

Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung für Flüchtlinge / Asylbewerber

Stand: 01.01.2022

Die KVB hat mit den Spitzenverbänden Bayerischer Städtetag und Bayerischer Landkreistag eine Vereinbarung zur Regelung der ambulanten Versorgung für Asylbewerber abgeschlossen. Wichtige Informationen zur Behandlung und Abrechnung der erbrachten Leistungen sind nachfolgend zusammengefasst.

Überblick:

1. Einheitlicher Behandlungsschein
2. Eingeschränkter Behandlungsanspruch
3. Leistungsausschlüsse und Genehmigungsvorbehalte
4. Uneingeschränkter Behandlungsanspruch
5. Überweisungen
6. Behandlung in Eilfällen
7. Sprechstundenbedarf, Impfungen
8. Abrechnung
9. Mehraufwandspauschale
10. Anlagen: Muster-Behandlungsscheine

1. Einheitlicher Behandlungsschein

Es gibt jeweils einen **einheitlichen Behandlungsschein für**

- Patienten mit eingeschränktem Behandlungsanspruch
- Patienten mit uneingeschränktem Behandlungsanspruch (s.a. nachfolgende Erläuterungen unter Nr. 2 und 3).

Die Muster hierzu finden Sie in der **Anlage** zu dieser Darstellung.



Bitte beachten Sie Folgendes:

Vor Beginn der Behandlung muss der Patient einen vom Sozialhilfeträger ausgestellten **Behandlungsschein** vorlegen!

Es ist immer **darauf zu achten,**

- in welchem **Zeitraum** der Behandlungsschein **gültig** ist und
- ob vom Sozialhilfeträger auf dem Behandlungsschein ggf. eine **örtliche Beschränkung** oder eine **bestimmte Arztgruppe** angegeben wurde.

2. Eingeschränkter Behandlungsanspruch

- Die weit überwiegende Anzahl von Asylbewerbern hat **nach § 4 AsylbLG** einen im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten **eingeschränkten Anspruch** auf medizinische/psychotherapeutische Versorgung.

Leistungen sind demnach zu gewähren bei

- **akuten Erkrankungen** (unvermittelt auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlung bedarf) und bei

- **Schmerzzuständen.**

Der Leistungsumfang erstreckt sich dabei auf die im Einzelfall notwendige ärztliche/psychotherapeutische Behandlung, einschl. der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln.

Außerdem umfasst der Behandlungsanspruch

- die Verabreichung von amtlich empfohlenen Schutzimpfungen,
- medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen,
- die Gewährung von ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, von Hebammenhilfe sowie von Arznei-, Verband- und Heilmitteln für werdende Mütter und Wöchnerinnen.

- Betroffene Patienten erhalten vom Sozialamt einen **Behandlungsschein nach Muster „Anlage 2a“**.

➡ **Bitte beachten Sie Folgendes:**

Chronische Erkrankungen werden, soweit sie aktuell keine Komplikationen verursachen, in der Regel nicht behandelt.

ABER:

Im Einzelfall kann es zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sein, chronisch Kranke zu behandeln und mit Arzneimitteln zu versorgen (zum Beispiel bei Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder einer koronaren Herzerkrankung), um ernste Folgen zu vermeiden (zum Beispiel diabetisches Koma, Schlaganfall, Herzinfarkt).

3. Leistungsausschlüsse und Genehmigungsvorbehalte

- Für Asylbewerber mit eingeschränktem Behandlungsanspruch wurden außerdem auf dem Behandlungsschein nach Muster „Anlage 2a“ konkrete Leistungsausschlüsse und Genehmigungsvorbehalte definiert:

Auf folgende Leistungen besteht **kein** Anspruch:

- Teilnahme an DMP
- künstliche Befruchtung (Kap. 8.5 EBM)
- alle Leistungen außerhalb des EBM
als Ausnahme hiervon werden folgende nicht im EBM enthaltenen Positionen dennoch erstattet:
 - *Wegepauschalen*
 - *Katarakt*
 - *Röntgenkontrastmittel*
 - *Schutzimpfungen*
 - *Tagesstätten/Frühfördereinrichtungen*

Folgende Leistungen dürfen **nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung** des zuständigen Sozialamts erbracht werden:

- genehmigungspflichtige Psychotherapie (Kapitel 35.2 EBM)
- Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM),
- Humangenetik (Kapitel 11 EBM),
- Verordnung von Krankenpflege
- Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen
- Verordnung von Vorsorgekuren
- Verordnung von Hilfsmitteln, sofern die Aufwendungen hierfür die Summe von 250 Euro übersteigen

➡ **Bitte beachten Sie Folgendes:**

Bei genehmigungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Psychotherapie erfolgt die Antragstellung analog dem Verfahren bei GKV-Patienten, mit dem Unterschied, dass der Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen ist.

