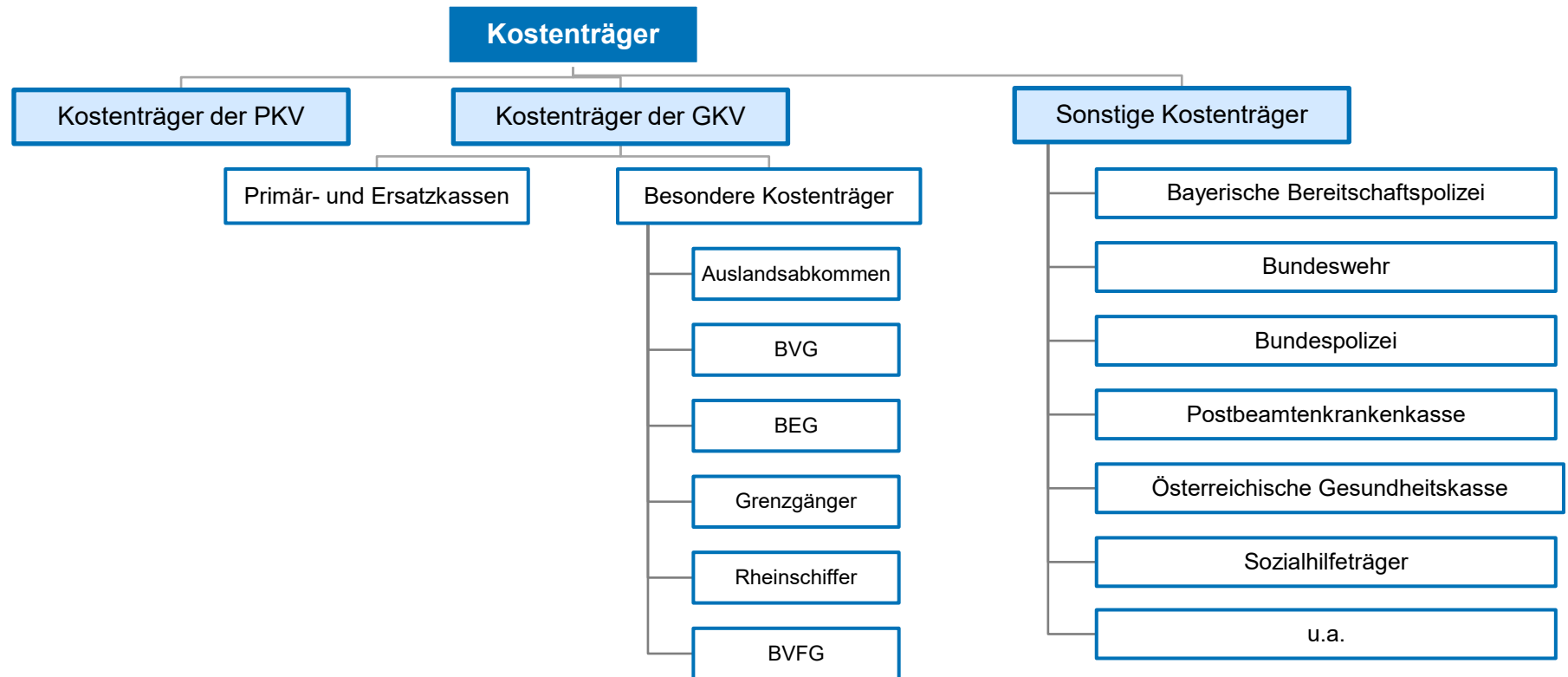


Begriffliche Abgrenzung



Sonstige Kostenträger	Kostenträger, die medizinische Leistungen aufgrund des Sicherstellungsauftrages bzw. sonstiger vertraglicher Verpflichtungen (auf Landes- und Bundesebene) außerhalb der GKV übernehmen.
Besondere Kostenträger	Kostenträger, die nicht zur Primärabrechnung der GKV-Kassen zählenden Abrechnungsbereiche (SVA, BVG u.a.).

