

STELLUNGNAHME
BKK DACHVERBAND E.V.

vom 03.02.2021

**zum Entwurf einer Formulierungshilfe für
ein Gesetz zur Fortgeltung der die epide-
mische Lage von nationaler Tragweite be-
treffenden Regelungen (EpiLage-Fortgel-
tungsgesetz)**

Inhalt

I. VORWORT	3
II. DETAILKOMMENTIERUNG	5
Artikel 5	5
Zu Nr. 2: Vergütung der Ärzte (§ 87b SGB V)	5
Artikel 7	5
Zu Nr. 2: Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI)	5
Zu Nr. 5: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (§ 147 SGB XI)	7
Zu Nr. 6: Beratungsbesuche nach § 37 (§ 148 SGB XI)	8
Zu Nr. 7: Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige (§ 150 SGB XI)	9
III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF	10

I. VORWORT

Mit dem „Entwurf der Formulierungshilfe für den Entwurf eines Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen“ soll gesetzlich verankert werden, dass die der Feststellung einer epidemischen Lage zu Grunde liegende Norm des § 5 IfSG nicht wie geplant Ende März außer Kraft tritt. Auch die in der Folge erlassenen Verordnungsermächtigungen, Rechtsverordnungen, Anordnungen und Sonderrechte sollen fortgelten, sofern sie in der epidemischen Lage begründet sind.

Die Betriebskrankenkassen befürworten ausdrücklich, dass es nunmehr dem Bundestag obliegt, mindestens alle drei Monate über die Fortdauer der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erneut zu entscheiden. Zu begrüßen ist auch, dass – im Gegensatz zum geltenden Rechtsstand - eine rechtliche Grundlage der Corona-Impfverordnung gelegt wird.

Dass die Voraussetzungen nach § 5 IfSG Satz 4 weiterhin vorliegen, soll mit dem vorliegenden Entwurf dargelegt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Infektionszahlen tendenziell gerade sinken, ist diese Begründung jedoch recht knappgehalten. Es ist fraglich, ob die bloße Erwähnung der neuen Mutationen zur Begründung der Aufrechterhaltung der weitgehenden Grundrechtseinschränkungen genügt. Unstreitig bedürfen Mutationen der besonderen Aufmerksamkeit und Kontrolle, doch hätten – soweit vorliegend – weitere evidenzbasierte Angaben erfolgen sollen, was wiederum die Aufrechterhaltung der Maßnahmen im Sinne des Schutzes der öffentlichen Gesundheit weiterhin erforderlich macht. Um eine andernfalls drohende Überlastung des Gesundheitssystems weiterhin abzuwenden, sind nur evidenzbasierte und verhältnismäßige Maßnahmen erforderlich.

Die Betriebskrankenkassen befürworten, dass der Großteil auf Grund der Pandemiesituation ins Leben gerufenen Sonderregelungen auch weiterhin an das Vorliegen einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gebunden werden sollen. Eine solche Konkretisierung ist auch bei der Regelung zum Ausgleich von Vergütungsausfällen in der vertragsärztlichen Versorgung geboten. Nach Auffassung der Betriebskrankenkassen besteht für einen Fortbestand vieler dieser Maßnahmen außerhalb dieser besonderen Situation auch keine Notwendigkeit. Es gilt somit auch weiter sicherzustellen, dass Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der besonderen Pandemiesituation eingeführt werden, nicht von dieser gelöst und damit von ihr unabhängig verstetigt werden.

Zu den Sozialgesetzbuch XI betreffenden Regelungen nehmen die Betriebskrankenkassen wie folgt Stellung:

- Die notwendigen Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen unter zu definierenden Rahmenbedingungen wieder anlaufen zu lassen und dabei einen flexiblen Prüfrhythmus zu ermöglichen wird ausdrücklich begrüßt. Hierbei sollte jedoch der außerordentlicher Prüfzeitraum bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden. Falls am in der Formulierungshilfe vorgesehenen Prüfzeitraum festgehalten werden soll, müssten im Hinblick auf die Berichterstattung zur Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Pandemiebedingungen der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung bis zum 31. Dezember 2021 miteingebunden werden.
- Bei den Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird die Verlängerung zur Begutachtung ohne persönliche Untersuchung und die gleichlautende Verlängerung der Aussetzung der Wiederholungsbegutachtungen ausdrücklich begrüßt. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass beispielsweise pflegbedürftige Kinder eine Begutachtung ohne persönliche Untersuchung nicht verwehrt bleiben sollten, insofern als, dass sie bei der Impfstrategie derzeit nicht berücksichtigt werden. Zudem sollte ein Konzept zum Wiedereinstieg in die Wiederholungsbegutachtungen erarbeitet werden.

