

Fallbeispiel: Bewohner/innen Bayerns (Bayerisches Testkonzept)

Abstrichnahme bei Beauftragung der **Reihentestungen** durch das Gesundheitsamt.
Abstrichnahme bei Lehr-/Schulpersonal und Erzieher/-innen bei Beauftragung durch Leiter der Schule bzw. der Kita.

Abrechnung Arzt:

- die Abrechnung der Stundenvergütung von Covid19-Reihentestungen erfolgt auf eigenem Abrechnungsschein
- die Kostenträgernummer 71800 „Bayerisches Landesinstitut für Gesundheit“ ist zu verwenden. Der Datensatz ist stets als „ambulante Behandlung“ anzulegen. Als Patientennamen ist anzugeben „Reihentestung“, als Vorname „Corona“, als Geburtsdatum 01.07.2020 und als Anschrift Elsenheimerstr. 39, 80687 München
- Für die Kodierung ist die Z10 (Allgemeine Reihenuntersuchung) einzutragen.
- Für jeden Tag der Reihentestung (außerhalb der Praxis) ist mit Datumsangaben die GOP 98053 (Arzt) und ggf. die GOP 98054 (Praxispersonal) anzugeben. Die Anzahl der Stunden ist als Multiplikator im Feld 5005 einzutragen. Bei Abstrichen in der Praxis die GOP 98050 anzugeben.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Reihentestung		Abrechnungsschein		05	
71800 Hilfskostenträger LEG/ Bay. Landesinstitut für Gesundheit		Name, Vorname des Versicherten Reihentestung, Corona		<input checked="" type="checkbox"/> ambulante Behandlung		<input type="checkbox"/> bei belegärztlicher Behandlung	
geb. am 01.07.2020		Status		<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen		Quartal <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="20"/>	
100071800		Praxisindividuell zu befüllen		<input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie		<input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie	
Praxisindividuell zu befüllen		Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen		Z10		Geschlecht <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Tag Mon. Tag Mon.		Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides		TTMMJJ			
01	07	98053	(x2)	Mutmaßlicher Tag der Entbindung			
		98054	(x2)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
02	07	98053	(x5)	Stationäre belegärztliche Behandlung			
		98054	(x5)	Tag Monat Tag Monat			
03	07	98053	(x3)	von <input type="text"/> <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="text"/>			
<p>Beispiel mehrere Reihentestungen an unterschiedlichen Tagen</p> <p>2 Stunden (Arzt + Praxispersonal)</p> <p>5 Stunden (Arzt + Praxispersonal)</p> <p>3 Stunden (Arzt)</p>				<p>Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.</p> <p>Datum _____ Unterschrift _____</p>			
<p>Verbindliches Muster</p> <p>Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten</p> <p>Muster 5 (10.2014)</p>							
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen							