Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7 Absatz 2 TestV zum Ausgleich der durch die Coronavirus-Testverordnung anfallenden außerordentlichen Aufwendungen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag (Kostenerstattungs-Festlegungen TestV)

vom

13.11.2020

Der GKV-Spitzenverband[1] 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.

[1] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI

Inhalt

Präambel 3
1. Geltungsbereich 4
2. Erstattungsanspruch 4
3. Geltendmachung des Anspruchs 5
4. Auszahlung des Erstattungsbetrags 8
5. Nachweisverfahren 8
6. Inkrafttreten 8

Präambel

Aufgrund der Coronavirus-Testverordnung (TestV) vom 14. Oktober 2020 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 zum 31. März 2021 geregelt.

Nach § 6 Absatz 3 TestV 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. Der GKV-Spitzenverband legt das Nähere zum Verfahren für die Abrechnung in Anlehnung an § 150 Absatz 3 und § 150 Absatz 5a Satz 4 SGB XI im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungenfest. 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 Pflegeeinrichtungen[2], 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 Pflegeeinrichtungen[3] 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 zum 31. März 2021 angefallenen außerordentlichen Aufwendungen für PoC-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 PoC-Antigen-Tests sind in tatsächlicher Höhe jedoch maximal bis zu der in § 11 Coronavirus-Testverordnung (TestV) angeführten Höhe je Test als Bruttobetrag erstattungsfähig.

(3) Für den Zeitraum ab dem Tag der Antragsstellung bei der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder bei der für diese handelnden Stelle (im Folgenden ÖGD genannt) bis 30 Tage nach der Antragstellung (insgesamt 31 Tage) gilt die in § 6 Absatz 3 Satz 3 TestV angegebene Test-Höchstmenge von bis zu 20 PoC-Antigen-Tests je versorgter Person pro Monat für stationäre Einrichtungen[4] und von bis zu 10 PoC-Antigen-Tests je versorgter Person pro Monat für ambulante Einrichtungen[5] als erstattungsfähig. Liegt die Bestellung vor dem Tag der Antragstellung, ist sie entsprechend der Test-Höchstmenge nach Satz 1 ab dem Tag der Antragsstellung erstattungsfähig. Erfolgt die Bestellung der Tests nach dem Tag der Antragsstellung, gilt der Anspruch nach Satz 1 ab dem Tag der Bestellung bis längstens 30 Tage nach Bestellung. Der Anspruch kann auch auf mehrere Bestellungen verteilt werden. Bei Folge-Bestellungen ist zu beachten, dass grundsätzlich nur Testmengen, die sich auf zukünftige Zeiträume beziehen, erstattungsfähig sind. Soweit durch eine Bestellung oder mehrere Bestellungen die erstattungsfähige Test-Höchstmenge nach Satz 1 überschritten ist, kann eine Erstattung des überschreitenden Teils im Folgezeitraum nach Absatz 4 geltend gemacht werden.

(4) Für den Zeitraum ab dem Tag der Feststellung durch den ÖGD, frühestens jedoch ab dem 31. Tag nach Antragsstellung (sog. Tag 32) – bzw. in den Fällen nach Absatz 3 Satz 2 frühestens ab dem 31. Tag nach der Bestellung – bis längstens 31. März 2021 gilt die durch

---

[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] Hierunter zählen voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen einschließlich Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie stationäre Hospize

[5] Hierunter zählen ambulante Pflege- und Betreuungsdienste sowie Angebote zur Unterstützung im Alltag

den ÖGD festgestellte monatliche Test-Höchstmenge als erstattungsfähig. Der Anspruch für den gesamten Zeitraum nach Satz 1 kann auf eine oder mehrere Bestellungen verteilt werden. Bei Folge-Bestellungen ist zu beachten, dass grundsätzlich nur Testmengen, die sich auf zukünftige Zeiträume beziehen, erstattungsfähig sind.

