Leistungsumstellung im häuslichen Bereich, werden ebenfalls die jeweiligen bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Leistungshöchstbeträge als Vergleichswerte herangezogen.
- 66.2.7 Der Besitzstandsschutz für den erhöhten Betrag für zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 53 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie für vollstationäre Pflege nach § 55 in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung richtet sich nach Absatz 3 und 4.
- 66.2.8 Für Personen, die am 31. Dezember 2016 nach § 26 Absatz 2b des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung arbeitslosenversicherungspflichtig waren, besteht die Versicherungspflicht für die Dauer der Pflegezeit nach § 446 Absatz 1 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch fort.
- 66.2.9 Die beitragspflichtige Behandlung richtet sich weiterhin nach den §§ 345 Nummer 8, § 347 Nummer 10, § 349 Absatz 4a Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, mit der Folge, dass die beitragsrechtliche Behandlung weiterhin auf Basis beitragspflichtiger Einnahmen von 10 Prozent der (aktuellen) Bezugsgröße erfolgt.
- 66.3 Zu Absatz 3
- 66.3.1 Die Höhe des Zuschlags errechnet sich aus der Differenz zwischen dem am 31. Dezember 2016 geltenden erhöhten Betrag nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung – das sind 208 Euro – und dem Entlastungsbetrag, der jeweils in § 45b Absatz 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung festgelegt ist. Derzeit (Stand 1. Januar 2018) beträgt der Entlastungsbetrag 125 Euro monatlich, so dass der Zuschlag dann bei 83 Euro monatlich liegt. Wird der Entlastungsbetrag in der Folge angehoben, sinkt der Zuschlag entsprechend, so dass stets eine Leistungshöhe von bis zu 208 Euro monatlich für Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 53 Absatz 2) erreicht wird.
- 66.3.2 Die Höchstleistungsansprüche sind jeweils getrennt voneinander zu vergleichen. Ist beispielsweise der ab 1. Januar 2017 geltende Höchstbetrag für die Pflegesachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1) nicht um mindestens 83 Euro höher als der entsprechende Höchstleistungsanspruch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung, ist ein Zuschlag im Rahmen des Besitzstandsschutzes nach § 141 Absatz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Höhe von 83 Euro auf den Entlastungsbetrag zu gewähren, und zwar unabhängig davon, ob sich bei anderen Leistungen eine entsprechende Erhöhung ergibt (zum Beispiel bei Inanspruchnahme von Kombinationspflege nach § 49 Absatz 3 bei entsprechender Erhöhung der Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2 um mindestens 83 Euro).
- 66.3.3 Aufgrund der ab 1. Januar 2017 geltenden Höchstbeträge für die Pflegesachleistung nach § 36 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 49 Absatz 1), das Pflegegeld nach § 37 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Pauschalbeihilfe nach § 49 Absatz 2) und die teilstationäre Pflege nach § 41 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 50) kommt die Regelung derzeit nur bei Pflegebedürftigen zum Tragen, die am 31. Dezember 2016 der Pflegestufe III zugeordnet waren und bei denen ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand im Sinne des § 36 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung sowie eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung vorlag. Bei einer künftigen Änderung der jeweiligen Höchstleistungsbeträge im Elften Buch Sozialgesetzbuch für das Pflegegeld (Pauschalbeihilfe), die Pflegesachleistung, die teilstationäre Pflege und den Entlastungsbetrag kann sich der betroffene Personenkreis ändern.
- 66.4 Zu Absatz 4
- 66.4.1 Durch § 141 Absatz 3 und 3a des Elften Buches Sozialgesetzbuch wird sichergestellt, dass durch die Überleitung der Pflegesätze beziehungsweise deren Neuverhandlung kein Pflegebedürftiger in der vollstationären Pflege, der schon vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Leistungen erhalten hat (Bestandsfall), einen höheren Eigenanteil am Pflegesatz entrichten muss. Der vorgesehene Zuschlag gleicht entsprechende Unterschiede ab dem Umstellungszeitpunkt aus.
- 66.4.2 Der Zuschlag wird von der Festsetzungsstelle nur auf Antrag des Beihilfeberechtigten gewährt. Er kann aber sodann auf Antrag des Beihilfeberechtigten unmittelbar an die Pflegeeinrichtung geleistet werden, was zum Beispiel im Rahmen der Direktabrechnung mit der vollstationären Pflegeeinrichtung verbunden werden kann (§ 62 Absatz 4 und 5).
- 66.4.3 Für die Berechnung des Besitzstandsschutzes sind die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, die vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, nicht zu berücksichtigen. Es werden lediglich die vom Pflegebedürftigen zu tragenden pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage zu Grunde gelegt. Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung sind nur insoweit zu berücksichtigen, als im Dezember 2016 der monatliche Pflegesatz niedriger als der pauschale Leistungsbetrag nach § 43 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch war und sind in diesen Fällen der Höhe nach auf den Differenzbetrag beschränkt.
- 66.4.4 Ist der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher als der individuelle Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen im Dezember 2016, ist im Rahmen des

