



Häusliche Pflege

Stand: 07/2024

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen zur Beihilfefähigkeit von ambulanten häuslichen Pflegeleistungen geben.

Die rechtliche Grundlage bilden §§ 5, 5 a-g BVO NRW.

Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur eine begrenzte Übersicht der umfangreichen Bestimmungen geben kann.

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

Dieses Merkblatt soll Ihnen und Ihren Angehörigen helfen, die notwendigen Schritte einzuleiten, damit schnellstmöglich eine finanzielle Unterstützung zu Ihren Kosten durch Ihre Beihilfestelle erfolgen kann.





Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Pflegebedürftigkeit	3
2. Behandlungspflege	3
3. Anerkennungsverfahren und Pflegegrade	4
4. Pflegeleistungsarten	4
4.1 Pflegesachleistungen	4
4.2 Pflegegeld / Pauschalbeihilfe	5
4.3 Kombinationspflege (Kombination Pflegedienst und Pflegegeld)	5
4.4 Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)	6
4.5 Kurzzeitpflege	7
4.6 Ersatzpflege (Verhinderungspflege)	7
5. Pflegehilfsmittel	8
6. Verbesserung des Wohnumfeldes	8
7. Soziale Sicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen	8
8. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag	9
9. Ambulant betreute Wohngruppen	9
10. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1	9
11. Versorgung Pflegebedürftiger bei Rehabilitationsleistung der Pflegeperson ...	10
12. Antragsfristen	101



1. Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig 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**, bestehen.

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

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

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

2. Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfasst medizinische Hilfeleistungen wie z.B. Verbandswechsel, Injektionen, Einreibungen, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen etc..

Sie wird aufgrund ärztlicher Verordnung durch Berufspflegekräfte durchgeführt. Die Kosten hierfür werden von der Krankenversicherung -nicht von der Pflegeversicherung- im zustehenden Rahmen getragen. Im Bereich der Beihilfe gelten sie ebenfalls als Krankheitskosten.



3. Anerkennungsverfahren und Pflegegrade

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

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

Sobald dieser Bescheid der Beihilfestelle vorliegt, kann hinsichtlich der Beihilfezahlung zu den Pflegeaufwendungen entschieden werden.

Bitte beachten Sie, dass auch eventuelle **Änderungsbescheide der Pflegeversicherung der Beihilfestelle vollständig** zuzuleiten sind.

Einwendungen gegen die Einstufung in einen bestimmten Pflegegrad sind grundsätzlich an die Pflegeversicherung zu richten.

Mitglieder einer sozialen Pflegekasse

müssen ihrer Kasse mitteilen, dass bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen besteht.

Eine Bescheinigung über das Bestehen eines Beihilfeanspruchs stellt Ihre Beihilfestelle aus. Diese Information ist für die Kasse wichtig, da selbst beihilfeberechtigte Mitglieder im Gegensatz zu berücksichtigungsfähigen Angehörigen (z. B. Personen aus Ehe oder Lebenspartnerschaft) die aus der Pflegeversicherung zustehenden Leistungen lediglich zur Hälfte erhalten.

4. Pflegeleistungsarten

4.1 Pflegesachleistungen (Pflegedienst)

Wird im Rahmen der häuslichen Pflege die Pflege durch geeignete Pflegekräfte (Pflegefachkräfte) durchgeführt, sind die Aufwendungen ab 01.01.2024 je nach Pflegegrad monatlich bis zu folgenden Beträgen beihilfefähig:

Pflegesachleistung	
Pflegegrad	Leistung / Monat
2	761 EUR
3	1.432 EUR
4	1.778 EUR
5	2.200 EUR
Der Anspruch besteht für die Pflegegrade 2 - 5	



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

Pflegegrad 4 bis 1.000 € und
Pflegegrad 5 bis 1.995 €

beihilfefähig.

