

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg Sonderausgabe zum Nachweis des Coronavirus (Stand: 24.02.2021)

- Corona-ICD-Kodes auf einen Blick
- Symptomatische Personen (gesetzlich versichert)
- Symptomlose Personen nach TestV (gesetzlich und privat versichert)
- SARS CoV 2-Test für Schulbeschäftigte
- Corona-Testmöglichkeiten (Stand: 16.01.2021)
- Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV)
- Mehr Abrechnungsmöglichkeiten bei telefonischer Konsultation (**wieder in Kraft – bis 31.03.21**)
- AU-Bescheinigung (**wieder in Kraft – bis 31.03.21**)
- Vergütung des Postversands von Folgerezepten, Überweisungen und anderen Verordnungen (**wieder in Kraft – bis 31.03.21**)
- Videosprechstunde: Begrenzung wird ausgesetzt (**bis 31.03.21**)
- Videosprechstunde: Psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik (**bis 31.03.21**)
- Videosprechstunde: Durchführung der schmerztherapeutischen Beratung
- Videosprechstunde: Funktionelle Entwicklungstherapie per Video (**bis 31.03.21**)
- Videosprechstunde: Feststellung einer AU
- Umwandlung von Gruppen- in Einzeltherapie (**bis 31.03.21**)
- Untersuchungszeiträume ab U6 ausgesetzt (**bis auf weiteres***)
- Onkologie-Vereinbarung (**bis 31.12.20**)
- Sicherstellung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (**bis 31.03.21**)
- Mammographie-Screening - Übergangsregelungen für Fortbildungskurs vereinbart (**bis 31.12.20**)
- DMP-Ausnahmeregelung für Schulungen und Dokumentationen (**bis auf weiteres***)
- Hinweise zur Akupunktur
- Erleichterungen bei der Substitutionstherapie (bis 31.12.20 bzw. 31.03.21)
- Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin - Sonderregelung (**NEU und bis 31.03.21**)
- Praxisschließung
- Tests im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App (**ab 15.10. ungültig**)
- Mammographie-Screening – Einladungswesen (**beendet**)

Corona ICD-Kodes auf einen Blick

ICD-Kode	Verwendung
U07.1 !	COVID-19, Virus nachgewiesen: ist für COVID-19-Fälle vorgesehen, bei denen das Virus SARS-CoV-2 durch einen Labortest nachgewiesen wurde.
U07.2 !	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen: ist für COVID-19-Fälle vorgesehen, bei denen SARS-CoV-2 nicht durch einen Labortest nachgewiesen werden konnte, die Erkrankung jedoch anhand eines klinischen Kriteriums (z.B. mit COVID-19 zu vereinbarendes Symptom) und eines epidemiologischen Kriteriums (z.B. Kontakt zu einem laborbestätigten COVID-19-Fall) vorliegt.
U08.9	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet: Der Kode ist für Fälle vorgesehen, bei denen eine frühere, bestätigte Coronavirus-19-Krankheit zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führt. Die Person leidet nicht mehr an COVID-19.
U09.9 !	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet: Der Kode ist für Fälle vorgesehen, bei denen der Zusammenhang eines aktuellen, anderenorts klassifizierten Zustandes mit einer vorausgegangenen Coronavirus-19-Krankheit kodiert werden soll. Die Schlüsselnummer ist nicht zu verwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt.
U10.9	Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet: Der Kode ist für Fälle vorgesehen, bei denen ein durch Zytokinfreisetzung bestehendes Entzündungssyndrom in zeitlichem Zusammenhang mit COVID-19 steht.
U99.0 !	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2: Die neubelegte Schlüsselnummer beschreibt einen „Versorgungsanlass“ hinsichtlich der Behandlung von Personen, bei denen eine Infektion mit SARS-CoV-2 abgeklärt wird. Mit „spezielle Verfahren“ sind hier direkte labordiagnostische Verfahren zum Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2 gemeint.

Kein „!“ beim Kodieren

Bei den Kodes U07.1, U07.2, U09.9 und U99.0 handelt es sich um sogenannte Zusatzkodes (Erkennbar am „!“). Damit ist geregelt, dass sie eine ergänzende Information enthalten und mit mindestens einem weiteren Kode kombiniert werden müssen, der für eine Primärverschlüsselung

zugelassen ist. Das Ausrufezeichen gehört zur Bezeichnung des Kodes, es wird aber bei der Kodierung nicht angegeben.

Nur Zusatzkennzeichen „G“

Die Kodes können ausschließlich mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (gesichert) für die Diagnosesicherheit

angegeben werden. Die Kodes U07.1! und U07.2! sind nicht zu verwenden, wenn ein Verdacht besteht, ohne dass die Kriterien des Robert Koch-Instituts (RKI) sicher erfüllt sind. Eine Kennzeichnung mit V, A oder Z ist entsprechend ausgeschlossen.

Symptomatische Personen (gesetzlich versichert)

Abrechnung durch den veranlassenden Arzt

Die Entscheidung, wer in kurativen Fällen auf SARS-CoV-2 getestet wird, liegt beim Arzt. Das RKI empfiehlt eine Testung, wenn mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- **Schwere respiratorische Symptome** (bspw. durch akute Bronchitis oder Pneumonie, Atemnot oder Fieber)
 - **Akute Hypo- oder Anosmie bzw. Hypo- oder Ageusie** (Störung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns)
 - **Ungeklärte Erkrankungssymptome und Kontakt (KP1)) mit einem bestätigtem COVID-19 Fall**
 - **Akute respiratorische Symptome jeder Schwere UND**
 - Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe ODER
 - Tätigkeit in Pflege, Arztpraxis, Krankenhaus ODER
 - Erhöhter Expositionswahrscheinlichkeit bspw. im Rahmen eines möglichen Ausbruchs, bei Veranstaltungen mit > 10 Personen in geschlossenen und unzureichend durchlüfteten Räumen und unzureichender Anwendung der AHA+L-Regeln ODER
 - Kontakt im Haushalt oder zu einem Cluster von Personen mit klinischen Symptomen ungeklärter Ursache UND eine erhöhte COVID-19 7-Tages-Inzidenz (>35/100.000 Einwohner) im Land-/Stadtkreis ODER
 - Während des Zeitraums der Symptomatik bestand die Möglichkeit (Expositionssetting) einer Weiterverbreitung an viele Personen ODER
 - Weiterhin enger Kontakt zu vielen Menschen (Als LehrerInnen, ChorleiterInnen, TrainerInnen, SexarbeiterInnen, etc.) oder zu RisikopatientInnen (in Familie, Haushalt, Tätigkeit)
 - **Klinische Verschlechterung bei bestehender Symptomatik**
- Abrechnung über EBM**
- eGK des Patienten wird wie gewohnt eingelesen
 - Die **Abstrichentnahme** kann seit dem 1. Oktober mittels der **GOP 02402** EBM (8,13 € / extrabudgetär) abgerechnet werden.
 - Zusätzlich ist für die Behandlung die **Versicherten-, Grund-, Konsiliar- bzw. Notfallpauschale** berechnungsfähig.
 - Ist keine **Versicherten-, Grund-, Konsiliar- bzw. Notfallpauschale** berechnungsfähig, kann zusätzlich zur GOP 02402 die **GOP 02403** EBM (7,13 € / mgv) angesetzt werden.
 - Zusätzlich ist die Ziffer **88240** jeweils an den Tagen, an denen eine Behandlung aufgrund des begründeten klinischen Verdachts (Vorliegen COVID-19-typischer Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie) auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion

mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) erforderlich wird, in der Abrechnung zu dokumentieren, um den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbi-

ditätsbedingten Behandlungsbedarfs zu kennzeichnen.

