



## Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO

an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages

Abrechnung der pandemiebedingten Erstattungen  
von Testkosten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 Coronavirus-  
Testverordnung durch die Pflegekassen der sozialen  
Pflegeversicherung

Dieser Bericht enthält das vom Bundesrechnungshof abschließend im Sinne des § 96 Absatz 4 BHO festgestellte Prüfungsergebnis. Eine Weitergabe an Dritte ist erst möglich, wenn der Bericht vom Parlament abschließend beraten wurde. Die Entscheidung über eine Weitergabe bleibt dem Bundesrechnungshof vorbehalten.

Gz.: IX 4 - 0001232

14. Februar 2024

Dieser Bericht des Bundesrechnungshofes ist urheberrechtlich geschützt.  
Eine Veröffentlichung ist nicht zulässig.

## Milliarden Euro ohne Prüfung ausgezahlt

Ein Mittel zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie war der Einsatz von Tests. Vom 15. Oktober 2020 bis zum 28. Februar 2023 erstattete die soziale Pflegeversicherung zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Kosten für bestimmte Tests und deren Durchführung. Das Erstattungsverfahren war unzureichend geregelt und missbrauchsanfällig. Die Gesamtkosten belaufen sich auf 4,4 Mrd. Euro.

### Worum geht es?

Die Pflegeeinrichtungen reichten bei den Pflegekassen Erstattungsanträge ohne Nachweise ein. Die Pflegekassen waren nicht verpflichtet, Belege anzufordern oder Nachweisverfahren durchzuführen. Sie konnten die Angaben der Antragsteller nicht überprüfen und zahlten die geforderten Beträge innerhalb von 14 Tagen aus. Die Auszahlung war zunächst vorläufig und gilt als endgültig, wenn die Pflegekassen bis zum 31. August 2024 weder eine Rückerstattung geltend machen noch eine endgültige Entscheidung über den Anspruch treffen.

### Was ist zu tun?

Die Pflegekassen sollten die ausgezahlten Beträge stichprobenhaft überprüfen und gegebenenfalls Rückerstattungen geltend machen.

### Was ist das Ziel?

Die Pflegeeinrichtungen sollten nur die Kosten erstattet bekommen, die tatsächlich angefallen sind. Zu Unrecht gezahlte Leistungen müssen die Pflegekassen auf Basis nachträglicher Prüfungen zurückfordern. Bei künftigen Hilfen sollten die Pflegekassen Beträge nicht ohne prüfbare Nachweise und Stichprobenprüfungen auszahlen.

## Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung	5
1	Einleitung	7
2	Rechtliches und Verfahren	8
2.1	Erstattungsanspruch	9
2.2	Geltendmachung des Anspruchs	9
2.3	Nachweisverfahren	10
2.4	Verwaltungskosten	10
3	Feststellungen	10
3.1	Bearbeitung der Anträge	10
3.2	Nachweisverfahren	11
3.3	Verwaltungskosten	12
4	Würdigung	12
4.1	Fehlende Kontrollmöglichkeiten und Nachweisverfahren	12
4.2	Zahlreiche Änderungen der Regelungen	13
4.3	Pflegekassen kennen Anzahl der Pflegebedürftigen nicht	14
4.4	Höherer Verwaltungsaufwand bei 31 Pflegekassen	14
5	Empfehlung	16

## Abkürzungsverzeichnis

### **B**

BMG *Bundesministerium für Gesundheit*

### **C**

COVID-19 *Coronavirus SARS-CoV-2*

### **G**

GKV-Spitzenverband *Spitzenverband Bund der Krankenkassen*

### **P**

Pflegekassen *Pflegekassen der sozialen Pflegeversicherung*

### **S**

Schnelltests *PoC-Antigen-Tests*

Selbsttest *Antigen-Test zur Eigenanwendung*

SGB XI *Elftes Buch Sozialgesetzbuch*

### **T**

TestV *Coronavirus-Testverordnung*

# 0 Zusammenfassung

Der Bundesrechnungshof hat die Erstattung von Testkosten in Pflegeeinrichtungen durch die Pflegekassen der sozialen Pflegeversicherung (Pflegekassen) geprüft.

Für den Zeitraum vom 15. Oktober 2020 bis 28. Februar 2023 konnten sich Pflegeeinrichtungen Testkosten und Durchführungsaufwendungen von den Pflegekassen erstatten lassen. Für das Verfahren waren 31 Pflegekassen zuständig.

Der Bundesrechnungshof hat die Auszahlung bei sechs Pflegekassen geprüft und Folgendes festgestellt:

- 0.1 Für die Erstattung mussten die Pflegeeinrichtungen lediglich einen Vordruck mit ihren Forderungen bei der Pflegekasse einreichen. Belege waren grundsätzlich nicht vorzulegen. Die Pflegekassen konnten somit die bei den Pflegeeinrichtungen entstandenen Kosten nicht überprüfen und zahlten dennoch die Geldbeträge aus (Tnr. 3.1).

