

## Merkblatt

### Landesverordnung über die Gewährung von Beihilfen an Beamtinnen und Beamte in Schleswig-Holstein (Beihilfeverordnung – BhVO) in der zur Zeit geltenden Fassung

Die Beihilfe ist eine eigenständige Krankenfürsorge, durch die der Dienstherr im Rahmen seiner Fürsorgepflicht ergänzend zur Eigenvorsorge Leistungen erbringt. Die den Beamten und Versorgungsempfängern hiernach zustehenden Beihilfeansprüche in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen, bei Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und bei Schutzimpfungen werden in Schleswig-Holstein in der Beihilfeverordnung (BhVO) konkretisiert.

Die nachstehende Darstellung soll einen Überblick über die Beihilfe Regelungen der BhVO geben. Einzelfälle und Sonderfragen können in diesem Rahmen nicht dargestellt werden. Rechtsansprüche können aus den nachstehenden Ausführungen nicht hergeleitet werden.

## 1. Personenkreis (§§ 2 und 3 BhVO)

### 1.1 Beihilfeberechtigte Personen sind

- Beamte/innen, Versorgungsempfänger/innen sowie frühere Beamtinnen und Beamte, die wegen Dienstunfähigkeit oder Erreichens der Altersgrenze entlassen worden oder wegen des Ablaufs der Dienstzeit ausgeschieden sind
- Witwen, Witwer oder Waisen

Beihilfeberechtigung besteht nur, wenn und solange Dienstbezüge, Amtsbezüge, Anwärterbezüge, Ruhegehalt, Übergangsgebühren auf Grund gesetzlichen Anspruchs, Witwengeld, Witwergeld, Waisengeld oder Unterhaltsbeitrag gezahlt werden.

Sie besteht auch

- wenn Bezüge wegen Anwendung von Ruhens- oder Anrechnungsvorschriften nicht gezahlt werden,
- während einer Elternzeit, soweit nicht bereits aufgrund einer Teilzeitbeschäftigung unmittelbar ein Anspruch auf Beihilfe besteht,
- bei Alleinerziehenden während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge nach § 62 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Landesbeamtengesetz, wenn ein Kind unter 18 Jahren tatsächlich betreut oder gepflegt wird,
- während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge nach § 62 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Landesbeamtengesetz, wenn eine sonstige pflegebedürftige Angehörige oder ein sonstiger pflegebedürftiger Angehöriger tatsächlich betreut oder gepflegt wird,
- bei einer sonstigen Freistellung vom Dienst unter Fortfall der Bezüge bis zu einer Dauer von einem Monat
- sowie in den Fällen nach § 80 Absatz 5 Satz 3 Landesbeamtengesetz.

### 1.2 Berücksichtigungsfähige Angehörige sind

- der Ehegatte /eingetragene Lebenspartner des Beihilfeberechtigten, es sei denn, dieser ist selbst beihilfeberechtigt (Einkünfte des Ehegatten /eingetragenen Lebenspartners über 20.000 EUR/Jahr (§ 80 Abs. 6 LBH S-H) schließen den Beihilfeanspruch weitgehend aus),
- grundsätzlich nur die im Familienzuschlag des Beihilfeberechtigten nach dem Besoldungsgesetz Schleswig-Holstein berücksichtigten Kinder. Hinsichtlich der Geburt eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten gilt die Mutter des Kindes als berücksichtigungsfähige Angehörige. Wird der Familienzuschlag im Nachhinein wegen Überschreitens der Einkommensgrenze zurückgefordert, ändert sich der beihilferrechtliche Status des Kindes nicht rückwirkend. Eine beihilferrechtliche Rückabwicklung findet nicht statt.

## 2. Bemessung der Beihilfe (§ 7 BhVO)

<b>Die Beihilfe bemisst sich nach einem Prozentsatz der beihilfefähigen Aufwendungen (Bemessungssatz). Der Bemessungssatz beträgt für die Aufwendungen, die entstanden sind für</b>	
– die oder den Beihilfeberechtigten nach § 2 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1	50 %
– Sind mindestens 2 Kinder im Familienzuschlag <u>berücksichtigungsfähig</u> , beträgt der Bemessungssatz 70 v. H., es sei denn ein anderer Beihilfeberechtigter wurde zum Berechtigten für den erhöhten Bemessungssatz bestimmt.	70 %
– die oder den Empfänger/in von Versorgungsbezügen	70 %
– die Ehegattin/den Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner/in	70 %
– Sind mindestens 2 Kinder im Familienzuschlag <u>berücksichtigungsfähig</u> , beträgt der Bemessungssatz für den berücksichtigungsfähigen Ehegatten/ eingetragenen Lebenspartner	90 %
– ein berücksichtigungsfähiges Kind sowie eine beihilfeberechtigte Waise	80 %
– Sind mindestens 3 Kinder im Familienzuschlag <u>berücksichtigungsfähig</u> , beträgt der Bemessungssatz für alle berücksichtigungsfähigen Kinder	90 %
– die Mutter eines nichtehelichen Kindes des Beihilfeberechtigten (§ 3 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 (BhVO))	70 %
– Bei mehreren Beihilfeberechtigten beträgt der Bemessungssatz nur bei einer oder einem von ihnen zu bestimmenden Berechtigten (die Bestimmung kann nur in Ausnahmefällen neu getroffen werden)	70 %

## 3. Auswirkung bestimmter Versicherungsverhältnisse oder sonstiger Rechtsansprüche auf die Beihilfefähigkeit bzw. die Abrechnungssystematik (§ 8 Abs. 3 und § 6 Abs. 3 BhVO)

3.1	<p><b>Anrechnung gewährter oder zustehender Leistungen</b> Bei Ansprüchen auf Krankenhilfe, Geldleistung oder Kostenerstattung auf Grund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglicher Vereinbarung sowie bei in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen sind vor Berechnung der Beihilfe die gewährten Leistungen in voller Höhe von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen. Von den Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind 65% (ab 01.11.2024 60 %) als gewährte Leistung von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.</p>
3.2	<p><b>Wahlleistungen, Sach- und Dienstleistungen, nicht beihilfefähige Kostenanteile, Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung etc.</b></p> <p>Wahlleistungen sind nicht beihilfefähig.</p> <p>Von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistung in Anspruch genommene Leistungen sind nicht beihilfefähig (Behandlung auf Krankenschein). Als Sach- und Dienstleistung gelten auch die Kostenerstattungen bei kieferorthopädischer Behandlung sowie Aufwendungen, die darauf beruhen, dass die oder der Versicherte die bei der Behandlerin oder dem Behandler mögliche Sachleistung nicht als solche in Anspruch genommen hat (z.B. privatärztliche Behandlung bei einem Kassenarzt). Gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, Kostenanteile Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung sind von der Beihilfe ausgeschlossen.</p> <p>Nehmen Beamte/innen oder Versorgungsempfänger/innen nach Maßgabe des § 80 a LBG-SH einen Zuschuss zur Krankenversicherung in Anspruch, so sind die Aufwendungen (mit Ausnahme der beihilfefähigen Pflegeaufwendungen) nicht beihilfefähig.</p>
3.3	<p><b>Übergangsregelung für am 30.06.2005 vorhandene freiwillig in der GKV Versicherte (§ 18 Abs. 3 BhVO)</b> Freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte beihilfeberechtigte Personen (und berücksichtigungsfähige Angehörige), die am 30.06.2005 keinen bzw. einen Beitragszuschuss von weniger als 21 EUR zu ihren Krankenversicherungsbeiträgen erhielten, werden, solange der genannte Grenzbetrag des Krankenversicherungszuschusses nicht erreicht wird, weiterhin nicht auf die Sachleistungen ihrer Krankenkasse verwiesen. In diesen Fällen erhöht sich der Bemessungssatz weiterhin auf 100 %, wenn die GKV Leistungen erbracht hat.</p>