<p>Wie rechne ich Patienten ab, die über Besondere Kostenträger versichert sind?</p>	<p>Patienten mit Krankenversichertenkarte / elektronischer Gesundheitskarte (eGK)</p> <p>Wird die o. g. Karte eingelesen, ist keine manuelle Kennzeichnung von Kostenträger-Abrechnungsbereich und Besondere Personengruppe erforderlich.</p> <p>Patienten mit Krankenschein</p> <p>Beim Anlegen eines Patienten in der Abrechnung ist zur eindeutigen Zuordnung des zuständigen Kostenträgers ein 2-stelliger Kostenträger-Abrechnungsbereich (KTAB) (Feldkennung 4106) sowie eine Besondere Personengruppe (Feldkennung 4131) anzugeben. Wie diese Angaben ergänzend zur Kassenummer (VKNR) einzugeben sind, hängt vom jeweiligen Praxisverwaltungssystem ab. Bei Fragen oder Schwierigkeiten ist das zuständige Softwarehaus zu kontaktieren.</p>
<p>Kostenträger-Abrechnungsbereich (Feldkennung 4106)</p>	<p>00 = Primärabrechnung 01 = Sozialversicherungsabkommen (SVA) 02 = Bundesversorgungsgesetz (BVG) 03 = Bundesentschädigungsgesetz (BEG) 04 = Grenzgänger (GG) 05 = Rheinschiffer (RHS) 06 = Sozialhilfeträger ohne Asylstellen (SHT) 07 = Bundesvertriebenengesetz (BVFG) 08 = Asylstellen (AS)</p>
<p>Besondere Personengruppe (Feldkennung 4131)</p>	<p>00 = keine Besondere Personengruppe 04 = BSHG (Bundessozialhilfegesetz) § 264 SGB V 06 = SER (Soziales Entschädigungsrecht) 07 = SVA-Kennzeichnung für zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht: Personen mit Wohnsitz im Inland, Abrechnung nach Aufwand 08 = SVA-Kennzeichnung, pauschal 09 = Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des 09 Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)</p>
<p>Fragen zur Einreichung der Abrechnung?</p>	<p>Bei Fragen erreichen Sie uns unter Telefon 0 89 / 5 70 93 - 4 00 10</p>

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Übersicht zu den einzelnen Sonstigen und Besonderen Kostenträgern mit detaillierten Informationen.

