



DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND

CORONA TRIFFT PRAXIS UND RECHT

Stand 07.01.2021

PRAKTISCHE UND RECHTLICHE FRAGEN IN ZUSAMMENHANG MIT DEM CORONAVIRUS (SARS-COV-2)

VORBEMERKUNG:

Um Hausarztpraxen in der aktuellen Pandemie-Lage eine Hilfestellung bei praktischen und rechtlichen Fragestellungen zu geben, werden nachfolgend einzelne Fragen aufgegriffen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter, auch wenn hier nur die männliche Form gewählt wurde.

GRUNDSÄTZLICHES ZUM ABLAUF IN DER PRAXIS	3
+++ UPDATE +++ Testung auf SARS-CoV-2	3
Typen von Tests	5
Auftrag zum COVID-19 PCR-Test	5
Abrechnung	6
1. Abrechnung gesetzlich Krankenversicherte – Allgemeines	6
2. Abrechnung bei asymptomatischen Patienten	6
3. Abrechnung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung	7
4. Abrechnung privat Krankenversicherte	7
5. Abrechnung der Beauftragung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst	8
Meldepflicht des behandelnden Hausarztes	9
Videosprechstunde / Zulässigkeit der Krankschreibung nach einer Videosprechstunde	11
Zulässigkeit einer telefonischen Krankschreibung	11
+++ ÄNDERUNG +++ Kodierung	12
Zeitlich befristete Sonderregelung für den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenten in Ausbildung	13
Zeitlich befristete Sonderregelungen zur Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie	14
+++ UPDATE +++ Zeitlich befristete Corona-Sonderregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses	14
Fortbildung	16
Infektionen mit SARS-CoV-2-Erkrankung als Arbeitsunfall	16
+++ NEU +++ Konsultation per Telefon	17
+++ NEU +++ Portokosten	17
+++ NEU +++ Corona-Impfpflicht für Arbeitnehmer?	18
+++ NEU +++ Rechtliche Konsequenzen, wenn der Mitarbeiter sich nicht impfen lässt	19
WEITERE INFORMATIONEN	20
Übersicht allgemeiner Links mit weiterführenden Informationen	20
Übersicht der wichtigsten Rechtsquellen	20

GRUNDSÄTZLICHES ZUM ABLAUF IN DER PRAXIS

+++ UPDATE +++ Testung auf SARS-CoV-2

Auf Grund der aktuellen Gesetzeslage ergeben sich die folgenden Szenarien, durch die eine Testung auf SARS-CoV-2 veranlasst werden kann:

1. Kurativer Test, Patient mit Krankheitssymptomen

Der Patient weist Krankheitssymptome auf. Die Veranlassung der Testung erfordert eine medizinische Begründung, die im Auftrag anzugeben ist. Dabei orientiert sich der behandelnde Hausarzt an den [Testkriterien des RKI](#). Die Abrechnung erfolgt über den EBM: Der Abstrich ist Teil der Grund- beziehungsweise Versichertenpauschale. Die Vergütung erfolgt durch Kennzeichnung als Corona-Fall mit der EBM-Ziffer 88240 bis zum 1. Januar 2021 extrabudgetär.

2. Asymptomatische Patienten

a. Testung von Kontaktpersonen

Patienten, die durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder einen Arzt identifiziert wurden als Kontaktpersonen einer Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert ist, haben Anspruch auf die Durchführung eines Tests. Die Anforderungen, wann eine Person als Kontaktperson gilt, sind in der Rechtsverordnung des BMG klar definiert und lassen sich verkürzt wie folgt zusammenfassen:

- Personen, die in den letzten zehn Tagen engen Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person hatten (z.B. Gesprächssituation, gemeinsamer Haushalt, Pflege, Sport und Freizeitaktivitäten insbesondere in geschlossenen Räumen etc.),
- Personen, die über die Corona-Warn-App eine Benachrichtigung erhalten, dass eine sog. Risiko-Begegnung stattgefunden hat,

In der Praxis bedeutet dies für den Hausarzt nicht, dass er für die Kontaktnachverfolgung bei einem positiv getesteten Patienten verantwortlich ist. Dies ist weiterhin Aufgabe des ÖGD. Gleichwohl erleichtert die Regelung die Testung von Personen aus dem unmittelbaren bekannten Umfeld eines positiv getesteten Patienten (z.B. Familie oder Bekannte), die nun nicht mehr durch den ÖGD veranlasst werden muss.

b. Testung im Rahmen von „Ausbrüchen“

Sofern in Einrichtungen, wie Krankenhäusern, Pflegeheimen, Reha-Einrichtungen, Betreuungseinrichtungen, sonstigen Massenunterkünften oder auch Arztpraxen eine Person positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurde, haben Personen einen Anspruch auf Testung, wenn sie in diesen Einrichtungen in den letzten 10 Tagen anwesend waren (z.B. versorgt wurden/werden, tätig waren/sind, sonstige Anwesenheit). Hausärzte können somit auch in diesen Fällen einen Test veranlassen.

c. Präventive Testungen

Im Kern geht es hierbei darum, durch die regelmäßige Testung bestimmter Personengruppen Ausbrüche zu verhindern oder zumindest frühzeitig zu erkennen. Nach der Testverordnung zählen zu diesen Einrichtungen und Unternehmen neben Gesundheits-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen auch Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe beispielsweise Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden sowie Hebammen.

i. Testung in Einrichtungen

Mitarbeiter sowie Personen, die künftig in Einrichtungen versorgt, betreut oder gepflegt werden sollen, können in Hausarztpraxen vorsorglich getestet werden. Voraussetzung dafür ist ein einrichtungsbezogenes Testkonzept, das i.d.R. durch den zuständigen ÖGD freizugeben ist und die Testung von Personen in den beschriebenen Fällen vorsieht. In diesen Fällen kann der Vertragsarzt den Test durchführen und auch den Abstrich abrechnen. Voraussetzung ist, dass die Person gegenüber dem Vertragsarzt darlegt, dass die Testung durch den ÖGD oder die betreffende Einrichtung verlangt wurde. Die [Nationale Teststrategie](#) sieht in den Fällen einer (Wieder-)Aufnahme von Patienten den Einsatz von PCR-Tests vor, um einen Eintrag der Infektion in die vulnerablen Gruppen zu verhindern. Vertragsärzte erhalten für die Testung von asymptomatischen Patienten - unabhängig davon ob sie gesetzlich oder privat versichert sind - eine pauschale Vergütung in Höhe von 15 Euro, die folgende Leistungen umfasst: Abstrichentnahme, die Beratung sowie ggf. das Ausstellen eines ärztlichen Zeugnisses über das Testergebnis. Die Abrechnung erfolgt entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen.

