

**Festlegungen des GKV–Spitzenverbandes
nach § 150 Absatz 3 SGB XI
zum Ausgleich der COVID–19 bedingten finanziellen Belastungen der Pflegeein-
richtungen
(Kostenerstattungs–Festlegungen)**

vom

27.03.2020

mit Änderung vom 10.01.2022

Der GKV–Spitzenverband¹ hat im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

auf Grundlage des § 150 Absatz 3 SGB XI

am 27.03.2020 die nachfolgenden Bestimmungen festgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diesen Festlegungen am 01.04.2020 zugestimmt. Aufgrund des Krankenhauszukunftsgesetzes hat der GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen diese Festlegungen am 05.10.2020 geändert. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Änderungen am 03.11.2020 zugestimmt. Eine erneute Änderung der Festlegungen durch den GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erfolgte zuletzt am 11.01.2021 aufgrund des Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetzes. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Änderungen am 15.01.2021 zugestimmt. Infolge des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemischen Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen hat der GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene diese Festlegungen am 22.03.2021 ein weiteres Mal geändert. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Änderungen am 31.03.2021 zugestimmt. Aufgrund der Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS–CoV–2 verursachten Pandemie hat der GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen diese Festlegungen am 14.07.2021 erneut geändert. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Änderungen am 26.07.2021 zugestimmt. Aufgrund des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite hat der GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen diese Festlegungen am

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

10.01.2022 erneut geändert. Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Änderungen am 14.01.2022 zugestimmt.

Inhalt

Präambel.....	4
1. Geltungsbereich.....	5
2. Erstattungsanspruch	5
3. Geltendmachung des Anspruchs	6
4. Auszahlung des Erstattungsbetrags	8
5. Nachweisverfahren	8
6. Inkrafttreten	9

Präambel

Nach § 150 Absatz 2 SGB XI werden zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen die ihnen infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung erstattet. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen findet § 85 Absatz 7 SGB XI insoweit keine Anwendung. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen mit den vorliegenden Festlegungen das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise fest. Zum Verfahren wird vorgesehen, dass die Pflegeeinrichtungen ihre Mehraufwendungen und Mindereinnahmen angeben können und die Richtigkeit der Angaben erklären. Auf dieser Grundlage zahlen die Pflegekassen die entsprechenden Erstattungsbeträge aus. In einem nachgelagerten Verfahren lösen gegebenenfalls anderweitig erhaltene Finanzierungsmittel oder zu viel bezahlte Erstattungsbeträge Rückzahlungsverpflichtungen der Pflegeeinrichtungen und zu wenig bezahlte Erstattungsbeträge Nachzahlungsverpflichtungen der Pflegekassen aus. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

1. Geltungsbereich

Die Festlegungen gelten für die Pflegekassen und die Träger der nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, einschließlich der Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI.