## 4. Zusammentreffen mehrerer Beihilfeberechtigungen (§ 4 BhVO)

Treffen mehrere Beihilfeansprüche aus verschiedenen Rechtsverhältnissen zusammen, besteht nur aus einem dieser Rechtsverhältnisse ein Beihilfeanspruch.
---

## 5. Außerhalb der Bundesrepublik Deutschland entstandene Aufwendungen (§ 8 Abs. 4 BhVO)

Innerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen sind wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln. Außerhalb der Europäischen Union entstandene Aufwendungen sind nur bis zu der Höhe beihilfefähig, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären; für dienstliche Auslandsaufenthalte oder vorher genehmigte Behandlungsmaßnahmen bestehen Ausnahmen.
--

## 6. Beihilfefähige Aufwendungen

Nach der Beihilfeverordnung sind unter anderem die nachstehend aufgeführten Aufwendungen beihilfefähig, wenn sie dem Grunde nach notwendig und der Höhe nach angemessen sind. Bitte beachten Sie: Wahlleistungen sind von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

### 6.1 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen (§ 9 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 BhVO)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Danach dürfen persönliche ärztliche Leistungen, medizinisch-technische Leistungen und Laboruntersuchungen nur bis zum jeweiligen Schwellenwert (2,3/1,8/1,15facher Gebührensatz) abgerechnet werden. Überschreitungen des Schwellenwertes bis zum 3,5/2,5/1,3fachen Gebührensatz sind möglich und beihilferechtlich zu berücksichtigen, wenn der Arzt dieses schriftlich begründet. Die nach der GOÄ notwendige Begründung muss die individuellen Besonderheiten des Krankheitsfalles enthalten, die für die Erhöhung des Steigerungsfaktors maßgebend waren.

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ausschließlich Gebühren nach den Abschnitten B und G GOÄ abrechnen dürfen, ist ebenfalls nach den vorstehenden Grundsätzen zu beurteilen.

### 6.2 Ambulante zahnärztliche Leistungen (§ 6 Abs. 1 und § 9 Abs. 1 BhVO)

Die Angemessenheit der Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen beurteilt sich ausschließlich nach dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Danach dürfen zahnärztliche Leistungen nur bis zum 2,3fachen Gebührensatz (Schwellenwert) und mit schriftlicher Begründung bis zum 3,5fachen Gebührensatz in Ansatz gebracht werden.

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit der zahnärztlichen und kieferorthopädischen Leistungen sind in der Anlage 3 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO geregelt.

Zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind bei einer Versorgung mit Kronen, Brücken, Prothesen, Implantaten, Inlays etc. zu 60 % beihilfefähig. Die Material- und Laborkostenrechnung ist beizufügen. Von den Aufwendungen für Zahnersatz, Zahnkronen und Suprakonstruktionen sind bei in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten 65% (ab 01.11.2024 60 %) als gewährte Leistung von den beihilfefähigen Aufwendungen abzuziehen.

Vor Beginn einer kieferorthopädischen Behandlung ist ein Heil- und Kostenplan vorzulegen. Kieferorthopädische Behandlungen sind grundsätzlich nur beihilfefähig bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Altersbegrenzung gilt nicht bei schweren Kieferanomalien, die eine kieferorthopädische Behandlung erfordern. Das Vorliegen einer schweren Kieferanomalie ist durch Vorlage eines Heil- und Kostenplans (für Leistungen nach Nummern 6030-6260 GOZ) nachzuweisen. (siehe Anlage 3).

Aufwendungen für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig.

Aufwendungen für implantologische Maßnahmen sind beim Vorliegen der nachgewiesenen medizinischen Notwendigkeit beihilfefähig. Die Suprakonstruktion wird im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte ohne Begrenzung auf die Anzahl der Implantate als beihilfefähig anerkannt.

Aufwendungen für große Brücken und mehrere Verbindungselemente sind nur in einem begrenzten Umfang beihilfefähig.

Aufwendungen für Zahnersatz, Inlays und Zahnkronen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sind bei Beamten auf Widerruf im Vorbereitungsdienst und ihren berücksichtigungsfähigen Angehörigen nicht bzw. erst nach einer im öffentlichen Dienst ununterbrochen abgeleisteten Beschäftigungszeit von mindestens 3 Jahren beihilfefähig (Wartezeit). Auf einem während der Zeit des Vorbereitungsdienstes eingetretenen Unfall beruhende Leistungen sind nicht ausgeschlossen.

### 6.3 Heilpraktikerleistungen

Leistungen eines Heilpraktikers sind seit dem 08.02.2025 nicht mehr beihilfefähig. Das schließt auch Medikamente ein, die durch eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker verordnet wurden (§ 6 Abs. 3 Nr. 1a BhVO).

## 6.4

**Ambulante psychotherapeutische Behandlungen und psychosomatische Grundversorgung (§ 9 Abs. 1 BhVO, § 6 Abs. 1 BhVO, Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 Nr. 1 BhVO)**

Voraussetzung und Umfang der Beihilfefähigkeit von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen bestimmen sich nach der Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 BhVO. Leistungen der approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können beihilferechtlich nur berücksichtigt werden, wenn diese bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen (z. B. KV-Zulassung).

Aufwendungen der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie sind nur beihilfefähig, wenn die vorgenommen Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist dient und bei der Patientin/dem Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese ggf. nach höchstens vier (bei Kinder- und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs) probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind.

Aufwendungen für eine Systemische Therapie sind nur beihilfefähig, wenn die vorgenommen Tätigkeit der Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen eine systemische Therapie indiziert ist, dient und bei der Patientin/dem Patienten nach Erhebung der biographischen Anamnese ggf. nach höchstens vier (bei Kinder- und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres höchstens sechs) probatorischen Sitzungen die Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg gegeben sind.

Das vertrauensärztliche Gutachterverfahren ist ab dem 06.09.2024 entfallen, so dass dem Antrag auf Anerkennung einer Psychotherapie (siehe Downloadcenter der Internetseite der VAK) lediglich die Bescheinigung des Behandlers/der Behandlerin beizufügen ist. Der Umfang der Behandlungen ist vom beihilfefähigen Umfang beschränkt.

Aufwendungen für eine psychotherapeutische Akutbehandlung sind als Einzeltherapie in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24 Behandlungen je Krankheitsfall und bis zu 51 € je Therapieeinheit beihilfefähig. Für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und Personen mit geistiger Behinderung sind die Aufwendungen bis zu 30 Behandlungen beihilfefähig.

Aufwendungen für eine Kurzzeittherapie sind bis zu 24 Sitzungen als Einzel- oder Gruppenbehandlung beihilfefähig. Die Inanspruchnahme ist seit dem 06.09.2024 nicht mehr anzeige- oder genehmigungspflichtig. Erbrachte Sitzungen im Rahmen der psychotherapeutischen Akutbehandlung werden mit der Anzahl der Sitzungen der Kurzzeittherapie verrechnet. Bereits in Anspruch genommene Sitzungen der Kurzzeittherapie sind auf eine Langzeittherapie anzurechnen.

Aufwendungen der psychosomatischen Grundversorgung sind von der Sitzungszahl her nur begrenzt beihilfefähig und dürfen nur von bestimmten Ärzten/Behandlern erbracht werden.

Die Aufwendungen für eine Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing-Behandlung (EMDR) sind bei Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzeptes der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, analytischen Psychotherapie oder Systemischen Psychotherapie unter bestimmten Bedingungen beihilfefähig.

Bestimmte Behandlungsformen sind vollständig von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen (z. B. Familientherapie, Gestalttherapie). Aufwendungen für Behandlungen, die zur schulischen, beruflichen oder sozialen Anpassung bestimmt sind, sind nicht beihilfefähig.

