Bundesrechnungshof

Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO

an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

Prüfung der coronabedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen in der sozialen Pflegeversicherung (Pflege-Rettungsschirm)

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Er ist auf der Internetseite des Bundesrechnungshofes veröffentlicht (www.bundesrechnungshof.de).

Gz.: IX 4 - 0001227

5. April 2023

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.

Milliardenbeträge beim Pflege-Rettungsschirm ohne Prüfung ausgezahlt

Von März 2020 bis Juni 2022 zahlte die soziale Pflegeversicherung für Mehraufwendungen und Einnahmeausfälle wegen des Corona-Virus über 7 Mrd. Euro an Pflegeeinrichtungen. Das Verfahren war unzureichend und missbrauchsanfällig. Die Pflegekassen müssen nur bei 10 % der Pflegeeinrichtungen im Nachgang eine Kontrolle in Form eines Nachweisverfahrens durchführen. Dieses ist noch nicht abgeschlossen und kann verbessert werden. Die Rückforderungsquote bei den bisher geprüften Fällen ist ungewöhnlich hoch.

Worum geht es?

Um die pflegerische Versorgung zu gewährleisten, konnten Pflegeeinrichtungen Hilfen zum Ausgleich ihrer coronabedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen beantragen. Die Pflegekassen überprüften vor Auszahlung dieser Hilfen nur selten die Plausibilität der beantragten Beträge. Die Auszahlung erfolgte vorläufig bis zum Abschluss eines etwaigen Nachweisverfahrens. Ein solches musste jedoch nur für 10 % der Fälle durchgeführt werden. Für die Jahre 2021 und 2022 sind noch Kontrollen möglich. Die bisherigen Überprüfungen ergaben eine hohe Fehlerquote und führten zu erheblichen Rückforderungen.

Was ist zu tun?

Angesichts der fehlenden Plausibilitätsprüfung vor Auszahlung und der bislang festgestellten hohen Quote an zu Unrecht ausbezahlten Hilfen sollten Nachweisverfahren bei deutlich mehr als nur 10 % der Fälle durchgeführt werden. Weitere Rückforderungen wären zu erwarten. Künftige Hilfen sollten nicht ohne prüfbare Nachweise ausgezahlt werden.

Was ist das Ziel?

Zu Unrecht gezahlte Leistungen sollten in möglichst vielen Fällen aufgedeckt und zurückgefordert werden.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	5
1	Einleitung	7
2	Rechtsgrundlagen	7
2.1	Mehraufwendungen	8
2.2	Mindereinnahmen	8
2.3	Fristen	8
3	Geltendmachung des Anspruchs	9
3.1	Erstattungsverfahren	9
3.2	Nachgelagertes Nachweisverfahren	9
4	Feststellungen und Würdigungen	10
4.1	Fehlerhafte Erstattungsanträge	10
4.2	Unterschiedliche Bearbeitung der Anträge und Fristenregelung	13
4.3	Prüfmöglichkeiten und Kontrolle im nachgelagerten Nachweisverfahren	15
4.4	Ergebnisse der Prüfung im Nachweisverfahren	18
5	Abschließende Empfehlung	20

Abkürzungsverzeichnis

B

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

F

FAQ *Frequently Asked Questions*

G

GKV-Spitzenverband *Spitzenverband Bund der Pflegekassen*

K

Kostenerstattungs-Festlegungen *Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 150 Absatz 3 SGB XI a. F. zum Ausgleich der COVID-19 bedingten finanziellen Belastungen der Pflegeeinrichtungen*

P

Pflege-Rettungsschirm *Erstattung von coronabedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen in der sozialen Pflegeversicherung*

S

SGB XI *Elftes Buch Sozialgesetzbuch*

0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat die Erstattung von coronabedingten Mehraufwendungen und den Ausgleich von Mindereinnahmen in der sozialen Pflegeversicherung (Pflege-Rettungsschirm) geprüft.

Im Zeitraum von März 2020 bis Juni 2022 konnten sich die Pflegeeinrichtungen von den Pflegekassen ihre coronabedingten Mehraufwendungen erstatten und Mindereinnahmen ausgleichen lassen. Das Finanzvolumen hierfür betrug über 7 Mrd. Euro. Für das Verfahren waren 31 von insgesamt 96 Pflegekassen zuständig. Nach der Auszahlung sollten die Beträge in einem nachgelagerten Nachweisverfahren (Nachweisverfahren) überprüft werden. Die Pflegekassen müssen sich von mindestens 10 % der Pflegeeinrichtungen, die Erstattungen erhalten haben, die geltend gemachten Beträge nachweisen lassen.

Der Bundesrechnungshof hat das Verfahren zur Auszahlung und zum Nachweis des Pflege-Rettungsschirms geprüft und Folgendes festgestellt:

0.1 Für die Auszahlung mussten die Pflegeeinrichtungen lediglich einen Vordruck mit ihren Forderungen bei der Pflegekasse einreichen (Erstattungsverfahren). Belege waren zunächst grundsätzlich nicht vorzulegen. Die Pflegekassen sollten die Beträge innerhalb von 14 Tagen auszahlen. Bei gleichwohl bereits im Erstattungsverfahren durchgeführten Einzelfallprüfungen stellten sich die Anträge oftmals als (teilweise) unbegründet heraus. Es ist wahrscheinlich, dass sich dies bei den überwiegend nicht kontrollierten Anträgen ähnlich verhält.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mitgeteilt, dass es die Vorgehensweise weiterhin für ausreichend halte, weil damit eine schnelle und unbürokratische Unterstützung gewährleistet worden sei. Den Pflegekassen habe es offen gestanden, ein sachgerechtes antragsbezogenes Plausibilitäts- und Nachweisverfahren durchzuführen.

Der Bundesrechnungshof kritisiert, dass aufgrund der kurzen Auszahlungsfrist von 14 Tagen nicht der Zeitrahmen bestand, vor Auszahlung der Hilfen Anträge in größerem Umfang – zumindest auf Plausibilität – zu prüfen. Dies erhöhte das Risiko, dass zu Unrecht ausgezahlte Mittel später nicht mehr erfolgreich zurückgefordert werden konnten bzw. können, etwa aufgrund von Insolvenzen (Tnr. 4.1).

0.2 Die Pflegekassen bearbeiteten die Anträge im Erstattungsverfahren unterschiedlich. Einige Pflegekassen erteilten Bescheide mit Rechtsbehelfsbelehrung, andere nahmen nur eine schlichte Auszahlung vor. Dies führte zu Unsicherheiten und unterschiedlicher Behandlung der Pflegeeinrichtungen.

