

Fallbeispiel: Meldung „Erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App:


Der Patient sucht die Arztpraxis auf, da ihm die Corona-Warn-App anzeigt, dass er sich in den vergangenen 14 Tagen in riskanter Nähe mit einer Corona-positiv getesteten Person befand.

Abrechnung in der Arztpraxis:

- Arzt liest die Gesundheitskarte ein und nimmt den Abstrich vor
- abgerechnet wird nach EBM die GOP 02402A auf einem ambulanten Schein
- wenn im Quartal keine Versicherten-, Grund-, Konsiliar- oder Notfallpauschale abgerechnet wird, kann der Zuschlag 02403 abgerechnet werden
- Kennziffer 32006 für Laborkosten (keine Belastung des Laborbudgets)
- 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 Testung nach Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona Warn-App (GOP 32811)

Abrechnung Labor:

- Labor erhält den Abstrich und das Muster 10C und rechnet nach der GOP 32811 ab (zusätzlich kann die GOP 40101 Kostenpauschale zur GOP 32811 und die 12221 Zuschlag zur GOP 32811 abgerechnet werden)

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></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"><i>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</i></td></tr> <tr><td>Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers</td><td colspan="2">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	<i>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</i>			Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers		<p style="text-align: center;">Auftrag für SARS-CoV-2 Testung >>>>> <i>Muster nicht kopieren!</i> <<<<<<</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Auftragsnummer des Labors</p> <p>Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!</p> </div> <p>Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____</p>	<p style="text-align: center;">10CBF</p>  <p>Quartal _____ Geschlecht _____</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																							
Name, Vorname des Versicherten																							
		geb. am																					
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																					
<i>Eintrag nur bei Weiterüberweisung!</i>																							
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers	Arzt-Nr. des Erstveranlassers																						
<p><input checked="" type="checkbox"/> Testung nach Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App (GOP 32811)</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostische Abklärung (GOP 32816)</p>																							
<p>Besondere Risikomerkmale einer Weiterverbreitung (sofern zutreffend, bitte ankreuzen)</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Betreut/untergebracht in:</td> <td><input type="checkbox"/> Medizinischen Einrichtungen (ambulante/stationäre (z.B. Rettungsdienste, Reha-Einrichtungen))</td> <td><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 (ambulante/stationäre (z.B. Rettungsdienste, Reha-Einrichtungen))	<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 (ambulante/stationäre (z.B. Rettungsdienste, Reha-Einrichtungen))	<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)																					
<p><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.</p> <p>Daten für das Gesundheitsamt/RKI - Übermittlung gemäß Infektionsschutzgesetz Telefonnummer des Versicherten _____</p>																							
		<p>Vertragsarztstempel / Unterschrift obenw. Arzt</p>																					
<p>Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. Muster 10Ca/E (6.2020) PPF NR.</p>																							