



Bundesversicherungsamt, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

An alle bundesunmittelbaren Pflegekassen

nachrichtlich:

Bundesministerium für Gesundheit  
Unterabteilung 41  
Herrn Dr. Martin Schölkopf  
Friedrichstr. 108  
10117 Berlin

Beauftragter der Bundesregierung für die  
Belange der Patientinnen und Patienten sowie  
Bevollmächtigter für Pflege  
Friedrichstr. 108  
10117 Berlin

Spitzenverband Bund der Pflegekassen  
Aufsichtsbehörden der Länder

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38 53113 Bonn

TEL +49 228 619 1294

FAX +49 228 619 1866

abteilung\_2@bvamt.bund.de

www.bundesversicherungsamt.de

BEARBEITER(IN) Frau Langer

20. März 2017

AZ **214-5710.0-2763/2016**

(bei Antwort bitte angeben)

## **Verwaltungshandeln der bundesunmittelbaren Pflegekassen**

### **Pauschale Zusatzzahlung nach § 18 Absatz 3b SGB XI, Auskunft und Pflegeberatung nach §§ 7, 7a SGB XI und weitere Themen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Eingaben von Versicherten und Erkenntnisse aus der Prüfpraxis veranlassen uns, zu den im Folgenden dargestellten Rechtsvorschriften klarstellende Hinweise zu geben, um deren Beachtung wir bitten.

#### **1. Pauschale Zusatzzahlung nach § 18 Absatz 3b SGB XI**

Im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist dem Antragsteller spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen (§ 18 Absatz 3 Satz 2 SGB XI). Wird diese Frist nicht eingehalten, ist die pauschale Zusatzzahlung gemäß § 18 Absatz 3b SGB XI zu leisten.

#### **a) Kein Antragserfordernis und erfasster Personenkreis**

Wie wir schon in unserem Rundschreiben vom 30. Juli 2014 (Az: 217-5720.0-79/2014, abrufbar auf der Internetseite des Bundesversicherungsamtes) unter Punkt II 3 ausgeführt haben, ist für die pauschale Zusatzzahlung ein Antrag nicht erforderlich. Es handelt sich nicht um eine der in § 28 SGB XI und § 21a SGB I benannten Leistungen der Pflegeversicherung, sondern um eine per legem entstehende Sanktionszahlung (s. a. Markus Plantholz in Klie/Krahmer/Plantholz, Kommentar zum Sozialgesetzbuch XI 4. A. 2013, Rn. 24 zu § 18 SGB XI; Koch in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, 90. EL Juni 2016, Rn. 27 zu § 18 SGB XI). Die pauschale Zusatzzahlung ist daher von Amts wegen zu zahlen, sobald der Tatbestand (Überschreiten der 25-Arbeitstage-Frist, wobei die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat) eingetreten ist.

Sie ist seit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) an alle betroffenen Antragsteller zu zahlen, auch an solche, die einen ablehnenden Bescheid erhalten haben. Ebenso ist sie an Pflegebedürftige zu zahlen, die bis zum 31. Dezember 2016 einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt und keine Pflegestufe erhalten haben, bei denen aber eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI (i.d.F. bis 31. Dezember 2016) festgestellt wurde (sog. „Pflegestufe 0“). Auch Leistungen nach § 45b SGB XI gehören nämlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung (§ 28 Absatz 1 Nummer 13 SGB XI).

