



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  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

Spitzenverband Bund der Pflegekassen  
Aufsichtsbehörden der Länder

### **Verwaltungshandeln der Pflegekassen**

### **Bewilligung von Leistungen nach § 45b Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI)- Soziale Pflegeversicherung - (SGB XI)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben festgestellt, dass die bundesunmittelbaren Pflegekassen bei der Bewilligung von Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI unterschiedlich verfahren. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen im Folgenden die Rechtsauffassung des Bundesversicherungsamtes darlegen. Wir bitten um entsprechende Beachtung.

- **Beratungspflicht der Pflegekassen**

Wie unter Punkt 2 unseres Rundschreibens vom 30. 07. 2014 (Az.: 217 – 5720.0 – 779/2014) bereits dargelegt, sind die Pflegekassen verpflichtet, ihre Versicherten nach §§ 7 und 7a SGB XI umfassend über die im Einzelfall in Betracht kommenden Leistungen (Case- und Caremanagement) zu beraten. Diese Beratungspflicht um-

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

18. Januar 2016

AZ 217 – 5714.0 – 1486/2015  
(bei Antwort bitte angeben)

fasst auch die Leistungen nach § 45b SGB X. Allein die Übersendung von Broschüren genügt diesen Anforderungen nicht, vielmehr ist eine individuelle Einzelfallberatung, insbesondere zum Antragserfordernis, notwendig. Eine solche ist auch wichtig, weil die Versicherten vielfach davon ausgehen, die Leistungen stünden ihnen ohne gesonderten Antrag kraft Gesetzes zu. Auch ist den Versicherten teilweise nicht klar, dass es sich bei den Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen um zweckgebundene Leistungen handelt, die der Entlastung der Angehörigen dienen und im Gegensatz zum Pflegegeld nicht ohne Nachweis im Voraus gezahlt werden. Wir bitten Sie daher sicherzustellen, dass Ihre Versicherten genau über die Voraussetzungen und Möglichkeiten der Leistungen nach § 45b SGB XI und über etwaige Restansprüche, die in das Kalenderhalbjahr des Folgejahres übertragen werden können, informiert sind (s. Gesetzesbegründung zum Fünften SGB-XI-Änderungsgesetz, BT-Drs. 18/1798, S. 38) Wir halten es für angebracht, die Beratungen mit ihren Inhalten (Datum, Art der Beratung, Beratungsinhalte) zu dokumentieren, damit diese beweisbar und nachprüfbar sind.

- **Antragserfordernis**

Leistungen nach § 45b SGB XI setzen gemäß Absatz 2 Satz 1 der Vorschrift einen gesonderten Leistungsantrag voraus.

§ 45b SGB XI wurde mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001 (BGBl. I, S. 3728) eingefügt. Bereits in der damaligen Fassung war in

§ 45b Absatz 2 Satz 1 SGB XI das Antragserfordernis explizit geregelt. Der Gesetzgeber wollte damit sicherstellen, dass die entsprechenden Leistungen nicht frei genutzt werden, um z.B. Eigenanteile abzufedern und damit das Prinzip der Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung aufzuweichen (s. insbesondere BT-Drs. 14/6949, S. 10 und 15 f.)

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.05.2008 (BGBl I, S. 874) wurde der Leistungsbetrag zwar erhöht und der Personenkreis der Leistungsberechtigten um die der sog. Pflegestufe 0 erweitert, das Antragserfordernis wurde jedoch beibehalten (s. auch BT-Drs. 16/7439; S. 62 f.; Stichwort: „keine pauschale Pflegegeldhöhung“). Bei der weiteren Änderung durch das PSG I wurde der Leistungsanspruch um Entlastungsleistungen (insbesondere hauswirtschaftliche Versorgung) erweitert. Außerdem wurden Pflegebedürftige, die nicht die Voraussetzungen des 45a SGB XI erfüllen, leistungsberechtigt. Die in § 45b Absatz 2 Satz 1 SGB XI normierten Voraussetzungen, insbesondere das Antragserfordernis und das Kostenerstattungsprinzip wurden dabei nicht geändert.

Auch nach dem am 01.01.2016 in Kraft getretenen PSG II (BT-Drs. 18/5926) bleibt das Antragserfordernis für die künftig als Entlastungsbetrag bezeichnete zweckge-

bundene Leistung erhalten und wird in der Gesetzesbegründung hervorgehoben (s. BT-Drs. 18/5926, S. 133 f.).