Die Pflegekassen waren nicht verpflichtet, Nachweise anzufordern. Wenn sie dies taten, hatten sie Mehraufwand ohne entsprechenden Ertrag. Es fehlt somit nach dem jetzigen System ein Anreiz für die Pflegekassen zu überprüfen, ob die Höhe der Erstattungen gerechtfertigt war (Tnr. 3.2).

Die Auszahlung erfolgte innerhalb von 14 Tagen und war zunächst vorläufig. Die Pflegekassen können daher auch noch zum jetzigen Zeitpunkt weitere Nachweisverfahren durchführen und mögliche Rückforderungen geltend machen (Tnr. 3.2).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat in seiner Stellungnahme für künftige ähnliche Unterstützungsregelungen eine gesetzliche Verpflichtung der Pflegekassen dahingehend für angezeigt gehalten, nach der bereits im Antragsverfahren Belege eingefordert werden. Gegebenenfalls solle eine vertiefte Prüfung der Belege vor Auszahlung der Erstattungsbeträge vorgenommen werden. Des Weiteren will das BMG den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) zeitnah auffordern, die für die Erstattung zuständigen Pflegekassen dazu anzuhalten, stichprobenhaft Nachweisverfahren durchzuführen.

Der Bundesrechnungshof begrüßt dies (Tnr. 4.1).

- 0.2 Die Vielzahl der Änderungen der Coronavirus-Testverordnung (TestV) in Bezug auf Anzahl der Tests und Höhe der erstattungsfähigen Kosten erhöhte den ohnehin schon großen Arbeitsaufwand bei den Pflegekassen. Neben der Erstattung der Testkosten mussten die 31 Pflegekassen im gleichen Zeitraum weitere coronabedingte Sonderaufgaben übernehmen (Ausgleich der Mehrausgaben und Mindereinnahmen beim Pflege-Rettungsschirm, Auszahlung der Corona-Prämie und des Corona-Bonus) (Tnrn. 1 und 4).

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass die Änderungen notwendig gewesen seien, um die rechtlichen Vorgaben an die sich stetig verändernde COVID-19-Situation anzupassen und auf neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung sowie auf Entwicklungen im Marktgeschehen der PoC-Antigen-Tests (Schnelltests) zu reagieren.

Der Bundesrechnungshof hält daran fest, dass die zahlreichen Änderungen zu einem erhöhten Arbeitsaufwand bei den Pflegekassen führten. Die Zahl der Änderungen sollte möglichst gering gehalten werden (Tnr. 4.2).

- 0.3 Die 31 beauftragten Pflegekassen haben für ihren Aufwand keine gesonderte Vergütung erhalten. Der Bundesrechnungshof hat empfohlen, den erhöhten Verwaltungsaufwand angemessen finanziell auszugleichen.

Der GKV-Spitzenverband hat die vom Bundesrechnungshof geforderte Honorierung des Verwaltungsmehraufwands für die Pflegekassen begrüßt.

Das BMG hat erwidert, dass nach § 46 Absatz 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) den Pflegekassen die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten auf Basis des Mittelwerts von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet würden. Auf Basis des finanziellen Volumens der Erstattung von Testkosten von rund 4,4 Mrd. Euro für den gesamten Zeitraum (Jahre 2020 bis 2023) ergäben sich zusätzliche Erstattungen von Verwaltungskosten im unteren dreistelligen Millionen-Euro-Bereich. Eine Benachteiligung der am Prüfverfahren beteiligten Pflegekassen sei daher nicht erkennbar.

Der Bundesrechnungshof weist darauf hin, dass von diesem Betrag durch den Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen alle Pflegekassen profitieren und nicht nur diejenigen, die die Verfahren zur Erstattung von Testkosten durchführten (Tnr. 4.4).

# 1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation erklärte am 30. Januar 2020 die Ausbreitung der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Erkrankung (COVID-19) zu einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite. Der Deutsche Bundestag stellte am 25. März 2020 eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest<sup>1</sup>, die mit Ablauf des 25. November 2021 wieder aufgehoben wurde.<sup>2</sup>

Ein Mittel zur Bekämpfung von COVID-19 war der Einsatz von Tests in der Bevölkerung.

Prüfungsgegenstand sind die von den Pflegekassen der sozialen Pflegeversicherung (Pflegekassen) an die Pflegeeinrichtungen gezahlten Testkosten nach § 7 Absatz 2 Satz 3 Coronavirus-Testverordnung für selbst beschaffte Antigen-Tests zur Eigenanwendung (Selbsttests) sowie die Durchführungskosten in Pflegeeinrichtungen.