ii. +++ UPDATE +++ Reiserückkehrer aus dem Ausland

Die bisherige Möglichkeit der kostenfreien präventiven Testung für Reiserückkehrer aus Risikogebieten wurde zum 15. Dezember 2020 beendet. Nunmehr gilt grundsätzlich, dass Reiserückkehrer den Test selbst bezahlen müssen.

iii. Mitarbeiter in Hausarztpraxen

Hausarztpraxen können ihre Mitarbeitenden regelmäßig mittels eines PoC-Antigentests testen. Sie benötigen hierfür kein eigenes einrichtungsbezogenes Testkonzept, und es ist keine Abstimmung mit dem ÖGD erforderlich. Maximal sind hierbei laut Testverordnung 10 Tests pro Monat je Tätigem in der Arztpraxis zulässig. Während die Laborleistung (inkl. Material) auch bei der Testung des eigenen Praxispersonals mit 9 Euro erstattet wird, wird die Abstrichentnahme als ärztliche Leistung gemäß Testverordnung des BMG nicht vergütet.

iv. Testung auf Veranlassung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Die regionalen Gesundheitsämter können aus unterschiedlichen Gründen weiterhin Testungen von Patienten veranlassen und hierfür auch Vertragsärzte vor Ort beauftragen. Details zur Beauftragung und Abrechnung werden in diesen Fällen auf regionaler Ebene entschieden. Beispiel für die Veranlassung von Testungen durch die Gesundheitsämter sind Reihentestungen in Kitas oder Schulen.

v. Privater Testwunsch

Unabhängig von den vorstehenden Szenarien steht es jedem Versicherten frei, auf seinen Wunsch einen Test auf COVID-19 durchführen zu lassen. Die Kosten, die der Versicherte selbst tragen muss, werden dann über die GOÄ abgerechnet.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Typen von Tests

Neben dem bekannten PCR-Test wurde mit der neuen Testverordnung auch der Antigen-Test als neue Methode zur Testung insbesondere asymptomatischer Patienten eingeführt. Das BMG hat eine entsprechende Teststrategie erarbeitet, die die unterschiedlichen Testtypen den unterschiedlichen Versorgungssituationen zuordnet bzw. diese priorisiert. Die Teststrategie des [RKI finden sie hier](#).


[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Auftrag zum COVID-19 PCR-Test

Der Auftrag zur Durchführung eines Corona-PCR-Tests erfolgt im Rahmen der kurativen Versorgung über das Muster 10C. Für die Beauftragung von PCR-Tests für sonstige asymptomatische Patienten ist das Muster OEGD zu verwenden.

Für die Beauftragung von Corona-Tests, die durch den Hausarzt im Auftrag des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) veranlasst werden, sollen Hausärzte das Muster OEGD verwenden, sofern nicht regional abweichende Vereinbarungen bestehen.

Das neue Muster 10C und das neue Muster OEGD sind vergleichbar aufgebaut. Sie enthalten einen Teil für den Patienten und einen für das Labor. Neben relevanten Angaben zum Patienten für die Abrechnung enthalten die Muster überdies weitergehende Informationen zu besonderen Risikomerkmale des Patienten. Zentrales Element des neuen Musters ist jedoch der individuelle QR-Code, der eine eindeutige Identifikation des Patienten im gesamten Verlauf der Testung ermöglicht. Damit soll für die Patienten der einfache Abruf der Testergebnisse per Corona-Warn-App ermöglicht werden, sofern die Patienten dem zustimmen und dies auf dem Muster



entsprechend gekennzeichnet ist. Gleichzeitig soll damit auch die einfache Übermittlung eines positiven Testergebnisses an die Corona-Warn-App ermöglicht werden.

Um die Eindeutigkeit des individuellen QR-Codes sicherzustellen, dürfen das Muster 10C sowie das Muster OEGD nicht kopiert werden.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Abrechnung

1. Abrechnung gesetzlich Krankenversicherte – Allgemeines

Bei einem klinischen Verdacht oder der nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ist der Fall mit der GOP 88240 in der Abrechnung zu kennzeichnen. Diese Kennnummer wird benötigt, um den im Zusammenhang mit dem Coronavirus anfallenden, zusätzlichen Behandlungsbedarf zu dokumentieren und gegenüber den Krankenkassen in Rechnung stellen zu können.

Der Arzt dokumentiert die Ziffer 88240 an allen Tagen, an denen er den Patienten wegen des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder wegen einer nachgewiesenen Infektion mit dem Coronavirus behandelt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

2. Abrechnung bei asymptomatischen Patienten

Vertragsärzte erhalten für die Testung von gesetzlich und privat versicherten Patienten unabhängig davon, ob es sich um einen PCR-Test oder einen PoC-Antigen-Test handelt, eine pauschale Vergütung in Höhe von 15 Euro, die folgende Leistungen umfasst: Abstrichentnahme, die Beratung sowie ggf. das Ausstellen eines ärztlichen Zeugnisses über das Testergebnis. Die Abrechnung der pauschalen Vergütung erfolgt entsprechend der Vorgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Sachkosten für POC-Antigen-Tests werden in Höhe der Beschaffungskosten, maximal neun Euro je Test, erstattet. Neu eingeführt wurde eine Pauschale für Ärzte, die Mitarbeitende in nichtärztlichen Einrichtungen, zum Beispiel Pflegeheime, zur Anwendung und Auswertung von Schnelltests schulen. Sie erhalten unabhängig vom Aufwand und der Teilnehmerzahl einmalig je Einrichtung 70 Euro.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

3. Abrechnung im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung

Die Abrechnung in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) im Rahmen der Covid-19-Pandemie richtet sich nach den jeweiligen regionalen Verträgen und Abrechnungsbestimmungen. Über die Details informieren die Landesverbände und/oder [die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft \(HÄVG\) auf der entsprechenden Webseite](#).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

4. Abrechnung privat Krankenversicherte


Die Grundlagen für eine Kostenübernahme hat die Bundesregierung in der Coronavirus-Testverordnung festgelegt.

