

Caritasverband für die Diözese Mainz e. V.

– Justitiariat und Sozialrecht –

Bahnstraße 8, 55116 Mainz
Telefon-Durchwahl (06131) 2826-234
Telefax-Durchwahl (06131) 2826-206
www.caritas-bistum-mainz.de



Bedeutung des Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetzes für Pflegeeinrichtungen

Art.4 des Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen

vom 27.3.2020 (BGBl.I S.580)

verantwortlich:

Heinrich Griep

Justitiar des Caritasverbandes für die Diözese Mainz e.V.

Stand: April 2020

Ist einer von Euch krank?
Dann rufe er die Ältesten der Gemeinde zu sich;
sie sollen Gebete über ihn sprechen
und ihn im Namen des Herrn mit Öl salben.

Jak 5,14

Inhaltsverzeichnis

Überblick zum Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz.....	3
Gesetzgeberisches Ziel des § 150 SGB XI	4
Sicherstellung der pflegerischen Versorgung	5
Aufwandsersatzung für Anpassungen der pflegerischen Versorgung	6
Modalitäten des Erstattungsverfahrens.....	7
Verhältnis ambulante SGB XI- und SGB V-Leistungen	8
Ergänzende Kostenerstattungen in der ambulanten Pflege	9
Beteiligung der privaten Pflegekassen.....	10
Qualitätsprüfungen	11
Geltungszeitraum des § 150 SGB XI.....	11

Überblick zum Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz

Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser für Sonderbelastungen	§ 21 KHG
Behandlungsmöglichkeiten in Vorsorge und Reha-Kliniken	§ 22 KHG
Folgeänderungen im Krankenhausentgeltgesetz	§§ 4 und 15 KHEntgG
Ausgleichszahlungen für Ärzte	§§ 87a Abs.3b, 87b Abs.2 und § 105 SGB V ¹
Ausgleichszahlungen an Vorsorge- und Rehakliniken	§ 111d SGB V
Aussetzung der Regelprüfungen des MDK	§ 275b SGB V
Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen	§ 330 SGB V ²
Vereinfachtes Verfahren zu Feststellung der Pflegebedürftigkeit	§ 147 SGB XI ³
Aussetzung der Beratungsbesuche beim Abruf von Pflegegeld	§ 148 SGB XI ⁴
Erleichterung der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege in Rehabilitationseinrichtungen	§ 149 SGB XI ⁵
Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch Pflegeeinrichtungen	§ 150 SGB XI ⁶
Aussetzung von Qualitätsprüfungen	§ 151 SGB XI ⁷
Verordnungsermächtigung an das Bundesministerium für Gesundheit die befristet geltenden §§ 147 – 151 SGB XI für jeweils ein Jahr zu verlängern	§ 152 SGB XI

¹ gilt bis 30.12.2020

² gilt bis 31.12.2020

³ gilt bis 30.9.2020

⁴ gilt bis 30.9.2020

⁵ gilt bis 30.9.2020

⁶ gilt bis 30.9.2020

⁷ gilt bis 30.9.2020

Gesetzgeberisches Ziel des § 150 SGB XI

(§ 150 Abs.1 SGB XI⁸)

- Auch für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung stellt die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Pandemie eine große Herausforderung dar.
- Aufgrund von Erkrankungen, Quarantäne sowie der Schließung von Schulen und Kitas ist nicht auszuschließen, dass Pflegeeinrichtungen mit der Situation konfrontiert werden, die vertraglich vereinbarten Personalstandards und Qualifikationsanforderungen nicht einhalten und Pflegebedürftige nicht ausreichend versorgen zu können.
- Aus diesem Grund sollen alle verfügbaren Pflege- und Betreuungskräfte der Einrichtungen daran mitarbeiten, die pflegerische Versorgung aufrecht zu erhalten.
- Während der Pandemie sollen daher keine Personalkapazitäten für Maßnahmen der externen Qualitätssicherung eingesetzt werden.
- Zudem stellt die Pandemie Pflegeeinrichtungen durch Mehrausgaben und Einnahmeausfälle vor finanzielle Herausforderungen.

