



DR. ZIMMERMANN RECHNET AB

Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung? Mailen Sie der Redaktion:

info@medizinundmedien.eu

Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden anonymisiert veröffentlicht.



Dr. med. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzterverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

Vergütung von **Corona-Abstrichen** neu geregelt: So wird`s gemacht!

Im Zusammenhang mit den verschiedenen zur SARS-CoV-2-Diagnostik zur Verfügung stehenden Antigentests hat der Bewertungsausschuss die Vergütung von Abstrichen zur Testung auf das Coronavirus neu geregelt. Danach erhalten Ärzte für die Abstrichentnahme auch bei symptomatischen Patienten seit 1. Oktober eine Vergütung nach 02402 EBM (8,12 Euro) und 02403 EBM (7,12 Euro). Bisher war dies nur bei Tests aufgrund eines Hinweises der Corona-Warn-App möglich. Dieses Honorar wird aber nur gezahlt, wenn im gleichen Quartal keine Versichertenpauschale zum Ansatz kommt. Ist dies der Fall, reduziert

sich das Honorar auf den Ansatz der 02402 EBM und damit auf 8,12 Euro. Die Vergütung von Abstrichen bei Einreisenden aus Risikoländern bleibt nach den Bestimmungen der Rechtsverordnung (RVO) in der Regel bei 15 Euro und wird weiter gesondert über die zuständige KV abgerechnet.

WICHTIG: Bisher war die Abstrichentnahme bei symptomatischen Patienten Bestandteil der Versichertenpauschale. Künftig kann die 02402 EBM auch bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer SARS-CoV-2-Infektion als Zusatzpauschale im Zusammenhang mit der Entnahme von Körpermaterial für Untersuchungen nach den Laborleistungen 32779 EBM (Antigentest) oder 32816 EBM (PCR-Test) berechnet werden.

Das Gespräch im Zusammenhang mit einer möglichen Testung, das bisher obligater Bestandteil der Leistung war, wird in den fakultativen Leistungsinhalt überführt. Ein notwendiges Gespräch z.B. nach 03230 EBM kann deshalb ggf. zusätzlich berechnet werden und würde bei einem positiven Testergebnis durch Kennzeichnung mit der 88240 ebenso wie die Abstrichentnahme und weiteren Leistungen extrabudgetär vergütet.

Das sind die neuen EBM-Leistungen oder Bewertungsänderungen zur Diagnostik des Coronavirus SARS-CoV-2

EBM	Legende	Euro	Bemerkungen
02402	Abstrichentnahme zur Testung auf das SARS-CoV-2-Virus, einmal am Behandlungstag, viermal im Behandlungsfall	8,12	bei kurativen Fällen z.B. bei RKI-Kriterien
02402A			nach Warnung durch die Corona-Warn-App und nicht neben Nr. 88240
02403	Zuschlag zur Nr. 02402, einmal am Behandlungstag, viermal im Behandlungsfall	7,12	nur berechnungsfähig, wenn keine Versichertenpauschale zum Ansatz kommt

Quelle: Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses (60. Sitzung) bzw. des Bewertungsausschusses (521., 524. und 525. Sitzung)

Fällt der Test negativ aus, wird nur die 02402 EBM außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt. Alle anderen Leistungen, auch die 02403 EBM, sind dann Bestandteil der MGV.

