

Ausfüllanleitung

zum Antragsformular der Kostenerstattungs-Festlegungen TestV des GKV-Spitzenverbandes nach § 7 Absatz 2 TestV vom 13.11.2020

Es werden folgende Hinweise für die Geltendmachung der durch die Coronavirus-Testverordnung anfallenden außerordentlichen Aufwendungen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag gegeben:

1. Bei Bestellungen, die der Geltendmachung zugrunde liegen, ist darauf zu achten, dass nur Testmengen für zukünftige Zeiträume kalkuliert werden können.
2. Der Anspruch auf Erstattung der Beschaffungskosten für PoC-Antigen-Tests und der Kosten für die Durchführung der Testungen kann einmal monatlich geltend gemacht werden.
3. Beide Kostenblöcke („PoC-Antigen-Tests“ und „Durchführungsaufwendungen“) können in einem Antrag im jeweiligen Tabellenblatt angegeben werden. Die jeweils geltend gemachte Testmenge muss sich dabei nicht zwingend auf einen gesamten Monat beziehen. Der Zeitraum, auf den sich die Geltendmachung bezieht, kann kleiner oder – mit Ausnahme des Zeitraums, für den noch keine ÖGD-Feststellung vorliegt – größer als ein Monat sein.
4. Die Durchführungsaufwendungen können monatlich auch dann geltend gemacht werden, wenn nicht gleichzeitig Beschaffungskosten für PoC-Antigen-Tests geltend gemacht werden.

Ferner gilt für das Ausfüllen des Formulars:

- Das Antragsformular ist fortlaufend zu führen. Daher sind in dem Antragsformular stets alle erhaltenen Lieferungen und Pauschalen aufzulisten sowie die bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge kenntlich zu machen.
- Weiß, rot und blau unterlegte Felder sind auszufüllen.
- Schwarze Felder sind nicht auszufüllen.

Das Antragsformular enthält folgende drei Tabellenblätter:

1) Deckblatt

2) PoC-Antigen-Tests

3) Durchführungsaufwendungen

1) Deckblatt

Schritt 1: Auswahl der Versorgungsform

Bei Klicken in das rote Feld lässt sich das Dropdownmenü über den Pfeil am rechten Rand öffnen. Hier ist die jeweilige Versorgungsform auszuwählen. Das rote Feld färbt sich anschließend weiß.

Versorgungsform ¹	
	ambulanter Pflegedienst ambulanter Betreuungsdienst teilstationäre Pflegeeinrichtung vollstationäre Pflegeeinrichtung stationäres Hospiz Angebot zur Unterstützung im Alltag
Name	

Schritt 2:

a) Angaben zur Pflegeeinrichtung und Angaben zum Träger der Pflegeeinrichtung

Bei allen nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind die allgemeinen Angaben zur Pflegeeinrichtung sowie zum Träger der Pflegeeinrichtung zu machen.

Versorgungsform ¹	ambulanter Pflegedienst	¹ Bitte aus Dropdownmenü auswählen
	Angaben zur Pflegeeinrichtung (nach § 72 SGB XI zugelassen)	Angaben zum Träger der Pflegeeinrichtung bzw. zum Anbieter des Angebots zur Unterstützung im Alltag
Name		
Straße, Hausnummer		
PLZ Ort		
Ansprechpartner		
Telefonnummer		
E-Mail		
IK (sofern vorhanden)		
Bankverbindung (IBAN)		
Bankverbindung (BIC/SWIFT)		
2. Bei nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag: Angaben zum jeweiligen Angebot		
(1) Name des Angebots		
(2) Name des Angebots		

b) Angaben zum Anbieter des Angebots zur Unterstützung im Alltag

Bei der Auswahl der Versorgungsform „Angebot zur Unterstützung im Alltag“ sind neben den all-gemeinen Angaben auf der rechten Seite auch die Namen der Angebote unter 2. aufzulisten.

