



Geschäftsstelle für  
Pfleagesatzverhandlungen  
caritativer Dienste und Einrichtungen  
in der Diözese Münster

Geschäftsstelle für Pfleagesatzverhandlungen  
Postfach 2120, 48008 Münster

---

An die  
Träger und Einrichtungen der  
ambulanten, voll- und teilstationären  
Altenhilfe sowie der stationären Hospize  
in der Diözese Münster

Münster, 08.06.2020

Fax.: 0251/8901-211

lanzrath@caritas-muenster.de

2020-06-08 Rundschreiben FAQs GKV-Spitzenverband zu  
Schutzschirm § 150 SGB XI - UPDATE

- **Neue FAQs des GKV-Spitzenverbandes zum Schutzschirm nach § 150 SGB XI**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir hatten Sie am 06.05.2020 über die FAQs zum Rettungsschirm nach § 150 Abs. 3 SGB XI informiert. Nun liegt eine aktualisierte, in Teilen veränderte und erweiterte Version des GKV-Spitzenverbandes vor.

In der nachfolgenden Handreichung gehen wir nicht nur auf die Veränderungen ein, sondern nehmen auch die Punkte weiterhin auf, die sich nicht verändert haben, damit Sie nicht mit zwei verschiedenen Exemplaren arbeiten müssen. Sofern sich einzelne Punkte verändert haben, ist dies beim jeweiligen Punkt als (NEU) oder als (MODIFIZIERT) gekennzeichnet.

Einzelne der neuen Punkte sind sehr detailliert und einige dürfte die Einrichtungen auch nicht betreffen. Wir hatten als Leistungserbringer leider keinen unmittelbaren Einfluss auf die Auswahl der zu beantwortenden Fragen.

Bitte beachten Sie, dass die FAQs eine Auslegungshilfe des GKV-Spitzenverbandes mit Hinweisen des Bundesministeriums für Gesundheit sind. Sie können keine abschließende Auslegung der Festlegungen sein, die im Streitfalle vor den Gerichten vorgenommen werden müssten. Dennoch sind sie als Anhaltspunkt, wie bestimmte Sachverhalte im Zweifel bewertet werden würden, bedeutend und leisten Hilfe bei der Antragstellung.

Für Rückfragen – bevorzugt per Mail – stehen wir Ihnen wie immer gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Eric Lanzrath  
Geschäftsführer

Ralph Hülsing  
Stv. Geschäftsführer

<p><b>Hinweise zu den Fragen und Antworten zur Umsetzung der Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 150 Absatz 3 SGB XI zum Ausgleich der SARS-CoV-2 bedingten finanziellen Belastungen der Pflegeeinrichtungen – Stand 05.06.2020</b></p>
--

1. Antragsberechtigung.....	4
2. a) Personalmehraufwendungen .....	4
3. Mindereinnahmen .....	5
4. IT-Kosten .....	6
5. Fortbildungskosten .....	6
6. Ausbildungsumlagen/-zuschläge .....	6
7. Umgang mit Vergütungssteigerungen nach dem 01.01.2020 .....	7
8. Umgang mit Abwesenheitsvergütungen .....	7
9. Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI .....	7
10. Referenzmonat Januar .....	7
11. Umgang mit Einrichtungen, die erst ab Februar 2020 zugelassen werden .....	8
12. Faktoren zur Verringerung des Erstattungsbetrages .....	9
13. Umgang mit Personal bei Leistungseinschränkung aufgrund von (Teil-)Schließungen .....	10
14. Vorrang von anderweitigen Unterstützungsmaßnahmen .....	10
15. Rückforderung bei späterem Erhalt anderweitiger Unterstützungsmaßnahmen .....	10
16. Aufstockung Kurzarbeitergeld .....	11
17. Verfahren bei Personalüberlassung: Brutto- oder Nettoprinzip .....	11
18. Verbindlichkeit des Antragsformulars .....	11
19. Format des Antrags .....	12
20. Gesonderter Antrag für jede Einrichtung .....	12
21. Zentrale Beschaffung von Schutzmaterialien .....	12
22. Zusammenhang zu § 150 Abs. 1 SGB XI .....	13
23. Umgang mit Nachforderungen .....	13
24. Nachweise bei Antragstellung .....	13
25. Keine Erstattung coronabedingter Mehraufwendungen nach dem 30.09.2020 .....	13
26. Transportkosten als Mehraufwendung bei räumlich getrennten Quarantänebereichen .....	14

27. Transportkosten im Rahmen einer anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung	14
28. Keine Anerkennung von Kosten für FFP 2-Masken in der "Routinearbeit" von Pflegekräften	14
29. Kein Erstattungsanspruch bei vorsorglicher Freistellung von Mitarbeiter*innen	15
30. Mehraufwand durch Quarantänemaßnahmen bei Wechsel der Einrichtung	15
31. Mehraufwand durch besonderes Einzugsmanagement	15
32. Mehraufwand durch besonderes Besuchsmanagement	15
33. Kosten für Wärmebildkameras zur Überwachung der erhöhten Körpertemperatur am Eingang	15
34. Mehraufwendungen für Besuchsboxen/Besuchscontainer	16
35. Versorgung von Tagespflegegästen in der Häuslichkeit	16
36. Umgang mit Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Falle einer Versorgung von Tagespflegegästen in der Häuslichkeit	16
37. Umgang mit nicht nachweisbaren Mindereinnahmen	16
38. Saldierung der Mindereinnahmen – Keine Berechnung auf einzelnen Versicherten bezogen	17
39. Keine Berücksichtigung rückwirkender Höherstufungen	17
40. Erlöse einer vergleichbaren Einrichtung sind keine Referenzgröße	17
41. Anträge grundsätzlich erst nach dem Ende des Monats stellen	17
42. Unterschrift muss auf dem Antragsformular erfolgen	18

