



© [M] M.Dörr & M. Frommherz / stock.adobe.com (Symbolbilder mit Fotomodellen)

Angesichts Kontaktbeschränkung wegen COVID-19

Neue EBM-Leistung bei mittel- und unmittelbarem Kontakt

Eine neue EBM-Nummer ermöglicht die Abrechnung von Patientengesprächen, auch wenn der Patient nicht physisch in der Praxis war. Dies gilt nicht nur für COVID-19-Infektionen.

Die Nr. 01434 (65 Punkte; 7,14 €) wurde in den EBM aufgenommen, um der auch in Arztpraxen notwendigen Kontaktbeschränkung durch die COVID-19-Pandemie Rechnung zu tragen. Kinder- und Jugendärzte können diese Nummer deshalb seit dem 1. April bis zu sechsmal im Arztfall als Zuschlag zur Nr. 01435 für Gespräche von mindestens fünf Minuten Dauer bei telefonischer Beratung durch den Arzt oder zur Versichertenpauschale nach der Nr. 04000 berechnen. Die Nr. 01434 fließt allerdings in das Budget von 64 Punkten pro Fall für die Gesprächsleistungen nach den Nr. 04230 und 04231 ein, so dass rechnerisch etwa bei 1.000 Fällen maximal ein Honorar von rund 7.000 € möglich ist. Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistungen ist laut KBV, dass die Gespräche „wegen einer Erkrankung“ geführt werden müssen, die allerdings nicht in

Verbindung mit einer COVID-19-Infektion stehen muss. Außerdem muss es sich um „bekannte“ Patienten handeln. Bekannt ist laut KBV ein Patient, der in den letzten sechs Quartalen, die dem Quartal der Konsultation vorausgehen, mindestens einmal in der Praxis war.

Kommentar

Bereits seit 1. Februar werden nach Beschluss von KBV und GKV-Spitzenverband alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts oder des Nachweises einer Infektion erforderlich sind, in voller Höhe extrabudgetär bezahlt, wenn sie auf der Abrechnung mit der Pseudonummer 88240 gekennzeichnet werden. Für die Kennzeichnung von Leistungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus gibt es seit 1. April aber

T1 Fallbeispiel für die neue Vergütung von Leistungen bei Verdacht auf COVID-19 (bestätigt oder nicht).
 16-jähriger Patient mit Erkältungsbeschwerden wie Fieber am Vortag um 39,5° Celsius, beginnendem Husten ohne Auswurf.
 Diagnosen: Pneumonie durch sonstige Viren (J12.8G), U07.2G (COVID-19, Virus nicht nachgewiesen)*

Tag	EBM	Legende	Euro
1	04002	▶ Versichertenpauschale (VP) ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	15,60
	04040	▶ Zusatzpauschale zur Versichertenpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	15,16
	88240	▶ Kennzeichnung Verdachtsfall COVID-19-Infektion mit RKI-Kriterien	0
2	01435**	▶ Telefonische Beratung, Arzneimittelverordnung und Postversand	9,67
	40122	▶ Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen	0,90
	88240	▶ Kennzeichnung Verdachtsfall COVID-19-Infektion mit RKI-Kriterien	0
	01434	▶ Zuschlag zur VP oder Nr. 01435 für Gesprächsleistung, mindestens 5 Minuten	7,14
3	04230	▶ Problemorientiertes ärztliches Gespräch, mindestens 10 Minuten	14,06
	04330	▶ Spirografische Untersuchung	5,82
	88240	▶ Kennzeichnung Verdachtsfall COVID-19-Infektion mit RKI-Kriterien	0
4	01430***	▶ Verwaltungskomplex: Anforderung eines Wiederholungsrezeptes für ein Antiallergikum, Postversand	1,32
	40122	▶ Verwaltungskomplex: Anforderung eines Wiederholungsrezeptes für ein Antiallergikum, Postversand	0,90

* Fällt die Diagnose U07.2 weg, weil es sich nur um eine akute Infektion der oberen Atemwege (J06.9G) handelt, kann die Pseudoziffer 88240 nicht berechnet werden. Alle Leistungen können berechnet werden, sind aber nicht extrabudgetär.

