

RAHMENVEREINBARUNG

**zur ambulanten ärztlichen Versorgung der im
Asylbewerberleistungsgesetz genannten Leistungsberechtigten
und
zur Unterstützung bei der medizinischen Erstaufnahmeuntersuchung und ggf. notwendigen kurativen Behandlung von Flüchtlingen in Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern**

zwischen

Kassenärztlicher Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

(nachfolgend KVMV)

- einerseits -

und

Ministerium für Inneres und Sport Mecklenburg-Vorpommern

(nachfolgend Innenministerium)

sowie

dem Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales

(nachfolgend Sozialministerium)

- andererseits -

1. Präambel

- (1) Gegenstand dieser Vereinbarung ist die ambulante ärztliche und belegärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) durch teilnehmende Vertragsärzte sowie die Abrechnung dieser Leistungen und deren Vergütung durch die Kostenträger unter Einbindung der KVMV im Rahmen der Amtshilfe auf der Grundlage von § 75 Abs. 6 SGB V und § 4 AsylbLG.
- (2) Um die hohe Zahl an Flüchtlingen und Asylbewerbern zu bewältigen, umfasst diese Vereinbarung des Weiteren die Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der ärztlichen Untersuchung insb. auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane und Impfungen gemäß § 62 AsylVfG (nachfolgend medizinische Erstuntersuchung) von Flüchtlingen in Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern sowie deren medizinisch notwendige kurative Behandlung. Mit dieser Vereinbarung wird die Grundlage zur Einbindung sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von Ärzten aus stationären Einrichtungen sowie pensionierte Ärzte geschaffen. Das Nähere wird in Anlage 3 zu dieser Vereinbarung geregelt. Bestehende Verträge insbesondere mit Krankenhäusern bleiben unberührt.

2. Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für niedergelassene Ärzte, bei niedergelassenen Ärzten gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV angestellte Ärzte, Ärzte in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 SGB V, Ärzte in Einrichtungen gem. § 105 SGB V, ermächtigte Ärzte und Ärzte gem. § 24 Abs. 3 Satz 6 Ärzte-ZV sowie Psychotherapeuten und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin (nachfolgend Vertragsärzte genannt) im Bereich der KVMV.

- (2) Insbesondere zur medizinischen Versorgung in Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen von Flüchtlingen und Asylbewerbern können darüber hinaus auch Nicht-Vertragsärzte (z.B. pensionierte Ärzte) und Ärzte aus stationären Einrichtungen an dieser Vereinbarung teilnehmen. Die Regelungen für Vertragsärzte gelten für diese Ärzte entsprechend.
- (3) Die Leistungsberechtigten haben im Rahmen dieses Vertrages freie Wahl unter den an diesem Vertrag beteiligten Vertragsärzten. Sie sollen grundsätzlich einen nahegelegenen Arzt in Anspruch nehmen. Die Regelungen des AsylbLG bleiben unberührt.

3. Beitritt zur Rahmenvereinbarung

- (1) Die Regelungen der Rahmenvereinbarung gelten für die in der Zuständigkeit des Landes liegende Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften vor ihrer Absteuerung in die Zuständigkeit der örtlichen Träger der Sozialhilfe, ohne dass es einen Beitritt durch das Landesamt für innere Verwaltung, Dezernat Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten, (nachfolgend Landesamt genannt) als Kostenträger bedarf. Soweit die örtlichen Träger der Sozialhilfe als Kostenträger zuständig sind, können sie den Beitritt zu dieser Rahmenvereinbarung schriftlich gegenüber den im Rubrum genannten Vertragspartnern erklären.
- (2) Die einzelnen örtlichen Träger der Sozialhilfe können den Beitritt zur Rahmenvereinbarung mit einer Frist von einem Quartal zum Quartalsende schriftlich gegenüber den im Rubrum genannten Vertragspartnern widerrufen. Ein erneuter Beitritt ist 4 Wochen vor Quartalsbeginn schriftlich anzuzeigen.

4. Leistungsberechtigte

Zum Kreis der Leistungsberechtigten nach diesem Vertrag gehören alle Personen gemäß § 1 AsylbLG, denen der zuständige Kostenträger Hilfe zur Gesundheit gemäß von § 4 AsylbLG gewähren muss.