## **1. Antragsberechtigung (UNVERÄNDERT)**

Antragsberechtigt sind alle Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag. Lediglich Pflegedienste, die ausschließlich eine Vereinbarung nach § 132a Abs. 4 SGB V abgeschlossen haben und keinen eigenen Versorgungsvertrag nach den SGB XI, sind nicht antragsberechtigt. Die Einschränkung, die im Hinblick auf Hospize gemacht werden, gelten nicht in Nordrhein-Westfalen. Dort wird ein Versorgungsvertrag nach § 39a SGB V in Verbindung mit § 72 SGB XI geschlossen. Hospize sind damit ohne weitere Vertragsanpassung bereits jetzt antragsberechtigt.

## **2. a) Personalmehraufwendungen (UNVERÄNDERT)**

Es wird klargestellt, dass sich Personalmehraufwendungen sowohl auf die Kompensation eigener Personalausfälle als auch auf einen gestiegenen Personaleinsatz zur Erfüllung der bisherigen Leistungen bezieht. Sofern also Personalmehraufwand anfällt, weil über den vereinbarten Personalschlüssel hinaus Personal benötigt wird, um den pandemiebedingten Mehraufwand aufzufangen, ist dieser refinanzierbar.

"Einmalige Sonderleistungen („Corona-Prämien“) sind nicht über das Verfahren nach § 150 Abs. 2 und 3 SGB XI erstattungsfähig." Es muss davon ausgegangen werden, dass hiermit nicht die gerade in der politischen Diskussion befindliche Prämie von bis zu 1.500 € gemeint ist, sondern andere Prämien, die Mitarbeitern aufgrund der Entscheidung der Einrichtung für ihren Aufwand individuell gewährt wird. Solche außerordentlichen Prämien sind nicht über das Antragsverfahren nach § 150 SGB XI refinanzierbar. Die mögliche Prämie für bestimmte Berufsgruppen, die derzeit auf Bundesebene diskutiert und verhandelt wird, muss selbstverständlich refinanziert werden. Hierzu liegen aktuell allerdings noch keine weiteren Informationen über das Verfahren der Refinanzierung vor.

"Die Personalaufwendungen einschließlich Rekrutierungskosten für regelhaft neu eingestellte Mitarbeiter oder bezogene Leiharbeitskräfte im Rahmen der üblichen Personalfluktu-  
ation stellen grundsätzlich keine pandemiebedingten außerordentlichen Mehraufwendungen dar und sind daher im Erstattungsverfahren nicht berücksichtigungsfähig." Hiermit dürfte gemeint sein, dass Personalmehraufwand dann nicht refinanzierungsfähig ist, wenn die infrage stehenden Kräfte innerhalb des Personalschlüssels bereits refinanziert werden, wenn also z.B. lediglich eine Ersatzeinstellung für eine ausscheidende Kraft erfolgt.

"Sofern dabei Mehreinnahmen durch Leistungsausweitungen erzielt werden, sind diese mit den zur Erstattung beantragten Personalmehraufwendungen zu verrechnen." Dies kann sich nur auf ambulante Pflegedienste beziehen. Sofern es hier durch Neueinstellungen zu höheren Erlösen als im Referenzmonat Januar kommt, sind die Mehrerlöse bei einem Ansatz von Personalmehraufwendungen gegenzurechnen.

## 2. b) Sachmittelmehraufwendungen (UNVERÄNDERT)

Die in der Liste vorgenommene Aufzählung ist ausdrücklich nicht abschließend, gibt aber Hinweise, welche Mehraufwendungen insbesondere gemeint sind.

## 3. Mindereinnahmen (MODIFIZIERT)

Bei einem Vergleich mit dem Referenzmonat Januar sind folgende Erlöse relevant:

- Pflegebedingter Aufwand einschließlich der Beträge für die Refinanzierung von Ausbildungskosten (in NRW Aufschläge nach der AltenpflegeausgleichsVO und Aufschläge nach dem Pflegeberufegesetz)
- Unterkunft und Verpflegung
- Leistungen nach § 43b SGB XI (siehe Punkt 9 der FAQ)
- Fahrtkosten (teilstationär), soweit sie anfallen (siehe hierzu auch Punkt 12)
- Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI
- Häusliche Krankenpflege nach §§ 37 ~~bis 37b SGB V~~
- ~~Haushaltshilfe nach § 38 SGB V~~
- Leistungen stationärer Hospize nach § 39a SGB V

Investitionskosten nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI sind nicht erstattungsfähig

Im Hinblick auf die **Tagespflegen** ist eine weitere Finanzierung der Investitionskosten (vermutlich ebenfalls zum Referenzmonat Januar) aus Landesmitteln klar in Aussicht gestellt. Details zu einer Vereinbarung mit Kreisen und kreisfreien Städten stehen aber noch aus.

Für andere Einrichtungen ist keine Refinanzierung der Investitionsfolgekosten geplant. Allenfalls kann in den vollstationären Einrichtungen ein nachträglicher Ausgleich erfolgen, wenn die Auslastungsquote durch Leerstände in den Folgejahren den Divisor für die zu berechnenden Kosten mindert.

In den **vollstationären Einrichtungen** treffen die FAQ keine Aussagen zu den Leistungen nach § 132g SGB V. Dies muss nun mit den Krankenkassen in NRW geklärt werden.

