

Referentenentwurf

Bundesministerium für Gesundheit

Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

A. Problem und Ziel

§ 20i Absatz 3 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, im Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass sowohl Versicherte als auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben. Voraussetzung ist, dass entsprechende Testungen nicht Bestandteil der Krankenbehandlung sind. Die Aufwendungen für die Testungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt.

Mit der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 8. Juni 2020 (BANz AT 09.06.2020 V1) hat das Bundesministerium für Gesundheit von der Ermächtigung erstmals Gebrauch gemacht. Die Verordnung wurde im Folgenden weiterentwickelt.

Das Ausbruchsgeschehen entwickelt sich weiterhin dynamisch und die Infektionszahlen steigen weltweit und auch innerhalb der Europäischen Union wieder an. Nach wie vor steht aktuell weder ein Impfstoff noch eine wirksame Therapie zur Verfügung. Die Gefahr einer Verstärkung des Infektionsgeschehens mit erheblichen Folgen für Leben und Gesundheit der Bevölkerung und einer möglichen Überforderung des Gesundheitssystems besteht unvermindert fort. Testungen sind von entscheidender Bedeutung für die Eindämmung von Corona-Infektionsketten und damit die Verhinderung unkontrollierter Ausbruchsgeschehen. Ziel ist es, nicht nur umfassender wie-als bisher, sondern auch einfacher insbesondere Personengruppen zu testen, bei denen noch keine Symptome für das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegen, bei denen aber dennoch eine Infektion naheliegend erscheint (Exposition, Ansteckungsverdacht) oder bei denen eine hohe Gefahr besteht, dass sie oder andere Personen in ihrem Umfeld bei Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders gefährdet wären (besondere Disposition). Neue, hoch-qualitative Antigen-Tests für SARS-CoV-2 können dabei eine wichtige Ergänzung der diagnostischen Optionen bieten.

Dies erfordert, die Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entsprechend weiterzuentwickeln.

B. Lösung

- Versicherte haben nach Maßgabe der §§ 2 bis 5 **in bestimmten Fällen** Anspruch auf Testung für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Der Anspruch umfasst grundsätzlich sämtliche notwendigen ärztlichen Leistungen einschließlich der Leistungen der nach der Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlenen **Diagnostik und die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2.** Der Anspruch in Bezug auf eine Diagnostik **durchmittels** Antigen-Tests beschränkt sich auf Tests, welche die durch das Robert-Koch Institut festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen und die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht hat.
- Die Leistungen im Rahmen dieser Verordnung werden durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder oder von ihnen als Leistungserbringer beauftragte Dritte oder von Arztpraxen oder durch von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene Testzentren erbracht.

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Je eine Million Testungen entstehen dem Gesundheitsfonds Kosten für die ärztlichen Leistungen vor Ort wie z.B. die Entnahme von Körpermaterial in Höhe von 15 Millionen Euro sowie Laborkosten in Höhe von 15 Millionen Euro, sofern eine Antigentestung im Labor und von 50,5 Millionen Euro, sofern eine PCR-Testung im Labor erfolgt. Für PoC-Antigen-Tests entstehen je nach Leistungserbringer bis zu 17 Millionen Euro je eine Million Testungen. Hinzu kommen 7000 Euro je 100 stationäre Pflegeheime, in denen eine ärztliche Schulung des Personals durchgeführt wird. Wie sich die Testungen auf die verschiedenen Testtypen verteilen werden, hängt von der Entwicklung der Verfügbarkeit und der medizinischen Empfehlungen hinsichtlich der jeweiligen Einsatzgebiete ab. Die Finanzierung der Errichtung und des Betriebs von Testzentren führt zu geschätzten Mehrausgaben für den Gesundheitsfonds in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrags, abhängig von der Entwicklung des Testgeschehens. Eine Schätzung der Testanzahl insgesamt ist nicht möglich, da Einflussfaktoren wie der weitere Verlauf der COVID-19-Pandemie, die Entwicklung der Kapazitäten sowie die mögliche Verfügbarkeit von Impfstoffen erhebliche Einflussfaktoren darstellen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Über den bereits im Zusammenhang mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstandenen Erfüllungsaufwand hinaus ergibt sich aus dieser Ordnungsänderung kein weiterer Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Über den bereits im Zusammenhang mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstandenen Erfüllungsaufwand hinaus ergibt sich aus dieser Verordnungsänderung kein weiterer Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Keine.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Über den bereits im Zusammenhang mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstandenen Erfüllungsaufwand hinaus ergibt sich aus dieser Verordnungsänderung kein weiterer Erfüllungsaufwand für die Verwaltung.

F. Weitere Kosten

Keine.

Diskussionsentwurf Bundesministerium für Gesundheit

Dritte Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Vom ...

Auf Grund des § 20i Absatz 3 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der durch Artikel 4 Nummer 4 Buchstabe b des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) neu gefasst worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen:

Artikel 1

Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

(Coronavirus-Testverordnung – TestV)

Inhaltsübersicht

- § 1 Anspruch
- § 2 Testungen von Kontaktpersonen
- § 3 Testungen von Personen im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen
- § 4 Testungen zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2
- § 5 Umfang der Testungen
- § 6 Leistungserbringung
- § 7 Abrechnung der Leistungen
- § 8 Verwaltungskostenersatz der Kassenärztlichen Vereinigungen
- § 9 Vergütung von Laborleistungen für PCR-Tests
- § 10 Vergütung von Laborleistungen für Antigen-Tests
- § 11 Vergütung von ärztlichen Leistungen
- § 12 Vergütung von Leistungen im Rahmen von PoC-Antigen-Tests
- § 13 Finanzierung von Testzentren
- § 14 Verfahren für die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds
- § 15 Transparenz

§ 1

Anspruch

(1) Versicherte haben nach Maßgabe der §§ 2 bis 5 Anspruch auf Testung für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Der Anspruch nach Satz 1 umfasst sämtliche notwendigen ärztlichen Leistungen einschließlich der Leistungen der nach der Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlenen Diagnostik und die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Der Anspruch nach Satz 1 in Bezug auf eine Diagnostik ~~durch~~ mittels Antigen-Tests beschränkt sich auf Tests, welche die durch das Robert-Koch Institut festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen und die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite unter www.bfarm.de/antigentests veröffentlicht hat.

Formatiert: Hervorheben

(2) Den Anspruch nach Absatz 1 haben auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

(3) Ein Anspruch nach den Absätzen 1 und 2 besteht nicht, wenn die zu testende Person bereits einen Anspruch auf die in Absatz 1 genannten Leistungen hat oder einen Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen für entsprechende Leistungen hätte. Dies gilt insbesondere für Ansprüche auf Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung oder der Krankenhausbehandlung. Zu den Leistungen nach Satz 2 gehört insbesondere die bestätigende Diagnostik mittels eines Nukleinsäurenachweises des beta- Coronavirus SARS-CoV-2 nach einem positiven Antigen-Test.