** Die Nr. 01435 kann nur alternativ zur Versichertenpauschale berechnet werden.

*** Keine Berechnung neben Versichertenpauschale möglich, aber z. B. Porto

ein neues Verfahren. Neuerdings muss die Ziffer 88240 an allen Tagen, an denen der Patient wegen des klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus behandelt wird, angesetzt werden (►Tab. 1).

In diesem Fall werden alle an diesen Tagen für den Patienten abgerechneten Leistungen in voller Höhe extrabudgetär vergütet, auch der Zuschlag nach Nr. 01434. Nur beim Ansatz der Versichertenpauschalen ist eine solche Kennzeichnung nicht erforderlich, da diese auch dann extrabudgetär bezahlt wird, wenn sie nicht an diesem gekennzeichneten Tagen abgerechnet wurde. Unterscheiden muss man deshalb die eingangs genannten Regelungen von denen, die im Zusammenhang mit einem Verdacht auf oder eine Infektion mit COVID-19 auftreten.

Nach einer weiteren Veröffentlichung der KBV können jetzt nur noch COVID-19-Fälle, bei denen das Virus labor diagnostisch nachgewiesen wurde, mit dem Diagnoseschlüssel „U07.1!“ kodiert werden. Neu ist ein Code für klinisch-epidemiologisch gesicherte COVID-19-Erkrankungen, den die WHO zur besseren Unterscheidung der Fälle eingeführt hat: Mit dem neuen Code „U07.2!“ werden ab dem 2. Quartal 2020 die „Verdachtsfälle“ verschlüsselt, bei denen eine klinisch-epidemiologische COVID-19-Erkrankung nach der Definition des Robert-Koch-Institutes diagnostiziert wurde, aber SARS-CoV-2 nicht im Labortest nachgewiesen wurde. Beide Codes sind nach der ICD-10-GM Zusatzcodes, also „Ausrufezeichencodes“ (!). Damit ist geregelt, dass diese Codes eine ergänzende Information enthalten und mit mindestens einem weiteren Code – etwa

COVID 19-Pandemie

Untersuchungszeiträume ab U6 ausgesetzt!

Nach einer Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des GKV-Spitzenverbandes können seit dem 25. März 2020 die U-Untersuchungen U6, U7, U7a, U8 und U9, befristet bis zum 30. September 2020, auch bei Überschreitung der Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten durchgeführt und abgerechnet werden.

Kommentar

Die Maßnahme erfolgt mit dem Ziel, nicht unbedingt notwendige Patienten- beziehungsweise Versichertenkontakte in den Praxen zu vermeiden, um eine Ausbreitung von des SARS-CoV-2-Virus über die Wartezimmer der Arztpraxen zu verhindern.

Gerd W. Zimmermann

dem für eine Pneumonie – kombiniert werden müssen. Das Ausrufezeichen gehört zur Bezeichnung des Codes, darf aber bei der Kodierung nicht angegeben werden. Die Kodierung muss deshalb grundsätzlich „U07.1“ oder „U07.2“ lauten und nicht „U07.1!“ oder „U07.2!“ . Beide Codes können außerdem seit 1. April ausschließlich mit dem Zusatzkennzeichen „G“ für die Diagnosesicherheit versehen werden. Das Zusatzkennzeichen „V“ für „Verdacht“ ist, ebenso wie die Zusatzkennzeichen „A“ für Ausschluss einer COVID-19-Erkrankung oder „Z“ für Zustand nach einer COVID-19-Erkrankung nicht mehr erlaubt.

Gerd W. Zimmermann

Hier steht eine Anzeige.