

Pflege-Rettungsschirm stützt Pflegeeinrichtungen und stabilisiert die Pflege während der Corona-Pandemie

Die Corona-Pandemie stellt uns alle vor große Herausforderungen, um die medizinische und pflegerische Versorgung zu stabilisieren. Die Pflegerinnen und Pfleger in der stationären und ambulanten Pflege sorgen zurzeit in einer außergewöhnlichen Kraftanstrengung für die Versorgung der rund vier Millionen Pflegebedürftigen in unserem Land. Die Pflegekassen werden die 11.700 vollstationären Pflegeheime und die über 15.000 ambulanten Pflegedienste dabei unbürokratisch mit einem finanziellen Rettungsschirm und einem vorübergehenden Verzicht auf verschiedene Formalien unterstützen. Die Grundlage hierfür sind die mit dem COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (§ 150 SGB XI) für die ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen beschlossenen Änderungen.

Mit diesem Pflege-Rettungsschirm unterstützt die Pflegeversicherung die Versorgung der Pflegebedürftigen und sie stabilisiert die bestehende Pflegeinfrastruktur auch während der Corona-Pandemie.

Erstattung von coronabedingten Mehrausgaben und Mindereinnahmen für Pflegeeinrichtungen (auf Basis von § 150 Abs. 2 und 3 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)

Die Corona-bedingten Mehrkosten und Mindereinnahmen, können durch die voll- und teilstationären Pflegeheime und die ambulanten Pflegedienste bei noch zu benennenden zuständigen Pflegekassen unbürokratisch geltend gemacht werden. Hierfür werden in Kürze Listen und Formulare veröffentlicht. Weitere Infos folgen.

➤ **Finanzierung von zusätzlicher Schutzausrüstung**

Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bekommen Corona-bedingte finanzielle Mehrausgaben für Sachmittel wie Schutzkleidung, Mundschutz, Schutzbrillen und Desinfektionsmittel unbürokratisch erstattet.

Kosten: Wie hoch die Kosten am Ende sein werden, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beziffert werden. Die Kosten ergeben sich aus der benötigten Menge der Schutzkleidung und aus dem dafür tatsächlich gezahlten Einkaufspreis.



➤ **Finanzierung zusätzlicher Personalkosten für die ambulante und stationäre Pflege**

Erhöhte Personalausgaben, beispielsweise durch vorübergehend eingestelltes Fremdpersonal oder durch Mehrarbeitsstunden und Personalaufstockung innerhalb der Einrichtungen, werden ebenfalls übernommen. Um die Versorgung der Pflege aufrecht zu erhalten, kann zusätzlich insbesondere von den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und Rahmenbedingungen zur Personalausstattung abgewichen werden.

Kosten: Kosten für Personalmehraufwendungen (z.B. durch Honorarkräfte, Aufstockung) sind nicht zu schätzen

Beispiel – Stationäre Pflege

Eine zusätzliche Pflegehilfskraft wird wegen der quarantänebedingten Mehraufwände für die Versorgung erforderlich; die Lohnkosten (Arbeitgeberbruttolohnkosten) belaufen sich beispielsweise auf ca. 2.200 Euro/Monat.

Beispiel – Ambulante Pflege

Mehrere Mitarbeiter sind aufgrund von Corona erkrankt, der Normalbetrieb könnte dadurch nicht aufrechterhalten werden. Vorübergehend wird eine zusätzliche Pflegefachkraft eingestellt, die Lohnkosten für das Stammpersonal laufen natürlich weiter. Die zusätzliche Pflegekraft verursacht beispielsweise zusätzliche Arbeitgeberbruttolohnkosten in Höhe von 3.300 Euro/Monat.