- Beauftragung des PCR-Tests auf **Muster 10 C**

- Abrechnung von weiteren Leistungen, die erforderlich sind, z. B. **Hausbesuch** etc.

Kodierung: Fallbeispiel

Symptomatischer Patient ohne epidemiologisches Kriterium

Ein Patient klagt über Husten und gibt einen Verlust des Geruchssinns an. Ein epidemiologischer Zusammenhang mit einem nachgewiesenen COVID-19-Fall ist nicht erkennbar. Ein Labortest wird veranlasst.

1. Manifestation: z. B. **R05 G Husten und R43.0 G Anosmie**
2. Veranlassung des Tests: **U99.0 G**
3. Testergebnis
Negativ: **U07.2 G**
Positiv: **U07.1 G**

Abrechnung durch das beauftragte Labor

- Nukleinsäurenachweis nach **GOP 32816 EBM** (39,40 € / extrabudgetär)

ODER

- Antigen-Labor-Test nach **GOP 32779 EBM** (10,80 € / extrabudgetär) – derzeit noch nicht verfügbar

UND

- Transport- und Portokosten nach **GOP 40100 EBM** (2,60 €)
- Grundpauschale für Labor nach **GOP 12220 EBM** (1,56 €) → wird durch die KV zugesetzt
- Angabe der **88240** (Weiterführende Informationen)

s. „Abrechnung durch den veranlassenden Arzt“)

Kodierung

- Für Labore gilt auch hier die Befreiung von der spezifischen Verschließungspflicht (nach § 57a Abs. 2 BMV-Ä). Somit kann auch in diesen Fällen der Ersatzwert Z01.7 G angegeben werden

Symptomlose Personen nach TestV (gesetzlich und privat versichert)

Mit der neuen TestV wurde der Testanspruch für symptomlose Patienten ausgeweitet.

So sind ab dem 15.10. in bestimmten Fällen auch rein präventive Testungen, also Testungen, ohne dass ein Bezug zu einer Corona-

Infektion besteht, zur Verhütung der Verbreitung des Corona-Virus möglich.

In der Testverordnung wird zwischen drei Konstellationen unterschieden:

- Kontaktpersonen (auch Personen mit Warnung in der App)
- Verhütung der Verbreitung (rein präventive Testungen)
- Auftreten von Infektionen in Einrichtungen (Ausbruch)

Während in den meisten Fällen Nukleinsäurenachweise (z. B. PCR-Tests) empfohlen werden, sind bei rein präventiven regelhaften Testungen in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen grundsätzlich Antigentests einzusetzen.

Hierbei dürfen nur solche Antigen-Testverfahren eingesetzt werden, die auf der [Liste des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte](#) (BfArM) aufgeführt sind.

Bei Durchführung von Antigentests in der eigenen Praxis sind [Besonderheiten des Arbeitsschutzes](#) zu beachten.

Positive Antigentests müssen durch einen PCR-Test bestätigt werden.

Bei positivem **PoC-Antigentest**: Bestätigender PCR-Test über EBM (s. „Symptomatische Personen (gesetzlich versichert)“).

Bei positivem Antigen-**Labor**-test: Bestätigungsdiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (z. B. PCR) durch das Labor mittels desselben Untersuchungsmaterials. Vergütung erfolgt nach TestV (50,50 €).

Positive Nachweise eines SARS-CoV-2-Erregers sind namentlich meldepflichtig.

Testung in Einrichtungen

Sollen Mitarbeiter, Patienten/Bewohner und Besucher in Krankenhäusern, Einrichtungen des ambulanten Operierens, Dialyseeinrichtungen und Pflegeheimen vorsorglich getestet werden, müssen die Testkonzepte mit dem ÖGD abgestimmt werden. Dabei kann ausschließlich der PoC-Antigentest verwendet werden, sofern der ÖGD nichts Anderes bestimmt.

Weiterführende Information dazu weist die [Nationale Teststrategie](#) aus.

Abrechnung - Arztpraxis

Für die nach TestV festgelegten Personengruppen erhalten Vertragsärzte für alle mit dem

Abstrich verbundenen Leistungen pauschal **15,00 €**. Hierzu gehört neben der **Entnahme von Körpermaterial** auch das **Gespräch** mit der zu testenden Person sowie die **Ergebnismitteilung** und die **Ausstellung eines Zeugnisses** über das (Nicht-)Vorliegen einer Infektion. Dabei ist es egal, ob der Abstrich für eine Untersuchung im Labor oder für einen Schnelltest in der Praxis erfolgt. (Pseudo-GOP 88310).

Die **Sachkosten für POC-Antigentests** werden in Höhe der Beschaffungskosten, **bis maximal 9,00 €** je Test, erstattet (Pseudo-GOP 88312; bis einschl. 01.12.20: max. 7,00 € je Test). Um die Kosten erstattet zu bekommen, muss der €-Wert in Cent im Feld mit der Kennung 5012 eingegeben werden. Zudem ist als Bezeichnung „PoC-Antigentest“ einzutragen.

Testung von eigenem und fremdem Praxispersonal

Bei der Testung des eigenen Praxispersonals sind ausschließlich die Sachkosten (GOP 88312) berechnungsfähig. Die ärztliche Leistung (GOP 88310) kann entsprechend nicht in Ansatz gebracht werden. Gleiches gilt

für die Testung von ärztlichem und zahnärztlichem Personal anderer Praxen, da hier die Praxen selbst testen könnten.

Abstriche von Personal anderer humanmedizinischer Heilberufe, wie z.B. bei Ergo-, Logo-, Physiotherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten, werden hingegen mit 15,00 € vergütet (GOP 88310).

Für die Veranlassung der Laborleistungen ist immer das Muster OEGD zu verwenden, welches über den

Paul-Albrechts-Verlag bezogen werden kann.

Labordiagnostik

Die Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR-Test) wird mit **50,50 €** honoriert und beinhaltet neben den allgemeinen ärztlichen Laborleistungen auch das Versandmaterial und die Transportkosten.