Versorgungsform ¹	Angebot zur Unterstützung im Alltag	¹ Bitte aus Dropdownmenü auswählen
	Angaben zur Pflegeeinrichtung (nach § 72 SGB XI zugelassen)	Angaben zum Träger der Pflegeeinrichtung bzw. zum Anbieter des Angebots zur Unterstützung im Alltag
Name		
Straße, Hausnummer		
PLZ Ort		
Ansprechpartner		
Telefonnummer		
E-Mail		
IK (sofern vorhanden)		
Bankverbindung (IBAN)		
Bankverbindung (BIC/SWIFT)		
2. Bei nach Landesrecht anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag: Angaben zum jeweiligen Angebot		
(1) Name des Angebots		
(2) Name des Angebots		
(3) Name des Angebots		
(4) Name des Angebots		
(5) Name des Angebots		
<p><small>Hinweis: Sofern ein Anbieter mehrere Angebote zur Unterstützung im Alltag anbietet und diese im ÖGD-Antrag zur Feststellung der erstattungsfähigen monatlichen Höchstmenge an Tests zusammengefasst hat, hat er diese entsprechend in diesem Antrag zusammenzufassen.</small></p>		

Schritt 3: Unterzeichnung

Das Antragsformular ist mit Ort, Datum und Unterschrift (Faksimile) des Pflegeeinrichtungsträgers bzw. Anbieters des Angebots zur Unterstützung im Alltag zu versehen.

2) PoC-Antigen-Tests

Schritt 1: Antrag beim öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zur Feststellung der erstattungsfähigen Testmenge

Die rot unterlegten Felder sind auszufüllen. Die Felder färben sich nach gültiger Eingabe weiß. Hierbei kann das Datum der Antragstellung beim ÖGD nicht vor dem 15.10.2020 liegen. Bei Geltendmachung nach der Feststellung durch den ÖGD sind auch die hier weiß dargestellten Felder auszufüllen. Die vom ÖGD festgestellte maximale monatliche Testmenge kann nicht über der maximalen Testmenge für 30 Tage nach Antragstellung bzw. nach der 1. Bestellung liegen.

1. Antrag beim öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zur Feststellung der erstattungsfähigen Testmenge			
Datum der Antragstellung beim ÖGD ¹		Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen gemäß Antrag beim ÖGD	
Datum der Feststellung durch den ÖGD ¹		Vom ÖGD festgestellte maximale monatliche Testmenge (für je 30,42 Tage)	

Hinweis: Wenn die Versorgungsform auf dem Deckblatt nicht ausgewählt wurde, dann ist eine automatische Berechnung der maximalen Testmenge für 30 Tage nach Antragstellung bzw. nach der 1. Bestellung (erster Zeitraum) sowie die maximale Testmenge bei lückenloser Bestellung für den Zeitraum ab dem Tag 32 bis zum 31.03.2021 (zweiter Zeitraum) nicht möglich.

Max. Tests für 30 Tage nach Antragstellung bzw. nach der 1. Bestellung (insg. 31 Tage) (Versorgungsform auf Deckblatt auswählen!)	
Max. Tests bei lückenloser Bestellung für den Zeitraum ab Tag 32 bis zum 31.03.2021	

Schritt 2: Berechnung des Erstattungsbetrags für den Übergangszeitraum bis 30 Tage nach ÖGD-Antragstellung bzw. erste Bestellung (Tag 1 – 31)