2. Erstattungsanspruch

- (1) Die nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen², die infolge des Coronavirus SARS-CoV-2 anfallende, außerordentliche Aufwendungen sowie Mindereinnahmen zu verzeichnen haben, die nicht anderweitig finanziert werden, haben einen Anspruch auf Erstattung der zwischen März 2020 und dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt entstandenen Aufwendungen bzw. Mindereinnahmen nach Absatz 2 gegenüber der Pflegeversicherung.
- (2) Der Erstattungsanspruch umfasst Mehraufwendungen und Mindereinnahmen in Bezug auf die Leistungserbringung nach dem SGB XI sowie dem SGB V einschließlich Leistungen für Unterkunft und Verpflegung. Ausgenommen sind Positionen, die anderweitig (z. B. über Kurzarbeitergeld, Entschädigung über das Infektionsschutzgesetz und Arbeitnehmerüberlassung) finanziert werden. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen/Mindereinnahmen gehören insbesondere:
 - a. Personalmehraufwendungen z. B. aufgrund von Mehrarbeit, Neueinstellung, Stellenaufstockung und Einsatz von Leiharbeitskräften entweder zur Kompensation von SARS-CoV-2-bedingtem Personalausfall oder aufgrund eines erforderlichen erhöhten Personaleinsatzes. Dies kann Pflege- und Betreuungskräfte sowie sonstiges Personal und die ggf. notwendige (erhöhte) Inanspruchnahme von Fremddienstleistungen (z. B. Fahrdienste für die Tagespflege) betreffen.
 - b. Erhöhte Sachmittelaufwendungen insbesondere aufgrund von infektionshygienischen Schutzmaßnahmen
 - c. Einnahmeausfälle bei ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten, sofern Einsätze nicht durchgeführt werden können (z. B. bei an COVID-19-erkrankten pflegebedürftigen Personen, aufgrund SARS-CoV-2-bedingter Nichtinanspruchnahme von Pflegeleistungen oder aufgrund SARS-CoV-2-bedingtem Personalausfall)
 - d. Einnahmeausfälle bei stationären Pflegeeinrichtungen (auch Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege) aufgrund von SARS-CoV-2-bedingten Leistungseinschränkungen. Diese können vorliegen infolge von (Teil)Schließungen oder Aufnahmestopp zur Eindämmung der Infektionsgefahr (aufgrund behördlicher Anordnung oder einer infektionsschutzbedingten Maßnahme des Trägers) sowie infolge einer SARS-CoV-2-bedingten Nichtinanspruchnahme oder aufgrund SARS-CoV-2-bedingtem Personalausfall.

² Einschließlich der zugelassenen Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI

- (3) Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen sind nach § 4 Abs. 3 SGB XI dem Gebot der Wirtschaftlichkeit verpflichtet (vgl. auch §§ 29 u. 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI). Im Rahmen des Erstattungsverfahrens nach § 150 Abs. 3 SGB XI werden daher nur solche Mehraufwendungen für Sachmittel und Personal erstattet, deren Einsatz und Kosten wirksam und wirtschaftlich sind und die das Maß des Notwendigen nicht übersteigen.

3. Geltendmachung des Anspruchs

- (1) Der für die Vergütungs- oder Pflegesatzvereinbarung der Pflegeeinrichtung zuständige Landesverband der Pflegekassen bestimmt eine Pflegekasse seiner Kassenart, gegenüber der die Pflegeeinrichtung bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach Ziffer 2 ihre Mehraufwendungen und Mindereinnahmen geltend machen kann.
- (2) Die Geltendmachung bedarf der Textform und ist durch den Träger der Einrichtung zu unterzeichnen. Die Geltendmachung hat die Angaben nach Absatz 3 bis 5 sowie die Erklärungen nach Absatz 6 zu enthalten und soll in elektronischer Form eingereicht werden; in diesem Falle ist eine originalgetreue Nachbildung der Unterschrift (Faksimile) ausreichend. Ein Muster für die Geltendmachung ist als Anlage beigefügt.
- (3) Folgende Angaben sind für die Erstattung erforderlich
- Name, Sitz und Institutskennezeichen (IK) der Pflegeeinrichtung
 - Versorgungsform (ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienst, teilstationäre oder vollstationäre Pflegeeinrichtung)
 - Name und Anschrift des Trägers der Einrichtung
 - Gesamthöhe des geltend gemachten Erstattungsbetrags
 - Angabe des Monats, für den der Erstattungsbetrag geltend gemacht wird
 - Hinweis auf den der Geltendmachung zugrundeliegenden Sachverhalt.
- (4) Zur Geltendmachung von Mehraufwendungen sind folgende Angaben erforderlich
- Höhe der Sachmittelmehraufwendungen
 - Höhe der Personalmehraufwendungen für Pflege- und Betreuungspersonal
 - Höhe der Personalmehraufwendungen für sonstiges Personal
- (5) Zur Geltendmachung von Mindereinnahmen sind folgende Angaben darzulegen:
1. Angaben der Pflegeeinrichtung zu den Forderungen (ohne Investitionskosten) für den Monat, für den eine Erstattung geltend gemacht wird:
- Forderungen
- a. ggü. Pflegebedürftigen

- b. ggü. Pflegekassen und Krankenkassen
- c. ggü. Sozialhilfeträger
- d. Summe a. bis c.

