

Artikel 4

Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 437) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird nach der Angabe zu § 146 die folgende Angabe eingefügt:

„Dritter Abschnitt

Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

§ 147 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

§ 148 Beratungsbesuche nach § 37

§ 149 Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

§ 150 Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

§ 151 Qualitätsprüfungen nach § 114

§ 152 Verordnungsermächtigung“.

2. § 10 wird wie folgt geändert:

- a) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Für den Berichtszeitraum bis einschließlich 2019 ist der Bericht erst im Jahr 2021 vorzulegen.“

- b) Dem Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Die Berichterstattung zum Jahr 2019 erfolgt bis zum 31. Dezember 2020.“

3. In § 113b Absatz 6 Satz 1 werden nach dem Wort „Qualitätsausschusses“ die Wörter „für die Dauer von fünf Jahren“ gestrichen.

4. § 114b wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „30. Juni 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2020“ und die Angabe „1. Juli 2020“ durch die Angabe „1. Januar 2021“ ersetzt.

- b) In Absatz 2 wird die Angabe „30. Juni 2020“ durch die Angabe „31. Dezember 2020“ ersetzt.

5. § 114c wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „1. Januar 2021“ durch die Angabe „1. Juli 2021“ ersetzt.

- b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 in dem Satzteil vor Nummer 1 werden die Angabe „30. September 2020“ durch die Angabe „31. März 2021“ und die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.

bb) In Satz 2 wird die Angabe „31. März 2021“ durch die Angabe „30. September 2021“ ersetzt.

6. Dem Sechzehnten Kapitel wird folgender Abschnitt angefügt:

„Dritter Abschnitt

Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

§ 147

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18

(1) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 1 kann die Begutachtung bis einschließlich 30. September 2020 ohne Untersuchung des Versicherten in seinem Wohnbereich erfolgen. Grundlage für die Begutachtung bilden bis zu diesem Zeitpunkt insbesondere die zum Versicherten zur Verfügung stehenden Unterlagen sowie die Angaben und Auskünfte, die beim Versicherten, seinen Angehörigen und sonstigen zur Auskunft fähigen Personen einzuholen sind.

(2) Abweichend von § 18 Absatz 2 Satz 5 werden bis einschließlich 30. September 2020 keine Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt, auch dann nicht, wenn die Wiederholungsbegutachtung vor diesem Zeitpunkt vom Medizinischen Dienst oder anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern empfohlen wurde.

(3) Abweichend von § 18 Absatz 3 Satz 2 ist die Frist, in welcher dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen ist, bis einschließlich 30. September 2020 unbeachtlich. Abweichend von Satz 1 ist einem Antragsteller, bei dem ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vorliegt, spätestens 25 Arbeitstage nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen entwickelt unverzüglich, spätestens bis einschließlich 9. April 2020, bundesweit einheitliche Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen berichten in der nach § 18 Absatz 3b Satz 4 zu veröffentlichenden Statistik über die Anwendung der Kriterien zum Vorliegen und zur Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs.

(4) Abweichend von § 18 Absatz 3a Satz 1 Nummer 2 ist die Pflegekasse bis einschließlich 30. September 2020 nur bei Vorliegen eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs gemäß Absatz 3 dazu verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen, wenn innerhalb von 20 Arbeitstagen nach Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

(5) § 18 Absatz 3b Satz 1 bis 3 findet bis einschließlich 30. September 2020 keine Anwendung.

§ 148

Beratungsbesuche nach § 37

Die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen darf das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 nicht kürzen oder entziehen, wenn der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis einschließlich 30. September 2020 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abrufen. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben diese Ausnahmeregelung den Pflegegeldempfängern kurzfristig in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen.

§ 149

Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege

Bis einschließlich 30. September 2020 besteht der Anspruch auf Kurzzeitpflege in Einrichtungen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, abweichend von § 42 Absatz 4 auch ohne, dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird. Die Vergütung richtet sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung.