In der **ambulanten Pflege** sind Mindererlöse bei Leistungen der Soziotherapie (§ 37a SGB V) und der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) § 37b SGB V) nicht über den Rettungsschirm abgedeckt. Leistungen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung sind nach Aussagen der Landesverbände der Krankenkassen in NRW allerdings als Leistungen der Häuslichen Krankenpflege zu sehen. Insofern müssten Mindererlöse bei Leistungen, die über ergänzende Verträge zur AAPV entstehen, auch erstattungsfähig sein und sollten – sofern sie eintreten – beim Antrag berücksichtigt werden.

Mindererlöse bei Leistungen der Haushaltshilfe nach § 38 SGB V sind ebenfalls nicht berücksichtigungsfähig.

Sollten diese Leistungen in früheren Anträgen einbezogen worden sein, können Anträge auch nachträglich noch korrigiert werden (siehe hierzu Anmerkungen zu Punkt 23.). Dies gilt genauso für Mindererlöse für Leistungen, deren Refinanzierbarkeit sich zu einem späteren Zeitpunkt herausstellen sollte.

#### 4. IT-Kosten (UNVERÄNDERT)

Weder Kosten für die Einrichtung von Heimarbeitsplätzen noch für die digitale Ausstattung einer Einrichtung, damit Bewohner leichter kommunizieren können, sind erstattungsfähig. Hierzu war in den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes zunächst keine Aussage getroffen worden. Verwiesen wird lediglich auf die Fördermöglichkeit des § 8 Abs. 8 SGB XI (Maßnahmen zur Digitalisierung aus dem PPSG, max. 40 % bis zu 12.000 €, vgl. frühere Rundschreiben). Sofern Geräte zur Verbesserung der Kommunikation der Bewohner\*innen nur temporär genutzt werden (also z.B. geliehen werden), sollen Gebühren und Entgelte hierfür allerdings erstattungsfähig sein.

#### 5. Fortbildungskosten (MODIFIZIERT)

Fortbildungskosten sind im Zusammenhang mit der Coronapandemie nicht refinanzierungsfähig, da sie bereits in den Vergütungen der Einrichtungen berücksichtigt seien. Dies sollte allerdings zum Anlass genommen werden, Kosten für Fortbildungen in Zukunft von vorneherein höher zu kalkulieren.

**Neu:** Im Ausnahmefall können coronabedingte Mehraufwendungen für kostenpflichtige spezifische Unterweisungen oder Schulungen durch Externe erstattungsfähig sein, wenn z. B. aufgrund der Pandemie alle Mitarbeitenden einer Pflegeeinrichtung über den normalen Fortbildungsumfang hinaus außerplanmäßig geschult werden müssen (z. B. im Umgang mit bestimmten Schutzmaterialien oder Hygienemaßnahmen).

#### 6. Ausbildungsumlagen/-zuschläge (UNVERÄNDERT)

Bereits unter 3. ist klargestellt, dass die ausfallenden Vergütungszuschläge für die Ausbildung refinanzierungsfähig sind. Hier wird lediglich klargestellt, dass der Ersatz dieser Beträge durch den Rettungsschirm im Rahmen der Spitzabrechnung später anzugeben ist.

**7. Umgang mit Vergütungssteigerungen nach dem 01.01.2020 (UNVERÄNDERT)**

Es wird klargestellt, dass Vergütungserhöhungen, die ab dem 01.02.2020 erfolgen, im Erstattungsverfahren zu berücksichtigen sind und erfreulicherweise wird auch gleich festgelegt, wie dies im Antrag zu erfolgen hat. Ab dem Monat der Entgelterhöhung sind die Erlöse aus dem Referenzmonat zu steigern, in dem die neuen Preise für die Berechnung der Januarerlöse zugrunde gelegt werden

Nachfolgend ein fiktives Beispiel, wie eine Erhöhung im Antragsverfahren zu berücksichtigen ist. Dabei wird von einer Erhöhung von 2 % zum 01.04.2020 ausgegangen. Der Erlös der Einrichtung habe im Januar 100.000 € betragen.

Antrag für...	Referenzerlös 01/20	Erlös akt. Monat	Erstattung
März	100.000 €	80.000 €	20.000 €
April	102.000 €	80.000 €	22.000 €
Mai	102.000 €		

Konkret wäre eine Hilfsrechnung durchzuführen, wie die Erlöse im Januar (Basis: Berechnungstage (stationär) oder abgerechnete Einzelleistungen (ambulant) ausgesehen hätten, wenn die nun verhandelten Entgelte bereits gegolten hätten.

Diese Klarstellung ist gut und wichtig, weil sonst bei allen Einrichtungen, die unter Erlösausfällen leiden, die Vergütungserhöhungen faktisch verpufft wären. Verhandlungen, die im Jahr 2020 geführt werden, wirken sich nun für alle Einrichtungen erlössteigernd aus.

**8. Umgang mit Abwesenheitsvergütungen (UNVERÄNDERT)**

Dies betrifft nur vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Eine gesonderte Betrachtung von Abwesenheitszeiten im Referenzmonat und im Antragsmonat ist nicht erforderlich. Entscheidend ist die absolute Höhe der Einnahmen in beiden Monaten und nicht, ob ihnen eine unterschiedliche Zahl von Abwesenheitstagen zugrunde gelegen hat.