- Besitzstandsschutzes ein Zuschlag in Höhe der Differenz zu gewähren.
- 66.4.5 Ändert sich die Differenz zwischen dem Leistungsbetrag nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1) und dem Pflegesatz in der Folgezeit, zum Beispiel durch eine Anhebung des Pflegesatzes, ist dieser Anstieg vom Pflegebedürftigen zu tragen. Reduziert sich die Differenz zum Beispiel durch eine Anhebung des Leistungsbetrags, so ist der Zuschlag entsprechend abzuschmelzen.
- 66.4.6 Der Besitzstandsschutzbetrag ist ein Monatsbetrag und auch für Teilmonate (zum Beispiel bei Einzug, Auszug, Tod) und für Monate mit Abwesenheitszeiten (zum Beispiel Krankenhausaufenthalt) in voller Höhe beihilfefähig. Auch eine Höherstufung des Pflegebedürftigen in einen höheren Pflegegrad nach dem 1. Januar 2017 hat keine Auswirkungen auf den einmalig festgestellten Besitzstandsschutzbetrag
- 66.4.7 Dies gilt auch für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 und 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch genommen haben. Dies gilt ferner auch für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches Sozialgesetzbuch und nach dem Ende der Kurzzeitpflege ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts auch (Sach-)Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1) in derselben Einrichtung in Anspruch nehmen. Eine unmittelbar an eine am 31. Dezember 2016 in Anspruch genommene Kurzzeitpflege anschließende vollstationäre Dauerpflege wird bezüglich des Bestandsschutzes im Hinblick auf den Eigenanteil so behandelt, als wenn diese bereits im Dezember 2016 bestanden hätte.
- 66.4.8 Wechseln Pflegebedürftige ab dem 1. Januar 2017 die vollstationäre Pflegeeinrichtung, besteht nach Maßgabe des § 141 Absatz 3b des Elften Buches Sozialgesetzbuch hinsichtlich des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils insoweit Bestandsschutz, als er sich auf den Eigenanteil bezieht, den der Pflegebedürftige in der neuen Einrichtung zu zahlen gehabt hätte, wenn er schon im Dezember 2016 in dieser versorgt worden wäre. Diese Regelung ist auf fünf Jahre begrenzt und umfasst damit Wechsel der vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Zeit vom 1. Januar 2017 und dem 31. Dezember 2021.
- 66.4.9 Bei einem Heimwechsel im laufenden Monat ist der Besitzstandsschutzbetrag in Höhe des Betrages der abgebenden Einrichtung beihilfefähig. Ab dem Folgemonat greift der (fiktive) Besitzstandsschutzbetrag der neuen Einrichtung.
- 66.4.10 Der Besitzstandsschutz nach § 141 Absatz 3 bis 3c des Elften Buches Sozialgesetzbuch ist bei der Ermittlung der Beihilfe nach § 55 Absatz 4 zu berücksichtigen und gilt deshalb als Teil der beihilfefähigen Aufwendungen nach § 55 Absatz 1 Satz 2.
- 66.5 Zu Absatz 5
- 66.5.1 Für Pflegepersonen, die am 31. Dezember 2016 aufgrund einer nicht erwerbsmäßigen Pflege rentenversicherungspflichtig waren, besteht die Rentenversicherungspflicht nach § 141 Absatz 4 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch für die Dauer dieser Pflegetätigkeit fort. Eine gesonderte Prüfung der Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nummer 1a des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung ab 1. Januar 2017 für den Fortbestand der Rentenversicherungspflicht erfolgt nicht. Hiervon werden alle laufenden Versicherungsverhältnisse von Pflegepersonen erfasst.
- 66.5.2 Wird im Rahmen einer erneuten Begutachtung ein niedrigerer Pflegegrad bei der pflegebedürftigen Person ermittelt als der Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgte, bleibt der höhere Pflegegrad nach § 140 Absatz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch maßgebend. Die Versicherungspflicht in der Rentenversicherung richtet sich in diesen Fällen nach dem Pflegegrad, in den die Überleitung erfolgt.
- 66.5.3 Die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmen sich in den Bestandsfällen ab 1. Januar 2017 nach § 141 Absatz 4 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltendem Recht, soweit sich nach Maßgabe des § 166 Absatz 2 und 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung unter Anwendung der aktuellen Bezugsgröße beziehungsweise der Bezugsgröße (Ost) jeweils ab 2017 keine höheren beitragspflichtigen Einnahmen ergeben. Für die Fortsetzung der Beitragszahlung ab 1. Januar 2017 sind in diesen Bestandsfällen daher Vergleichsberechnungen erforderlich.
- 66.5.4 In den Fällen der Additionspflege nach altem Recht (§ 166 Absatz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung), bei der insgesamt eine beitragspflichtige Einnahme von 26,6667 Prozent der jeweiligen Bezugsgröße für alle Pflegetätigkeiten zu Grunde zu legen war, ist zu beachten, dass sich die beitragspflichtige Einnahme nach dem ab 1. Januar 2017 geltenden Recht für jede einzelne Pflegetätigkeit nach dem Pflegegrad und der Art des Leistungsbezugs des jeweiligen Pflegebedürftigen (§ 166 Absatz 2 Satz 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch), bei Mehrfachpflege zusätzlich nach dem Anteil am Gesamtpflegeaufwand aller Pflegepersonen, richtet.
- 66.5.5 Der nach § 141 Absatz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch begründete Bestandsschutz gilt nach § 141 Absatz 5 des Elften Buches Sozialgesetzbuch bis zu dem Zeitpunkt, zu dem nach dem ab dem 1. Januar 2017 geltenden Recht festgestellt wird, dass
- für den Pflegebedürftigen keine Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr vorliegt,
 - die pflegende Person keine Pflegeperson im Sinne des § 19 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung mehr ist,
 - ein Ausschlussgrund nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch eintritt oder
 - eine Änderung in den Pflegeverhältnissen eintritt, die nach § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen führt (zum Beispiel bei Änderung der Art des bezogenen Leistung wie Kombinationspflege statt Sachleistung).
- 66.5.6 Fällt der Grund für das Ende der Übergangsregelung wieder weg (zum Beispiel Wegfall eines Ausschlussgrundes nach § 3 Satz 2 oder 3 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch), kann