4. Uneingeschränkter Behandlungsanspruch

In wenigen **Einzelfällen** haben Asylbewerber einen **uneingeschränkten** Behandlungsanspruch. Die o.g. Leistungsausschlüsse gelten dann nicht. Die betreffenden Patienten erhalten vom Sozialhilfeträger einen Behandlungsschein nach Muster „Anlage 2b“.

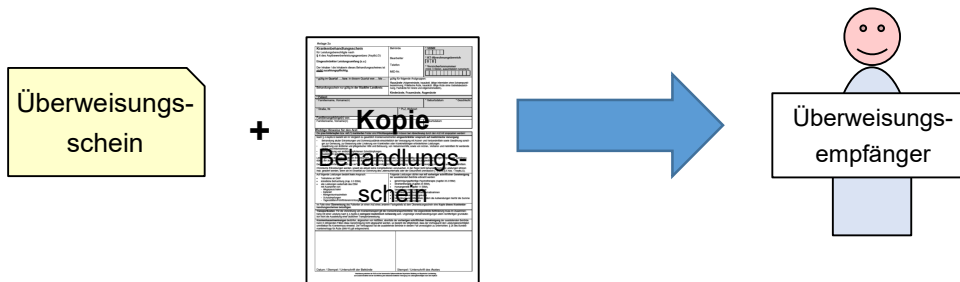
5. Überweisungen

Eine Überweisung kann **ohne erneute Anforderung eines Behandlungsscheins** vorgenommen bzw. vom Überweisungsempfänger akzeptiert werden.



Bitte beachten Sie Folgendes:

Zusammen mit dem Überweisungsschein ist eine **Kopie des** Behandlungsscheins an den Überweisungsempfänger **zu übermitteln**, damit dieser informiert ist, ob ein eingeschränkter oder uneingeschränkter Behandlungsanspruch besteht. Das Original des Behandlungsscheins verbleibt beim Überweisenden.



6. Behandlung in Eilfällen

Unter folgenden **Voraussetzungen** kann in Eilfällen die **nachträgliche Ausstellung** eines **Behandlungsscheins** beim zuständigen Sozialhilfeträger angefordert werden:

- die **Behandlung** war **aus medizinischen/therapeutischen Gründen un-aufschiebbar** und der Sozialhilfeträger konnte nicht mit der Folge rechtzeitiger Hilfeleistung eingeschaltet werden **und**
- **innerhalb von zwei Wochen** nach der Eilbehandlung übermittelt Ihre Praxis eine **schriftliche Mitteilung** hierüber an den zuständigen Sozialhilfeträger

Für die schriftliche Anzeige empfehlen wir, das (am Ende beigefügte) **Muster „Anlage 3“** zu verwenden, das mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt wurde. Das Muster ist auch abrufbar auf unserer Internetseite (www.kvb.de) in der Rubrik Abrechnung -> Erstellung-Abgabe-Korrektur -> Besondere Kostenträger -> Behandlung von Asylbewerbern.

7. Sprechstundenbedarf, Impfungen

Der benötigte allgemeine Sprechstundenbedarf sowie Impfstoffe kann aus dem zu Lasten der GKV bezogenen Sprechstundenbedarf entnommen werden. Die Verrechnung zwischen GKV und Sozialhilfeträgern übernehmen wir.

Hier dürfen nur VKNRn von Kostenträgern verwendet werden, die an der Vereinbarung teilnehmen

- **KT-Abrechnungsbereich:**

Bitte übernehmen Sie hier unbedingt die „08“ in Ihre Abrechnungsdaten. Andernfalls erfolgt eine falsche Zuordnung des Scheins mit der Folge, dass die Vergütung nicht in voller Höhe berechnet werden kann.

- **Versichertennummer:**

Diese wird von den Kostenträgern vorgegeben und muss mindestens 6-Stellig und ausschließlich numerisch sein.

- **GOP 99002 (nur bei Behandlungsscheinen nach Muster Anlage 2b):**

Diese GOP kennzeichnet Fälle von Patienten mit uneingeschränktem Behandlungsanspruch.

- **Gültigkeitszeitraum des Behandlungsscheins:**

Entweder pauschal für ein Quartal oder individuell vorgegebener Zeitraum innerhalb eines Quartals.