Sonderfall App

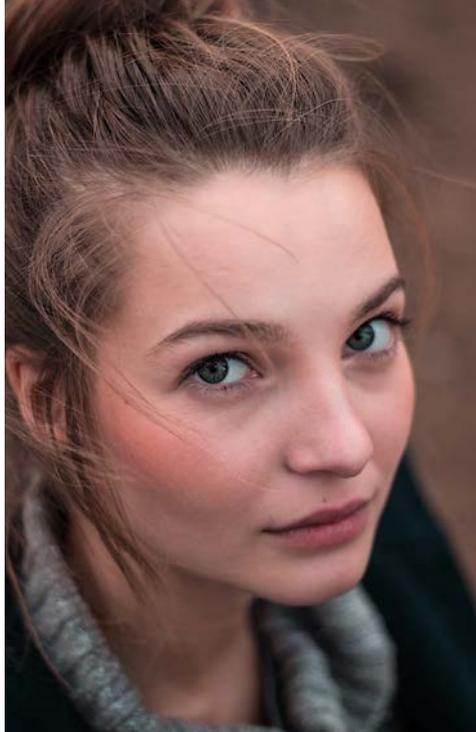
Bei Patienten mit einer Warnung der Corona-Warn-App besteht die Sonderregelung, dass die 02402A EBM auch berechnungsfähig ist, wenn als Ergebnis dieses (fakultativen) Gesprächs keine Abstrichentnahme erfolgt. Die 02402A EBM ist weiterhin einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, jedoch höchstens viermal im Behandlungsfall.

Gleiches gilt für die Anzahlfrequenz der 02403 EBM. Da diese nur ohne die Versichertenpauschale berechnungsfähig ist, käme sie z.B. bei allen HZV-Patienten zum Einsatz.

Erfolgt ein Abstrich infolge einer App-Warnung, muss dies mit der neuen bundeseinheitlichen 02402A EBM abgerechnet werden. In diesen Fällen können die abgerechneten Leistungen – da es sich um einen präventiven Fall handelt – nicht mit der 88240 gekennzeichnet werden. Die Möglichkeit der Abrechnung der 02402 und 02403 EBM ist zunächst bis 31. März 2021 befristet.

Kennzeichnung jetzt enger gefasst

In diesem Zusammenhang ist noch erwähnenswert, dass der Bewertungsausschuss – zunächst beschränkt auf das vierte Quartal 2020 – die Kriterien für eine Kennzeichnung von Leistungen in Zusammenhang mit klinischem Verdacht auf eine SARS-CoV-2-Infektion präzisiert hat. Die 88240 soll jetzt nur noch bei „begründetem klinischen Verdacht“ oder einer nachgewiesenen Infektion möglich sein. Die Begründung muss sich laut Beschluss aus dem RKI-Flussschema ergeben (Vorliegen COVID-19-typischer Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinische oder radiologische Hinweise auf virale Pneumonie). ●



Wann ist eine HPV-Impfung bei Jugendlichen eine Kassenleistung?

Die Frage, wann Jugendliche auf Kassenkosten gegen Humane Papillomviren (HPV) geimpft werden können, ist auch in der Hausarztpraxis relevant. Denn seit zwei Jahren ist die HPV-Impfung nicht nur für Mädchen, sondern auch für Jungen eine Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Vorzugsweise sollte die Impfung im Alter von 9 bis 14 Jahren stattfinden, die Impfserie kann aber auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen. Die erste Impfung muss allerdings spätestens einen Tag vor dem 18. Geburtstag verabreicht werden. Bei einem späteren Zeitpunkt hingegen ist die Kostenübernahme durch die GKV klärungsbedürftig. Grundsätzlich sind die Impfungen, die nach dem 18. Geburtstag erfolgen, Selbstzahlerleistungen. Eine Verordnung und Abrechnung zulasten der GKV ist in einigen KV-Bereichen aber bis einem Tag vor dem vollendeten 19. Lebensjahr möglich. Man sollte im Zweifelsfall deshalb den Verordnungsweg und auch die Abrechenbarkeit der Leistungen von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Vorfeld möglichst schriftlich kontrollieren lassen.

Handelt es sich um eine Kassenleistung, kommen die nachfolgenden Abrechnungspositionen zum Ansatz

GOP	Legende
89110A	Erste und – je nach Alter – ggf. zweite Impfdosis gegen HPV
89110B	Letzte Impfdosis gegen HPV

WICHTIG: Wechselt ein Jugendlicher nach der Vollendung seines 18. Lebensjahres von einer privaten Krankenversicherung (z.B. der Eltern) zu einer gesetzlichen Krankenkasse, ist die Fortsetzung der Impfserie einschließlich des Impfstoffs eine Privatleistung (IGeL)! ●