

**Festlegungen des GKV–Spitzenverbandes
nach § 7 Absatz 2 TestV i. V. m. § 150 Absatz 2 bis 5a SGB XI
zum Ausgleich der durch die Coronavirus–Testverordnung anfallenden außeror-
dentlichen Aufwendungen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstüt-
zung im Alltag
(Kostenerstattungs–Festlegungen TestV)**

vom
13.11.2020
mit Änderung vom 10.01.2022

Der GKV–Spitzenverband¹ hat im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen

auf Grundlage des § 7 Absatz 2 TestV i. V. m. § 150 Absatz 3 SGB XI

am 13.11.2020 die nachfolgenden Bestimmungen festgelegt. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diesen Festlegungen am 16.11.2020 zugestimmt. Aufgrund der Neufassung der Coronavirus–Testverordnung (TestV) vom 30.11.2020 hat der GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen die nachfolgenden Bestimmungen am 14.12.2020 geändert. Eine erneute Änderung der Festlegungen durch den GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene erfolgte am 09.02.2021 aufgrund der Corona–Testverordnung (TestV) vom 27.01.2021. Aufgrund der Neufassung der TestV vom 08.03.2021 und des Inkrafttretens des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage–Fortgeltungsgesetz) erfolgte am 22.03.2021 eine Änderung der Festlegungen. Aufgrund der Neufassung der TestV vom 24.06.2021 erfolgte zuletzt am 14.07.2021 eine Änderung der Festlegungen. Aufgrund der Neufassung der TestV vom 16.12.2021 hat der GKV–Spitzenverband im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen die nachfolgenden Bestimmungen erneut am 10.01.2022 geändert. Das Bundesministerium für Gesundheit hat diese Änderungen am 12.01.2022 zugestimmt.

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI
Seite 1 von 11

Inhalt

Präambel.....	3
1. Geltungsbereich.....	5
2. Erstattungsanspruch	5
3. Geltendmachung des Anspruchs	6
4. Auszahlung des Erstattungsbetrags	9
5. Nachweisverfahren	9
6. Übergangsregelung	10
7. Inkrafttreten	11

Präambel

Aufgrund der Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 14. Oktober 2020 i. V. m. § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI wird in diesen Festlegungen die Erstattung der für zugelassene Pflegeeinrichtungen und der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (im Folgenden Einrichtungen genannt) anfallenden außerordentlichen Aufwendungen für PoC-Antigen-Testungen für den Zeitraum ab dem 15. Oktober 2020 bis zu dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt geregelt.

Nach § 6 Absatz 3 TestV in der Fassung vom 14. Oktober 2020 stellen die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) gegenüber den betroffenen Einrichtungen auf deren Antrag fest, dass im Rahmen ihres einrichtungsbezogenen Testkonzepts monatlich bestimmte Mengen an PoC-Antigen-Tests in eigener Verantwortung beschafft und genutzt werden können. Das Testkonzept ist durch die jeweilige Einrichtung der zuständigen Stelle des ÖGD mit dem Antrag zu übermitteln. Die zuständigen Stellen des ÖGD legen die Menge der PoC-Antigen-Tests unter Berücksichtigung der Anzahl der Personen fest, die in oder von der jeweiligen Einrichtung versorgt werden; dabei können je versorgter Person in stationären Pflegeeinrichtungen bis zu 20 PoC-Antigen-Tests und in ambulanten Pflege- oder Betreuungsdiensten sowie in nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag bis zu 10 PoC-Antigen-Tests pro Monat beschafft und genutzt werden. Solange die zuständige Stelle des ÖGD keine Feststellung über die erstattungsfähige monatliche Höchstmenge getroffen hat, kann die antragstellende Einrichtung bis zu 30 Tage nach dem Antrag PoC-Antigen-Tests nach Maßgabe der in § 6 Absatz 3 Satz 3 TestV genannten Mengen in eigener Verantwortung beschaffen und nutzen. Die Aufwendungen hierfür können die Einrichtungen nach § 7 Absatz 2 Satz 3 TestV über eine Pflegekasse entsprechend der in § 150 Absatz 2 bis 5a SGB XI niedergelegten Verfahren abrechnen.