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber ausdrücklich den Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) beauftragt habe, das Nähere zu dem Erstattungsverfahren untergesetzlich zu regeln (Kostenerstattungs-Festlegun-

gen). Dies habe zu einer bundeseinheitlichen Umsetzung führen sollen, die für alle verbindlich sein sollte.

Die Feststellungen des Bundesrechnungshofes zeigen, dass sich diese Erwartung nicht erfüllt hat. Es mangelte an einheitlichen Bearbeitungsvorgaben (Tnr. 4.2).

0.3 Das Gesetz enthielt keine Ausschlussfristen für die Antragstellung. Lediglich die Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes als Verwaltungsvorschrift enthalten Ausschlussfristen. Dies führte zu Rechtsunsicherheit und Gerichtsverfahren. Eine eindeutige gesetzliche Vorgabe hätte dies verhindert.

Das BMG hat hierzu geäußert, dass die Fristenregelung untergesetzlich ausreichend gewesen sei und ein einheitliches Verwaltungshandeln sichergestellt habe. Eine Änderung sei nicht mehr möglich, da sich das Gesetz ab 1. Juli 2022 allein auf die Erstattung von Testkosten beziehe.

Der Bundesrechnungshof hält die bisherige untergesetzliche Fristenregelung weiterhin für unzureichend. Die vielen Widersprüche und Klagen seitens der Pflegeeinrichtungen bestätigen dies. Ein Gericht hat die untergesetzliche Fristenregelung inzwischen für unwirksam erklärt (Tnr. 4.2).

0.4 Nach der Auszahlung müssen die Pflegekassen bei mindestens 10 % der Pflegeeinrichtungen ein Nachweisverfahren durchführen. Hierbei zeigte sich bereits für die im Jahr 2020 vorgenommenen Auszahlungen eine hohe Fehlerquote mit teils erheblichen Rückforderungsbeträgen. Eine Erhöhung der 10 %-Quote würde mit hoher Wahrscheinlichkeit zu weiteren Rückforderungen führen.

Das BMG hält das vorgegebene Stichprobenverfahren für ausreichend. Es wolle dennoch den GKV-Spitzenverband kurzfristig auf eine entsprechende Ausübung des Prüfspielraums durch die Pflegekassen drängen. Der GKV-Spitzenverband hat in seiner Stellungnahme darauf hingewiesen, dass die Kapazitäten bei den Pflegekassen ausgeschöpft seien. Eine Erhöhung der 10 %-Quote sei daher nicht möglich.

Angesichts der festgestellten hohen Fehlerquote hält es der Bundesrechnungshof für unverzichtbar, einen deutlich größeren Teil der Fälle mittels Anforderung von Belegen zu überprüfen. Es muss ein sachgerechter Ausgleich zwischen der Erhöhung der Prüfquote und der Belastung der Pflegekassen gefunden werden (Tnr. 4.3).

0.5 Auch im Nachweisverfahren können die Erstattungen häufig nur unzureichend kontrolliert werden. Nicht in jedem Fall müssen Belege eingereicht werden. Zudem können die Pflegekassen Belege oft inhaltlich gar nicht überprüfen. Hierdurch läuft das Nachweisverfahren oft ins Leere (Tnr. 4.3).

1 Einleitung

Die COVID-19-Pandemie stellte Pflegeeinrichtungen durch Mehraufwendungen und Einnahmeausfälle vor finanzielle Herausforderungen. Um die pflegerische Versorgung sicherzustellen, sollten Pflegeeinrichtungen einen Ausgleich für pandemiebedingte Mehraufwendungen oder Mindereinnahmen erhalten.

In Deutschland sind ca. 30 000 Pflegeeinrichtungen zugelassen. Es gibt etwa 14 600 ambulante und knapp 15 300 stationäre Pflegeeinrichtungen. Sie versorgen 4,6 Millionen Pflegebedürftige.[1]

Für die Auszahlung der Mittel im Erstattungsverfahren und für die Überprüfung im Nachweisverfahren sind 31 von insgesamt 96 Pflegekassen zuständig. Diese zahlten die Erstattungsbeträge an die Pflegeeinrichtungen aus.

Gemäß § 153 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) leistet der Bund generell einen Zuschuss an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung „in erforderlicher Höhe“.

Das BMG und der GKV-Spitzenverband erhielten Gelegenheit, zum Entwurf dieses Berichts Stellung zu nehmen. Der Bundesrechnungshof hat die Stellungnahmen im vorliegenden Bericht berücksichtigt.

2 Rechtsgrundlagen

Mit dem in § 150 Absatz 2 SGB XI a. F.[2] geregelten Pflege-Rettungsschirm wollte der Gesetzgeber die pflegerische Versorgung sicherstellen. Dieses Gesetz ermöglichte Hilfen für Pflegeeinrichtungen zum Ausgleich von pandemiebedingten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen. Das Gesetz trat am 28. März 2020 in Kraft und war zunächst bis zum 30. September 2020 befristet, wurde aber mehrmals und letztmalig bis zum 30. Juni 2022 verlängert.

Der Anspruch auf Erstattung konnte bei einer Pflegekasse regelmäßig zum Monatsende geltend gemacht werden. Die Auszahlung des gesamten Erstattungsbetrages hatte innerhalb von 14 Kalendertagen über eine Pflegekasse zu erfolgen.

Der GKV-Spitzenverband legte im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen das Nähere für das Erstattungsverfahren und die erforderlichen Nachweise fest. Das BMG stimmte den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 150 Absatz 3 SGB XI a. F. zum Ausgleich der COVID-19 bedingten finanziellen Belastungen der Pflegeeinrichtungen (Kostenerstattungs-Festlegungen) vom 27. März 2020 am 1. April 2020 zu. Die Festlegungen wurden sechsmal angepasst, zuletzt am 25. April 2022.

---

1 Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung BMG Stand 31. Dezember 2021.

2 Fassung gültig bis zum 30. Juni 2022.

Weder die ursprünglichen Kostenerstattungs-Festlegungen noch die späteren Änderungen wurden amtlich bekannt gegeben. Eine Zusammenstellung der wichtigsten Fragen und Antworten (FAQ) zur Umsetzung der Kostenerstattungs-Festlegungen wurde vom GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt und regelmäßig aktualisiert.[3]

2.1 Mehraufwendungen

Unter den Begriff „Mehraufwendungen“ fallen Kosten für Sachmittel, Pflege- und Betreuungspersonal und sonstiges Personal, die aufgrund der COVID-19-Pandemie zusätzlich bei den Pflegeeinrichtungen angefallen waren. Investitionskosten für Umbaumaßnahmen oder Anschaffung von Möbeln konnten nicht als Mehraufwendungen geltend gemacht werden. Nach Inkrafttreten des Gesetzes haben Vertreter einiger Pflegekassen eine „Positiv-/Negativ-Liste“ erstellt, in der verschiedene Sachmittel und Personalkosten aufgeführt waren. Diese Liste sollte den Pflegeeinrichtungen die Antragstellung erleichtern. Sie wurde nicht durch den GKV-Spitzenverband veröffentlicht.