- Die Verlängerung der Sonderregelungen hinsichtlich der Beratungsbesuche wird ausdrücklich begrüßt, sodass Beratungsbesuche weiterhin telefonisch, digital oder per Videokonferenz ermöglicht werden. Angesichts der Tatsache das mancherorts die Beratungseinsätze auch unter den Bedingungen der Sonderregelungen nicht flächendeckend sichergestellt werden können, sollte bis einschließlich zum 31. Dezember 2021 von Sanktionierungsmechanismen abgesehen werden, sodass bei Nicht-Inanspruchnahme von Pflegeberatungen –das Pflegegeld nicht gekürzt oder gänzlich entzogen wird. Zudem sollten Pflegekassen dazu verpflichtet werden, die Pflegbedürftigen auch zum Wiedereinsetzen der Sanktionierungen zum 01. Januar 2022 in geeigneter Form zu informieren.
- In Bezug auf die Mindereinnahmen bei den zugelassenen Pflegeeinrichtungen infolge der Umsetzung behördlicher Auflagen und landesrechtlichen Regelungen zur Eindämmung der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie ist festzuschreiben, dass bei geprüften Mindereinnahmen eine Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige als Gesamterstattungsbeträge erst im Folgemonat erfolgt, um zusätzlichen Aufwand durch etwaige Korrekturen oder nachfolgender Rückforderungen zu vermeiden.
- Um Liquiditätsengpässe bei den Pflegekassen im Zusammenhang mit pandemiebedingten Erstattungen an Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, schlagen die Betriebskrankenkassen ergänzend vor, ein Melde- und Auszahlungsverfahren zu implementieren, wie es für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen geschaffen wurde. Dadurch könnten Pflegekassen eine Vorauszahlung der Erstattungsbeträge aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung beim BAS zur direkten Weiterleitung an die Pflegeeinrichtungen anmelden.

II. DETAILKOMMENTIERUNG

Artikel 5

Zu Nr. 2: Vergütung der Ärzte (§ 87b SGB V)

Bereits durch das COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz wurde eine Regelung im § 87b aufgenommen, der den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichte, im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in die Verteilungsmaßstäbe auf Landesebene einzugreifen, wenn aufgrund eines Fallzahlrückgangs die Fortführung einer Arztpraxis gefährdet würde. Diese Regelung ist zum 21.12.2020 ausgelaufen. Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht vor, die ausgelaufene Regelung ab 01.01.2021 wieder im Gesetz zu verankern.

Die im vorliegenden Entwurf enthaltene Formulierung greift allerdings zu weit. Die zusätzliche Regelungskompetenz sollte ausschließlich auf Fallzahlrückgänge aufgrund des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes begrenzt sein, wie in § 105 Absatz 3 SGB V. Eine Ausweitung auf andere Ereignisse und damit eine Verstetigung von Ausnahmeregelungen lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass kurzfristige und angemessene Reaktionen situativ umgesetzt werden können.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

§ 87b Abs. 2a wird wie folgt gefasst:

„Mindert sich die Fallzahl in einem die Fortführung der Arztpraxis gefährdendem Umfang in Folge eines Ereignisses, das der vertragsärztliche Leistungserbringer nicht zu verantworten hat, wie eine Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder ein anderes Großschadensereignis des Bestehens einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes, kann die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Verteilungsmaßstab zeitnah geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Leistungserbringers vorsehen.“

Artikel 7

Zu Nr. 2: Qualitätsprüfungen (§ 114 SGB XI)

Unterstützt wird ausdrücklich das Anliegen, einerseits die notwendigen Qualitätsprüfungen (Regelprüfungen) – trotz festgestellter epidemischer Lage von nationaler Tragweite – unter zu definierenden Rahmenbedingungen wieder anlaufen zu lassen und andererseits eine gewisse Flexibilität beim vorgegebenen Prüfrhythmus mit Blick auf das pandemische Geschehen zu ermöglichen.