## 6.5

**Arzneimittel (§ 9 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 und 3 BhVO)**

Aus Anlass einer Krankheit sind die vom Arzt oder Zahnarzt im Rahmen der Behandlung verbrauchten oder nach Art und Umfang schriftlich verordneten Arznei-, Verbandmittel und dergleichen beihilfefähig. Mittel zur Behandlung der sexuellen Dysfunktion sind grundsätzlich von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen. Nahrungsergänzungsmittel, Geriatrika, Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung von Haarausfall sowie Mittel, die geeignet sind, Güter des täglichen Bedarfs zu ersetzen (z. B. Teemischungen, Pillen, Kräuter, Pilze, Fachinger, Seife, Zahnpasta) sind ausnahmslos von der Beihilfefähigkeit ausgeschlossen.

Bei ganz speziellen Krankheitsbildern können verordnete Elementardiäten, Aminosäuremischungen und Sondennahrung etc. als beihilfefähig anerkannt werden.

**6.6 Heilmittel (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 BhVO, Anlage 3 BhVO)**

Vom Arzt (nicht Heilpraktiker) schriftlich verordnete Heilmittel (z. B. Bäder, Massagen, Bestrahlungen, Krankengymnastik etc.) sind im Rahmen der in dem Heilmittelkatalog festgelegten Höchstbeträge der Anlage 3 zu § 9 Abs. 1 BhVO beihilfefähig. Voraussetzung ist, dass die Behandlung von einem Angehörigen eines Gesundheits- oder Medizinalfachberufs ausgeführt wird, für den eine staatliche Regelung der Berufsausbildung oder des Berufsbildes besteht (z. B. Krankengymnast, Logopäde, Masseur, Physiotherapeut, Ergotherapeuten). Nicht hierunter fallen z. B. Leistungen von Sonderschullehrern, Sportlehrern, Musiktherapeuten, Eurythmielehrern etc.

Aufwendungen für erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) sind bis zu 20 Behandlungen beihilfefähig, wenn die Behandlung von Krankenhaus- oder entsprechenden Fachärzten bei bestimmten Indikationen verordnet und in einer hierfür zugelassenen Therapieeinrichtung durchgeführt wird.

Aufwendungen für Medizinische Trainingstherapie und gerätgestützte Krankengymnastik sind nur in einem sehr eng abgesteckten Rahmen beihilfefähig.

**6.7 Hilfsmittel (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 BhVO, Anlage 4 BhVO)**

Aus Anlass einer Krankheit sind beihilfefähig die Aufwendungen für Anschaffung oder Miete, Reparatur, Ersatz, Betrieb und Unterhaltung der von einem Arzt (nicht Heilpraktiker) schriftlich verordneten Hilfsmittel, Geräte zur Selbstbehandlung und zur Selbstkontrolle, Körperersatzstücke sowie die Unterweisung im Gebrauch dieser Gegenstände. Voraussetzungen und Umfang (z. B. beihilfefähiger Höchstbetrag bei Hörgeräten 1.100 EUR je Ohr sowie bei notwendigen Perücken 1.000 EUR) sind in der Anlage 4 zu § 9 Abs. 1 Nr. 4 BhVO näher bestimmt. U. a. enthält die genannte Anlage 4 auch einen Positivkatalog und einen Negativkatalog der Hilfsmittel, die bei der Entscheidung über die Beihilfefähigkeit zu beachten sind.

**Sehhilfen**

Voraussetzung für die Beschaffung einer Brille oder von Kontaktlinsen ist die schriftliche Verordnung eines/eines Facharztes/-ärztin für Augenheilkunde oder die Refraktionsbestimmung einer/eines Augenoptikers/in.

Für die vergüteten Gläser sind Höchstbeträge festgelegt. Die Mehrkosten für Lichtschutz- oder Leichtgläser, für Kontaktlinsen sowie Kurzzeitlinsen sind nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen beihilfefähig. Medizinische Indikationen können nur vom Augenarzt festgestellt werden. Neben den Aufwendungen für Mehrstärkenbrillen sind die Kosten für Einstärkenbrillen nicht beihilfefähig. Bei Sportbrillen für Schulkinder sind die Gläser im Rahmen der genannten Höchstbeträge und die Fassung bis zu 60 EUR beihilfefähig. Im Übrigen sind für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres je Brille eine Fassung bis zu 60,00 EUR beihilfefähig. Die notwendige Reparatur einer Brillenfassung ist bis zu 60,00 EUR beihilfefähig.

Für Erwachsene ab dem 18. Lebensjahr entfällt eine Erstattung der Brillenfassung.

Bei gleichbleibender Sehschärfe ist eine Ersatzbeschaffung nur dann beihilfefähig, wenn seit dem Kauf der letzten Sehhilfe bestimmte Fristen abgelaufen sind; z. B. Brille / 3 Jahre, harte Kontaktlinsen / 3 Jahre, weiche Kontaktlinsen / 2 Jahre. Zu einem früheren Zeitpunkt kann eine Beihilfe nur gewährt werden, wenn sich z. B. die Refraktion (Breckkraft) geändert hat.

**6.8 Krankenhausbehandlung (§ 9 Abs. 1 Nr. 6, 6 a in Verbindung mit § 18 Abs. 2 BhVO)**

Beihilfefähig sind die Aufwendungen für vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlung sowie die vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen. Bei Behandlung in Krankenhäusern, die die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, sind die Aufwendungen für Leistungen, die den vorstehend genannten entsprechen, beihilfefähig.

Beihilfefähig sind die auch die Aufwendungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V.

Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson können außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe von 13,00 EUR täglich als beihilfefähig anerkannt werden, wenn nach einer amts- oder vertrauensärztlichen Feststellung der Unterbringung der Begleitperson wegen des Alters des Kindes und seiner stationären Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Wahlleistungen (gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen und Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers, gekürzt um 14,50 EUR täglich) sind in Schleswig-Holstein seit dem 01.03.1998 nicht mehr beihilfefähig (§ 6 Abs. 3 Nr. 1 BhVO). Nur in eng begrenzten Ausnahmefällen besteht weiterhin ein Beihilfeanspruch für Wahlleistungen nach dem bisherigen Recht - gemäß § 18 Abs. 2 BhVO – Übergangsregelung.

Unmittelbar (im Regelfall innerhalb von 14 Tagen) im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung notwendige stationäre oder teilstationäre Leistungen der Rehabilitation (Anschlussrehabilitation/AHB) in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung sind gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 6 bzw. § 10 Abs. 1 BhVO beihilfefähig. Vor Beginn der AHB sollte jedoch bei der Beihilfekasse unter Beifügung der Feststellungen des behandelnden Krankenhausarztes eine Kostenübernahmeerklärung – mit weiteren Abrechnungsinformationen – angefordert werden.