§ 2

Testungen von Kontaktpersonen

(1) Wenn vom öffentlichen Gesundheitsdienst oder von einem behandelnden Arzt einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person asymptomatische Kontaktpersonen nach Absatz 2 festgestellt werden, haben diese Anspruch auf Testung.

Formatiert: Hervorheben

(2) Kontaktpersonen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Personen, die insbesondere in Gesprächssituationen mindestens 15 Minuten ununterbrochen oder durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten unmittelbaren Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person hatten,
2. Personen, die mit einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Personen in demselben Haushalt leben oder gelebt haben, und
3. Personen, die Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person hatten,
 - a) die sie in ihrem Haushalt oder in dem Haushalt der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person betreuen, behandeln oder pflegen oder betreut, behandelt oder gepflegt haben, oder
 - b) von der sie in ihrem Haushalt oder in dem Haushalt der mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person betreut, behandelt oder gepflegt werden oder wurden.

§ 3

Testungen von Personen im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen

(1) Wenn in Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 eine mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Person festgestellt wurde (Ausbruch), haben **asymptomatische Personen Anspruch auf Testung, wenn sie in oder von betroffenen Teilen dieser Einrichtungen oder Unternehmen**

Formatiert: Hervorheben

1. behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden oder in den letzten zehn Tagen vor Ausbruch wurden,
2. tätig sind oder in den letzten zehn Tagen vor Ausbruch waren oder
3. sonst anwesend sind oder in den letzten zehn Tagen vor Ausbruch waren.

(2) Einrichtungen oder Unternehmen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 10 und 12 des Infektionsschutzgesetzes, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch dann, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
2. Einrichtungen und Unternehmen nach § 36 Absatz 1 Nummer 1 bis 6 und Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes,
3. Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 oder § 36 Absatz 1 Nummer 7 einschließlich der in § 36 Absatz 1 Nummer 7 zweiter Teilsatz des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen und Unternehmen und
4. ambulante Dienste der Eingliederungshilfe.

§ 4

Testungen zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2

Formatiert: Hervorheben

(1) Wenn **der öffentliche Gesundheitsdienst oder betroffene Einrichtungen oder Unternehmen es zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 verlangen, haben asymptomatische Personen Anspruch auf Testung, wenn sie**

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

1. in oder von Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden sollen,
2. in Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 tätig werden sollen oder tätig sind, oder
3. in oder von Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 gegenwärtig behandelt, betreut, gepflegt werden oder untergebracht sind oder in Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 Nummer 1 und 2 eine dort behandelte, betreute, gepflegte werden oder untergebrachte Person besuchen wollen.

Bei Personen nach Satz 1 Nummer 2 ist der Anspruch in Bezug auf die Diagnostik abweichend von § 1 Absatz 1 Satz 2 und 3 auf eine Diagnostik mittels Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (PoC-Antigen-Tests) beschränkt. Die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes können jedoch unter Berücksichtigung der Testkapazitäten und der epidemiologischen Lage vor Ort bei Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 vorsehen, dass auch andere Testmethoden zur Anwendung kommen können. Bei Personen nach Satz 1 Nummer 3 ist der Anspruch abweichend von § 1 Absatz 1 Satz 2

und 3 auf eine Diagnostik mittels Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (PoC-Antigen-Tests) beschränkt, die von den Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 selbst durchgeführt wird.

(2) Einrichtungen und Unternehmen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Infektionsschutzgesetzes, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch dann, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
2. Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 des Infektionsschutzgesetzes,
3. Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 oder § 36 Absatz 1 Nummer 7 einschließlich der in § 36 Absatz 1 Nummer 7 zweiter Teilsatz des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen und Unternehmen,
4. ambulante Dienste der Eingliederungshilfe und
5. Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 und 9 des Infektionsschutzgesetzes.

§ 5

Umfang der Testungen

(1) Testungen nach den §§ 2, 3 und 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 können für jeden Einzelfall einmal pro Person wiederholt werden.

(2) Testungen nach § 4 Absatz 1 Satz 3 können für jeden Einzelfall **einmal pro Woche wiederholt werden.**

Formatiert: Hervorheben

(3) **Der Umfang der Testungen mit PoC-Antigen-Tests nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 wird von den Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 bis 4 im Rahmen eines einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts festgelegt.**

§ 6

Leistungserbringung

(1) Die Leistungen nach § 1 Absatz 1 können vorbehaltlich des Absatzes 3 durch

1. die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder,
2. von den Stellen nach Nummer 1 als weitere Leistungserbringer beauftragte Dritte oder
3. Arztpraxen und die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Testzentren

erbracht werden. Der nach § 7 Absatz 6 Satz 1 festgelegte Vordruck ist zu verwenden.

(2) Testungen durch Leistungserbringer nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 können nur erfolgen, wenn

1. bei Testungen nach § 2 nachgewiesen wurde, dass die zu testende Person vom öffentlichen Gesundheitsdienst oder von einem behandelnden Arzt einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person als Kontaktperson festgestellt wurde,
2. bei Testungen nach § 3 nachgewiesen wurde, dass die zu testende Person vom öffentlichen Gesundheitsdienst oder von der betroffenen Einrichtung oder vom betroffenen Unternehmen als vom Ausbruch betroffene Person festgestellt wurde,
3. bei Testungen nach § 4 nachgewiesen wurde, dass der öffentliche Gesundheitsdienst, die betroffene Einrichtung oder das betroffene Unternehmen die Testung verlangt hat.

(3) Zur Erfüllung des Anspruchs nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 stellen die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes den betroffenen Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 bis 4 auf deren Anforderung eine im Einzelfall zu bestimmende Menge an PoC-Antigen-Tests zur selbstständigen Verwendung im Rahmen eines einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts zur Verfügung. Die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder legen die Menge der PoC-Antigen-Tests unter Berücksichtigung der Anzahl der Personen fest, die in oder von der jeweiligen Einrichtung oder dem jeweiligen Unternehmen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden; dabei können je behandelter, betreuter, gepflegter oder untergebrachter Person in Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 und 2 maximal 50 PoC-Antigen-Tests und in Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 3 und 4 maximal 10 PoC-Antigen-Tests pro Monat zur Verfügung gestellt werden.

Formatiert: Hervorheben

§ 7

Abrechnung der Leistungen

(1) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 rechnen die von ihnen erbrachten labordiagnostischen Leistungen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab.

(2) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 rechnen die von ihnen erbrachten ärztlichen Leistungen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab.

(3) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 rechnen die Sachkosten für die selbst genutzten und nach § 6 Absatz 3 zur Verfügung gestellten PoC-Antigen-Tests mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab.