§ 150

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige

(1) Im Fall einer wesentlichen Beeinträchtigung der Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Träger einer nach § 72 zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, diese umgehend den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen. Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse. In Abstimmung mit den weiteren hierbei zuständigen Stellen, insbesondere den nach Landesrecht bestimmten heimrechtlichen Aufsichtsbehörden, haben die Pflegekassen zusammen mit der Pflegeeinrichtung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die erforderlichen Maßnahmen und Anpassungen vorzunehmen, wobei auch von der vereinbarten Personalausstattung einschließlich deren gesetzlichen Bestimmungen nach diesem Buch abgewichen werden kann. Dabei sind zum flexiblen Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen alle bestehenden Instrumente und Mittel einschließlich des Vertragsrechts zu nutzen, bei denen zulasungsrechtliche Voraussetzungen zweckgerichtet und unbürokratisch angewandt werden können. Dies gilt auch für den Einsatz von Beschäftigten für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung nach § 43b in anderen Bereichen.

(2) Den zugelassenen Pflegeeinrichtungen werden die ihnen infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 anfallenden, außerordentlichen Aufwendungen sowie Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung, die nicht anderweitig finanziert werden, erstattet. Der Anspruch auf Erstattung kann bei einer Pflegekasse regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden, die Partei des Versorgungsvertrages ist. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen. Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 abgeschlossen haben, findet § 85 Absatz 7 insoweit keine Anwendung. Dabei sind bei Unterschreitungen der vereinbarten Personalausstattung keine Vergütungskürzungsverfahren nach § 115 Absatz 3 Satz 1 durchzuführen.

(3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen unverzüglich das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise für seine Mitglieder fest. Dabei sind gemessen an der besonderen Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung.

(4) Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die Soziale Pflegeversicherung die nach Absatz 2 entstehenden Erstattungen entsprechend des Verhältnisses der Ausgaben im vorangegangenen Kalenderjahr der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege zu den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen; § 106b Absatz 2 Satz 2 und 3 gilt entsprechend. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich gemäß Absatz 2 ergeben. Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen fest. Die entsprechende Zahlung wird binnen vier Wochen fällig. Der jeweilige Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, kann von dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unmittelbar an das Bundesamt für Soziale Sicherung zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 geleistet werden.

(5) Die Pflegekassen können nach ihrem Ermessen zur Vermeidung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 im Einzelfall im häuslichen Bereich verursachten pflegerischen Versorgungsengpässen, Kostenerstattung in Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge (§ 36) nach vorheriger Antragstellung gewähren, wenn die Maßnahmen nach Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind; dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von Pflegefachkräften geleitet werden. Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu drei Monate zu begrenzen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest. Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen. Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen.

(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten bis einschließlich 30. September 2020.

§ 151

Qualitätsprüfungen nach § 114

Abweichend von § 114 Absatz 2 Satz 1 und 2 finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Regelprüfungen statt.

§ 152

Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit kann nach einer erneuten Risikobeurteilung bei Fortbestehen oder erneutem Risiko für ein Infektionsgeschehen im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 den Befristungszeitraum der §§ 147 bis 151 jeweils durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern.“

Folgeänderung, die sich aus der Verschiebung der Einführung von Strukturprüfungen um ein Jahr ergibt.

Zu Nummer 10 (§ 327)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die sich aus der Verschiebung des Termins für die vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zur Strukturprüfung nach § 275d zu erlassende Richtlinie ergibt. Diese Richtlinie ist nunmehr bis zum 28. Februar 2021 zu erlassen.

Zu Nummer 11 (§ 330)

Die Regelung dient der Sicherung der Zahlungsfähigkeit der Krankenhäuser. Soweit Krankenhäuser ab dem 16. März 2020 planbare Operationen verschoben haben, verringert sich die Zahl der erbrachten und abrechenbaren Leistungen. Hierdurch gehen den Krankenhäusern liquide Mittel verloren, die sie für die Erfüllung ihrer finanziellen Verpflichtungen benötigen. Damit die Krankenhäuser gleichwohl zahlungsfähig bleiben, wird für einen begrenzten Zeitraum eine gesetzliche Zahlungsfrist von fünf Tagen für die bis zum 31. Dezember erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen vorgegeben.