Die vorgenannten Verfahrensvorgaben wurden durch die Neufassung der Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 30. November 2020 in folgenden Punkten mit Wirkung zum 2. Dezember 2020 geändert:

1. Der maximale Erstattungsbetrag für die Aufwendungen der Beschaffung je Test nach § 6 Absatz 3 Satz 3 TestV wurde erhöht.
2. Ohne vorliegende Feststellung des ÖGD gilt als maximale monatliche Testmenge für stationäre Pflegeeinrichtungen 30 Tests (statt bislang 20 Tests) je versorgter Person und für ambulante Einrichtungen sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag 15 Tests (statt bislang 10 Tests) je versorgter Person.
3. Die Frist, bis wann Einrichtungen ohne vorliegende Feststellung des ÖGD die obigen Testmengen selbst beschaffen und nutzen können (bislang 30 Tage nach Antragsstellung), entfällt.

Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Corona-Testverordnung (TestV) vom 15. Januar 2021 wurde mit Wirkung zum 16. Januar 2021 die maximale monatliche Testmenge für ambu-

lante Einrichtungen sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag von bisher 15 auf 20 Test je versorgter Person erhöht. Die Corona-Testverordnung (TestV) wurde erneut geändert durch Neukündigung am 27. Januar 2021 mit Wirkung zum 25. Januar 2021.

Mit der Neufassung der TestV vom 08. März 2021 wurde mit Wirkung zum 08. März 2021 die maximale monatliche Testmenge für Einrichtungen der ambulanten Intensivpflege von bisher 20 auf 30 erhöht. Des Weiteren ist der bisher nach § 6 Absatz 3 TestV erforderliche Antrag zur Feststellung der maximalen monatlichen Testhöchstmenge unter Beifügung eines einrichtungsbezogenen Testkonzeptes an den ÖGD entfallen.

Durch Inkrafttreten des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage-Fortgeltungsgesetz) am 31.03.2021 wurde die in § 20i Abs. 3 Satz 13 SGB V geregelte Befristung bis 31. März 2021 gestrichen. Der Anspruch auf Kostenerstattung für die Beschaffung und Durchführung selbstbeschaffter PoC-Antigen-Tests nach der TestV besteht bis zu dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt.

Mit der Neufassung der TestV vom 24. Juni 2021 besteht mit Wirkung zum 1. Juli 2021 neben den bisherigen Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung durch Dritte (PoC-Antigen-Tests, „Schnelltests“) zusätzlich ein Anspruch auf Erstattung von Antigen-Tests zur Eigenanwendung („Selbsttests“). Die Anwendung der Antigen-Tests zur Eigenanwendung können Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Einrichtungen selbst vornehmen. Bei von den Einrichtungen versorgten Personen sowie von Besuchern stationärer Pflegeeinrichtungen wird die Testung mit einem Antigen-Test zur Eigenanwendung durch die Einrichtung überwacht. Des Weiteren wird bei der Höhe der Durchführungskosten differenziert, ob ein PoC-Antigen-Test durchgeführt oder ein Antigen-Test zur Eigenanwendung überwacht wird. Ab dem 1. Juli 2021 werden die Beschaffungskosten abgesenkt.

Mit der Neufassung der TestV vom 16. Dezember 2021 wurde mit Wirkung zum 18. Dezember 2021 die maximale monatliche Testmenge für stationäre Pflegeeinrichtungen und für nach § 72 SGB XI zugelassene Einrichtungen der ambulanten Intensivpflege auf 35 Tests (statt bislang 30 Tests) je versorgter Person erhöht. Zugleich erfolgte mit Wirkung zum 1. Dezember 2021 eine Erhöhung der Pauschale zur Erstattung von Beschaffungskosten von 3,50 Euro je Test auf 4,50 je Test befristet bis zum 31. Januar 2022.

Der GKV-Spitzenverband legt das Nähere zum Verfahren für die Abrechnung entsprechend § 150 Absatz 3 und § 150 Absatz 5a Satz 4 SGB XI im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen fest. Die Festlegungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit.

1. Geltungsbereich

Die Festlegungen gelten für die Pflegekassen sowie für die Träger der nach § 72 SGB XI zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen², einschließlich der Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI und die Anbieter der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI.