(4) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach Absatz 6 Nummer 1 zu Zwecken der Abrechnung und der Transparenz nach § 15 festgelegten Angaben in den Abrechnungsunterlagen auftragsbezogen aufzuzeichnen und monatlich spätestens bis zum Ende des Folgemonats an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln. Die zu übermittelnden Angaben dürfen keinen Bezug zu der getesteten Person aufweisen, deren Untersuchungsmaterial untersucht wurde. Die erforderlichen Angaben sind im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln.

(5) Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 haben die nach Absatz 4 in Verbindung mit Absatz 6 Nummer 1 zu dokumentierenden Angaben und deren Datengrundlage bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

(6) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt unter Anpassung der bereits getroffenen Vorgaben im Benehmen mit den maßgeblichen Verbänden der Ärzte und Ein-

richtungen, die Laborleistungen erbringen, und dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., dem Deutschen Städte- und Gemeindebund, dem Deutschen Städtetag und dem Deutschen Landkreistag das Nähere insbesondere über

1. Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie der für den Nachweis der korrekten Abrechnung notwendigen Auftrags- und Leistungsdokumentation,
2. die Erfüllung der Pflichten der Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 und
3. die Erfüllung der Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen

spätestens bis zum ... [einsetzen; eine Woche nach Inkrafttreten dieser Verordnung] fest. Bei der Festlegung der zu Abrechnungszwecken erforderlichen und zu übermittelnden Daten nach Satz 1 Nummer 1 sind die Daten nach § 15 einzubeziehen. Absatz 4 Satz 2 gilt entsprechend.

(7) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung legt unter Anpassung der bereits getroffenen Vorgaben im Benehmen mit den maßgeblichen Verbänden der Ärzte und Einrichtungen, die Laborleistungen erbringen, und dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V., dem Deutschen Städte- und Gemeindebund, dem Deutschen Städtetag und dem Deutschen Landkreistag Form und Inhalt des bundeseinheitlich zu verwendenden Vordrucks nach § 6 Absatz 1 Satz 2 spätestens bis zum ... [einsetzen: eine Woche nach Inkrafttreten dieser Verordnung] fest. Im Vordruck ist insbesondere nach der Art der Testung, den in den §§ 2 bis 4 genannten Fällen und in den Fällen der §§ 3 und 4 danach zu differenzieren, welcher Art einer Einrichtung oder eines Unternehmens der Anspruch auf Testung einer zu testenden Person zuzuordnen ist.

§ 8

Verwaltungskostenersatz der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten für den ihnen durch die Beschaffung und Verteilung des zu verwendenden Vordrucks sowie durch die Abrechnung von Leistungen von Leistungserbringern nach dieser Verordnung entstehenden Aufwands einen Verwaltungskostenersatz in Höhe von 0,5 Prozent des jeweiligen Gesamtbetrags der Abrechnungen.

§ 9

Vergütung von Laborleistungen für PCR-Tests

Die an die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 zu zahlende Vergütung für die Leistungen der Diagnostik mittels eines Nukleinsäurenachweis des ~~beta~~-Coronavirus SARS-CoV-2 einschließlich der allgemeinen (ärztlichen) Laborleistungen, Versandmaterial und Transportkosten beträgt je Nachweis pauschal 50,50 Euro.

§ 10

Vergütung von Laborleistungen für Antigen-Tests

Die an die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 zu zahlende Vergütung für die Leistungen der Diagnostik mittels eines Antigennachweises mit Labornachweis des

Coronavirus SARS-CoV-2 einschließlich der allgemeinen (ärztlichen) Laborleistungen, Versandmaterial und Transportkosten beträgt je Nachweis pauschal 15 Euro.

§ 11

Vergütung von ärztlichen Leistungen

Die an die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 zu zahlende Vergütung für das Gespräch im Zusammenhang mit der Testung nach den §§ 9 und 10, für die Entnahme von Körpermaterial und für die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 beträgt je Nachweis pauschal 15 Euro.

§ 12

Vergütung von Leistungen im Rahmen von PoC-Antigen-Tests

(1) Die an die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 zu zahlende Vergütung für die Leistungen der Diagnostik mittels eines PoC-Antigen-Testes beträgt inklusive der Sachkosten des verwendeten PoC-Antigen-Tests pauschal 17 Euro je Nachweis.

(2) Zur Erfüllung des Anspruchs nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 von den zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes den betroffenen Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 bis 4 auf deren Anforderung zur Verfügung gestellte PoC-Antigen-Tests werden ausschließlich nach § 7 Absatz 3 abgerechnet. Die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 können dafür Sachkosten in Höhe der entstandenen Beschaffungskosten abrechnen.

(3) Wenden Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 zur Testung von eigenem Personal selbstbeschaffte PoC-Antigen-Tests an, können sie dafür Sachkosten in Höhe der entstandenen Beschaffungskosten abrechnen.

(4) Für die ärztliche Schulung des Personals in stationären Pflegeeinrichtungen zur Anwendung und Auswertung von PoC-Antigen-Tests erhält der die Schulung durchführende Arzt einmalig 70 Euro je Einrichtung. Führt eine Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes diese Schulung durch, dürfen keine Kosten für die Schulungsmaßnahme abgerechnet werden.

§ 13

Finanzierung von Testzentren

(1) Kosten für die Errichtung und den laufenden Betrieb von Testzentren werden nach den Maßgaben der Absätze 2 bis 5 erstattet. Die Zentren sind jederzeit wirtschaftlich zu betreiben, insbesondere hinsichtlich der Ausstattung mit Personal, der genutzten Räumlichkeiten sowie der Dauer des Betriebs.

(2) Einnahmen für die Vergütung von Leistungen nach dieser Verordnung, nach regionalen Vereinbarungen mit den Ländern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst, nach den Regelungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) und nach gesonderten regionalen Vereinbarungen mit den Krankenkassen die in den oder durch die Testzentren erwirtschaftet werden, sind in der Rechnungslegung gesondert

auszuweisen und werden gegen die Gesamtkosten des Testzentrums aufgerechnet. Alle weiteren notwendigen Kosten, die durch Satz 1 nicht gedeckt sind, dürfen durch die jeweiligen Betreiber gesammelt für alle betriebenen Testzentren gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Für Testzentren, die durch den jeweiligen öffentlichen Gesundheitsdienst betrieben werden, können Personalkosten nicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

(3) Die der Rechnungslegung zugrundeliegenden Unterlagen sind bis zum 31. Dezember 2024 aufzubewahren.

(4) Eine Erstattung der entstandenen Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren nach den Absätzen 1 bis 3 ist ausgeschlossen, soweit eine Erstattung der entstandenen Kosten der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch die Krankenkassen erfolgt.