2.2 Mindereinnahmen

Mindereinnahmen einer Pflegeeinrichtung waren Einnahmeausfälle, die entstanden, wenn aufgrund der COVID-19-Pandemie Pflegebetten nicht belegt waren oder Pflegedienste die Pflegebedürftigen nicht aufsuchen konnten. Die Mindereinnahmen errechneten sich aus den Forderungen der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen, den Pflegekassen und Krankenkassen und den Sozialhilfeträgern für den beantragten Monat, verglichen mit den gleichen Forderungen im Referenzmonat Januar 2020. Der Differenzbetrag wurde ausgeglichen. Da die Leistungen der Pflegekassen nachrangig sind, mussten andere erhaltene staatliche Unterstützungsleistungen (z. B. Kurzarbeitergeld, Entschädigungen über das Infektionsschutzgesetz usw.) gegengerechnet werden.

2.3 Fristen

Eine Frist, bis wann Anträge eingereicht werden konnten, war für das Erstattungsverfahren in § 150 Absatz 2 SGB XI a. F. nicht vorgesehen. Die Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes regelten, dass Anträge für die Monate März 2020 bis Dezember 2020 spätestens zum 31. März 2021 bei der zuständigen Pflegekasse eingegangen sein mussten, für die Monate Januar 2021 bis Dezember 2021 spätestens zum 31. März 2022 und für die Monate Januar 2022 bis Juni 2022 spätestens zum 30. September 2022.

[3] 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, erstellt vom GKV-Spitzenverband mit Hinweisen des Bundesministeriums für Gesundheit, aktuelle Fassung Nummer 48 (Stand 13. April 2022).

3 Geltendmachung des Anspruchs

3.1 Erstattungsverfahren

Die Pflegeeinrichtungen machten ihre Ansprüche bei der Pflegekasse mit einem elektronischen Vordruck geltend, den der GKV-Spitzenverband auf seiner Website veröffentlicht hatte.

Für die Mehraufwendungen waren der Gesamtbetrag der Sachmittelmehraufwendungen und der Personalmehraufwendungen für Pflege-, Betreuungs- und sonstiges Personal anzugeben. Die Mindereinnahmen mussten lediglich in einem Gesamtbetrag ausgewiesen werden.

Der Träger der Pflegeeinrichtung hatte mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner Angaben zu bestätigen. Nachweise oder Belege waren zunächst nicht einzureichen. Mit der erstmaligen Änderung der Kostenerstattungs-Festlegungen vom 5. Oktober 2020 konnten die Pflegekassen im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung oder unmittelbar nach der Auszahlung Nachweise anfordern. Die Pflegeeinrichtungen konnten ihren Anspruch jeweils zum Monatsende geltend machen. Die Pflegekasse musste innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Antrags den Erstattungsbetrag auszahlen. Sofern nur ein Teilbetrag oder keine Auszahlung erfolgte, sollte die Pflegekasse die Pflegeeinrichtung schriftlich über die Gründe informieren. Die Auszahlung erfolgte generell vorläufig.

3.2 Nachgelagertes Nachweisverfahren

In einem Nachweisverfahren muss der Träger der Pflegeeinrichtung Belege über die geltend gemachten Mehraufwendungen und Mindereinnahmen bei der Pflegekasse einreichen. Die Pflegekassen sind verpflichtet, bei mindestens 10 % der Pflegeeinrichtungen das Nachweisverfahren durchzuführen. Überzahlungen sind zurückzufordern, Unterzahlungen auszugleichen. Die vorläufige Auszahlung gilt als endgültig, wenn die zuständige Pflegekasse für Auszahlungen des Jahres 2020 bis zum 31. Dezember 2022, für Auszahlungen des Jahres 2021 bis zum 31. Dezember 2023 und für Auszahlungen des Jahres 2022 bis zum 30. Juni 2024 keine Rückerstattung geltend macht oder keine endgültige Entscheidung über den Erstattungsanspruch trifft.[4]

Für das Nachweisverfahren hat der GKV-Spitzenverband einen Vordruck entwickelt.[5] Hierin sind für die geltend gemachten Mehraufwendungen Kostenaufstellungen vorzulegen. Bei Mindereinnahmen sind Angaben zu Einnahmen und ersparten Aufwendungen im Vergleich

[4] Punkt 4 der Kostenerstattungs-Festlegungen mit Änderungen vom 25. April 2022.

[5] Letztmalige Aktualisierung im April 2022.

zum Referenzmonat Januar 2020 zu machen. Erhaltene staatliche Unterstützungsleistungen sind anzugeben. Die Pflegekasse kann weitere Belege anfordern.

Das BMG forderte den GKV-Spitzenverband auf, regelmäßig über Anzahl und Ergebnisse der durchgeführten Nachweisverfahren zu berichten. In seinen Berichten legte der GKV-Spitzenverband u. a. dar, dass die Mitwirkung der Pflegeeinrichtungen im Erstattungsverfahren (also vor Auszahlung der Mittel) grundsätzlich besser und schneller sei als im Nachweisverfahren (also zur Prüfung einer etwaigen Rückforderung). Die Komplexität beider Verfahren sei ähnlich und hänge von der Plausibilität der Angaben der Pflegeeinrichtungen ab. Das Nachweisverfahren sei in Abhängigkeit von der Einrichtungsgröße, der Qualität und der Quantität der eingereichten Nachweise sehr mühsam und zeitaufwendig für die Pflegekassen, wodurch ein hoher Personalaufwand bei diesen entstehe.[6]

4 Feststellungen und Würdigungen

Der Bundesrechnungshof hat das Verfahren bei sechs Pflegekassen vor Ort geprüft. Die Träger der Pflegeeinrichtungen reichten die Anträge auf Erstattung per E-Mail bei der zuständigen Pflegekasse ein. Für die Bearbeitung der Anträge wurde kein zusätzliches Personal eingestellt. Für die Berechnung der Mehraufwendungen und Mindereinnahmen musste auf einem Vordruck der Erstattungsbetrag eingetragen werden. Aus diesen Beträgen waren keine Details ersichtlich. Zudem war kein Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie erkennbar.