- 6.9 Vorübergehende häusliche Krankenpflege bzw. Kurzzeitpflege (§ 9 Abs. 1 Nr. 7/7a BhVO)**  
 Die Aufwendungen für eine vorübergehende häusliche Krankenpflege (überwiegend Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung) durch Berufspflegekräfte bzw. vom Arzt schriftlich für geeignet erklärte Ersatzpflegekräfte sind der Höhe nach begrenzt beihilfefähig, wenn die Notwendigkeit und Art und Dauer sowie die tägliche Stundenzahl von einem Arzt schriftlich bescheinigt wird.
- Bei einer Krankenpflege durch nahe Angehörige können in der Regel nur Fahrtkosten beihilfefähig sein.
- Eine Kurzzeitpflege entsprechend § 42 SGB XI in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen, wenn die Notwendigkeit der Kurzzeitpflege ärztlich bescheinigt wurde, die häusliche Krankenpflege nach Nummer 7 nicht ausreichend ist und keine Pflegebedürftigkeit der Pflegegrade 2 bis 5 vorliegt.
- 6.10 Familien- und Haushaltshilfen (§ 9 Abs. 1 Nr. 8 BhVO)**  
 Unter bestimmten eng umschriebenen Voraussetzungen sind die Kosten für eine Familien- und Haushaltshilfe zur notwendigen Weiterführung des Haushaltes bis zur Höhe des gesetzlichen Mindestlohns, höchstens acht Zeitstunden täglich, beihilfefähig, wenn
- die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person wegen ihrer krankheitsbedingten notwendigen außerhäuslichen Unterbringung oder wegen Todes den Haushalt nicht weiterführen kann,
  - im Haushalt mindestens eine beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person (§ 3 Absatz 1) verbleibt, die pflegebedürftig ist oder das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
  - keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt, gegebenenfalls auch an einzelnen Tagen, weiterführen kann,
  - die sonst den Haushalt führende beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Person, ausgenommen Alleinerziehende, nicht oder nur geringfügig erwerbstätig ist, oder, wenn
  - ein nach ärztlicher Bescheinigung an sich erforderlicher stationärer Krankenhausaufenthalt durch eine Familien- oder Haushaltshilfe vermieden wird;
- Die Buchstaben a bis e gelten auch für die ersten sieben Tage nach Ende einer außerhäuslichen Unterbringung; die Aufwendungen im Todesfall der haushaltsführenden Person (Buchstabe a) sind höchstens für sechs Monate, in Ausnahmefällen für zwölf Monate nach dem Todesfall beihilfefähig; Nummer 7 Halbsatz 3 gilt entsprechend; werden anstelle der Beschäftigung einer Familien- und Haushaltshilfe Kinder unter zwölf Jahren oder pflegebedürftige berücksichtigungsfähige oder selbst beihilfeberechtigte Angehörige in einem Heim oder in einem fremden Haushalt untergebracht, sind die Aufwendungen hierfür bis zu den sonst notwendigen Kosten einer Familien- und Haushaltshilfe beihilfefähig; die Kosten für eine Unterbringung im Haushalt einer der in Nummer 7 Halbsatz 3 genannten Personen sind, mit Ausnahme notwendiger Fahrtkosten bis zu 36,00 € täglich, nicht beihilfefähig.
- 6.11 Fahrtkosten (§ 9 Abs. 1 Nr. 9 BhVO)**  
 Aus Anlass einer Krankheit sind unter eng begrenzten Voraussetzungen beispielsweise folgende Aufwendungen für Fahrten beihilfefähig:
- Fahrten im Zusammenhang mit stationär erbrachten Leistungen,
  - Rettungsfahrten zum Krankenhaus,
  - Fahrten zu ambulanten Krankenhausbehandlungen,
  - Fahrten zu ambulanten Behandlungen nur in besonderen Ausnahmefällen.
- Beihilfefähig sind dabei die Fahrtkosten bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Verkehrsmittel. Höhere Fahrtkosten sind nur dann beihilfefähig, wenn sie unvermeidbar waren; bei Benutzung eines privaten Pkw gelten **die Kilometersätze sowie der Höchstbetrag von 130 EUR nach dem BRKG**.
- 6.12 Künstliche Befruchtung und Sterilisation (§9 Abs. 1 Nr. 13/13a/14 BhVO)**  
 Aus Anlass einer Krankheit sind Aufwendungen für eine künstliche Befruchtung einschließlich der hierfür notwendigen Arzneimittel entsprechend den Regelungen des Sozialgesetzbuch V beihilfefähig. Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit erfolgt auf der Grundlage eines Behandlungsplans, der bei der Beihilfekasse angefordert werden kann. Die notwendigen Aufwendungen sind in voller Höhe beihilfefähig. Die Zuordnung der Aufwendungen erfolgt nach dem Verursacherprinzip. Die Paare müssen nicht verheiratet sein.
- Kryokonservierung von Ei- oder Spermazellen oder von Keimzellgewebe sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind unter sehr eng begrenzten Voraussetzungen beihilfefähig.
- Aufwendungen für eine Sterilisation sind nur dann beihilfefähig, wenn diese aufgrund einer Krankheit erforderlich ist.

6.13	<p><b>Ambulante neuropsychologische Behandlungen (§ 9 Abs. 1 Nr. 19 BhVO)</b> Eine ambulante neuropsychologische Behandlung ist unter gewissen medizinischen Voraussetzungen und der Voraussetzung, dass die Behandlung durch Fachärzte mit einer unter § 9 Abs. 1 Nr. 19 BhVO aufgezählten Fachrichtung durchgeführt wird, beihilfefähig.</p>
6.14	<p><b>Übergangspflege im Krankenhaus (§ 9a BhVO)</b> Können im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der Kurzzeitpflege, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden, sind Leistungen der Übergangspflege (§ 39e SGB V) in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erfolgt ist, beihilfefähig. Die Übergangspflege im Krankenhaus umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die Aktivierung, die Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassungsmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung. Ein Anspruch auf Übergangspflege im Krankenhaus besteht für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung. Das Vorliegen der Voraussetzungen einer Übergangspflege ist vom Krankenhaus im Einzelnen nachprüfbar zu dokumentieren.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Übergangspflege berechnete Wahlleistungen (z. B. bessere Unterkunft oder Chefarztbehandlung) sind nicht beihilfefähig.</p>
6.15	<p><b>Rehabilitationseinrichtung (§ 10 BhVO)</b> Im Rahmen einer von der Beihilfekasse vor Behandlungsbeginn anzuerkennenden Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung des Beihilfeberechtigten bzw. eines seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen sind insbesondere folgende Aufwendungen beihilfefähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ärztliche und zahnärztliche Leistungen, Medikamente, Heilbehandlungen,</li> <li>– Unterkunft, Verpflegung und Pflege für in der Regel höchstens 3 Wochen bis zur Höhe des objektiv niedrigsten Satzes der Rehabilitationseinrichtung,</li> <li>– Fahrtkosten,</li> <li>– Kurtaxe und ärztlicher Schlussbericht.</li> </ul> <p>Das Gutachterverfahren ist ab dem 06.09.2024 entfallen. Antragsvordrucke können bei der Beihilfefestsetzungsstelle angefordert oder im Internet auf der Seite <a href="http://www.vak-sh.de">www.vak-sh.de</a> abgerufen werden. Zur Beihilfefähigkeit einer in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführten Anschlussrehabilitation (AHB) verweisen wir auf 6.8 Absatz 5.</p>
6.16	<p><b>Heilkur (§ 11 BhVO)</b> Aufwendungen für Heilkuren zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit sind nur bei aktiven Beamten mit Dienst-, Amts- oder Anwärterbezügen beihilfefähig. Die vorherige Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Beihilfefestsetzungsstelle ist unbedingt erforderlich. Beihilfefähig sind die Aufwendungen wie bei einem Rehabilitationsaufenthalt, für Unterkunft und Verpflegung für höchstens 3 Wochen. Der Höchstbetrag beträgt jedoch 16 EUR täglich, soweit die Aufwendungen über 12,50 EUR hinausgehen. Eine Verlängerung ist nicht möglich.</p> <p>Werden der Abrechnung mit Sozialleistungsträgern ausgehandelte Pauschalpreise für die Behandlung sowie Unterkunft und Verpflegung zugrunde gelegt, können diese als beihilfefähig anerkannt werden.</p> <p>Das Gutachterverfahren ist ab dem 06.09.2024 entfallen. Nach vorheriger Anerkennung durch die Beihilfekasse kann zu Aufwendungen für in der Regel stationär in Einrichtungen des Müttergenesungswerks durchzuführende Mutter/Vater-Kind-Kuren für die jeweils aus medizinischer Sicht kurbedürftigen Personen eine Beihilfe gewährt werden. Die Höhe der Beihilfeleistungen entspricht den vorstehenden Ausführungen.</p> <p>Antragsvordrucke für die Anerkennung geplanter Heilkuren, Mutter-/Vater-Kind-Kuren können bei der Beihilfekasse angefordert werden.</p>
6.17	<p><b><u>Pflege</u></b></p> <p><b>6.17.1 Pflegeneustrukturierung (PSG I-III) und beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§ 12 BhVO)</b> Ab dem 1. Januar 2017 wurde der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert. Pflegebedürftig sind nunmehr Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf die Hilfe anderer angewiesen sind.</p> <p>Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) wurde daher ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit verbunden ein neues Begutachtungsinstrument definiert und eingeführt. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen einerseits und mit kognitiven und psychischen Einschränkungen (z.B. Demenz) andererseits ist hierdurch weggefallen. Die Inhalte des neuen Begutachtungsinstruments ergeben sich aus den §§ 14 und 15 einschließlich der Anlagen 1 und 2 zu § 15 und § 18 SGB XI.</p> <p>Statt einer Zuordnung zu drei Pflegestufen wird ab dem 1. Januar 2017 eine Zuordnung zu fünf Pflegegraden</p>