Für den **Antigen-Labor-Test** erhalten Laborärzte **15,00 €**. Hierin sind ebenfalls die allgemeinen ärztlichen Laborleistungen sowie das Versandmaterial und die Transportkosten inbegriffen.

Ärztliche Schulung

Ärzte, die Mitarbeitende in nichtärztlichen Einrichtungen, zum Beispiel in Pflegeheimen, zur Anwendung und Auswertung von Schnelltests schulen, erhalten **70,00 €** (GOP 88311). Die Schulung kann je Einrichtung alle zwei Monate durchgeführt und abgerechnet werden

Dokumentation

In Abhängigkeit der Versichertenart bzw. der erbrachten Leistung sind die folgenden Dokumentationsvorgaben bei der Abrechnung nach TestV zu verwenden:

Gesetzlich-versicherte Personen	<ul style="list-style-type: none"> • Einlesen der Versichertenkarte • Angabe der Pseudo-GOP 88310 u./o. 88312 o. 88313 (Bei GOP 88312: Angabe der tatsächlich entstandenen Kosten bis max. 9,00 € (Achtung: bis 01.12. 7,- €); Feld 5012: Eingabe in Cent; Bezeichnung: "PoC-Antigentest") • ggf. Abrechnung weiterer erforderlicher Leistungen nach EBM
Privat-versicherte Personen	<p>Anlegen eines Abrechnungsscheins mit folgenden Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VKNR 48850 (Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)) • IK Nr. 100 048 850 • KTAB "06" • Name, Vorname, Geb. Datum sowie Adresse der getesteten Person • Angabe der Pseudo-GOP 88310 u./o. 88312 o. 88313 (Bei GOP 88312: Angabe der tatsächlich entstandenen Kosten bis max. 9,00 € (Achtung: bis 01.12. 7,- €); Feld 5012: Eingabe in Cent; Bezeichnung: "PoC-Antigentest") • Auf diesem Schein sind keine anderen Leistungen berechnungsfähig!
Schulung	<p>Anlegen eines Abrechnungsscheins mit folgenden Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VKNR 48850 (Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)) • IK Nr. 100 048 850 • KTAB "06" • Name: Bezeichnung der Einrichtung, Vorname: Testverordnung, Geb. Datum: 01.01.1980, Adresse der Einrichtung • Angabe der Pseudo-GOP 88311 • Auf diesem Schein sind keine anderen Leistungen berechnungsfähig! • In den Praxisunterlagen muss die auftraggebende Person dokumentiert werden

Übersicht über die Konstellationen nach TestV

Anspruch	Kontaktpersonen <ul style="list-style-type: none"> • Personen, die nach § 2 RVO Kontakt zu einer positiv getesteten Person hatten • Die Testung von Kontaktpersonen ist nach deren Feststellung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) o. einen Arzt möglich bzw. aufgrund einer Warnung in der Corona-Warn-App ("erhöhtes Risiko")
Grundlage	• § 2 TestV
Abrechnung veranlassende Praxis	88310: Abstrich (15,00 €) 88313: Ärztliches Gespräch zur Feststellung, ob es sich um eine Kontaktperson nach § 2 TestV handelt, sofern sich die betroffene Person gegen einen Test entscheidet (5,00 €) Ggf. 88312: Sachkosten PoC-Antigentest <ul style="list-style-type: none"> • Erstattung in Höhe der tatsächlichen Kosten bis max. 9,00 € je Test (bis max. 01.12. 7€)
Empfohlenes Testverfahren	• PCR-Test
Veranlassung	• Formular OEGD → § 2 TestV "Kontaktperson" bzw. "Meldung erhöhtes Risiko d. Warn-App"
Codierung	• Z00.8 (Sonstige Allgemeinuntersuchung)

Anspruch	Verhütung der Verbreitung (rein präventive Testungen)	
	Praxispersonal <ul style="list-style-type: none"> • präventive Testung von eigenem oder anderem Praxispersonal • 10 Tests pro Monat je Mitarbeiter 	Testung vor ambul. OP etc. <ul style="list-style-type: none"> • vor ambulanten Operationen, amb. Dialyse, amb. Krankenhausbehandlung • vor Aufnahme in Reha-Einrichtung, Pflegeheim
Grundlage	• § 4 Abs. 1 TestV	
Abrechnung veranlassende Praxis	88310: Abstrich (15,00 €) 88312: Sachkosten PoC-Antigentest <ul style="list-style-type: none"> • Erstattung in Höhe der tatsächlichen Kosten bis max. 9,00 € je Test (bis max. 01.12. 7€) WICHTIG! Der Abstrich beim eigenen Praxispersonal ist nicht berechnungsfähig.	
Empfohlenes Testverfahren	PoC-Antigentest bzw. Antigen-Labortest	PCR-Test
Veranlassung	• Formular OEGD → § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 TestV Verhütung der Verbreitung	
Codierung	• Z00.8 (Sonstige Allgemeinuntersuchung)	

Anspruch	Testung von Personen nach Ausbrüchen
	• Testung von Personen, die in einer Einrichtung tätig, untergebracht oder sonst anwesend sind/waren, in der ein Ausbruch durch die Einrichtung bzw. durch den ÖEGD festgestellt wurde (Gesundheits-, Pflege- sowie Gemeinschaftseinrichtungen (z. B. Kitas))
Grundlage	• § 3 TestV
Abrechnung veranlassende Praxis	88310: Abstrich (15,00 €) Ggf. 88312: Sachkosten PoC-Antigentest • Erstattung in Höhe der tatsächlichen Kosten bis max. 9,00 € je Test (bis max. 01.12. 7€)
Empfohlenes Testverfahren	PCR-Test
Veranlassung	• Formular ÖEGD → § 3 TestV Ausbruchsgeschehen
Codierung	• Z00.8 (Sonstige Allgemeinuntersuchung)

SARS CoV 2-Test für Schulbeschäftigte (gültig bis 30.06.2021)

Für die Testung von Schulbeschäftigten wurde folgendes vereinbart:

- Anspruch hat jeder Beschäftigte an einer Schule in Hamburg, also beispielsweise auch Sekretariatskräfte oder Hausmeister.
- Der Berechtigte erhält zur Legitimation eine **Bescheinigung der Schulbehörde**. Diese bringt er zum Arztbesuch mit. Der Berechtigungsschein wird in der Arztpraxis aufbewahrt; er ist nicht zur Abrechnung einzureichen.
- Der Arzt erhält **25,00 €** pro Abstrich. Abgerechnet wird die Nummer **98243**.
- Zur Anforderung beim Labor – das der Arzt

auswählt – wird das Muster 10 (nicht 10 C!) genutzt. **Das Labor rechnet die GOP 32816 EBM (39,40 €) ab.** Zusätzlich kann die GOP 12220 EBM (14 Punkte; 1,58 €) sowie die GOP 40100 EBM (2,60 €) abgerechnet werden.