2. Angaben der Pflegeeinrichtung zu den Forderungen (ohne Investitionskosten) für den Monat Januar 2020:

Forderungen

- a. ggü. Pflegebedürftigen
- b. ggü. Pflegekassen und Krankenkassen
- c. ggü. Sozialhilfeträger
- d. Summe a bis c.

Der Erstattungsbetrag für die Mindereinnahmen für den geltend gemachten Monat ergibt sich aus der Differenz von 2.d. und 1.d. abzüglich anderweitig erhaltener Finanzierungsmittel. Für nach Januar 2020 zugelassene Einrichtungen können gesonderte Regelungen getroffen werden.

(6) Der Pflegeeinrichtungsträger hat mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner Angaben zu erklären und dass:

- die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 bedingt sind
- die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht bereits anderweitig (zum Beispiel durch staatliche Maßnahmen wie Kurzarbeitergeld oder Entschädigung über Infektionsschutzgesetz oder durch Einnahmen aufgrund Arbeitnehmerüberlassung) ausgeglichen wurden
- der Pflegeeinrichtungsträger sich verpflichtet, bei Leistungseinschränkungen, z. B. aufgrund Schließung der Einrichtung oder Nichtinanspruchnahme der Leistungen, die freiwerdenden Personalressourcen soweit rechtlich möglich in andere Versorgungsbereiche desselben Trägers oder trägerübergreifend in größtmöglichem Umfang einzusetzen oder einem anderen Träger zu überlassen.
- alle staatlichen Unterstützungsleistungen ausgeschöpft werden. Eine entsprechende Rückzahlung von dementsprechend zu viel erhaltenen Erstattungsbeträgen erfolgt durch den Pflegeeinrichtungsträger in einem nachgelagerten Verfahren gemäß Ziffer 5.
- die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht auch bei anderen Landesverbänden der Pflegekassen oder Pflegekassen geltend gemacht wurden oder werden
- der Pflegeeinrichtungsträger die ihm erstatteten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht erneut im Rahmen der nächsten Pflegesatzvereinbarung bzw. Vergütungsvereinbarung geltend macht
- der Pflegeeinrichtungsträger die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht den Pflegebedürftigen in Rechnung stellt

- der Pflegeeinrichtungsträger Änderungen der der Geltendmachung zugrundeliegenden Sachverhalte unverzüglich der Pflegekasse anzeigt, die den Erstattungsbetrag auszahlt. Dies umfasst auch die Bekanntgabe anderweitig erhaltener Finanzierungsmittel.
- (7) Die Pflegeeinrichtung kann regelmäßig zum Monatsende ihren Anspruch geltend machen. Da sich die Berechnung der Mindereinnahmen jeweils auf den gesamten Monat bezieht, können diese demnach erst im Folgemonat geltend gemacht werden. Die Pflegeeinrichtung kann auch mehrere Monate in ihrem Antrag zusammenfassen. Für die Monate März 2020 bis Dezember 2020 muss der Antrag bis spätestens 31. März 2021 bei der Pflegekasse vorliegen. Für die Monate Januar 2021 bis Dezember 2021 muss der Antrag bis spätestens 31. März 2022 bei der Pflegekasse vorliegen. Bezogen auf die Monate Januar 2022 bis zu dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt kann die Pflegeeinrichtung bis drei Monate nach Ablauf des nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunktes bzw. des durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunktes nachmelden.