Liegen bei einem Privatversicherten Krankheitssymptome vor und wird dann ein Test ärztlich angeordnet, handelt es sich um einen Versicherungsfall, der wie bei allen anderen Erkrankungen auch nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet wird. Die Versicherten erhalten wie üblich eine Rechnung, die sie zur Erstattung bei ihrem Versicherer einreichen können.

Die PKV trägt ebenfalls die Kosten, wenn ein positiv ausgefallener Antigen-Schnelltest mittels PCR-Test bestätigt wird.

Die Bundesärztekammer hat z.T. gemeinsam mit dem PKV-Verband und den Beihilfekostenträgern Abrechnungsempfehlungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu folgenden Punkten erlassen:

- **+++ Verlängert +++ Analogabrechnung für die Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie:** Bundesärztekammer, PKV-Verband und Beihilfekostenträger haben ihre gemeinsame Abrechnungsempfehlung aktualisiert. Sie ist vom 1.10.2020 bis vorerst 31.03.2021 befristet. Damit wird eine Analogabrechnung zur Abgeltung der Kosten für einen deutlich erhöhten Hygieneaufwand im Rahmen der COVID-19-Pandemie in Höhe von 6,41 Euro je Sitzung ermöglicht.
- **+++ Verlängert +++ Erbringung telemedizinischer Leistungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie:** Ebenso haben Bundesärztekammer, BPtK, PKV-Verband und Beihilfekostenträger eine gemeinsame Abrechnungsempfehlung für die Durchführung der Videosprechstunde im Rahmen der Psychotherapie während der Corona-Pandemie konsentiert, die mit den hierzu bereits vereinbarten Regelungen im GKV-Bereich vergleichbar ist und die nach Verlängerung nun bis zum 31.03.2021 befristet ist. Demnach kann für Leistungen im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung zur Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung in begründeten Ausnahmefällen vom grundsätzlich geforderten unmittelbaren persönlichen Arzt-

- 
- Patienten-Kontakt abgewichen werden. Ebenso können Leistungen bei schon begonnenen psychotherapeutischen Verfahren während der COVID-19-Pandemie in Einzelbehandlung per Videoübertragung erbracht werden.
 - **+++ Wieder eingeführt +++ Mehrfache Berechnung der Nr. 3 GOÄ für längere telefonische Beratungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie:** Vom 01.01.2021 befristet bis zum 31.03.2021 ist die mehrfache Berechnung der Nr. 3 GOÄ für längere telefonische Beratungen, je vollendete 10 Minuten, möglich. Voraussetzung ist, dass das Aufsuchen des Arztes pandemiebedingt nicht möglich bzw. zumutbar ist, eine Videoübertragung nicht durchgeführt und die dringend erforderliche Patientenversorgung auf andere Weise nicht gewährleistet werden kann. Die Leistung ist je Sitzung höchstens dreimal berechnungsfähig. Je Kalendermonat sind höchstens vier telefonische Beratungen berechnungsfähig. Der einer Mehrfachberechnung der Nr. 3 GOÄ zugrundeliegende zeitlich bedingte Mehraufwand kann nicht zeitgleich durch ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes berechnet werden. Gemäß Nr. 3 der Allgemeinen Bestimmungen zum Kapitel B der GOÄ sind die Uhrzeit und die Begründung zur Mehrfachberechnung sowie die tatsächliche Dauer des Telefonates in der Rechnung anzugeben.

Weitergehende Hinweise und ggf. mit den Abrechnungsempfehlungen verbundene Einschränkungen finden Sie in den entsprechenden Bekanntmachungen auf der Webseite der BÄK (www.bundesaerztekammer.de/aerzte/gebuehrenordnung/). Darüber hinaus hat der Verband der Privaten Krankenversicherung klargestellt, dass die Testung aufgrund eines Verdachts nach einer Alarmierung durch die Corona-Warn-App „einen Versicherungsfall darstellt“. „Die private Krankenversicherung erstattet entsprechend den tariflichen Bestimmungen die Kosten für die ärztliche Behandlung und die Laboruntersuchung, wenn diese gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet worden sind“, erklärt der Verband.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

5. Abrechnung der Beauftragung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst

In Fällen beispielsweise der Reihentestungen in Schulen oder Kitas erfolgt die Testung weiterhin ausschließlich auf Veranlassung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sowohl für die Durchführung der Labordiagnostik als auch für die Abstrichentnahme kann der ÖGD in diesen Fällen Dritte beauftragen. Die Testung von asymptomatischen Patienten im Auftrag des ÖGD kann somit beim Hausarzt nur erfolgen, wenn dieser eine entsprechende Vereinbarung mit dem ÖGD hat. In dieser Vereinbarung sollten Art und Inhalt der ärztlichen Leistung ebenso geregelt sein, wie die Vergütung.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Meldepflicht des behandelnden Hausarztes