- **Patientendaten:**

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht (Lt. KVDT mögliche Angaben:

M = männlich

W = weiblich

U = unbekannt

X = unbestimmt)

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

9. Mehraufwandspauschale

- Für den erhöhten Aufwand, den die erstmalige medizinische/psychotherapeutische Behandlung eines Asylbewerbers aufgrund der regelmäßig vorhandenen Kultur- und Sprachbarrieren mit sich bringt, wird eine Mehraufwandspauschale in Höhe von 18,65 Euro vergütet.
 - Die Mehraufwandspauschale wird je Arzt/Psychotherapeut anlässlich des erstmaligen Patientenkontakts (Erstanamnese) für jeden in Behandlung genommenen Asylbewerber einmalig erstattet, sofern die Behandlung auf Original- oder Überweisungsschein zur Mitbehandlung (nicht: Auftrags-, Konsiliar- oder Notfälle) abgerechnet wird.
- ➔ Um die Mehraufwandspauschale für die Erstanamnese eines leistungsberechtigten Asylbewerbers geltend zu machen, setzen Sie bitte im Rahmen Ihrer Abrechnung die **GOP 97007** an. Ein nochmaliger Ansatz der Mehraufwandspauschale in einem der Folgequartale ist für denselben Patienten durch denselben Arzt/Psychotherapeuten nicht möglich.

10. Anlagen

Behandlungsscheine

- Muster „Anlage 2a“
- Muster „Anlage 2b“

Mitteilung über Eilbehandlung

- Muster „Anlage 3“

Anlage 2a

<p>Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)</p> <p>Nur gültig bei Vertragsärzten/-psychotherapeuten MVZ/Ermächtigten im Freistaat Bayern</p> <p>Eingeschränkter Leistungsumfang (s.u.) Der Inhaber / die Inhaberin dieses Behandlungsscheines ist nicht zuzahlungspflichtig.</p>	<p>Behörde</p> <p>Bearbeiter</p> <p>Telefon</p> <p>MID-Nr.</p>	<p>* VKNR</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> <td style="width: 25px;"> </td> </tr> </table> <p>* KT-Abrechnungsbereich</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25px;">0</td> <td style="width: 25px;">8</td> </tr> </table> <p>* Versichertennummer (mind. 6 Stellen, ausschließlich numerisch)</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table>					0	8										
0	8																	
<p>* gültig im Quartal ..., bzw. in diesem Quartal von ... bis ...</p>	<p>gültig für folgende Arztgruppen:</p>																	
<p>Behandlungsschein nur gültig in der Stadt/im Landkreis:</p>																		
<p>* Patient:</p>																		
<p>* Familienname, Vorname(n)</p>	<p>* Geburtsdatum</p>	<p>* Geschlecht</p>																
<p>* Straße, Nr.</p>	<p>* PLZ, Wohnort</p>																	
<p>Familienangehörige(r) von:</p>																		
<p>Familienname, Vorname(n)</p>	<p>Geburtsdatum</p>																	
<p>Wichtige Hinweise für den Arzt:</p>																		
<p>Die grau hinterlegten bzw. mit (*) markierten Felder sind Pflichtangaben und müssen bei Abrechnung durch den Arzt/PT mit angegeben werden!</p>																		
<p>Nach § 4 AsylbLG besteht ein im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten eingeschränkter Anspruch auf medizinische Versorgung:</p>																		
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. • Gewährung von ärztlicher und pflegerischer Hilfe und Betreuung, von Hebammenhilfe, sowie von Arznei-, Verband- und Heilmitteln für werdende Mütter und Wöchnerinnen. • Verabreichung von amtlich empfohlenen Schutzimpfungen. • medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen. <p>Leistungen sind demnach bei akuten Erkrankungen (unvermittelt auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen Behandlung bedarf) und bei Schmerzzuständen zu gewähren.</p> <p>Der Leistungsumfang erstreckt sich auf die im Einzelfall notwendige ärztliche Behandlung, einschl. der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln.</p> <p>Chronische Erkrankungen werden, soweit sie aktuell keine Komplikationen verursachen, in der Regel nicht behandelt. Sonstige Leistungen können insb. gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [...] sind (§ 6 Abs. 1 AsylbLG).</p>																		
<p>Auf folgende Leistungen besteht kein Anspruch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an DMP • künstliche Befruchtung (Kap. 8.5 EBM) • alle Leistungen außerhalb des EBM <i>mit Ausnahme von:</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Wegepauschalen</i> - <i>Katarakt</i> - <i>Röntgenkontrastmitteln</i> - <i>Schutzimpfungen</i> - <i>Tagesstätten/Frühförderereinrichtungen</i> 	<p>Folgende Leistungen dürfen nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der ausstellenden Behörde erbracht werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • genehmigungspflichtige Psychotherapie (Kapitel 35.2 EBM) • Strahlentherapie (Kapitel 25 EBM), • Humangenetik (Kapitel 11 EBM), • Verordnung von Krankenpflege • Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen • Verordnung von Vorsorgekuren • Verordnung von Hilfsmitteln, sofern die Aufwendungen hierfür die Summe von 250 Euro übersteigen 																	
<p>Im Falle einer Überweisung des Patienten an einen Arzt eines anderen Fachgebiets oder einen Psychotherapeuten ist dem Überweisungsschein eine Kopie dieses Krankenbehandlungsscheines beizufügen.</p>																		
<p>Transportkosten: Für die Verordnung von Krankentransport gilt die Krankentransportrichtlinie. Die angeordnete Beförderung muss im Zusammenhang mit einer Leistung nach § 4 AsylbLG zwingend medizinisch notwendig sein. Ungünstige Verkehrsbedingungen allein rechtfertigen grundsätzlich nicht die Ausstellung einer ärztlichen Transportanweisung.</p>																		
<p>Krankenhauseinweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, ebenfalls der vorherigen schriftlichen Genehmigung der ausstellenden Behörde. Kann in dringenden Fällen diese Genehmigung nicht abgewartet werden, so besteht die Möglichkeit, dass der Vertragsarzt den Leistungsberechtigten unmittelbar ins Krankenhaus einweist. Der Vertragsarzt hat die ausstellende Behörde in diesem Fall unverzüglich zu unterrichten. § 26 des Bundesmantelvertrags für Ärzte (BMV-A) gilt entsprechend.</p>																		
<p>Datum / Stempel / Unterschrift der Behörde</p>	<p>Stempel / Unterschrift des Arztes</p>																	