Der Gesetzesbegründung zum neuen Absatz 2a ist zu entnehmen, dass im Zeitraum vom 01. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021 jede Pflegeeinrichtung möglichst einmal geprüft werden soll. Diese Formulierung impliziert, eine sog. Soll-Vorschrift angedacht ist, was dem Ansinnen entsprechen würde, angesichts der epidemische Lage von nationaler

Tragweite einen begrenzten Ermessensspielraum zu ermöglichen. Diesem Ansinnen sollte die Formulierung des Absatz 2a auch konkret folgen, um die gewünschte Flexibilität konkret zu ermöglichen.

Anzumerken ist auch, dass mit dem KHZG der in § 114 Absatz 2 Satz 2 ursprünglich verlängerte Prüfrhythmus zurecht damit begründet wurde, dass eine Durchführung der Regelprüfungen in allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen innerhalb eines Jahres – wie in § 114 Absatz 2 Satz 1 bestimmt – damals nicht realistisch durchführbar eingeschätzt wurde. Gleichzeitig wird in der hier vorliegenden Gesetzesbegründung darauf verwiesen, dass der Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Übereinstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Verband der privaten Krankenversicherung zwischenzeitlich die Empfehlung gegeben hatte, von November 2020 bis Ende Februar 2021 (4 Monate) keine Regelprüfungen mehr durchzuführen. Folglich wäre – im Idealfall – in den für 2021 verbleibenden 10 Monaten jede zugelassene Pflegeeinrichtung zu prüfen, was in der Realität schwierig umzusetzen sein dürfte. Dies führt zum Ergebnis, dass der mit dem KHZG definierte außerordentliche Prüfzeitraum nochmals bis zum 31. Dezember 2022 verlängert werden sollte. Damit würden die Anforderungen vor Ort bei den verantwortlichen Akteuren (Pflegeeinrichtungen, MDK, PKV-Prüfdienst, Landesverbände der Pflegekassen) mit Blick auf die anhaltende epidemische Lage von nationaler Tragweite entzerrt.

Falls am jetzt definierten außerordentlichen Prüfzeitraum festgehalten werden soll, würde hingegen im Verlauf des Jahres 2021 konkret zu prüfen sein, ob ggf. der mit dem KHZG erstmals definierte und jetzt im neuen Absatz 2 fortzuschreibende außerordentlich Prüfzeitraum bis 31. Dezember 2021 auch grundsätzlich ausreicht, um dem Ziel gerecht zu werden, möglichst alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen einmal zu prüfen. Hierfür bietet sich der avisierte Bericht des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zum 30. September 2021 an. Da im Wortlaut des Gesetzentwurfs hinsichtlich der Zielrichtung des Berichts allerdings nur auf die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Pandemiebedingungen abgestellt wird, sollte dies mit Blick auf die bis dato durchgeführten Qualitätsprüfungen konkretisiert werden, um ggf. eine Grundlage für eine weitere gesetzgeberische (außerordentlichen) Anpassung des Prüfrhythmus zu haben. Zu diesem Zweck muss dann auch der Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und auch der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung in die Berichterstellung eingebunden werden, da eine plausible Datenerhebung nur mit Unterstützung dieser Institutionen gelingen wird.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 7 Nr. 2b wird wie folgt gefasst:

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 gilt für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2022, dass jede zugelassene Pflegeeinrichtung ~~möglichst~~ einmal zu prüfen ist, wenn die pandemische Lage es zulässt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben zu beachten sind (z.B. Hygienekonzept). Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen und die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie zu unterstützen. Die Hinweise sind entsprechend der Entwicklung der pandemischen Lage zu aktualisieren. Sie sind für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des

Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung zum 31. Dezember 2021 ~~30. September 2021~~ über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Pandemiebedingungen und unter Berücksichtigung der Anzahl der nach Satz 1 bis dahin durchgeführten Qualitätsprüfungen.

Sollte am Prüfzeitraum festgehalten werden, wird Artikel 7 Nr. 2b wie folgt gefasst:

b) Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 gilt für den Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis zum 31. Dezember 2021, dass jede zugelassene Pflegeeinrichtung möglichst einmal ~~zu prüfen ist~~ geprüft werden soll, wenn die pandemische Lage es zulässt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt im Benehmen mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sowie im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich das Nähere zur Durchführbarkeit von Prüfungen, insbesondere unter welchen Voraussetzungen Prüfaufträge angesichts der aktuellen Infektionslage angemessen sind und welche spezifischen Vorgaben zu beachten sind (z.B. Hygienekonzept). Dabei sind insbesondere die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen und die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie zu unterstützen. Die Hinweise sind entsprechend der Entwicklung der pandemischen Lage zu aktualisieren. Sie sind für die Landesverbände der Pflegekassen, die Medizinischen Dienste und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung zum 30. September 2021 über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen unter Pandemiebedingungen und unter Berücksichtigung der Anzahl der nach Satz 1 bis dahin durchgeführten Qualitätsprüfungen.“