(5) Zusätzlich angefallene Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der PoC-Antigen-Testungen (Durchführungsaufwendungen), insbesondere Personalaufwendungen oder Aufwendungen durch Fremdleistung, sind pauschal in Höhe von 9 Euro brutto je tatsächlich genutztem Test erstattungsfähig. 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. Die pauschalen Erstattungen können sich höchstens auf die Testmenge beziehen, die sich aus der TestV für die ersten 30 Tage nach Antragsstellung bzw. erster Bestellung und anschließend aus der Feststellung des ÖGD ergibt und die der Einrichtung tatsächlich zur Verfügung steht.

(6) Etwaige anfallende Beschaffungskosten für PoC-Antigen-Tests und 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.

(7) 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 ihren Erstattungsanspruch nach Ziffer 2 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.

(2) Der Erstattungsanspruch kann monatlich geltend gemacht werden. Er kann sich in einem Antrag für Aufwendungen nach Ziffer 2 Absatz 4 auch auf einen prospektiven Zeitraum, der

mehr als einen Monat umfasst, beziehen (längstens bis 31. März 2021). 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 zum 30. Juni 2021 geltend gemacht werden. Anträge, die nach dem 30. Juni 2021 bei der Pflegekasse eingehen, sind nicht berücksichtigungsfähig.

(3) 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 beigefügt. Die Geltendmachung ist unter Verwendung des Musters in elektronischer Form (Excel-Datei) einzureichen. Die originalgetreue Nachbildung der Unterschrift (Faksimile) ist ausreichend.

(4) 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 diese im Antrag an den ÖGD zur Feststellung der erstattungsfähigen monatlichen Höchstmenge an PoC-Antigen-Tests zusammengefasst hat, hat er diese entsprechend auch in einem Antrag zur Geltendmachung der Erstattungsbeträge nach diesem Verfahren zusammenzufassen.

(5) 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 Pflegeeinrichtung[6], stationäres Hospiz)
- Ggf. Bankverbindung des Anbieters des Angebots zur Unterstützung im Alltag; bei einer Angabe des IK entfällt die Angabe der Bankverbindung.

(6) Zur Ermittlung des Erstattungsbetrags sind folgende Angaben erforderlich

- Datum der Antragsstellung beim ÖGD

[6] Einrichtungen der Kurzzeitpflege gelten als vollstationäre Pflegeeinrichtungen

- Anzahl der von der Einrichtung behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen (Pflegebedürftige) gemäß Antrag beim ÖGD
- Datum der Feststellung des ÖGD über die monatliche Höchstmenge an PoC-Antigen-Tests, die die Einrichtung in eigener Verantwortung beschaffen und nutzen kann
- Monatliche Höchstmenge an PoC-Antigen-Tests, die die Einrichtung in eigener Verantwortung gemäß der Feststellung des ÖGD beschaffen und nutzen kann
- Datum der Bestellung
- Lieferdatum, gelieferte Menge an PoC-Antigen-Tests und Rechnungsbetrag je Lieferung
- Bei der Geltendmachung von Durchführungsaufwendungen: Menge der tatsächlich genutzten Tests
- Bei der Geltendmachung sämtlicher angefallenen Aufwendungen sind zur Ermittlung des jeweiligen Erstattungshöchstbetrags ebenfalls die bereits geltend gemachten und erstatteten Aufwendungen (Bestelldatum, Lieferdatum, gelieferte Menge an PoC-Antigen-Tests und Rechnungsbetrag je Lieferung bzw. die Menge der tatsächlich genutzten Tests) nochmals nachrichtlich mit dem entsprechenden Erstattungsdatum anzugeben.

(7) 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 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 PoC-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 PoC-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 PoC-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 PoC-Antigen-Testungen (Sach- und Personalaufwendungen) Dritten (z. B. Pflegebedürftigen, Besuchenden oder Pflegekräften) in Rechnung stellt
- er Änderungen der der Geltendmachung zugrundeliegenden Sachverhalte 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 zum 31.12.2022 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 den beim ÖGD gestellten Antrag der Einrichtung einschließlich Testkonzept und die Feststellung des ÖGD über die monatliche Höchstmenge für selbst zu beschaffende PoC-Antigen-Tests. 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. Inkrafttreten

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