

Fragen und Antworten zur Umsetzung der Kostenerstattungs-Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7 Absatz 2 TestV in Verbindung mit § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI zum Ausgleich der durch die Coronavirus-Testverordnung anfallenden außerordentlichen Aufwendungen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag

Erstellt vom GKV-Spitzenverband mit Hinweisen des Bundesministeriums für Gesundheit

Nr.	Frage	Antwort
1	Sind die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschaffung und Durchführung von Antigen-Tests, die über eine Kostenerstattung nach § 7 Abs. 2 TestV i. V. m. § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI hinausgehen, über das Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Abs. 3 bzw. 5a SGB XI geltend zu machen?	Nein. Die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschaffung und Durchführung von Antigen-Tests sind allein über das Erstattungsverfahren nach § 7 Abs. 2 TestV i. V. m. § 150 Abs. 2 bis 5a SGB XI geltend zu machen. Es ist ausschließlich das hierfür auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes veröffentlichte Antragsformular zu verwenden und an die für die Pflegeeinrichtung bzw. das Angebot zur Unterstützung im Alltag zuständige Pflegekasse (gemäß Zuständigkeitsliste) zu senden.
2	Welche Tests sind erstattungsfähig?	Selbst beschaffte Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung durch Dritte (PoC-Antigen-Tests) sind seit dem 15.10.2020 gegenüber der Pflegeversicherung erstattungsfähig, sofern diese auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel (BfArM) als „Schnelltests“ gelistet sind. Seit dem 01.07.2021 sind auch selbst beschaffte Antigen-Tests zur Eigenanwendung gegenüber der Pflegeversicherung erstattungsfähig, sofern diese auf der Internetseite des BfArM als „Selbsttests“ gelistet sind. Hinsichtlich der Höhe des Erstattungsanspruchs vergleiche Frage 10.

Nr.	Frage	Antwort
3	Welcher Testmengenanspruch gilt für meine Einrichtung?	Für stationäre Einrichtungen gilt seit dem 02.12.2020 eine monatliche Testmenge von 30 Tests je versorgter Person. Für ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sowie nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag gilt seit dem 16.01.2021 ein monatlicher Anspruch von 20 Tests je versorgter Person. Für ambulante Pflegedienste der Intensivpflege gilt seit dem 08.03.2021 ein Testmengenanspruch von 30 Tests je versorgter Person. Sofern sich die maximal monatlichen Testmengen in der jeweils aktuell gültigen TestV ändern, sind die dort festgelegten Testmengen fortan erstattungsfähig. Maßgeblich für die Anzahl versorgter Personen (Pflegebedürftige) ist der Tag der Bestellung. Die Anzahl versorgter Personen am Bestelltag ist auch im Formular zur Geltendmachung des Erstattungsbetrags einzutragen. Sofern in einem Formular der Erstattungsbetrag für mehrere Bestellungen mit unterschiedlichen Bestelltagen geltend gemacht wird und die Anzahl der versorgten Personen zwischen den Bestelltagen abweicht, ist die jeweilige Anzahl versorgter Personen für jeden Bestelltag im Freitextfeld für Anmerkungen anzugeben. Seit dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag zur Feststellung der maximalen monatlichen Testhöchstmenge bei der zuständigen Stelle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mehr notwendig ist. Der Erstattungsanspruch nach TestV beruht jedoch weiterhin auf dem Vorliegen eines einrichtungs- bzw. unternehmensbezogenen Testkonzepts, welches der Pflegekasse auf Nachfrage vorzulegen ist. Es gilt jedoch, dass die in § 6 Absatz 3 TestV angegebene monatliche Test-Höchstmenge je tatsächlich am Tag der Bestellung versorgte Anzahl von Personen erstattungsfähig ist. Entsprechende Nachweise hat die Einrichtung auf Verlangen der Pflegekassen vorzulegen. 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 solche 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 Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt. Umfasst eine Bestellung darüber hinaus gehende Testmengen, können diese gegebenenfalls in den Folgemonaten entsprechend geltend gemacht werden. Maßgebend ist die Frist des § 150 Abs. 6 SGB XI in