Zu Artikel 4 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Es handelt sich um redaktionelle Änderungen, mit denen die Inhaltsübersicht an die geänderten Regelungen angepasst wird.

Zu Nummer 2 (§ 10)

Zu Buchstabe a

Die Arbeit der Institutionen und Einrichtungen, die Beiträge zum siebten Pflegebericht zu erbringen haben, muss sich im Jahr 2020 auf die Bewältigung der Auswirkungen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland fokussieren. Die Veröffentlichung des bis Ende 2020 vorgesehenen siebten Pflegeberichts für den Zeitraum 2016 bis 2019 wird deshalb auf das Jahr 2021 verschoben. Der Berichtszeitraum bleibt unverändert.

Zu Buchstabe b

Aufgrund der prioritären Arbeit im Jahr 2020 zur Bewältigung der Auswirkungen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 in Deutschland wird die Frist für die Berichterstattung zur Investitionskostenförderung der Länder an das Bundesministerium für Gesundheit auf den 31. Dezember 2020 verschoben.

Zu Nummer 3 (§ 113b)

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde der Qualitätsausschuss Pflege geschaffen und vom Gesetzgeber u.a. damit beauftragt, neue Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären sowie von den ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung von unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen oder Sachverständigen entwickeln zu lassen. Nach der bundesweiten Einführung der neuen Qualitätssysteme sollen diese wissenschaftlich evaluiert werden. Zur Unterstützung des Qualitätsausschusses Pflege haben die Vertragsparteien gemäß § 113b Absatz 6 für die Dauer von fünf Jahren eine unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle eingerichtet.

Nicht alle gesetzlichen Aufträge des Qualitätsausschusses nach § 113b Absatz 4 wurden bis zum Frühjahr 2020 erfolgreich abgeschlossen. Darüber hinaus handelt es sich bei vielen

Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung um kontinuierlich zu bearbeitende Daueraufgaben. Aus diesem Grund ist die Beratung und Koordinierung des Qualitätsausschusses durch die qualifizierte Geschäftsstelle auch nach Ablauf der fünf Jahre noch notwendig. Die Befristung der Geschäftsstelle wird daher aufgehoben.

Zu Nummer 4 (§ 114b)

Die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Auswirkungen bringen eine außergewöhnliche Belastung für die pflegerische Versorgung in Deutschland mit sich. In dieser Situation müssen alle vorhandenen personellen Kapazitäten der Pflegeeinrichtungen für die unmittelbare pflegerische Versorgung eingesetzt werden. Die im Oktober 2019 begonnene Einführung des neuen vollstationären Qualitätssystems ist insbesondere in der noch laufenden Einführungsphase mit einem gewissen Mehraufwand verbunden. Zur Entlastung der vollstationären Pflegeeinrichtungen in der akuten Pandemie-Situation werden daher die mit der Erhebung und Übermittlung der indikatorenbasierten Qualitätsdaten verbundenen Fristen in § 114b Absatz 1 und 2 um jeweils sechs Monate verschoben. Die Einführungsphase endet nun am 31. Dezember 2020. Bis dahin sollen alle vollstationären Pflegeeinrichtungen eine Datenerhebung durchgeführt und an die Datenauswertungsstelle übermittelt haben. Die Veröffentlichung der Qualitätsdaten gemäß Qualitätsdarstellungsvereinbarung beginnt erst mit den ab dem 1. Januar 2021 durchzuführenden Datenerhebungen.

Zu Nummer 5 (§ 114c)

Die in § 114c Absatz 1 Satz geregelte mögliche Abweichung des Prüfrhythmus gilt ab dem 1. Juli 2021. Dies ist eine notwendige Folgeänderung zu den neu geregelten Fristen in § 114b, denn die Bestimmung eines hohen Qualitätsniveaus ist erst ab Vorliegen der Ergebnisse der zweiten Datenerhebungen möglich.