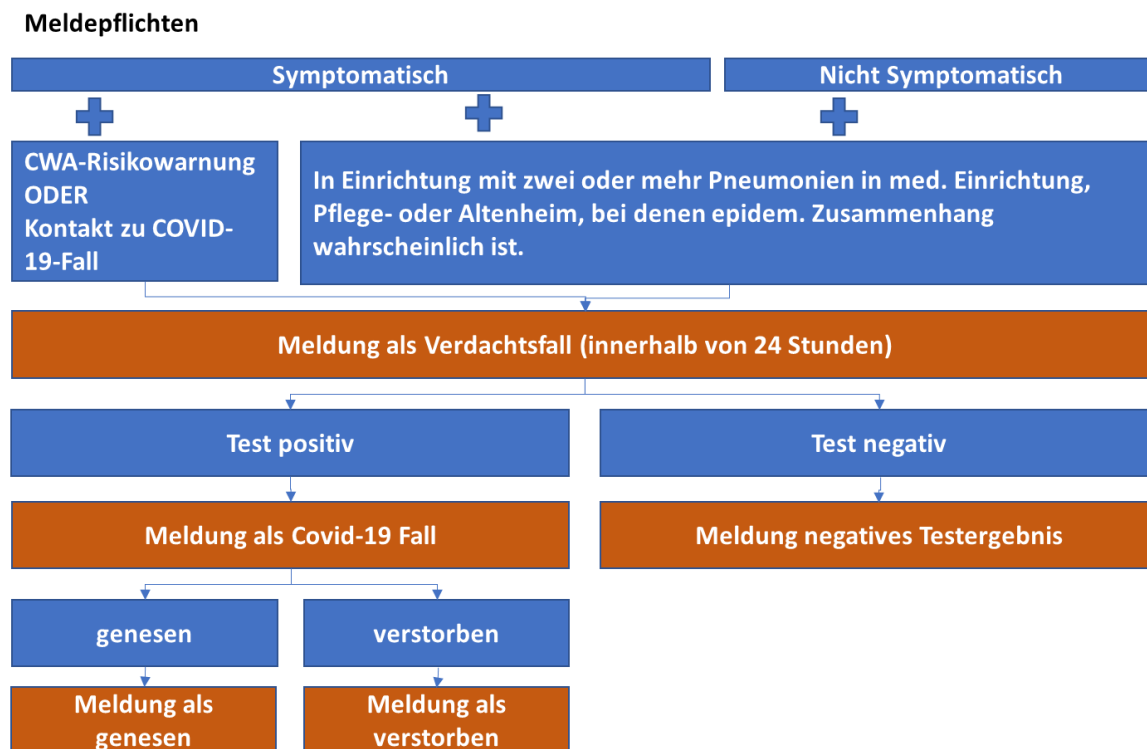



Abbildung: Schema zur Meldepflicht

1. Allgemeines

Hausärzte sind verpflichtet, alle begründeten Verdachts-, Krankheits- und Todesfälle im Zusammenhang mit dem Virus dem örtlichen Gesundheitsamt zu melden. Die Meldung – inklusive des Namens und der Kontaktdaten der betroffenen Person – muss unverzüglich, spätestens 24 Stunden, nachdem der Meldende Kenntnis erlangt hat, erfolgen. Eine Meldung darf wegen einzelner fehlender Angaben nicht verzögert werden.

Bei der Meldung müssen behandelnde Ärzte auch weitere Angaben machen zum wahrscheinlichen Infektionsweg, einschließlich Umfeld, in dem die Übertragung wahrscheinlich stattgefunden hat (mit Namen, Anschrift und weiteren Kontaktdaten der Infektionsquelle und dem wahrscheinlichen Infektionsrisiko), sowie im weiteren Behandlungsverlauf zum Behandlungsergebnis (d.h. Genesungsstatus) und zum Serostatus (d.h. ob spezifische Antikörper im Blut vorhanden sind). Die konkreten Inhalte der erforderlichen Meldeinhalte zur betroffenen Person, zum Labor und zum Melder sind der [Homepage des RKI](#) zu entnehmen.

Die Meldung hat an das Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die betroffene Person derzeit aufhält oder zuletzt aufhielt. Sofern die betroffene Person in einer Einrichtung (z.B. Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen) betreut oder



untergebracht ist, hat die Meldung an das Gesundheitsamt zu erfolgen, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet. Das zuständige Gesundheitsamt und dessen Kontaktdaten können mit Hilfe des Postleitzahltools des RKI ermittelt werden (<https://tools.rki.de/PLZTool/>).

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

2. Meldepflicht bei Vorliegen eines „begründeten Verdachtsfalles“

Um einen meldepflichtigen „begründeten Verdachtsfall“ handelt es sich laut RKI in diesen beiden Konstellationen:

- Personen mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere UND Kontakt mit einem bestätigten Fall von COVID-19
- Auftreten von zwei oder mehr Lungenentzündungen (Pneumonien) in einer medizinischen Einrichtung, einem Pflege- oder Altenheim, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, auch ohne Vorliegen eines Erregernachweises.

Kontakt zu einem bestätigten Fall ist definiert als Vorliegen von mindestens einem der beiden folgenden Kriterien innerhalb der letzten 14 Tage vor Erkrankungsbeginn:

- Versorgung bzw. Pflege einer Person, insbesondere durch medizinisches Personal oder Familienmitglieder
- Aufenthalt am selben Ort (z.B. Klassenzimmer, Arbeitsplatz, Wohnung/Haushalt, erweiterter Familienkreis, Krankenhaus, andere Wohn-Einrichtung, Kaserne oder Ferienlager) wie eine Person, während diese symptomatisch war. U.a. kann dies durch eine „Risikowarnung“ in der Corona-Warn-App dokumentiert sein.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

3. Meldepflicht bei Vorliegen der Testergebnisse und im weiteren Behandlungsverlauf

Sofern dem behandelnden Arzt die Laborergebnisse eines PCR-Tests oder eines Antikörpertestes vorliegen, hat dieser innerhalb von 24 Stunden eine diesbezügliche Meldung an das Gesundheitsamt zu machen. Dies betrifft sowohl die Fälle einer bestätigten Erkrankung sowie eines negativen Testergebnisses bei anfänglichem begründetem Verdachtsfall. Eine Meldepflicht besteht auch darüber, dass der Patient nach einer COVID-19-Erkrankung genesen ist oder aber infolge einer COVID-19-Erkrankung verstirbt.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Videosprechstunde / Zulässigkeit der Krankschreibung nach einer Videosprechstunde

Grundsätzliches

Die Durchführung von Videosprechstunden ist aktuell unbegrenzt möglich. Die entsprechenden Begrenzungsregelungen auf 20 % der Leistungsmenge wurden befristet bis zum Ende des ersten Quartal 2021 außer Kraft gesetzt. Sofern ein Besuch der Praxis aufgrund der aktuellen Situation medizinisch nicht möglich oder nötig ist, ist die Videosprechstunde ein geeignetes Mittel, um die Konsultation ohne Arzt-Patienten-Kontakt durchführen zu können. Sie ist bei allen Indikationen möglich und auch dann, wenn der Patient zuvor noch nicht bei dem Arzt in Behandlung war. Weitere Hinweise finden Sie auf den Websites der KBV unter www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_Coronavirus_Videosprechstunde.pdf oder unter www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte_Videodienstleister.pdf.