Nr.	Frage	Antwort
		Verbindung mit § 1 Abs. 4 der Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie. Für Anträge, die bis zum 07.03.2021 gestellt und von der Pflegekasse beschieden wurden, ist zu beachten, dass die Einrichtungen der zuständigen Stelle des ÖGD ihr einrichtungsbezogenes Testkonzept mit einem Antrag zu übermitteln hatten. Die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes stellte 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. Für den Zeitraum ab dem Tag der Antragsstellung bei der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes bis zu dessen Feststellung galt die in § 6 Absatz 3 Satz 3 TestV (in der jeweils gültigen Fassung) angegebene monatliche Test-Höchstmenge je versorgter Person als erstattungsfähig. Sofern sich wesentliche Änderungen in der Anzahl der versorgten Personen ergab, die einen Einfluss auf die erstattungsfähige Testhöchstmenge hatten, hatte die Pflegeeinrichtung einen Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des Gesundheitsamts einzureichen. Wenn sich dadurch z. B. die Zahl der versorgten Personen erhöhte, galt ab dem Datum des Änderungsantrags und bis zur erneuten Feststellung des ÖGD der erhöhte Testmengenanspruch gemäß den in der aktuell gültigen TestV bestimmten Mengen je versorgter Person als erstattungsfähig. Für diese bis zum 07.03.2021 gestellten Anträge auf Erstattung der Beschaffungs- und Durchführungskosten gilt, dass auf Verlangen der auszahlenden Pflegekasse der jeweils beim ÖGD gestellte Antrag und ggf. Änderungsantrag der Einrichtung einschließlich Testkonzept und die ggf. vorliegende Feststellung des ÖGD über die monatliche Höchstmenge für selbst zu beschaffende PoC-Antigen-Tests vorzulegen ist. Sofern ab dem 01.07.2021 sowohl PoC-Antigen-Tests zur professionellen Anwendung („Schnelltests“) als auch Antigentests zur Eigenanwendung („Selbsttests“) beschafft und geltend gemacht werden, gilt, dass die maximal erstattungsfähigen monatlichen Testhöchstmengen in Summe nicht überschritten werden können.

Nr.	Frage	Antwort
		Für stationäre Einrichtungen und ambulante Pflegedienste der Intensivpflege gilt seit dem 01.12.2021 eine monatliche Testmenge von 35 Tests je versorgter Person. Sofern sich die maximal monatlichen Testmengen in der jeweils aktuell gültigen TestV ändern, sind die dort festgelegten Testmengen fortan erstattungsfähig.
4	Durch die Neufassungen der Coronavirus-Testverordnung wurden die maximal monatlichen Testmengen erhöht. Gelten die bereits vor dem 02.12.2020, 16.01.2021, 25.01.2021 bzw. 08.03.2021 vom ÖGD festgestellten monatlichen Test-Höchstmengen auch für Bestellungen ab dem 08.03.2021 fort?	Die ÖGD-Feststellungen, die vor dem 02.12.2020 auf der Grundlage der TestV vom 14.10.2020 (gültig bis 01.12.2020), vor dem 16.01.2021 auf Grundlage der TestV vom 30.11.2020 (gültig bis 15.01.2021), vor dem 25.01.2021 auf der Grundlage der TestV vom 15.01.2021 (gültig bis zum 24.01.21) und vor dem 08.03.2021 auf Grundlage der TestV vom 27.01.2021 (gültig bis zum 07.03.2021) erteilt wurden, sind im Antrag nicht mehr anzugeben. Für Testmengen ab dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des ÖGD mehr notwendig ist. Sofern sich die maximal monatlichen Testmengen in der jeweils aktuell gültigen TestV ändern, sind die dort festgelegten Testmengen fortan erstattungsfähig.
5	Wann ist ein Änderungsantrag beim ÖGD zu stellen?	Für Testmengen ab dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des ÖGD mehr notwendig ist. Demnach können die einrichtungsbezogenen, maximalen monatlichen Testhöchstmengen nach aktuell gültiger TestV geltend gemacht werden. Hinsichtlich der Nachweispflicht für Anträge, die bis zum 07.03.2021 gestellt und von der zuständigen Pflegekasse beschieden wurden, vergleiche Frage 3.
6	Sofern sich die Anzahl der von der Pflegeeinrichtung versorgten Personen ändert, ab wann kann der dadurch geänderte	Für Testmengen ab dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des ÖGD mehr notwendig ist. Demnach können die einrichtungsbezogenen, maximalen monatlichen Testhöchstmengen nach aktuell gültiger TestV geltend gemacht werden.