#### **b) Fristbeginn**

Die Frist nach § 18 Absatz 3b Satz 1 SGB XI beginnt mit dem Eingang des (formlosen) Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung (§ 33 Absatz 1 Satz 1 SGB XI) bei der Pflegekasse. Als Antrag ist jede Willensäußerung gegenüber der Pflegekasse anzusehen, aus der hervorgeht, dass Pflegeleistungen begehrt werden (s. a. Udsching, Kommentar zum SGB XI, Rn. 4 zu § 33 SGB XI; Spickhoff, Medizinrecht, SGB XI, Rn. 3 zu § 33 SGB XI; Leitherer in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Rn. 8 zu § 33 SGB XI). Selbst eine konkludente Antragstellung ist möglich (so z. B. Baumeister in Beck'scher Online-Kommentar zum Sozialrecht, hrsg. von Rolfs/Giesen/Kreikebohm/Udsching, 42. Edition, Stand: 31. Juli 2016, Rn. 2 zu § 33 SGB XI). Bei fehlenden Angaben ist die zuständige Pflegekasse gemäß § 16 Absatz 3 SGB I verpflichtet, unverzüglich auf ggf. noch erforderliche vollständige, klare und sachdienliche Angaben hinzuwirken.

#### **c) Fristberechnung bei Krankenhausbehandlungen/Rehabilitationskuren**

Viele Pflegekassen erachten Verzögerungen, die sich durch Krankenhausaufenthalte oder Rehabilitationskuren (jeweils ohne dass die Voraussetzungen für die verkürzte Ein-Wochen-Frist nach § 18 Absatz 3 SGB XI erfüllt sind) nach Antragstellung ergeben, als Grund für einen anschließenden neuen Fristbeginn von wiederum 25 Arbeitstagen.

Dies entspricht nicht der Gesetzesintention. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei der pauschalen Zusatzzahlung nach dem Willen des Gesetzgebers um eine Sanktionszahlung (s. a. Markus Plantholz in Klie/Krahmer/Plantholz, Kommentar zum Sozialgesetzbuch XI, 4. A. 2013, Rn. 24 zu § 18 SGB XI). Sie ist nur dann nach § 18 Absatz 3b Satz 2 1. Alternative SGB XI nicht zu leisten, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat, also z.B., weil während eines nach Antragstellung erforderlichen Krankenhausaufenthaltes oder einer Rehabilitationsmaßnahme eine Begutachtung in der Häuslichkeit in dieser Zeit nicht möglich ist. Dies führt jedoch nicht dazu, dass die Frist gar nicht zu beachten ist. Vielmehr läuft die Frist nur während der Zeit des Aufenthaltes im Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung nicht. Danach beginnt dann keine neue Frist, sondern die ursprüngliche Frist wird fortgesetzt.

Beispiel:        2. Januar 2017 (= Montag): Eingang des Antrags bei der Pflegekasse  
                  13. Januar 2017 (= Freitag): Beginn Krankenhausaufenthalt  
                  31. Januar 2017 (= Dienstag): Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Frist berechnet sich wie folgt:

Fristbeginn nach § 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. § 187 Absatz 1 BGB:  
3. Januar (= Dienstag) bis 12. Januar (= Donnerstag):  
8 Arbeitstage (die anzurechnen sind)<sup>1</sup>  
13. Januar bis 31. Januar 2017: 13 Arbeitstage, in denen die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat  
Ab 1. Februar (= Mittwoch) noch 17 Arbeitstage  
Fristende nach § 26 Absatz 1 SGB X i. V. m. § 188 Absatz 1 BGB =  
23. Februar 2017 (= Donnerstag).

Die Pflegekasse hat sicherzustellen, dass die Versicherten und ihre Angehörigen sie über die Entlassung aus dem Krankenhaus oder der Rehabilitationseinrichtung im

---

<sup>1</sup> Hier ist zu beachten: In BW, BY und ST ist der 6. Januar ein gesetzlicher Feiertag und kein Arbeitstag. In diesen Bundesländern wären daher bis zum 12. Januar 2017 nur sieben Arbeitstage anzurechnen; entsprechend wäre das Fristende in diesen Ländern der 24. Februar 2017.