Die mit der Berichtspflicht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen aus § 114c Absatz 3 verbundenen Fristen werden um jeweils sechs Monate verschoben. Da die Berichte die Erfahrungen der Pflegekassen mit dem neuen stationären Qualitätssystem zum Inhalt haben, müssen sie auf den Einführungsprozess angepasst sein. Insofern handelt es sich um eine Folgeänderung zu den neu geregelten Fristen in § 114b.

Zu Nummer 6 (Zu Dritter Abschnitt (Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste Pandemie))

Zu § 147 (Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18)

Zu Absatz 1

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erfolgt grundsätzlich durch eine umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich der antragstellenden Person. Um die vulnerable Personengruppe der Pflegebedürftigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen, werden davon abweichend bis einschließlich 30. September 2020 Gutachten aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen (Aktenlage) erstellt. Zugleich haben die Gutachterinnen und Gutachter zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und Einstufung in einen Pflegegrad nach Möglichkeit die Versicherten, deren Bevollmächtigte und rechtliche Betreuer sowie deren Angehörige und sonstige zur Auskunft fähige Personen (wie beispielsweise Ärzte des Antragstellers, Mitarbeitende des bisherigen Pflegedienstes, Nachbarn) telefonisch oder digital zu befragen (strukturierte Interviews) und die eingeholten Auskünfte sowie für den konkreten Fall einzuholende Unterlagen zu berücksichtigen. Die Vorgaben für die Pflegebegutachtung im Übrigen bleiben unberührt. Die inhaltlichen und organisatorischen Einzelheiten zu den strukturierten Interviews bestimmt der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen unter Beteiligung der Medizinischen Dienste.

Zu Absatz 2

Mit der Regelung wird die Durchführung von Wiederholungsbegutachtungen bis einschließlich 30. September 2020 ausgesetzt.

Mit den Regelungen in Absatz 1 und 2 sollen Infektionsrisiken für die Antragsteller und Antragstellerinnen sowie für die Gutachter und Gutachterinnen deutlich reduziert werden. Zugleich wird personellen Engpässen bei den Medizinischen Diensten entgegengewirkt und darüber hinaus die Möglichkeit eröffnet, dass freies ärztliches und pflegerisches Personal der Medizinischen Dienste bei dringendem Bedarf Gesundheitsämter, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen personell unterstützen kann. Die Medizinischen Dienste haben hierzu ihre Bereitschaft erklärt.

Zu Absatz 3

Um das aktuell hohe Infektionsrisiko bei pflegebedürftigen Personen herabzusetzen und darüber hinaus sowohl die Pflegekassen als auch die Medizinischen Dienste personell zu entlasten, wird die 25-Arbeitstagefrist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 bis einschließlich 30. September 2020 ausgesetzt. Für die Leistungsgewährung sind wie bisher der Tag der Antragstellung und das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen maßgebend.

Ziel der Regelung ist es, die gegenwärtig für alle antragstellenden Personen geltende Regelung, dass der Bescheid der Pflegekasse innerhalb von 25 Arbeitstagen erteilt werden muss, auf diejenigen Fälle zu konzentrieren, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Antragsituationen, für die eine verkürzte Frist gilt (§ 18 Absatz 3 Satz 3 bis 5), bleiben hiervon unberührt.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, für die Klärung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen bundeseinheitliche Kriterien und Anwendungshinweise festzulegen. Kriterien, die in diesem Zusammenhang Bedeutung haben, sind einerseits inhaltlicher Art und nehmen andererseits Bezug auf bestimmte Verfahrens- und Antragsituationen: Bevorzugung von Erstanträgen mit Antrag auf ambulante Sachleistungen, sich schnell verschlechternder Krankheitsverlauf, nicht sichergestellte Pflege, Bearbeitung von Widerspruchsgutachten, geplante Anträge auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit oder Anträge auf eine Begutachtung von Kindern. Darüber hinaus wird ergänzend geregelt, dass der Umgang mit dieser Regelung in der in § 18 Absatz 3b bestehenden Berichtspflicht aufgegriffen wird.