(5) Die zur Abrechnung mit den Krankenkassen nach §105 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingereichten Beträge und rechnungsbegründenden Unterlagen sowie die Höhe des erstatteten Betrags sind für den Zweck der Abrechnung nach dieser Verordnung bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

§ 14

Verfahren für die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds

(1) Jede Kassenärztliche Vereinigung übermittelt monatlich folgende Angaben an das Bundesamt für Soziale Sicherung:

1. den jeweiligen Gesamtbetrag der sich nach § 7 Absatz 1 bis 3 ergebenden Abrechnung,
2. den Gesamtbetrag der für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren durch den öffentlichen Gesundheitsdienst abgerechneten Kosten und
3. den Gesamtbetrag der für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren durch die Kassenärztliche Vereinigung abgerechneten Kosten.

Sachliche oder rechnerische Fehler in den nach Satz 1 übermittelten Angaben sind durch die Kassenärztliche Vereinigung in der nächsten Meldung zu berichtigen. Das Bundesamt für Soziale Sicherung zahlt die Beträge nach Satz 1 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung.

(2) Das Bundesamt für Soziale Sicherung bestimmt das Nähere zu dem Verfahren der Übermittlung nach Absatz 1 Satz 1 und 2 und zu dem Verfahren der Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach Absatz 1 Satz 3.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Angaben nach Absatz 1 Satz 1 und die ihnen nach § 7 Absatz 4 Satz 1 übermittelten Angaben bis zum 31. Dezember 2024 unverändert zu speichern oder aufzubewahren.

(4) Das Bundesamt für Soziale Sicherung übermittelt dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich nach Vornahme der Zahlungen nach Absatz 1 Satz 3 eine Aufstellung der an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgezahlten Beträge.

§ 15

Transparenz

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dem Bundesministerium für Gesundheit jeden Monat über die Kassenärztliche Bundesvereinigung

1. die Anzahl der abgerechneten labordiagnostischen Leistungen und den jeweiligen Gesamtbetrag der Abrechnung,
2. die Anzahl der nach § 7 Absatz 2 abgerechneten Leistungen und den Gesamtbetrag der Abrechnung,
3. die Anzahl der nach § 7 Absatz 3 abgerechneten PoC-Antigen-Tests und den Gesamtbetrag der Abrechnung,
4. die Anzahl der Testzentren, für die der öffentliche Gesundheitsdienst Kosten abgerechnet hat, die Postleitzahlen der Standorte und den Gesamtbetrag der Abrechnung und
5. die Anzahl der Testzentren, für die die Kassenärztliche Vereinigung Kosten abgerechnet hat, die Postleitzahlen der Standorte und den Gesamtbetrag der Abrechnung

zu übermitteln. Die Angaben nach Satz 1 Nummer 1 bis 3 sind nach den in den §§ 2 bis 4 genannten Fällen und in den Fällen der §§ 3 und 4 danach zu differenzieren, welcher Art einer Einrichtung oder eines Unternehmens der Anspruch auf Testung einer zu testenden Person zuzuordnen ist.

Artikel 2

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Artikel 1 tritt am 15. Oktober 2020 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 8. Juni 2020 (BAnz AT 09.06.2020 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. September 2020 (BAnz AT 14.09.2020 V1) geändert worden ist, außer Kraft.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

§ 20i Absatz 3 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, im Fall der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen, dass sowohl Versicherte als auch Personen, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 **oder auf das Vorhandensein von Antikörpern** gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 haben. Voraussetzung ist, dass entsprechende Testungen nicht Bestandteil der Krankenbehandlung sind. Die Aufwendungen für die Testungen werden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gezahlt.

Formatiert: Hervorheben

Mit der Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 8. Juni 2020 (BANz AT 09.06.2020 V1) hat das Bundesministerium für Gesundheit von der Ermächtigung erstmals Gebrauch gemacht. Die Verordnung wurde im Folgenden weiterentwickelt.

Das Ausbruchsgeschehen entwickelt sich weiterhin dynamisch und die Infektionszahlen steigen weltweit und auch innerhalb der Europäischen Union wieder an. Nach wie vor steht aktuell weder ein Impfstoff noch eine wirksame Therapie zur Verfügung. Die Gefahr einer Verstärkung des Infektionsgeschehens mit erheblichen Folgen für Leben und Gesundheit der Bevölkerung und einer möglichen Überforderung des Gesundheitssystems besteht unvermindert fort. Testungen sind von entscheidender Bedeutung für die Eindämmung von Corona-Infektionsketten und damit die Verhinderung unkontrollierter Ausbruchsgeschehen. Ziel ist es nicht nur umfassender wie bisher, sondern auch einfacher insbesondere Personengruppen zu testen, bei denen noch keine Symptome für das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegen, bei denen aber dennoch eine Infektion naheliegend erscheint oder bei denen eine hohe Gefahr besteht, dass sie oder andere Personen in ihrem Umfeld bei Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besonders gefährdet **wären**. Neue, hoch-qualitative Antigen-Teste für SARS-CoV-2 können dabei eine wichtige Ergänzung der diagnostischen Optionen bieten. **Neue Antigen-Teste erreichen mittlerweile eine hohe für bestimmte Fragestellungen hinreichende Sensitivität und Spezifität, wodurch bei einer geringen Prävalenz akut Infizierter in der Region der getesteten Personen bei negativem Test-Ergebnis eine Infektion weitestgehend ausgeschlossen werden kann.**

Kommentar [MM1]: Ggf. Ergänzungen wie oben

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

Kommentar [MM2]: Ggf. Passus streichen

Formatiert: Hervorheben

Dies erfordert, die Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 entsprechend weiterzuentwickeln und an die nach der Nationalen Teststrategie empfohlenen Diagnostik über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 des Bundesministeriums für Gesundheit anzupassen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

- Versicherte haben nach Maßgabe der §§ 2 bis 5 in bestimmten Fällen Anspruch auf Testung für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Der Anspruch umfasst grundsätzlich sämtliche notwendigen ärztlichen Leistungen einschließlich der Leistungen der nach der Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlenen Diagnostik und die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. **Der Anspruch in Bezug auf eine Diagnostik durch Antigen-Tests beschränkt sich auf Tests, welche die durch das Robert-Koch Institut festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen und die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht hat.**
- Die Leistungen im Rahmen dieser Verordnung werden durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder oder von ihnen als Leistungserbringer beauftragte Dritte oder von Arztpraxen oder durch von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene Testzentren erbracht.

Formatiert: Hervorheben

III. Alternativen

Keine.

IV. Regelungskompetenz

Die Regelungskompetenz ergibt sich aus dem § 20i Absatz 3 Satz 2 bis 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018).