Rahmen ihrer Mitwirkungspflichten nach den §§ 60-62, 65 SGB I informieren. Sofern eine derartige Information nicht zeitnah erfolgt, kann sie die notwendigen Angaben von der Krankenkasse nach § 94 Absatz Nummer 4 i. V. m. § 96 Absatz 1 SGB XI einholen. Sobald der Pflegekasse die Entlassung bekannt ist, hat sie die Begutachtung durch den MDK ohne weitere Verzögerung („fristgerecht“) zu veranlassen. Dies gilt erst recht, wenn es sich um einen geplanten Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung handelt. Hier hat die Pflegekasse in jedem Fall eine umgehende Begutachtung nach Entlassung aus dem Krankenhaus bzw. der Rehabilitationseinrichtung zu veranlassen.

#### **d) Fristberechnung bei fehlender Mitwirkung der Antragsteller**

Eine fehlende Mitwirkung eines Antragstellers führt nur dann dazu, dass die Pflegekasse die Verzögerung im Sinne von § 8 Absatz 3b Satz 2 1. HS SGB XI nicht zu vertreten hat, soweit der Pflegekasse aufgrund der fehlenden Mitwirkung die zeitgerechte Weiterführung und der zeitgerechte Abschluss des Verfahrens (Versendung des Bescheids) nicht möglich war. Ein wirksamer Verzögerungsgrund liegt also nur dann vor, wenn die Mitwirkung zwingend notwendig ist, weil ohne die Mitwirkung z.B. eine Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nicht stattfinden kann.

Die Pflegekasse kann sich auf den Verzögerungsgrund der fehlenden Mitwirkung allerdings nur berufen, wenn sie vorher ihre Pflicht nach § 16 Absatz 3 SGB I erfüllt hat, nämlich darauf hinzuwirken, dass die Angaben unverzüglich ergänzt werden. Wenn also beispielsweise dem Antragsteller ein Antragsformular übersandt wurde, das für die Pflegekasse notwendige Angaben enthält, hat sie den Rücklauf zu überwachen und ggf. auch zeitnah daran zu erinnern. Wenn der Antragsteller auch nach einer solchen Erinnerung die entsprechenden Angaben nicht innerhalb der 25-Arbeitstage-Frist in angemessener Zeit ergänzt oder einer möglichen Auskunftserteilung durch Dritte nicht zustimmt, können die weiteren Arbeitstage außer Betracht gelassen werden, bis die erforderlichen Angaben nachgeholt werden.

Dies gilt auch, soweit eine Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aufgrund fehlender Mitwirkung der Antragsteller (z. B. aufgrund fehlender Angaben oder aufgrund einer Absage der Begutachtung) nicht zum geplanten Termin durchgeführt werden kann. In diesen Fällen ist die Pflegekasse verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass der Medizinische Dienst unverzüglich einen neuen Termin anbietet.

Nach § 66 SGB I ist der Versicherte grundsätzlich nach Nachholung der Mitwirkung so zu stellen ist, als ob er seine Mitwirkungspflicht nicht verletzt hätte (s. Seewald in Kasseler Kommentar zum SGB I, 90. EL, Juni 2016, Rn. 30 zu § 66 SGB I m. w. N.). § 18 Absatz 3b Satz 2 1. HS SGB XI stellt allerdings eine Spezialregelung (lex specialis) gegenüber § 66 SGB I dar. Bei dieser Regelung geht es vorrangig darum, ob die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat oder nicht. Sinn und Zweck der Regelung ist nicht, dass die Tage, um die sich das Verfahren wegen der fehlenden Mitwirkung verzögert hat, nachträglich wieder als „Arbeitstage“ aufleben und bei der 25-Arbeitstage-Frist berücksichtigt werden. Vielmehr müssen die Arbeitstage, an denen der Versicherte seiner Mitwirkungspflicht trotz entsprechenden Hinwirkens der Pflegekasse nicht nachgekommen ist, bei der Berechnung der 25-Arbeitstage-Frist dauerhaft abgezogen werden. Die fehlende Mitwirkung ist im Zweifelsfall von der Kasse nachzuweisen.

Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass wir Verstöße gegen die unter Ziffer 1.d) dargestellten Pflichten weiterhin in besonderem Maße prüfen und aufsichtsrechtlich aufgreifen werden.

