

**Antrag auf Registrierung
zur Abrechnung von Sachkosten und weiteren Leistungen gem. §§ 11,
12 der Corona-Testverordnung (TestV) vom 30. November 2020 zuletzt
geändert am 8. März 2021**

Beachten Sie bitte folgende Hinweise zum Antragsverfahren:

- Bitte füllen Sie den Antrag auf Registrierung/verbindliche Selbstauskunft vollständig aus und senden diesen unterschrieben aus Gründen der Rechtssicherheit an folgende Postadresse:

**Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
Honorarabteilung
Postfach 1664
39006 Magdeburg**

Wie geht es nach der Registrierung weiter?

- Nach Eingang des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrages (Seiten 2-6) bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) erhalten Sie eine elektronische Registrierungsbestätigung von der KVSA.
- Die Registrierungsbestätigung enthält eine Ihnen bzw. der Einrichtung individuell zugewiesene Identifikationsnummer sowie Hinweise zur Abrechnung der Leistungen/Sachkosten nach der TestV.
- Die Abrechnung von Sachkosten für Corona-Schnelltests und ggf. auch berechtigt erbrachter Leistungen nach der TestV erfolgt dann elektronisch in Form einer csv-Datei, die per E-Mail monatlich an die KVSA zu senden ist.
- Nach Eingang der Datei wird diese auf Vollständigkeit der erforderlichen Angaben und Einhaltung der Formvorgaben geprüft.
- Die KVSA stellt die ermittelten Gesamtsummen auf Grundlage der jeweils geltenden Vergütungssätze nach der TestV dem Bundesamt für soziale Sicherheit (BAS) in Rechnung.
- Wenn die Zahlung des BAS bei der KVSA eingegangen ist, erfolgt die Auszahlung nach den Vorgaben der TestV auf das im Registrierungsantrag angegebene Bankkonto.

Antrag auf Registrierung

Verbindliche Selbstauskunft zur Anmeldung zum Abrechnungsverfahren gemäß TestV

1.	Name und Adresse der Einrichtung/Firma/Unternehmen/Apotheke („Leistungserbringer“ nach TestV)	
2.	Handelsregisternummer <i>(falls vorhanden)</i>	
3.	Vertretungsberechtigte/Verantwortliche Person	<hr/> Name, Vorname <hr/> Geburtsdatum <hr/> Telefon oder Mobil <hr/> Fax-Nummer <hr/> E-Mail-Adresse
4.	Stellvertretung zu 3. (falls vorhanden)	<hr/> Name, Vorname <hr/> Geburtsdatum <hr/> Telefon oder Mobil <hr/> Fax-Nummer <hr/> E-Mail-Adresse
5.	Rechnungs-E-Mail <i>(E-Mailadresse über die die Abrechnung an die KVSA übertragen wird – zwingend erforderlich)</i>	
6.	Bankverbindung	<hr/> Name der Bank <hr/> IBAN <hr/> BIC <hr/> Kontoinhaber

Einrichtungen nach § 4 Absatz 2 Nr. 1 bis 3 und 5 TestV	
<input type="checkbox"/>	<p>POC-Antigentests</p> <p>Ich/wir beantrage(n) ausschließlich die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV.</p> <p>Es wird erklärt, dass für die Testungen, die nach der geltenden TestV geltenden Obergrenzen für die selbstbeschafften PoC-Antigentests eingehalten werden, die sich entweder auf die Feststellung des zuständigen Gesundheitsamtes bezieht, die dort beantragt wurde oder auf die Obergrenze gemäß TestV.</p>

Es handelt sich dabei um folgende Einrichtung.