Neben dem Bestell- und Lieferdatum sind die gelieferte Testmenge und der Rechnungsbetrag einzutragen. Bei Bestellungen über einen Verband/Einkaufsverbund, der diese zentral mit einer Pflegekasse abrechnet, bedarf es beim Rechnungsbetrag keiner Angabe. Übersteigen die Kosten je Test den erstattungsfähigen Betrag von sieben Euro, so berechnet sich der Erstattungsbetrag aus der erstattungsfähigen Testmenge mit je sieben Euro. Liegen die Kosten je Test unterhalb dieses Betrags, berechnet sich der Erstattungsbetrag in Abhängigkeit von den Kosten je Test und der erstattungsfähigen Menge. Die erstattungsfähige Testmenge reduziert sich automatisch, wenn der bis zum Ende des ersten Zeitraums (Tag 31) verbleibende Testmengenanspruch überschritten wird. Das Ende des Testmengenzeitraums der jeweiligen Lieferung berechnet sich in Abhängigkeit vom letzten Bestelldatum bzw. vorherigen Ende des Testmengenzeitraums.

2. Berechnung des Erstattungsbetrags für den Übergangszeitraum bis 30 Tage nach ÖGD-Antragstellung bzw. erste Bestellung (Tag 1 – 31)							
Bestell-datum ¹	Liefer-datum ¹	Gelieferte Testmenge (in Stück)	Rechnungsbetrag je Lieferung (in €) ²	Kosten je Test (max. 7 Euro erstattungsfähig)	Erstattungsfähige Testmenge	Testmenge reicht bis zum (Ende des Testmengenzeitraums)	Erstattungsbetrag (in €)
				0,00 €	0		0,00 €
				0,00 €	0		0,00 €
				0,00 €	0		0,00 €

Schritt 3: Kennzeichnung der zu erstattenden Tests bzw. bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge

Die mit diesem Antrag zu erstattenden Tests und auch die ggf. bereits beantragten oder ausgezahlten Erstattungsbeträge sind zu kennzeichnen. Bei Klicken in das rote Feld lässt sich über den Pfeil am rechten Rand das Dropdownmenü öffnen und die Auswahl treffen.

Kennzeichnung der zu erstattenden Tests bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum ¹ angeben)	
00 €	
bereits erstattet am	
Erstattung bereits beantragt aber noch nicht ausgezahlt	
Erstattung erfolgte über Verband/Einkaufsverbund	
soll mit diesem Antrag erstattet werden	

Bei bereits erstatteten Testmengen ist das Erstattungsdatum in das blaue Feld einzutragen. Bei den anderen Auswahlmöglichkeiten färbt sich das Feld schwarz und es bedarf keiner Angabe.

Kennzeichnung der zu erstattenden Tests bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum ¹ angeben)	
bereits erstattet am	
Erstattung bereits beantragt aber noch nicht ausgezahlt	
Erstattung erfolgte über Verband/Einkaufsverbund	
soll mit diesem Antrag erstattet werden	

Schritt 4: Berechnung des Erstattungsbetrags nach Vorliegen der ÖGD-Feststellung

Hier sind die gleichen Angaben wie im ersten Zeitraum (Schritt 3 zu machen). Die Differenz aus der gelieferten und der erstattungsfähigen Menge aus dem ersten Zeitraum (Tag 1 – 31) darf in den zweiten Zeitraum (Tag 32 – 31.03.2021) übertragen werden. Die erstattungsfähige Testmenge reduziert sich automatisch, wenn der bis zum 31.03.2021 verbleibende Testmengenanspruch erreicht wurde. Das Ende des Testmengenzeitraums der jeweiligen Lieferung berechnet sich in Abhängigkeit vom letzten Bestelldatum bzw. vorherigen Ende des Testmengenzeitraums.

3. Berechnung des Erstattungsbetrags nach Feststellung der erstattungsfähigen Menge (ab Tag 32 – 31.03.2021)							
Bestell-datum ¹	Liefer-datum ¹	Delieferte Testmenge (in Stück)	Rechnungsbetrag je Lieferung (in €) ²	Kosten je Test (max. 7 Euro erstattungsfähig)	Erstattungs-fähige Testmenge	Testmenge reicht bis zum (Ende des Test-mengenzeitraums)	Erstattungsbetrag (in €)
				0,00 €	0		0,00 €
				0,00 €	0		0,00 €
				0,00 €	0		0,00 €

Kennzeichnung der zu erstattenden Tests bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum ¹ angeben)	
00 €	
bereits erstattet am	
Erstattung bereits beantragt aber noch nicht ausgezahlt	
Erstattung erfolgte über Verband/Einkaufsverbund	
soll mit diesem Antrag erstattet werden	

Hinweis: Nur bei Zeilen, in denen die Auswahl „soll mit diesem Antrag erstattet werden“ ausgewählt wird, werden die Erstattungsbeträge aufsummiert und auf das Deckblatt übertragen.