#### **e) Fristende**

Wir haben bisher die Ansicht vertreten, dass die Frist 25 Arbeitstage vom Antrags- eingang bei der zuständigen Pflegekasse bis zur Zustellung des Leistungsbescheids an den Antragsteller beträgt (entsprechend Gebhardt in Krauskopf, Kommentar zur Sozialen Pflegeversicherung, Stand: 90. EL Dezember 2015, Rn. 20 zu § 18 SGB XI).

Nach der Gesetzesintention handelt es sich jedoch um eine Bearbeitungsfrist für die Pflegekasse. Das Wort „Zustellung“ der Gesetzesbegründung zum (Pflege-Weiter- entwicklungsgesetz - PFWG (s. BT-Drs. 16/7439, S. 51) ist daher nach Sinn und Zweck der Vorschrift auszulegen. Die Bearbeitungsfrist der Pflegekasse soll nicht dadurch verkürzt werden, dass der Bescheid dem Pflegebedürftigen innerhalb von 25 Arbeitstagen zugehen muss. Vielmehr sollen die 25 Arbeitstage der Pflegekasse voll- ständig zur Bearbeitung zur Verfügung stehen. Daher kommt es für die Zustellung auf den letzten „Akt“ des Verfahrens an, den die Pflegekasse zu erledigen hat, namentlich die Versendung des Bescheids.

Dass die Frist dem Sinn und Zweck nach eine Bearbeitungsfrist ist, ergibt sich auch aus der Änderung von der bisherigen Fünf-Wochen-Frist in eine 25-Arbeitstage-Frist durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II). Dadurch hat der Gesetzgeber

nochmals verdeutlicht, dass es sich um Bearbeitungstage handelt. Zugleich wollte er sicherstellen, dass die bisherige, durch regionale Feiertage unterschiedliche Anzahl von Bearbeitungstagen vereinheitlicht wird (s. Begründung des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drs. 18/6688, S. 133 zu Nr. 13 Buchst. c-e).

Aufgrund dieser eindeutigen Gesetzesintention halten wir an unserer bisherigen Auffassung nicht weiter fest.

Insoweit kann auch auf den im einstweiligen Rechtsschutzverfahren ergangenen Beschluss des Bayerischen Landessozialgerichts vom 25. April 2016 (Az.: L 5 KR 121 16 B ER) verwiesen werden, der die Frist für die Entscheidung über die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V betrifft. Danach ist innerhalb der Frist nur der behördeninterne Entscheidungsprozess abzuschließen, nicht einzurechnen ist dagegen die Bekanntgabe.

**Maßgebend ist also das Datum, an dem der Bescheid die Pflegekasse „verlässt“ (Postausgang/Absendung). Zu Beweis Zwecken und für Prüfungen ist die Absendung nachvollziehbar zu dokumentieren.**

## **2. Aufklärung und Auskunft nach § 7 SGB XI sowie Pflegeberatung nach § 7a SGB XI (einschließlich Verbuchung der Kosten)**

### **a) Aufklärung, Auskunft nach § 7 SGB XI**

Das SGB XI differenziert zwischen der Aufklärung und Auskunft ( nach § 7 SGB XI sowie der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Die Auskunft nach § 7 Absatz 2 SGB XI muss im Unterschied zur Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht durch speziell für die Pflegeberatung nach § 7a Absatz 3 Satz 2 SGB XI qualifizierte Pflegeberaterinnen bzw. Pflegeberater erfolgen.

§ 7 Absatz 1 SGB XI begründet die allgemeine Pflicht der Pflegekassen, die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.