vorgenommen. Eine Unterscheidung zwischen Einstufungen mit oder ohne eingeschränkte Alltagskompetenz bzw. die Berücksichtigung eines Pflegeverhältnisses als Härtefall entfällt, da die zu berücksichtigten Elemente für die Beurteilung der Selbständigkeit bei der Bemessung des Grades der Pflegebedürftigkeit enthalten sind.

Um den Grad der Selbständigkeit bemessen zu können, wird das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten nach pflegeschlüssigen begründeten Kriterien in sechs Bereichen (Module) untersucht. Dabei sind bisherige Zeitorientierungswerte nicht mehr relevant. Von Bedeutung ist, in welchem Umfang die jeweilige Fähigkeit vorhanden ist.

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte.

Zur Ermittlung des Pflegegrades werden die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul addiert und -unterschiedlich gewichtet- in Form einer Gesamtpunktzahl abgebildet. Die Addition der Gesamtpunktzahl ergibt die Zuordnung zum maßgeblichen Pflegegrad.

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
 Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
 Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
 Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten  
 Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz erfolgt jeweils auf Grundlage des zum Zeitpunkt der Antragstellung geltenden Rechts.

#### Leistungen bei Pflegegrad 1:

Die Leistungen des Pflegegrades 1 umfassen gemäß § 28 a SGB XI:

1. Pflegeberatung gemäß der §§ 7 und 7a SGB XI
2. Beratung in der eigenen Häuslichkeit gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI
3. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen gemäß § 38a SGB XI
4. Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 1 bis 3 und Absatz 5 SGB XI
5. Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfeldes (bis zu 4.180 €)
6. Zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 43b SGB XI
7. Entlastungsbetrag in Höhe von 131 EUR monatlich gemäß § 45 b SGB XI (vorher: Zusätzliche Betreuung- und Entlastungsleistungen mit dem Grundbetrag 104 EUR oder dem erhöhten Betrag 208 EUR). Im Pflegegrad 1 kann der Entlastungsbetrag ausnahmsweise auch für Sachleistungen durch den Pflegedienst (Grundpflege) eingesetzt werden.
8. In vollstationärer Pflege wird ein Zuschuss von 131 EUR geleistet.
9. Zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit und kurzfristiger Arbeitsverhinderung gemäß § 44 a SGB XI

#### Leistungen im Überblick

Pflegegrade	Geldleistung (Pflegegeld) -ambulant- in Euro	Sachleistung (Berufspflege) -ambulant- in Euro	Entlastungsbetrag -ambulant- in Euro	Vollstationäre Pflege Leistungsbetrag -stationär- in Euro
Pflegegrad 1	0	0	131	131
Pflegegrad 2	347	796	131	805
Pflegegrad 3	599	1.497	131	1.319
Pflegegrad 4	800	1.859	131	1.855
Pflegegrad 5	990	2.299	131	2.096

#### 6.17.2 Beihilfefähige Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit (§12 BhVO)



Bei dauernder Pflegebedürftigkeit sind die Aufwendungen für die häusliche Pflege, für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege und für vollstationäre Pflege nach Maßgabe der §§ 12 a bis c BhVO beihilfefähig.

Neben den Pflegeleistungen ist eine lt. ärztlicher Verordnung notwendige Behandlungspflege beihilfefähig; in den Bereichen der Kurzzeit-, teilstationären- und vollstationären Pflege werden Aufwendungen für die Behandlungspflege bereits durch die vorgesehenen Pflegepauschalen mit abgedeckt.

Eine Beihilfe wegen dauernder Pflegebedürftigkeit wird nur gewährt, wenn der zu pflegenden Person ein Pflegegrad zuerkannt ist. Die Feststellungen hierzu werden auch für den Beihilfebereich verbindlich von der privaten oder sozialen Pflegekasse vorgenommen. Dauernde Pflegebedürftigkeit und Änderungen hierzu sind folglich durch den Leistungsbescheid der Pflegekasse gegenüber der Beihilfekasse nachzuweisen.

Zu Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes und zu Aufwendungen einer ambulant betreuten Wohngruppe können Beihilfen gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung nachweislich Zuschüsse hierzu gewährt hat.

Ab dem 1. Januar 2017 haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in häuslicher Pflege gemäß § 45b SGB XI einen Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder vergleichbar Nahestehender. Die Aufwendungen werden künftig durch einen **Entlastungsbetrag** in Höhe von 131 EUR pro Kalendermonat abgebildet.

### 6.17.3 **Häusliche Pflege durch Pflegefachkräfte (§ 12 a Abs. 1 BhVO/ § 36 SGB XI)** **(Ansprüche auf Pflegesachleistungen für Häusliche Pflege)**

Die häusliche Pflegehilfe wurde aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs neu definiert. Häusliche Pflege umfasst demnach körperbezogene Pflegemaßnahmen und pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung. Die häusliche Pflegehilfe ist auch beihilfefähig, wenn Pflegebedürftige nicht in ihrem eigenen Haushalt – mit Ausnahme in einer vollstationären Einrichtung oder einer Einrichtung im Sinne des § 71 Absatz 4 SGB XI - gepflegt werden.

Die häusliche Pflege muss durch geeignete Pflegekräfte durchgeführt werden, die in einem Vertragsverhältnis zur Pflegekasse oder zu einer ambulanten Pflegeeinrichtung stehen. Mit dieser muss ein Versorgungsvertrag geschlossen worden sein.

Aufwendungen für eine häusliche Pflege durch geeignete Pflegekräfte sind ab dem 1. Januar 2017 je nach dem von der Pflegekasse festgestellten Pflegegrad beihilfefähig bis zu monatlich

Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	796 €
Pflegegrad 3	1.497 €
Pflegegrad 4	1.859 €
Pflegegrad 5	2.299 €.

In einigen „Altfällen“ kann weiterhin in Anlehnung an die durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft eine über die Pauschale hinaus gehende Beihilfe gewährt werden; Übergangsregelung gemäß § 18 Absatz 1 BhVO: Dies gilt nur, wenn und solange Verträge mit Berufspflegekräften, die bis zum 30.07.2010 abgeschlossen waren, ununterbrochen fortbestehen. Die Feststellungen hierzu werden von der Verwaltung automatisch getroffen.

Pflegesachleistungen können auch mit Pflegegeld kombiniert werden. (Kombinationspflege)

Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird zu den Pflegekosten in wertmäßig gleicher Höhe eine Beihilfe gewährt.