Zu Nr. 5: Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 (§ 147 SGB XI)

Die Verlängerung einer möglichen Begutachtung ohne persönliche Untersuchung auch für Anträge auf Pflegeleistungen, die zwischen dem 1. April 2021 und dem 30. Juni 2021 gestellt werden und die gleichlautende Verlängerung der Aussetzung der Wiederholungsbegutachtungen bis zum 30. Juni 2021 wird grundsätzlich unterstützt.

Angemerkt werden muss in diesem Zusammenhang allerdings, dass die jetzt angelaufene Impfstrategie bis zum 30. Juni 2021 nicht alle Pflegebedürftigen erreicht haben dürfte. Dies betrifft beispielsweise pflegebedürftige Kinder, denen eine Begutachtung ohne persönliche Untersuchung mit Blick auf den Infektionsschutz dann nicht verwehrt bleiben sollte. Daher wird empfohlen, die adressierte Verlängerung großzügig bis zum 31. Dezember 2021 fortzuschreiben und damit dann auch ein sukzessives Ausschleichen der Sonderregelung zu ermöglichen.

Gleichwohl muss angemerkt werden, dass auch die Pflegekassen derzeit mit den erheblichen pandemiebedingten Herausforderungen zu kämpfen haben (Homeoffice/ Kinderbetreuung/ Krankenstand). Es ist festzustellen, dass die Zahl der im vierten Quartal 2020 durchgeführten Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit mit 602.000 Begutachtungen 13,9 Prozent über dem Vorjahresquartal lag. Im gesamten Jahr wurden 11,2 Prozent mehr Begutachtungen als im Jahr 2019 durchgeführt. Mit bundesweit 708.000 Aufträgen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit im vierten Quartal lagen die Auftragszahlen 9,9 Prozent über dem Vorjahreswert. In dieser Gemengelage sollte einerseits überlegt werden, die Regelung des § 147 Absatz 3 GB XI in der bis 30.09.2020 gültigen Fassung zu reaktivieren und damit die

Unbeachtlichkeit der Frist nach § 18 Absatz 3 Satz 2 SGB XI befristet zuzulassen und andererseits die Kriterien für das Vorliegen, die Gewichtung und die Feststellung eines besonders dringlichen Entscheidungsbedarfs wiederzubeleben.

Mit Blick auf Absatz 2 und der avisierten Verlängerung der Aussetzung der Wiederholungsprüfungen nach § 18 Absatz 2 Satz 5 SGB XI ist anzumerken, dass diese nach dem Auslaufen der hier verlängerten Sonderregelung in verstärktem Maße durchzuführen sein werden, was sich allein aus der Anwendung der strukturierten Telefoninterviews als Möglichkeit einer Begutachtung ohne persönliche Untersuchung ergibt. Hier besteht ggf. die Gefahr eines Bearbeitungsstaus – ähnlich dem Wiedereinstieg in die Begutachtungen nach Umsetzung des PSG II, der folglich auch Auswirkungen auf etwaige Erstbegutachtungen haben kann. Um diesem Szenario vorzubeugen, sollte ggf. ein Konzept zum Wiedereinstieg in die Wiederholungsbegutachtungen angedacht und mithin gesetzlich beauftragt werden.

Zu Nr. 6: Beratungsbesuche nach § 37 (§ 148 SGB XI)