- Die Abrechnungen von Arzt und Labor müssen unter der **VKNR 02804** erfolgen, damit die Kosten identifiziert und der Schulbehörde in Rechnung gestellt werden können. Die VKNR muss per Hand im PVS hinterlegt werden. Wählen Sie hierfür im Praxisverwaltungssystem (PVS) unter Stammdaten "Neue Krankenkasse hinzufügen". Anschließend gelangen

Sie in den Krankenkassenstamm, in dem Sie die neue Kasse anlegen. Hier können Sie die Daten des Kostenträgers (**Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB), VKNR 02804, IK-Nr. 100002804** (gültig ab 01.07.20) eintragen. **Zudem ist KTAB „06“ anzugeben.** Bei Fragen zur Eingabe im PVS wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Vertriebspartner oder Systembetreuer.

- Auf dem Abrechnungsschein können ausschließlich die laut Vertrag gültigen Leistungen abgerechnet werden!
- Die Auszahlung der entsprechenden Gelder er-

folgt mit der Quartalsabrechnung.

- Der Vertrag wurde bis zum **30.06.2021** verlängert.

- Kodierung
Z11 G „Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten“ und **U99.0 G** für die Veranlassung des Tests.

→ **Positives Ergebnis:**
zusätzlich U07.1 G und Z22.8 G

→ **Negatives Ergebnis:**
keine zusätzliche Kodierung

Corona-Testmöglichkeiten (Stand: 16.01.2021)

	Personen mit COVID-19-Symptomen	Meldung „erhöhtes Risiko“ durch Corona-Warn-App	Einreisende aus ausländischem Risikogebiet	Vom ÖGD definierte Kontaktperson	Beschäftigte an einer hamburger Schule (04.01.21 bis 30.06.21)
Besuchsdienst	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallpraxis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Testzentrum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arztpraxis	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Privatleistung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Berechtigungs-nachweis	eGK	Rote Warnung in der App	./.	Auftrag des ÖGD	Bescheinigung der Schulbehörde (verbleibt in der Praxis)

Hinweis: Mit dem 15. Januar 2021 schließt das Corona-Testzentrum am Hamburger Hauptbahnhof/ZOB

Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV – Version vom 08.02.2021)

Im Rahmen der Coronavirus-Impfverordnung können sich Personen bescheinigen las-

sen, dass sie an einer Erkrankung leiden, die in der

Impfverordnung in der Priorität 2 oder 3 eingestuft ist.

Das Attest geht nicht auf die konkrete Indikation ein, sondern bestätigt lediglich die Tatsache, dass eine Erkran-

kung im Sinne von § 3 Ziffer 2 bzw. § 4 Ziffer 2 der Coronavirus-Impfverordnung besteht.

In den beiden Paragraphen sind die Krankheiten aufgeführt, bei denen eine Impfung prioritär erfolgen sollte.

<p>Vorerkrankungen nach Paragraph 3 Ziffer 2 der Impfverordnung (Priorisierungsgruppe 2)</p>	<p><u>Personen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mit Trisomie 21 • mit Demenz • mit geistiger Behinderung • mit schwerer psychiatrischer Erkrankung (insb. Bipolare Störung, Schizophrenie o. schwere Depression) • nach Organtransplantationen • mit malignen hämatologischen Erkrankungen oder behandlungsbedürftigen soliden Tumorerkrankungen, die nicht in Remission sind oder deren Remissionsdauer weniger als fünf Jahre beträgt • mit interstitieller Lungenerkrankung, COPD, Mukoviszidose oder einer anderen, ähnlich schweren chronischen Lungenerkrankung • mit Diabetes mellitus (mit HbA1c \geq 58 mmol/mol oder \geq 7,5%) • mit Leberzirrhose oder einer anderen chronischen Lebererkrankung • mit chronischer Nierenerkrankung • mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 40) • bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein sehr hohes oder hohes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht 	<p><u>Beispiel:</u> „Bei Herrn Klaus Mustermann liegt eine Erkrankung im Sinne von Paragraph 3 Ziffer 2 der Impfverordnung vor.“</p>
<p>Vorerkrankungen nach Paragraph 4 Ziffer 2 der Impfverordnung (Priorisierungsgruppe 3)</p>	<p><u>Personen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • mit behandlungsfreien in Remission befindlichen Krebserkrankungen, wenn die Remissionsdauer mehr als fünf Jahre beträgt • mit Immundefizienz oder HIV-Infektion, Autoimmunerkrankungen oder rheumatologische Erkrankungen • mit einer Herzinsuffizienz, Arrhythmie, einem Vorhofflimmern, einer koronaren Herzkrankheit oder arterieller Hypertonie • mit zerebrovaskulären Erkrankungen, Apoplex oder 	<p><u>Beispiel:</u> „Bei Herrn Klaus Mustermann liegt eine Erkrankung im Sinne von Paragraph 4 Ziffer 2 der Impfverordnung vor.“</p>

	<p>einer anderen chronischen neurologischen Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit Asthma bronchiale • mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung • mit Diabetes mellitus (mit HbA1c < 58 mmol/mol oder < 7,5%) • mit Adipositas (Personen mit Body-Mass-Index über 30) • bei denen nach individueller ärztlicher Beurteilung aufgrund besonderer Umstände im Einzelfall ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf nach einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht 	
--	--	--

Folgende Leistungen können in diesem Zusammenhang abgerechnet werden:

GOP 88320	Ausstellung Zeugnis im Kontext der CoronalmpfV, gegebenenfalls inklusive Code für die Terminvergabe (5,00 Euro)
GOP 88321	Portopauschale im Kontext der CoronalmpfV (0,90 Euro)

Die genannten Leistungen können sowohl für gesetzlich als auch für privatversicherte Personen erbracht und abgerechnet werden. Wie auch die

Leistungen nach TestV (GOP 88310-88313) können die GOP 88320 und 88321 mit der Quartalsabrechnung eingereicht werden. In Abhän-

gigkeit der Versichertenart sind die folgenden Dokumentationsvorgaben bei der Abrechnung nach CoronalmpfV zu berücksichtigen:

Gesetzlich-versicherte Personen	<ul style="list-style-type: none"> • Einlesen der Versichertenkarte • Angabe der Pseudo-GOP 88320 und ggf. 88321 • ggf. Abrechnung weiterer erforderlicher Leistungen nach EBM
Privat-versicherte Personen	<p>Anlegen eines Abrechnungsscheins mit folgenden Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • VKNR 48850 (Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS)) • IK Nr. 100 048 850 • KTAB "06" • Name, Vorname, Geb. Datum sowie Adresse der getesteten Person • Angabe der Pseudo-GOP 88320 und ggf. 88321 • Auf diesem Schein sind keine anderen Leistungen berechnungsfähig!