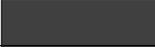
3) Durchführungsaufwendungen

Schritt 1: Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen (Pauschalen) im Zusammenhang mit der Durchführung von PoC-Antigen-Testungen

Die Aufwendungen (Pauschalen) im Zusammenhang mit der Durchführung von PoC-Antigen-Tests sind fortlaufend aufzulisten und können einmal monatlich geltend gemacht werden. Hierfür sind die tatsächlich durchgeführten Testungen auszuweisen, die von der gelieferten Testmenge bereits erbracht worden sind. Bei Klicken in das rote Feld lässt sich über den Pfeil am rechten Rand das Dropdownmenü öffnen und die Auswahl treffen.

Datum der Geltendmachung (TT.MM.JJJJ)	Anzahl durchgeführter Testungen	Erstattungs- betrag (pauschal 9 € je Test)	Kennzeichnung der zu erstattenden Pauschalen bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum in TT.MM.JJJJ angeben)
31.12.2020	1.400	12.600,00 €	
		0,00 €	bereits erstattet am
		0,00 €	Erstattung bereits beantragt aber noch nicht ausgezahlt
		0,00 €	soll mit diesem Antrag erstattet werden
		0,00 €	

Bei bereits erstatteten Pauschalen ist das Datum der Erstattung in das blaue Feld einzutragen. Steht die Erstattung der Pauschalen noch aus, färbt sich das hintere Feld schwarz und erfordert keine Angabe.

Kennzeichnung der zu erstattenden Pauschalen bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum in TT.MM.JJJJ angeben)	
bereits erstattet am	
Erstattung bereits beantragt aber noch nicht ausgezahlt	
soll mit diesem Antrag erstattet werden	

Hinweis: Nur bei Zeilen, in denen die Auswahl „soll mit diesem Antrag erstattet werden“ ausgewählt wird, werden die Erstattungsbeträge aufsummiert und auf das Deckblatt übertragen.

Beispielhafter Antrag bei einem ambulanten Pflegedienst mit einem monatlichen Anspruch von 10 Tests je versorgtem Pflegebedürftigen

Tabellenblatt „Deckblatt“

3. Berechnung des Erstattungsbetrags – bitte Tabellenblätter ausfüllen

Erstattungsbetrag für PoC-Antigen-Tests	5.824,20 €
Erstattungsbetrag für die Durchführung der PoC-Antigen-Testungen	9.180,00 €
Erstattungsbetrag gesamt	15.004,20 €

Tabellenblatt „PoC-Antigen-Tests“

1. Antrag beim öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zur Feststellung der erstattungsfähigen Testmenge

Datum der Antragstellung beim ÖGD [†]	23.10.2020	Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen gemäß Antrag beim ÖGD	100	Max. Tests für 30 Tage nach Antragstellung bzw. nach der 1. Bestellung (insg. 31 Tage) <i>(Versorgungsform auf Deckblatt auswählen!)</i>	1000
Datum der Feststellung durch den ÖGD [†]	10.11.2020	Vom ÖGD festgestellte maximale monatliche Testmenge (für je 30,42 Tage)	1.000	Max. Tests bei lückenloser Bestellung für den Zeitraum ab Tag 32 bis zum 31.03.2021	4.175

2. Berechnung des Erstattungsbetrags für den Übergangszeitraum bis 30 Tage nach ÖGD-Antragstellung bzw. erste Bestellung (Tag 1 - 31)