**9. Vergütungszuschläge nach § 43b SGB XI (UNVERÄNDERT)**

Siehe Punkt 3. Die Erlöse nach § 43b sind im Referenzmonat und im Antragsmonat zu berücksichtigen.

**10. Referenzmonat Januar (MODIFIZIERT)**

In begründeten Ausnahmefällen soll vom Monat Januar als Referenzmonat abgewichen werden können. Als Alternative wird aber lediglich der Februar aufgeführt. Es ist davon auszugehen, dass die Gründe für eine abweichende Berücksichtigung des Februars sehr restriktiv ausgelegt werden.

Versuche, hiervon abweichende landesweite Regelungen in NRW abzustimmen, weil der Monat in manchen Versorgungsformen nicht repräsentativ ist (Bsp. Kurzzeitpflege) sind gescheitert. Die einzige Ausnahme, die explizit nun in die FAQs aufgenommen worden ist, sind die Kinder- und Jugendhospize, bei denen auf den Jahresdurchschnitt 2019 Bezug genommen werden darf.

## 11. Umgang mit Einrichtungen, die erst ab Februar 2020 zugelassen werden

(UNVERÄNDERT)

Im **stationären Bereich** gilt folgende Regelung

- im ersten Monat der Geltendmachung (also frühestens März) werden die Referenzerlöse auf der Basis des Verhandlungsergebnisses mit einem Auslastungsgrad von 80 % berechnet.
- im zweiten Monat erfolgt die Berechnung mit einem Auslastungsgrad von 90 %
- ab dem dritten Monat wird der Auslastungsgrad zugrunde gelegt, der in der Vergütungsvereinbarung zugrunde gelegt wird (98 % bei vollstationärer Dauerpflege, 90 % bei Kurzzeitpflege und Tagespflege)

Im **ambulanten Bereich** soll grundsätzlich gelten, dass im Falle einer Neugründung nach dem 01.02.2020 der mit den Pflegebedürftigen vereinbarte Leistungsumfang als Referenzgröße gilt. Dem liegt offenbar der Gedanke zugrunde, dass Mindererlöse immer nur in dem Maße anfallen können, in dem vereinbarte Pflegen nicht anfallen.

Hier wird man bei der Bewertung unterscheiden müssen

- Aufteilung zweier Einrichtungen A und B aus einem bestehenden Pflegedienst: Hier existieren bereits Erlöswerte aus dem Januar. Grundsätzlich empfehlen wir in einem solchen Fall, die Erlöse, die mit den Patienten im Januar abgerechnet wurden, auf die beiden Stationen aufzuteilen (Kriterium: von welchem Pflegedienst wird die betreffende Person nach der Aufteilung versorgt?)
- Echte Neugründung: Da Dienste hohe Vorhaltekosten haben (mind. 4 Vollzeitkräfte als Zugangsvoraussetzung SGB V), greift eine Lösung, die max. die in den jeweiligen Monaten vereinbarten, aber ggf. nicht zustande gekommenen Einsätze ausgleicht, viel zu kurz. In den FAQs wird ausgeführt, dass abweichend von dieser Regelung "gesonderte Vereinbarungen" getroffen werden müssen

## 12. Faktoren zur Verringerung des Erstattungsbetrages (MODIFIZIERT)

Die hier aufgezählten Finanzierungsmittel sind bereits in den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes benannt. Es wird klargestellt, dass Kredite nicht als anderweitige Finanzierungsmittel gegengerechnet werden müssen.

Sofern der Bezug von Fremddienstleistungen aufgrund einer (Teil-)Schließung wegfällt, sind die eingesparten Aufwendungen von den Forderungen im Referenzmonat abzuziehen.

Fiktives Beispiel: Eine Tagespflege ist im April geschlossen und hat im Januar 1.000 € aus Erstattungen für Fahrtkosten erhalten. Der Vertrag mit dem Dienstleister ist so ausgestaltet, dass im April keine Fahrten abgenommen werden müssen und daher auch nicht bezahlt werden müssen. Dann wären bei den Referenzerlösen im Januar 1.000 € abzuziehen.

Es ist möglich, dass dadurch je nach Antragsmonat unterschiedliche Werte für den Referenzmonat anzugeben sind. Ebenso wie bei unterjährigen Vergütungsanpassungen (siehe Punkt 7.) kann es auch bei einem zwischenzeitlichen Wegfall von üblicherweise refinanzierten Fremddienstleistungen nötig sein, je nach Antragsmonat mit unterschiedlichen Werten für den Januar zu rechnen, je nachdem wann und in welchem Umfang Fremddienstleistungen nicht mehr in Anspruch genommen werden.

Explizit neu aufgenommen ist, dass verringerte Aufwendungen für Verpflegung den Anspruch auf Ausgleich vermindern können (siehe auch Punkt 36)

Ebenfalls neu ist der Punkt, dass Mindereinnahmen, die nicht coronabedingt entstanden sind, sondern aufgrund von "üblichen Auslastungsschwankungen" als "anderweitige Einnahmen" einzutragen sind.

Es erschließt sich nicht wirklich, warum dieser Punkt aufgenommen wurde. Wie sollte eine Einrichtung unterscheiden können, warum bspw. ein Platz nicht neu belegt wird? Wenn man theoretische saisonale Schwankungen berücksichtigen wollte, müsste man andererseits auch einbeziehen, dass der Januar ggf. nicht repräsentativ als Vergleichsmonat ist. In aller Regel wird man davon ausgehen müssen, dass Mindereinnahmen coronabedingt sind.