5. Leistungsanspruch

(1) Den Leistungsberechtigten nach Ziffer 4 sind die in § 4 AsylbLG genannten Leistungen sowie gemäß § 6 AsylbLG sonstige Leistungen im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit (entsprechend Anlage 3 Ziffer 4 Abs. (1)) zu gewähren. Die Behandlung schließt die in der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführten Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen gem. § 4 Abs. 3 AsylbLG ein.

(2) Für die

- a. Verordnung unter anderem von Impfstoffen, Arzneimitteln, Häuslicher Krankenpflege, Krankenhausbehandlung, Sehhilfe, Hörhilfe und Krankenbeförderung;
- b. die Überweisung;
- c. Abrechnung von Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst, im Notfall, im Vertretungsfall

sind die als Bestandteil der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV-Ä) aufgeführte Muster zu verwenden.

(3) Die Verordnung, Abrechnung und Vergütung der Kosten des Sprechstundenbedarfs erfolgt entsprechend der zwischen der KVMV und den Landesverbänden der Krankenkassen in MV geschlossenen Sprechstundenbedarfsvereinbarung.

Ergänzend hierzu bedarf es noch einer Vereinbarung zur pauschalierten Abgeltung von Mitteln aus dem Sprechstundenbedarf zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen in MV und dem Kostenträger bzw. einer Rahmenver-

einbarung der Landesverbände mit dem Ministerium für Inneres und Sport Mecklenburg-Vorpommern, welcher die Kostenträger beitreten können. Die KVMV kann hierbei eingebunden werden.

6. Berechtigungsnachweis

- (1) Die Leistungsberechtigten weisen ihren Anspruch auf ärztliche Versorgung durch die Vorlage eines Berechtigungsnachweises gem. Anlage 1 nach. Auf dem Berechtigungsnachweis wird die tätig werdende Arztgruppe bzw. der tätig werdende Arzt durch den Kostenträger vermerkt. Die ärztliche Versorgung kann durch einen Vertretungsarzt erfolgen. Eines erneuten Berechtigungsausweises bedarf es in diesem Fall nicht.
- (2) Ein Anspruch des Leistungsberechtigten auf ärztliche Behandlung nach diesem Vertrag besteht nur, wenn der Berechtigungsnachweis gem. Anlage 1 vor Beginn der Behandlung vorgelegt wird oder wenn ein medizinisch erkennbarer Notfall vorliegt. Ein entsprechender Notfall liegt vor, wenn sich der Leistungsrechtigte in einem Zustand befindet, welcher gesundheitliche Schäden befürchten lässt, sofern ihm nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung gewährt wird.
- (3) Der vom Kostenträger ausgestellte Berechtigungsnachweis gem. Anlage 1 gilt jeweils für das ausgewiesene Kalendervierteljahr und umfasst alle Leistungen einschließlich Überweisungen die im jeweiligen Gültigkeitszeitraum durchgeführt oder veranlasst werden. Die Gültigkeitsdauer kann durch einen Vermerk des Kostenträgers eingeschränkt werden.
- (4) Während der Gültigkeitsdauer eines Berechtigungsnachweises ist dem Leistungsberechtigten ein Arztwechsel nur mit Zustimmung des Kostenträgers gestattet. Ausgenommen von dieser Regelung sind Überweisungen gem. Abs. (5) und Vertretungen sowie die in der Zuständigkeit des Landes liegende Versorgung zu Lasten des Landesamtes.

- (5) Der Vertragsarzt kann bei medizinischer Notwendigkeit weitere erforderliche diagnostische Leistungen veranlassen oder den Leistungsberechtigten zur Durchführung ärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung an einen Vertragsarzt oder eine zur ärztlichen Behandlung berechtigte Stelle überweisen. Dazu ist ein Überweisungsschein gem. der Vordruckvereinbarung auszustellen, wobei als Kostenträger der entsprechende Landkreis, die entsprechende kreisfreie Stadt bzw. das Landesamt (Kostenträger) einzusetzen und das Aktenzeichen des Leistungsberechtigten anzugeben ist. Die Behandlung auf Überweisung ist nur vorzunehmen, wenn der Überweisung mittels Stempel der Behörde zugestimmt wurde. Nicht zustimmungspflichtig sind

- a. Überweisungen an Gynäkologen und Kinderärzte sowie
- b. Überweisungen zur Durchführung von Laboruntersuchungen und zur Röntgendiagnostik nach EBM-Abschnitt 34.2 und 34.3, 34.6, soweit diese im Zusammenhang mit der Erkrankung der Primäranamnese stehen und
- c. Überweisungen von Asylbewerbern und Flüchtlingen in der Zuständigkeit des Landes mit dem Kostenträger Landesamt.