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung
Bay. Bereitschaftspolizei	EK870	00	00	<ul style="list-style-type: none"> Ausstellung des Überweisungsscheins (Muster 6/10/39a-c) durch den eigenen ärztlichen Dienst (Polizeiarzt) Weiterüberweisung möglich
Bundespolizei	EK	74860	00	00	<p>Seit 01.10.2025 Kostenträger „Bundespolizei Heilfürsorge“ mit der VKNR 74860, zuvor Kostenträger „Bundespolizei Zentr. Abr. Heilfürsorge“ (VKNR 27860)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausstellung des Überweisungsscheins (Muster 6/10/39a-c) durch den eigenen ärztlichen Dienst (Polizeiarzt) Heilfürsorgekarte/Heilfürsorgekarte Zahn wurde mit der Einführung der eGK ersetzt
Bundeswehr	EK	79868	00	00	<p>Ärztliche Versorgung von Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausstellung des Überweisungsscheins (Vordruck San/Bw/0217) durch den zuständigen Truppenarzt. Bei der Abrechnung ist als Personenkreis / Untersuchungskategorie (Feldkennung 4123) ärztliche Versorgung (Inhalt 07) einzutragen.
	EK	79869	00	00	<p>Feststellung der Wehrdienstfähigkeit oder Musterungsuntersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausstellung des Überweisungsscheins (Vordruck San/Bw/0117) durch den zuständigen Truppenarzt. Bei der Abrechnung ist als Personenkreis / Untersuchungskategorie (Feldkennung 4123) Tauglichkeitsuntersuchung (Inhalt 06) einzutragen. <p>Der Überweisungsschein gilt nur für den Arzt, auf den er ausgestellt wurde. Wird ein Vertreter tätig, hat dieser einen entsprechenden Vermerk auf der Rückseite des Überweisungsscheines anzubringen.</p> <p>Der Überweisungsschein gilt vom Ausstellungsdatum ab und ist bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres befristet. Eine abweichende Gültigkeitsdauer ist zulässig und vom Arzt der Bundeswehr in dem Überweisungsschein zu vermerken.</p> <p>Eine Behandlung von Bundeswehrsoldaten setzt immer einen Original-Überweisungsschein (SanBW 0117/0217) eines Bundeswehrarztes voraus.</p> <p>Ausnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vertragsärzte dürfen Überweisungen für Laborleistungen, zytologische Leistungen und Röntgenleistungen sowie anästhesiologische Leistungen i. R. ambulanter Operationen ausstellen. Ebenso verhält es sich bei Notfällen. Kann ein Soldat bei plötzlicher schwerer Erkrankung, einem Unfall oder einer Erkrankung außerhalb des Standortes den Überweisungsschein nicht vorlegen, ist dieser innerhalb von vier Wochen nachzureichen. Wird der Überweisungsschein nicht innerhalb dieser Frist nachgereicht, ist der Arzt berechtigt, eine Privatvergütung für die Behandlung zu verlangen. Soweit der Soldat einen Arzt im Rahmen des Notfalldienstes in den sprechstundenfreien Zeiten in Anspruch nimmt, genügt die Vorlage des Dienstausweises. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall auf einem Notfallschein nach Muster 19 der Vordruckvereinbarung (Anlage 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung																					
Jugendarbeitschutz	GOÄ	71854	00	00	<p>JAS Bayerisches Landesamt für Arbeitsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosten der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG), die von bayerischen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, trägt der Freistaat Bayern. • Die Abrechnung ist auf einem gesonderten Datensatz mit den GOPen 98001 bis 98006 anzulegen. • Bei Ergänzungsuntersuchungen nach § 38 JArbSchG sind zusätzlich zur GOP 98004 bzw. 98005 das errechnete Honorar (einfacher Satz GOÄ) als Cent-Betrag (Feldkennung 5012) und die Sachkostenbezeichnung „L904“ bzw. „L905“ (Feldkennung 5011) einzutragen. • Untersuchungsberechtigungs-scheine sind nach dem Behandlungsquartal ein Jahr lang in der Praxis aufzubewahren <p>Folgende Gebührenordnungspositionen (GOP) sind abrechnungsfähig:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Definition</th> <th>Abkürzung</th> <th>GOP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Erstuntersuchung (§ 32 JArbSchG)</td> <td>JAS 1</td> <td>98001</td> </tr> <tr> <td>Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)</td> <td>JAS 2</td> <td>98002</td> </tr> <tr> <td>Weitere/außerordentliche Nachuntersuchung (§ 34/35 JArbSchG)</td> <td>JAS 3</td> <td>98003</td> </tr> <tr> <td>Ergänzungsuntersuchung in der eigenen Praxis (§ 38 JArbSchG)</td> <td>JAS 4</td> <td>98004 plus €-Betrag</td> </tr> <tr> <td>Ergänzungsuntersuchung durch andere Fachärztin/anderen Facharzt (§ 38 JArbSchG)</td> <td>JAS 5</td> <td>98005 plus €-Betrag</td> </tr> <tr> <td>Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)</td> <td>JAS 6</td> <td>98006</td> </tr> </tbody> </table> <p>Weiterführende Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ unter www.kvb.de in der Rubrik Mitglieder/ Abrechnung/ Abrechnungsprozess/ Merkblätter Abrechnung/ KVB-Merkblatt-Jugendarbeitsschutzuntersuchungen 	Definition	Abkürzung	GOP	Erstuntersuchung (§ 32 JArbSchG)	JAS 1	98001	Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)	JAS 2	98002	Weitere/außerordentliche Nachuntersuchung (§ 34/35 JArbSchG)	JAS 3	98003	Ergänzungsuntersuchung in der eigenen Praxis (§ 38 JArbSchG)	JAS 4	98004 plus €-Betrag	Ergänzungsuntersuchung durch andere Fachärztin/anderen Facharzt (§ 38 JArbSchG)	JAS 5	98005 plus €-Betrag	Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)	JAS 6	98006
Definition	Abkürzung	GOP																								
Erstuntersuchung (§ 32 JArbSchG)	JAS 1	98001																								
Erste Nachuntersuchung (§ 33 JArbSchG)	JAS 2	98002																								
Weitere/außerordentliche Nachuntersuchung (§ 34/35 JArbSchG)	JAS 3	98003																								
Ergänzungsuntersuchung in der eigenen Praxis (§ 38 JArbSchG)	JAS 4	98004 plus €-Betrag																								
Ergänzungsuntersuchung durch andere Fachärztin/anderen Facharzt (§ 38 JArbSchG)	JAS 5	98005 plus €-Betrag																								
Außerordentliche Nachuntersuchung (§ 42 JArbSchG)	JAS 6	98006																								
Postbeamte	EK	61850	00	00	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechnung über KVB nur für die Mitglieder der Gruppe A, Versicherte der Gruppe B sind Selbstzahler • Krankenversichertenkarte der Postbeamtenkrankenkasse (PbeaKK) 																					
Österreichische Gesundheitskasse	RK	70947	00	00	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbarung mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) seit 01.10.1965: Leistungen bayerischer Fachärzte im grenznahen Allgäu für im Kleinwalsertal wohnhafte Versicherte (mangels fachärztlicher Versorgung im Kleinwalsertal) können aufgrund einer hausärztlichen Überweisung durch einen österreichischen Hausarzt mit der VKNR 70947 verrechnet werden. • Das S2-Formular ist für jene Fälle vorgesehen, in denen eine Krankenbehandlung in einem EU-Mitgliedsstaat nicht oder nicht in einem medizinisch vertretbaren Zeitraum erbracht werden kann und daher eine Reise in ein anderes EU-Land zur Leistungsanspruchnahme erforderlich ist. <p>Befristete Sondervereinbarung vom 01.07.2025 bis zum 31.03.2027: Um die hausärztliche Versorgungssituation für im Kleinwalsertal wohnhaften ÖGK-Versicherten bis zur Wiederherstellung der flächendeckenden allgemeinmedizinischen Versorgung weiterhin sicherzustellen, gilt der S2-Schein als Anspruchsnachweis und Abrechnungsgrundlage für Leistungen der allgemeinmedizinischen Versorgung im grenznahen Allgäu. Bei Überweisung des deutschen Hausarztes an einen deutschen Facharzt wird das Muster 6 ausgestellt. Die S2- und Überweisungsscheine verbleiben in der Praxis.</p>																					