	§ IfSG	Abs.	Nr.	Einrichtung
<input type="checkbox"/>	§ 23	3	1, 2	Krankenhaus auch mit angesiedelten Einrichtungen des ambulanten Operierens Hinweis: Die Abrechnung nach § 26 KHG hat Vorrang.
<input type="checkbox"/>	§ 23	3	3	Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (sowohl mit als auch ohne eine einem Krankenhaus vergleichbare medizinische Versorgung, § 4 Absatz 2 Nr. 1 TestV) Hinweis: Die Abrechnung nach § 26 KHG hat Vorrang.
<input type="checkbox"/>	§ 23 § 36	3 1	11 2, 7	Pflegeeinrichtung (keine zugelassenen Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 SGB XI und keine anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag gemäß § 45a Absatz 3 SGB XI) Hinweis: Pflegeeinrichtungen, die die Voraussetzungen der §§ 72, 45a SGB XI erfüllen, rechnen die Sachkosten mit der Pflegekasse ab.
<input type="checkbox"/>	§ 23	3	5	Tageskliniken
<input type="checkbox"/>	§ 23	3	9	Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, und zwar: <input type="checkbox"/> Praxis für Physiotherapie <input type="checkbox"/> Praxis für Ergotherapie <input type="checkbox"/> Praxis für Logopädie <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/>	§ 36	1	4	Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern
	§ TestV	Abs.	Nr.	Einrichtung
<input type="checkbox"/>	§ 4	2	3	Ambulante Hospizdienste nach § 39a Absatz 2 SGB V Bundeseinheitliche IK nach § 293 Absatz 1 SGB V (soweit vorhanden): _____
<input type="checkbox"/>	§ 4	2	3	Leistungserbringer der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung nach §§ 37b, 132d SGB V Bundeseinheitliche IK nach § 293 Absatz 1 SGB V (soweit vorhanden): _____

Einrichtungen der Eingliederungshilfe / Obdachlosenunterkünfte	
<input type="checkbox"/>	POC-Antigentests Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV. Es wird erklärt, dass für die Testungen, die nach der geltenden TestV geltenden Obergrenzen für die selbstbeschafften PoC-Antigentests eingehalten werden, die sich entweder auf die Feststellung des zuständigen Gesundheitsamtes bezieht, die dort beantragt wurde oder auf die Obergrenze gemäß TestV.
<input type="checkbox"/>	Weitere Leistungen Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von ggf. anfallenden Leistungen nach § 12 Abs. 3 TestV.

Es handelt sich dabei um folgende Einrichtung.

	§ IfSG	Abs.	Nr.	Einrichtung
<input type="checkbox"/>	§ 36	1	3	Obdachlosenunterkünfte
	§ TestV	Abs.	Nr.	Einrichtung
<input type="checkbox"/>	§ 4	2	4	Stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe
<input type="checkbox"/>	§ 4	2	4	Ambulanter Dienst der Eingliederungshilfe

Privatpraxis i.S.v. § 23 Abs. 3 Nr. 8 IfSG	
<input type="checkbox"/>	POC-Antigentests Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV. Es wird erklärt, dass für die Testungen des eigenen Personals , die nach der geltenden TestV geltenden Obergrenzen für die selbstbeschafften PoC-Antigentests eingehalten werden.
<input type="checkbox"/>	Weitere Leistungen Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von ggf. anfallenden Leistungen nach § 12 Abs. 1, 4 und 5 der TestV für asymptomatische Patienten bzw. ggf. auch als berechtigt schulender Arzt in einer Einrichtung i. S. der TestV.

Rettungsdienst i.S.v. § 23 Abs. 3 Nr. 12 IfSG	
<input type="checkbox"/>	POC-Antigentests Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV. Es wird erklärt, dass für die Testungen des eigenen Personals , die nach der geltenden TestV geltenden Obergrenzen für die selbstbeschafften PoC-Antigentests eingehalten werden. Bundeseinheitliche IK nach § 293 Absatz 1 SGB V (soweit vorhanden): <input type="text"/>

Apotheken als beauftragte Dritte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	
<input type="checkbox"/>	Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV i.V.m. § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 TestV. Ich/wir bestätige(n) den Beitritt zum Rahmenvertrag des LAV mit dem Land Sachsen-Anhalt zur TestV.
<input type="checkbox"/>	Weitere Leistungen Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von ggf. anfallenden Leistungen nach § 12 Abs. 2 TestV.