Nr.	Frage	Antwort
	Testmengenanspruch gegenüber der zuständigen Pflegekasse geltend gemacht werden?	Hinsichtlich der Nachweispflicht für Anträge, die bis zum 07.03.2021 gestellt und von der zuständigen Pflegekasse beschieden wurden, vergleiche Frage 3.
7	Sofern ein Antrag auf Feststellung der monatlichen Testmenge beim ÖGD vor dem 02.12.2020 gestellt wurde und bisher noch keine Feststellung des ÖGD vorliegt, ist dennoch ein Änderungsantrag stellen?	Für Testmengen ab dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des ÖGD mehr notwendig ist. Demnach können die einrichtungsbezogenen, maximalen monatlichen Testhöchstmengen nach aktuell gültiger TestV geltend gemacht werden.
8	Können jeweils nur die maximale monatliche Testmenge nach TestV bzw. ÖGD-Feststellung bestellt werden?	Für Testmengen ab dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des ÖGD mehr notwendig ist. Demnach können die einrichtungsbezogenen, maximalen monatlichen Testhöchstmengen nach aktuell gültiger TestV geltend gemacht werden. Bei jeder Bestellung bzw. Folge-Bestellung ist zu beachten, dass nur Testmengen bestellt werden können und erstattungsfähig sind, die sich auf zukünftige Zeiträume beziehen. Es sind nur noch solche Bestellmengen erstattungsfähig, 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 Fassung) geregelten Zeitpunkt bzw. durch Rechtsverordnung nach § 152 SGB XI verlängerten Befristungszeitpunkt nicht überschreiten. Umfasst eine Bestellung darüber hinaus gehende Testmengen, können diese gegebenenfalls in den Folgemonaten entsprechend geltend gemacht werden. Maßgebend ist die Frist des § 150 Abs. 6 SGB XI in Verbindung mit § 1 Abs. 4 der Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie. Ein in der Vergangenheit nicht genutzter Testmengenanspruch kann nicht zu einem späteren Zeitpunkt bestellt, genutzt und gegenüber der zuständigen Pflegekasse geltend gemacht werden.

Nr.	Frage	Antwort
9	Werden Testmengen erstattet, die laut der Feststellung vom ÖGD über der maximal monatlichen Testmenge gemäß der TestV liegen?	Für Testmengen ab dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des ÖGD mehr notwendig ist. Demnach können die einrichtungsbezogenen, maximalen monatlichen Testhöchstmengen nach aktuell gültiger TestV geltend gemacht werden. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass für Anträge, die bis zum 07.03.2021 gestellt und von der zuständigen Pflegekasse beschieden wurden, ausschließlich die nach der TestV festgelegten maximalen monatlichen Testmengen unter Berücksichtigung der Anzahl der versorgten Personen erstatten bekamen. Testmengen, die über die in der TestV festgelegten Höchstmengen hinausgingen, waren nicht erstattungsfähig. Dies galt sowohl für die Erstattung der Beschaffungskosten als auch der Durchführungsaufwendungen.
10	Welcher Erstattungsanspruch besteht bei den Beschaffungskosten und Durchführungsaufwendungen?	Die im Rahmen der einrichtungsbezogenen Testkonzepte nach § 4 Absatz 1 TestV bis zum 31.03.2021 angefallenen Aufwendungen im Zusammenhang mit der Beschaffung (Beschaffungskosten) von PoC-Antigen-Tests zur professionellen Anwendung („Schnelltests“) sind in tatsächlicher Höhe, jedoch maximal bis zu 9 Euro je Test als Bruttobetrag, erstattungsfähig. Für Bestellungen von PoC-Antigen-Tests zur professionellen Anwendung („Schnelltests“) ab dem 01.04.2021 sind Beschaffungskosten bis zur tatsächlichen Höhe, jedoch maximal bis zu 6 Euro je Test als Bruttobetrag, erstattungsfähig. Für Bestellungen ab dem 01.07.2021 sind Beschaffungskosten von PoC-Antigen-Tests zur professionellen Anwendung („Schnelltests“) und Antigen-Tests zur Eigenanwendung („Selbsttests“) pauschal in Höhe von 3,50 Euro brutto erstattungsfähig. Mit Wirkung zum 01.12.2021 wurde die Pauschale zur Erstattung von Beschaffungskosten auf 4,50 Euro je Antigen-Test bis zum 31.01.2022 erhöht. Zusätzlich angefallene Aufwendungen im Zusammenhang mit der professionellen Durchführung der PoC-Antigen-Testungen durch Dritte (Durchführungsaufwendungen für „Schnelltests“), insbesondere Personalaufwendungen oder Aufwendungen durch Fremdleistung, sind bis zum 30.06.2021 pauschal in Höhe von 9 Euro brutto je tatsächlich genutztem Test erstattungsfähig. Sofern Mitarbeitende „Schnelltests“ selbstständig (bei sich selbst) durchführen, können keine Durchführungsaufwendungen