### **13. Umgang mit Personal bei Leistungseinschränkung aufgrund von (Teil-)Schließungen** (MODIFIZIERT)

Hierzu werden drei Aussagen getätigt:

- Vorrangig soll das Pflegepersonal in einem anderen pflegerischen Bereich eingesetzt werden, entweder in anderen Versorgungsbereichen des Trägers oder trägerübergreifend
- Nicht ausgelastetes Personal von Tagespflegeeinrichtungen kann auch zur Versorgung der Tagespflegegäste in deren Häuslichkeit eingesetzt werden.
- ~~Kurzarbeitergeld ist - bei gegebenen Voraussetzungen - zu beantragen, wenn feststeht, dass ein anderweitiger Einsatz nicht möglich ist.~~

Zu einer möglichen Versorgung von Tagespflegegästen durch nicht ausgelastetes Personal finden sich unter Punkt 37 Ausführungen.

Neu ist die Streichung der ausdrücklichen Verpflichtung zur Beantragung von Kurzarbeitergeld, sofern ein anderweitiger Einsatz nicht möglich ist. (siehe hierzu aber auch Punkt 14)

### **14. Vorrang von anderweitigen Unterstützungsmaßnahmen** (MODIFIZIERT)

Grundsätzlich muss auch der Bezug von Kurzarbeitergeld geprüft werden! ausdrücklich betont wird aber, dass ein anderweitiger Einsatz von Personal immer vorzuziehen ist. Im Vordergrund soll das Ziel einer Beschäftigung in einem anderen pflegerischen Bereich stehen.

Sofern ein Einrichtungsträger anderweitige Unterstützungen erhält (Kurzarbeitergeld, Versicherungsleistungen etc.), sind diese bei der Beantragung anzugeben. Hinsichtlich der zeitlichen Reihenfolge gilt:

- Solange der Einrichtungsträger diese Mittel noch nicht erhalten hat, kann er zunächst seine Mindereinnahmen in voller Höhe geltend machen. Er versichert mit seiner Unterschrift, dass anderweitige Unterstützungsmaßnahmen ausgeschöpft werden.
- Bei Erhalt der Unterstützungsleistungen sind diese umgehend anzuzeigen.

Ebenfalls neu aufgenommen ist der Hinweis, dass der Erhalt anderweitiger Finanzierungsleistungen formlos anzuzeigen ist und auch dann, wenn er zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt erfolgen sollte.

### **15. Rückforderung bei späterem Erhalt anderweitiger Unterstützungsmaßnahmen** (UNVERÄNDERT)

Die FAQ lassen nach wie vor offen, ob eine später erhaltene Unterstützungsleistung sofort (Regelfall) oder im Zusammenhang mit einem nachgelagerten Nachweisverfahren erfolgen soll.

## **16. Aufstockung Kurzarbeitergeld (MODIFIZIERT)**

Vorrangig ist immer ein anderweitiger Einsatz des Personals zu prüfen. Kommt es aber zur Zahlung von Kurzarbeitergeld, soll das Kurzarbeitergeld auf 100 % aufgestockt werden. Anderenfalls läge eine Überzahlung durch den Schutzschirm vor und es müssten entsprechende Mittel zurückgezahlt werden. **Sofern keine Aufstockung auf 100 % vorgenommen wird, ist der Differenzbetrag unter "Anderweitige Einnahmen" anzugeben.**

## **17. Verfahren bei Personalüberlassung: Brutto- oder Nettoprinzip (MODIFIZIERT)**

Es ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen Verleiher und Entleiher zu schließen. Auf ihrer Basis sind zwei Möglichkeiten denkbar:

- Der Verleiher berechnet einen Stundensatz gegenüber dem Entleiher. Dann kann der Entleiher die entstandenen Personalmehraufwendungen über den § 150 SGB XI geltend machen, während der Entleiher seine Einnahmen ebenfalls bei seinem Antrag gemäß § 150 SGB XI angibt und somit seinen Anspruch in gleicher Höhe mindert (Brutto-Prinzip).
- Der Verleiher überlässt sein Personal kostenfrei dem Entleiher. Der Verleiher kann seine Mindereinnahmen, inklusive der gesamten Personalkosten (sofern keine anderweitigen Unterstützungsleistungen greifen), nach § 150 SGB XI geltend machen. Der Entleiher darf weder mit dem entliehenen Personal Mehreinnahmen durch Leistungsausweitung erzielen noch darf er Personalmehraufwendungen infolge der Arbeitnehmerüberlassung geltend machen (Netto-Prinzip).

Bei einer Personalüberlassung an andere Träger dürfte nur das Brutto-Prinzip zur Anwendung kommen können, bei internen Überlassungen ist auch ein zahlungsfreier Austausch denkbar. In jedem Falle sollte der Austausch nachvollziehbar dokumentiert werden.

**Neu ist der Verweis auf ein Schreiben des BMF (Anlage 2 zum Rundschreiben), in dem die Umsatzsteuerfreiheit der coronabedingten Arbeitnehmerüberlassung unter Abschnitt VII beschrieben ist.**

## **18. Verbindlichkeit des Antragsformulars (UNVERÄNDERT)**

Die Beantragung soll elektronisch und ausschließlich über das bereitgestellte Formular (siehe Rundschreiben vom 06.04.2020, auch auf der Homepage des Diözesancaritasverbandes zu finden) erfolgen.

## **19. Format des Antrags (MODIFIZIERT)**

Auch wenn in den FAQs nun explizit aufgenommen worden ist, dass die Anträge auch als pdf möglich sind, soll die Antragstellung in NRW weiterhin über das Excel-Schema erfolgen.