Zu Absatz 4

Bei der Änderung in Absatz 2b handelt sich um eine Folgeänderung zu der im Absatz 3 bestimmten Beschränkung der Geltung der 25-Arbeitstagefrist auf diejenigen Anträge, bei denen ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf besteht. Durch die Verpflichtung zur Benennung unabhängiger Gutachter soll sichergestellt werden, dass in Fällen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf zeitnah eine Begutachtung stattfinden kann. Im Übrigen entfällt die Verpflichtung im genannten Zeitraum.

Zu Absatz 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der in Absatz 3 bestimmten Beschränkung der Geltung der 25-Arbeitstagefrist. Es wird klargestellt, dass die Regelung zur Zahlung eines Betrages in Höhe von 70 Euro bei Fristüberschreitung durch die Pflegekasse an den Antragsteller bis einschließlich 30. September 2020 nicht angewendet wird.

Ungeachtet der übergangsweise geänderten Regelungen hinsichtlich der 25-Arbeitstagefrist (Bearbeitungsfrist) stellen die Pflegekassen und die Medizinischen Dienste sicher, dass

Verzögerungen im Verfahrensablauf so wenig wie möglich entstehen. Wiederholungsbeurteilungen werden durch Absatz 2 ausgesetzt.

Zu § 148 (Beratungsbesuche nach § 37)

Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, haben bei Pflegegrad 2 und 3 halbjährlich einmal und bei Pflegegrad 4 und 5 vierteljährlich einmal eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit abzurufen und gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen nachzuweisen. Die Beratung erfolgt in der Regel durch einen zugelassenen Pflegedienst. Nach § 37 Absatz 3 dient die Beratung der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Rufen Pflegebedürftige die Beratung nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen (§ 37 Absatz 6).

Um die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor zusätzlichen Ansteckungsgefahren durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 zu schützen und um das vorhandene Pflegekräfteangebot auf die Sicherstellung der Versorgung hin zu konzentrieren, soll das Pflegegeld im Zeitraum vom 1. Januar 2020 bis zum 30. September 2020 bezogen werden können, ohne dass ein Beratungseinsatz abgerufen werden muss.

Es ist erforderlich, dass die Pflegegeldbezieher von der Ausnahmeregelung kurzfristig Kenntnis erlangen, um von ihr Gebrauch machen zu können. Daher werden die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet, die Ausnahmeregelung kurzfristig bekannt zu machen.

Die Regelung schließt die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Beratung nicht aus.

Zu § 149 (Einrichtungen zur Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege)

Nach § 42 Absatz 4 Satz 1 besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige, wenn während einer Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Um besonderen Belastungen aufgrund der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie gerecht zu werden, sollen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Kurzzeitpflege auch ohne Erfüllung dieser Voraussetzung erbringen können. Bis einschließlich 30. September 2020 soll der Anspruch auf Kurzzeitpflege daher auch in Einrichtungen bestehen, die stationäre Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringen, ohne dass gleichzeitig eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation für eine Pflegeperson erbracht wird.

Die Vergütung soll sich nach dem durchschnittlichen Vergütungssatz gemäß § 111 Absatz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch der jeweiligen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung richten. Das vermeidet langwierige und streitanfällige Vergütungsverfahren und dient dem Ziel, möglichst kurzfristig vorhandene Versorgungskapazitäten zu nutzen.

Zu § 150 (Sicherstellung der pflegerischen Versorgung, Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige)

Zu Absatz 1

Oberste Priorität im Leistungserbringerrecht hat die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung für die Pflegebedürftigen. Deshalb werden alle nach diesem Buch zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, bei einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer Leistungserbringung infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 diese umgehend gegenüber den Pflegekassen anzuzeigen. Hierbei genügt die Anzeige gegenüber einer als Partei des Versorgungsvertrages ausgewiesenen Pflegekasse, beispielsweise der federführenden Pflegekasse bei der Zulassung. Wesentliche Beeinträchtigungen

der Leistungserbringung können sein: z.B. nicht kompensierbare krankheits- oder quarantänebedingte Ausfälle des Personals der Pflegeeinrichtung, ein höherer Aufwand bei der Versorgung von durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 erkrankten Pflegebedürftigen, pandemiebedingte Mindereinnahmen im Rahmen ihrer Leistungserbringung oder auch erhöhte Anforderungen durch eine behördlich angeordnete Isolation bzw. Quarantäne.