Zum Zeitpunkt der Prüfung waren in Deutschland ca. 30 000 Pflegeeinrichtungen zugelassen. Es gab etwa 14 600 ambulante und knapp 15 300 stationäre Pflegeeinrichtungen. Sie versorgten 4,6 Millionen Pflegebedürftige.<sup>3</sup> Zum Schutz der Pflegebedürftigen, des Personals und der Besucher der Pflegeeinrichtungen testeten die Pflegeeinrichtungen diesen Personenkreis. Hierfür beschafften sie sich Schnell- und Selbsttests. Die Kosten konnten die Pflegeeinrichtungen bei den Pflegekassen unter bestimmten Voraussetzungen geltend machen. Für die Auszahlung der Erstattung der Testkosten und der Durchführungsaufwendungen waren 31 der insgesamt 96 Pflegekassen zuständig. Diese Pflegekassen hatten im gleichen Zeitraum auch weitere coronabedingte Sonderaufgaben übernommen wie den Ausgleich der Mehrausgaben und Mindereinnahmen beim Pflege-Rettungsschirm und die Auszahlung der Corona-Prämie und des Corona-Bonus.

Der Bund leistete einen Zuschuss an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung „in erforderlicher Höhe“.<sup>4</sup> Dieser Zuschuss war bestimmt für die Ausgaben der Corona-Prämie, des Pflege-Rettungsschirms und der Testkosten in der sozialen Pflegeversicherung. Der Gesamtzuschuss belief sich auf 5 Mrd. Euro,<sup>5</sup> die Gesamtsumme für Tests und Durchführungskosten auf 4,4 Mrd. Euro.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Deutscher Bundestag, Stenografischer Bericht, 154. Sitzung am 25. März 2020, 19169 (C), Tagesordnungspunkt 6a).

<sup>2</sup> Seit dem 31. März 2021 galt nach dem Gesetz zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite nicht mehr unbefristet. Sie galt als aufgehoben, wenn der Deutsche Bundestag nicht spätestens drei Monate nach der letzten Feststellung ihr Fortbestehen erneut feststellte. Die zuletzt mit Beschluss vom 25. August 2021 erneut festgestellte epidemische Lage galt danach am 25. November 2021 als aufgehoben, da der Deutsche Bundestag das Fortbestehen zuvor nicht erneut festgestellt hatte.

<sup>3</sup> Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung BMG, Stand 31. Dezember 2021.

<sup>4</sup> § 153 SGB XI.

<sup>5</sup> E-Mail des BMG an den Bundesrechnungshof vom 30. September 2022.

<sup>6</sup> Daten für den Zeitraum 2020 bis 2022 aus der PJ 1 und für das 1. Quartal 2023 aus der PV 45.

Das BMG und der GKV-Spitzenverband erhielten Gelegenheit, zum Entwurf dieses Berichts Stellung zu nehmen. Der Bundesrechnungshof hat die Stellungnahmen im vorliegenden Bericht berücksichtigt.

## 2 Rechtliches und Verfahren

Der Deutsche Bundestag stellte eine epidemische Lage von nationaler Tragweite fest.<sup>7</sup> Das BMG konnte daher durch Rechtsverordnung bestimmen, dass Versicherte Anspruch auf bestimmte Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit einem bestimmten Krankheitserreger oder auf das Vorhandensein von Antikörpern gegen diesen Krankheitserreger haben.<sup>8</sup>

Die TestV vom 14. Oktober 2020<sup>9</sup> legte erstmalig fest, dass zugelassene Pflegeeinrichtungen<sup>10</sup> und nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag<sup>11</sup> selbst beschaffte Schnelltests über die Pflegekassen abrechnen konnten. Die aktuell gültige TestV vom 21. September 2021 tritt am 31. Dezember 2024 außer Kraft.<sup>12</sup> Der Anspruch auf Kostenerstattung galt nur für Testungen bis einschließlich 28. Februar 2023.<sup>13</sup>

Die TestV wurde im Zeitraum von Oktober 2020 bis September 2021 neun Mal geändert. Diese Neuerungen beinhalteten Änderungen der Erstattungsvoraussetzungen für Pflegeeinrichtungen. So wurden zum Beispiel zunächst die tatsächlichen Kosten für die Beschaffung der Tests bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernommen und später Pauschalbeträge erstattet. Auch die Anzahl der Tests wurde in verschiedenen Schritten von 20 auf 35 pro Person und Monat erhöht.

Ab 1. Juli 2022 wurde die Regelung über die Erstattung der Kosten von Schnelltests und Selbsttests zusätzlich zu der TestV in § 150 Absätze 2 und 3 SGB XI aufgenommen.<sup>14</sup> Dadurch entstand kein neuer unmittelbarer Anspruch auf Erstattung von Testkosten. Vielmehr konnten weiterhin Erstattungsansprüche nach einem festgelegten Kontingent (Gesamtzahl der Tests je behandelter, betreuter oder untergebrachter Person pro Monat) bei der zuständigen Pflegekasse geltend gemacht werden.