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung
<p>Zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht</p> <p>(Auslandsabkommen, Auslandskrankenversicherte)</p>		individuell	01	07	<p>Rechtsgrundlagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>EU-Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit</i> (EG-VO Nr. 883/04 und Nr. 987/09) sowie <i>Abkommen über Handel- und Zusammenarbeit</i> (Partnerschaftsvertrag zw. EU & UK): Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland, Zypern (nachfolgend: EU, EWR, Schweiz, UK) ➤ <i>Bilaterales Abkommen</i> der Bundesrepublik mit dem jeweiligen Land: Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei, Tunesien (nachfolgend: Länder mit bilateralem Abkommen über soziale Sicherheit) <p>Allgemeine Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die aushelfende deutsche Krankenkasse ist vom im Ausland versicherten Patienten frei wählbar. • Die EHIC und GHIC muss physisch als Karte vorgelegt werden. Eine digitale Version berechtigt aktuell nicht zur Inanspruchnahme von Leistungen in Deutschland. Die EHIC und die GHIC ist von der Praxis nur zu akzeptieren, wenn sie am Behandlungstag selbst oder am folgenden Arbeitstag nachgereicht wird. • Die Abrechnung erfolgt nach den Regelungen des Ersatzverfahrens unter Angabe des Namens, Vornamens und Geburtsdatums des im Ausland versicherten Patienten sowie der vom Patienten gewählten aushelfenden deutschen Krankenkasse (Name und Institutionskennzeichen). • Beim fehlenden oder falschen Anspruchs- und Identitätsnachweis besteht die Pflicht, eine Vergütung nach GOÄ von dem im Ausland versicherten Patienten zu fordern. <p>Personen, die im Ausland gesetzlich krankenversichert sind und während ihres vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland erkranken, also eine ungeplante Behandlung beanspruchen (Touristen, entsandte Arbeitnehmer und Studierende etc.)</p> <p>Patienten aus der EU, EWR, Schweiz, UK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als Anspruchsnachweis gelten: <ul style="list-style-type: none"> – Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) – Global Health Insurance Card (GHIC) – Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) (Ersatz für die EHIC, wenn diese verloren oder gestohlen wurde oder beim Arztbesuch nicht vorliegt. Diese wird von der Krankenversicherung des Herkunftslandes ausgestellt und kann an die Praxis per E-Mail oder Fax direkt übermittelt werden. Elektronisch ausgestellte PEB, die keine Original-Unterschrift und/oder keinen Stempel enthalten, sind trotzdem gültig.) • Leistungsanspruch besteht für alle medizinisch notwendigen Leistungen. • Nach Überprüfung der Identität des Patienten (Reisepass oder Personalausweis) und der Gültigkeit der EHIC/GHIC/PEB ist vor dem Beginn der Behandlung vom Patienten die Patientenerklärung vollständig auszufüllen und zu unterschreiben. Hier ist auch vom Patienten die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse anzugeben und die Dauer des voraussichtlichen Aufenthalts in Deutschland.