Dieses Antragserfordernis gilt – schon aus Gründen der Gleichbehandlung - für alle Versicherten, also auch diejenigen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung nach den §§ 36 ff. SGB XI erhalten.

Der Antrag kann – wie im Fall des § 33 Absatz 1 SGB XI - formlos gestellt werden (insbesondere auch telefonisch oder durch Formulierungen, wie z.B. „Ich möchte alle Leistungen nach dem SGB XI, die mir zustehen“. Gerade in derartigen Fällen ist es wichtig, nachvollziehbar zu dokumentieren, dass die/der Versicherte neben dem allgemeinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zugleich einen Antrag auf Leistungen nach § 45b SGB XI stellt.

- **Rückwirkende Leistungsgewährung**

Einige Pflegekassen fordern zwar einen Antrag, gewähren dann aber die Leistungen rückwirkend. Dabei gibt es folgende Varianten:

- a) Die Pflegekasse stellt allein auf das Inkrafttreten des mit dem PSG I geänderten § 45b SGB XI und gewährt Leistungen rückwirkend ab dem 01.01.2015, auch wenn der Antrag erst später, z.B. am 01.04. 2015, gestellt wurde.
- b) Der Pflegekasse liegt im Zeitpunkt der Rechnungseinreichung kein vorhergehender Antrag vor. Sie wertet die Vorlage der Rechnung als Antrag und gewährt die Leistungen ebenfalls bereits ab dem 01.01.2015.
- c) Der Pflegekasse liegt eine Rechnung (z.B. vom 14.04.2015) vor, die sie als Antrag wertet. Sie gewährt Versicherten die Leistungen rückwirkend ab dem Zeitpunkt der ersten Inanspruchnahme laut Rechnung (z.B. dem 01.02.2015).
- d) Der Pflegekasse wird von einer/einem Versicherten der Pflegestufe 0 am 15.07.2015 eine Rechnung vorgelegt. Danach wurden Leistungen erstmalig am 01.07.2015 in Anspruch genommen. Laut MDK-Gutachten vom 20.04.2015 bestand seit 04/2015 eingeschränkte Alltagskompetenz. Die Pflegekasse erachtet diesen Termin aus dem Gutachten als maßgebend und gewährt die Leistungen nach § 45b SGB XI ab dem 01.04.2015.

Ein Anspruch auf Sozialleistungen entsteht nach § 40 SGB I erst, wenn alle im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Tatbestandsvoraussetzungen vorliegen. Vor diesem Zeitpunkt besteht kein Anspruch (s. Urteil des BSG vom 12.08.2010; 8 SO 12/10 R, dort Rdnr. 18). Für Leistungen nach § 45b SGB XI bedeutet dies:

- Bei der/ dem Versicherten muss erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45a Absatz 2 SGB XI vorliegen (Anspruch dem Grunde nach).
- Die/Der Versicherte muss Leistungen im Sinne des § 45b Absatz 1 SGB XI in Anspruch genommen
- Sie/er muss einen Antrag auf entsprechende Leistungen gestellt haben und Rechnungsbelege eingereicht haben.

Der Gesetzgeber hat mit der oben dargestellten Leistungsausweitung des § 45b SGB XI durch das PSG I nicht zugleich die bisherigen Voraussetzungen für den Kostenerstattungsanspruch geändert. Die Leistungen sollen nach wie vor zweckgebunden und auf Antrag genutzt werden. Sie dienen insbesondere der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ und der Entlastung der pflegenden Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen. Dies auch vor dem Hintergrund des bereits genannten Prinzips der Pflegeversicherung als Teilabsicherung (s. zuletzt. BT-Drs. 18/5926, S. 133 f.). Darin hebt der Gesetzgeber zum einen ausdrücklich hervor, dass die Leistungen nach § 45b SGB XI nicht „vorrangig der finanziellen Entlastung dienen sollen“, sondern eine „praktische Entlastung“ der Pflegepersonen darstellen. Zum anderen führt er aus, dass der Antrag auf Leistungen nach § 45b SGB XI zwar nicht vor der Inanspruchnahme der entsprechenden Leistungen gestellt sein muss, sondern mit Rechnungseinreichung im Nachhinein auch gestellt werden könne. Dennoch wäre allerdings „eine Erstattung von Aufwendungen“, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen vor dem grundsätzlichen Bestehen einer Anspruchsberechtigung entstanden sind - wie bisher- ausgeschlossen.