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Die Verordnung ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

VI. Regelungsfolgen

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Keine.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Die Verordnung steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Je eine Million Testungen entstehen dem Gesundheitsfonds Kosten für die ärztlichen Leistungen vor Ort wie z.B. die Entnahme von Körpermaterial in Höhe von 15 Millionen Euro sowie Laborkosten in Höhe von 15 Millionen Euro, sofern eine Antigentestung im Labor und von 50,5 Millionen Euro, sofern eine PCR-Testung im Labor erfolgt. Für PoC-Antigen-Tests entstehen je nach Leistungserbringer bis zu 17 Millionen Euro je eine Million Testungen. Hinzu kommen 7000 Euro je 100 stationäre Pflegeheime, in denen eine

ärztliche Schulung des Personals durchgeführt wird. Wie sich die Testungen auf die verschiedenen Testtypen verteilen werden, hängt von der Entwicklung der Verfügbarkeit und der medizinischen Empfehlungen hinsichtlich der jeweiligen Einsatzgebiete ab. Die Finanzierung der Errichtung und des Betriebs von Testzentren führt zu geschätzten Mehrausgaben für den Gesundheitsfonds in Höhe eines mittleren dreistelligen Millionenbetrags, abhängig von der Entwicklung des Testgeschehens. Eine Schätzung der Testanzahl insgesamt ist nicht möglich, da Einflussfaktoren wie der weitere Verlauf der COVID-19-Pandemie, die Entwicklung der Kapazitäten sowie die mögliche Verfügbarkeit von Impfstoffen erhebliche Einflussfaktoren darstellen.

4. Erfüllungsaufwand

Über den bereits im Zusammenhang mit dem Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite entstandenen Erfüllungsaufwand hinaus ergibt sich aus dieser Ordnungsänderung kein weiterer Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger, die Verwaltung oder für die Wirtschaft.

5. Weitere Kosten

Keine.

6. Weitere Regelungsfolgen

Keine.

VII. Befristung; Evaluierung

Die Verordnung wird im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erlassen. Rechtsverordnungen, die das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite erlässt, treten gemäß § 5 Absatz 4 Satz 1 IfSG mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite, spätestens aber zum 31. März 2021 außer Kraft.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2)

Zu § 1 (Anspruch)

Es wird vorgesehen, dass in bestimmten Fällen bei vom öffentlichen Gesundheitsdienst oder von behandelnden Ärzten veranlassten Testungen zum Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sämtliche notwendigen ärztlichen Leistungen, einschließlich der Leistungen der nach der Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlenen Diagnostik und die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses über das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden, und zwar sowohl für Versicherte der GKV als auch für Personen, die nicht in der GKV versichert sind. Dies gilt für PCR-Testungen sowie für eine Diagnostik durch Antigen-Tests, welche die durch das Robert-Koch Institut festgelegten Mindestkriterien für Antigen-Tests erfüllen und die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte auf seiner Internetseite veröffentlicht hat.

Formatiert: Hervorheben

Zu § 2 (Testungen von Kontaktpersonen)

Wenn vom öffentlichen Gesundheitsdienst oder von einem behandelnden Arzt einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person asymptomatische Kontaktpersonen nach Absatz 2 festgestellt werden, haben diese Anspruch auf Testung. Die Kontaktpersonen werden in Absatz 2 definiert.

Formatiert: Hervorheben

Zu § 3 (Testungen von Personen im Rahmen der Bekämpfung von Ausbrüchen)

Wenn in besonderes relevanten Einrichtungen wie z.B. in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen, bei ambulanten Pflegediensten oder in Dialyseeinrichtungen oder Unternehmen eine mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierte Person festgestellt wurde (Ausbruch), haben alle asymptomatische Personen Anspruch auf Testung, die in den letzten 10 Tagen vor Ausbruch insbesondere dort untergebracht oder behandelt worden sind, tätig oder sonst anwesend waren.

Formatiert: Hervorheben

Zu § 4 (Testungen zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2)

Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 Satz 1 haben, wenn der öffentliche Gesundheitsdienst oder betroffene Einrichtungen oder Unternehmen es zur Verhütung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 verlangen, asymptomatische Personen Anspruch auf Testung, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Formatiert: Hervorheben

Zu Nummer 1

Nummer 1 erfasst diejenigen Personen, die in oder von den in Absatz 2 Nummer 1 bis 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen zukünftig behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden sollen. Zu den untergebrachten Personen im Sinne von Nummer 1 zählen auch Begleit- und Assistenzpersonen. Die Regelung erfasst auch die Personen, die beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt wieder in die Einrichtung aufgenommen werden.

Formatiert: Hervorheben

Zu Nummer 2

Nummer 2 erfasst Personen, die in Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 tätig werden sollen oder tätig sind.

Formatiert: Hervorheben

Zu Nummer 3

Nummer 3 erfasst diejenigen Personen, die gegenwärtig in oder von den in Absatz 2 Nummer 1 bis 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden sowie Besucherinnen und Besucher solcher Einrichtungen.

Formatiert: Hervorheben

Nach Satz 2 ist bei Personen nach Satz 1 Nummer 2 der Anspruch in Bezug auf die Diagnostik abweichend von § 1 Absatz 1 Satz 2 und 3 auf eine Diagnostik mittels Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (PoC-Antigen-Tests) beschränkt. Die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes können jedoch unter Berücksichtigung der Testkapazitäten und der epidemiologischen Lage vor Ort bei Einrichtungen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 vorsehen, dass auch andere Testmethoden zur Anwendung kommen können.

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

Nach Satz 3 ist bei Personen nach Satz 1 Nummer 3 der Anspruch abweichend von § 1 Absatz 1 Satz 2 und 3 auf eine Diagnostik mittels Antigen-Tests zur patientennahen Anwendung (PoC-Antigen-Tests) beschränkt, die von den Einrichtungen oder Unternehmen nach Absatz 2 Nummer 1 bis 4 selbst durchgeführt wird.

Formatiert: Hervorheben

Zu Absatz 2

Einrichtungen und Unternehmen im Sinne des Absatzes 1 sind Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 4 des Infektionsschutzgesetzes, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auch dann, wenn dort keine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Einrichtungen nach § 36 Absatz 1 Nummer 2 des Infektionsschutzgesetzes, Einrichtungen und Unternehmen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 11 oder § 36 Absatz 1 Nummer 7 einschließlich der in § 36 Absatz 1 Nummer 7 zweiter Teilsatz des Infektionsschutzgesetzes genannten Einrichtungen und Unternehmen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe und Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 und 9 des Infektionsschutzgesetzes

Nummer 5 enthält eine Erweiterung der testrelevanten Einrichtungen auf die Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.

Formatiert: Hervorheben

Zu § 5 (Umfang der Testungen)

Testungen nach den §§ 2, 3 und 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 können für jeden Einzelfall einmal pro Person wiederholt werden. Testungen nach § 4 Absatz 1 Satz 3 können für jeden Einzelfall einmal pro Woche wiederholt werden. Der Umfang der Testungen mit PoC-Antigen-Tests nach § 4 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und 3 wird von den Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 bis 4 im Rahmen eines einrichtungs- oder unternehmensbezogenen Testkonzepts festgelegt.