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung
Zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht (Auslandsabkommen, Auslandskrankenversicherte)		individuell	01	07	<ul style="list-style-type: none"> • Auf der Patientenerklärung wird der Name der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes eingetragen und die Vollständigkeit der Angaben sowie die Identitätsprüfung des Patienten durch Datum, Unterschrift und Arztstempel bestätigt. • Die Kopie der EHIC, GHIC bzw. der PEB sowie das Original der „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ sind unverzüglich an die vom Patienten gewählte Krankenkasse zu senden. • Die Zweitkopien/Durchschläge verbleiben zur Aufbewahrung von zwei Jahren in der Arztpraxis. <p>Patienten aus Ländern mit bilateralem Abkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als Anspruchsnachweis gelten: <ul style="list-style-type: none"> – Nationaler Anspruchsnachweis ausgestellt von der aushelfenden deutschen Krankenkasse. – Eine Patientenerklärung ist nicht erforderlich. • Leistungsanspruch besteht i.d.R. nur auf sofort notwendige Leistungen und bei akuter Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung. Auch nicht aufschiebbare Behandlungen von chronischen Erkrankungen oder im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft können zulässig sein. • Die im Ausland versicherte Person muss vor ihrer Einreise nach Deutschland sich eine entsprechende Anspruchsbescheinigung von seiner Krankenversicherung im Herkunftsland einholen (sog. Auslandskrankenschein). Diese Anspruchsbescheinigung ist vom Patienten bei einer selbst gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort in einen Nationalen Anspruchsnachweis umzutauschen, der dann in der Praxis vorzulegen ist. • Der Leistungsumfang und die Genehmigungsdauer wird auf dem Nationalen Anspruchsnachweis von der aushelfenden deutschen Krankenkasse festgelegt. Auf diesem sind ggf. auch Einschränkungen des Leistungsspektrums vermerkt. • Der Nationale Anspruchsnachweis verbleibt im Original zwei Jahre in der Praxis. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Personen, die im Ausland gesetzlich krankenversichert sind und für eine geplante und vorab genehmigte Behandlung nach Deutschland reisen</p> </div> <p>Patienten aus der EU, EWR, Schweiz, UK sowie aus Ländern mit bilateralem Abkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als Anspruchsnachweis gelten: <ul style="list-style-type: none"> – Nationaler Anspruchsnachweis ausgestellt von der aushelfenden deutschen Krankenkasse – Eine Patientenerklärung ist nicht erforderlich. • Der Leistungsumfang richtet sich nach den Vorgaben des ausländischen Kostenträgers. Dieser kann auf eine bestimmte Erkrankung oder auf einen bestimmten Arzt/Praxis eingeschränkt sein. • Die im Ausland versicherte Person muss vor ihrer Einreise nach Deutschland eine Genehmigung der zuständigen Krankenversicherung im Herkunftsland einholen (Formular PD S2). Diese Genehmigung ist vom Patienten bei einer selbst gewählten deutschen Krankenkasse am Aufenthaltsort in einen Nationalen Anspruchsnachweis umzutauschen, der dann in der Praxis vorzulegen ist. Die Vorlage einer EHIC, GHIC oder PEB berechtigt nicht zur Behandlung.