2. Erstattungsanspruch

- (1) Die nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen³ und die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag i. S. d. § 45a SGB XI (nachfolgend Einrichtungen genannt) haben einen Anspruch auf Erstattung der in der Zeit vom 15. Oktober 2020 bis zu dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt angefallenen außerordentlichen Aufwendungen für Antigen-Testungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 7 gegenüber der Pflegeversicherung.
- (2) Die im Rahmen der einrichtungsbezogenen Testkonzepte nach § 4 Absatz 1 TestV angefallenen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschaffung (Beschaffungskosten) für Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung durch Dritte (PoC-Antigen-Tests, „Schnelltests“, nachfolgend PoC-Antigen-Test genannt) und Antigen-Tests zur Eigenanwendung („Selbsttests“) sind in Höhe der in § 11 Coronavirus-Testverordnung (TestV) angeführten Höhe je Test als Bruttobetrag erstattungsfähig. Der Erstattungsanspruch beschränkt sich dabei auf PoC-Antigen-Tests und Antigen-Tests zur Eigenanwendung, die die durch das Paul-Ehrlich-Institut in Abstimmung mit dem Robert-Koch-Institut festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen. Dies betrifft PoC-Antigen-Tests („Schnelltests“) mit entsprechender CE-Kennzeichnung sowie Antigen-Tests zur Eigenanwendung („Selbsttests“), die entweder nach Kenntnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine CE-Kennzeichnung tragen oder deren Inverkehrbringen ohne CE-Kennzeichnung vom BfArM nach § 11 Medizinproduktegesetz (MPG) derzeit befristet zugelassen wird (Sonderzulassung des BfArM).⁴
- (3) Für den Zeitraum ab dem Tag der Bestellung, frühestens ab dem 15. Oktober 2020, gilt die in § 6 Absatz 4 TestV angegebene monatliche Test-Höchstmenge je versorgter Person als erstattungsfähig. Der Anspruch kann auch auf mehrere Bestellungen verteilt werden. Bei jeder Bestellung ist zu beachten, dass grundsätzlich nur Testmengen bestellt werden können und erstattungsfähig sind, die sich auf zukünftige Zeiträume beziehen. Erstattungsfähig sind Bestellmengen, welche die einrichtungsbezogenen maximalen monatlichen Testmengen nach aktuell gültiger TestV bis zu dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen

² Einschließlich der stationären Hospize, die über eine Zulassung als Pflegeeinrichtung nach § 72 SGB XI verfügen.

³ Einschließlich der zugelassenen Betreuungsdienste nach § 71 Absatz 1a SGB XI und stationärer Hospize

⁴ Vergleiche auf Internetseite des BfArM veröffentlichte Marktübersicht, <http://www.bfarm.de/antigentests>

Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt nicht überschreiten.