Formatiert: Hervorheben

Zu § 6 (Leistungserbringung)

Zu Absatz 1

Die Leistungen nach § 1 Absatz 1 können vorbehaltlich des Absatzes 3 durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder, von den Stellen nach Nummer 1 als weitere Leistungserbringer beauftragte Dritte oder von Arztpraxen und die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Testzentren erbracht werden (Satz 1). Der nach § 7 Absatz 6 Satz 1 festgelegte Vordruck ist nach Satz 2 zu verwenden.

Zu Absatz 2

Testungen durch Leistungserbringer nach Absatz 1 Nummer 3 können nur erfolgen, wenn bei Testungen nach § 2 nachgewiesen wurde, dass die zu testende Person vom öffentlichen Gesundheitsdienst oder von einem behandelnden Arzt einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person als Kontaktperson festgestellt wurde, bei Testungen nach § 3 nachgewiesen wurde, dass die zu testende Person vom öffentlichen Gesundheitsdienst oder von der betroffenen Einrichtung oder vom betroffenen Unternehmen als vom Ausbruch betroffene Person festgestellt wurde, bei Testungen nach § 4 nachgewiesen wurde, dass der öffentliche Gesundheitsdienst, die betroffene Einrichtung oder das betroffene Unternehmen die Testung verlangt hat.

Formatiert: Hervorheben

Zu Absatz 3

Die testrelevanten Einrichtungen und Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 bis 4 erhalten auf ihre Anforderung eine vom öffentlichen Gesundheitsdienst zu bestimmende Menge an PoC-Antigen-Tests, um das bei ihnen derzeit oder künftig tätige Personal und die bei oder von ihnen gegenwärtig behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen sowie die Besucherinnen und Besucher auf das Vorliegen des

Formatiert: Hervorheben

Coronavirus SARS-CoV-2 zu testen. Die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder legen die Menge der PoC-Antigen-Tests unter Berücksichtigung der Anzahl der Personen fest, die in oder von der jeweiligen Einrichtung oder dem jeweiligen Unternehmen behandelt, betreut, gepflegt oder untergebracht werden; dabei können je behandelter, betreuter, gepflegter oder untergebrachter Person in Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 und 2 maximal 50 PoC-Antigen-Tests und in Einrichtungen oder Unternehmen nach § 4 Absatz 2 Nummer 3 und 4 maximal 10 PoC-Antigen-Tests pro Monat zur Verfügung gestellt werden.

Formatiert: Hervorheben

Formatiert: Hervorheben

Zu § 7 (Abrechnung der Leistungen)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass die Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, von ihnen beauftragte Dritte, Arztpraxen und Testzentren (§ 6 Absatz 1), die die Testungen erbringen, die im Zusammenhang mit der Untersuchung erbrachten labordiagnostischen Leistungen nach § 1 Absatz 1 mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Sofern bisher keine Abrechnungsbeziehung des Leistungserbringers mit einer Kassenärztlichen Vereinigung besteht, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich diejenige, in deren Bezirk der Leistungserbringer seinen Sitz hat.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass die von Stellen des öffentlichen Gesundheitsdienstes beauftragten Dritten, Arztpraxen und Testzentren (§6 Absatz 1 Nummer 2 und 3) die im Zusammenhang mit der Testung von ihnen erbrachten ärztlichen Leistungen mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen. Sofern bisher keine Abrechnungsbeziehung des Leistungserbringers mit einer Kassenärztlichen Vereinigung besteht, ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung grundsätzlich diejenige, in deren Bezirk der Leistungserbringer seinen Sitz hat.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass der öffentliche Gesundheitsdienst die Sachkosten für die den Einrichtungen zur selbständigen Verwendung gemäß § 6 Absatz 3 durch den öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellte PoC-Antigen-Tests gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet. Dies gilt gleichermaßen für selbst genutzte PoC-Antigen-Tests.

Zu Absatz 4

Absatz 4 sieht vor, dass die abrechnenden Leistungserbringer verpflichtet sind, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 festgelegten Abrechnungsinhalte sowie die nach § 15 festgelegten Angaben aufzuzeichnen und monatlich bis spätestens zum Ende des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Leistungen erbracht wurden, an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung auf elektronischem Wege oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Die übermittelten Inhalte dürfen keinen Bezug zu der getesteten Person aufweisen.

Zu Absatz 5

Die Abrechnungsunterlagen der Leistungserbringer und deren Datengrundlage – d. h. die Auftrags- und Leistungsdokumentation – sind bis zum 31.12.2024 zu speichern bzw. aufzubewahren. Hierdurch wird sichergestellt, dass die tatsächliche Leistungserbringung dahingehend überprüft werden kann, ob die Abrechnung durch die Leistungserbringer den rechtlichen Vorgaben entspricht. Zudem können ggf. erforderliche Plausibilisierungs- oder Clearingverfahren auf Grundlage aller Daten – einschließlich der Daten des öffentlichen Gesundheitsdienstes – durchgeführt werden. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und

-aufbewahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überprüfen zu können.

Zu Absatz 6

Absatz 6 regelt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Anpassung der bereits getroffenen Vorgaben im Benehmen mit den maßgeblichen Verbänden der Ärzte und Einrichtungen, die Laborleistungen erbringen, und dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. sowie dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und dem Deutschen Städte- und Landkreistag insbesondere das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen, über die Erfüllung der Pflichten der Ärzte und Einrichtungen, im Rahmen der Abrechnung, und über die Erfüllung der Pflichten der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Zusammenhang festlegt. Die Festlegung muss spätestens eine Woche nach Verkündung dieser Rechtsverordnung erfolgen. Bei der Festlegung des Inhalts der Abrechnungsunterlagen sind die von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 15 an das Bundesministerium für Gesundheit zu übermittelnden Daten einzubeziehen. Entsprechend Absatz 4 Satz 2 darf bei der Festlegung des Inhalts der Abrechnungsunterlagen kein Bezug zu der getesteten Person vorgesehen werden.

Zu Absatz 7

Mit Bezug auf die Festlegungen gemäß Absatz 6 legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter Anpassung der bereits getroffenen Vorgaben im Benehmen mit den maßgeblichen Verbänden der Ärzte und Einrichtungen, die Laborleistungen erbringen, und dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. sowie dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und dem Deutschen Städte- und Landkreistag auch den Inhalt des erforderlichen Vordruckes für die Beauftragung der Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 fest. Die Festlegung muss spätestens eine Woche nach Verkündung dieser Rechtsverordnung erfolgen. Im Vordruck ist insbesondere nach der Art der Testung, den in den §§ 2 bis 4 genannten Testungen und in den Fällen der §§ 3 und 4 danach zu differenzieren, welcher Art einer Einrichtung oder eines Unternehmens der Anspruch auf Testungen einer zu testenden Person zuzuordnen ist.