Gemäß § 7 Absatz 2 SGB XI (bis zum PSG II: „einfache“ Beratung) sind die Pflegekassen dazu verpflichtet, Versicherte und ihre Angehörigen und Lebenspartner über die Leistungen der Pflegekassen zu informieren und aufzuklären. Darüber hinaus müssen die Pflegekassen auch über die Leistungen und Hilfen anderer Träger infor-

mieren. Der Anspruch auf Auskunft umfasst auch die Benennung der zuständigen Leistungsträger. Dies ergibt sich bereits aus dem allgemeinen Sozialrecht (vgl. § 15 Absatz 2 SGB I). D.h. die Pflegekassen müssen die Versicherten insbesondere darüber informieren, welche Leistungen konkret für sie nach dem SGB XI und angrenzenden Rechtsgebieten in Betracht kommen, welche Voraussetzungen erfüllt sein und welche Anträge ggf. gestellt werden müssen. Sofern der Pflegekasse bei bestimmten Rechtsgebieten, z. B. dem SGB XII oder SGB IX, die für die Beantwortung der Fragen der Versicherten notwendigen weitergehenden Kenntnisse fehlen, sind den Versicherten Ansprechpartner für die entsprechenden Rechtsgebiete, wie Pflegestützpunkte oder Sozialhilfeträger, zu benennen. Auf Wunsch der Versicherten ist der entsprechende Kontakt direkt herzustellen.

Eine umfassende Beratung (mit Versorgungsplan) findet dagegen nach § 7 SGB XI nicht statt

Nach Eingang eines Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung hat die Pflegekasse außerdem die Verpflichtung, Versicherte unverzüglich über ihren Anspruch auf die unentgeltliche Pflegeberatung nach § 7a SGB XI oder den nächstliegenden Pflegestützpunkt nach § 7c SGB XI sowie die Leistungs- und Preisvergleichsliste nach § 7 Absatz 3 SGB XI zu informieren. Die Leistungs- und Preisvergleichslisten (Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen sowie die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI) sind in geeigneter Form zu übermitteln, wenn die bzw. der Versicherte dies wünscht („auf Anforderung“).

Durch das PSG II wurde zusätzlich die Verpflichtung eingeführt, über Verträge zur integrierten Versorgung nach § 92b SGB XI und deren Inhalt zu informieren. Diese Informationen sind auch im Internet zu veröffentlichen. Bitte beachten Sie dabei, dass die Informationen allgemein verständlich sein sollen, gerade auch für die Pflegebedürftigen.

## **b) Pflegeberatung nach § 7a SGB XI**

Zu den Inhalten der Pflegeberatung verweisen wir auf unsere grundlegenden Ausführungen in unserem bereits benannten Rundschreiben vom 30. Juli 2014. Nach unseren Feststellungen in Prüfungen werden weiterhin oft keine oder keine umfassenden Versorgungspläne erstellt. Nach § 7a Absatz 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI hat der Versorgungsplan alle im Einzelfall erforderlichen bundes- oder landesrechtlichen Leistungsansprüche und die verfügbaren gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote zu berücksichtigen. Auch hat die Pflegeberatung

– wie der Gesetzgeber in § 7a Absatz 1 Satz 3 Nummer 6 SGB XI ausdrücklich klar- gestellt hat – über Leistungen zur Entlastung der Pflegepersonen zu informieren. Angehörige und weitere Personen sind nach § 7 Absatz 2 Satz 1 SGB XI auf Wunsch der Pflegebedürftigen berechtigt eine Pflegeberatung – auch in häuslicher Umgebung – in Anspruch zu nehmen oder an einer solchen teilzunehmen. Das Fallmanagement ist kontinuierlich fortzusetzen („Umfassendes Fallmanagement mit dauerhafter Be- gleitung“, BT-Drs. 17/9369, S. 35) und der Versorgungsplan ist bei Bedarf anzupas- sen.