Nr.	Frage	Antwort
		geltend gemacht werden. Ab dem 01.07.2021 gilt, dass bei durch Dritte professionell durchgeführte PoC-Antigen-Testungen („Schnelltests“) pauschal 8 Euro und bei überwachten Antigen-Testungen zur Eigenanwendung („Selbsttests“) pauschal 5 Euro als Durchführungsaufwendung erstattungsfähig sind. 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. Sofern Mitarbeitende selbstständig (bei sich selbst) PoC-Antigen-Tests („Schnelltests“) bzw. Antigen-Tests zur Eigenanwendung („Selbsttests“) durchführen, können keine Durchführungsaufwendungen geltend gemacht werden. Hinsichtlich weiterer Ausschlussgründe vom Erstattungsanspruch vgl. Frage 11, 12, 13 und 14.
11	Können bereits vor dem Datum der Antragstellung beim ÖGD bestellte und genutzte Antigen-Tests gegenüber der zuständigen Pflegekasse geltend gemacht werden?	Für Testmengen ab dem 08.03.2021 gilt, dass kein Antrag bzw. Änderungsantrag bei der zuständigen Stelle des ÖGD mehr notwendig ist. Demnach können die einrichtungsbezogenen, maximalen monatlichen Testhöchstmengen nach aktuell gültiger TestV geltend gemacht werden. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass Einrichtungen für Anträge, die bis zum 07.03.2021 gestellt und von der zuständigen Pflegekasse beschieden wurden, erst mit dem Antrag bei der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes den Anspruch auf Kostenerstattung für die Beschaffung und Nutzung der in § 6 Absatz 3 Satz 3 TestV angegebenen monatlichen Testmengen erhalten hat. Lag die Bestellung vor dem Tag der Antragstellung, war sie entsprechend der Test-Höchstmenge ab dem Tag der Antragsstellung erstattungsfähig und minderte den verbleibenden Testmengenanspruch der Einrichtung für den gesamten Zeitraum. Durchführungsaufwendungen konnten nur für Testungen geltend gemacht werden, die seit dem Tag der Antragstellung beim ÖGD in der Einrichtung tatsächlich angefallen sind. Bereits vor dem ÖGD-Antrag genutzte Antigen-Test waren nicht erstattungsfähig.
12	Können Aufwendungen im Zusammenhang mit der	Ja. Die Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Testungen (Durchführungsaufwendungen), insbesondere Personalaufwendungen oder Aufwendungen durch

Nr.	Frage	Antwort
	Durchführung der Testung geltend gemacht werden, wenn die Antigen-Tests der Einrichtung durch eine Sammelbestellung eines Verbands/Einkaufsverbunds zur Verfügung gestellt wurden?	Fremdleistung, können die pauschalen Erstattungsbeträge geltend gemacht werden, auch wenn die Tests der Einrichtung durch einen Verband/Einkaufsverbund zur Verfügung gestellt wurden. Die Testungen müssen tatsächlich durchgeführt worden sein. Für Testungen, welche die maximale Testhöchstmenge nach TestV überschreiten, können keine Durchführungsaufwendungen geltend gemacht werden. Die etwaigen Durchführungsaufwendungen sind mit dem Antragsformular des GKV-Spitzenverbandes gegenüber der für die Einrichtung zuständigen Pflegekasse geltend zu machen. Da der Einrichtung keine Beschaffungskosten für die Antigen-Tests zur professionellen Anwendung entstanden sind, können keine Beschaffungskosten geltend gemacht werden.
13	Können Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Testung geltend gemacht werden, wenn die Antigen-Tests der Einrichtung kostenlos von Dritten, z. B. dem Gesundheitsamt, zur Verfügung gestellt wurden?	Ja. Die Aufwendungen im Zusammenhang mit der professionellen Durchführung der Testungen (Durchführungsaufwendungen), insbesondere Personalaufwendungen oder Aufwendungen durch Fremdleistung, können die pauschalen Erstattungsbeträge geltend gemacht werden, auch wenn die Tests der Einrichtung kostenlos zur Verfügung gestellt wurden. Die Testungen müssen aber tatsächlich durchgeführt worden sein. Für Testungen, welche die maximale Testhöchstmenge nach TestV überschreiten, können keine Durchführungsaufwendungen geltend gemacht werden. Für die Geltendmachung der Aufwendungen ist das Antragsformular des GKV-Spitzenverbandes zu verwenden. Da der Einrichtung keine Beschaffungskosten für die Antigen-Tests zur professionellen Anwendung entstanden sind, können keine Beschaffungskosten geltend gemacht werden. Sofern auch die Testungen kostenlos durch Dritte durchgeführt wurden, können auch keine Durchführungsaufwendungen geltend gemacht werden.
14	Können weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit den Antigen-Testungen geltend gemacht werden (z. B. für das Vorbereiten bzw. Reinigen der Räumlichkeiten, die Organisation der Testungen, etwaige Fahrtkosten, Schulungskosten,	Nein. Die Aufwendungen im Zusammenhang mit der professionellen Durchführung der Testungen (Durchführungsaufwendungen), insbesondere Personalaufwendungen oder Aufwendungen durch Fremdleistung, sind je tatsächlich genutzten Test pauschal erstattungsfähig. Darüberhinausgehende Aufwendungen für Antigen-Testungen können – mit Ausnahme der notwendigen zusätzlichen Schutzausrüstung über das Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Abs. 3 bzw. 5a SGB XI – nicht geltend gemacht werden. Die Vergütung von zusätzlich für die Testungen benötigtem Personal (auch im Rahmen der Bundesinitiative bei Vermittlung durch BA und Schulung durch DRK) ist nicht als