Krankschreibung per Videosprechstunde

Unabhängig von der Corona-Pandemie hat der G-BA eine grundsätzliche Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie vorgenommen, durch die es Vertragsärztinnen und Vertragsärzten künftig erlaubt ist, unter bestimmten Voraussetzungen eine Krankschreibung per Videosprechstunde vorzunehmen. Hiernach ist eine Krankschreibung nach Durchführung einer Videosprechstunde möglich, wenn die oder der Versicherte der behandelnden Arztpraxis bekannt ist und die Erkrankung eine Untersuchung per Videosprechstunde zulässt. Dabei ist die erstmalige Feststellung der Arbeitsunfähigkeit auf einen Zeitraum von sieben Kalendertagen begrenzt. Eine Folgekrankschreibung über Videosprechstunde ist nur zulässig, wenn die vorherige Krankschreibung aufgrund unmittelbarer persönlicher Untersuchung ausgestellt wurde. Ein Anspruch der Versicherten auf Krankschreibung per Videosprechstunde besteht jedoch nicht. Ausgenommen von der Möglichkeit der Krankschreibung via Videosprechstunde bleiben folglich Versicherte, die bislang in der kontaktierten Arztpraxis noch nicht persönlich vorstellig waren, sowie die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit ausschließlich auf Basis z. B. eines Online-Fragebogens, einer Chat-Befragung oder eines Telefonates. Als Standard für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit gilt weiterhin die unmittelbare persönliche Untersuchung durch eine Ärztin oder einen Arzt. Im Einzelfall soll aber die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit über eine Videosprechstunde möglich sein.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Zulässigkeit einer telefonischen Krankschreibung

Der G-BA hat erneut eine befristete Ausnahmeregelung verabschiedet, nach der Patienten mit einer leichten Erkrankung der oberen Atemwege per Telefon krankgeschrieben werden können. Nach aktuellem Stand soll diese zum 31.03.2021 gelten. Für Patienten mit einer leichten Erkrankung der oberen Atemwege kann nach telefonischer Anamnese eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für bis zu 7 Tage ausgestellt und per Post zugesandt werden. Bei Bedarf ist eine Verlängerung per Telefon einmalig um bis zu weiteren 7 Tage möglich. Unbenommen davon gelten die allgemeinen Regeln des Berufs- und Vertragsarztrechts (§§ 7



Abs. 4, 25 S. 1 MBO-Ä i.V.m. der Arbeitsunfähigkeit-Richtlinie des GBA): Diese erlauben eine Feststellung bzw. Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit (AU) grundsätzlich nur nach ärztlicher Untersuchung. Dabei ist es Ärzten berufsrechtlich im Einzelfall erlaubt, eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien durchzuführen, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird, und der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

+++ ÄNDERUNG +++ Kodierung

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat im Zuge der COVID-19-Pandemie in die deutschsprachige Ausgabe des ICD-10 (ICD-10-GM) neue Codes aufgenommen, um die ICD-10-konforme spezifische Kodierung entsprechender Fälle zu ermöglichen. Dies wurden zum 01.01.2021 grundlegend überarbeitet. Ab diesem Zeitpunkt ist zwischen folgenden Fällen zu differenzieren:


Code	Erläuterung
U07.1 G	COVID-19, Virus nachgewiesen
U07.2 G	COVID-19, Virus nicht nachgewiesen
U99.0 G	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2
Z20.8 G	Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten
Z22.8 G	Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten
J06.9 G	Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet
R43.8 G	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Geruchs- und Geschmackssinns
J12.8 G	Pneumonie durch sonstige Viren

Neu ab 01.01.2021:

U08.9 G	COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet (übergangsweise bis 31.12.2020: U07.3 G)
---------	---

Verwendung: 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 G	Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet (übergangsweise bis 31.12.2020: U07.4 G)
---------	--



Verwendung: Ist für Fälle vorgesehen, bei denen der Zusammenhang eines aktuellen, anderenorts klassifizierten Zustandes mit einer vorausgegangenen COVID-19-Krankheit kodiert werden soll. Die Schlüsselnummer ist nicht zu verwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt.

Weitere Informationen zum korrekten Kodieren stellt das DIMDI auf seiner Webseite www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/kodierfrage/gm-1018/ zur Verfügung. Eine Übersicht zur Unterstützung der Ärzte beim Kodieren im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 stellt die KBV unter www.kbv.de/media/sp/KBV_Schaubild_Kodierung_SARS_CoV_2.pdf bereit.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Zeitlich befristete Sonderregelung für den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenten in Ausbildung

Durch eine Sonderregelung, auf die sich die KBV und Krankenkassen verständigt haben, können nichtärztliche Praxisassistenten (NäPa) schon vor Abschluss ihrer Fortbildung tätig werden. Reagiert wird hiermit darauf, dass angesichts der Pandemie viele Kurse vollständig ausgesetzt sind oder der Unterricht nur teilweise erfolgt ist. Durch die Sonderregelung können Kassenärztliche Vereinigungen eine NäPa-Genehmigung nach der Delegations-Vereinbarung auch dann erteilen, wenn mit der NäPa-Fortbildung begonnen wurde und der voraussichtliche Abschluss bis zum 31.03.2021 erfolgt. Die Sonderregelung gilt rückwirkend ab dem 01.07.2020 und ist bis zum 31.03.2021 befristet. Die Vereinbarung bezieht sich ausschließlich auf den Einsatz von NäPa's in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).