4.2 Pflegegeld / Pauschalbeihilfe

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

Pflegegeld	
Pflegegrad	Leistung / Monat
2	332 €
3	573 €
4	765 €
5	947 €
Der Anspruch besteht für die Pflegegrade 2 - 5	

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

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

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

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

4.3 Kombinationspflege (Kombination Pflegedienst und Pflegegeld)

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

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



Berechnungsbeispiel:

Ruhestandsbeamter, privat pflegeversichert 30%		
Pflegegrad		3
Rechnung für Monat		Januar
Rechnungsbetrag des Pflegedienstes		900 EUR
Wie hoch ist die zu zahlende Beihilfe für den Monat Januar?		
Höchstbetrag Pflegesachleistung		1.432 EUR
Höchstbetrag Pflegegeld		573 EUR
Ermittlung des in Anspruch genommen Prozentanteiles für den Pflegedienst		
900 € x 100 / 1432 €	verbraucht	62,85 %
100 % - 62,85 %	unverbraucht	37,15 %
Berechnung des zustehenden Pflegegeldes:		
573 EUR x 37,15 %		212,87 EUR
Für den Monat Januar sind somit als beihilfefähig anzuerkennen und als Beihilfe zu zahlen:		
Rechnung des Pflegedienstes		900 EUR
Pflegegeld		212,87 EUR
Beihilfefähiger Betrag		1.112,87 EUR
davon 70 % Beihilfe		779 EUR

4.4 Tages- und Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

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

Tages- und Nachtpflege	
Pflegegrad	Leistung / Monat
2	689 €
3	1.298 €
4	1.612 €
5	1.995 €
Der Anspruch besteht für die Pflegegrade 2 - 5	

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

Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten können allerdings im Rahmen des Entlastungsbetrages berücksichtigt werden, soweit dieser noch nicht ausgeschöpft wurde (s.a. 4.5).

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



4.5 Kurzzeitpflege

Wenn die vorübergehende Unterbringung einer dauerhaft pflegebedürftigen Person in einem Kurzzeitpflegeheim wegen Verhinderung oder Abwesenheit der Pflegeperson erforderlich wird, sind die pflegebedingten Aufwendungen bis 1774 EUR im Kalenderjahr beihilfefähig. Die Unterbringungs-, Verpflegungs- und Investitionskosten sind nicht beihilfefähig. Eine Berücksichtigung ist möglich, wenn der Entlastungsbetrag von 125,00 € monatlich nicht ausgeschöpft ist.

Die Kurzzeitpflege kann unter Anrechnung auf den für Verhinderungspflege zustehenden Leistungsbetrag um bis zu 1.612 € auf insgesamt 3.386 EUR erhöht werden, soweit Verhinderungspflege noch nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Die anteilige Pflegepauschale ist zu 50 Prozent während des gesamten Anspruchszeitraumes von 8 Wochen als beihilfefähig anzuerkennen.

4.6 Ersatzpflege (Verhinderungspflege)

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

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

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

Die anteilige Pflegepauschale ist zu 50 Prozent während des gesamten Anspruchszeitraumes von 6 Wochen als beihilfefähig anzuerkennen. Bei Pflegebedürftigen unter 25 Jahren mit Pflegegrad 4 oder 5 ist die anteilige Pflegepauschale zu 50 Prozent für bis zu 8 Wochen als beihilfefähig anzuerkennen.

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

Ausnahme: Für pflegebedürftige Personen unter 25 Jahren mit Pflegegrad 4 oder 5 steht der gesamte Betrag der Verhinderungspflege plus Kurzzeitpflege ab dem 01.01.2024 in Höhe von 3.386 EUR für die Verhinderungspflege zur Verfügung.

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



5. Pflegehilfsmittel

Aufwendungen für notwendige ärztlich verordnete Pflegehilfsmittel sind grundsätzlich in der Höhe beihilfefähig, die die Pflegeversicherung anerkannt hat. Deshalb empfiehlt es sich immer, mit der entsprechenden Rechnung auch **vollständigen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung bei der Beihilfestelle vorzulegen**.