Der GKV-Spitzenverband erließ im Benehmen mit den Bundesvereinigungen der Träger ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen auf Grundlage von § 7 Absatz 2 TestV i. V. m.

---

<sup>7</sup> § 20i Absatz 3 SGB V.

<sup>8</sup> § 20i Absatz 3 SGB V.

<sup>9</sup> BAnz AT 14. Oktober 2020 V1.

<sup>10</sup> § 72 SGB XI.

<sup>11</sup> § 45a Absatz 3 SGB XI.

<sup>12</sup> § 19 TestV idF vom 24. November 2022 (BAnz AT 24. November 2022 V2).

<sup>13</sup> Artikel 3 Absatz 3 Fünfte Verordnung zur Änderung der TestV (BAnz AT 24. November 2022 V2).

<sup>14</sup> Pflegebonusgesetz vom 28. Juni 2022 (BGBl I 2022, 938).

§ 150 Absatz 3 SGB XI die Kostenerstattungs-Festlegungen TestV.<sup>15</sup> Sie regeln das Verfahren der Kostenerstattung.

## 2.1 Erstattungsanspruch

Für den Zeitraum vom 15. Oktober 2020 bis zum 28. Februar 2023 konnten sich Pflegeeinrichtungen entstandene Test- und Durchführungskosten von den Pflegekassen erstatten lassen.<sup>16</sup>

Erstattungsfähig waren zuletzt pauschal 2 Euro je Test als Bruttobetrag. Zusätzlich angefallene Aufwendungen im Zusammenhang mit der Durchführung der Antigen-Testungen (Durchführungsaufwendungen) konnten ebenfalls geltend gemacht werden. Die Durchführungsaufwendungen umfassten Personalaufwendungen und Aufwendungen für Fremdleistungen. Zuletzt erhielten die Pflegeeinrichtungen hierfür Erstattungen von 6 Euro je Testung mit einem Schnelltest.<sup>17</sup> Für die Überwachung von Selbsttests waren Durchführungsaufwendungen von 4 Euro je Testung erstattungsfähig.<sup>18</sup>

## 2.2 Geltendmachung des Anspruchs

Die Pflegeeinrichtungen konnten ihren Erstattungsanspruch nach Erhalt der Schnelltests bzw. Selbsttests bei der zuständigen Pflegekasse zum Monatsende geltend machen. Der Erstattungsantrag konnte auch Aufwendungen für einen Zeitraum von mehr als einem Monat enthalten.<sup>19</sup>

Zur Ermittlung des Erstattungsbetrags mussten die Einrichtungen folgende Angaben machen:

- Anzahl der von der Einrichtung behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen (Pflegebedürftige),
- Datum der Bestellung und Zeitraum, auf den sich die Bestellung bezog und die gelieferte Menge an Schnelltests und Selbsttests.
- Bei der Geltendmachung von Durchführungsaufwendungen: Menge der tatsächlich genutzten Tests, differenziert nach überwachten Selbsttests zur Eigenanwendung und durchgeführten Schnelltests durch Dritte sowie Zeitraum, auf den sich die Durchführung der Testungen bezog.

---

<sup>15</sup> Festlegungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7 Absatz 2 TestV i. V. m. § 150 Absatz 2 bis 5a SGB XI zum Ausgleich der durch die Coronavirus-Testverordnung anfallenden außerordentlichen Aufwendungen für Pflegeeinrichtungen und Angebote zur Unterstützung im Alltag (Kostenerstattungs-Festlegungen TestV).

<sup>16</sup> § 11 TestV.

<sup>17</sup> § 12 Absatz 3 Satz 1 TestV.

<sup>18</sup> § 12 Absatz 2 TestV.

<sup>19</sup> Nummer 3 Absatz 1 der Kostenerstattungs-Festlegungen TestV.

Die Pflegekassen mussten den Erstattungsbetrag innerhalb von 14 Kalendertagen auszahlen. Die Auszahlung erfolgte stets vorläufig. Die vorläufige Auszahlung gilt als endgültig, wenn die zuständige Pflegekasse bis 18 Monate nach Ablauf des 28. Februar 2023 weder eine Rückerstattung geltend macht noch eine endgültige Entscheidung über den Erstattungsanspruch trifft.<sup>20</sup>

## 2.3 Nachweisverfahren

Auf Verlangen der auszahlenden Pflegekasse hatte die Pflegeeinrichtung Nachweise über die geltend gemachten Erstattungen vorzulegen. Das Nachweisverfahren war nicht zwingend vorgeschrieben. Die Pflegekassen konnten nach eigenem Ermessen entscheiden, ob sie Nachweise anfordern wollten.

## 2.4 Verwaltungskosten

Die Pflegekassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, die unter dem Dach der Krankenkassen errichtet wurden. Jeder Krankenkasse ist eine Pflegekasse angeschlossen.<sup>21</sup>

Die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen werden von allen Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich (Ausgleichsfonds) statt.<sup>22</sup>

# 3 Feststellungen

Der Bundesrechnungshof hat das Verfahren bei sechs Pflegekassen geprüft.