Die Pflegekassen sind seit dem 1. Januar 2016 verpflichtet, allen Anspruchsberechtigten unverzüglich bei der Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung vor der erstmaligen Beratung eine für sie zuständige Pflegeberater/ eine zuständige Pflegeberaterin oder eine sonstige Beratungsstelle zu benennen (§ 7a Absatz 1 SGB XI). Diese Person hat vorzugsweise „auch für spätere Rückfragen, z.B. auch telefonischer Art, oder für Folgeberatungen bei späteren Antragstellungen auf Leistungen zur Ver- fügung zu stehen“ (s. Gesetzesbegründung in BT-Drs. 18/5926, S.84f.). Dement- sprechend reicht eine Begleitung dieses Kreises der Anspruchsberechtigten durch Verwaltungsmitarbeiter der Pflegekasse, die keine Pflegeberater sind, nicht aus. Die Pflegekasse hat für Anspruchsberechtigte, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben oder bereits Leistungen erhalten, grundsätzlich eine Pflegeberatung durch qualifizierte Pflegeberater sicherzustellen. Eine „einfache“ Aus- kunft und Information nach § 7 SGB XI kommt in diesen Fällen nicht in Betracht.

Für eine einheitliche Durchführung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI sollen durch bis zum 31. Juli 2018 zu erlassende Richtlinien des Spitzenverbands Bund der Pflegekassen einheitliche, fachlich fundierte Vorgaben eingeführt werden, die für alle Pflegeberaterinnen und Pflegeberater und sonstige Beratungsstellen, die die Pflege- beratung nach § 7a SGB XI durchführen, unmittelbar verbindlich sind (§ 17 Absatz 1a SGB XI). In den Richtlinien soll auch das Nähere zu den Versor- gungsplänen geregelt werden. Hierzu ist in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/5926, S. 85) ausgeführt „Über die Voraussetzungen und Inhalte eines Versor- gungsplans einschließlich seiner Überwachung und Anpassung an veränderte Be- darfslagen soll entsprechend des individuellen Bedarfs des Anspruchsberechtigten auf Grundlage der neu einzuführenden Richtlinien nach § 17 Absatz 1a im Einzelfall bedarfsgerecht entschieden werden.“. Dies macht deutlich, dass ein Versorgungsplan nicht für jeden Pflegebedürftigen die gleiche Gestalt haben muss. Vielmehr haben In- halt und Umfang eines Versorgungsplans dem individuellen Versorgungsbedarf im Einzelfall zu entsprechen.



### **c) Verbuchung der Kosten der Pflegeberatung**

Wir möchten aus gegebenem Anlass nochmals Folgendes klarstellen: Die vereinfachte Verbuchungsmethode geht von der Betreuungsrelation 1 zu 100 je erstelltem Versorgungsplan aus (s. a. BT-Drs. 16/7439, S. 47 f.). Danach können ein Prozent der Personal- und Sachkosten von vollzeitbeschäftigten Pflegeberatern in die Kontenklasse 49 gebucht werden. Hierfür müssen aber tatsächlich entsprechend viele, umfassende Versorgungspläne erstellt worden und die Pflegeberater ausschließlich in diesem Bereich tätig geworden sein. Die entsprechende Verbuchung von „Vollzeitstellen“ ist also nicht möglich, wenn die Pflegeberater nur (telefonische) Auskünfte im Sinne des § 7 SGB XI erteilt haben oder noch für weitere Bereiche, wie z. B. die Krankenversicherung, tätig sind.

### **3. Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI (ab 1. Januar 2017: Entlastungsbetrag)**

Mit der Änderung des § 45b Abs. 2 SGB XI durch das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III, BT-Drs. 18/9518, S. 13) ist nunmehr gesetzlich geregelt, dass kein Antrag erforderlich ist, um die Leistungen in Anspruch zu nehmen. Vielmehr reicht es aus, die entsprechenden Rechnungsbelege zur Kostenerstattung einzureichen.

