

COVID-19-Testszenarien: Bundesregelungen

Ein Überblick für Arztpraxen



	COVID-19-Krankheitssymptome		Meldung „Erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App		Risikogebiete		Konktpersonen/Ausbrüche oder Präventivmaßnahmen in entspr. Einrichtungen	
	Kurativer Test		Asymptomatisch		Asymptomatisch		Asymptomatisch	
	Kassenpatient	Privatpatient	Kassenpatient	Privatpatient			Kassenpatient	Privatpatient
Rechtsgrundlage	EBM	GOÄ	EBM	GOÄ	Rechtsverordnung (RVO) des Bundes*		Rechtsverordnung (RVO) des Bundes*	
Vorgehen	Patient geht zum Arzt		Patient geht „mit Meldung“ zum Arzt		Rückreise Risikogebiet Testung innerhalb 10 Tage (Ausl.)/14 Tage (Inl.) bei Arzt/Testzentrum		Aufforderung ÖGD gem. §§2-4 RVO; Bestätigung Einrichtung; Test bei Arzt/Testzentrum	
Abstrich	02402 8,02€ 02403** 7,03€	GOÄ nach Bedarf	02402A 8,02€ 02403** 7,03€	GOÄ nach Bedarf	n.a.***	15,00 €	n.a.***	15,00 €
Versicherten-, Grund-, Notfall-, Besuchs-, Aufwandspauschale etc.	Nach Bedarf		-	Nach Bedarf	-		-	
Kennzeichnung Laborbudget	32006	-	32006	-	-		-	
Kennzeichnung Corona-Verdacht	88240 (je Behandlungstag)	-	-		-		-	
Formular Veranlassung****	Muster 10C		Muster 10C		Muster OEGD		Muster OEGD	
Formular Laborauftrag	Ankreuzen „Diagnostische Abklärung“		Ankreuzen „Testung nach Meldung ‚erhöhtes Risiko‘ durch Corona-Warn-App“		Ankreuzen „§4 Nr. 4 a) RVO Auslandsaufenthalt“		Ankreuzen §2-4 RVO entsprechend Indikation	
Auftrag bzw. Nachweis Gesundheitsamt erforderlich?	Nein		Nein		Ausl.: Vorlage Boardingpass, Hotelrechnung, etc.; Inl.: Auftrag ÖGD		Ja, bzw. ärztl. bestätigter Kontakt	

* Separate Teststrategien der Länder, regionale Sondervereinbarungen, PoC-Antigen Testung im Rahmen der RVO §4 „Verhütung der Verbreitung“ für Einrichtungen und Unternehmen teilweise indiziert. Erstattung der Beschaffungskosten für PoC-Antigen-Tests von max. 7,00 € pro Test.

** nicht neben Pauschale

*** gemäß regionaler Vereinbarung mit dem ÖGD, z.B. Rahmenvereinbarung zwischen ÖGD/Land und KV, BW: GOP 99531; B: GOP: 98060

**** Die Verwendung des entsprechenden Formulars ist verpflichtend!

COVID-19-Testszzenarien: Länderregelungen*

Ein Überblick für Arztpraxen

Vorgehen	GOP/ Vergütung	Versicherten-, Grund-, Not- fall-, Besuchs-, Aufwands- pauschale etc.	Formular Veran- lassung**	Formular Laborauftrag	Notwendige Bescheinigung	Kostenträger
----------	-------------------	---	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------

Baden-Württemberg

Personal KiTa/ Schule mit Berech- tigungsschein (bis 01.11.2020)	99533/ 12,00 €	Nach Bedarf	Muster OEGD	„Regionale Sonder- vereinbarung“ an- kreuzen und 99535 eintragen	Berechtigungs- schein der Schulen für Leh- rer notwendig	Land Baden- Württemberg
---	----------------	-------------	----------------	---	---	----------------------------

Bayern

Bürger geht zum Arzt	98050*** (Arzt- praxis)/ 25,00 € 98051*** (Hausbesuch) / 45,00 € 98052*** (Mitbesuch)/ 35,00 €	Nach Bedarf	Muster OEGD	Feld „regionale Sondervereinba- rung“ ankreuzen und 98055 eintra- gen, Übergangswei- se Muster 10 mit „98055 - Bayeri- sches Testangebot“	Nein	Freistaat Bayern, Kostenträger- nummer 71800 „Bayerisches Landesinstitut für Gesundheit“
-------------------------	---	-------------	----------------	--	------	---