### 6.17.4 **Häusliche Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 12 a Abs. 2 BhVO/ § 37 SGB XI)** **(Pflegegeld für Häusliche Pflege)**

Der Anspruch setzt voraus, dass die pflegebedürftige Person mit dem Pflegegeld die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung in geeigneter Weise eigenständig sicherstellt. Das Pflegegeld kann in Anspruch genommen werden, wenn z.B. Angehörige oder Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Das Pflegegeld kann auch mit Pflegesachleistungen kombiniert werden.

Bei einer häuslichen Pflege durch selbst beschaffte Pflegehilfen sind ab dem 1. Januar 2017 entsprechend den Pflegegraden monatlich höchstens folgende Pauschalen beihilfefähig (Pauschalhilfe):

Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	347 €
Pflegegrad 3	599 €
Pflegegrad 4	800 €
Pflegegrad 5	990 €

Besteht der Anspruch nicht für einen vollen Kalendermonat, ist die Pauschale nach Satz 1, mit Ausnahme des

Monats, in dem die oder der Pflegebedürftige gestorben ist, entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer Aufnahme in einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung im Sinne des § 107 Absatz 2 SGB V wird für die ersten vier Wochen die Pauschale nach Absatz 1 und nach Satz 2 nicht gekürzt.

Ein aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung zustehendes Pflegegeld und entsprechende Leistungen aufgrund sonstiger Rechtsvorschriften sind auf die Pauschalbeihilfe anzurechnen.

Wird von der Pflegekasse festgestellt, dass die Pflegeperson aufgrund ihrer Pflege Tätigkeit rentenversicherungspflichtig ist (§ 44 SGB XI), werden die Versicherungsbeiträge von der Pflegekasse und der Beihilfefeststellungsstelle anteilig getragen.

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen nach § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB XI, zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit nach § 44 a SGB XI sowie Pflegeunterstützungsgeld bei kurzzeitiger Arbeitsverhinderung einschließlich der damit verbundenen Leistungen zur sozialen Sicherung sind beihilfefähig.

6.17.6

#### **Verhinderungspflege (§ 12 a Abs. 4 BhVO/ § 39 SGB XI)**

Befindet sich die private Pflegeperson im Urlaub oder ist sie durch Krankheit vorübergehend an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegeversicherung die anteiligen Kosten einer Ersatzpflege; Aufwendungen für die notwendige Ersatzpflege sind je Kalenderjahr bis 1.685,00 € beihilfefähig. Eine Änderung aus dem Pflegeneustrukturierungsgesetz ist im Bereich der Verhinderungspflege nicht zu verzeichnen. Der Anspruch besteht jedoch nur für die Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrads 1 haben keinen Anspruch auf Verhinderungspflege.

Seit dem 01.01.2015 ist unverändert eine Ersatzpflege bis zu sechs Wochen (42 Kalendertage) pro Kalenderjahr möglich. Außerdem kann bis zu 50 % des Leistungsbetrags für Kurzzeitpflege künftig zusätzlich für Verhinderungspflege ausgegeben werden. Verhinderungspflege kann dadurch auf maximal 150% des bisherigen Betrags ausgeweitet werden.

Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Kurzzeitpflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Verhinderungspflege um bis zu 843 € (50 % des Höchstsatzes für Kurzzeitpflege) erhöht werden. In diesen Fällen können Aufwendungen in Höhe von bis zu 2.528 € als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag für Kurzzeitpflege.

Eine Erhöhung des beihilfefähigen Höchstbetrags der Verhinderungspflege ist ausgeschlossen, wenn die Verhinderungspflege durch Pflegepersonal sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grade verwandt oder verschwägert sind **und** die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben.

6.17.6

#### **Kombinationspflege (§ 12 a Abs. 5 BhVO)**

Nimmt die pflegebedürftige Person häusliche Pflege nach Absatz 1 nur teilweise in Anspruch, ist daneben eine anteilige Pflegepauschale nach Absatz 2 beihilfefähig, sofern die Pflegeversicherung Kombinationsleistungen (§ 38 SGB XI) erbringt. Die Pflegepauschale nach Absatz 2 wird um den Prozentsatz vermindert, in dem die pflegebedürftige Person beihilfefähige Aufwendungen nach Absatz 1 geltend macht. Die hinsichtlich des Verhältnisses der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege nach den Absätzen 1 und 2 gegenüber der Pflegeversicherung getroffene Entscheidung ist für die Festsetzungsstelle bindend. Anteiliges Pflegegeld wird während einer Kurzzeitpflege für bis zu acht Wochen und während einer Verhinderungspflege für bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr in Höhe der Hälfte der vor Beginn der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege geleisteten Höhe fortgewährt. Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

6.17.7

#### **Entlastungsbetrag (§ 12 a Abs. 6 BhVO / § 45b SGB XI)**

Pflegebedürftige der Pflegegrade 1 bis 5 in häuslicher Pflege haben ab dem 1. Januar 2017 einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 131 Euro monatlich.

Der Betrag dient der Erstattung von Aufwendungen in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen

1. der Tages- und Nachtpflege
2. der Kurzzeitpflege
3. der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht für Leistungen körperbezogener Pflegemaßnahmen)
4. der anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI (vorher niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote)

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn für die Finanzierung dieser Leistungen Mittel der Verhinderungspflege angesetzt werden.

Dieser Entlastungsbetrag ersetzt den bis zum 31.12.2016 geltenden Anspruch auf Erstattung von Aufwendungen für Betreuungs- und Entlastungsleistungen und ist im Wesentlichen gleich ausgestattet. Die Aufwendungen können innerhalb eines Kalenderjahres geltend gemacht werden. Nicht im Kalenderjahr ausgeschöpfte Erstattungsansprüche können in das folgende Kalenderjahr übertragen werden.

Im Rahmen des Dritten Pflegestärkungsgesetzes wurden mit § 144 Absatz 3 SGB XI neue Überleitungsregelungen für den Entlastungsbetrag beschlossen. Sofern Versicherte im Zeitraum 01.01.2015 bis 31.12.2016 die Anspruchsvoraussetzungen für den Entlastungsbetrag erfüllten und auch ab dem 01.01.2017 die Anspruchsvoraussetzungen erfüllen, so können die Versicherten die nicht genutzten Leistungsbeträge aus dem Entlastungsbetrag des Zeitraums 01.01.2015 bis 31.12.2016 bis zum 31.12.2018 zum Bezug von Leistungen aus dem Entlastungsbetrag einsetzen. Eine nachträgliche Erstattung ist auf Antrag möglich.

In Fällen des § 45 b SGB XI (erhöhter Betrag 208 EUR) kann gemäß § 141 SGB XI ein besonderer Besitzstand greifen. Pflegebedürftige, die bis zum 31.12.2016 den erhöhten Betrag von 208 EUR erhalten, werden in der Regel nur noch einen Betrag von 131 EUR monatlich erhalten, wenn sie nicht als Härtefall der Pflegestufe III mit eingeschränkter Alltagskompetenz eingestuft waren. In diesen Fällen wird die Differenz von 77 € auf dem Wege der Besitzstandswahrung erstattet. Mit Ausnahme des vorgenannten Falles wird der Differenzbetrag durch den höheren Anteil an Pflegegeld als auch aus Mitteln der Sachleistung bzw. Tagespflege finanziert. Pflegebedürftige haben hierdurch keine Einbußen zu befürchten. Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wurde der Anspruch für Bezieher von Hilfe für Pflege (u.a. nach dem SGB XII, Lastenausgleich, Reparationsschäden, Kriegsofferfürsorge) konkretisiert. Danach darf der Differenzbetrag in Höhe von 77 € bei Absenkung der Leistungen aus dem Entlastungsbetrag nicht auf Fürsorgeleistungen für Pflege angerechnet werden.