## 3.1 Bearbeitung der Anträge

Die Träger der Pflegeeinrichtungen reichten die Anträge auf Erstattung per E-Mail bei der zuständigen Pflegekasse ein. Dazu verwendeten sie einen Vordruck, den der GKV-Spitzenverband auf seiner Internetseite veröffentlicht hatte. Der Träger der Pflegeeinrichtung hatte mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner Angaben zu bestätigen. Nachweise oder Belege waren zunächst nicht einzureichen.

---

<sup>20</sup> Nummer 4 Absatz 3 der Kostenerstattungs-Festlegungen TestV.

<sup>21</sup> § 46 SGB XI.

<sup>22</sup> § 66 SGB XI.

Die Pflegekasse musste innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Antrags den Erstattungsbetrag auszahlen. Für die Bearbeitung der Anträge wurde kein zusätzliches Personal eingestellt. Die von uns geprüfte Pflegekasse mit der höchsten Auszahlungssumme war zuständig für 26 880 Anträge.

Die Pflegekassen bearbeiteten die Anträge unterschiedlich. Fünf der sechs geprüften Pflegekassen fertigten vorläufige Erstattungsbescheide mit Rechtsbehelfsbelehrung an. Eine Pflegekasse verzichtete auf Bescheide und überwies lediglich den Erstattungsbetrag.

Die sechs geprüften Pflegekassen haben insgesamt eine Summe von 719 421 706,62 Euro ausgezahlt.<sup>23</sup>

Die Anträge konnten von den Pflegeeinrichtungen jeweils zum Monatsende eingereicht werden. Teilweise wurden in den Anträgen aber auch andere Zeiträume abgerechnet. Die Anträge für die Abrechnung der Tests und die zugehörigen Durchführungskosten bezogen sich nicht immer auf denselben Zeitraum. Zum Teil beantragten die Pflegeeinrichtungen die Durchführungskosten für bereits beantragte und erstattete Tests erst Wochen später.

Mit den Änderungen der TestV war auch die Einführung neuer Vordrucke für die Beantragung verbunden. Der jeweilige aktuelle Vordruck konnte auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbands heruntergeladen werden. Dieser berücksichtigte die aktuellen Pauschalbeträge und Höchstmengen. Erhielt eine Pflegekasse einen veralteten Vordruck von der Pflegeeinrichtung, übersandte sie entweder den jeweils gültigen Vordruck an die Pflegeeinrichtung, oder sie führte Nachberechnungen durch.

Auf den Anträgen mussten die Pflegeeinrichtungen u. a. die Anzahl der Pflegebedürftigen zum aktuellen Zeitpunkt angeben, damit die Höchstmenge der erstattungsfähigen Tests ermittelt werden konnte. Tatsächlich änderte sich bei den eingereichten Anträgen die Zahl der Pflegebedürftigen in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen über den gesamten Einreichungszeitraum nur bei wenigen Anträgen. Die Anzahl der Pflegebedürftigen in den einzelnen Pflegeeinrichtungen kennen die 31 beauftragten Pflegekassen nur von den Pflegeeinrichtungen, mit denen sie für ihre Mitglieder Pflegesatzverhandlungen durchgeführt hatten. Bei allen anderen Pflegeeinrichtungen mussten sie sich auf die Angaben der Pflegeeinrichtungen verlassen.

## 3.2 Nachweisverfahren

Alle geprüften Pflegekassen gaben an, bereits im Antragsverfahren bei Auffälligkeiten die Anträge überprüft zu haben. Teilweise forderten die Pflegekassen bei diesen Prüfungen Nachweise an. Einige zahlten bis zur Klärung nicht aus, andere zahlten aus und forderten dann die zu viel gezahlten Beträge zurück oder verrechneten den Betrag mit den

---

<sup>23</sup> 295 692 877,02 Euro für Tests und 423 728 829,60 für Durchführungsaufwendungen.

nachfolgenden Anträgen. Die Pflegekassen dokumentierten nicht, bei wie vielen Anträgen sie Belege anforderten und ob es dadurch zu verringerten Auszahlungen oder Rückforderungen kam.

Bis zum Abschluss unserer Erhebungen führten drei der sechs geprüften Pflegekassen Nachweisverfahren durch. Eine Pflegekasse führte bei 4 von 347 Pflegeeinrichtungen Nachweisverfahren durch<sup>24</sup>, eine andere führte 103 Nachweisverfahren bei Anträgen von 1940 Pflegeeinrichtungen durch und forderte 715 969,71 Euro zurück. Die dritte Pflegekasse forderte 351 332,90 Euro bei 24 von 444 Pflegeeinrichtungen zurück.

