

Fallbeispiel: begründeter klinischer Verdacht auf Infektion SARS-CoV-2:


Der Patient sucht z. B. mit respiratorischen Symptomen die Praxis auf, der Arzt nimmt einen Abstrich vor und gibt diesen an ein Labor mit dem Muster 10C weiter.

Abrechnung in der Arztpraxis:

- Arzt liest die Gesundheitskarte ein und nimmt den Abstrich vor
- abgerechnet wird nach EBM die GOP 02402 auf einem ambulanten Schein
- wenn im Quartal keine Versicherten-, Grund-, Konsiliar- oder Notfallpauschale abgerechnet wird, kann der Zuschlag 02403 abgerechnet werden
- Kennziffer 88240 (für extrabudgetäre Vergütung)
- Kennziffer 32006 (Laborausnahmekennnummer → keine Belastung des Laborbudgets)
- Praxis stellt das Formular Muster 10C aus zur Beauftragung eines Vertragsärztlichen Labors (das Formular Muster 10C kann über die Fa. Kohlhammer Verlag bezogen werden)
- angekreuzt wird „Diagnostische Abklärung (GOP 32816)“ und geht mit dem Abstrich an das Labor

Abrechnung Labor:

- Labor erhält den Abstrich und das Muster 10C und rechnet nach der GOP 32816 ab (zusätzlich kann die GOP 40100 Versandmaterial, Transport, Ergebnisübermittlung abgerechnet werden)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="2">Name Vorname des Versicherten</td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherten-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr.</td><td>Arzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> <tr><td colspan="3"><small>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</small></td></tr> <tr><td colspan="2">Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers</td><td>Arzt-Nr. des Erstveranlassers</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name Vorname des Versicherten		geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<small>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</small>			Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers	<p>Auftrag für SARS-CoV-2 Testung >>>>> <i>Muster nicht kopieren!</i> <<<<<<</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Auftragsnummer des Labors Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</p> </div> <p>Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____</p>	<div style="text-align: right;"> <p>10CBF</p>  Quartal _____ Geschlecht <input style="width: 20px;" type="text"/></div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> Ersttestung <input type="checkbox"/> weitere Testung </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																				
Name Vorname des Versicherten		geb. am																		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																		
<small>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</small>																				
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers		Arzt-Nr. des Erstveranlassers																		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Testung nach Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App (GOP 32811) </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostische Abklärung (GOP 32816) </div> </div>																				
<p>Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen ambulant/stationär (z.B. Rettungsdienste, Reiseeinrichtungen)</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:</td> <td><input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen ambulant/stationär (z.B. Rettungsdienste, Reiseeinrichtungen)	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)	<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)												
<input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:	<input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen ambulant/stationär (z.B. Rettungsdienste, Reiseeinrichtungen)	<input type="checkbox"/> Pflege- und anderen Wohneinrichtungen (z.B. Justizvollzugsanstalten, andere Massenunterkünfte)																		
<input type="checkbox"/> Tätigkeit in Einrichtung:	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Kitas, Schulen)	<input type="checkbox"/> Sonstigen Einrichtungen (z.B. nicht medizinische Reha- und Vorsorgeeinrichtungen, ambulante Dienste der Eingliederungshilfe)																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Das Einverständnis des Versicherten zum Übermitteln des Testergebnisses für Zwecke der Corona-Warn-App auf den vom RKI betriebenen Server wurde erteilt. Dem Versicherten wurden Hinweise zum Datenschutz ausgehändigt. Daten für das Gesundheitsamt/RKI - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz Telefonnummer des Versicherten _____ </div>																				
Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 10Ca/E (6.2020)		Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt _____ PRF. NR. _____																		