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung
Zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht (Auslandsabkommen, Auslandskrankenversicherte)		individuell	01	07	<ul style="list-style-type: none"> Der Leistungsumfang und die Genehmigungsdauer wird auf dem Nationalen Anspruchsnachweis von der aushelfenden deutschen Krankenkasse vermerkt. Der Nationale Anspruchsnachweis verbleibt im Original zwei Jahre in der Praxis. <p>Weiterführende Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> unter www.kvb.de in der Rubrik Mitglieder/ Abrechnung/ Abrechnungsprozess/ Spezielle Abrechnungsthemen/ Im Ausland Krankenversicherte Anlage 20 BMV-Ä – Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversichertenkarte KVB-PraxisInfoSpezial Im Ausland Krankenversicherte DVKA
Grenzgänger	EBM EK RK	individuell	04	08	<p>Personen, die in Deutschland arbeiten und gesetzlich krankenversichert sind und im EU-, EWR-Ausland oder der Schweiz wohnen und in der Regel täglich, mindestens aber einmal wöchentlich in ihren Wohnstaat zurückkehren</p> <p>Rechtsgrundlage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>EU-Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit</i> (EG-VO Nr. 883/04) Belgien, Bulgarien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (nachfolgend: EU, EWR, Schweiz) <ul style="list-style-type: none"> Die im EU-Ausland wohnende Person erhält von seiner am Wohnort zuständigen Krankenversicherung eine Anspruchsbescheinigung (Vordruck E 106 bzw. PD S1) zur Vorlage bei einer deutschen Krankenkasse. Diese ist vom Patienten frei wählbar. Von der deutschen aushelfenden Krankenkasse erhält der Patient und auch seine mitversicherten Familienangehörigen eine eGK. Leistungsanspruch besteht nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. <p>Weiterführende Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> DVKA
Rheinschiffer	EBM EK RK	individuell	05	00	<p>Im Ausland versicherte Rheinschiffer und Angehörige</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Vordruck „R110“ wird vom Arbeitgeber oder Schiffsführer zu Lasten einer vom Patienten frei gewählten aushelfenden deutschen Krankenkasse ausgestellt. Eine sofortige Anzeige ist erforderlich.

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung
Bundesversorgungsgesetz (BVG)	EBM EK RK	individuell	02	06	Patienten, die unter anerkannten gesundheitlichen Schädigungen (Schädigungsfolgen) leiden <ul style="list-style-type: none"> Dies umfasst alle Krankheiten oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die im Zusammenhang mit Gewalttaten, den Auswirkungen der Weltkriege, dem Zivildienst und Schutzimpfungen oder anderen prophylaktischen Maßnahmen stehen. Voraussetzung ist ein Nachweis der Verwaltungsbehörde über die anerkannte Schädigungsfolge, die vom Patienten bei der Inanspruchnahme von Leistungen vorzulegen ist. Gesundheitliche Schädigungen, die bereits vor dem 31.12.2023 nach Bundesversorgungsgesetz (BVG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Zivildienstgesetz (ZDG) anerkannt wurden, erhalten ebenfalls die Kennzeichnung „SER“.
Bundesentschädigungsgesetz (BEG)			03	06	
Bundesvertriebenengesetz (BVFG)	EBM EK RK	individuell	07	00	<ul style="list-style-type: none"> Spätaussiedler nach dem BFVG haben keine Versichertenkarte. Als Anspruchsnachweis gilt ein Sonderschein BVG 01, auf dem von der zuständigen Krankenkasse ein (meist) handschriftlicher Vermerk „BVFG“ angebracht wurde.