### 3.3 Verwaltungskosten

Durch die Bearbeitung der Anträge auf Erstattung von Testkosten ist bei den beteiligten Pflegekassen zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstanden. Dieser ist im Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen nicht vollständig berücksichtigt.

## 4 Würdigung

### 4.1 Fehlende Kontrollmöglichkeiten und Nachweisverfahren

Der Bundesrechnungshof hat darauf hingewiesen, dass die Pflegekassen im Erstattungsverfahren regelmäßig nicht erkennen konnten, ob die Pflegeeinrichtungen die Mittel in zutreffender Höhe beantragt hatten. Denn die Pflegeeinrichtungen mussten keine Belege einreichen, sondern lediglich angeben, wie hoch die Anzahl der Pflegebedürftigen in der Einrichtung ist und wie viele Tests sie in dem angegebenen Zeitraum gekauft und durchgeführt hatten. Daraus errechnete sich der Erstattungsbetrag. Angesichts des finanziellen Volumens der Erstattung von Testkosten von über 4,4 Mrd. Euro waren die Kontrollmöglichkeiten unzureichend. Ohne Belege fehlt der Nachweis über den Anspruch auf die Auszahlung.

Der Bundesrechnungshof hat ein lediglich freiwilliges Nachweisverfahren als nicht ausreichend bewertet. Die Pflegekassen führten nur bei wenigen Pflegeeinrichtungen Nachweisverfahren durch. Ob die von den Pflegekassen angegebene Prüfung der Auffälligkeiten bei Antragsstellung Missbrauch verhinderte, kann der Bundesrechnungshof nicht hinreichend bestätigen. Die Pflegekassen erfassten Anträge nicht, bei denen die Auszahlungsbeträge gekürzt wurden.

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass der Einrichtungsträger oder das Unternehmen mit seiner Unterschrift zugleich auch die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben

---

<sup>24</sup> Verfahren noch nicht abgeschlossen, daher keine Rückforderungssumme bekannt.

erklärt habe. Dieser Weg sei anstelle eines zeitintensiven und personalaufwendigen Belegprüfverfahrens von der Pflegeselbstverwaltung gewählt worden, um den Erstattungsbetrag möglichst schnell und unbürokratisch auszahlen zu können. Aufgrund verwaltungsökonomischer Aspekte und der gesetzgeberischen Intention der Regelung sei für die prüfenden Pflegekassen kein für sie verpflichtendes Nachweisverfahren gesetzlich vorgesehen worden. Zudem hätten die Pflegekassen auch bei der Durchführung der Erstattungsverfahren die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu berücksichtigen. Eine weitreichende gesetzliche Vorgabe zur verpflichtenden Durchführung von Nachweisverfahren hätte die Arbeitsbelastung der Pflegekassen zusätzlich erhöht. Außerdem habe davon ausgegangen werden können, dass die für die Erstattung zuständigen Pflegekassen im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung bei Auffälligkeiten entsprechende Nachweisverfahren eigenverantwortlich durchführen. Dies vor allem dann, wenn Zweifel an den von einer Einrichtung oder einem Unternehmen vorgelegten Angaben bestehen oder insoweit Unplausibilitäten oder Abrechnungsauffälligkeiten auftreten.

Das BMG hat in seiner Stellungnahme für künftige ähnliche Unterstützungsregelungen eine gesetzliche Verpflichtung der Pflegekassen dahingehend für angezeigt gehalten, nach der bereits im Antragsverfahren Belege eingefordert werden. Gegebenenfalls solle eine vertiefte Prüfung der Belege vor Auszahlung der Erstattungsbeträge vorgenommen werden. Ein verpflichtendes Nachweisverfahren für die Pflegekassen wolle es ebenfalls in Betracht ziehen.

Der Bundesrechnungshof begrüßt, dass das BMG seiner Empfehlung gegenüber aufgeschlossen ist, bei künftigen ähnlichen Unterstützungsregelungen bereits im Antragsverfahren Belege zur Voraussetzung zu machen und diese vor Auszahlung zu prüfen. Auch eine Pflicht zur Durchführung eines Nachweisverfahrens ist begründet. Er hält daran fest, dass lediglich die Unterschrift der antragstellenden Pflegeeinrichtung als „Nachweis“ für die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben nicht ausreicht.

## 4.2 Zahlreiche Änderungen der Regelungen

Die Änderungen der Regelungen zur Erstattungshöhe je Test und zur Menge der erstattungsfähigen Tests haben zu einem hohen Arbeitsaufwand bei den Pflegekassen geführt. Denn bei jedem Antrag musste überprüft werden, ob die geltend gemachten Mengen und die Beträge je Test für diesen Zeitraum den jeweils geltenden Regelungen entsprachen. Es kam hinzu, dass die Pflegeeinrichtungen nicht verpflichtet waren, jeweils monatlich und mit kurzer Ausschlussfrist abzurechnen. Dadurch war es oftmals nicht oder nur schwer nachprüfbar, ob die zulässigen Höchstmengen eingehalten oder überschritten wurden.