Nr.	Frage	Antwort
	zusätzlich benötigtes medizinisches Personal bzw. Freiwillige für die Durchführung der Testungen)?	Personalmehraufwendung über den Pflege-Schutzschirm nach § 150 Abs. 3 bzw. 5a SGB XI erstattungsfähig. Der Einrichtungsträger bzw. Anbieter des Angebots zur Unterstützung im Alltag erklärt mit seiner Unterschrift im Antragsformular, dass er weder die ihm erstatteten Aufwendungen noch evtl. darüberhinausgehende Aufwendungen für Antigen-Testungen mit Ausnahme der notwendigen zusätzlichen Schutzausrüstung über das Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Abs. 3 bzw. 5a SGB XI geltend macht. Auch kann weder eine Geltendmachung der erstatteten Aufwendungen und eventuell darüberhinausgehenden Aufwendungen für Antigen-Testungen (Sach- und Personalaufwendungen) im Rahmen der nächsten Pflegesatzvereinbarung bzw. Vergütungsvereinbarung erfolgen noch diese Aufwendungen Dritten (z. B. Pflegebedürftigen, Besuchern oder Pflegekräften) in Rechnung gestellt werden.
15	Sofern in Pflegeeinrichtungen Bundeswehrkräfte bei den Antigen-Testungen zum Einsatz kommen, werden die Personalkosten dieser Kräfte durch die Bundeswehr getragen. Müssen die Einrichtungen – abgesehen von den Kosten für Schutzkleidung und Hygienemaßnahmen – weitere Aufwendungen (z. B. für Unterkunft und Verpflegung) übernehmen und falls ja, können Sie diese als Durchführungsaufwendungen oder über das Kostenerstattungsverfahren	Nein. Die Unterstützung von Bundeswehrkräften für die Einrichtung erfolgt aufgrund eines Beschlusses der Bundesregierung vom 27. Januar 2021 kostenfrei. Dies umfasst Personalkosten und Sachkosten sowie, soweit im Einzelfall erforderlich, Auslagen im Rahmen von Dienstreisen, u. a. für Unterkunft und Verpflegung. Daher können auch keine Durchführungsaufwendungen für von Bundeswehrkräften durchgeführten Testungen geltend gemacht werden. Die Aufwendungen der notwendigen zusätzlichen Schutzausrüstungen sind über das Kostenerstattungsverfahren nach § 150 Abs. 3 bzw. 5a SGB XI geltend zu machen.

Nr.	Frage	Antwort
	nach § 150 Abs. 3 bzw. 5a SGB XI geltend machen?	
16	Für welche Zeiträume können die Beschaffungskosten und Durchführungsaufwendungen gegenüber der zuständigen Pflegekasse geltend gemacht werden?	Der Erstattungsanspruch kann monatlich geltend gemacht werden. Er kann sich in einem Antrag für Beschaffungskosten auch auf einen prospektiven Zeitraum, der mehr als einen Monat umfasst, beziehen. Für die Durchführungsaufwendungen kann er sich in einem Antrag auf einen retrospektiven Zeitraum, der mehr als einen Monat umfasst, beziehen. Die Durchführungsaufwendungen können monatlich auch dann geltend gemacht werden, wenn nicht gleichzeitig angefallene Beschaffungskosten geltend gemacht werden. Der Erstattungsanspruch 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.