6.17.8

#### **Angebote zur Unterstützung im Alltag (Umwandlungsanspruch des ambulanten Sachleistungsbetrags (§ 45a Absatz 4 SGB XI))**

Die bisherigen niedrighschwelligigen Betreuungs- und Entlastungsangebote wurden umbenannt in Angebote zur Unterstützung im Alltag. Ab dem 1. Januar 2017 sind diese Angebote unterteilt in Betreuungsangebote (z.B. Tages- und Einzelbetreuung), Angebote zur Entlastung im Alltag und Angebote zur Entlastung von Pflegenden (z.B. durch Pflegebegleiter). Ein Anspruch besteht für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5.

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad 2 können eine Kostenerstattung zum Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag unter Anrechnung auf ihren Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 erhalten, soweit für den entsprechenden Leistungsbetrag nach § 36 in dem jeweiligen Kalendermonat keine ambulanten Pflegesachleistungen bezogen wurden. Der hierfür verwendete Betrag darf je Kalendermonat 40 Prozent des nach § 36 für den jeweiligen Pflegegrad vorgesehenen Höchstleistungsbetrags nicht überschreiten. Zur Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 bedarf es keiner vorherigen Antragstellung. Die Anspruchsberechtigten erhalten die Kostenerstattung nach Satz 1 bei Beantragung der dafür erforderlichen finanziellen Mittel von der zuständigen Pflegekasse oder dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen sowie im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von der Beihilfefestsetzungsstelle gegen Vorlage entsprechender Belege über Eigenbelastungen, die ihnen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Leistungen der Angebote zur Unterstützung im Alltag entstanden sind. Die Vergütungen für ambulante Pflegesachleistungen nach § 36 sind vorrangig abzurechnen. Im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 gilt die Erstattung der Aufwendungen nach Satz 1 als Inanspruchnahme der dem Anspruchsberechtigten nach § 36 Absatz 3 zustehenden Sachleistung. Ist vor der Auszahlung der Kostenerstattung nach Satz 1 für den jeweiligen Kalendermonat bereits mehr Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld an den Pflegebedürftigen ausgezahlt worden, als er nach Berücksichtigung des Betrags der zu erstattenden Aufwendungen beanspruchen kann, wird der Kostenerstattungsbetrag insoweit mit dem bereits ausgezahlten Pflegegeldbetrag verrechnet. Beziehen Anspruchsberechtigte die Leistung nach Satz 1, findet § 37 Absatz 3 bis 5 und 7 bis 9 Anwendung; § 37 Absatz 6 findet mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, dass eine Kürzung oder Entziehung in Bezug auf die Kostenerstattung nach Satz 1 erfolgt. Die Inanspruchnahme der Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags nach Satz 1 und die Inanspruchnahme des Entlastungsbetrags nach § 45b erfolgen unabhängig voneinander.

6.17.9

#### **Teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege (§ 12 b Abs. 2 BhVO) und Kurzzeitpflege (§ 12 b Abs. 6,7,8 BhVO)**

Unter Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Versorgung) versteht man die zeitweise Betreuung im Tagesverlauf in einer Pflegeeinrichtung. Seit dem 1. Januar 2015 können die Leistungen der Tages- und Nachtpflege neben der ambulanten Pflegsachleistung/dem Pflegegeld oder Kombinationsleistungen in vollem Umfang in Anspruch genommen werden. Eine Anrechnung auf die Ansprüche erfolgt nicht mehr.

Notwendige teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege ist einschließlich der Behandlungspflege im Rahmen folgender Höchstbeträge beihilfefähig:

Pflegegrad 1	0 €
Pflegegrad 2	721 €
Pflegegrad 3	1.357 €
Pflegegrad 4	1.685 €
Pflegegrad 5	2.085 €

**Kurzzeitpflege**

Aufwendungen für eine unter bestimmten Voraussetzungen zeitweise notwendige Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung (Kurzzeitpflege) sind bis zu 1.854 EUR im Kalenderjahr beihilfefähig. Werden die beihilfefähigen Höchstbeträge für Verhinderungspflege nicht ausgeschöpft, kann der beihilfefähige Höchstbetrag der Kurzzeitpflege um bis zu 1.685 EUR (100% des Höchstsatzes für Verhinderungspflege) erhöht werden. In diesen Fällen können entsprechende Aufwendungen in Höhe von bis zu 3.539 € je Kalenderjahr als beihilfefähig anerkannt werden. Der in Anspruch genommene erhöhte beihilfefähige Betrag vermindert entsprechend den beihilfefähigen Höchstbetrag der Verhinderungspflege.

Die Aufwendungen für Kurzzeitpflege in geeigneten Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 12 b Abs. 6 BhVO) werden für alle zu Hause gepflegten Beihilfeberechtigten und berücksichtigungsfähigen Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als beihilfefähig anerkannt.

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz wurde der Besitzstandsschutz für Pflegebedürftige in Kurzzeitpflege ausgeweitet. Für Pflegebedürftige, die am 31. Dezember 2016 Leistungen der Kurzzeitpflege erhalten haben, gilt der am 31. Dezember 2016 gezahlte Pflegesatz für die Dauer der Pflege fort. Wechseln Pflegebedürftige ohne Unterbrechung des Heimaufenthalts von der am 31. Dezember 2016 bestehenden Kurzzeitpflege in die vollstationäre Pflege ist der Besitzstandsschutz analog der Überleitungsregelungen für die vollstationäre Pflege zu berücksichtigen.

6.17.10

**Vollstationäre Pflege in zugelassenen Pflegeeinrichtungen (§ 12 c BhVO/ § 43 SGB XI)**

Bei der vollstationären Pflege in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung sind die nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit entstehenden pflegebedingten Aufwendungen beihilfefähig. Beihilfefähig sind in den Pflegegraden die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die medizinische Behandlungspflege bis zu folgendem Pauschalbetrag:

Pflegegrad 1	131 € (Zuschuss)
Pflegegrad 2	805 €
Pflegegrad 3	1.319 €
Pflegegrad 4	1.855 €
Pflegegrad 5	2.096 €

Zusätzlich wird ein Leistungszuschlag nach den Maßgaben des § 43c SGB XI zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen gewährt.

Ab dem 1. Januar 2017 wird für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) am Pflegesatz ermittelt. Da der Eigenanteil vom Pflegegrad unabhängig ist und nicht mehr aufgrund der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt, wird verhindert, dass eine Höherstufung zu höheren Restkosten für die Pflegebedürftigen in Pflegeheimen führt. Vom einrichtungseinheitlichen Eigenanteil sind ausschließlich die Pflegeaufwendungen und nicht die Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investition umfasst.

Privatpflegeversicherte erhalten die Beihilfe nach dem jeweiligen Bemessungssatz. Beihilfeberechtigte, die bei einer sozialen Pflegekasse versichert sind und von dieser gemäß § 28 Abs. 2 SGB XI die gesetzlichen Pflegeleistungen zur Hälfte erhalten, wird ergänzend hierzu eine Beihilfe in Höhe der gezahlten Kassenleistungen gewährt.

Zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einschließlich der Investitionskosten wird keine Beihilfe gewährt. Übersteigen die Kosten hierfür abzüglich des ggf. gewährten Pflegewohngeldes einen nach der Höhe des Einkommens und der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Angehörigen gestaffelten Eigenanteil des Bruttoeinkommens des Beihilfeberechtigten bzw. des Bruttoehgatteneinkommens, wird der übersteigende Betrag jedoch als Beihilfe gezahlt. Es werden nur Aufwendungen bis insgesamt 1.600 € berücksichtigt.