Ziel der unmittelbaren Information an die Pflegekassen ist, dass diese als Vertragspartei der Zulassung zusammen mit den betreffenden Pflegeeinrichtungen für den Einzelfall in der aktuellen Situation prüfen müssen, ob die pflegerische Versorgung der den Pflegeeinrichtungen anvertrauten Pflegebedürftigen sichergestellt ist oder welche individuelle Maßnahmen und Lösungen vor Ort erforderlich sind. Dieses hat in Abstimmung mit den weiteren zuständigen Stellen wie den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden und den Gesundheitsämtern zu erfolgen. Dabei kann insbesondere von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung für die Aufrechterhaltung der weiteren Versorgung der Pflegebedürftigen abgewichen werden.

Zur möglichst schnellen Reaktion auf die besonderen Erfordernisse vor Ort sollen die Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen alle bestehenden Instrumente des Vertragsrechts wie insbesondere Gesamtversorgungsverträge nach § 72 Absatz 2 Satz 1 nutzen. Hierbei können zulassungsrechtliche Voraussetzungen einschließlich der Vorgaben aus den Landesrahmenverträgen zur pflegerischen Versorgung nach § 75 vorübergehend zweckgerichtet eingeschränkt werden. Dadurch wird u.a. ein flexibler Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen nach den Erfordernissen vor Ort gewährleistet. Es bedarf hier angesichts der dynamischen Lage keiner langwierigen schriftlichen Verfahren. Hiervon könnten insbesondere Tagespflegeeinrichtungen profitieren, die durch Schaffung eines weiteren Versorgungsbereiches, z.B. eines ambulanten Pflegedienstes, bei sinkender Auslastung frei werdende Personalkapazitäten für die Versorgung von Pflegebedürftigen wie den bisherigen Tagespflegegästen in ihrer Häuslichkeit einsetzen könnten. Ebenso besteht für vom Nachfragerückgang betroffene Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, das Personal durch Kooperationen zwischen zugelassenen Pflegeeinrichtungen bedarfsgerecht einzusetzen. Darüber hinaus unterliegen trägerübergreifende Personalüberlassungen nach dem Pflegeversicherungsrecht zulassungsrechtlich keinen Beschränkungen. Zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung können auch Betreuungskräfte für die Leistungen nach § 43b in von den Richtlinien nach § 53c abweichenden Bereichen eingesetzt werden und abweichende Aufgaben wahrnehmen.

Sofern Pflegeeinrichtungen vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bereits ihre Betroffenheit wegen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bereits gegenüber den Pflegekassen mitgeteilt haben, ist keine erneute Anzeige erforderlich.

Zu Absatz 2

Von der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelösten Pandemie betroffene Pflegeeinrichtungen erhalten einen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber der Pflegeversicherung für ihre außerordentlichen Aufwendungen und Mindereinnahmen, die im Rahmen ihrer Leistungserbringung einschließlich Leistungen für Unterkunft und Verpflegung entstehen. Ausgenommen sind Positionen, die anderweitig (z.B. über Kurzarbeitergeld, Entschädigung über Infektionsschutzgesetz) finanziert werden. Eine Doppelfinanzierung ist hierbei auszuschließen. Dieser Anspruch besteht unabhängig von einer Anzeige nach Absatz 1. Dabei ist es für den Anspruch zudem unerheblich, ob die zugelassene Pflegeeinrichtung eine Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen abgeschlossen oder darauf verzichtet hat.