Alle Abrechnungsunterlagen sind bis zum 31.12.2024 in der Praxis aufzubewahren; sie sind nicht an die KVH zu übermitteln.

Bitte weisen Sie Ihre Patienten explizit darauf hin, dass

das Attest zur grundsätzlichen Impfberechtigung noch nicht eine konkrete Impfung zur Folge hat. Die Sozialbehörde wird die Gruppen jeweils aufrufen. Erst wenn die entsprechende Personengruppe zur Impfung aufgefor-

dert wird, kann der Patient einen Termin buchen und wahrnehmen.

Coronavirus-Impfverordnung (Aktuellste Version vom 08.02.2021)

Mehr Abrechnungsmöglichkeiten bei telefonischer Konsultation (bis 31.03.21)

Angesichts der rasant steigenden Infektionszahlen können ab dem 2. November wieder mehr telefonische Konsultationen berechnet werden.

Hierzu werden die bereits im Quartal 2/2020 eingeführten Gebührenordnungspositionen 01433 und 01434 bis zum 31.03.2021 reaktiviert.

Wie in der Vergangenheit können die telefonischen

Konsultationen nur bei bekannten Patienten abgerechnet werden. Bekannt bedeutet hierbei, dass sich der Patient in mindestens einem der zurückliegenden sechs Quartale in der Praxis in Behandlung befunden haben muss (2/2019 bis 3/2020). Denn nur dann ist davon auszugehen, dass dem Arzt bzw. dem Psychotherapeuten die Erkrankung des Patienten bekannt ist.

Zur sachgerechten Darstellung wurden für die einzelnen Arztgruppen unterschiedliche Gesprächskontingente festgelegt.

Die konkreten Abrechnungsbestimmungen sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt.

Fachgruppen	GOP	Erläuterungen
Psychotherapeuten, Neurologen, Nervenärzte, Psychiater, FÄ für Psychosomatische Medizin	GOP 01433 (154 Pkt./ 17,16 €) als Zuschlag zur GOP 01435 (88 Pkt./ 9,80 €) für die telefonische Beratung oder als Zuschlag zur Grundpauschale (GP) ➤ bis zu 343,20 € pro Patient im Quartal zzgl. GOP 01435 bei ausschließlicher telefonischer Beratung (1x im BHF; 2x im BHF bei Kindern unter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis zu 20-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von min. 10 Min. Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson (= max. 200 Min./Quartal) ▪ Werden im selben Quartal persönliche Gespräche nach den GOP 14220, 16220, 21220, 22220 bzw. 23220 abgerechnet, so werden diese auf das Kontingent angerechnet (die GOP 01433

	<p>12 J.) oder zzgl. GP bei persönlichem Kontakt oder Videosprechstunde</p>	<p>EBM kann entsprechend seltener abgerechnet werden)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die GOP 01433 wird auch dann vergütet, wenn die GP abgerechnet wurde.
<p>Hausärzte, Kinderärzte und Schmerztherapeuten</p>	<p>GOP 01434 (65 Punkte / 7,24 €) als Zuschlag zur GOP 01435 (88 Pkt./ 9,80 €) für die telefonische Beratung oder zur Versichertenpauschale (VP) (03000/04000) oder GP 30700</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ bis zu 43,44 € pro Patient im Quartal zzgl. GOP 01435 bei ausschließlicher telefonischer Beratung (1x im BHF; 2x im BHF bei Kindern unter 12 J.) oder zzgl. VP/GP bei persönlichem Kontakt oder Videosprechstunde 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bis zu 6-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von min. 5 Min. Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson (= max. 30 Min./Quartal) ▪ Die GOP 01434 fließt bei Haus- und Kinderärzten in das Budget für die Gesprächsleistungen (GOP 03230, 04230, 04231) ein, sofern im gleichen Fall eine Versichertenpauschale, aufgrund eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes, in Ansatz gebracht wird. ▪ Die GOP 01434 wird auch dann vergütet, wenn die VP oder GP abgerechnet wurde
<p>Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, fachärztliche Internisten, Orthopäden, FÄ für Sprach-, Stimm-, und kindliche Hörstörungen, Urologen</p>	<p>GOP 01434 (65 Punkte / 7,24 €) als Zuschlag zur GOP 01435 (88 Pkt./ 9,80 €) für die telefonische Beratung durch einen Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ bis zu 36,20 € + 9,80 € pro Patient im Quartal bei ausschließlicher telefonischer Beratung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bis zu 5-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von min. 5 Min. Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson (= max. 25 Min.) ▪ Leistungen können nur dann abgerechnet werden, wenn in dem Quartal ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden
<p>Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, MKG, Nuklearmediziner, Pathologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, PRM</p>	<p>GOP 01434 (65 Punkte / 7,24 €) als Zuschlag zur GOP 01435 (88 Pkt./ 9,80 €) für die telefonische Beratung durch einen Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ bis zu 14,48 € + 9,80 € pro Patient im Quartal bei ausschließlicher telefonischer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bis zu 2-mal im Arztfall für ein telefonisches Gespräch von min. 5 Min. Dauer (aufgrund einer Erkrankung) mit dem Patienten oder einer Bezugsperson (= max. 10 Min.) ▪ Leistungen können nur dann abgerechnet werden, wenn in dem Quartal

	Beratung	ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden
--	----------	--

AU-Bescheinigung per Telefon (*wieder in Kraft – bis 31.03.21*)

Auch die Regelung zur Ausstellung einer AU (**Muster 1**) per Telefon wurde zum **19.10.2020** reaktiviert, um der Ausbreitung des Coronavirus entgegenzuwirken. Gleiches gilt für die „Ärztliche Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes“ (**Muster 21**).

Das Ausstellen einer AU nach telefonischer Anamnese ist für bis zu 7 Tage möglich und kann bei Bedarf einmalig um weitere 7 Tage verlängert werden.

Voraussetzung ist, dass es sich um eine leichte Erkrankung der oberen Atemwege handelt. Dies gilt auch dann, wenn der Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus besteht.

Die Versicherten- bzw. Grundpauschale kann abgerechnet werden, wenn die

Patientin oder der Patient in dem Quartal mindestens einmal in der Praxis war oder einen Arzt-Kontakt per Videosprechstunde hatte.

Bleibt es in dem Quartal bei einem telefonischen Kontakt, ist die Bereitschaftspauschale (**GOP 01435 / ca. 10 €**) berechnungsfähig.

Für den **Versand der AU-Bescheinigung** kann die neue **Pseudo-GOP 88122 (0,90 €)** in Ansatz gebracht werden.

Wenn der Kontakt in einem Quartal ausschließlich telefonisch stattfindet, können bei bekannten Patienten die Daten aus dem System gezogen werden. Handelt es sich jedoch um **neue Patienten**, so sind die folgenden Informationen telefonisch beim Patienten zu erfragen:

- Bezeichnung der Krankenkasse
- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Versichertenart
- Postleitzahl
- Wohnort

Bitte beachten Sie, dass eine AU-Bescheinigung ausschließlich per Post an den Patienten übermittelt werden kann, da dem Arbeitgeber die Ausführung in Papier vorzulegen ist. Eine Übermittlung per Fax ist somit ausgeschlossen.

Die Regelung war zwischenzeitlich aufgehoben worden (01.06. bis 18.10.), wird aber aufgrund des erneuten bundesweiten Anstiegs der COVID-19-Infektionszahlen vorerst bis zum **31.03.2021** wieder in Kraft gesetzt.

Vergütung des Postversands von Folgerezepten, Überweisungen und anderen Verordnungen (*wieder in Kraft – bis 31.03.21*)

Da persönliche Arzt-Patienten-Kontakte aufgrund der Ausbreitung des Coronavirus vermehrt durch andere Arzt-Patienten-Kontakte, wie z. B. Videosprechstunden o. telefonische Kontakte, ersetzt werden, können seit dem 02.11.20 Folge-Arzneimittelverordnungen, Überweisungsscheine und andere Verordnungen befristet bis zum **31.03.2021** an die Versicherten per Post versendet und abgerechnet werden. Die Regelung gilt für folgende Vordrucke:

- Folgeverordnungen von Arzneimitteln (auch BtM-Rezepte) sowie von Verband- und Hilfsmitteln, die auf **Muster 16** verordnet werden, wie z. B. Stomabeutel (Sehhilfen und Hörhilfen ausgenommen),
- Verordnungen einer Krankenbeförderung (**Muster 4**),
- Überweisungen (**Muster 6 und 10**)
- Folgeverordnungen für die häusliche Krankenpflege (**Muster 12**) sowie

für Heilmittel (**Muster 13, 14, und 18**)

- Folgeverordnungen zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (**Muster 63**)
- **Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch:** Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden/ärztlichen Anordnungen (Abrechnung der GOP 88122 neben GOP 01820 EBM möglich)

Für den Versand kann wie auch bei den AU-Bescheinigungen die neue GOP **88122 EBM (0,90 €)** abgerechnet werden

Der Versand von Folge-Arzneimittelverordnungen, Überweisungen etc. darf nur an bekannte Patienten erfolgen. Bekannt heißt, dass der Patient in mindestens einem der vorherigen sechs Quartale in der Praxis behandelt wurde.

Wenn im Arztfall keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnet werden kann, weil der Kontakt im betroffenen Quartal ausschließlich telefonisch stattfindet, dann ist in diesen Fällen die **GOP 01435 EBM** (Haus- / Fachärztliche Bereitschaftspauschale – **ca. 10 €**) berechnungsfähig.

Spricht ein Patient am Praxistelefon mit dem medizinischen Personal, nicht aber mit dem Arzt selbst, kann die **GOP 01430 EBM** (Verwaltungskomplex - **ca. 1,35 €**) berechnet werden.

Auch in diesen Fällen ist die GOP 88122 EBM für den Versand von Verordnungen, Überweisungen und Hilfsmittelrezepten in Ansatz gebracht werden. Die im EBM genannten Ausschlüsse zur Abrechnung von Versandkosten neben den GOP 01430 und 01435 EBM werden entsprechend übergangsweise ausgesetzt.

Die Regelungen gelten vorerst bis zum 31.03.2021.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 529. Sitzung

Videosprechstunde: Begrenzung wird ausgesetzt (bis 31.03.21)

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich darauf geeinigt die Fallzahl-Limitationen bei den Videosprechstunden aufzuheben. Damit können Ärzte sowie Psychotherapeuten diese Leistung unbegrenzt anbieten und abrechnen.

Normalerweise dürfen Ärzte und Psychotherapeuten pro Quartal maximal jeden fünften Patienten ausschließlich per Video behandeln, ohne dass dieser in die Praxis kommen muss.

Auch die Menge der Leistungen, die in Videosprechstunden durchgeführt werden

dürfen, ist auf 20 Prozent begrenzt. Für den Rest ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.

Die Regelung gilt befristet für die Quartale 2/2020 bis 1/2021.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 478.Sitzung

Videosprechstunde: Psychotherapeutische Sprechstunde und Probatorik (bis 31.03.21)

Im Zuge der Corona-Krise hat der Bewertungsausschuss festgelegt, dass die Psychotherapeutische Sprechstunde sowie die Probatorik (auch neuropsychologische Therapie) in Ausnahmefällen derzeit auch ohne unmittelbaren persönlichen Kontakt per Video durchgeführt werden kann, beispielsweise wenn

dem Patienten ein Aufsuchen der Praxis nicht zumutbar ist. **Dies sollte jedoch besonderen Einzelfällen vorbehalten bleiben.**

Akutbehandlungen und Gruppentherapien sind von dieser Ausnahmeregelung nicht betroffen und dürfen entsprechend weiterhin nicht

im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden. Weitere Informationen zu den Gruppentherapien sind in Abschnitt „Umwandlung von Gruppen- in Einzeltherapie“ aufgeführt.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 485.Sitzung

Videosprechstunde: Durchführung der schmerztherapeutischen Beratung

Zukünftig kann auch die Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie nach der **GOP 30708 EBM** (ab 01.04.2020 ca. **18,50 €**) per Video erbracht und abgerechnet werden.

Hierzu hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 01.04.2020 den Leistungsumfang im Rahmen der Videosprechstunden erweitert.

Diese Regelung wurde nicht als Übergangslösung be-

schlossen und gilt somit dauerhaft.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 486.Sitzung

Videosprechstunden: Funktionelle Entwicklungstherapie (bis 31.03.21)

Zur Erleichterung der sozial-psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Krise haben KBV und GKV-Spitzenverband eine Sonderregelung vereinbart.

So kann die funktionelle Entwicklungstherapie bis zum 31.03.2021 auch per Video durchgeführt werden.

Da die bereits im EBM vorhandene GOP 14310 EBM zur Abbildung der funktionellen Entwicklungstherapie aus

fachlicher Sicht nicht im vollen Umfang per Video durchführbar ist, wird eine neue Leistung in den EBM aufgenommen. Es handelt sich hierbei um die **GOP 14223**, welche mit 102 Punkten (**11,37 €**) bewertet ist und je vollendete 15 Minuten abgerechnet werden kann.

Wie auch bei anderen Videosprechstunden kann zudem der Technikzuschlag nach der GOP 01450 in Ansatz gebracht werden.

Patienten müssen Mitarbeitern bekannt sein

Für die Behandlung per Video müssen die SPV-Mitarbeiter den Patienten kennen. Das heißt: Der Patient war in den letzten vier Quartalen (einschließlich des aktuellen Quartals) mindestens einmal in der Praxis.

Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 496. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Umwandlung von Gruppen- in Einzeltherapie (bis 31.03.2021)

Genehmigte Leistungen einer Gruppenpsychotherapie können übergangsweise in Einzelpsychotherapie umgewandelt werden, ohne dass hierfür eine gesonderte Antragstellung bei der Krankenkasse oder Begutachtung erfolgen muss.

Die Regelung gilt befristet bis zum 31. März 2021.

Die Umwandlung erfolgt über die „Therapieeinheit“ und

muss lediglich formlos der Krankenkasse mitgeteilt werden (kein Formular notwendig).

Für je eine Therapieeinheit genehmigte Gruppentherapie (entspricht einer Sitzung mit 100 Minuten) kann bei Bedarf maximal je Patient der Gruppe eine Einzeltherapie (entspricht einer Sitzung mit 50 Minuten) durchgeführt und abgerechnet werden.

Einzel Sitzungen können, sofern erforderlich, auch in einer Videosprechstunde durchgeführt werden.

Ergänzung der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom 23.03.2020

Untersuchungszeiträume ab U6 ausgesetzt

Um nicht unbedingt notwendige Patientenkontakte in den Praxen zu vermeiden, haben die KBV und der GKV-Spitzenverband vereinbart, dass die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ab der U6 vorerst auch außerhalb der im EBM genannten Untersuchungszeiträume erbracht und abgerechnet werden dürfen. Betroffen hiervon sind die **GOP 01716, 01717, 01718, 01719 und 01723 EBM**.

Die Ausnahmeregelung ist am 25.03.2020 in Kraft getreten und **gilt, solange der Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellt – und bis zu drei Monate darüber hinaus**.

Unter Umständen kann es dazu kommen, dass die Eingabe der betroffenen Leistungen (GOP 01716, 01717, 01718, 01719 und 01723 EBM) außerhalb der vorge-

schriebenen Zeiträume im Praxisverwaltungssystem nicht möglich ist. In diesen Fällen ist das jeweilige Softwarehaus zu informieren. Die Leistungen dürfen den gesetzlich versicherten Patienten nicht privat in Rechnung gestellt werden.

[Vereinbarung zur Änderung der Kinder-Richtlinie](#)

Onkologie-Vereinbarung (bis 31.12.20)

Ärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) teilnehmen, müssen aufgrund der Coronavirus-Pandemie für das Jahr 2020 weniger Fortbildungen nachweisen. Die KBV konnte sich mit dem GKV-Spitzenverband auf eine Sonderregelung verständigen.

Da aufgrund der Coronavirus-Pandemie und der damit einhergehenden Absage/Verschiebung von zahlreichen Kongressen und Fortbildungen die geforderten Nachweise für das Jahr 2020 nur schwer zu erreichen sind, konnte folgende Sonderrege-

lung für das Kalenderjahr 2020 vereinbart werden:

- Nachweis von mindestens 30 (statt 50) CME-Punkten
- Teilnahme an mindestens einer (statt zwei) industrieneutralen durch die Ärztekammer zertifizierten Pharmakotherapieberatung.

Zusätzlich wurde eine Öffnungsklausel vereinbart, sofern im Jahr 2020 – aus nicht durch den Arzt zu verantwortenden Gründen – keine Teilnahme an einer Pharmakotherapieberatung möglich ist.

Keine Sonderregelungen wurden zu den nachzuweisenden Mindestpatientenzahlen (§ 7 Nr. 5), der Fortbildung des Personals (§ 7 Nr. 3) und zu der stichprobenweisen Überprüfung der einheitlichen Dokumentation (§ 10 Absatz 1) getroffen.

[Onkologie-Vereinbarung §7 Nr. 7](#)

Sicherstellung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (bis 31.03.21)

Zur Sicherstellung der Versorgung von Dialyse-Patienten haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband auf eine teilweise Lockerung einiger Vorschriften verständigt. Damit soll eine schnelle und unbürokratische Reaktionsfähigkeit im Bedarfsfall hergestellt werden.

Die Ärzte müssen die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg darüber informieren, wenn sie von den Dialyse-Vorgaben abweichen. **Die getroffene Vereinbarung gilt bis zum 31.03.21.**

Die Kostenpauschalen nach den GOP 40835 und 40836 EBM sind ausdrücklich auch

bei Vorliegen einer COVID-19 Infektion, bei Patienten die unter Quarantäne stehen sowie bei Kontaktpersonen der Kategorie I abrechenbar.

Vereinbarung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes zur akuten Sicherstellung der Versorgung von dialysepflichtigen Patientinnen und Patienten in Anbetracht der gegenwärtigen COVID-19-Pandemie

Mammographie-Screening - Übergangsregelungen für Fortbildungskurs vereinbart (bis 31.12.20)

Beim Mammographie-Screening-Programm wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie Übergangsregelungen für die Durchführung von Fortbildungskursen vereinbart. So können Abwei-

chungen von den Fristen und der Reihenfolge der Fortbildungskurse zum Erhalt der fachlichen Befähigung und der angeleiteten Tätigkeiten anerkannt werden. Zudem ist die Anerkennung eines Fort-

bildungskurses auch dann möglich, wenn dieser online durchgeführt wird.

Die Übergangsregelung gilt **befristet bis zum 31.12.20.**

DMP-Ausnahmeregelung für Schulungen und Dokumentationen *(bis auf weiteres)

Auch bezüglich der DMP-Dokumentationen und Schulungen wurden aufgrund des Coronavirus Ausnahmeregelungen beschlossen.

***So wird die Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an empfohlenen Schulungen für die Dauer**

der durch den Deutschen Bundestag festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite ausgesetzt.

Zudem ist auch eine quartalsbezogene Dokumentation für den zuvor genannten Zeitraum nicht erforderlich, so-

weit sie sich auf Untersuchungen an dem Patienten bezieht, die aufgrund der Vermeidung einer Ansteckung mit COVID-19 nicht durchgeführt werden können.

Vergütung

Trotz der Aussetzung von Dokumentationspflichten und

Patientenschulungen bei DMP gilt auch weiterhin unverändert: Die Vergütung für den koordinierenden DMP-Arzt erfolgt auf Basis der fristgerecht versandten Dokumentation. Wird keine Dokumentation vorgenommen, so kann die entsprechende DMP-Leistungen auch nicht abgerechnet werden.

DMP-Dokumentationen im Rahmen von Videosprechstunden

Für DMP-Patienten gelten hinsichtlich der Form von

ärztlichen Konsultationen keine Sonderregelungen.

Wenn die aktuell aus medizinischer Sicht für die DMP-Dokumentation erforderlichen Untersuchungen telemedizinisch durchführbar sind, kann auf dieser Basis die DMP-Dokumentation erfolgen. Dies kann auch telefonische Konsultationen umfassen.