Verbleiben unter Berücksichtigung der Beihilfe- und Pflegeversicherungsleistungen ungedeckte Aufwendungen aus der Pflege und der Unterbringung, ist ein gemeinsamer Eigenanteil dieser Aufwendungsarten nach Maßgabe des Absatzes 2 zu berechnen. Die den Eigenanteil überschreitenden Aufwendungen werden zur Sicherstellung der amtsangemessenen Lebensführung als ergänzende Beihilfe gezahlt. (§ 12 c Abs. 3 BhVO)

6.17.11

**Aufwendungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI)**

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.





**6.20 Beihilfefähige Aufwendungen bei Geburt (§ 15 BhVO)**  
Zusätzlich zu entsprechenden krankheitsbedingten Aufwendungen (Untersuchungen, Arznei- und Verbandmittel etc.) sind die Aufwendungen für die Schwangerschaftsüberwachung, für die Hebamme bzw. den Entbindungspfleger, für eine Haus- und Wochenpflegekraft bei einer Haus- oder ambulanten Entbindung beihilfefähig.

**6.21 Beihilfen nach dem Tod des Beihilfeberechtigten (§ 5 Abs. 4 BhVO)**  
Der hinterbliebene Ehegatte/eingetragene Lebenspartner, die leiblichen Kinder, Adoptivkinder oder die zur Verwaltung des Nachlasses berufene Person eines verstorbenen Beihilfeberechtigten erhalten nach den vor dem Tod bestehenden Verhältnissen Beihilfen zu den bis zu dessen Tod entstandenen beihilfefähigen Aufwendungen.  
Abweichend hiervon erhält derjenige die Beihilfen mit befreiender Wirkung, der die Aufwendungen zuerst geltend gemacht und belegt hat

## 7. Begrenzung der Beihilfen (§ 8 BhVO)

Die Beihilfe darf zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, einer Pflegeversicherung, aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Vereinbarungen die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen. Die Begrenzung der Beihilfe erfolgt je Beleg. (100%-Begrenzung)

## 8. Selbstbehalt gemäß § 16 BhVO

Die errechnete Beihilfe wird je Kalenderjahr, in dem die Aufwendungen entstanden sind, um folgenden besoldungsgruppenabhängigen Selbstbehalt gekürzt:

Stufe	Besoldungsgruppen	Entgeltgruppen	Betrag
1	A 10 und A 11	10 – 11	160,00 EUR
2	A 12 bis A 15, B 1	12 – 15	250,00 EUR
3	A 16, B 2 und B 3	15 Ü	400,00 EUR
4	B 4 bis B 7		550,00 EUR
5	Höhere Besoldungsgruppen		710,00 EUR

Bei Empfängern von Mindestversorgungsbezügen ist die letzte Besoldungsgruppe maßgeblich. Bei Teilzeitbeschäftigung werden die Beträge im gleichen Verhältnis wie die verminderte Arbeitszeit zur regelmäßigen Arbeitszeit vermindert. Bei Altersteilzeit gilt dies entsprechend.

Die Selbstbehalte dürfen 1 % des jeweiligen jährlichen Grundgehalts/Ruhegehalts nicht übersteigen. Die angeführten Selbstbehalte reduzieren sich für Hinterbliebene auf 40 %, für Waisen auf 10 %.

Die Beträge reduzieren sich grundsätzlich nur für jedes im Familienzuschlag tatsächlich berücksichtigte Kind um 25 EUR.

Der Selbstbehalt beträgt mindestens 50 EUR (Mindestselbstbehalt). Bei Waisen wird kein Mindestselbstbehalt einbehalten.

Für Anwärter/innen, bei Elternzeit ohne Besoldung und bei Alleinerziehenden in einer Beurlaubung ohne Besoldung zur Kinderbetreuung entfällt der Selbstbehalt. Aufwendungen bei dauernder Pflegebedürftigkeit sowie Aufwendungen bei Vorsorgemaßnahmen unterliegen nicht dem Selbstbehalt. Von Aufwendungen, die durch eine Schädigung durch Dritte entstanden sind, wird kein Selbstbehalt einbehalten.

Maßgebend sind jeweils die Verhältnisse am 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres. **Wird im Laufe eines Jahres innerhalb des Geltungsbereichs der BhVO ein Beamtenverhältnis neu begründet (auch Versetzung aus einem anderen Bundesland), ist dieser Tag maßgeblich.**

Eine Befreiung von den Selbsthalten ist nicht möglich.

<b>9. Verfahrensvorschriften (§ 5 BhVO)</b>	
9.1	<p><b>Antragstellung/Ausschlussfrist</b></p> <p>Beihilfen werden auf schriftlich oder in Textform gestellten Antrag der oder des Beihilfeberechtigten gewährt. Die Beihilfeberechtigten haben die von der zuständigen Festsetzungsbehörde herausgegebenen Formblätter zu verwenden.</p> <p>Beihilfen zu den Aufwendungen des Beihilfeberechtigten und seiner berücksichtigungsfähigen Angehörigen können nur von dem Beihilfeberechtigten selbst geltend gemacht werden. Der getrennt lebende Ehegatte des Beihilfeberechtigten und infolge der Trennung außerhalb des Haushalts des Beihilfeberechtigten lebende volljährige Kinder sind jedoch berechtigt, ihre eigenen Aufwendungen selbst geltend zu machen. Geschiedene Ehepartner sind berechtigt, Aufwendungen für im Haushalt lebende Kinder zu beantragen.</p> <p>Eine Beihilfe wird nur gewährt, wenn sie innerhalb von <b>zwei</b> Jahren nach Entstehen der Aufwendungen oder Ausstellung der Rechnung beantragt wird und wenn die mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen 100,00 Euro übersteigen. Erreichen die Aufwendungen aus zehn Monaten diese Summe nicht, wird abweichend von Satz 1 auch hierfür eine Beihilfe gewährt, wenn diese Aufwendungen 15,00 Euro übersteigen (§ 80 Abs. 2 LBG).</p> <p>Eine Beihilfe wird nur für Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Als Belege sind deutlich lesbare Kopien oder Zweitschriften einzureichen.</p> <p>Beihilfen werden auf das Konto überwiesen, auf das Dienst-, Versorgungs- und andere Bezüge gezahlt werden; Ausnahmen bedürfen der Zustimmung der Festsetzungsstelle.</p>
9.2	<p><b>Nachweise</b></p> <p>Eine Beihilfe wird nur für Aufwendungen gewährt, die durch Belege nachgewiesen sind, soweit nichts anderes bestimmt ist. Als Belege sind deutlich lesbare Kopien oder Zweitschriften einzureichen.</p> <p>Die in der GKV versicherten Beihilfeberechtigten reichen - soweit keine Behandlung auf Krankenschein erfolgte - die mit einem Kostenerstattungsvermerk der Krankenkasse versehenen Rechnungsduplikate zur Abrechnung ein. Der Kostenerstattungsvermerk muss neben dem Erstattungsbetrag auch die berücksichtigten gesetzlichen Zuzahlungen und Kostenanteile sowie Verwaltungskostenabschläge ausweisen. Aufwendungen für Zahnersatzbehandlungen und Kronen sind durch die Rechnung des Zahnarztes einschließlich des Heil- und Kostenplanes zu belegen, der auch den Krankenkassenanteil ausweisen muss. Die Material- und Laborkostenrechnung ist beizufügen.</p>
9.3	<p><b>Abschlagszahlungen</b></p> <p>Die Beihilfefestsetzungsstelle kann auf Antrag für Aufwendungen über 2.600 EUR eine Abschlagszahlung gewähren. Gleiches gilt, wenn ohne eine Vorauszahlung die medizinische Behandlung nicht durchgeführt werden würde.</p> <p>Antragsvordrucke können bei der Beihilfefestsetzungsstelle angefordert werden.</p>

**Mit freundlichen Grüßen**  
**Ihre Beihilfekasse**