Zu den außerordentlichen Aufwendungen im Rahmen der Leistungserbringung gehören insbesondere solche im Zusammenhang mit den infektionshygienischen Schutzvorkehrungen der Mitarbeitenden (Einmalmaterial, Desinfektionsmittel) oder zusätzliche Personalauf-

wendungen für Ersatzpersonal oder Mehrarbeitsstunden, wenn Ausfälle von krankheits- oder quarantänebedingt abwesendem Personal kompensiert werden müssen. Ebenso können Einrichtungen von pandemiebedingten Mindereinnahmen betroffen sein, wenn z.B. Tagespflege- oder Kurzzeitpflegegäste ihre geplanten Aufenthalte in Einrichtungen dauerhaft absagen oder Kunden ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste ihre Leistungsanspruchnahme zum Zwecke der sozialen Distanzierung reduzieren. Hieraus können für die Pflegeeinrichtungen wirtschaftlich schwierige Situationen entstehen bis hin zur Gefahr einer Insolvenz, die es hinsichtlich der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung zu vermeiden gilt.

Für das Erstattungsverfahren ist vorgesehen, dass die Pflegeeinrichtungen zum Monatsende ihren Anspruch bei einer Pflegekasse geltend machen können, die Partei des Versorgungsvertrages ist. Für die Auszahlung der Erstattung ist vorgegeben, dass diese insgesamt über eine Pflegekasse an die Einrichtung innerhalb von 14 Kalendertagen zu erfolgen hat, damit eine Vorfinanzierung der Pflegeeinrichtung zeitlich auf maximal sechs Wochen begrenzt wird. Davon unabhängig können Pflegeeinrichtungen mehrere Monate in ihrem Antrag zusammenfassen.

Für zugelassene Pflegeeinrichtungen, die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 abgeschlossen haben, wird ausdrücklich im Gesetz die Möglichkeit zur Neuverhandlung vor Ablauf der Laufzeit der geltenden Pflegesatz- bzw. Vergütungsvereinbarung wegen der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Veränderungen ausgeschlossen, da mit dem in Absatz 2 Satz 1 vorgesehenen Erstattungsantrag die Pflegeversicherung die entstehenden Kosten vollständig übernimmt. Insofern werden Pflegebedürftige und die zuständigen Sozialhilfeträger mit diesen Kosten nicht belastet.

Angesichts der hohen Priorität der Versorgungssicherstellung wird während der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Lage ausdrücklich angeordnet, dass die Pflegekassen bei Unterschreitungen der in den Pflegeeinrichtungen nach § 84 Absatz 5 Satz 2 Nummer 2 vereinbarten Personalausstattung kein Vergütungskürzungsverfahren nach § 115 Absatz 3 Satz 1 durchzuführen haben.

Zu Absatz 3

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird beauftragt, unverzüglich, möglichst zum Inkrafttreten der Regelung das Erstattungsverfahren in den einzelnen Bundesländern einschließlich Fragen zu erforderlichen Nachweisen möglichst einheitlich und praktikabel zu regeln. Um das gesetzgeberische Ziel einer schnellen finanziellen Entlastung von betroffenen Pflegeeinrichtungen wirksam umzusetzen, sind hierbei einfache Belege für die zur Erstattung beantragten Aufwendungen und Mindereinnahmen vorzusehen. Die getroffenen Festlegungen des Spitzenverband Bund der Pflegekassen erfordern die Zustimmung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Um über die Ausgabenentwicklung einschließlich der Dynamik im weiteren zeitlichen Verlauf Kenntnis zu erhalten, wird der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig hierüber zu berichten.

Zu Absatz 4

Ambulante Pflegedienste erbringen in der Regel Pflegesachleistungen nach dem SGB XI und Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V. Daher werden die Kosten der Erstattung nach Absatz 2 aufgeteilt auf die Soziale Pflegeversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, § 106b Absatz 2 Satz 2 und 3 findet entsprechende Anwendung. Die Regelung zur Beteiligung der privaten Pflege-Pflichtversicherung an der Finanzierung der Maßnahmen orientiert sich an den entsprechenden Vorschriften für die Fördermaßnahmen des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes und ermöglicht eine unbürokratische Abwicklung.