- (4) Zusätzlich angefallene Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Antigen-Testungen (Durchführungsaufwendungen), insbesondere Personalaufwendungen oder Aufwendungen durch Fremdleistung, sind pauschal je tatsächlich genutztem Test erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Durchführungsaufwendungen betragen pauschal 8 Euro je Testung mit einem PoC-Antigen-Test („Schnelltests“). Für die Überwachung von Antigen-Tests zur Eigenanwendung („Selbsttests“) betragen die erstattungsfähigen Durchführungsaufwendungen pauschal 5 Euro je Testung. Im Umfang einer für die Einrichtung kostenfreien Unterstützung bei der Testung (z. B. durch Mitarbeitende des MDK, des PKV-Prüfdienstes oder der Heimaufsicht, durch Freiwillige, die Bundeswehr oder medizinische Fachangestellte) können keine Durchführungsaufwendungen geltend gemacht werden. Dies gilt entsprechend, wenn Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflegeeinrichtungen oder nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag PoC-Antigen-Tests bzw. Antigen-Tests zur Eigenanwendung selbstständig durchführen. Die pauschalen Erstattungen können sich höchstens auf die Testmenge beziehen, die sich für den Zeitraum ab erster Bestellung, frühestens ab dem 15. Oktober 2020, und bis zu dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt ergibt und die der Einrichtung tatsächlich zur Verfügung steht. Dies gilt auch für kostenlos zur Verfügung gestellte Tests durch Dritte (z. B. ÖGD).
- (5) Etwaige anfallende Beschaffungskosten für PoC-Antigen-Tests oder Antigen-Tests zur Eigenanwendung sowie Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Testungen, die über die Bestimmungen in den Absätzen 1 bis 5 hinausgehen, sind nicht erstattungsfähig und können mit Ausnahme der notwendigen zusätzlichen Schutzausrüstung auch nicht im Rahmen der Verfahren nach § 150 Absatz 2 und 5a SGB XI zum Ausgleich der SARS-CoV-2 bedingten finanziellen Belastungen von Pflegeeinrichtungen und nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag geltend gemacht werden.
- (6) Nach § 72 SGB XI zugelassene ambulante Pflege- oder Betreuungsdienste, die gleichzeitig als Angebot zur Unterstützung im Alltag nach Landesrecht anerkannt sind und bei Personen sowohl Leistungen nach § 36 SGB XI als auch nach § 45b SGB XI erbringen, haben darauf zu achten, dass sie diese versorgten Personen entweder nur im Testkonzept des Pflege- oder Betreuungsdienstes oder nur im Testkonzept des Angebots zur Unterstützung im Alltag berücksichtigen.

3. Geltendmachung des Anspruchs

- (1) Die Einrichtung kann nach Erhalt (ab Lieferung) der ihr zustehenden und selbst beschafften PoC-Antigen-Tests bzw. Antigen-Tests zur Eigenanwendung ihren Erstattungsanspruch nach Ziffer 2 in Verbindung mit der TestV und § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI bei der zuständigen

Pflegekasse geltend machen. Die Zuständigkeit ergibt sich für die Pflegeeinrichtungen aus dem festgelegten Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Absatz 2 bzw. 3 SGB XI und für die Angebote zur Unterstützung im Alltag aus dem festgelegten Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Absatz 5a SGB XI.

Der Erstattungsanspruch kann monatlich geltend gemacht werden. Er kann sich in einem Antrag für Aufwendungen nach Ziffer 2 Absatz 3 und 4 auch auf einen prospektiven Zeitraum, der mehr als einen Monat umfasst, beziehen (längstens bis zu dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt). Für Aufwendungen nach Ziffer 2 Absatz 5 kann er sich in einem Antrag auf einen retrospektiven Zeitraum, der mehr als einen Monat umfasst, beziehen. Aufwendungen nach Ziffer 2 Absatz 5 können monatlich auch dann geltend gemacht werden, wenn nicht gleichzeitig angefallene Beschaffungskosten nach Ziffer 2 Absatz 2 bis 4 geltend gemacht werden. Der Anspruch kann bis zu drei Monate nach dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt geltend gemacht werden. Anträge, die nach diesem Zeitpunkt bei der Pflegekasse eingehen, sind nicht berücksichtigungsfähig.

- (2) Die Geltendmachung bedarf der Textform und ist durch den Träger der Einrichtung bzw. durch den Anbieter des Angebots zur Unterstützung im Alltag zu unterzeichnen. Die Geltendmachung hat die Angaben nach Absatz 5 und 6 sowie die Erklärungen nach Absatz 7 zu enthalten. Ein Muster für die Geltendmachung (Antrag) ist als Anlage beigelegt. Die Geltendmachung ist unter Verwendung des Musters in elektronischer Form (Excel-Datei) einzureichen. Die originalgetreue Nachbildung der Unterschrift (Faksimile) ist ausreichend.
- (3) Je Einrichtung ist ein Antrag zu verwenden. Sofern ein Anbieter mehrere Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Betreuungsgruppen und Entlastung bei der Haushaltsführung) anbietet und die erstattungsfähigen monatlichen Höchstmenge an PoC-Antigen-Tests bzw. Antigen-Tests zur Eigenanwendung für mehrere Angebote zusammengefasst hat, hat er diese entsprechend auch in einem Antrag zur Geltendmachung der Erstattungsbeträge nach diesem Verfahren zusammenzufassen.
- (4) Folgende Angaben sind für die Erstattung erforderlich
 - Name, Anschrift und Kontaktdaten der Pflegeeinrichtung bzw. Name des Angebots zur Unterstützung im Alltag
 - Name, Anschrift und Kontaktdaten des Trägers der Pflegeeinrichtung bzw. des Anbieters des Angebots zur Unterstützung im Alltag
 - Institutskennzeichen (IK) der Pflegeeinrichtung (verpflichtend) bzw. des Anbieters des Angebots zur Unterstützung im Alltag (sofern vorhanden)