- (6) Ist im Notfall gemäß Abs. (2) Satz 2 ärztliche Hilfe gewährt worden, so ist der Notfallschein gem. der Vordruckvereinbarung zu verwenden.

Der Leistungsberechtigte hat grundsätzlich vor Behandlung nach Satz 1 einen durch den Kostenträger ausgestellten Ausweis vorzulegen.

Der Kostenträger am Sitz der Arztpraxis übernimmt bei Notfällen die anfallenden Behandlungskosten.

7. Teilnahme der Ärzte

- (1) Die Teilnahme der Ärzte ist freiwillig. Mit der Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erklärt der Arzt zugleich seine Teilnahme an dieser Vereinbarung.

- (2) Mit der Teilnahme verpflichten sich die Ärzte, nur die medizinisch notwendige Behandlung im Rahmen des in Ziffer 5 definierten Leistungsumfangs durchzu-

führen und alle vom Gemeinsamen Bundesausschuss, der KBV und der KVMV verabschiedeten Richtlinien zu beachten.

- (3) Ärzte, welche weder Krankenhausärzte noch Vertragsärzte sind, haben ihre Approbation gegenüber dem Kostenträger nachzuweisen.

8. Aufgaben der KVMV

- (1) Die KVMV übernimmt die Abrechnung der ihr gegenüber von den Vertragsärzten abgerechneten Leistungen mit den Kostenträgern einschließlich der sachlich-rechnerischen Prüfung der Abrechnung.
- (2) Die KVMV informiert die Vertragsärzte in geeigneter Weise über die Inhalte dieser Vereinbarung.
- (3) Die KVMV übernimmt die Verteilung der Formulare an die Vertragsärzte.
- (4) Die KVMV unterstützt die Kostenträger bei der Vermittlung von Ärzten.
- (5) Die KVMV benennt gegenüber den übrigen im Rubrum benannten Parteien die Ansprechpartner in ihrem Haus.

9. Aufgaben der Kostenträger

- (1) Der Kostenträger stellt den Leistungsberechtigten den Berechtigungsnachweis gem. Anlage 1 aus und weist sie auf die Pflicht zur ordnungsgemäßen Ausweisung ihres Anspruchs auf ärztliche Versorgung gegenüber dem Vertragsarzt hin.
- (2) Der örtliche Träger der Sozialhilfe als zuständiger Kostenträger stimmt Überweisungen an Fachärzten gem. Ziffer 6 Abs. (5) mittels Stempel der Behörde zeitnah zu.

- (3) Der Kostenträger stellt allen Leistungsberechtigten einen Ausweis gem. Anlage 2 z. B. zur Vorlage bei einem Notfall nach Ziffer 6 Abs. (6) aus.
- (4) Der Kostenträger sichert die Verständigung des Vertragsarztes mit dem Leistungsberechtigten ab, wenn sonst eine medizinische Behandlung nicht möglich ist. Dies kann auch die Anforderung eines sprachkundigen Begleiters bzw. im Einzelfall eines Dolmetschers durch den Vertragsarzt umfassen, sofern dies für eine angemessene Verständigung notwendig ist.
- (5) Der Kostenträger ist verpflichtet, dem Vertragsarzt ein Behandlungszimmer zur Verfügung zu stellen, sofern dieser Leistungsberechtigte in Gemeinschaftsunterkünften aufsucht. Das Zimmer ist dabei in unmittelbarer Nähe des Wachschutzes bzw. der Leitung der Einrichtung einzurichten.
- (6) In größeren Gemeinschaftsunterkünften ist durch den Kostenträger die Organisation einer regelmäßigen ärztlichen Sprechstunde anzustreben und darauf hinzuwirken, dass diese bei Bedarf vorrangig in Anspruch genommen wird.
- (7) Die Kostenträger prüfen bei Ärzten, welche weder Vertragsärzte noch Krankenhausärzte sind, die Approbation gem. Ziffer 7 Absatz (3) und übermitteln der KVMV eine Aufstellung der von ihnen beauftragten Ärzte. Die Übermittlung erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des jeweiligen Quartals.
- (8) Die Kostenträger benennen gegenüber den übrigen im Rubrum benannten Parteien die Ansprechpartner in ihren Häusern.