Zu Absatz 5

Den Pflegekassen wird ein weiterer Gestaltungsspielraum zur Vermeidung von pflegerischen Versorgungslücken in der häuslichen Versorgung eingeräumt. Sie sollen diesen abgestuft nutzen können: Je größer die Versorgungsprobleme werden, desto unbürokratischer soll die Versorgung möglich sein. Vorrangig ist auf Leistungserbringer, die von Pflegefachkräften geleitet werden zurück zu greifen insbesondere Tagespflegeeinrichtungen, die wegen des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 geschlossen werden mussten. Sodann ist auf andere Leistungserbringer, wie Betreuungsdienste, andere medizinische Leistungserbringer und zuletzt auf Nachbarinnen und Nachbarn zurück zu greifen. Für die häusliche Versorgung durch Angehörige und vergleichbar Nahestehende sieht das Recht der Pflegeversicherung die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Pflegegeldleistung vor. Dies soll nicht geändert werden.

Die Frage, welche Vergütungssätze im Rahmen der Kostenerstattung berücksichtigungsfähig sind, steht im Ermessen der Pflegekassen und sollte auch Gegenstand der Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen sein. Die Vergütungssätze sollten entsprechend der jeweils in Anspruch genommenen Leistung abgestuft sein (z.B. für eine Tagespflegeeinrichtung oder für ambulante Pflegedienste jeweils in Anlehnung an mit den Kassen vereinbarte Vergütungssätze).

Die Widerrufsmöglichkeit besteht insbesondere für den Fall, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen nicht angemessen erfolgt.

Die Empfehlungen sollen insbesondere auch mögliche Auflagen und Bedingungen, die in Kostenübernahmezusagen enthalten sein können, und Aussagen zur Vergütungshöhe sowie zur Qualitätssicherung enthalten. Dazu können regelmäßige telefonische Kontakte mit den Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Betreuern gehören.

Zu Absatz 6

Die Regelungen der Absätze 1 bis 5 sind bis einschließlich 30. September befristet.

Zu § 151 (Qualitätsprüfungen nach § 114)

Aufgrund des sich verbreitenden neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 bringen die Qualitätsprüfungen nach § 114 eine zusätzliche Infektionsgefahr für die Pflegebedürftigen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen sowie die Prüferinnen und Prüfer mit sich. Zudem binden die Prüfungen Pflegepersonal, das in der aktuellen Belastungssituation für die unmittelbare pflegerische Versorgung benötigt wird. Aus den genannten Gründen werden die Regelprüfungen nach § 114 bis zum 30. September 2020 ausgesetzt. Die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, für jede zugelassene Pflegeeinrichtung Prüfungen regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr zu veranlassen, wird damit für das Jahr 2020 außer Kraft gesetzt. Ebenfalls außer Kraft gesetzt wird damit die Verpflichtung der Landesverbände der Pflegekassen, für alle vollstationären Einrichtungen mindestens einmal zwischen dem 1. November 2019 und dem 31. Dezember 2020 eine Prüfung zu veranlassen. Durch die Aussetzung der Qualitätsprüfungen ist mit vorübergehend freiwerdenden Personalkapazitäten der Medizinischen Dienste zu rechnen. Die Medizinischen Dienste haben ihre Bereitschaft erklärt, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit medizinischer oder pflegerischer Qualifikation ohne Kosten- oder Aufwendungsersatz an Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser oder Gesundheitsämter abzustellen.

Anlassprüfungen werden durch die Regelung nicht tangiert. Ob die Anlassprüfungen in Form einer Begehung der Pflegeeinrichtung oder der Häuslichkeit der Pflegebedürftigen stattfinden können, sollen die Landesverbände der Pflegekassen und die Medizinischen Dienst in Absprache mit den lokalen Behörden, insbesondere den Gesundheitsämtern im Einzelfall entscheiden.