Bestell-datum [†]	Liefer-datum [†]	Delieferte Testmenge (in Stück)	Rechnungsbetrag je Lieferung (in I) [†]	Kosten je Test (max. 7 Euro erstattungsfähig)	Erstattungsfähige Testmenge	Testmenge reicht bis zum (Ende des Testmengenzeitraums)	Erstattungsbetrag (in I)	Kennzeichnung der zu erstattenden Tests bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum [†] angeben)
25.10.2020	28.10.2020	500	3.200,00 I	6,40 I	500	09.11.2020	3.200,00 I	bereits erstattet am 10.11.2020
03.11.2020	05.11.2020	700	5.000,00 I	7,14 I	500	24.11.2020	3.500,00 I	bereits erstattet am 21.11.2020
				0,00 I	0		0,00 I	

3. Berechnung des Erstattungsbetrags nach Feststellung der erstattungsfähigen Menge (ab Tag 32 - 31.03.2021)

Bestell-datum [†]	Liefer-datum [†]	Delieferte Testmenge (in Stück)	Rechnungsbetrag je Lieferung (in I) [†]	Kosten je Test (max. 7 Euro erstattungsfähig)	Erstattungs-fähige Testmenge	Testmenge reicht bis zum (Ende des Testmengenzeitraums)	Erstattungsbetrag (in I)	Kennzeichnung der zu erstattenden Tests bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum [†] angeben)
03.11.2020	05.11.2020	200	1.428,00 I	7,14 I	200	01.12.2020	1.400,00 I	bereits erstattet am
18.12.2020	20.12.2020	2.200	20.000,00 I	9,09 I	2.200	22.02.2021	15.400,00 I	Erstattung bereits beantragt aber noch nicht ausgezahlt
01.03.2021	03.03.2021	1.300	7.420,00 I	5,71 I	1.020	31.03.2021	5.824,20 I	soll mit diesem Antrag erstattet werden
				0,00 I	0		0,00 I	
				0,00 I	0		0,00 I	
				0,00 I	0		0,00 I	
							5.824,20 I	Zu erstattender Betrag

[†] Bitte in TT.MM.JJJJ angeben.

Tabellenblatt „Durchführungsaufwendungen“

Datum der Geltendmachung (TT.MM.JJJJ)	Anzahl durchgeführter Testungen	Erstattungs- betrag (pauschal 9 € je Test)	Kennzeichnung der zu erstattenden Pauschalen bzw. der bereits ausgezahlten Erstattungsbeträge (Aus Dropdownmenü auswählen und ggf. Datum in TT.MM.JJJJ angeben)		Neu hinzugekommene erstattungsfähige Pauschalen seit dem letzten Datum der Geltendmachung	Verbleibende Anzahl an erstattungsfähigen Pauschalen aus dem vorherigem Zeitraum	Anzahl der erstattungsfähigen Pauschalen im jeweiligen Zeitraum	Verbleibende Anzahl an erstattungsfähigen Pauschalen
31.12.2020	1.400	12.600,00 €	bereits erstattet am	05.01.2021	3.400		3.400	2000
31.01.2021	1.000	9.000,00 €	bereits erstattet am	09.02.2021	0	2.000	2.000	1000
28.02.2021	1.000	9.000,00 €	bereits erstattet am	08.03.2021	0	1.000	1.000	0
31.03.2021	1.020	9.180,00 €	soll mit diesem Antrag erstattet werden		1.020	0	1.020	0
		0,00 €			0	0	0	0
		0,00 €			0	0	0	0
		9.180,00 €	Zu erstattender Betrag					

Hinweise: Die Differenz aus der gelieferten und der erstattungsfähigen Menge aus dem ersten Zeitraum darf in den zweiten Zeitraum übertragen werden. Es darf immer nur für zukünftige Zeiträume bestellt werden.