- Versorgungsform (ambulanter Pflege- oder Betreuungsdienst, Angebot zur Unterstützung im Alltag, teilstationäre oder vollstationäre Pflegeeinrichtung⁵, stationäres Hospiz, ambulanter Pflegedienst – Intensivpflege)
- Ggf. Bankverbindung des Anbieters des Angebots zur Unterstützung im Alltag; bei einer Angabe des IK entfällt die Angabe der Bankverbindung.

(5) Zur Ermittlung des Erstattungsbetrags sind folgende Angaben erforderlich

- Anzahl der von der Einrichtung behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen (Pflegebedürftige)
- Datum der Bestellung und Zeitraum, auf den sich die Bestellung bezieht
- Gelieferte Menge an PoC-Antigen-Tests bzw. Antigen-Tests zur Eigenanwendung und für Bestellungen bis einschließlich 30.06.2021 Rechnungsbetrag je Lieferung
- Bei der Geltendmachung von Durchführungsaufwendungen: Menge der tatsächlich genutzten Tests differenziert nach überwachten Antigen-Tests zur Eigenanwendung und durchgeführten PoC-Antigen-Tests durch Dritte sowie Zeitraum, auf den sich die Durchführung der Testungen bezieht. Sofern Tests von Dritten (z. B. dem ÖGD) kostenlos zur Verfügung gestellt oder die Tests über eine Sammelbestellung eines Einkaufsverbands bzw. Verbandes bezogen werden, die zentral mit der Pflegekasse abrechnen, ist auf dem Antrag die erhaltene Anzahl an Tests anzugeben.

(6) Der Pflegeeinrichtungsträger bzw. der Anbieter des Angebots zur Unterstützung im Alltag hat mit seiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit seiner Angaben zu erklären und dass:

- er den jeweiligen Erstattungsbetrag nur im Rahmen der ihm nach der aktuell gültigen TestV zustehenden Testmenge geltend macht
- er die Erstattungspauschale für zusätzliche Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Testungen nur für tatsächlich genutzte Tests geltend macht
- er den geltend gemachten Erstattungsbetrag für Antigen-Testungen (Sach- und Personalaufwendungen) nicht auch bei anderen Pflegekassen oder Landesverbänden der Pflegekassen geltend macht
- er weder die ihm erstatteten Aufwendungen noch evtl. darüberhinausgehende Aufwendungen für Antigen-Testungen (Sach- und Personalaufwendungen) im Rahmen der nächsten Pflegesatzvereinbarung bzw. Vergütungsvereinbarung geltend macht
- er weder die ihm erstatteten Aufwendungen noch evtl. darüberhinausgehende Aufwendungen für Antigen-Testungen mit Ausnahme der notwendigen zusätzlichen Schutzausrüstung über das Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Absatz 2 oder Absatz 5a SGB XI geltend macht
- er weder den geltend gemachten Erstattungsbetrag noch evtl. darüberhinausgehende Aufwendungen für Antigen-Testungen (Sach- und Personalaufwendungen) Dritten (z. B. Pflegebedürftigen, Besuchenden oder Pflegekräften) in Rechnung stellt

⁵ Einrichtungen der Kurzzeitpflege gelten als vollstationäre Pflegeeinrichtungen
Seite 8 von 11

- er Änderungen der der Geltendmachung zugrundeliegenden Sachverhalte, z. B. unverzüglich der Pflegekasse anzeigt, die den Erstattungsbetrag auszahlt.