6. Verbesserung des Wohnumfeldes

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

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

7. Soziale Sicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen

Personen, die einen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes Pflegebedürftigen

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

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

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

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

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

8. Angebote zur Unterstützung im Alltag, Entlastungsbetrag

Angebote zur Unterstützung im Alltag tragen dazu bei, Pflegepersonen zu entlasten, und helfen



Pflegebedürftigen, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und ihren Alltag weiterhin möglichst selbständig bewältigen zu können.

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

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

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

Anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag werden ab 01.07.2021 aus Mitteln für ambulante Pflegesachleistungen finanziert, die Umwandlung der Leistungen nach § 45a SGB XI (niedrigschwellige Angebote) in Pflegesachleistungen bedarf keiner vorherigen Antragstellung. Die hierfür verwendeten Mittel dürfen je Kalendermonat 40% des Höchstbetrages für Pflegesachleistungen nicht überschreiten; die Aufwendungen für ambulante Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) sind vorrangig abzurechnen.

Die Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) und die niedrigschwelligen Angebote (§ 45a SGB XI) werden bei der Kombinationspflege in einer Summe dem Pflegegeld gegenübergestellt (s. auch Nr. 4.3 Kombinationspflege).

Die Umwandlung der Leistungen nach § 45a SGB XI (niedrigschwellige Angebote) in Sachleistungen erfolgt unabhängig von der Inanspruchnahme weiterer Leistungen, die aus dem Entlastungsbetrag finanziert werden können.

9. Ambulant betreute Wohngruppen

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

10. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1

Bei Pflegegrad 1 sind folgende Leistungen vorgesehen:

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



- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

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

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

11. Versorgung Pflegebedürftiger bei Rehabilitationsleistung der Pflegeperson

Zum 01.07.2024 wurde im Elften Buch Sozialgesetzbuch XI der Paragraph 42a neu eingefügt, um die Versorgung Pflegebedürftiger bei Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen durch die Pflegeperson sicher zu stellen.

Pflegebedürftige Personen nach § 42a SGB XI Anspruch auf eine Versorgung in zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, wenn dort deren Pflegeperson gleichzeitig eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Nach § 5a Abs. 9 BVO NRW sind nun auch die in § 42a Abs. 3 SGB XI geregelten Aufwendungen für eine Versorgung der pflegebedürftigen Person beihilfefähig.

Der Umfang und die Höhe umfassen,

- die pflegebedingten Aufwendungen
- einschließlich der Aufwendungen für Betreuung,
- die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege,
- die Unterkunft und Verpflegung sowie die Übernahme der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

Pflegebedürftige haben Anspruch auf **Erstattung der erforderlichen Fahr- und Gepäcktransportkosten**, die im Zusammenhang mit der Versorgung in einer zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder vollstationären Pflegeeinrichtung entstehen.

Nach **vorheriger Antragstellung** sind ebenfalls die Kosten für:

- besondere Beförderungsmittel, deren Inanspruchnahme wegen der Art oder Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist.

erstattungsfähig.

Der Anspruch auf **Leistungen bei häuslicher Pflege** einschließlich des Pflegegeldes oder anteiligen Pflegegeldes **ruht, während** sich die Pflegeperson in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung befindet und der Pflegebedürftige ebenfalls in **einer stationären Rehabilitation** versorgt wird. (§ 42a Abs. 6 SGB XI)



Die Leistungsmitteilung der Pflegeversicherung ist gemäß § 5a Abs.9 BVO NRW für die Beihilfestelle bindend und zunächst abzuwarten.

Bitte reichen Sie daher die entsprechende Leistungsmitteilung der Pflegeversicherung zusammen mit der Rechnung bei der Beihilfestelle ein.

12. Antragsfristen

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

Eine Beihilfe kann allerdings nur gezahlt werden, wenn der Antrag innerhalb von 24 Monaten nach Entstehen der Aufwendungen, spätestens jedoch 24 Monate nach der ersten Ausstellung der Rechnung eingereicht wird (Rechtsgrundlage: § 13 Absatz 3 BVO NRW).