Bei den in § 45b Absatz 1 Satz 3 Nummer 4 SGB XI genannten, nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag im Sinne des § 45a SGB XI, insbesondere bei der Einzelfallbetreuung im Rahmen der Nachbarschaftshilfe, steht der Pflegekasse Ermessen zu. Bei der Ausübung dieses Ermessens bitten wir die Gesetzesintention zu berücksichtigen (s. insbes. BT-Drs. 18/5926, S. 133). Danach ist nicht vorrangig eine finanzielle Entlastung beabsichtigt, sondern eine praktische Entlastung im Sinne einer tatsächlichen Reduzierung der mit der Übernahme von Pflegeverantwortung einhergehenden Belastungen im Alltag. Dies kann nach dem Willen des Gesetzgebers regelmäßig insbesondere durch die Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich von pflegerischer Betreuung und von Hilfen bei der Haushaltsführung erreicht werden.

Bitte beachten Sie auch die Überleitungsvorschrift des § 144 SGB XI. Danach können die Leistungen, die seit dem 1. Januar 2015 noch nicht abgerufen wurden, noch bis zum 31. Dezember 2018 bei Vorlage der entsprechenden Belege in Anspruch genommen werden. Wir bitten Sie, Ihre Versicherten individuell darüber nach § 7 Absatz 2 SGB XI explizit zu informieren.

#### **4. Rentenversicherungspflicht der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen gemäß § 44 SGB XI**

In Prüfungen ist immer wieder festzustellen, dass die Gutachten des MDK im Hinblick auf die Angaben zur Rentenversicherungspflicht der nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen nicht ausreichend auf Schlüssigkeit und Plausibilität geprüft werden (im neuen Formulargutachten die Punkte 1.4 und 5.2 des Gutachtens). Dies gilt insbesondere für Mehrfach- oder Wochenendpflege, weil künftig aus Gründen der Verfahrensvereinfachung die Gutachter die Angaben der beteiligten Pflegepersonen nicht überprüfen müssen (s. BT-Drs 18/6688, S. 71). Wir nehmen insofern auch Bezug auf die Ausführungen unter Punkt II 1.1.6.3 (Feststellung des Pflegeumfangs) des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vom 1. August 2016 (GR). Auch erfolgen weiterhin nicht immer Überprüfungen der Rentenversicherungspflicht bei Änderungen der Pflegestufe (ab 1. Januar 2017 des Pflegegrades) sowie weiteren wesentlichen Änderungen der Verhältnisse wie Wohnortwechsel der Pflegeperson, Änderung der Leistungsart (insbesondere Wechsel von Pflegegeld zu Kombinationspflege) oder Erreichen der Regelaltersgrenze. Wir bitten künftig sicherzustellen, dass derartige Fälle aufgegriffen werden und werden dies auch im Rahmen von Prüfungen thematisieren.

Der Gesetzgeber hat mit dem PSG III zum 1. Januar 2017 in § 44 Absatz 5 SGB XI für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen, die beihilfeberechtigte oder heilfürsorgeberechtigte Pflegebedürftige mit mindestens Pflegegrad 2 pflegen und für die Rentenversicherungsbeiträge abzuführen sind, umfassende Informationspflichten an die Beihilfestellen bzw. die Dienstherren eingeführt. Bitte stellen Sie sicher, dass Sie diese Informationspflichten unverzüglich erfüllen können, sowohl bei erstmaliger Feststellung der Rentenversicherungspflicht als auch bei jeder Änderung der Verhältnisse gemäß § 44 Absatz 5 Satz 2 SGB XI. Wichtig hierfür ist, dass bereits der Fragebogen zur Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen die notwendigen Angaben enthält (Musterfragebogen zum GR). Bei einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse (s. o.) und daraus resultierender anderer Beitragsabführung sind die betreffenden Beihilfestellen bzw. Dienstherren ebenfalls umgehend zu benachrichtigen.