Für nichtärztliche Praxisassistenten wurde mit Blick auf die sogenannte Refresher-Fortbildung eine weitere Sonderregelung vereinbart. Alle drei Jahre müssen nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA) eine Fortbildung (mind. 16 Stunden) nachweisen, die sogenannte Refresher-Fortbildung. Aufgrund der Coronavirus-Pandemie konnten die Refresher-Kurse zum Teil nur eingeschränkt oder nicht stattfinden. Deshalb wurde eine bis zum 31.03.2021 befristete Sonderregelung vereinbart. Demnach wird die Frist für den Nachweis des Refresher-Kurses um sechs Monate verlängert, sofern die Drei-Jahres-Frist im Zeitraum vom 01.07.2020 bis zum 31.03.2021 endet. Hinsichtlich des Einsatzes von Versorgungsassistenten in der Hausarztpraxis (VERAH) konnten in einigen Fällen auf regionaler Ebene Regelungen getroffen werden. Prüfen Sie hierzu bitte Ihre jeweiligen Verträge vor Ort.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)



Zeitlich befristete Sonderregelungen zur Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie

Die **KBV** und der **GKV-Spitzenverband** haben sich in einer Übergangsvereinbarung darauf verständigt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahmen – zeitlich befristet - weiterhin aussetzen oder von den Bundesvorgaben abweichen können. Darüberhinausgehende Lockerungen sind in Regionen mit hohen Infektionszahlen möglich. Die neue Übergangsregelung ist befristet bis zu einer Aufhebung der epidemischen Lage mit nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag, längstens jedoch bis zum 31.03.2021 und betrifft folgende, für die hausärztliche Tätigkeit relevante Bereiche:

- **Fortbildungen und Frequenzregelungen**

Die neue Übergangsvereinbarung gibt den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) weiterhin die Möglichkeit, Vorgaben zu Fortbildungsmaßnahmen und zu jährlich mindestens zu erbringenden Behandlungsfallzahlen – sogenannte Frequenzregelungen – auszusetzen oder von diesen abzuweichen.

- **QS-Maßnahmen bei hohen Infektionszahlen**


Darüber hinaus können KVen von Vorgaben zu weiteren QS-Maßnahmen abweichen, wenn zum Beispiel eine Gemeinde oder ein Landkreis Beschränkungen in öffentlichen und privaten Bereichen erlassen hat, mit denen auf hohe Neuinfektionszahlen reagiert wird. Die Abweichungen können entweder nur für die von den Beschränkungen betroffene Region oder auch für den gesamten KV-Bereich vorgesehen werden. Dies betrifft unter anderem Dokumentationsprüfungen durch Stichproben, Hygieneprüfungen in der Koloskopie, Fallsammlungsprüfungen in der Mammographie oder auch fallbezogene Besprechungen, Konferenzen und Praxisbegehungen.

Bei den vorstehend betroffenen Bereichen liegt der Regelungsvorbehalt bei der jeweiligen KV, so dass auf die jeweiligen Veröffentlichungen der regional zuständigen KV zu achten ist.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

+++ UPDATE +++ Zeitlich befristete Corona-Sonderregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Sonderregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bedeuten weitere Erleichterungen für Praxen und Patienten, um Arztpraxen mehr notwendige Flexibilität und Handlungsfreiheit im Ressourceneinsatz zu geben und sowohl Praxispersonal als auch Patienten vor Infektionsrisiken zu schützen. Der G-BA hat erneut viele Sonderregelungen aufgrund des aktuellen Infektionsgeschehens beschlossen.



Sie gelten zunächst bis zum 31.01.2021 und sollen bei Bedarf verlängert werden. Weitere Informationen sind unter www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/ verfügbar. Die Sonderregelungen betreffen u.a. die nachfolgenden Bereiche:

▪ **Verordnungen nach telefonischer Anamnese**

Verordnungen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP), Heilmittel und Hilfsmittel sowie für Krankenförderungen können nach telefonischer Anamnese ausgestellt und postalisch an die Versicherten übermittelt werden. Voraussetzung ist, dass bereits zuvor aufgrund derselben Erkrankung eine unmittelbare persönliche Untersuchung durch den verordnenden Vertragsarzt erfolgt ist. Für Hilfsmittel gilt die Regelung nur für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel sowie Zubehörteile oder Ersatzbeschaffungen, mit Ausnahme für Seh- und Hörhilfen. Hinsichtlich der Verordnung für Krankenförderungen kann diese auch für eine erstmalige Beförderung ausgestellt werden, sofern der Versicherte in der Arztpraxis bekannt ist und der Vertragsarzt sich vom Zustand des Versicherten durch eingehende telefonische Befragung überzeugt hat. Für den Versand der Verordnung können Praxen das Porto entsprechend abrechnen.

▪ **Videobehandlung**

Leistungen der Psychotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege und Heilmittel können per Video durchgeführt werden, sofern der Patient dem zustimmt und eine persönliche Behandlung aufgrund der aktuellen Pandemielage nicht erfolgen kann.

▪ **Verlängerte Vorlagefrist bei der Krankenkasse**

Verordnungen zur Genehmigung von Leistungen der HKP, Psychotherapie und der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) können bei der Krankenkasse nunmehr innerhalb von zehn anstelle von zuvor drei Arbeitstagen vorgelegt werden.

▪ **Weitere Sonderregelungen: HKP und Heilmittel**

Folgeverordnungen für HKP können rückwirkend für bis zu 14 Tage ausgestellt werden. Die Regelungen, wonach die Notwendigkeit einer HKP-Verordnung für eine längere Dauer medizinisch zu begründen ist und die Folgeverordnung in den letzten drei Tagen vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen ist, wurden ausgesetzt.

Bei Heilmittel-Verordnungen wurden die Regelungen ausgesetzt, wonach die diesbezüglichen Verordnungen ihre Gültigkeit verlieren, wenn die Behandlung länger als 14 Kalendertage unterbrochen wird.

▪ **Weitere zeitlich befristete Sonderregelungen**

Ausgewählte, für Arztpraxen besonders relevante und weiterhin bestehende, zeitlich befristete Sonderregelungen, die weiterhin Gültigkeit besitzen, betreffen die nachfolgenden Bereiche:



- **+++ UPDATE +++ Disease-Management-Programme (DMP)**

Sofern zur Vermeidung einer Ansteckung mit COVID-19 geboten, müssen Patienten bis zum Ende des Quartals, in dem die Beendigung der epidemischen Lage von Nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag beschlossen wurde, nicht verpflichtend an Schulungen teilnehmen. Die ärztliche Dokumentation von Untersuchungen der in ein DMP eingeschriebenen Patienten ist für das erste bis vierten Quartal 2020 nicht erforderlich.