Brandenburg

Personal Kita/ Schule geht zum Arzt (max. 6x von 03.08.-30.11.); Stichproben	90840/ 25,00 €	-	Muster 10	-	Berechtigungs- schein Arbeit- geber bzw. be- suchter Einrich- tung	„Kita-Testungen“ = LASV (Kostenträger- nummer 83896); „Schul-Testungen“ = MBS (Kostenträger- nummer 83897)
--	----------------	---	-----------	---	--	---

Hamburg

Beschäftigte an Schulen gehen zum Arzt (mit Be- rechtigungsschein)	98243/ 25,00 €	-	Muster 10	-	Berechtigungs- schein der Schulbehörde	Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB), VKNR 02804, IK-Nr. 000002804
---	----------------	---	-----------	---	--	---

Hessen

Lehrkraft/Erzieher geht zum teil- nehmenden Arzt (max. alle 14 Tage)	98250****/ 15,00 €	98251 – 5,00 € (1x/Tag, Laborversand) 98252 – 0,80 € (post. Überm. Negativbef.)		Vordrucke der KVH		Hessisches Kultus- ministerium, VKNR 45810 (IK 100045810), Kosten- trägergruppe 30, Kostenträger Ab- rechnungsbereich 00 und EBM
---	-----------------------	--	--	-------------------	--	---

Vorgehen	GOP/ Vergütung	Versicherten-, Grund-, Not- fall-, Besuchs-, Aufwands- pauschale etc.	Formular Veran- lassung**	Formular Laborauftrag	Notwendige Bescheinigung	Kostenträger
----------	-------------------	---	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------

Mecklenburg-Vorpommern

Pädagogisches Personal Schule/ Kita geht zum Arzt (Bestätigung für jeden Test)	93417/ 25,00 €	-	Muster 10C	Vermerk „93418“	Bestätigung Schule/Kita für jeden Test	Kostenträger päd. Personal Schule = Bildungsministerium (78801, IK100078801), päd. Personal Kita = Sozialministerium (78802, IK100078802)
--	----------------	---	------------	-----------------	--	---

Niedersachsen

Lehrkräfte gehen mit Berechtigungsschein zum Arzt (1-2x bis 12.10.2020)	97121/ 37,50 €	-	Muster OEGD	ABGELAUFEN	Berechtigungsschein der Schulen	Kostenträger Niedersächsisches Kultusministerium (VKNR 17810)
---	----------------	---	-------------	------------	---------------------------------	---

NRW – KVNO

Beschäftigter Schule/Kita geht zum Arzt (3x zwischen 26.10. und 22.12.)	97050/ 20,00 €	-	Muster 10C	Vermerk „MAGS“ neben 10C rechts oben; Vermerk „97052“; Angabe Telefonnummer Testperson	Berechtigungs-nachweis Arbeitgeber	-
---	----------------	---	------------	--	------------------------------------	---

NRW – KVWL

Beschäftigter Schule/Kita geht zum Arzt (3x zwischen 26.10. und 22.12.)	97050/ 20,00 €	-	Muster 10C	Vermerk „SNR 97050“; Ankreuzen „Tätigkeit in Einrichtung“ und „Gemeinschaftseinrichtung“; Angabe Telefonnummer Testperson	Berechtigungs-nachweis Arbeitgeber	-
---	----------------	---	------------	---	------------------------------------	---

Sachsen

Lehrkraft geht zum teilnehmenden Arzt (max. alle 7 Tage)	99135/ 25,00 €	-	Muster 10	-	Bescheinigung des LaSuB	Kostenübernahme Freistaat Sachsen (Kostenträger LaSuB VKNR 98887, IK 100098887)
--	----------------	---	-----------	---	-------------------------	---

Thüringen

Beschäftigte Schule/ Kita, Tagesmütter gehen zum Arzt (mit Berechtigungsschein)	99258/ 25,00 €	-	Muster 10	Eintrag Kostenträger: Sonderkasse „TMBJS“	-	Vertrag KVT mit Freistaat Thüringen; Sonderkasse „TMBJS“ (VKNR: 93801, IK: 100093801)
---	----------------	---	-----------	---	---	---

* Rechtsgrundlage: erweiterte Teststrategie Land

** Die Verwendung des entsprechenden Formulars ist verpflichtend!

*** Rückwirkend zum 01.07.2020

**** Angabe des Kostenträgers, „Hessisches Kultusministerium“, VKNR 45810 (IK 100045810), Kostenträgergruppe 30, Kostenträger Abrechnungsbereich 00 und EBM