4.1 Fehlerhafte Erstattungsanträge

Das Erstattungsverfahren ohne Nachweise oder Belege führte vielfach dazu, dass die Pflegekassen zunächst Beträge für Mehraufwendungen und Mindereinnahmen auszahlten, die nicht von den Regelungen des Pflege-Rettungsschirms gedeckt waren. Dies zeigten bereits die Prüfungen in denjenigen Fällen, in denen die Pflegekassen ausnahmsweise bereits im Erstattungsverfahren Belege anforderten.

Eine Pflegekasse, die bereits bei Antragstellung Belege angefordert hatte, kürzte bei unzutreffenden oder fehlenden Belegen den Auszahlungsbetrag. Sie zahlte in den Jahren 2020 und 2021 rund 1 Mio. Euro beantragte Gelder nicht aus.

Zwei Pflegekassen baten bei Zweifeln über die Richtigkeit der Erstattungssumme um zusätzliche Informationen bei den Pflegeeinrichtungen oder forderten Belege an. Aus den Antworten ergab sich bei einigen Pflegeeinrichtungen, dass sich die geltend gemachten Mehraufwendungen u. a. auf Ausgaben für Suppen, Pudding, Müllbeutel, Waschmittel und unterschiedliche Investitionskosten (Laptops, Regale oder dauerhafte bauliche Veränderungen)

[6] Schreiben vom 19. November 2021 und vom 15. Februar 2022.

bezogen. Diese Pflegeeinrichtungen machten solche Ausgaben als pandemiebedingte Mehraufwendungen geltend.

Ein bundesweit tätiger Träger von Pflegeeinrichtungen reichte zentral monatlich pauschal für jede seiner Pflegeeinrichtungen Erstattungsanträge bei den zuständigen Pflegekassen ein. Da einer Pflegekasse der hohe und jeden Monat gleiche Betrag auffiel, bat sie den Träger um Erläuterung. Dieser wies darauf hin, dass der Antrag jeweils auf einem „programmierten automatischen Prozess“ beruhe. Eine Überprüfung der Antragssummen könne nur manuell im Nachhinein erfolgen. Bis zum Ende unserer Erhebungen im August 2022 konnte die Pflegekasse den Vorgang nicht abschließend klären.

Bei jeder vom Bundesrechnungshof geprüften Pflegekasse gab es Pflegeeinrichtungen, die Corona-Tests als Mehrausgaben geltend machten. Diese Ausgaben sind aber nach der Corona-Testverordnung[7] zu erstatten.

Eine Pflegeeinrichtung machte Mindereinnahmen von 600 000 Euro für nicht belegte Betten geltend. Die Mindereinnahmen resultierten aus einem Belegungsstopp wegen Qualitätsmängeln der Pflegeeinrichtung und nicht aus der Infektionsgefahr durch das Corona-Virus. Dies bemerkte eine Mitarbeiterin der Pflegekasse, weil sie sowohl für das Qualitätsmanagement als auch für die Auszahlung der Mittel des Pflege-Rettungsschirms zuständig war. Sie verhinderte die Auszahlung.

Vorläufige Würdigung

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass die Pflegekassen im Erstattungsverfahren regelmäßig nicht erkennen konnten, ob die beantragten Mittel von den Regelungen des Pflege-Rettungsschirms gedeckt waren. Denn die Erstattungsbeträge mussten nur in einer Gesamtsumme angegeben werden. Die Pflegekassen sollten zunächst grundsätzlich auch keine Nachweise anfordern. Ohnehin hätten die Pflegekassen die Anträge nicht eingehend prüfen können. Ihnen war mit einem Zahlungsziel von 14 Tagen nur ein sehr enger Zeitkorridor eingeräumt.

Vielfach stellte sich nach Belegprüfungen heraus, dass die Erstattungssummen falsch waren. Es wurden Beträge geltend gemacht, die nicht über den Pflege-Rettungsschirm erstattungsfähig waren. In den Pflegesätzen, die zwischen der Pflegekasse und der Pflegeeinrichtung vereinbart werden, sind alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen sowie Unterkunft und Verpflegung abgegolten. Nahrungsmittel wie Pudding oder Suppen und Produkte des täglichen Lebens wie Müllbeutel oder Waschmittel sind keine erstattungsfähigen Mehraufwendungen. Investitionskosten haben die Länder zu tragen.[8]

---

[7] Coronavirus-Testverordnung vom 21. September 2021 (BAnz AT 21.09.2021 V1), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. Januar 2023 (BGBl. 2023 I Nummer 13).

[8] § 9 SGB XI.

Auch Testkosten sind nach der Corona-Testverordnung zu erstatten und nicht über den Pflege-Rettungsschirm. Sie wurden zu Unrecht geltend gemacht.

Der beantragte Ausgleich von Mindereinnahmen, die aus dem Belegungsstopp resultierten, war ebenfalls nicht zulässig, da kein Zusammenhang zur COVID-19-Pandemie bestand. Dies konnte eine Mitarbeiterin der Pflegekasse nur aufgrund ihrer Doppelfunktion bemerken. Die Verhinderung einer fehlerhaften Auszahlung im sechsstelligen Bereich war also lediglich einem Zufall geschuldet.

Angesichts des finanziellen Volumens des Pflege-Rettungsschirms von über 7 Mrd. Euro waren die Kontrollmöglichkeiten im Erstattungsverfahren unzureichend. Ohne Belege fehlt der Nachweis über den Anspruch auf die Auszahlung.

Einige Pflegeeinrichtungen rechneten Pauschalbeträge ab. Ob hier tatsächlich eine Unterstützung aufgrund der COVID-19-Pandemie notwendig war, ist zweifelhaft. Erst eine Überprüfung im Nachweisverfahren könnte dies klären. Zumindest ist die Verfahrensart einer pauschalen Geltendmachung ein Verstoß gegen das vom Gesetzgeber beschlossene Verfahren, das eine genaue Auflistung der Kosten und Einnahmeausfälle vorsieht.

Das beim Pflege-Rettungsschirm praktizierte Erstattungsverfahren berücksichtigt auch nicht ausreichend das Insolvenzrisiko der Pflegeeinrichtungen. Weil Bundesmittel schon bei bloßer Anforderung ausgezahlt wurden, bestand und besteht die Gefahr, dass bei unberechtigten Anforderungen eine Rückzahlung im Falle einer Insolvenz nicht oder nicht vollständig möglich ist. Bundesmittel wären so rechtsgrundlos ausgegeben worden, ohne dass sie zurückgeholt werden könnten.

Stellungnahme des BMG

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass nach seinen Erfahrungen die Pflegekassen insbesondere bei Unplausibilitäten oder Abrechnungsauffälligkeiten ihren qualitativen Prüfumfang änderten.