4. Auszahlung des Erstattungsbetrags

- (1) Die zuständige Pflegekasse zahlt den Erstattungsbetrag innerhalb von 14 Kalendertagen nach der Geltendmachung an die Einrichtung aus. Sofern nur ein Teilbetrag oder keine Auszahlung erfolgt, informiert die Pflegekasse die Einrichtung schriftlich über die Gründe.
- (2) Die Pflegekasse zahlt den Erstattungsbetrag unter Verwendung der gegenüber der Arbeitsgemeinschaft IK nach § 103 SGB XI i. V. m. § 293 Absatz 1 SGB V gemeldeten Bankverbindung bzw. unter Verwendung der vom Anbieter des Angebots zur Unterstützung im Alltag auf dem Erstattungsantrag angegebenen Bankverbindung aus.
- (3) Die Auszahlung erfolgt grundsätzlich vorläufig bis zum Abschluss eines Nachweisverfahrens nach Ziffer 5. In den Fällen, in denen die Auszahlung nicht vorläufig erfolgt, informiert die zuständige Pflegekasse die Einrichtung entsprechend. Die vorläufige Auszahlung gilt als endgültig, wenn die zuständige Pflegekasse bis 18 Monatenach dem nach § 150 Abs. 6 Satz 1 SGB XI (in der aktuell gültigen Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. dem durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt weder eine Rückerstattung geltend macht noch eine endgültige Entscheidung über den Erstattungsanspruch trifft. Satz 3 gilt nicht, wenn die Einrichtung ihren Mitwirkungspflichten nach Ziffer 5 Absatz 1 und 2 nicht oder nicht in ausreichendem Maße nachkommt.

5. Nachweisverfahren

- (1) Auf Verlangen der auszahlenden Pflegekasse hat die Einrichtung Nachweise über die geltend gemachten Erstattungen vorzulegen. Diese umfassen Lieferscheine und Rechnungen sowie für Anträge bis einschließlich 7. März 2021 den jeweils beim ÖGD gestellten Antrag der Einrichtung einschließlich Testkonzept und die gegebenenfalls vorliegende Feststellung des ÖGD über die monatliche Höchstmenge für selbst zu beschaffende PoC-Antigen-Tests bzw. Antigen-Tests zur Eigenanwendung. Im Falle der Geltendmachung von Durchführungsaufwendungen nach Ziffer 2 Absatz 5 hat die Einrichtung zur Dokumentation der durchgeführten Tests eine tagesbezogene Liste zu führen, die auf Verlangen der Pflegekasse vorzulegen ist.
- (2) In begründeten Einzelfällen können weitere Nachweise verlangt werden.
- (3) Bei Vorliegen einer festgestellten Überzahlung zahlt die Einrichtung auf Anforderung den zu viel erhaltenen Erstattungsbetrag der Pflegekasse zurück, die die Auszahlung durchgeführt hat. Bei Vorliegen einer festgestellten Unterzahlung zahlt die Pflegekasse den zu wenig gezahlten Erstattungsbetrag unaufgefordert an die Einrichtung.