Das BMG hat darauf verwiesen, dass die Änderungen notwendig gewesen seien. Nur so wäre es möglich gewesen, die rechtlichen Vorgaben an die sich stetig verändernde COVID-19-Situation anzupassen und auf neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung sowie auf Entwicklungen im Marktgeschehen der PoC-Antigen-Tests zu reagieren.

Der Bundesrechnungshof hält daran fest, dass Änderungen möglichst gering zu halten sind. Eine Vielzahl von Änderungen bedeutet einen erhöhten Arbeitsaufwand für die Pflegekassen.

### 4.3 Pflegekassen kennen Anzahl der Pflegebedürftigen nicht

Pflegekassen wussten in einer Vielzahl der Fälle nicht, wie viele Pflegebedürftige die Pflegeeinrichtungen tatsächlich betreuten. Denn den Pflegekassen waren nicht in allen Fällen die Platzzahl der stationären Pflegeeinrichtungen bzw. die Anzahl der gepflegten Personen im ambulanten Bereich bekannt. Die Zahlen lagen den Pflegekassen nur für Einrichtungen vor, für die sie selbst vor der COVID-19-Pandemie zuständig waren und mit denen sie Pflegesatzvereinbarungen getroffen hatten. Wegen der Bündelung der Erstattungsverfahren bei 31 der 96 Pflegekassen fielen vielfach auch Pflegeeinrichtungen in ihre Zuständigkeit, mit denen sie selbst keine derartigen Vereinbarungen geschlossen hatten. Sie mussten daher in solchen Fällen „blind“ den Angaben im Antrag der jeweiligen Pflegeeinrichtung vertrauen.

Das BMG hat darauf hingewiesen, dass Informationen zur tatsächlichen Auslastung einer ambulanten Pflegeeinrichtung bzw. zur Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen in der Regel denjenigen Pflegekassen vorlägen, die Vereinbarungspartner der Vergütungsvereinbarung sind. Insofern hätte ein Austausch zwischen den antragsbearbeitenden Pflegekassen der Testkostenerstattung und den Vertragspartner-Pflegekassen dahingehende Informationsdefizite beseitigen können. Daneben seien auch Nachweismöglichkeiten in Form von anonymisierten Belegungsstatistiken im stationären Bereich oder von anonymisierten Kundenlisten im ambulanten Bereich möglich gewesen.

Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes ist zwar grundsätzlich ein Austausch zwischen der antragsbearbeitenden Pflegekasse und der Vertragspartner-Pflegekasse möglich. In der Praxis wäre dies allerdings angesichts des kurzen Auszahlungszeitraumes und der Menge der Anträge mit Schwierigkeiten verbunden gewesen. Die Pflegekassen hätten zunächst bei jeder Pflegeeinrichtung die beteiligte Pflegekassen ermitteln müssen. Diese hätte dann bezüglich der notwendigen Angaben angeschrieben werden müssen. Bis zur Antwort wäre zusätzliche Zeit verstrichen. Dies erscheint unverhältnismäßig verwaltungsaufwendig.

### 4.4 Höherer Verwaltungsaufwand bei 31 Pflegekassen

Nach Auffassung des Bundesrechnungshofes ist durch die Bearbeitung der Anträge bei den beteiligten 31 Pflegekassen erheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand entstanden. Dieser war im Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen nicht vollständig berücksichtigt. Die 31 Pflegekassen hatten somit einen finanziellen Nachteil gegenüber den Pflegekassen, die nicht die Erstattung der Testkosten zu bearbeiten hatten.

Der GKV-Spitzenverband hat die vom Bundesrechnungshof angeregte Honorierung des Verwaltungsmehraufwandes für die gesetzlichen Pflegekassen begrüßt.

Das BMG hat darauf verwiesen, dass „nach § 46 Absatz 3 SGB XI ... den Pflegekassen die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten auf Basis des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen erstattet“ würden. Unter Leistungsaufwendungen falle auch die Erstattung von Testkosten (also Beschaffungs- und Durchführungskosten). Der Mechanismus stelle sicher, dass die am Prüfverfahren beteiligten Pflegekassen einen höheren Erstattungsbetrag für den höheren Verwaltungsaufwand aufgrund des Prüfverfahrens erhalten würden. Auf Basis des finanziellen Volumens der Erstattung von Testkosten von rund 4,4 Mrd. Euro für den gesamten Zeitraum (Jahre 2020 bis 2023) ergäben sich zusätzliche Erstattungen von Verwaltungskosten im unteren dreistelligen Millionen-Euro-Bereich. Eine Benachteiligung der am Prüfverfahren beteiligten Pflegekassen sei daher nicht erkennbar.

Der Bundesrechnungshof ist auch weiterhin der Auffassung, dass der erhöhte Verwaltungsaufwand bei den 31 auszahlenden Pflegekassen nicht vollständig berücksichtigt ist.