Versicherungs- und Beitragspflicht nur noch unter den Voraussetzungen nach § 3 Satz 1 Nummer 1a und § 166 Absatz 2 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung bestehen.

- 66.6 Zu Absatz 6
- 66.6.1 Für die Beurteilung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen für ambulant oder stationär zugelassene Pflegeeinrichtungen kommt es nicht darauf an, ob diese eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen getroffen haben. Für Aufwendungen von Pflegebedürftigen, die unter den Anwendungsbereich des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch fallen, sind abweichend von Abschnitt 6 die am 31. Dezember 2016 beihilfefähigen Höchstbeträge zu Grunde zu legen, wenn diese günstiger sind.
- 66.6.2 Aufgrund der Überleitungsregelungen und den damit verbundenen höheren beihilfefähigen Höchstbeträgen kommt die Regelung nur in wenigen Einzelfällen zum Tragen. Dies betrifft derzeit nur Pflegebedürftige der Pflegestufen I und II ohne eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45b Absatz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der am 31. Dezember 2016 geltenden Fassung im Bereich der vollstationären Pflege nach § 43 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (§ 55 Absatz 1).
- 66.6.3 Durch den Beihilfeberechtigten ist nachzuweisen, dass ein Anwendungsfall des § 141 Absatz 8 des Elften Buches Sozialgesetzbuch vorliegt. Hierzu ist ein Nachweis über die Leistungen der privaten oder sozialen Pflegeversicherung beizufügen.
- 66.7 Zu Absatz 7
- 66.7.1 Soweit Pflegebedürftige im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 dem Grunde nach die Anspruchsvoraussetzungen nach § 45b Absatz 1 oder 1a des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung erfüllt haben, sie den Anspruch aber nicht oder nicht vollständig für den Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung in diesem Zeitraum genutzt haben, erhalten sie die Möglichkeit, diese Leistungsbeträge noch bis zum 31. Dezember 2018 abzurufen. Dabei ist es unerheblich, aus welchem Grund jeweils eine (vollständige) Ausnutzung der Leistungsbeträge nicht erfolgt ist. Die im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis zum 31. Dezember 2016 von den Anspruchsberechtigten nicht abgerufenen Mittel gelten insoweit pauschal als nicht verfallene, sondern ‚angesparte‘ Mittel, die bis Ende 2018 noch zum Bezug von Leistungen nach § 45b Absatz 1 Satz 3 des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (§ 53 Absatz 2) eingesetzt werden können.
- 66.7.2 Die nicht verwendeten Leistungsbeträge können zum einen nachträglich für bezogene Leistungen im Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2016 (Verlängerung der Antragsfrist bis 31. Dezember 2018) und zum anderen für den Bezug von Leistungen nach § 45b des Elften Buches Sozialgesetzbuch in der ab dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung (§ 53 Absatz 2) genutzt werden.
- 66.7.3 Absatz 7 findet Anwendung, sofern und solange die betroffenen Versicherten ab dem 1. Januar 2017 jeweils auch die Anspruchsvoraussetzungen des § 53 Absatz 2 dem Grunde nach erfüllen, also weiterhin als pflegebedürftig eingestuft sind und sich in häuslicher Pflege befinden.
- 66.7.4 Die Regelung zur Übertragbarkeit gilt nicht für im Jahr 2017 entstandene Leistungsansprüche nach § 53 Absatz 2. Diese können nur bis zum 30. Juni 2018 übertragen werden.
- 66.8 Zu Absatz 8 (bleibt frei)“
39. In Anhang 5 werden vor der Überschrift die Wörter „(VwV zu § 49 Absatz 2)“ durch die Wörter „(VwV zu § 49b Absatz 1)“ ersetzt.
40. Die Anhänge 6 bis 8 erhalten die aus dem Anhang zu dieser Verordnung ersichtliche Fassung.

II.

Diese Verwaltungsvorschrift tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Dresden, den 10. Januar 2018

Der Staatsminister der Finanzen
Dr. Matthias Haß

Anhang