

Überblick Testszzenarien zum Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

Bislang hatten Versicherte grundsätzlich nur Anspruch auf einen Test auf SARS-CoV-2, wenn sie COVID-19 assoziierte Symptome hatten, die auf eine Erkrankung hindeuten. Dieser Anspruch wurde durch eine entsprechende Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit auch auf Personen, die keine Symptome haben, erweitert. Im Ergebnis ergeben sich nun verschiedene Testszzenarien für Vertragsärzte, die sich unter anderem in der Abrechnung und Dokumentation unterscheiden:

1. Patient zeigt Krankheitssymptome

Der Patient hat Krankheitssymptome, die auf eine Coronavirus-Infektion hinweisen. Der Hausarzt veranlasst eine Testung, die eine medizinische Begründung erfordert. Diese ist im Auftrag anzugeben. Als Orientierungshilfe dienen die [Testkriterien des RKI](#).

Die Abrechnung erfolgt über den EBM: Der Abstrich ist Teil der Grund- beziehungsweise Versichertenpauschale. Der PCR-Test wird mit der GOP 32816 (59,00 Euro, ab 1. Juli 39,40 Euro) abgerechnet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

2. Testung aufgrund von Corona-Warn-App-Benachrichtigung

Erhält der Patient über die Corona-Warn-App (siehe nachfolgend unter „Die Corona-Warn-App“) eine Benachrichtigung, dass eine sog. Risiko-Begegnung stattgefunden hat, kann der behandelnde Hausarzt einen PCR-Test auf SARS-CoV-2 veranlassen. Das RKI erarbeitet aktuell mit der KBV Empfehlungen zum Umgang mit der Corona-Warn-App für Hausärzte. Sobald diese vorliegen, informieren wir umgehend an dieser Stelle.

Die Kodierung erfolgt wie in Fällen ohne Infektionsverdacht. Demnach müssen Ärzte zunächst die Z11 G (Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten) mit der U99.0! G (Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2) kodieren. Die weitere Kodierung ist vom Testergebnis abhängig. Bei negativem Testergebnis bleibt diese Kodierung erhalten. Bei positivem Testergebnis geben Ärzte Z22.8 G (Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten) zusammen mit U07.1 G (COVID-19, Virus nachgewiesen) an. Daneben kann Z20.8 G (Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten) kodiert werden, um abzubilden, dass es sich um eine Kontaktperson handelt.

Der Abstrich wird mit 10 Euro (GOP 02402) vergütet, hinzu kommt die Grund- beziehungsweise Versichertenpauschale. Sie ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig und zwar ausschließlich bei Versicherten, die sich infolge eines Warnhinweises der App testen lassen. Kurative Abstriche bei Versicherten mit Symptomen sind weiterhin Teil der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale.

3. Reihentestung in Kitas, Schulen oder Pflegeheimen

Aufgrund einer kürzlich in Kraft getretenen Verordnung des Bundesgesundheitsministeriums können Reihen Testungen durchgeführt werden, wenn in Kitas oder Schulen eine Person an

COVID – 19 erkrankt ist. In Pflegeeinrichtungen oder Pflegediensten ist dies unabhängig von dem Vorliegen eines bestätigten Falls möglich.

Ob ein Reihentest durchgeführt wird, entscheidet das zuständige Gesundheitsamt. Dieses hat dabei die Möglichkeit, Vertragsärzte mit der Abstrichentnahme zu beauftragen. Ohne einen entsprechenden Auftrag darf in diesen Fällen keine Abstrichentnahme erfolgen. Weitere Details, insbesondere zur Abrechnung, werden derzeit noch zwischen den Beteiligten Verbänden festgelegt. Sobald diese vorliegen, informieren wir umgehend.

4. Testung auf eigenen Wunsch, Patient zeigt keine Symptome

Zeigt der Patient keine Krankheitssymptome, die auf eine Corona-Infektion hinweisen, und erhielt er auch keinen Warnhinweis von der Corona-Warn-App, hat er keinen Anspruch auf eine Testung und damit auch nicht auf Übernahme der Kosten.

Unbenommen davon kann er den Test auf eigenen Wunsch durchführen lassen, muss die Kosten dafür aber selber tragen. Die Kosten wären in diesem Fall nach GOÄ abgerechnet.