Es ist zu prüfen, inwieweit die unabhängig davon zu verwendenden Vordrucke im Rahmen der Krankenbehandlung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie die Vordrucke z. B. nach den Vereinbarungen mit den jeweiligen Bundesländern sich an dem Vordruck nach dieser Verordnung orientieren können.

Der Vordruck wird auch verwendet, wenn die Leistungen durch die zuständigen Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens erbracht werden und ist entsprechend aufzubewahren.

Zu § 8 (Verwaltungskostenersatz der Kassenärztlichen Vereinigungen)

§ 8 regelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen einen prozentualen Aufwandsersatz erhalten, der ihnen durch die Beschaffung und Verteilung des zu verwendenden Vordrucks sowie für den zusätzlichen Arbeitsaufwand, der bei der Abrechnung von Leistungen mit Leistungserbringern nach dieser Verordnung entsteht. Die Höhe des prozentualen Aufwandsatzes beträgt 0,5 Prozent des Gesamtbetrags der jeweiligen Abrechnung. Hierdurch wird sichergestellt, dass der Aufwandsersatz für alle Kassenärztlichen Vereinigungen und für alle Leistungserbringer nach einheitlichen Maßstäben erfolgt. Der Aufwandsersatz ist von dem Gesamtbetrag der Abrechnung abzuziehen.

Zu § 9 (Vergütung von Laborleistungen für PCR-Tests)

Auf eine angemessene Vergütung für labordiagnostische Leistungen hat eine Vielzahl von Faktoren einen Einfluss. So sind auf der einen Seite insbesondere die Finanzierung von notwendigen Investitionen in den Ausbau der Analysekapazitäten und bestehende Lie-

ferengpässe bei notwendigen Materialien und auf der anderen Seite insbesondere mögliche Vorteile in der Kostenstruktur aufgrund einer steigenden Leistungsmenge und eine über die Zeit steigende Effizienz zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund beträgt die an die Leistungserbringer für die Leistungen der Labordiagnostik zu zahlende Vergütung pauschal für einen Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 einschließlich der allgemeinen, insbesondere ärztlichen Laborleistungen, Versandmaterial und Transportkosten je Nachweis 50,50 Euro.

Es ist nicht auszuschließen, dass in Zukunft eine anerkannte und valide Testung auch im Rahmen eines sog. Proben-Poolings erfolgen kann, mit entsprechenden Auswirkungen auf das Preisniveau.

Eine Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte für die Vergütung dieser Leistungen der Labordiagnostik ist damit ausgeschlossen.

Zu 10 (Vergütung von Laborleistungen für Antigen-Tests)

Die an die Leistungserbringer für die Leistungen der Labordiagnostik zu zahlende Vergütung pauschal für einen Antigen-Test des Coronavirus SARS-CoV-2 mit Labornachweis einschließlich der allgemeinen, insbesondere ärztlichen Laborleistungen, Versandmaterial und Transportkosten beträgt je Nachweis 15,00 Euro.

Eine Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte für die Vergütung dieser Leistungen der Labordiagnostik ist damit ausgeschlossen.

Zu § 11 (Vergütung von ärztlichen Leistungen)

Durch die Anspruchsregelung nach § 1 Absatz 1 erfolgen Testungen für asymptomatische Personen nun auch durch Arztpraxen sowie durch Testzentren. Eine Beauftragung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst ist nicht mehr zwingend erforderlich. Die jeweilige Ärztin oder der jeweilige Arzt beauftragt die labordiagnostische Leistung. Die Mitteilung des Nachweises einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gegenüber der getesteten Person erfolgt durch die beauftragende Ärztin oder den beauftragenden Arzt. Der Anspruch nach § 1 Absatz 1 umfasst nicht allein die labordiagnostische Leistungserbringung, sondern auch das Gespräch in Zusammenhang mit der Testung, die Entnahme des zu untersuchenden Körpermaterials sowie die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses.

Die Leistungserbringer rechnen jeweils die pauschalen Vergütungen für die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit der Testung (Beratung, Abstrich und Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses) sowie für die labordiagnostische Leistung mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Weitere Leistungen dürfen nicht in Abrechnung gebracht werden.

Eine Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte für die Vergütung dieser Leistungen ist damit ausgeschlossen.

Zu § 12 (Vergütung von Leistungen im Rahmen von PoC-Antigen-Tests)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, die Vergütung der Leistungen der nach der Teststrategie des Bundesministeriums für Gesundheit empfohlenen Diagnostik mittels eines PoC-Antigen-Testes. Die Vergütung beinhaltet sämtliche mit der Diagnostik mittels eines PoC-Antigen-Testes anfallenden Leistungen. Dazu zählen Beratung, Abstrich, das eingesetzte Testmaterial (PoC-Antigentest), die Auswertung des PoC-Antigentests sowie die Mitteilung des Ergebnisses. Ein Vergütungsanspruch besteht nur für PoC-Antigen-Tests, die gemäß § 1 Absatz 1 Satz

3 durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entsprechend bekannt gemacht worden sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass sofern der PoC-Antigentest durch den öffentlichen Gesundheitsdienst erbracht wurde, keine ärztlichen Leistungen zur Abrechnung gebracht werden dürfen. Es besteht lediglich Anspruch auf Vergütung der angefallenen Sachkosten (eingesetzter PoC-Antigentest).

Der öffentliche Gesundheitsdienst rechnet seine angefallenen Sachkosten für den eingesetzten PoC-Antigentest mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ab.

Weitere Leistungen dürfen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht zur Abrechnung gebracht werden.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass sofern Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 und 3 die zur Testung von eigenem Personal selbstbeschafften PoC-Antigen-Tests anwenden, lediglich Anspruch auf Vergütung der angefallenen Sachkosten (eingesetzter PoC-Antigentest) gegenüber der jeweiligen KV besteht. Die Abrechnung von ärztlichen Leistungen in diesem Zusammenhang ist ausgeschlossen.

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird die Vergütung von Schulungskosten geregelt.

Zu § 13 (Finanzierung von Testzentren)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, dass die Kosten für die Errichtung und den Betrieb, sowie Kosten des laufenden Betriebs von bereits bestehenden Testzentren einschließlich der mobilen Leistungserbringung erstattet werden. Bei der Errichtung sowie dem Betrieb der Testzentren gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Es ist jederzeit darauf zu achten, dass die Zentren, vor allem was die Ausstattung mit Personal, der gegebenenfalls angemieteten Räumlichkeiten, sowie die Dauer des Betriebs betrifft, jeweils der aktuellen Situation angemessen und wirtschaftlich zu betreiben sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, dass die in den Testzentren erwirtschafteten Honorareinnahmen aus der Leistungserbringung nach dieser Verordnung, aus Vereinbarungen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den Ländern, nach den Regelungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) und nach gesonderten regionalen Vereinbarungen mit den Krankenkassen gesondert in der Rechnungslegung auszuweisen sind und gegen die Gesamtkosten des Zentrums zu verrechnen sind.