Anlage 2b

<p>Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)</p> <p>Nur gültig bei Vertragsärzten/MVZ/Ermächtigten im Freistaat Bayern</p> <p>Für die Leistungsgewährung gelten die Vorschriften der GKV entsprechend (einschließlich der Zuzahlungspflicht).</p>	Behörde	<p>* VKNR</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>* KT-Abrechnungsbereich</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td><td>8</td> </tr> </table> <p>* Versichertennummer (mind. 6 Stellen, ausschließlich numerisch)</p> <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p>* GOP</p> <table border="1"> <tr> <td>9</td><td>9</td><td>0</td><td>0</td><td>2</td> </tr> </table>							0	8													9	9	0	0	2
0	8																										
9	9	0	0	2																							
<p>* gültig im Quartal ..., ggf. in diesem Quartal von ... bis ...</p>	Bearbeiter																										
<p>Behandlungsschein nur gültig in der Stadt/im Landkreis:</p>	Telefon																										
	MID-Nr.																										

* Patient:		
* Familienname, Vorname(n)	* Geburtsdatum	* Geschlecht
* Straße, Nr.	* PLZ, Wohnort	
Familienangehörige(r) von:		
Familienname, Vorname(n)	Geburtsdatum	

Wichtige Hinweise für den Arzt:

Die **grau hinterlegten bzw. mit (*) markierten Felder** sind **Pflichtangaben** und **müssen bei Abrechnung** durch den Arzt **mit angegeben werden!** Dies gilt auch für die Kennzeichnungs-GOP 99002.

Im Falle einer **Überweisung** des Patienten an einen Arzt eines anderen Fachgebiets ist dem Überweisungsschein eine **Kopie dieses Krankenbehandlungsscheines beizufügen.**

<p>Datum / Stempel / Unterschrift der Behörde</p>	<p>Stempel / Unterschrift des Arztes</p>
--	---

Anlage 3

An

(zuständige/r Leistungsträger/Behörde)

.....
.....
.....

ggf. per Fax:

Ärztliche Anzeige einer Eilbehandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Wichtiger Hinweis für den Arzt:

Die Mitteilung ist innerhalb von zwei Wochen nach der Eilbehandlung beim zuständigen Leistungsträger einzureichen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 6 der Vereinbarung zwischen der KVB und den Spitzenverbänden Bayerischer Städtetag und Bayerischer Landkreistag zum Zusammenwirken bei der Durchführung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz wird angezeigt, dass nachstehende mittellose Person am _____ (Datum des Behandlungsbeginns) als Eilfall in Behandlung genommen werden musste.

Wir bitten um Übersendung eines Behandlungsausweises.

Patient:		
Familienname, Vorname(n)		
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Geschlecht	MID (sofern bekannt)
Familienangehörige(r) von:		
Familienname, Vorname(n)		Geburtsdatum

Praxisstempel	Datum / Unterschrift des Arztes
---------------	--