➤ **Finanzieller Ausgleich von Mindereinnahmen für die ambulante, stationäre Pflege**

Die Pflegeversicherung erstattet den stationären Pflegeeinrichtungen und den ambulanten Pflegediensten Corona-bedingte Mindereinnahmen. Diese Mindereinnahmen können entstehen, indem beispielsweise keine neuen Pflegebedürftigen aufgrund der bestehenden Quarantäne aufgenommen werden dürfen, oder dadurch, dass keine ambulanten Pflegeleistungen erbracht werden können.

Kosten: Die Erstattung der Mindereinnahmen bezieht sich auf die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung und die finanziellen Anteile der Pflegebedürftigen wie Unterkunft, Verpflegung und den Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), die der Einrichtung Corona bedingt fehlen. D.h., wenn Aufgrund der Corona-Pandemie keine neuen Pflegebedürftigen aufgenommen werden können, und diese Beiträge für Unterkunft, Verpflegung und EEE deshalb ausfallen, werden diese aus Mitteln der Pflegeversicherung bezahlt.

Beispiel – Teilstationäre Pflege/Tagespflegeeinrichtungen

Tagespflegeeinrichtungen haben die Aufgabe, Pflegebedürftige, die noch zuhause leben, tagesweise zu pflegen und zu betreuen. Mit diesem Angebot ergänzen und sichern die Tagespflegeeinrichtungen die häusliche Pflege und entlasten gleichzeitig die Angehörigen. Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Tagespflegeeinrichtungen weitgehend auf behördliche Anordnung geschlossen.

Während der Schließung verbleibende Kosten werden von der Pflegeversicherung (Investitionskosten ausgenommen) getragen. So wird die Existenz der Tagespflegeeinrichtungen gesichert, damit sie weiter für die Versorgung zur Verfügung stehen, sobald die Schließung aufgehoben ist. Gleichzeitig können die Pflegekräfte der Tagespflegeeinrichtung in anderen Pflegeeinrichtungen, zum Beispiel in Pflegeheimen, unterstützend mitarbeiten und so weiter ihren erforderlichen Beitrag zur Versorgung leisten.

Unterstützung für Pflegebedürftige während der Corona-Pandemie

(auf Basis von § 150 Abs. 5 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz)

Ein weiteres Unterstützungsangebot richtet sich an die Pflegebedürftigen selbst. Kann die ambulante Versorgung durch den bisherigen Pflegedienst oder eine Vertretung nicht sichergestellt werden, kann die Versorgung nun auch durch andere Leistungserbringer als einen ambulanten Pflegedienst erfolgen. Diese Kosten für die Inanspruchnahme von Leistungserbringern oder anderen Personen können nach § 36 SGB XI für bis zu drei Monaten durch die Pflegekasse erstattet werden. Die Pflegekassen können dann entstandene Kosten in Höhe der ambulanten Pflegesachleistungsbeträge im Kostenerstattungsverfahren erstatten (Einzelfallentscheidung). Durch diese gesetzliche Regelung helfen die Pflegekassen, Versorgungsengpässe infolge der Corona-Pandemie zu vermeiden.

Hintergrund: Zuhause lebende Pflegebedürftige erhalten entweder Sachleistungen, indem sie durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt werden, oder Geldleistungen. Beziehen Pflegebedürftige sowohl Pflegegeld als auch Sachleistungen (Kombinationsleistungen) werden diese jeweils gegenseitig angerechnet.

Beispiel – Pflegegrad 5

Ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 5 erhält ausschließlich Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst. Die Versorgung kann infolge der Corona-Pandemie nicht mehr durch den ambulanten Pflegedienst erfolgen (Erkrankung oder Quarantäne der Mitarbeiter). Der weit entfernt

lebende Sohn kann die Pflege nicht übernehmen. Die Pflege erfolgt kurzfristig durch freigestellte Mitarbeiter einer vorübergehend geschlossenen Tagespflegeeinrichtung.

Um die entstehenden Kosten zu begleichen stellt der Pflegebedürftige bei seiner Pflegekasse einen Antrag auf Erstattung für die von der Pflegekraft erbrachten Leistungen. Die Pflegekasse kann dem Pflegebedürftigen diese Kosten bis maximal 1.995 Euro erstatten.