Ggf. ist das Antragsformular zusätzlich unterschrieben einzuscannen (siehe Punkt 42). Zu den allgemeinen Formalien siehe das Rundschreiben vom 06.04.2020).

## **20. Gesonderter Antrag für jede Einrichtung (UNVERÄNDERT)**

Anträge mehrere Einrichtungen dürfen nicht zusammengefasst werden. Pro Versorgungsvertrag ist ein Antrag zu stellen.

## **21. Zentrale Beschaffung von Schutzmaterialien (UNVERÄNDERT)**

Zentral beschaffte Schutzmaterialien können auf zwei Wegen über den Schutzschirm abgerechnet werden:

- Der Trägerverband/der Träger beschafft zentral Materialien. Die einzelnen Einrichtungen müssen dann ihren Erstattungsanspruch an den Träger abtreten. Der Träger/Trägerverband kann dann einen eigenen Antrag auf Erstattung bei der zuständigen Pflegekasse stellen und übersendet eine Liste über die Schutzmaterialien sowie eine Rechnung. Er muss ferner versichern,
  - dass der Rechnungsbetrag bzw. Teilbeträge nicht Dritten in Rechnung gestellt werden,
  - dass die Materialien in Eigenregie an die Einrichtungen weitergeleitet wurden,
  - dass eine Weiterleitung nur an Einrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI erfolgt ist.
  - Das Liefervolumen in Euro ist nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Einrichtungen aufzuteilen
  - Es ist zu bestätigen, dass es sich ausschließlich um erhöhte Sachmittelaufwendungen infolge der Corona-Pandemie handelt
  - Es muss das Einverständnis zu evtl. nachgelagerten Prüf- und Nachweisverfahren erklärt werden
  - Vorab soll ein solches Verfahren mit der Pflegekasse abgesprochen werden
- Der Träger kann die Rechnung auf die einzelnen Einrichtungen nach einem nachvollziehbaren Schlüssel aufteilen und diese beantragen die Erstattung im Rahmen des von ihnen i.d.R. ohnehin durchzuführenden Antrags.

Grundsätzlich kann auch ein eigenes Erstattungsverfahren direkt durch den Träger erfolgen. Ob dies angesichts der Nebenbedingungen einfacher ist, als eine nachvollziehbare Schlüsselung auf die Einrichtungen ist fraglich.

## **22. Zusammenhang zu § 150 Abs. 1 SGB XI (UNVERÄNDERT)**

Ausdrücklich muss keine Notstandsanzeige nach § 150 Abs. 1 SGB XI erfolgen, um am Verfahren des Rettungsschirms teilzunehmen (vgl. Rundschreiben vom 19.04.2020)

## **23. Umgang mit Nachforderungen (UNVERÄNDERT)**

Grundsätzlich sind Anträge bis zum Jahresende möglich, i.d.R. werden Sie kurz nach dem Monatsende für den abgelaufenen Monat gestellt werden. Dabei ist z.B. denkbar, dass Mehraufwendungen, die einen bestimmten Monat betreffen, versehentlich noch nicht beantragt worden sind (z.B., weil noch keine Berechnung stattgefunden hat). In einem solchen Fall sollte in einem späteren Monat eine Nachbeantragung stattfinden.

Fiktives Beispiel: Eine Einrichtung hat im April Materialien erhalten und Anfang Mai, noch vor Erhalt der Rechnung, einen Antrag auf Ausgleich von Mehraufwendungen und Mindererlösen gestellt. Sie will die Aufwendungen im nächsten Monat geltend machen. Sie stellt dann im Juni einen Antrag für den Mai und erfasst die Mehraufwendungen, die den April betreffen, im Tabellenblatt für den April. In der Mail, mit der die Unterlagen übermittelt werden, sollte die Pflegekasse vorsichtshalber darauf hingewiesen werden, dass mit dem Antrag für den Mai auch noch mal eine Nachforderung für den April gestellt wird.

## **24. Nachweise bei Antragstellung (UNVERÄNDERT)**

Bei Antragstellung sind keine Nachweise einzureichen. Die endgültige Festlegung des Erstattungsbetrages erfolgt erst in einem nachgelagerten Nachweisverfahren nach den Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes vom 27.03.2020. Diese kann sowohl zu einer Rückforderung als auch zu einer Erstattung durch die Pflegekasse führen.

## **25. Keine Erstattung coronabedingter Mehraufwendungen nach dem 30.09.2020 (NEU)**

Sofern Mehrkosten nach dem 30.09.2020 beispielsweise dadurch entstehen, dass zusätzliches Personal eingestellt werden muss, weil Mitarbeiter ihren Jahresurlaub 2020 antreten (wg. Urlaubssperren zu früheren Zeiten im Jahr), ist dies nicht erstattungsfähig. Die tatsächlichen Kosten müssen vor dem 30.09.2020 entstehen.

Der Verweis auf die "aktuelle Gesetzeslage" in diesem Punkt ist ein Hinweis darauf, dass aktuell noch nicht feststehen kann, ob der Rettungsschirm nach § 150 SGB XI zum 30.09.2020 ausläuft oder um ein halbes Jahr verlängert wird. Dies wird von der weiteren Entwicklung der Pandemiesituation abhängen.

**26. Transportkosten als Mehraufwendung bei räumlich getrennten Quarantänebereichen (NEU)**

Sofern aufgrund einer Landesbestimmung/einer behördlichen Anordnung Pflegeeinrichtungen Quarantänebereiche vorhalten müssen und diese bei Trägern mehrerer Einrichtungen in einer Einrichtung konzentriert werden, sind diese Mehraufwendungen über den Rettungsschirm finanzierbar, sofern keine anderweitige Finanzierung insb. durch das Infektionsschutzgesetz erfolgt.