10. Vergütung

- (1) Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen gelten die Regelungen der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung nach § 87a SGB V entsprechend.
- (2) Die Bewertung der Punktzahlleistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. der Sondervereinbarungen (z. B. Impfvereinbarung) erfolgt mit dem Orientierungswert nach § 87a Abs. 2 SGB V. Die Sachkostenpauschalen

des EBM bzw. die sonstigen zwischen der AOK Nordost und der KVMV vereinbarten Sachkosten (z. B. Wegepauschalen) werden mit den dort ausgewiesenen Beträgen vergütet.

Zur Berücksichtigung der erschwerten Anamnese durch Sprachbarrieren und Schwierigkeiten bei der interkulturellen Kommunikation sowie dem zusätzlichem Zeitbedarf für die Zuwendung bei traumatisierten Flüchtlingen wird ergänzend zu den Gebührenordnungspositionen des EBM die Abrechnung nachfolgender Aufwandspauschale ermöglicht.

Aufwandspauschale zur Betreuung von Asylbewerbern

Eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer des Zusatzaufwandes mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelsitzung,
- Eigen- und Fremdanamnese,
- (Befunderhebung(en) zu drohenden körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen, ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit),
- Beratung und Betreuung ggf. unter Einbeziehung der Betreuungs- und Bezugsperson(en) einschließlich deren Anleitung und Beratung
- Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. anderen Vertragsärzten, Psychotherapeuten psychosozialen Betreuungsdiensten oder zuständigen Ämtern

200 Punkte

- (3) Abweichend zu (1) und (2) werden für die Erstuntersuchungen (gem. § 62 AsylbLG) einschl. Röntgen und Impfen sowie für die kurative Behandlung in den Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen Pauschalen gemäß Anhang 1 zu Anlage 3 festgesetzt.

11. Abrechnungsverfahren zwischen dem Arzt und der KVMV

(1) Die Abrechnung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

- Die Abrechnung der Vertragsärzte erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
- Nichtvertragsärzte werden von der KVMV in geeigneter Weise erfasst und können ihre Abrechnungsunterlagen ebenfalls bei der KVMV z. B. in Papierform einreichen. Die Kostenträger übermitteln hierzu, nach Prüfung der Approbation gem. Ziffer 7 Absatz (3), eine Aufstellung der durch sie eingesetzten Nichtvertragsärzte an die KVMV.
- Die Abrechnung nach dieser Vereinbarung erfolgt auf separaten Kostenträger-Nrn.. Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich Leistungen mit Leistungsanspruch gemäß Ziffer 5.
- Die Abrechnung erfolgt auf Grundlage der Regelungen und Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sowie auf Basis der sonstigen zwischen der AOK Nordost und der KVMV vereinbarten Leistungen und Sachkosten (u. a. Wegepauschalen, Impfvereinbarung).
- Die Bewertung der Leistungen und Sachkosten erfolgt gemäß Ziffer 10 Abs. (2).
- Erstuntersuchungen (gem. § 62 AsylbLG) einschl. Röntgen und Impfen sowie kurative Behandlungen in den Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen werden mit den Pauschalen gemäß Anhang 1 zu Anlage 3 vergütet.
- Das Aktenzeichen des Leistungsberechtigten ist anzugeben. In Notfällen kann die Ausweisnummer statt des Aktenzeichens angegeben werden.
- Berechtigungsnachweise (Anlage 1) verbleiben in den Patientenunterlagen des behandelnden Arztes und werden 6 Quartale aufbewahrt.