Die Verlängerung der bislang bis zum 31. März 2021 befristete Sonderregelung, welche die Beratungsbesuche n. § 37 Absatz 3 SGB XI telefonische, digital oder per Videokonferenz ermöglicht, wird ausdrücklich unterstützt. Es soll damit dem Bedarf nach Beratung und Unterstützung bei gleichzeitiger Berücksichtigung des Infektionsrisikos Rechnung getragen werden. Im Hinblick auf die außerordentlich dynamische Entwicklung des Pandemiegeschehens in den vergangenen Wochen und Monaten besteht allerdings auch die Notwendigkeit, die Regelung des § 148 nochmals aufzugreifen, nach der das Pflegegeld abweichend von § 37 Absatz 6 SGB XI nicht gekürzt oder entzogen werden durfte, wenn die Pflegebedürftigen keine Beratungseinsätze abrufen bzw. nachweisen konnten. Berichte aus der Praxis zeichnen hier mancherorts ein Bild, dass die Beratungseinsätze auch unter den Bedingungen der oben genannten Sonderregelungen nicht flächendeckend sichergestellt werden können. Hierbei sollte der Übergangszeitraum nach dem ursprünglichen Wiedereinstieg in die Sanktionierungsmechanismen berücksichtigt werden. Gleichwohl sollten die Pflegekassen dazu verpflichtet werden, die Pflegebedürftigen auch zum Wiedereinsetzen der Sanktionierungen zum 01. Januar 2022 zu informieren.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 7 Nr. 6 wird gestrichen und wie folgt neu gefasst:

"§ 148 wird wie folgt neu gefasst:

(1) Abweichend von § 37 Absatz 3 Satz 1 erfolgt die von den Pflegebedürftigen abzurufende Beratung bis einschließlich 30. Juni 2021 telefonisch, digital oder per Videokonferenz, wenn die oder der Pflegebedürftige dies wünscht.

(2) Abweichend von § 37 Absatz 6 darf die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld nicht kürzen oder entziehen, wenn der Pflegebedürftige in dem Zeitraum vom 1. Oktober 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2021 keine Beratung nach § 37 Absatz 3 Satz 1 abrufen. Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen haben diese Ausnahmeregelung unter Beachtung des Wiedereinsetzens der Maßgaben nach § 37 Absatz 6 zum 1. Januar 2022 den Pflegegeldempfängern in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen."

Zu Nr. 7: Kostenerstattung für Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige (§ 150 SGB XI)

Ausdrücklich begrüßt wird die Absicht, dass das pandemiebedingte Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Absatz 2 bis 4 für zugelassenen Pflegeeinrichtungen und das Erstattungsverfahren für auf nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 150 Abs. 5a SGB XI zukünftig auf solche Mindereinnahmen konzentriert werden soll, die unmittelbar durch die Umsetzung von behördlichen Auflagen sowie von landesrechtlichen Regelungen zur Eindämmung der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie entstanden sind. Sachgerecht ist die Bestimmung, dass diese Voraussetzung von der jeweils zuständigen Pflegekasse vor der Auszahlung zu überprüfen ist.

Für die Operationalisierung bei den zuständigen Pflegekassen ist aber darauf hinzuweisen, dass gem. § 140 Absatz 2 Satz 3 SGB XI die betreffende Auszahlung der gesamten Erstattungsbeträge innerhalb von 14 Kalendertagen zu erfolgen hat. Mit Blick auf den Prüfauftrag vor Auszahlung muss angemerkt werden, dass eine sinnvolle Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen voraussetzungsvoll sein dürfte, da der hierfür erforderliche Informationsfluss zu den behördlichen Auflagen zumeist die regionalen Entscheidungsstrukturen (Landratsämter, Gesundheitsämter, kreisfreie Städte, regionale Krisenstäbe) betrifft und in der Praxis bspw. durch fehlende Ansprechpartner und mangelnde telefonische Erreichbarkeit und – bezüglich der landesrechtlichen Regelungen – auch durch föderal gegenläufiges Vorgehen gekennzeichnet ist. Außerdem liegt den Pflegekassen häufig keine umfassende und aktuelle Listung der behördlichen Auflagen sowie landesrechtlicher Regelungen zur Eindämmung der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie vor. Insofern verunmöglicht diese 14-Kalendertagefrist den Anspruch einer ordnungsgemäßen Prüfung. Auch wenn der Sinn der zugrundeliegenden Auszahlungsfrist nachvollziehbar ist und zudem die Möglichkeit zur Vorläufigkeit der Auszahlung gegeben ist, erfordert die Geltendmachung etwaiger Korrekturen und nachfolgender Rückforderungen zusätzlichen Aufwand. Insofern sollte geprüft werden, ob für die neugefasste Anspruchsgrundlage bei der Geltendmachung der Mindereinnahmen nach Absatz 2a (neu) eine weitergefasste Frist normiert werden sollte, bspw. indem Erstattungen ausschließlich für angezeigte Mindereinnahmen immer im Rahmen der bislang praktizierten Gesamterstattung im Folgemonat angewiesen werden.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Artikel 7 Nr. 7b wird wie folgt gefasst:

Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

„(2a) Absatz 2 findet entsprechende Anwendung bei Mindereinnahmen, die den zugelassenen Pflegeeinrichtungen infolge der Umsetzung behördlicher Auflagen sowie von landesrechtlichen Regelungen zur Eindämmung der Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie unmittelbar entstehen. Diese Voraussetzung ist von der Pflegekasse vor der Auszahlung zu überprüfen. Abweichend von Absatz 2 Satz 3 erfolgt die Auszahlung Erstattungen aus den Mindereinnahmen nach Satz 1 als Gesamterstattungsbeträge im Folgemonat.“

III. ERGÄNZENDER ÄNDERUNGSBEDARF

Bestimmte Pflegekassen leisten im Rahmen der vom Deutschen Bundestag festgestellten epidemischer Lage von nationaler Tragweite und im Kontext der Corona-Rettungsschirme n. § 150 Absatz 2 bis 4 und 5a SGB XI und der Coronavirus-Testverordnung – TestV monatlich Kostenerstattungen in erheblicher Höhe. Dies dürften angesichts der hier avisierten Verlängerung der Maßnahmen der Corona-Rettungsschirme und der fortwährenden Nationalen Teststrategie, die insbesondere auch auf die vulnerablen Gruppen in Pflegeeinrichtungen abzielt, weiterhin Bestand haben. Die involvierten Pflegekassen sehen sich angesichts der dadurch prognostizierten Summen, welche in einem kurzen Zeitfenster auszu zahlen sind, und auch angesichts der Systematik des Finanzausgleichs i. S. d. §§ 66 ff. SGB XI kurzfristigen Liquiditätsengpässen gegenüber. Abhilfe könnte hier die Adaption der Maßgaben n. § 111d Absatz 4 SGB V für die Regelungen in § 150 SGB XI sein.

Mit der Regelung in § 111d SGB V sollen die negativen finanziellen Folgen der Corona-Pandemie auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abgemildert werden, um den Bestand dieser Einrichtungen zu sichern. Das hier implementierte Melde- und Auszahlungsverfahren sieht vor, dass die für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aufsummierten Beträge für pandemiebedingte Ausgleichszahlungen unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) übermittelt werden müssen. Das BAS wiederum zahlt auf Grundlage dieser angemeldeten Mittelbedarfe die Beträge an das jeweilige Land oder die benannte Krankenkasse zur Weiterleitung an die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds.

Analog dieser Systematik sollte für die zuständigen Pflegekassen i. S. d. in § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI niedergelegten Verfahren bzw. die zuständigen Pflegekassen i. S. d. § 7 Absatz 2 Satz 3 TestV ein fakultatives Verfahren ermöglicht werden, bei welchem die Pflegekassen eine Vorauszahlung der Erstattungsbeträge aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung n. § 65 SGB XI beim BAS zur Weiterleitung an die Pflegeeinrichtungen anmelden können, welche etwaige pandemiebedingte Erstattungen ersuchen.

ÄNDERUNGSVORSCHLAG

Nach § 150 Abs. 5d wird folgender neuer Absatz 6 eingefügt:

(6) Die zuständigen Pflegekassen in den Verfahren nach Absatz 2 bis 5a können zum Zweck der Liquiditätssicherung die aufsummierten Erstattungsbeträge der nach Absatz 2 bis 5a niedergelegten Verfahren jeweils unverzüglich an das Bundesamt für Soziale Sicherung übermitteln. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt auf Grundlage der nach Satz 1 angemeldeten Mittelbedarfe an die dafür zuständige Pflegekasse nach Satz 1 die gemeldeten Erstattungsbeträge der nach Absatz 2 bis 5a niedergelegten Verfahren zur Weiterleitung an die Pflegeeinrichtungen aus dem Ausgleichsfonds nach § 65. Um eine schnellstmögliche Zahlung zu gewährleisten, kann die zuständige Pflegekasse beim Bundesamt für Soziale Sicherung ab dem XX.XX.2021 Abschlagszahlungen beantragen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zum Verfahren der Übermittlung der aufsummierten Erstattungsbeträge sowie der Zahlung aus dem Ausgleichsfonds nach § 65 einschließlich der Abschlagszahlungen.

Absatz 6 wird Absatz 7 (unter Berücksichtigung von Artikel 7 Nr. 7e).