

Muster-Formular

Das Original des GKV-Spitzenverbands finden Sie hier:

https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_vereinbarungen_formulare.jsp

Geltendmachung von SARS-CoV-2 bedingten Mehraufwendungen sowie Mindereinnahmen
nach § 150 Abs. 2 SGB XI
Anlage zu den Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 150 Abs. 3 SGB XI vom 27.03.2020

1. Allgemeine Angaben			
	Angaben zur Einrichtung		Angaben zum Träger der Einrichtung
Name			
Straße, Hausnummer			
PLZ Ort			
Ansprechpartner			
Telefonnummer			
E-Mail			
IK			
Versorgungsform	Betreffende Form bitte auswählen	Bitte aus dem Dropdown-Menü auswählen	
2. Erstattungszeitraum			
Von	März 2020	bis einschließlich	März 2020
			Bitte aus dem Dropdownmenü auswählen
3. Berechnung des Erstattungsbetrags – bitte Tabellenblätter für die betreffenden Monate ausfüllen			
Summe Mehraufwendungen			0,00 €
Summe Mindereinnahmen			0,00 €
Erstattungsbetrag gesamt			0,00 €
4. Sachgründe für die Geltendmachung (Zutreffendes bitte ankreuzen)			
<input type="checkbox"/>	Erhöhte Sachmittelaufwendungen		
Gründe für Personalmehraufwendungen			
Mehrfachauswahl möglich	<input type="checkbox"/>	Kompensation von SARS-CoV-2-bedingtem Personalausfall	
	<input type="checkbox"/>	Aufgrund SARS-CoV-2 erforderlicher erhöhter Personaleinsatz	
Personalmehraufwendungen in Form von			
Mehrfachauswahl möglich	<input type="checkbox"/>	Mehrarbeit	
	<input type="checkbox"/>	Neueinstellung	
	<input type="checkbox"/>	Stellenaufstockung	
	<input type="checkbox"/>	Beschäftigung von Leiharbeitskräften	
	<input type="checkbox"/>	Beschäftigung von Honorarkräften	
<input type="checkbox"/>	Erhöhung von Fremddienstleistungen		
Gründe für Mindereinnahmen			
Mehrfachauswahl möglich	<input type="checkbox"/>	ambulanter Einsatz ist nicht möglich aufgrund von an COVID-19-erkrankter pflegebedürftiger Personen	
	<input type="checkbox"/>	(Teil)Schließungen oder Aufnahmestopp zur Eindämmung der Infektionsgefahr	
	<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2-bedingte Nichtanspruchnahme von Pflegeleistungen	
	<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2-bedingter Personalausfall	
Der Träger der Pflegeeinrichtung erklärt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner obigen Angaben und dass			
<p>⇒ die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 bedingt sind</p> <p>⇒ die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht bereits anderweitig (zum Beispiel durch staatliche Maßnahmen wie Kurzarbeitergeld oder Entschädigung über Infektionsschutzgesetz oder durch Einnahmen aufgrund Arbeitnehmerüberlassung) ausgeglichen wurden</p> <p>⇒ jedoch alle staatlichen Unterstützungsleistungen oder anderweitige Finanzierungsmöglichkeiten ausgeschöpft werden. Eine entsprechende Rückzahlung von dementsprechend zu viel erhaltenen Erstattungsbeträgen erfolgt durch den Pflegeeinrichtungsträger in einem nachgelagerten Verfahren gemäß Ziffer 5 der Festlegungen.</p> <p>⇒ der Pflegeeinrichtungsträger sich verpflichtet, bei Leistungseinschränkungen, z. B. aufgrund Schließung der Einrichtung oder Nichtanspruchnahme der Leistungen, die freierwerbenden Personalressourcen soweit rechtlich möglich in andere Versorgungsbereiche desselben Trägers oder trägerübergreifend in größtmöglichem Umfang einzusetzen oder einem anderen Träger zu überlassen.</p> <p>⇒ die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht auch bei anderen Landesverbänden der Pflegekassen oder Pflegekassen geltend gemacht wurden oder werden</p> <p>⇒ der Pflegeeinrichtungsträger die ihm erstatteten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht erneut im Rahmen der nächsten Pflegesatzvereinbarung bzw. Vergütungsvereinbarung geltend macht</p> <p>⇒ der Pflegeeinrichtungsträger die geltend gemachten Mehraufwendungen/Mindereinnahmen nicht den Pflegebedürftigen in Rechnung stellt</p> <p>⇒ der Pflegeeinrichtungsträger Änderungen der der Geltendmachung zugrundeliegenden Sachverhalte unverzüglich der Pflegekasse anzeigt, die den Erstattungsbetrag auszahlt. Dies umfasst auch die Bekanntgabe anderweitig erhaltener Finanzierungsmittel.</p>			
Ort, Datum und Unterschrift des Pflegeeinrichtungsträgers			
Ort	Datum	Unterschrift	