

Test auf COVID-19: Welche Patienten unter welchen Voraussetzungen?

1 Ambulanter COVID-19 Erkrankter oder -verdächtiger

In diesem Fall läuft die Testung und Versorgung über die Krankenkasse (GKV oder PKV). Ist der Patient gesetzlich versichert, gibt er seine Chipkarte ab, der Arzt rechnet seine Grundpauschale ab und macht den Abstrich. Der Abstrich wird dem Arzt nicht gesondert vergütet, sondern geht ins Labor, das die EBM-Ziffer 32816 (59 €) mit der KVB ab. Für den gesetzlich Versicherten entstehen keine Kosten.

Ist der Patient privat versichert, kann der Arzt für den Abstrich, die Untersuchung und Beratung zum Beispiel die GOÄ-Ziffer 1 (Beratung einfacher Satz 4,66 €), die GOÄ-Ziffer 5 (einfache Untersuchung, einfacher Satz 4,66 €), die GOÄ-Ziffer 298 (Abstrich, einfacher Satz 2,33 €) in Rechnung stellen. Die Laboruntersuchung wird vom ausführenden Labor selbst in Rechnung gestellt (für Sars-Cov-2 PCR derzeit etwa 180 €). Dem privat versicherten Patienten entstehen folgende Kosten: 10,72 € + 10,72 € + 3,50 € = 24,94 € beim Arzt (da hier meist nicht der einfache, sondern der 2,3 fache Satz berechnet wird) und 184,80 € fürs Labor.

2 Kontaktpersonen oder Reihenuntersuchungen

In diesem Fall obliegt dem Gesundheitsamt die Untersuchung. Die ärztliche Leistung sowie die Laboruntersuchung im LGL werden durch den öffentlichen Gesundheitsdienst vorgenommen. Den Patienten dieses Personenkreises entstehen keine Kosten.

3 Freitestung für Grenzgänger und andere, vergleichbare Fälle

Hier wird die Testung als sogenannte individuelle Gesundheitsleistung (IGel) gehandhabt, das heißt der Arzt rechnet nach GOÄ privat mit dem Probanden ab.

Das Vorgehen und die Abrechnung erfolgt wie bei PKV-Patienten (siehe Punkt 1) mit dem Unterschied, dass hier meist der einfache Satz abgerechnet. Die Preise kann der durchführende Arzt aber gestalten, indem er auch andere Steigerungssätze ansetzt.

Den Probanden entstehen folgende Kosten: 11,65 € (- xx € s.o.) beim Arzt, 78 - 99 - 120 € fürs Labor (abhängig vom Labor).

4 Freitestungen für Alten-/Pflegeheimaufnahmen oder vor stationärer Krankenhausaufnahme

Vorgehen wie in der unter Punkt 3) beschriebenen Fallkonstellation. Kostenträger ist in der Regel der Proband, evtl. aber auch der Veranlasser des Tests, also das Heim oder die Klinik.

5 Tests bei Personen, die einen Warnhinweis durch die neue Corona-Warn-App erhalten haben

Für gesetzlich Versicherte, die zu diesem Personenkreis gehören, wurden neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Die Abrechnung des Abstrichs erfolgt über die neue Gebührenordnungsposition (GOP) 02402, die mit (91 Punkte/10 Euro) bewertet ist. Die neue EBM-Ziffer wird extrabudgetär zuzüglich zur Grund- beziehungsweise Versichertenpauschale vergütet. Auch für die Laboruntersuchung infolge eines Warnhinweises durch die App gibt es neue Leistungen im EBM. Laborärzte rechnen die GOP 32811 (39,40 Euro) für den Nukleinsäurenachweis und die GOP 12221 (14 Punkte/1,54 Euro) für die ärztliche Leistung ab. Mit der Pauschale 40101 (2,60 Euro) werden die Kosten für Transport und Übermittlung des

6 Politisch gewollte Testung gesunder Probanden, die keinen Warnhinweis durch die Corona-Warn-App erhalten haben:

Seit etwa 3 Wochen wird politisch, aber auch aus epidemiologischer Sicht gefordert, möglichst viel zu testen, auch völlig asymptomatische Personen, die in gefährdeten Berufen arbeiten (Heime, Krankenhäuser, Schulen, Kindergärten etc.) oder auch Personen, die als Multiplikatoren wirken könnten.

Diese Personen sind weder erkrankt (also liegt kein Fall wie in Punkt **1** beschrieben vor) noch Kontaktpersonen Erkrankter (also liegt auch keine Konstellation wie in Punkt **2** beschrieben vor).

An sich müsste die Testung in diesen Fällen also analog der unter Punkt 3) beschriebenen Konstellation behandelt und berechnet werden. Dies entspricht aber nicht der politischen Vorgabe!
Nach derzeitigem Kenntnisstand des Bayerischen Hausärztesverbandes ist diese Konstellation immer noch nicht geklärt (die GKV wehrt sich gegen die Kostenübernahme).