Privatarzt als beauftragter Dritter des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	
<input type="checkbox"/>	Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV i.V.m. § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 TestV. <u>Den Beauftragungsnachweis des Gesundheitsamtes füge ich als Kopie bei.</u>
<input type="checkbox"/>	Weitere Leistungen Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von ggf. anfallenden Leistungen nach § 12 Abs. 1, 4 und 5 der TestV für asymptomatische Patienten bzw. ggf. auch als berechtigt schulender Arzt in einer Einrichtung i. S. der TestV.

Rettungs- /Hilfsorganisation als beauftragte Dritte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	
<input type="checkbox"/>	Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV i.V.m. § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 TestV. <u>Den Beauftragungsnachweis des Gesundheitsamtes füge ich als Kopie bei.</u>
<input type="checkbox"/>	Weitere Leistungen Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von ggf. anfallenden Leistungen nach § 12 Abs. 1, 4 und 5 der TestV für asymptomatische Patienten bzw. ggf. auch als berechtigt schulender Arzt in einer Einrichtung i. S. der TestV.

Weiterer Anbieter als beauftragter Dritter des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)	
<input type="checkbox"/>	Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von Sachkosten des PoC-Antigentests gemäß § 11 TestV i.V.m. § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 TestV. <u>Den Beauftragungsnachweis des Gesundheitsamtes füge ich als Kopie bei.</u>
<input type="checkbox"/>	Weitere Leistungen Ich/wir beantrage(n) die Abrechnung von ggf. anfallenden Leistungen nach § 12 Abs. 1, 4 und 5 der TestV für asymptomatische Patienten bzw. ggf. auch als berechtigt schulender Arzt in einer Einrichtung i. S. der TestV.

Verbindliche Erklärungen

Für den Leistungserbringer wird neben den gekreuzten Erklärungen abschließend auch durch die u.a. Unterschrift verbindlich bestätigt, dass nur solche Leistungen abgerechnet werden, die der TestV in ihrer jeweils geltenden Fassung entsprechen, wie auch die „Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Leistungserbringer“ zur Corona-Testverordnung in der jeweils geltenden Fassung (Vorgaben KBV-LE) erfüllen.

Leistungen werden von mir/uns auftragsbezogen dokumentiert. Die Abrechnung erfolgt somit in elektronisch verarbeitbarer Form.

Mir/Uns ist bewusst, dass die Bearbeitung von Abrechnungen, die nicht den Abrechnungsvorgaben der KVSA entsprechen, abgelehnt werden kann.

Die TestV in ihrer jeweils gültigen Fassung ist mir/uns bekannt. Über die Vorgaben KBV-LE und die ergänzenden Vorgaben der KVSA zur Abrechnung nach der TestV informiere/n ich/wir mich/uns regelmäßig.

Es wird bereits jetzt die Einhaltung der o. a. Rechtsgrundlagen sowie die Richtigkeit der jeweils übermittelten Abrechnungsdaten versichert. Die notwendigen Dokumentationen werden prüfungssicher und unverändert bis zum 31. Dezember 2024 aufbewahrt.

Darüber hinaus wird bestätigt, für die abgerechneten Sachkosten keine Vergütung durch einen Dritten erhalten zu haben oder die durch den Dritten erhaltene Vergütung an diesen zurückzuzahlen.

Weiterhin wird bestätigt, dass die PoC-Tests, die abgerechnet werden, selbst entgeltlich erworben wurden.

Der Unterzeichner bestätigt mit seiner Unterschrift, zur Antragstellung befugt zu sein.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz/Datenverarbeitung:

Der Antragsteller wird darauf hingewiesen, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die der Antragsteller übermittelt hat, ohne Einwilligung gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. c), Absatz 3 DSGVO i.V.m. den Aufgaben der Coronavirus-Testverordnung für die Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtungen im erforderlichen Umfang erfolgt. Die übermittelten Daten werden zweckgebunden im Einklang mit der TestV verarbeitet, gespeichert und unter Beachten der Aufbewahrungsfrist aufbewahrt.