Abschließende Würdigung

Die Prüfungsfeststellungen des Bundesrechnungshofes belegen, dass die vom BMG pauschal behaupteten Erfahrungen mit Pflegekassen sich in der Praxis nicht widerspiegelten. Er bleibt bei seiner Bewertung, dass die Kontrollmöglichkeiten im Erstattungsverfahren unzureichend waren. Nur in Einzelfällen forderten einige Pflegekassen Nachweise an und prüften sie gesondert. Dies erhöhte das Risiko, dass zu Unrecht ausgezahlte Mittel später nicht mehr erfolgreich zurückgefordert werden können.

4.2 Unterschiedliche Bearbeitung der Anträge und Fristenregelung

Die Pflegekassen bearbeiteten die Anträge unterschiedlich. Eine Pflegekasse zahlte die beantragten Summen ohne Anschreiben direkt aus. Zwei Pflegekassen benachrichtigten die Pflegeeinrichtungen mit Schreiben ohne Rechtsbehelfsbelehrung. Sie wiesen auf die Vorläufigkeit der Auszahlung und das Nachweisverfahren hin. Zwei Pflegekassen erteilten zur Auszahlung jeweils einen Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung, der auch auf die Vorläufigkeit hinwies. Außerdem enthielt der Bescheid Hinweise zum Nachweisverfahren.

Die Pflegekassen sahen die Fristen in den Kostenerstattungs-Festlegungen für das Erstattungsverfahren als Ausschlussfristen an. Sie lehnten Anträge ab, die nach Ablauf der Frist eingingen. Die Pflegeeinrichtungen legten Widerspruch ein und erhoben Klage. Sie beriefen sich darauf, dass es sich bei der Ausschlussfrist in den Kostenerstattungs-Festlegungen nicht um eine für die Pflegeeinrichtungen verbindliche Vorschrift handele. Der GKV-Spitzenverband habe keine Befugnis zur Regelung einer materiellen Ausschlussfrist mit Wirkung gegen die Pflegeeinrichtungen. Gegen eine normativ verbindliche Regelung spreche auch, dass die Kostenerstattungs-Festlegungen nicht analog einer gesetzlichen Regelung verkündet beziehungsweise amtlich bekannt gemacht worden seien. Es handele sich lediglich um eine – unbeachtliche – Ordnungsfrist.

Die Pflegekassen dagegen argumentierten gegenüber den Pflegeeinrichtungen, dass es sich bei Ziffer 3 Absatz 7 der Kostenerstattungs-Festlegungen um eine Ausschlussfrist handele. Zu deren Bestimmung sei der GKV-Spitzenverband auch nach § 150 Absatz 3 SGB XI a. F. befugt gewesen. Die Regelungen zur Ausschlussfrist hätten einer zügigen und kostengünstigen Abrechnung dienen sollen. Die Pflegekassen müssten sie beachten, da die Festlegungen für die Mitglieder des GKV-Spitzenverbandes verbindlich seien[9]. Das BMG teilt diese Rechtsauffassung.

Das Sozialgericht Augsburg[10] verurteilte eine Pflegekasse, den nach Ablauf der Frist laut Kostenerstattungs-Festlegungen geltend gemachten Betrag an die Pflegeeinrichtung auszuzahlen. Die Regelung der Kostenerstattungs-Festlegungen beinhalte keine wirksame Ausschlussfrist. Die Frist sei nicht hinreichend bestimmt und auch nicht als Ausschlussfrist bezeichnet. Außerdem sei die Frist auch nicht von der Rechtsgrundlage des § 150 Absatz 3 SGB XI a. F. gedeckt. Die Ermächtigung erfasse nur verfahrensrechtliche Regelungen, nicht aber die Festlegung gesetzlich nicht vorgesehener Ausschlussfristen.

Bei Abschluss der Erhebungen im August 2022 waren bei verschiedenen Sozialgerichten Verfahren anhängig.

---

[9] Fragen und Antworten zur Umsetzung der Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 150 Absatz 3 SGB XI zum Ausgleich der Corona-bedingten finanziellen Belastungen der Pflegeeinrichtungen, erstellt vom GKV-Spitzenverband mit Hinweisen des Bundesministeriums für Gesundheit Nummer 48 (Stand 13. April 2022).

[10] Az. S 10 P 119/21.

Vorläufige Würdigung

Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass die Pflegekassen das Recht unterschiedlich anwendeten. Es gab kein einheitliches Verfahren. Es fehlte an einer Regelung, in welcher Form die Auszahlung zu erfolgen hat. Dies führte zu unterschiedlichen Bearbeitungsweisen. Bei einem Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung ist eine Widerspruchsfrist von einem Monat einzuhalten. Bei einer Auszahlung ohne eine solche Belehrung beträgt die Widerspruchsfrist ein Jahr. Somit wurden Pflegeeinrichtungen unterschiedlich behandelt.

Das Erstattungsverfahren führte zu Rechtsunsicherheit, weil es zu den Ausschlussfristen keine gesetzliche Regelung gab und wichtige Vorschriften lediglich in den Kostenerstattungs-Festlegungen oder sogar nur in den „FAQs“ getroffen wurden. Die daraus resultierenden Widerspruchsverfahren und Klagen führen zu einer vermehrten Arbeitsbelastung bei den Pflegekassen, die unnötig ist und vermeidbar war.

Stellungnahme des BMG

Das BMG hat erklärt, dass die untergesetzlichen Regelungen zu den Fristen durch die Kostenerstattungs-Festlegungen ausreichend seien. Es vertritt die Auffassung, dass diese Regelungen für alle bindend seien und dass sie somit ein einheitliches Handeln gewährleisten würden. Den Pflegekassen hätte es freigestanden, mittels Anpassungsvorschlägen auf die getroffenen Verfahrensgrundsätze zu reagieren.

