

## **Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung für Flüchtlinge / Asylbewerber - Wichtigste Neuerungen ab 01.04.2017**

Die KVB hat mit den Spitzenverbänden Bayerischer Städtetag und Bayerischer Landkreistag eine neue Vereinbarung zur Regelung der ambulanten Versorgung für Asylbewerber abgeschlossen. Hieraus ergeben sich einige Veränderungen zum bisher bekannten Verfahren bei Behandlung und Abrechnung der erbachten Leistungen. Diese stellen wir Ihnen nachfolgend dar.

### **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

- **Bisher:**  
Jeder Sozialhilfeträger hatte sein eigenes individuell gestaltetes Scheinmuster.

- **Jetzt:**

## Zukünftig gibt es zwei einheitliche Behandlungsscheine

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

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

Übergangsweise können im Quartal 2/2017 noch „alte“ Behandlungsscheine vorgelegt und akzeptiert werden.



**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** angegeben wurde.

Muster „Anlage 2a“:  
(Eingeschränkter Behandlungsanspruch)

Muster „Anlage 2b“:  
(Uneingeschränkter Behandlungsanspruch)

## 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

➤ **Bisher:**

*Eine Überweisung des Patienten zu einem anderen Facharzt oder einem Psychotherapeuten war häufig nur mit erneuter vorheriger Zustimmung des Sozialhilfeträgers möglich.*

➤ **Jetzt:**

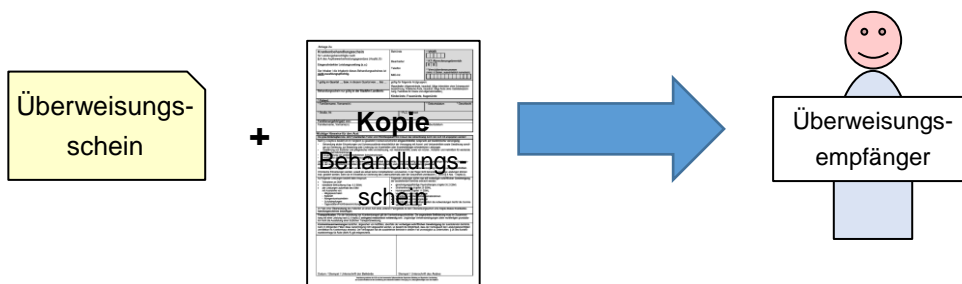
Zukünftig kann eine Überweisung **ohne erneute Anforderung eines Behandlungsscheins** vorgenommen bzw. vom Überweisungsempfänger akzeptiert werden.



**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

- In Eilfällen kann die **nachträgliche Ausstellung** eines **Behandlungsscheins** beim zuständigen Sozialhilfeträger angefordert werden unter folgenden **Voraussetzungen**:
  - 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](http://www.kvb.de)) in der Rubrik Abrechnung -> Erstellung-Abgabe-Korrektur -> Besondere Kostenträger -> Behandlung von Asylbewerbern.

## 7. Sprechstundenbedarf, Impfungen

- Als weitere Vereinfachung konnten wir erreichen, dass der benötigte allgemeine Sprechstundenbedarf sowie Impfstoffe aus dem zu Lasten der GKV bezogenen Sprechstundenbedarf entnommen werden kann.
- Die Verrechnung zwischen GKV und Sozialhilfeträgern übernehmen wir.



Folgende Daten müssen Sie unbedingt in Ihre elektronische Abrechnung übertragen:

- **VKNR:**

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.

- **Versichertenummer:**

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 zukünftig 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 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.**

<b>Patient:</b>		
Familiename, Vorname(n)		
Straße, Nr.		PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Geschlecht	MID (sofern bekannt)
<b>Familienangehörige(r) von:</b>		
Familiename, Vorname(n)		Geburtsdatum

Praxisstempel	Datum / Unterschrift des <b>Arztes</b>
---------------	--