Die Vorschrift des § 46 Absatz 3 SGB XI regelt die pauschalierte Verwaltungskostenerstattung der Pflegekassen an die Krankenkasse, denen sie zugehörig sind. Pflegekassen zahlen 3 %<sup>25</sup> des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen an die Krankenkasse.<sup>26</sup> Um Anreize zum wirtschaftlichen Verwaltungshandeln zu schaffen, sind die berücksichtigungsfähigen Verwaltungsausgaben begrenzt. Ein besonders hoher Verwaltungsaufwand der Pflegekasse ist daher letztlich von der zugehörigen Krankenkasse selbst zu tragen und wirkt sich auch im Finanzausgleich der Pflegekassen nicht aus.

Entscheidend ist jedoch in diesem Zusammenhang, dass durch freiwillige Nachweisverfahren bei den jeweiligen Pflegekassen lediglich ein zusätzlicher Aufwand entsteht, dem auch im Fall von Rückerstattungen seitens der Pflegeeinrichtungen keinerlei Ertrag gegenübersteht. Dabei haben zurzeit die auszahlenden Pflegekassen einen zusätzlichen Nachteil, sollten sie Rückforderungen geltend machen. Denn durch die Einnahme der Rückforderung verringern sich die Leistungsausgaben, sodass trotz erhöhtem Verwaltungsaufwand auch die Erstattung der Verwaltungskosten abnimmt. Es fehlt den Pflegekassen insofern an einem Anreiz, die Höhe der Erstattungen nachträglich zu überprüfen.

Als Argumentation gegen eine finanzielle „Belohnung“ für die Durchführung von Nachweisverfahren hat das BMG angeführt, dass eine Verschiebung von Finanzmitteln von den nicht prüfenden zu den prüfenden Pflegekassen nach derzeitigem Recht ohnehin wirkungslos bleiben würde. Denn entsprechende Finanzwirkungen würden über den monatlichen Finanzausgleich nach § 67 SGB XI im Folgemonat wieder ausgeglichen werden.

Dies sieht auch der Bundesrechnungshof so. Nach § 66 SGB XI werden die Leistungsaufwendungen sowie die Verwaltungskosten der Pflegekassen nach dem Verhältnis ihrer

---

<sup>25</sup> BGBl. 2023 I Nummer 155, PUEG vom 19. Juni 2023.

<sup>26</sup> § 3 Bestimmung des GKV-Spitzenverbands nach § 46 Absatz 3 SGB XI über die Verteilung der Verwaltungskostenerstattung der sozialen Pflegeversicherung (Pflegeverwaltungs-kostenbestimmung) vom 15. Dezember 2020 mit Wirkung ab 1. Januar 2021.

Beitragseinnahmen gemeinsam getragen. Zu diesem Zweck findet zwischen allen Pflegekassen ein Finanzausgleich statt. Bei diesem handelt es sich um einen Ausgabenausgleich.

Durch den Finanzausgleich kommen die zusätzlichen Erstattungen der Verwaltungskosten (laut BMG im dreistelligen Millionen-Euro-Bereich) nicht nur den 31 Pflegekassen, sondern allen Pflegekassen zugute.

## 5 Empfehlung

Der Bundesrechnungshof empfiehlt auch nach der Stellungnahme des BMG für die Zukunft, bei ähnlichen Unterstützungsmaßnahmen für Pflegeeinrichtungen schon im Antragsverfahren – vor Auszahlung von Mitteln – Belege, wie z. B. Lieferscheine von Tests, von den Pflegeeinrichtungen anzufordern. Nach den bisherigen Erfahrungen kooperieren die Pflegeeinrichtungen mit den Pflegekassen zu diesem Zeitpunkt besser als nach der Auszahlung. So könnte auch ein möglicher Missbrauch in einem frühen Stadium verhindert werden.

Zusätzlich hätte ein Nachweis der Pflegeeinrichtungen über die tatsächliche Zahl ihrer Pflegebedürftigen zum Zeitpunkt der Antragstellung in anonymisierter Form eine wirksame Überprüfung der Höchstmengen erleichtert. Wenn Pflegekassen Nachweisverfahren durchführen und Rückforderungen geltend machen, verursacht dies weiteren Verwaltungsaufwand, der nicht erstattet wird. Dieser Umstand erschwert eine wirksame Kontrolle.

Da die Auszahlung der Testkosten und Durchführungsaufwendungen zunächst vorläufig erfolgte, können auch zum jetzigen Zeitpunkt noch Anträge überprüft und Rückerstattungen geltend gemacht werden. Wir regen daher an, dass die Pflegekassen stichprobenhaft Kontrollen durchführen.

Ahrendt

Dr. Weber

Wyrwoll

Beglaubigt: Hupertz, Tarifbeschäftigte

Wegen elektronischer Bearbeitung ohne Unterschrift und Dienstsiegelabdruck.