4. Auszahlung des Erstattungsbetrags

- (1) Die zuständige Pflegekasse zahlt den Erstattungsbetrag innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Geltendmachung an die Pflegeeinrichtung aus. Sofern nur ein Teilbetrag oder keine Auszahlung erfolgt, informiert die Pflegekasse die Pflegeeinrichtung schriftlich über die Gründe.
- (2) Die Pflegekasse zahlt den Erstattungsbetrag unter Verwendung der gegenüber der Arbeitsgemeinschaft IK nach § 103 SGB XI i. V. m. § 293 Absatz 1 SGB V gemeldeten Bankverbindung der Pflegeeinrichtung aus.
- (3) Die Auszahlung erfolgt vorläufig bis zum Abschluss eines Nachweisverfahrens nach Ziffer 5. Die vorläufige Auszahlung gilt als endgültig, wenn die zuständige Pflegekasse für Auszahlungen das Jahr 2020 betreffend bis zum 31. Dezember 2022, für Auszahlungen das Jahr 2021 betreffend bis zum 31. Dezember 2023 und für Auszahlungen das Jahr 2022 betreffend bis nach Ablauf von 24 Monaten nach dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt keine Rückerstattung geltend macht oder keine endgültige Entscheidung über den Erstattungsanspruch trifft. Diese Frist gilt nicht, wenn die Pflegeeinrichtung ihren Mitwirkungspflichten nach Ziffer 5 Absatz 1 und 2 nicht oder nicht in ausreichendem Maße nachkommt.

5. Nachweisverfahren

- (1) In einem nachgelagerten Verfahren, z. B. im Rahmen der nächsten Vergütungsverhandlung bzw. Pflegesatzverhandlung, können etwaige Überzahlungen nach § 150 Absatz 2 SGB XI

aufgrund von angeforderten Nachweisen seitens der Pflegekassen festgestellt werden. Die Pflegekassen führen mit mindestens jeder zehnten Pflegeeinrichtung, die Gelder aus dem Kostenerstattungsverfahren erhalten hat, das nachgelagerte Nachweisverfahren durch. Zur Auswahl dieser Pflegeeinrichtungen können sie geeignete Methoden wie statistische Analyseverfahren verwenden, Zufallsstichproben auswählen oder Prüferfordernisse aus der Antragsbearbeitung umfassender aufgreifen. Um davon unabhängig möglichst frühzeitig Klarheit über die erfolgte Kostenerstattung für die Beteiligten zu erzielen, kann die zuständige Pflegekasse bereits im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung oder unmittelbar nach der vorläufigen Auszahlung Nachweise über die geltend gemachten Mehraufwendungen oder Mindereinnahmen verlangen. Das Nachweisverfahren kann auch für einzelne Zeiträume durchgeführt werden. Erhaltene staatliche Unterstützungsleistungen sind der Pflegekasse, die die Auszahlung durchgeführt hat, unaufgefordert mitzuteilen. Näheres zum antragsbezogenen und nachgelagerten Nachweisverfahren ist in der Anlage zu diesen Kostenerstattungs-Festlegungen geregelt.

- (2) Auf Verlangen der auszahlenden Pflegekasse oder eines Landesverbandes der Pflegekassen hat der Pflegeeinrichtungsträger Nachweise über die geltend gemachten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen vorzulegen. Diese umfassen:
- a. Für Personalmehraufwendungen: Nachweise z. B. über angeordnete und erbrachte Mehrarbeitsstunden und deren Vergütung, Nachweise über Neueinstellungen oder Stellenaufstockungen mit entsprechenden Gehaltsnachweisen, Verträge mit Zeitfirmen mit Angabe der Vergütung bzw. Abrechnungen oder Nachweise über Personalaufwendungen aufgrund von Arbeitnehmerüberlassung
 - b. Für erhöhte Sachmittelaufwendungen: Rechnungen
 - c. Für sonstige erhöhte Aufwendungen: Rechnungen
 - d. Für Einnahmeausfälle/Mindereinnahmen: Nachweise über die tatsächlichen Einnahmen einschließlich staatlicher Unterstützungszahlungen oder Einnahmen aus Arbeitnehmerüberlassung.

In begründeten Einzelfällen können weitere Nachweise verlangt werden.

- (3) Beim Vorliegen einer festgestellten Überzahlung nach Absatz 1 zahlt die Pflegeeinrichtung auf Anforderung den zu viel erhaltenen Erstattungsbetrag der Pflegekasse zurück, die die Auszahlung durchgeführt hat. Bei Vorliegen einer festgestellten Unterzahlung zahlt die Pflegekasse den zu wenig gezahlten Erstattungsbetrag unaufgefordert an die Pflegeeinrichtung.

6. Inkrafttreten

Diese Festlegungen treten am Tag nach der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit in Kraft.