Das BMG hat außerdem darauf hingewiesen, dass es ab Februar/März 2020 in der Regel wöchentliche Videokonferenzen mit den maßgeblichen Beteiligten auf Bundesebene veranstaltet habe. Diese Konferenzen hätten Abfragen des BMG zu relevanten Themen unter Einbezug weiterer Sachverständigen ermöglicht.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Der GKV-Spitzenverband hat mitgeteilt, dass zeitlich nach dem oben erwähnten Urteil des Sozialgerichts immer mehr Einrichtungen nachträglich Anträge für verfristete Zeiträume gestellt sowie Widerspruchs- und Klageverfahren eingereicht hätten. Dies führe zu einer vermehrten Belastung bei den Pflegekassen, die vermeidbar gewesen wäre, wenn der Gesetzgeber die Ausschlussfristen geregelt hätte. Außerdem entfalte ein Urteil des Sozialgerichts Augsburg keine Bindungswirkung über die Parteien des Rechtsstreits hinaus. Die Pflegekassen hätten daher Kostenerstattungsanträge, die nach dem 31. März des jeweilen Folgejahrs, in dem die Aufwendungen entstanden sind bzw. nach dem 30. September für das Jahr 2022 eingingen, grundsätzlich abgelehnt. Er hält es für erforderlich, auch zum jetzigen Zeitpunkt die Ausschlussfristen gesetzlich klarzustellen, um Rechtssicherheit herzustellen.

Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof betont, dass die fehlende gesetzliche Regelung der Ausschlussfristen zu Rechtsunsicherheit führt. Eine einheitliche Bearbeitung der Anträge durch die Pflegekassen ist dringend erforderlich.

4.3 Prüfmöglichkeiten und Kontrolle im nachgelagerten Nachweisverfahren

Die Pflegekassen haben bei mindestens 10 % der Pflegeeinrichtungen ihres Zuständigkeitsbereichs, die Mittel im Erstattungsverfahren erhalten haben, das Nachweisverfahren durchzuführen. Dieses Verfahren erwies sich in der Verwaltungspraxis als sehr zeitaufwendig und verursacht einen hohen Personalaufwand bei den Pflegekassen. Sie müssen die Pflegeeinrichtungen oft mehrfach auffordern, die Unterlagen für das Nachweisverfahren einzureichen. Teilweise waren trotz der vorgelegten Belege noch viele Detailfragen zu klären.

Bei den zusätzlichen Kosten für Sachmittel besteht die Schwierigkeit zu ermitteln, welche Kosten tatsächlich nur aufgrund der COVID-19-Pandemie angefallen waren. Die im vereinbarten Pflegesatz aufgeführten Positionen werden unabhängig hiervon pauschal abgerechnet. Der Pflegesatz setzt sich aus drei Bestandteilen zusammen: einem Anteil für allgemeine Pflegeleistungen, soziale Betreuung und Behandlungspflege, einem Anteil für Unterkunft und Verpflegung sowie einem Anteil für Investitionskosten.

In den Nachweisverfahren übersandten die Pflegeeinrichtungen Belege über den Mehraufwand für Hygienemittel und Gebrauchsgegenstände, wie z. B. Fieberthermometer oder Masken.

Bei den Personalmehrkosten gaben sie Aufwendungen an, die für Personal angefallen seien, das aufgrund der COVID-19-Pandemie Mehrarbeit geleistet hätte oder zusätzlich eingestellt worden sei.

Die Pflegekassen haben umfangreiche Nachweise für Personalmehraufwendungen von den Pflegeeinrichtungen erhalten. Diese sind für die Beschäftigten der Pflegekassen oftmals kaum nachvollziehbar.

Für die Erstattung der Mindereinnahmen wurde der Differenzbetrag zwischen dem Referenzmonat Januar 2020 und dem Antragsmonat angefordert. Entscheidend für die Höhe des Erstattungsbetrages ist die Höhe der Belegung und der Pflegegrad der Pflegebedürftigen im jeweiligen Monat. Die Pflegeeinrichtungen konnten beeinflussen, wie viele Betten und mit wem (Pflegegrad der Pflegebedürftigen) diese belegt waren. Die Pflegekassen haben keine Kenntnisse über Anzahl und Pflegegrad der Pflegebedürftigen, die sich bei einer Pflegeeinrichtung für einen Pflegeplatz bewerben. Die Pflegeeinrichtungen haben die freie Entscheidung über die Aufnahme der Pflegebedürftigen. Letztlich konnten die Pflegeeinrichtungen so die Höhe der Mindereinnahmen selbst bestimmen.

Im Auftrag des BMG erarbeitete der GKV-Spitzenverband mit den Verbänden auf Bundesebene für die Auswahl der Stichprobe eine Berechnungsvorlage[11]. Diese sollen die Pflegekassen noch bis zum Abschluss des nachgelagerten Nachweisverfahrens im Juni 2024 anwenden. Hierbei soll ein Quotient gebildet werden. Im stationären Bereich werden dazu die Erstattungen ins Verhältnis zur Platzzahl der Pflegeeinrichtung gestellt, im ambulanten Bereich die Erstattungsbeträge ins Verhältnis zu den Ausgaben im Referenzmonat oder zur Anzahl der gepflegten Personen aus der letzten Qualitätsprüfung. Den Pflegekassen sind nicht in allen Fällen die Platzzahl der stationären Pflegeeinrichtungen bzw. die Anzahl der gepflegten Personen im ambulanten Bereich, deren Anträge sie bearbeiteten, bekannt. Auf Grundlage der ermittelten Daten erfolgt eine statistische Prüfung der sogenannten „Ausreißer", die auffällig gegenüber den übrigen Werten sind. Für das nachgelagerte Nachweisverfahren sind nur die Ausreißer nach „oben" relevant, also diejenigen, die besonders hohe Ausgaben im Verhältnis zu den Kennzahlen der Einrichtung zeigen. Auf dieser Datengrundlage soll eine Menge von 10 % der im Nachweisverfahren zu überprüfenden Pflegeeinrichtungen ermittelt werden. Der ermittelte Quotient wird in Quartile geteilt. Schließlich werden durch Anwendung einer Formel die Einzelfälle ermittelt.

Vorläufige Würdigung

Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass bei geltend gemachten Kosten für Sachmittel wie Masken oder Desinfektionsmittel, die pandemieunabhängig generell benötigt werden, ein pandemiebedingter Mehrbedarf kaum konkret zu ermitteln ist. Hierzu müssten die Ausgaben getrennt nach Pflegegrad vor der COVID-19-Pandemie mit den Ausgaben während der COVID-19-Pandemie verglichen werden.

Auch bei Sachmitteln wie z. B. Fieberthermometern lässt sich ein pandemiebedingter Mehrbedarf kaum nachkontrollieren. Ob eine Pflegeeinrichtung wegen der COVID-19-Pandemie einen Mehrbedarf von z. B. 50 oder 150 Fieberthermometern hatte, kann die Pflegekasse nicht objektiv nachvollziehen.