#### **5. Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI**

Das Pflegeunterstützungsgeld wurde mit dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) zum 1. Januar 2015 als neue Entgeltersatzleistung an Beschäftigte für die Zeit einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) eingeführt. Dabei hat der Gesetzgeber in § 44a Absatz 3 Satz 1 SGB XI eine Höchstgrenze des Pflegeunterstützungsgeldes für eine

kurzzeitige Arbeitsverhinderung von maximal zehn Arbeitstagen entsprechend § 2 Absatz 1 PflegeZG vorgesehen. Dabei kann es in besonderen Fällen erforderlich sein (z. B. wenn ein pflegender Angehöriger in Teilzeit an nur zwei Tagen in der Woche arbeitet), die kurzzeitige Arbeitsverhinderung und somit das zu zahlende Pflegeunterstützungsgeld in mehreren Teilleistungen in Anspruch zu nehmen (s. zu kurzzeitiger Arbeitsverhinderung in Teilabschnitten: Gallner in Erfurter Kommentar zum Arbeitsrecht, 17. A., Rn. 2 zu § 2 PflegeZG; Göhle-Sander in Düwell/Göhle-Sander/Kohte, jurisPK-Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Kap. 9.2, Rn. 16 f. zu § 2 PflegeZG)

Es ergibt sich bereits aus dem Gesetzesswortlaut des § 44a Absatz 3 Satz 1 SGB XI („...für bis zu insgesamt zehn Arbeitstage“), dass die Arbeitstage nicht zusammenhängend genommen werden müssen. Auch in der Gesetzesbegründung (s. hierzu BT-Drs. 18/3449, S. 13) bestätigt der Gesetzgeber, dass die Inanspruchnahme nicht zusammenhängend erfolgen muss. Auch ist keine bestimmte Stundenzahl für die tägliche oder wöchentliche Pflege oder Betreuung vorgeschrieben, insbesondere keine Mindestpflegezeit von 14 Stunden (seit 1. Januar 2017: zehn Stunden an zwei Tagen täglich). Die Inanspruchnahme der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung ist sogar dann möglich, wenn die Angehörigen die Pflege durch ambulante Pflegedienste oder unter Inanspruchnahme einer Tagespflegeeinrichtung nur durch eigene Pflege- oder Betreuungsleistungen ergänzend sicherstellen.

Die bisher zu dem PflegeZG, ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung (insbesondere Urteil des BAG vom 15. November 2011 [Az.: 9 AZR 348/10]) steht dem nicht entgegen. Sie bezieht sich allein auf die Inanspruchnahme der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG und kann nicht auf § 2 PflegeZG und § 44a Absatz 3 SGB XI übertragen werden.

## **6. Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI**

Der Gesetzgeber hat den Anspruch nach § 38a SGB XI mit dem PNG zum 30. Oktober 2012 neu eingeführt und insbesondere mit dem PSG I zum 1. Januar 2015 weiter geöffnet. Hintergrund war, dass die neue Wohnform nicht in dem gewünschten Maß angenommen wurde. Mit dem PSG II hat er in § 38a Absatz 1 Nummer 4 SGB XI in der seit dem 1. Januar 2017 geltenden Fassung klargestellt, dass allerdings keine der teilstationären (und somit erst recht nicht der vollstationären) Pflege entsprechende Versorgungsform gegeben sein darf. Vielmehr ist es nach der Gesetzesbegründung Ziel des Wohngruppenzuschlages, gemeinschaftliche, ambulante Pflegewohnformen außerhalb der stationären Pflegeeinrichtungen und des klassischen betreuten Wohnens zu etablieren (s. BT-Drs. 18/5926, S. 125). Dies sind also Wohngruppen, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern und ihren Angehörigen

selbst organisiert werden oder solche, bei denen der Anbieter die entsprechende Gelegenheit bietet, sich einzubringen.

Wir bitten um entsprechende genaue Prüfung, dass keine der Gesetzesintention widersprechende teil- oder vollstationäre Pflege vorliegt. Wir würden es begrüßen, wenn Sie sich zu entsprechenden Fällen im Vorfeld mit uns austauschen.

Bitte unterrichten Sie uns auch über grundsätzliche Probleme aus der Praxis bei der Gesetzesanwendung und –auslegung.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag



(Beckschäfer)