Alle weiteren Kosten die nicht durch die genannten Honorareinnahmen ausgeglichen werden können, dürfen gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Personalkosten die in den vom öffentlichen Gesundheitsdienst betriebenen Testzentren entstehen, dürfen nicht mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden, hier sind jedoch die Sachkosten und alle weiteren für den Betrieb notwendigen Kosten gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abrechenbar.

Zu den Kosten des Betriebs eines Testzentrums sind auch solche Kosten zu zählen die für den Betrieb einer Telefonhotline zur Steuerung von Personen in diese Zentren anfallen (zum Beispiel für zusätzliche Personalkosten der 116117 die für die Steuerung von Personen in Testzentren entstehen).

Die Abrechnung hat monatlich bis spätestens zum Ende des Monats, der auf den Monat folgt, in dem die Leistungen erbracht wurden bzw. in dem die Kosten entstanden sind gesammelt für alle betriebenen Zentren des jeweiligen Betreibers gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zu erfolgen.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt, dass die rechnungsbegründenden Unterlagen bis zum 31. Dezember 2024 aufzubewahren sind. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und -aufbewahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überprüfen zu können.

Zu Absatz 4

Absatz 4 regelt, dass entstandene Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren nur insoweit nach dieser Verordnung abrechenbar sind, soweit sie noch nicht nach § 105 Absatz 3 SGB V, gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 regelt, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung bei ihrer Abrechnung der Kosten gegenüber dem Bundesamt für soziale Sicherung (BAS) sowohl die mit den Krankenkassen nach § 105 Absatz 3 SGB V abzurechnenden Beträge und die dort eingereichten rechnungsbegründenden Unterlagen sowie die Höhe des von den Krankenkassen zu erstattenden Betrags zu berücksichtigen hat. Dies dient dazu, dass Honorareinnahmen nach den Regelungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) und nach gesonderten regionalen Vereinbarungen mit den Krankenkassen, nicht doppelt bei dem Ausgleich, der den Kassenärztlichen Vereinigungen entstandenen Kosten, mindernd angerechnet werden.

Zu § 14 (Verfahren für die Zahlung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds)

Zu Absatz 1

Absatz 1 bestimmt das Verfahren, mit dem den Kassenärztlichen Vereinigungen die für die Abrechnung der Vergütung mit den Leistungserbringern nach § 6 notwendigen Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt werden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen melden nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 die jeweiligen Summen, die durch die Leistungserbringer in ihrem Zuständigkeitsbereich – einschließlich der selbst betriebenen Testzentren - bis zum Meldezeitpunkt in Rechnung gestellt wurden. Dabei ist nach Nummer 1 zu differenzieren zwischen der Abrechnung von labor diagnostischen und ärztlichen Leistungen und der Abrechnung von Kosten für PoC-Antigentests. Nach Nummer 2 wird der Gesamtbetrag gemeldet, der durch den ÖGD im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen KV für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren abgerechnet wird. Die Differenzierung dient in Verbindung mit der Transparenzdatenmeldung nach § 15 als Grundlage für die Plausibilisierung der Mittelanforderung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln zudem nach Satz 1 Nummer 3 den Betrag, den sie für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren nach § 13 abrechnen.

Rechnerische und sachliche Fehler in der Mittelanforderung sind in der nächsten Datenmeldung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu korrigieren.

Das BAS überweist auf Grundlage der Meldung nach Satz 1 Nummer 1 und 2 die jeweiligen Beträge an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die mit diesen Mitteln ausschließlich das Abrechnungsverfahren mit den Leistungserbringern durchführen. Zudem überweist es den nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 angeforderten Betrag an die Kassenärztliche Vereinigung.

Zu Absatz 2

Das BAS erhält die Befugnis, das Nähere zum Verfahren nach Absatz 1 zu regeln. Im Rahmen dieser Befugnis kann es unter anderem die Melde- und Überweisungszeitpunkte und die Art und Weise von Korrekturmeldungen nach Absatz 1 Satz 2 unter Berücksichtigung der Aufgaben der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds festlegen. Die Zahlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen kann als Summe der Beträge nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 bis 3 erfolgen.

Zu Absatz 3

Die Datenmeldungen für die Mittelanforderung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach Absatz 1 Satz 1 und deren Datengrundlage – d. h. die Rechnungs- und Abrechnungsdokumentation - sind bis zum 31. Dezember 2024 aufzubewahren. Hierdurch wird ermöglicht zu überprüfen, ob die Anforderung von Finanzmitteln für die Abrechnung mit den Leistungserbringern und für die Testzentren im Eigenbetrieb den rechtlichen Vorgaben entsprach. Die Verpflichtung zur Datenspeicherung und -aufbewahrung für diesen Zweck ist notwendig, um die rechtmäßige Verwendung der Mittel aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds überprüfen zu können.

Zu Absatz 4

Die Regelung in Absatz 4 dient dazu, Transparenz hinsichtlich der Auszahlungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das BAS zu erhalten, um die Auswirkungen auf die Liquiditätssituation des Gesundheitsfonds beurteilen zu können.

Zu § 15 (Transparenz)

In § 15 wird eine Datenmeldung der Kassenärztlichen Vereinigungen über die KBV an das BMG vorgesehen, die dazu dient, Transparenz hinsichtlich der Verteilung der ausgezahlten Mittel und der konkreten Umsetzung der Teststrategie herzustellen.

Formatiert: Hervorheben

In der Meldung ist zu differenzieren zwischen den durch die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 abgerechneten labordiagnostischen Leistungen (Nummer 1), den durch die Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 und 3 abgerechneten ärztlichen Leistungen (Nummer 2), den durch den ÖGD abgerechneten Kosten für die Bereitstellung von PoC-Antigen-Tests (Nummer 3) und der Abrechnung von Kosten für die Errichtung und den Betrieb von Testzentren durch den ÖGD (Nummer 4) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (Nummer 5).

Nach Satz 2 ist in der Meldung der labordiagnostischen und ärztlichen Leistungen sowie der abgerechneten PoC-Antigen-Tests zusätzlich nach den verschiedenen Konstellationen der §§ 2 bis 4 und nach der Art der Einrichtung oder des Unternehmens nach § 3 Absatz 2 und § 4 Absatz 2 zu differenzieren. Die nach § 7 Absatz 7 Satz 2 im Vordruck vorzusehende Differenzierung nach der Art der Testung ergibt sich bereits nach Satz 1.

Formatiert: Hervorheben

Zu Artikel 2 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Die neue Testverordnung tritt am 15. Oktober 2020 in Kraft. Gleichzeitig tritt die vorherige Verordnung zum Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 8. Juni 2020 (BAnz AT 09.06.2020 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 11. September 2020 (BAnz AT 14.09.2020 V1) geändert worden ist, außer Kraft.