Auch bei den geltend gemachten Personalmehraufwendungen ist für die Pflegekasse nicht nachvollziehbar, ob diese Kosten tatsächlich aufgrund der COVID-19-Pandemie entstanden sind. Im Nachweisverfahren legten die Einrichtungen zwar Einsatzpläne des Personals und Begründungen für Neueinstellungen vor. Um diese aber bewerten zu können, benötigt die Pflegekasse die Belegungsstruktur der Einrichtung von jedem Monat. Zum Vergleich müsste sie die Daten aus den Monaten vor der COVID-19-Pandemie heranziehen. Diese Daten liegen den Pflegekassen aber nicht vor. Um die Nachweise zutreffend prüfen zu können, wären zudem im Hinblick auf die Einsatzpläne tiefgreifende Kenntnisse im Sozial- und Arbeitsrecht nötig.

[11] Konzept zum Nachweisverfahren im Rahmen der Umsetzung des Pflege–Schutzschirms, Festlegungen nach § 150 Absatz 3 SGB XI des GKV – Spitzenverbandes.

Bei den geltend gemachten Mindereinnahmen ist ein Vergleich mit dem Monat Januar 2020 (Referenzmonat) zu ungenau, da sich die Anzahl der Pflegebedürftigen nicht nur monatlich, sondern täglich ändern kann. Die Zahlen liegen den Pflegekassen ohnehin nur für Einrichtungen vor, für die sie vor der COVID-19-Pandemie zuständig waren und mit denen sie Pflegesatzvereinbarungen getroffen haben. Beim Pflege-Rettungsschirm fallen aber auch Pflegeeinrichtungen in ihre Zuständigkeit, mit denen sie keine Vereinbarung geschlossen haben. Die Einflussnahme auf die Belegung ermöglicht es den Pflegeeinrichtungen, die Höhe der Mindereinnahmen selbst zu bestimmen, ohne dabei gegen das Gesetz zu verstoßen.

Stellungnahme des BMG

Das BMG nimmt zu der eingeschränkten Prüfmöglichkeit im nachgelagerten Nachweisverfahren nicht detailliert Stellung. Es verweist lediglich auf „ein sachgerechtes antragsbezogenes Plausibilitäts- und Nachweisverfahren“. Dieses minimiere die Gefahr einer ungerechtfertigten und missbräuchlichen Inanspruchnahme. Die Pflegekassen würden die Anträge z. B. durch Abhaken einer Checkliste oder Abgleich der Rechnungsbelege mit vertraglich vereinbarten Leistungen kontrollieren. Eine statistische Ausreißerkontrolle und eine Analyse der Anträge würden diesen Prüfschritt ergänzen. Hierbei solle es sich nicht um eine zufällige Stichprobenauswahl handeln, die ein Abbild der Grundgesamtheit wiedergebe. Man könne nicht davon ausgehen, dass bei den restlichen 90 % ein hohes Missbrauchs- und Fehlerpotenzial vorliege.

Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof hat anhand plakativer Beispiele dargestellt, dass die Pflegekassen im Nachweisverfahren die Berechtigung der Anträge faktisch nicht prüfen können. Das BMG ist hierauf nicht konkret eingegangen.

Ein Vergleich der für erworbene Gegenstände vorgelegten Rechnungsbelege der Pflegeeinrichtungen mit in (früheren) Vergütungsvereinbarungen zwischen der Pflegekasse und den Pflegeeinrichtungen geregelten Leistungen ist als Nachweis für COVID-19-Pandemie-bedingte Mehrausgaben nicht geeignet. Leistungen in Vergütungsvereinbarungen werden in Pauschalen und damit in einer festgelegten Summe (z. B. 2,80 Euro pro Bewohner und Tag für Hygienemittel) abgegolten. So kann z. B. nicht definiert werden, wie viele Paar Handschuhe pro Bewohner und Tag in der Pauschale enthalten sind. Damit kann ein darüber hinaus entstandener Bedarf aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht beziffert werden.

Der Bundesrechnungshof bleibt daher bei seiner Bewertung, dass ein erhebliches Missbrauchsrisiko bestand.

Der Bundesrechnungshof hält das vom BMG beschriebene Verfahren der Ausreißerkontrolle für kompliziert und ungeeignet. Die Einteilung in Quartile und die komplizierte Berechnung sind nicht notwendig. Es wäre genauso geeignet, die ermittelten Ausreißer von der Liste der

Pflegeeinrichtungen, beginnend mit dem höchsten ermittelten Quotienten, zum Nachweisverfahren vorzusehen, bis eine Anzahl von insgesamt 10 % erreicht ist.

Pflegeeinrichtungen, die nicht als Ausreißer ermittelt wurden, werden jedoch gar nicht geprüft. Nach Ansicht des Bundesrechnungshofes wäre eine Mischung aus dem angewandten Verfahren und einer zufälligen Stichprobe sinnvoll.

Da nur 31 von 96 Pflegekassen mit der Bearbeitung des Pflege-Rettungsschirms beauftragt waren, haben Pflegekassen vielfach Anträge aus Einrichtungen erhalten, für die sie außerhalb des Pflege-Rettungsschirms nicht zuständig sind. Die Kennzahlen dieser Einrichtungen, die für die Berechnung notwendig sind, wie Platzzahl oder Anzahl der zu pflegenden Personen, liegen ihnen nicht vor. Allein schon aus diesem Grund kann die Ausreißerkontrolle nicht – wie angedacht – auf Grundlage aller Pflegeeinrichtungen durchgeführt werden. Bei den Pflegeeinrichtungen, deren Kennzahlen nicht vorliegen, kann der Quotient nicht ermittelt werden. Nach Auskunft der Pflegekassen werden dann Pflegeeinrichtungen mit besonders hohen Erstattungsbeträgen in das Nachweisverfahren einbezogen. Die Gründe für besonders hohe Erstattungsbeträge können jedoch vielfältig sein und beispielsweise an der Größe der Einrichtung liegen.

4.4 Ergebnisse der Prüfung im Nachweisverfahren

Eine Pflegekasse hatte für 42 Pflegeeinrichtungen das Nachweisverfahren für das Jahr 2020 abgeschlossen. Dies sind 4,5 % der Pflegeeinrichtungen ihres Zuständigkeitsbereichs, die Mittel aus dem Erstattungsverfahren erhalten haben. In 85 % der Fälle stellte die Pflegekasse Rückforderungen mit einem Volumen von insgesamt rund 820 700 Euro.

Eine andere Pflegekasse hatte für Auszahlungen im Jahr 2020 bei 113 Pflegeeinrichtungen das Nachweisverfahren abgeschlossen. Dies sind 10 % der Pflegeeinrichtungen ihres Zuständigkeitsbereichs, die Mittel aus dem Erstattungsverfahren erhalten haben. Hier betrug die Quote von Rückforderungsfällen 75 %. Sie forderte insgesamt rund 2,7 Mio. Euro zurück und zahlte rund 38 000 Euro nach.