Die in den DMP empfohlenen Mindestintervalle für klinische Untersuchungen und Laborkontrollen sind weiterhin zu berücksichtigen. Ob im DMP

empfohlene klinische oder Laboruntersuchungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie im Einzelfall verschoben werden sollen, liegt in der Entscheidung des Arztes. Laborkontrollen im Rahmen von Hausbesuchen (auch durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten) sind ebenfalls möglich.

[Änderung der DMP- Anforderungen-Richtlinie \(DMP-A-RL\)](#)

Hinweise zur Akupunktur

Aufgrund der besonderen Situation kann es vorkommen, dass die in der Qualitätssicherungsvereinbarung § 5 Abs. 3 bzw. 4 aufgeführte maximale Behandlungsdauer

(bei bis zu 10 Akupunktur-Sitzungen längstens sechs Wochen, bei bis zu 15 Akupunktur-Sitzungen längstens zwölf Wochen), überschritten wird.

Die Gründe für die Überschreitung sind in der Patientenakte zu dokumentieren.

Erleichterungen bei der Substitutionstherapie (bis 31.03.21)

Die Substitutionstherapie wird während der Coronavirus-Pandemie erleichtert. Substituierende Ärzte haben die Möglichkeit, bei der Behandlung von Opioidabhängigen von den Vorgaben der Betäubungsmittel-

Verschreibungsverordnung abzuweichen.

Sie dürfen jetzt beispielsweise mehr Patienten behandeln als bisher und können Substitutionsmittel in einer Menge verschreiben, die für bis zu

sieben aufeinanderfolgende Tage benötigt wird. Folgerezepte können Ärzte auch ohne persönlichen Konsultation ausstellen. Sollte eine Einnahme des Medikaments unter Beobachtung von medizinischen, pharmazeutischen

oder pflegerischem Personal nicht möglich sein, können Ärzte diese Aufgabe auch anderem Personal übertragen.

Therapiegespräch zur substitu- tionsgestützten Be-

handlung Opioidabhä- nger per Video und Telefon

Ab 2. November wieder be-
rechnungsfähig ist das thera-
peutische Gespräch per Tele-
fon im Rahmen der Substitu-
tionsbehandlung von mindes-
tens zehnminütiger Dauer. Es

kann über die GOP 01952
abgerechnet werden.

*Beschluss des Bewertungsaus-
schusses in seiner 545. Sitzung*

Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin - Sonderregelung (NEU und bis 31.03.21)

Die Durchführung und Ab-
rechnung der transurethralen
Therapie mit Botulinumtoxin
gemäß den GOP 08312 und
26316 erfordert eine Geneh-
migung der Kassenärztlichen
Vereinigung. Diese wird er-
teilt, wenn jährlich 8 CME-
Punkte durch Fortbildungen,
die von der jeweiligen Lan-
desärztekammer anerkannt
sind, nachgewiesen werden.
Aufgrund der Corona-

Pandemie wurden und wer-
den Kongresse und Fortbil-
dungen abgesagt oder ver-
schoben. Daher ist das Errei-
chen der geforderten CME-
Punkte aktuell erschwert. Der
BA hat nun eine Ergänzung
der ersten Anmerkung zur
GOP 08312 und 26316 be-
schlossen.

Befristet vom 1. Oktober 2020
bis zum 31. März 2021 wird

die Genehmigung auch dann
erteilt, wenn die Teilnahme
an von der jeweiligen Lan-
desärztekammer anerkannten
Fortbildungen zur Therapie
von Blasenfunktionsstörun-
gen im Umfang von insge-
samt mindestens 4 CME-
Punkten für das zurücklie-
gende Jahr nachgewiesen
wird.

Praxisschließung

Sollte die Praxis aufgrund von
Quarantäne geschlossen
werden müssen, dann ist es
nicht notwendig, eine Vertre-
tung zu organisieren. Jedoch

möchten wir darum bitten,
dass die Schließung gegen-
über der KV Hamburg mitge-
teilt wird, um die Versor-
gungslage einschätzen zu

können. Ein entsprechendes
Formular ist im KVH-Online-
Portal unter der Rubrik
„Coronavirus“ hinterlegt.

Tests im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App

Ab dem 15.10. sind Tests im
Zusammenhang mit der
Corona-Warn-App über die

TestV abzurechnen → weite-
re Informationen unter
„Symptomlose Personen

nach TestV (gesetzlich und
privat versichert)“

Mit Start der Corona-Warn-App wurden mehrere neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Ärzte konnten sie bei Versicherten abrechnen, die nach einem Warnhinweis der App für ein Gespräch bzw. einen Test in die Praxis kamen.

Ab dem 01.01.2021 werden die Leistungen, die im Zusammenhang mit der Corona-Warn-App in den EBM aufgenommen wur-

den, gestrichen. Folgende Leistungen sind betroffen:

32811 - Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Warnung durch die Corona-Warn-App

12221 - Zuschlag zur GOP 32811 für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin u. a.

40101 - Zuschlag zur GOP 32811 bei Probeneinsendung

für Versandmaterial, Versandgefäße usw.

Auch die **GOP 02402** ist im Zusammenhang mit einer Testung aufgrund einer Warnung in der App nicht mehr berechnungsfähig. Die Vergütung erfolgt in diesen Fällen über die TestV.

Aus diesem Grund ist für die Veranlassung des Labortests nun das Muster OEGD und nicht mehr das Muster 10 C zu verwenden.

Mammographie-Screening – Einladungswesen *(beendet)*

In Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit hat der Gemeinsame Bundesausschuss entschieden, dass in Anbetracht des Infektionsrisikos mit dem Coronavirus, das Einladungswesen im Mammographie-Screening bis zum 30. April **2020** ausgesetzt wird.

Das bedeutet, dass in diesem Zeitraum keine der anspruchsberechtigten Frauen zur Teilnahme am Screening mehr eingeladen werden.

Nach Beendigung der Aussetzung wird der Versand von Einladungen umgehend nachgeholt.

Alle Frauen, die wegen der Aussetzung keine Einladung erhalten haben, behalten ihren Leistungsanspruch. Dies gilt insbesondere für Frauen, die bis zum Ende der Aussetzungsfrist das 70. Lebensjahr vollendet haben werden.

Bis zur Aussetzung noch erstellte Screening-

Mammographien sind gemäß den Vorgaben zu befunden. Festgestellte Befunde mit Abklärungsbedarf sind vollständig und fristgemäß abzuarbeiten. Frauen mit akut auffälligen Befunden außerhalb des Screenings werden wie bisher kurativ versorgt.

Diese Regelung ist beendet. Entsprechend werden wie gewohnt Einladungen zum Mammographie-Screening verschickt.