6. Übergangsregelung

- (1) Für das Antrags- und Bewilligungsgeschehen im Zusammenhang mit dem Übergang von den Regelungen der TestV vom 14. Oktober 2020 zu denen der TestV vom 30. November 2020, der TestV in der Fassung vom 15. Januar 2021 sowie in der Fassung vom 27. Januar 2021 und der Fassung vom 08. März 2021 sowie der Fassung vom 24. Juni 2021 und der Fassung vom 16. Dezember 2021 gelten die Absätze 2 bis 4.
- (2) Zum Zeitpunkt der Bewilligung der Pflegekasse gilt das jeweils gültige Recht, der Zeitpunkt der Geltendmachung bei der Pflegekasse (Antragstellung) ist hierbei unerheblich. Sofern sich die maximal monatlichen Testmengen in der jeweils aktuell gültigen TestV ändern, sind die dort festgelegten Testmengen fortan erstattungsfähig. Dies bedeutet, dass Anträge, die bis einschließlich 1. Dezember 2020 bei der Pflegekasse eingegangen sind und die noch nicht bis einschließlich 1. Dezember 2020 beschieden wurden, ab dem 2. Dezember 2020 auf Grundlage der TestV vom 30. November 2020 zu bescheiden sind. Anträge zugelassener ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste sowie Anbieter von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, die bis einschließlich 15. Januar 2021 bei der Pflegekasse eingegangen sind und die noch nicht bis einschließlich 15. Januar 2021 beschieden wurden, sind ab dem 16. Januar 2021 auf Grundlage der TestV in der Fassung vom 15. Januar 2021 zu bescheiden. Alle Anträge, die bis einschließlich 24. Januar 2021 bei der Pflegekasse eingegangen sind und die noch nicht bis einschließlich 24. Januar 2021 beschieden wurden, sind ab dem 25. Januar 2021 auf Grundlage der TestV vom 27. Januar 2021 zu bescheiden. Alle Anträge, die bis einschließlich 7. März 2021 bei der Pflegekasse eingegangen sind und die noch nicht bis einschließlich 7. März 2021 beschieden wurden, sind ab dem 8. März 2021 auf der Grundlage der TestV vom 8. März 2021 zu bescheiden. Hinsichtlich der Beschaffungskosten für diese Anträge gilt Absatz 3 Satz 3. Es ist das bis einschließlich 30. Juni 2021 gültige Antragsformular zu verwenden. Anträge, die noch nicht bis einschließlich 30. Juni 2021 beschieden wurden, sind ab dem 1. Juli 2021 auf der Grundlage der TestV in der Fassung vom 24. Juni 2021 zu bescheiden. Anträge, die noch nicht bis einschließlich 17. Dezember 2021 beschieden wurden, sind ab dem 18. Dezember 2021 auf der Grundlage der TestV in der Fassung vom 16. Dezember 2021 zu bescheiden. Hinsichtlich der Beschaffungskosten für diese Anträge gilt Absatz 3 Sätze 4 und 5. Für die Durchführungskosten gilt Absatz 4. Es ist das ab 13. Januar 2022 gültige Antragsformular zu nutzen.
- (3) Für die noch nicht beschiedenen Anträge, die unter Verwendung des bis einschließlich 1. Dezember 2020 gültigen Antragsformulars bis einschließlich 1. Dezember 2020 bei der zuständigen Pflegekasse eingereicht wurden, gilt, dass für die mit dem Antrag geltend gemachte Testmenge Beschaffungskosten in Höhe von bis zu 9 EUR (statt 7 EUR) von der Pflegekasse erstattet werden. Abweichend von Absatz 2 Satz 1 gilt für im Antrag geltend gemachte Testmengen, die bis einschließlich 31. März 2021 bestellt wurden, dass Beschaffungskosten in Höhe von bis zu 9 Euro erstattet werden. Für im Antrag geltend gemachten PoC-Antigen-Tests mit Bestelldatum ab dem 1. April 2021 bis einschließlich 30. Juni 2021 werden Beschaffungskosten in Höhe von bis zu 6 Euro erstattet. Für geltend gemachte Testmengen mit

Bestelldatum ab dem 1. Juli 2021 bis einschließlich 30. November 2021 werden Beschaffungskosten für PoC-Antigen-Tests und für Antigen-Tests zur Eigenanwendung pauschal 3,50 Euro je Test erstattet. Für geltend gemachte Testmengen mit Bestelldatum ab dem 1. Dezember 2021 bis einschließlich 31. Januar 2022 werden Beschaffungskosten pauschal in Höhe von 4,50 je Test erstattet. Für zurückliegende Zeiträume können keine nachträglich höheren Erstattungsansprüche (Differenzzahlungen) geltend gemacht werden.

- (4) Für geltend gemachte PoC-Antigen-Tests, die bis einschließlich 30. Juni 2021 durch Dritte durchgeführt wurden, werden Durchführungsaufwendungen in Höhe von 9 Euro je Test erstattet. Ab dem 1. Juli 2021 werden bei durch Dritte durchgeführte PoC-Antigen-Testungen Durchführungsaufwendungen in Höhe von pauschal 8 Euro je Test erstattet. Für die Überwachung von Antigen-Tests zur Eigenanwendung werden ab dem 1. Juli 2021 Durchführungsaufwendungen in Höhe von pauschal 5 Euro je Test erstattet.

7. Inkrafttreten

Diese Festlegungen treten am Tag nach der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit in Kraft.