Beispielsweise machte in einem Fall eine Pflegeeinrichtung zusätzliche Personalkosten geltend. Die Einrichtung war in diesem Zeitraum geschlossen. Die Kosten für das eigene Personal wurden bereits über den Ausgleich der Mindereinnahmen refinanziert. Die Pflegekasse forderte 460 000 Euro zurück und erhielt diesen Betrag. In einem anderen Fall hatte die Heimaufsicht bei einer Pflegeeinrichtung Mängel festgestellt und eine Belegungsobergrenze festgelegt, die zu Mindereinnahmen von 144 480 Euro führte. Die Pflegeeinrichtung beantragte daraufhin Hilfsmittel aus dem Pflege-Rettungsschirm. Nachdem die Heimaufsicht der Pflegekasse den Sachverhalt dargelegt hatte, forderte diese den Betrag erfolgreich zurück.

Nach dem Bericht des GKV-Spitzenverbandes an das BMG hatten die Pflegekassen zum Stichtag 1. September 2022 insgesamt 7 % der nachgelagerten Nachweisverfahren für Auszahlungen im Jahr 2020 abgeschlossen. Die Pflegeeinrichtungen mussten rund 32,4 Mio.

Euro zurückzahlen. Dem stehen rund 2,4 Mio. Euro Nachzahlungen der Pflegekassen gegenüber. Für das Jahr 2021 waren zum Stichtag 1. September 2022 insgesamt 2 % der nachgelagerten Nachweisverfahren abgeschlossen. Die Pflegeeinrichtungen mussten rund 690 000 Euro zurückzahlen und die Pflegekassen rund 55 000 Euro nachzahlen.[12]

Vorläufige Würdigung

Der Bundesrechnungshof hat festgestellt, dass die bisherigen hohen Rückforderungen zeigen, dass das im Gesetz geregelte Verfahren missbrauchs- und fehleranfällig ist. In einigen Fällen sind zu Unrecht erfolgte Zahlungen lediglich durch besondere Umstände aufgedeckt worden. Nur weil z. B. eine Heimaufsicht die Pflegekasse über eine Belegungsobergrenze für eine Pflegeeinrichtung informiert hatte, wusste die Pflegekasse, dass die geltend gemachten Mindereinnahmen der Pflegeeinrichtung nicht im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie standen.

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass eine Mindestquote von 10 % der Pflegeeinrichtungen bedeutet, dass bis zu 90 % der Pflegeeinrichtungen ungeprüft bleiben. Die bislang festgestellte hohe Rückforderungsquote lässt auf eine hohe Dunkelziffer von zu Unrecht gezahlten Mitteln des Pflege-Rettungsschirms schließen.

Stellungnahme des BMG

Das BMG erklärte, die überprüften 10 % der Pflegeeinrichtungen seien nicht repräsentativ. Die Ermittlung von „Ausreißern“ führe dazu, dass eine Mehrheit der dem nachgelagerten Nachweisverfahren unterzogenen Anträge Auffälligkeiten und Unstimmigkeiten aufweisen würden. Denn genau diese seien der Grund, warum die statistischen Methoden sie identifiziert hätten.

Abschließende Würdigung

Der Bundesrechnungshof bleibt bei seiner Auffassung, dass die angewandte Ausreißerkontrolle die Vermutung einer hohen Dunkelziffer nicht beseitigen kann. Zwar werden 10 % der Pflegeeinrichtungen mit entweder besonders hohen Erstattungsbeträgen oder hohen Erstattungsbeträgen im Verhältnis zur Platzzahl berücksichtigt. 90 % der Pflegeeinrichtungen bleiben aber unkontrolliert. In diesem breiten Feld befinden sich zudem weitere „Ausreißer“.

[12] Bericht vom 25. Oktober 2022 an das BMG.

5 Abschließende Empfehlung

Der GKV-Spitzenverband sollte die Pflegekassen eindringlich auf ihre Vermögensbetreuungspflicht hinweisen. Der Bundesrechnungshof empfiehlt für die Zukunft, bei ähnlichen Unterstützungsmaßnahmen für Pflegeeinrichtungen schon im Antragsverfahren und damit vor Auszahlung von Mitteln Belege von den Pflegeeinrichtungen anzufordern. Es hat sich gezeigt, dass die Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen zu diesem Zeitpunkt besser kooperieren als nach der Auszahlung. So könnte auch ein möglicher Missbrauch in einem frühen Stadium verhindert werden. Zu Unrecht gezahlte Mittel und aufwendige Rückforderungsverfahren würden minimiert. Zusätzlich könnten die Pflegekassen bei offensichtlich unbegründeten Anträgen ermächtigt werden, Sanktionen wie z. B. Leistungskürzungen bei späteren Anträgen der Pflegeeinrichtungen zu verhängen. So ließe sich eine präventive Wirkung erzielen.

Die Auszahlungsfrist sollte zeitlich so bemessen sein, dass die Pflegekassen die Möglichkeit zur Überprüfung der Anträge erhalten.

Des Weiteren empfiehlt der Bundesrechnungshof, wichtige Fristen und das Verfahren der Auszahlung (Bescheid) rechtssicher festzulegen. Dies vermeidet Unsicherheiten und in der Folge Widerspruchs- und Gerichtsverfahren.

Dem Bundesrechnungshof ist bewusst, dass die Prüfung im Nachweisverfahren mit erheblichem Aufwand verbunden ist. Die Pflegekassen sind auch ohne den Pflege-Rettungsschirm stark ausgelastet. Zu berücksichtigen ist aber auch die in den relativ wenigen überprüften Fällen festgestellte hohe Quote an ungerechtfertigten Zahlungen aus dem Pflege-Rettungsschirm. Die festgestellten Fehlerquoten und Rückzahlungen von über 32 Mio. Euro in einem Zeitraum von lediglich zehn Monaten bei einer Mindestprüfquote von 10 % sind ein deutliches Warnsignal. Vor diesem Hintergrund ist eine hohe Dunkelziffer an ungerechtfertigten Erstattungen zu befürchten. Der Bundesrechnungshof empfiehlt deshalb, die politisch gewünschte schnelle und möglichst unbürokratische Auszahlung einerseits und die angesichts der nun festgestellten Mängel dringend erforderlichen Prüfungen der Anträge und Auszahlungen andererseits zu einem sinnvollen Ausgleich zu bringen. Da es sich um Mittel der Beitragszahler und Mittel aus dem Bundeshaushalt handelt, sollte der Kontrolle ein stärkeres Gewicht zugestanden werden.

Dr. Weber Wyrwoll