⁸ Bt Drs.19/18112, S.2

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

(§ 150 Abs.1 SGB XI)

Anzeigepflicht	<ul style="list-style-type: none"> • Im Fall einer wesentlichen Beeinträchtigung⁹ der Leistungserbringung • infolge des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 • ist der Träger einer nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtung verpflichtet, • diese umgehend den Pflegekassen gegenüber anzuzeigen¹⁰ (§ 150 Abs.1 S.1 SGB XI).
	Es genügt die Anzeige an eine als Partei des Versorgungsvertrages beteiligte Pflegekasse (§ 150 Abs.1 S.2 SGB XI).
Vereinbarung erforderlicher Anpassungen	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (§ 150 Abs.1 S.3 SGB XI).
Lockerung der Leistungsvorgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Dabei sind zum flexiblen Einsatz des Personals in anderen Versorgungsbereichen • alle bestehenden Instrumente und Mittel • einschließlich des Vertragsrechts • zu nutzen, • bei denen zulassungsrechtliche Voraussetzungen zweckgerichtet und unbürokratisch angewandt werden können (§ 150 Abs.1 S.4 SGB XI).
	Dies gilt auch für den Einsatz von Beschäftigten für die Leistungen der zusätzlichen Betreuung nach § 43b SGB XI in anderen Bereichen (§ 150 Abs.1 S.5 SGB XI).

⁹ „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.“ (Bt Drs.19/18112, S.40)

¹⁰ „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.“ (Bt Drs.19/18112, S.40)

Aufwandserstattung für Anpassungen der pflegerischen Versorgung

(§ 150 Abs.2 SGB XI¹¹⁾)

Erstattungsanspruch	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (§ 150 Abs.2 S.1 SGB XI).
Fälligkeit	Der Anspruch auf Erstattung kann bei einer Pflegekasse regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden, die Partei des Versorgungsvertrages ist (§ 150 Abs.2 S.2 SGB XI).
Erstattungsbehörde	Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hat innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen (§ 150 Abs.2 S.2 SGB XI).
vorläufige Zahlung	Die Auszahlung kann vorläufig erfolgen (§ 150 Abs.2 S.3 SGB XI).
Außerkräftsetzung des Vereinbarungsvorbehalts	<ul style="list-style-type: none"> • Für zugelassene Pflegeeinrichtungen, • die eine vertragliche Regelung der Pflegevergütung nach den §§ 85 und 89 SGB XI abgeschlossen haben, • findet § 85 Abs.7 SGB XI (Wegfall der Geschäftsgrundlage) insoweit keine Anwendung (§ 150 Abs.2 S.4 SGB XI).
keine Kürzung	<p>Dabei sind bei Unterschreitungen der vereinbarten Personalausstattung keine Vergütungskürzungsverfahren nach § 115 Abs.3 S.1 SGB XI durchzuführen (§ 150 Abs.2 S.5 SGB XI).</p> <p>§ 115 Abs.3 S.1 SGB XI</p> <p>Hält die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere ihre Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung aus dem Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) ganz oder teilweise nicht ein, sind die nach dem Achten Kapitel vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzung entsprechend zu kürzen</p>

¹¹ „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 Personalaufwendungen 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 ambulanten 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“ (Bt Drs.19/18112, S.40)

Modalitäten des Erstattungsverfahrens

(§ 150 Abs.3 SGB XI¹²)

<p>Modalitäten des Erstattungsverfahrens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (§ 150 Abs.3 S.1 SGB XI). <p>Dabei sind gemessen an der besonderen Herausforderung von allen Beteiligten pragmatische Lösungen in der Umsetzung vorzusehen (§ 150 Abs.3 S.2 SGB XI).</p>
<p>Zustimmung</p>	<p>Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit (§ 150 Abs.3 S.3 SGB XI).</p>
<p>Berichtspflicht</p>	<p>Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig über die Ausgabenentwicklung (§ 150 Abs.3 S.4 SGB XI).</p>

¹² „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.“ (Bt Drs 19/18112, S.41)

Verhältnis ambulante SGB XI- und SGB V-Leistungen

(§ 150 Abs.4 SGB XI¹³)

Verhältnis ambulante SGB XI- und SGB V-Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen • tragen die gesetzlichen Krankenkassen und • die Soziale Pflegeversicherung • die nach § 150 Abs.2 SGB XI entstehenden Erstattungen • entsprechend des Verhältnisses der Ausgaben im vorangegangenen Kalenderjahr • der Krankenkassen für die häusliche Krankenpflege • zu den Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen (§ 150 Abs.4 S.1 SGB XI)
Umlageverfahren	<p>§ 106b Abs.2 S.2 und 3 SGB XI gilt entsprechend (§ 150 Abs.4 S.2 SGB XI).</p> <p><u>§ 106b Abs.2 S.2 u.3 SGB XI:</u></p> <p>Zur Finanzierung der den Krankenkassen nach § 106b Abs.2 S.1 SGB XI entstehenden Kosten erhebt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.</p>

¹³ „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.“ (Bt Drs 19/18112, S.41)

Ergänzende Kostenerstattungen in der ambulanten Pflege

(§ 150 Abs.5 SGB XI¹⁴)

Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • 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 SGB XI) • nach vorheriger Antragstellung • gewähren, wenn • die Maßnahmen nach § Absatz 1 Satz 3 nicht ausreichend sind (§ 150 Abs.5 S.1 SGB XI)
	dabei haben sie vorrangig Leistungserbringer zu berücksichtigen, die von Pflegefachkräften geleitet werden (§ 150 Abs.5 S.2 SGB XI).
Erstattungszeitraum	Entsprechende Kostenerstattungszusagen sind jeweils auf bis zu 3 Monate zu begrenzen (§ 150 Abs.5 S.3 SGB XI).
Modalitäten	Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt Einzelheiten dazu in Empfehlungen fest (§ 150 Abs.5 S.4 SGB XI).
	Die Pflegekassen können bei Bedarf bereits vor dem Vorliegen der Empfehlungen Kostenerstattungen zusagen (§ 150 Abs.5 S.5 SGB XI).
Widerruf der Kostenerstattung	Die Pflegekassen können aus wichtigen Gründen die Kostenerstattungszusage jederzeit widerrufen (§ 150 Abs.5 S.6 SGB XI).

¹⁴ Den Pflegekassen wird ein weiter 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.“ (Bt Drs 19/18112, S.41)

Beteiligung der privaten Pflegekassen

(§ 150 Abs.4 S.2 - SGB XI)

Kostenbeteiligung	Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, beteiligen sich mit einem Anteil von 7 % an den Kosten, die sich gemäß § 150 Abs.2 SGB XI ergeben (§ 150 Abs.4 S.2 SGB XI).
Höhe der Kostenbeteiligung	Das Bundesamt für Soziale Sicherung stellt die Höhe des Finanzierungsanteils der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis der vierteljährlichen Finanzstatistiken der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen fest (§ 150 Abs.4 S.3 SGB XI).
Fälligkeit	Die entsprechende Zahlung wird binnen vier Wochen fällig (§ 150 Abs.4 S.4 SGB XI).
Zentrale Abwicklung	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 SGB XI geleistet werden (§ 150 Abs.4 S.5 SGB XI).
	<p>§ 65 Abs.1 SGB XI</p> <p>(1) Das Bundesamt für Soziale Sicherung verwaltet als Sondervermögen (Ausgleichsfonds) die eingehenden Beträge aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Beiträgen aus den Rentenzahlungen, 2. den von den Pflegekassen überwiesenen Überschüssen aus Betriebsmitteln und Rücklage (§ 64 Abs. 4), 3. den vom Gesundheitsfonds überwiesenen Beiträgen der Versicherten.

Qualitätsprüfungen

(§ 151 SGB XI¹⁵)

Aussetzung der Prüfungen	Abweichend von § 114 Abs.2 S.1 und 2 SGB XI finden bis einschließlich 30. September 2020 keine Regelprüfungen statt (§ 151 SGB XI).
	<p>§ 114 Abs.2 S.1 u.2 SGB XI</p> <p>Die Landesverbände der Pflegekassen veranlassen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst, den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. oder durch von ihnen bestellte Sachverständige (Regelprüfung). Abweichend von Satz 1 ist im Zeitraum vom 1. November 2019 bis zum 31. Dezember 2020 in allen zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nur mindestens einmal eine Prüfung durchzuführen.</p>

Geltungszeitraum des § 150 SGB XI

(§ 150 Abs.5 S.1.1152 SGB XI¹⁶)

Ende	Die Absätze 1 bis 5 des § 150 SGB XI gelten bis einschließlich 30. September 2020 (§ 150 Abs.6 SGB XI).
Verlängerung durch Verordnung	<ul style="list-style-type: none"> • 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 SGB XI • jeweils durch Rechtsverordnung • mit Zustimmung des Bundesrates • um jeweils bis zu einem halben Jahr verlängern (§ 152 SGB XI)

¹⁵ „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 Dienste in Absprache mit den lokalen Behörden, insbesondere den Gesundheitsämtern im Einzelfall entscheiden.“ (Bt Drs.19/18112, S.42)

¹⁶ „Derzeit ist die weitere Ausbreitung der durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Infektionen und die damit verbundenen Auswirkungen und deren Tragweite noch nicht absehbar. Im Interesse einer flexiblen Handhabung werden die durch das neuartige Coronavirus SARS-CoV-2 bedingten Änderungen nach den §§ 147 bis 151 mit einer Verordnungs-Ermächtigung für das Bundesministerium für Gesundheit für den Fall verknüpft, dass das Risiko einer Virusinfektion fortbesteht oder erneut auftritt. Die Regelungen können mit Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung insgesamt oder einzeln um jeweils bis zu einem halben Jahr, gegebenenfalls mehrfach, verlängert werden. Grundlage hierfür ist eine durch das Bundesministerium für Gesundheit jeweils rechtzeitig vor Fristablauf durchzuführende Risikobeurteilung.“ (Bt Drs.19/18112, S.42)