- **+++ UPDATE +++ Heilmittelverordnungen können innerhalb von 28 Tagen begonnen werden**

Eine Heilmitteltherapie muss erst innerhalb von 28 Tagen nach Verordnungsdatum beginnen, regulär waren es bisher 14 Tage. Ab dem 1.1.2021 beträgt die Geltungsdauer von Heilmittelverordnungen dauerhaft 28 Tage.

- **U-Untersuchungen: Untersuchungszeiträume ab U6 ausgesetzt**

Hausärzte können die Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U6, U7, U7a, U8 sowie U9 auch durchführen und abrechnen, wenn die vorgegebenen Untersuchungszeiträume und Toleranzzeiten überschritten sind. Die Sonderregelung gilt solange, wie der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite feststellt – und bis zu drei Monate darüber hinaus.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)


Fortbildung

Die Frist für den Nachweis der 250 Fortbildungspunkte für Ärzte und Psychotherapeuten ist aufgrund der Coronavirus-Pandemie um ein weiteres Quartal bis zum 31. März 2021 verlängert worden. Ausgelaufen ist dagegen die Regelung, wonach 200 Punkte für den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung ausreichen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Infektionen mit SARS-CoV-2-Erkrankung als Arbeitsunfall

Bei einer SARS-CoV-2-Erkrankung kann es sich um einen Arbeitsunfall handeln. Die DGUV hält in solchen Fällen eine Vorstellung beim Durchgangsarzt aus Gründen der Infektionsprävention für nicht sinnvoll. Die Vorstellungspflicht nach § 26 Ärztevertrag greift daher nicht. In solchen Fällen erfolgt die Meldung an den Unfallversicherungsträger durch den behandelnden Arzt mit der [Ärztlichen Unfallmeldung \(F1050\)](#). Dies kann ggf. auch der Hausarzt selbst oder ein Mitarbeiter der Hausarztpraxis sein. Sofern eine an SARS-CoV-2 erkrankte Person im Rahmen ihrer versicherten Tätigkeit intensiven und länger andauernden direkten Kontakt mit einer



Indexperson hatte oder ein Ausbruchsgeschehen im Betrieb gegeben ist und die sonstigen Voraussetzungen des § 8 SGB VII vorliegen, ist die Behandlung und auch die Testung zu Lasten des zuständigen Unfallversicherungsträgers durchzuführen.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

+++ NEU +++ Konsultation per Telefon

Die Konsultation per Telefon wurden für alle Fachgruppen ausgeweitet. Damit wird die telefonische Betreuung der Patienten umfassender berechnungsfähig. Allerdings darf die Konsultation per Telefon nur bei bekannten Patienten erfolgen. „Bekannt“ bedeutet, dass der Patient in den zurückliegenden sechs Quartalen, die dem Quartal der Konsultation vorausgehen, wenigstens einmal in der Praxis war.

Die Abrechnung erfolgt über die Gebührenordnungsposition GOP 01434 (65 Punkte/7,14 Euro). Die Telefonkonsultation ist vor allem für Patientengedacht, die nicht in die Praxis kommen können. Die neue GOP wird in diesem Fall als Zuschlag zur GOP 01435 (telefonische Beratung eines Patienten im Krankheitsfall) gezahlt.

Hausärzte können die GOP 01434 auch abrechnen, wenn der Patient in dem Quartal in die Sprechstunde (oder Videosprechstunde) kommt. Dann erhalten sie die telefonische Konsultation zusätzlich zur Grund- oder Versichertenpauschale vergütet. Die GOP 01435 ist in die diesem Fall nicht abrechenbar. Finden in dem Quartal ausschließlich telefonische Konsultationen statt, muss die elektronische Gesundheitskarte (eGK) nicht eingelesen werden. In diesem Fall übernimmt die Praxis die Versichertendaten für die Abrechnung aus der Akte des Patienten.

Es gibt unterschiedliche Gesprächskontingente. Hausärzte haben ein Kontingent von bis zu 200 Minuten pro Patient im Quartal zusätzlich zur telefonischen Beratung nach der GOP 01435 oder zusätzlich zur Betreuung in der Praxis bzw. Videosprechstunde.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

+++ NEU +++ Portokosten

Für bestimmte Folgeverordnungen und Überweisungsscheinen werden Ärzten die Portokosten erstattet. Die Patienten müssen somit nichtunbedingt in die Praxis kommen, um sich nur ein Rezept oder eine Verordnung abzuholen. Voraussetzung ist aber, dass der Patient bei dem Arzt in Behandlung ist. Die elektronische Gesundheitskarte muss dann nicht eingelesen werden: Die Versichertendaten dürfen aus der Patientenakte übernommen werden.



Für folgende Formulare werden die Portokosten erstattet:

- AU-Bescheinigungen
- Folgeverordnungen von Arzneimitteln (auch BtM-Rezepte) sowie von Verband- und Hilfsmitteln, die auf Muster 16 verordnet werden (somit Ausnahme von Sehhilfen und Hörhilfen)
- Folgeverordnungen für häusliche Krankenpflege (Muster 12)
- Folgeverordnungen für Heilmittel (Muster 13 Physiotherapie und Podologie, Muster 14 Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Muster 18 Ergotherapie und Ernährungstherapie).
- Überweisungen (Muster 6 und 10)
- Verordnung einer Krankbeförderung (Muster 4)

Die Versandkosten werden mit der Pseudo-GOP 88122, die mit 90 Cent bewertet ist, abgerechnet. Diese Regelung ist befristet bis zum 31.03.2021.


[\(zurück zur Übersicht\)](#)

+++ NEU +++ Corona-Impfpflicht für Arbeitnehmer?

Der Arbeitgeber kann eine COVID-19-Schutzimpfung grundsätzlich nicht verlangen, es sei denn sie ist gesetzlich vorgeschrieben. Nach den aktuellen Bestimmungen im Infektionsschutzgesetz gibt es keine generelle Impfpflicht. Die Bundesregierung und das BMG bestätigen, dass bei den Covid-19-Schutzimpfungen derzeit auf Freiwilligkeit gesetzt wird. Von der in § 20 Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes vorgesehenen Möglichkeit der Einführung einer Impfpflicht wurde bislang kein Gebrauch gemacht.