Beispiel – Pflegegrad 2

Eine Pflegebedürftige des Pflegegrades 2 wird sowohl durch ihre Tochter als auch durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Die Pflegebedürftige erhält daher Pflegegeld (60 %) und Pflegesachleistung (40 %). Die Versorgung kann infolge der Corona-Pandemie nicht mehr durch den ambulanten Pflegedienst erfolgen (Erkrankung oder Quarantäne der Mitarbeiter). Die berufstätige Tochter kann den Pflege-Part des ambulanten Pflegedienstes nicht übernehmen. Ein Nachbar der Pflegebedürftigen springt ein. Er übernimmt die Pflege in der Zeit, in dem die Tochter zur Arbeit geht – also die 40 Prozent, die vorher durch den Pflegedienst erbracht wurde.

Der Nachbar schreibt für seine Leistung eine Rechnung, für die die Pflegebedürftige bei ihrer Pflegekasse einen Erstattungsantrag stellt. Der Teil des Pflegegeldes (60 %), den sie bereits ausgezahlt bekommt, wird durch die Pflegekasse bei der Erstattung berücksichtigt. Die Pflegekasse kann daher Kosten in Höhe von bis zu 275 Euro (40 % der Sachleistungen) erstatten.

Allgemein gilt: 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. Dieselbe Hilfe soll nicht zweimal finanziert werden.

Voraussetzungen für die Kostenerstattung

- Aufgrund der Corona-Pandemie kommt es durch den bisherigen Leistungserbringer zu einem pflegerischen Versorgungsengpass. Dieser Versorgungsengpass kann nicht durch anderweitige Versorgung, z. B. durch Angehörige oder andere ambulante Pflegedienste behoben werden.
- Anspruchsberechtigt sind Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die ambulante Pflegesachleistung (auch in Kombination mit Pflegegeld) erhalten.
- Pflegebedürftige müssen für die Kostenerstattung bei ihrer Pflegekasse einen Antrag stellen.
- Die Kostenzusage ist auf bis zu drei Monate, längstens bis 30.09.2020, befristet.

- Die Versorgung kann beispielsweise durch Betreuungsdienste, medizinische Leistungserbringer (z. B. Mitarbeiter aus Reha-Kliniken), anerkannte Betreuungs- und Entlastungsangebote, Personen ohne Qualifikation (z. B. Nachbarn) erfolgen.
- Vorrangig soll die Versorgung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.
- Die Höhe der Vergütung liegt im Ermessen der Pflegekasse Je höher die Qualifikation des Leistungserbringers, desto höher fällt die Vergütung aus; die Vergütung kann aber nicht höher als der maximale Pflegesachleistungsbetrag sein.

Bereits seit Beginn der Corona-Pandemie erfolgte Maßnahmen

- Seit Anfang letzter Woche wird bis Ende September 2020 der Pflege-TÜV, also die Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen, ausgesetzt; gleiches gilt für die Indikatorenerhebung zur Qualitätssicherung durch die Pflegeeinrichtungen selbst. Damit werden personelle Kapazitäten freigestellt, die in der direkten Pflege eingesetzt werden können.
- Die Medizinischen Dienste führen aus Gründen des Infektionsschutzes keine persönlichen Begutachtungen in der ambulanten und stationären Pflege mehr durch. Damit die notwendigen Begutachtungen aber nicht gänzlich entfallen, wird auf ein telefonisches leitfadengestütztes Vorgehen umgestellt.
- Beratungsbesuche zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege müssen nicht stattfinden, die gesetzlich vorgesehenen Konsequenzen für Pflegebedürftige wie Leistungskürzungen bei fehlendem Nachweis werden ausgesetzt.
- Verordnungen für die Häusliche Krankenpflege werden auch noch nach 14 Tagen von den Kassen anerkannt.