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung	
Sozialhilfeträger					<ul style="list-style-type: none"> Bei Überweisungen ist zusammen mit dem Überweisungsschein auch eine Kopie des Behandlungsscheines für den weiterbehandelnden Arzt an den Patienten auszuhändigen. Die Gültigkeit der Überweisung ist an die Gültigkeitsdauer des Behandlungsscheines gekoppelt. 	
	Kreisfreie Städte, Landkreise, Bezirke (Sozialämter) Kinder- und Jugendhilfeträger / Bayerische Jugendämter	EBM EK RK	individuell	06	00	<p>Patienten, die nicht unter die Krankenversicherung nach § 264 SGB V fallen, sondern nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (Sozialhilfe, SGB XII) leistungsberechtigt sind und einen Behandlungsschein vom "Amt" (kreisfreie Städte, Landkreise, Bezirke) vorlegen</p> <p>In Bayern nehmen alle kreisfreien Städte, die meisten Landkreise und alle Bezirke an der Vereinbarung zur ambulanten Versorgung von "besonderen Sozialhilfeempfängern" teil. Mit Ausnahme folgender Landkreise: Freyung-Grafenau, Fürstenfeldbruck, München, Rosenheim, Straubing-Bogen, Würzburg.</p> <p>Patienten mit einem Behandlungsschein, die mit der Kostenträgeruntergruppe "06" gekennzeichnet sind und von einem der oben genannten, nicht teilnehmenden Landkreise ausgestellt wurde, sind direkt mit dem zuständigen Amt abzurechnen.</p> <p>Weiterführende Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> unter www.kvb.de in der Rubrik Mitglieder/ Abrechnung / Vergütungsverträge / Besondere Sozialhilfeempfänger
	Kinder- und Jugendhilfeträger / Bayerische Jugendämter	EBM EK RK	individuell	08	00	Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gelten nicht als Asylbewerber, sondern erhalten Behandlungsausweise durch Jugendhilfeträger/SHT
	Kreisfreie Städte, Landkreise, Bezirke (Asylämter)	EBM EK RK	individuell	08	00	<p>Patienten, die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) leistungsberechtigt sind</p> <ul style="list-style-type: none"> Vor Beginn der Behandlung muss der Patient einen vom Sozialhilfeträger ausgestellten Behandlungsschein vorlegen. Es ist immer darauf zu achten, <ul style="list-style-type: none"> in welchem Zeitraum der Behandlungsschein gültig ist und ob vom Sozialhilfeträger auf dem Behandlungsschein ggf. eine örtliche Beschränkung oder eine bestimmte Arztgruppe angegeben wurde <p>Ab dem 01.04.2026 gilt bei Eilfällen folgendes Vorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Der behandelnde Arzt füllt einen Notfall-Vertretungsschein (Muster 19a) aus und sendet diesen innerhalb von zwei Wochen nach der Eilbehandlung an das zuständige Amt. Das zuständige Amt lässt sich beispielsweise aus einer Aufenthaltsgestattung bzw. Duldung entnehmen oder aus einem anderweitigen Nachweis der Identität und des Wohnorts. Die Unterscheidung zwischen der Zuständigkeit der Stadt oder des Landkreises ist hierbei zu beachten.

Kostenträger	Grundlage Vergütung	VKNR	KTAB	Bes. PG	Abrechnungsschein für ambulante bzw. belegärztliche Behandlung										
Sozialhilfeträger	Kreisfreie Städte, Landkreise, Bezirke (Asylämter)	EBM EK RK	individuell	08	00	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn das angeschriebene Amt zuständig ist, bestätigt es seine Zuständigkeit schriftlich und schickt den Notfall-Vertretungsschein (Muster 19a) an den Arzt zurück. • Wenn das angeschriebene Amt nicht zuständig ist, informiert dieses Amt den behandelnden Arzt hierüber, möglichst unter Angabe des zuständigen Amtes, damit der behandelnde Arzt bei der Abrechnung gegenüber der KVB den richtigen Kostenträger eingeben kann. Eine erneute Übermittlung des Notfall-Vertretungsscheins (Muster 19a) an das zuständige Amt durch den Arzt ist nicht notwendig. <p>Findet die Eilbehandlung zu regulären Sprechstundenzeiten in Ihrer Praxis statt (kein Bereitschaftsdienst) und es liegt ein gültiger Behandlungsschein vor, verbleibt der Behandlungsschein in Ihrer Praxis, ein Notfall-Vertretungsschein ist nicht auszufüllen.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Bereitschaftsdienst</th> <th>Praxis/Sprechstunde</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mit Behandlungsschein</td> <td>Muster 19</td> <td>Behandlungsschein</td> </tr> <tr> <td>Ohne Behandlungsschein</td> <td>Muster 19</td> <td>Muster 19</td> </tr> </tbody> </table> <p>Weiterführende Informationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ unter www.kvb.de in der Rubrik Mitglieder/ Abrechnung/ Vergütungsverträge/ Asylbewerber und Flüchtlinge 		Bereitschaftsdienst	Praxis/Sprechstunde	Mit Behandlungsschein	Muster 19	Behandlungsschein	Ohne Behandlungsschein	Muster 19	Muster 19
							Bereitschaftsdienst	Praxis/Sprechstunde							
						Mit Behandlungsschein	Muster 19	Behandlungsschein							
						Ohne Behandlungsschein	Muster 19	Muster 19							

Die Einreichung von Papierunterlagen (Behandlungsscheine und/oder Überweisungen)

der Besonderen und Sonstigen Kostenträger **entfällt ab 01.01.2026 (Quartal 1/2026)**.

Die Behandlungsscheine/Überweisungen sind gemäß geltenden Vorgaben in der Praxis aufzubewahren.

Im Fall einer Prüfung werden die Unterlagen von der KVB angefordert.