**27. Transportkosten im Rahmen einer anderweitigen vollstationären pflegerischen Versorgung (NEU)**

Dies bezieht sich auf den Fall, dass Bewohner\*innen einer vollstationären Einrichtung befristet in einer anderen Einrichtung gem. § 149 Abs. 3 SGB XI versorgt werden:

*"Ist eine pflegerische Versorgung von bereits vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung auf Grund der SARS-CoV-2-Pandemie quarantänebedingt nicht zu gewährleisten, kann diese für die Dauer von maximal 14 Kalendertagen in dem Zeitraum vom 23. Mai 2020 bis einschließlich 30. September 2020 auch in einer Einrichtung erbracht werden, die Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation erbringt (anderweitige vollstationäre pflegerische Versorgung)"*

In diesem Falle sind die Transportkosten für die abgebende Einrichtung über den Rettungsschirm als Mehraufwand finanzierbar.

**28. Keine Anerkennung von Kosten für FFP 2-Masken in der "Routinearbeit" von Pflegekräften (NEU)**

Sofern eine Pflegeeinrichtung bei der Versorgung von nicht infizierten Bewohner\*innen über die Empfehlungen des RKI hinausgeht (also bspw. FFP 2-Masken statt einfachem Mund-Nase-Schutz verwendet), wären diese Mehraufwendungen vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach § 29 SGB XI nicht erstattungsfähig.

Der Hinweis auf die RKI-Empfehlungen ist ein dynamischer, diese können sich ggf. ändern. Die Ausführungen in den FAQs zu diesem Punkt können sich aus unserer Sicht überhaupt nur auf Einrichtungen beziehen, in denen es keine Infektionen gibt. Spätestens bei Auftreten einer Infektion wird man nicht ernsthaft davon ausgehen können, dass alle Bewohner\*innen, die (noch) nicht positiv auf COVID-19 getestet worden sind, auch wirklich nicht infiziert sind.

**29. Kein Erstattungsanspruch bei vorsorglicher Freistellung von Mitarbeiter\*innen (NEU)**

Der Mehraufwand, der dadurch entsteht, dass man für freigestellte Mitarbeiter\*innen Ersatz beschaffen muss (in Form von Einsatz anderer Mitarbeiter\*innen, Stellenaufstockungen etc.) ist nur dann über den § 150 SGB XI refinanzierungsfähig, wenn

- eine behördliche Anordnung (z.B. Quarantäne) vorliegt oder
- ein ärztliches Beschäftigungsverbot ausgesprochen wurde.

Bei einer rein vorsorglichen Freistellung durch den Arbeitgeber können diese Mehraufwendungen nicht geltend gemacht werden.

**30. Mehraufwand durch Quarantänemaßnahmen bei Wechsel der Einrichtung (NEU)**

Wenn eine Einrichtung einer anderen Einrichtung Mitarbeiter\*innen überlassen hat, diese aber bei ihrer Rückkehr zur Sicherheit in eine 14-tägige Quarantäne schicken will, so muss diese Quarantänemaßnahme durch eine behördliche Anordnung gedeckt sein. In diesem Fall können Mehraufwendungen geltend gemacht werden, wobei Erstattungen aus dem Infektionsschutzgesetz gegenzurechnen sind.

**31. Mehraufwand durch besonderes Einzugsmanagement (NEU)**

Sofern eine Einrichtung bei Neuaufnahmen in Absprache mit Heimaufsicht und Gesundheitsamt einen abgegrenzten Wohnbereich geschaffen hat, in dem die Bewohner\*innen 14 Tage in Quarantäne verbleiben, bevor sie in den normalen Wohnbereich umziehen, sind diese durch den zusätzlichen Aufnahmeprozess entstehenden Mehraufwendungen (auch Personalmehraufwendungen!) über den § 150 SGB XI geltend zu machen.

**32. Mehraufwand durch besonderes Besuchsmanagement (NEU)**

Personalmehraufwendungen, die im Zusammenhang mit der coronabedingten Organisation von Besuchen entstehen (Vor-, Nachbereitung, Organisation) sind erstattungsfähig.

**33. Kosten für Wärmebildkameras zur Überwachung der erhöhten Körpertemperatur am Eingang (NEU)**

Dies wird allenfalls in Einzelfällen möglich sein. Zum einen sollen nur temporäre Ausstattungen im Rahmen von Infektionsschutzmaßnahmen übernommen werden, zum anderen sollen preisgünstigere Maßnahmen (hier konkret: Einsatz von Fieberpistolen) ergriffen werden.

**34. Mehraufwendungen für Besuchsboxen/Besuchscontainer (NEU)**

Sofern es sich nicht um dauerhafte bauliche Maßnahmen handelt, sind solche Mehraufwendungen erstattungsfähig. Die Einrichtung hat jedoch darzulegen, dass die ergriffene Maßnahme dem bestehenden Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 29 SGB XI entspricht und andere preisgünstigere Maßnahmen (hier z. B. Nutzung von leerstehenden Zimmern oder Errichtung von Besuchszelten) nicht geeignet sind.

**35. Versorgung von Tagespflegegästen in der Häuslichkeit (NEU)**

Im Rahmen von Absprachen soll die Versorgung von Tagespflegegästen in der eigenen Häuslichkeit grundsätzlich möglich sein.