Somit sind Bewilligungen im Sinne der Varianten a) und b) – auch unter Berücksichtigung der Gesetzesintention und -begründung - ausgeschlossen.

Die Verfahrensweise nach Variante c) ist dagegen nach Wortlaut der Vorschrift und Willen des Gesetzgebers rechtmäßig, auch wenn mehrere Rechnungen (für mehrere Monate) )gesammelt wurden und am 14.04.2015 gebündelt vorgelegt werden. Bei Versicherten der sogenannten Pflegestufe 0 ist eine entsprechende Erstattung allerdings nur möglich, wenn zum Zeitpunkt der ersten Rechnung (01.02.2015) bereits eine vom MDK in seinem Gutachten festgestellte Einschränkung der Alltagskompetenz bestanden hat. Wenn der MDK die eingeschränkte Alltagskompetenz erst für einen späteren Zeitpunkt bestätigt (z.B. zum 01. 03. 2015), ist auf diesen Zeitpunkt abzustellen, und keine Erstattung der Februarrechnung möglich.

Wie die Varianten a) und b) trägt auch Variante d) trägt dem in § 45b SGB XI normierten zweistufigen Leistungsverfahren keine Rechnung. Zum Zeitpunkt der Feststellung der eingeschränkten Alltagskompetenz durch den MDK steht der Anspruch nur dem Grunde nach fest. Ob eine Inanspruchnahme tatsächlich erfolgt und in welcher Höhe dieser Anspruch dann fällig wird, ist dagegen noch offen (s. zum zweistufigen Verfahren das Urteil des BSG vom 12.08.2010, Az.: B 3 P 3/09 R, insbes. Rdnr 9.). Erst mit der tatsächlichen Inanspruchnahme von Leistungen, die die Voraussetzungen des § 45b Absatz 1 SGB XI erfüllen, und der Vorlage entsprechender Belege sind alle Leistungsvoraussetzungen für die Kostenerstattung gegeben.

Zusammenfassend ist also - wie in Variante c) - für die Erstattung auf den Zeitpunkt der laut Rechnung ersten Leistungsanspruchnahme abzustellen. Erst zu diesem Zeitpunkt ist die Leistung nach § 41 SGB I fällig geworden.

- **Leistungsgewährung im Vorgriff**

Die Leistungsgewährung im Vorgriff ist nicht zulässig.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die jährliche Betrachtung aufgegeben und auf eine monatliche Leistungsbemessung in § 45b Absatz 1 Satz 2, Absatz 1a Satz 2 SGB XI umgestellt. Der Gesetzgeber verfolgt damit den Zweck, den Pflegebedürftigen die Leistungen zeitnah und kontinuierlich zur Verfügung zu stellen (s. BT-Drs. 16/8525, S. 98 und BT-Drs. 18/5926, S. 133)

Wenn die Leistungen monatlich bemessen werden, müssen auch die Voraussetzungen für den jeweiligen Monat erfüllt sein. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI sich jederzeit ändern kann, z.B. durch den Wechsel von der häuslichen in die vollstationäre Pflege. Dadurch besteht die Gefahr der Überzahlung mit der Folge erheblichen Verwaltungsaufwandes. Ggf. kann die Rückforderung nicht mehr geltend gemacht werden („Vertrauensschutz“). Dies ist aufgrund des Gebots der wirtschaftlichen Leistungsgewährung nach § 29 Absatz 1 SGB XI (BT-Drs. 16/439, S. 64) nicht zu rechtfertigen. Daher können die Leistungen nur in der Höhe erbracht werden, in der der entsprechende Anspruch zum Zeitpunkt der zur Erstattung vorgelegten Rechnung besteht.

Daran ändert auch die „Flexibilisierung“ in § 45 Absatz 2 Satz 2 SGB XI nichts, wonach der nicht verbrauchte Leistungsbetrag eines Kalenderjahres in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden kann. Auch diese Leistungen können nur abgerufen werden, nachdem sie durch entsprechende Rechnungen nachgewiesen wurden, und nicht im Vorgriff.

Bitte beachten Sie auch, dass nur ein Übertrag der nicht verbrauchten Leistungen auf das Kalenderhalbjahr des Folgejahres möglich ist (s. hierzu auch die Ausführungen im GR zu § 45b SGB XI unter Punkt 4.).

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Beckschäfer

Beglaubigt:

Verw.-Angest.