Etwas Anderes dürfte nach dem aktuellen Stand ebenso wenig für den besonderen Bereich des Gesundheitswesens gelten. Angesichts des grundgesetzlich garantierten Rechts auf körperliche Unversehrtheit jedes Einzelnen (Art.2 Abs.2 GG) dürfen Mitarbeitende in hausärztlichen Praxen nicht durch den Arbeitgeber zu einer Corona-Impfung verpflichtet werden.

Im Einzelnen: Nach den §§ 22, 23 InfektionsschutzG müssen u.a. Arztpraxen, Heime und Krankenhäuser zwar ausdrücklich eine Weiterverbreitung von Krankheitserregern vermeiden. Vor diesem Hintergrund kann ein Hausarzt als Arbeitgeber von seinen Mitarbeitern grundsätzlich verlangen, dass sie sich möglichst pandemiekonform verhalten, so beispielsweise einen Mund-Nasen-Schutz tragen, Abstand halten oder ggf. einen Corona-Schnelltest machen. Das Weisungsrecht des Arbeitgebers dürfte jedoch angesichts des Grundrechts des Arbeitnehmers auf körperliche Unversehrtheit nicht so weitgehen, diesen zu einer COVID-19-Schutzimpfung zu verpflichten, um besonders schutzbedürftige Patienten einem geringeren Gesundheitsrisiko auszusetzen. Zumindest derzeit steht noch nicht zweifelsfrei fest, ob die Impfungen über den höheren Schutz der geimpften Person hinaus vor Ansteckung und Erkrankung auch dazu führen, dass die geimpften Personen andere nicht mehr anstecken können. Zudem ist noch nicht klar,



wie lange der Impfschutz hält. Das Arbeitgeberargument, die Aufrechterhaltung des dringend erforderlichen Betriebs durch geimpftes Personal, das dann selbst zumindest weniger ausfällt, genügt für die Begründung einer Impfpflicht aller Wahrscheinlichkeit nach ebenso wenig.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

+++ NEU +++ Rechtliche Konsequenzen, wenn der Mitarbeiter sich nicht impfen lässt

Hierbei ist zwischen den Rechtsfolgen nach dem Infektionsschutzgesetz und den allgemeinen Rechtsfolgen nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz zu unterscheiden:

Rechtliche Nachteile für den Mitarbeiter sind im Zusammenhang mit der Entschädigungszahlung bei der behördlich angeordneten Quarantäne möglich. Beschäftigte, die durch die Quarantäne einen Verdienstaufschlag erleiden, haben grundsätzlich Anspruch auf eine Entschädigung ihres Verdienstaufschlags durch den Staat (§ 56 Abs. 1 IfSG). Dies ist allerdings ausgeschlossen für Personen, "die durch Inanspruchnahme einer Schutzimpfung oder anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die gesetzlich vorgeschrieben ist oder im Bereich des gewöhnlichen Aufenthaltsorts des Betroffenen öffentlich empfohlen wurde, [...] ein Verbot in der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit oder eine Absonderung hätte vermeiden können". Allein die Möglichkeit, eine empfohlene Impfung durchzuführen, kann also nach dem Gesetzeswortlaut zum Verlust der Entschädigung führen.

Beschäftigte, die an COVID-19 erkranken und dadurch arbeitsunfähig sind, sind „außerhalb des Infektionsschutzgesetzes“ grundsätzlich wie andere Beschäftigte zu behandeln. Das bedeutet, dass sie zunächst grundsätzlich für sechs Wochen die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall von ihrem Arbeitgeber erhalten und anschließend das Krankengeld von der Krankenkasse. Diese Regel gilt auch dann, wenn ein Beschäftigter an Covid-19 erkrankt, obwohl er sich hätte impfen lassen können. Die Nichtdurchführung einer Impfung dürfte nicht als verschuldete Erkrankung anzusehen sein, bei der ein Anspruch ausscheidet. Zumal die Impfstoffe auch unterschiedlich wirksam sind. Eher könnte man hieran denken, wenn jemand sich nicht an die Schutzregelungen hält. In diesem Fall müsste man jedoch auch nachweisen können, wann genau die Ansteckung erfolgte, woran es in der Regel scheitern wird.

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

WEITERE INFORMATIONEN

Weitere hilfreiche Informationen bieten die hier aufgeführten weiterführenden Links. Bitte beachten Sie, dass für die Inhalte der einzelnen Seite der jeweilige Anbieter verantwortlich ist.


Übersicht allgemeiner Links mit weiterführenden Informationen

- Bundesministerium für Gesundheit:
www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus.html
- Robert Koch-Institut:
www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste.html
- Charité Universitätsmedizin Berlin:
www.charite.de/klinikum/themen_klinikum/themenschwerpunkt_coronavirus/
- NDR-Podcast "Coronavirus-Update" mit Prof. Christian Drosten:
www.ndr.de/nachrichten/info/podcast4684.html
- Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) im Deutschen Hausärzterverband:
www.ihf-fobi.de/download-bereich.html
- DER HAUSARZT:
www.hausarzt.digital/covid-19-praxishilfen-fuer-hausaerzte
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin:
www.degam.de

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Übersicht der wichtigsten Rechtsquellen

- Infektionsschutzgesetz:
<https://rsw.beck.de/aktuell/gesetzgebung/gesetzgebungsvorhaben/covid-19-pandemie---2.-gesetz-zum-schutz-der-bevoelkerung-bei-epidemischer-lage>
- Sonderregelungen des G-BA aufgrund der COVID-19-Pandemie:
www.g-ba.de/service/sonderregelungen-corona/
- Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Testverordnung – TestV)
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/Coronavirus-TestV_BAnz_011220.pdf
- Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 7 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes auf Infektionen mit dem erstmals im Dezember 2019 in Wuhan/Volksrepublik China aufgetretenen neuartigen Coronavirus („2019-nCoV“): www.buzer.de/Coronavirus_Meldepflicht_VO.htm

- 
- Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä): www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php
 - Muster-Berufsordnung-Ärzte (MBO-Ä):
www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf
 - Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten (Referentenentwurf):
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/Testpflicht_Risikogebiete_VO_BAnz_081120.pdf

[\(zurück zur Übersicht\)](#)

Stand 07.01.2021