Durch die Wiedereröffnung der Tagespflegen ab dem 08.06.2020 dürfte sich diese Möglichkeit in NRW weitgehend erübrigen.

Die Landesverbände der Pflegekassen in NRW erwarten in einem solchen Fall, dass keine versichertenbezogenen Abrechnungen erfolgen. Allerdings sei die Durchführung der Versorgung dezidiert zu dokumentieren. Dieses sei erforderlich, um die nachgelagerte Prüfung erfolgreich durchzuführen (faktisch also, um nachzuweisen, dass die Kräfte entsprechend eingesetzt wurden).

**36. Umgang mit Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung im Falle einer Versorgung von Tagespflegegästen in der Häuslichkeit (NEU)**

Im theoretischen Fall (siehe Bewertung zu 35) können auch die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung über den § 150 SGB XI erstattet werden, wobei Ersparnisse (z.B. Lebensmittel) gegenzurechnen sind.

**37. Umgang mit nicht nachweisbaren Mindereinnahmen (NEU)**

Grundsätzlich ist der Januar 2020 der Referenzmonat für die Ausgleiche von Mindereinnahmen. Daher kann bei der Antragstellung auch nicht hypothetisch angenommen werden, dass im März höhere Erlöse möglich gewesen wären und diese entsprechend auszugleichen wären.

Die einzige Ausnahme ist eine Platzzalanhebung nach einer baulichen Maßnahme mit Anpassung des Versorgungsvertrages. Dann würde für die Platzzahlerweiterung das Verfahren unter Punkt 11 gelten.

Beispiel: Eine Einrichtung erweitert zum 01.05.2020 ihr Platzangebot von 60 auf 80 Plätze. Im Referenzmonat Januar 2020 verfügte sie über 60 Plätze. Dann würden für die 20 zusätzlichen Plätze für den Mai 2020 80 % Auslastung angenommen. für den Juni 2020 90 % und für den Juli 98%.

Sollten Sie von einem solchen Fall betroffen sein, empfehlen wir Ihnen den Kontakt zu uns aufzunehmen. Wir unterstützen Sie bei der Berechnung.

**38. Saldierung der Mindereinnahmen – Keine Berechnung auf einzelnen Versicherten bezogen (NEU)**

Ausdrücklich wird noch einmal betont, dass im Antragsformular die tatsächlichen Einnahmen (Forderungen) des jeweiligen Monats den Einnahmen des Referenzmonats gegenüberzustellen sind. Die Differenz ergibt den Erstattungsbetrag.

**39. Keine Berücksichtigung rückwirkender Höherstufungen (NEU)**

Sofern sich im Antragsverfahren die Januarerlöse noch durch rückwirkende Höherstufungen ändern würden, sind diese Mehrerlöse nicht berücksichtigungsfähig, da solche Höherstufungen zum "Betriebsrisiko" einer Einrichtung gehörten.

Eine bemerkenswerte Einschätzung, auch im Hinblick auf die Benennung der Betriebsrisiken. Aus unserer Sicht ist der Januar dann abgerechnet, wenn er endgültig abgerechnet ist. Vermutlich ist aber damit gemeint, dass die Januarerlöse zum Zeitpunkt der ersten Antragstellung nach § 150 SGB XI nicht mehr verändert werden sollen. Wenn also z.B. eine Einrichtung Mitte April 2020 die Erlöse des Januar als Anspruchsgrundlage berechnet hat, wird sie in ihrem Abrechnungssystem auf die Januarerlöse zu diesem Zeitpunkt (ggf. mit Einbezug von nachträglichen Höherstufungen zwischen dem 31.01.2020 und dem 15.04.2020) zurückgreifen. Diese sind dann Maßstab für alle Anträge gem. § 150 SGB XI in den Folgemonaten.

**40. Erlöse einer vergleichbaren Einrichtung sind keine Referenzgröße (NEU)**

Wenn Träger Einrichtungen neu eröffnen, gilt die Regelung der Nr. 11 (gestaffelte Auslastungsquote). Es können nicht die Erlöse einer anderen Einrichtung des gleichen Trägers herangezogen werden.

**41. Anträge grundsätzlich erst nach dem Ende des Monats stellen (NEU)**

Pro Monat ist grundsätzlich nur ein Antrag zu stellen, um den Verwaltungsaufwand gering zu halten. Mindereinnahmen eines Monats können regelmäßig erst im Folgemonat beziffert wer-

den, so dass Anträge im laufenden Monat wenig sinnvoll sind. Mehraufwendungen/Minder-einnahmen können aber grundsätzlich auch nachträglich noch geltend gemacht werden, d.h. Korrekturen sind auch später noch möglich.

Hier soll vermutlich ein Zeichen gesetzt werden, den Arbeitsaufwand der Pflegekassen mit den Anträgen in einem vertretbaren Rahmen zu belassen. Kleinstanträge über sehr geringe Summen an Mehraufwand können ggf. tatsächlich besser gebündelt werden.

**42. Unterschrift muss auf dem Antragsformular erfolgen (NEU)**

Sofern keine digitale Unterschrift direkt in das Excelformular eingefügt werden kann, ist der Antrag auszudrucken, zu unterschreiben, einzuscannen und per Mail an die zuständige Kasse zu übermitteln. Ausdrücklich weisen die Landesverbände der Pflegekassen daraufhin, dass sie in einem solchen Fall zusätzlich die Excel-Datei benötigen, um die Anträge schnell zu bearbeiten. Im eigenen Interesse sollten die Einrichtungen diese tatsächlich mitschicken.