(2) Im Übrigen gelten die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVMV, der Vertrag gemäß § 106 a Abs. 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Ab-

rechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Bundesmantelvertrag, in ihren jeweils gültigen Fassungen.

- (3) Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides auf dem Honorarkonto einen gesonderten Ausweis der Vergütungshöhe nach dieser Vereinbarung.
- (4) Kosten, die der KVMV bei der Umsetzung dieses Vertrages entstehen, werden über die Verwaltungskostenpauschale der KVMV (§ 10 Abs. 9 Abrechnungsrichtlinie) im Rahmen des Honorarbescheides der teilnehmenden Ärzte abgegolten. Dies gilt auch für Nichtvertragsärzte.

12. Abrechnungsverfahren zwischen der KVMV und dem Kostenträger

- (1) Die Abrechnung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:
 - Die Abrechnung der KVMV erfolgt quartalsweise mit dem zuständigen Kostenträger
 - Die Rechnung wird postalisch und die Einzelfallnachweise werden auf elektronischem Weg übersandt bzw. auf SFTP-Servern der KVMV bereitgestellt.
 - Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich Leistungen mit Leistungsanspruch gemäß Ziffer 5.
- (2) Für die Abrechnung und Vergütung der ärztlichen Leistungen gelten die Regelungen der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung nach § 87a SGB V entsprechend, soweit in dieser Vereinbarung nichts anderes geregelt ist. Dies schließt auch Zahlungsmodalitäten und -fristen ein.
- (3) Die Bewertung der Leistungen und Sachkosten erfolgt gemäß Ziffer 10 Abs. (2).

13. Abrechnungsprüfung

Vor der Erstellung der Rechnung und deren Übermittlung an den Kostenträger prüft die KVMV die von den Ärzten eingereichten Abrechnungen und berichtigt sie, soweit dies erforderlich ist. Die Prüfung endet mit der Feststellung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Nachträgliche Berichtigungen können vom Kostenträger innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Rechnungsunterlagen geltend gemacht werden. Die KVMV entscheidet über die Anträge grundsätzlich innerhalb von 6 Monaten nach deren Eingang. Berichtigungsanträge seitens des Kostenträgers sind zulässig, wenn der Korrekturbetrag je Arzt und Patient 50 € je Quartal übersteigt. Einseitige Absetzungen durch den Kostenträger sind nicht zulässig. Bei einer offensichtlichen implausiblen Abrechnung verständigen sich die Vertragspartner kurzfristig einvernehmlich über Korrekturen.

14. Datenschutz

- (1) Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.
- (2) Ein beteiligter Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (3) Die erhobenen und gespeicherten Daten werden gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen oder vertraglichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

15. Informationspflicht

Die Vertragspartner und die beigetretenen örtlichen Träger informieren sich gegenseitig unverzüglich über alle die medizinische Versorgung des asylberechtigten Personenkreises und die Durchführung dieses Vertrages betreffenden Sachverhalte.

16. Haftung und Schadenersatz

Für etwaige Schadensersatzansprüche der in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften ärztlich untersuchten und behandelten Personen finden die Grundsätze der mittelbaren Staatshaftung gemäß § 839 BGB, Art. 39 GG Anwendung.

17. In-Kraft-Treten, Dauer und Kündigung

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt zum 01.09.2015 in Kraft und wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- (2) Sie kann mit einer Frist von 6 Monaten jeweils zum Jahresende gekündigt werden. Eine erstmalige Kündigung ist frühestens zum 31.12.2017 möglich.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt.
- (4) Die Kündigung des Vertrages bedarf der Schriftform.

18. Änderungen und Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Abreden bestehen nicht.

19. Schlussbestimmungen

Die Vertragsparteien sind bei Abschluss dieses Vertrages bewusst, dass die Dynamik der Entwicklung der Flüchtlingszahlen in Deutschland und in Mecklenburg-Vorpommern bis auf weiteres anhalten und die Zahl der Menschen, die kurzfristig medizinischer Betreuung bedürfen, weiter zunehmen wird. Deshalb bedarf es der Mobilisierung aller verfügbaren Ressourcen, um diese Hilfe adäquat gewähren zu können. Die individuelle Lage am Ort der Flüchtlingsunterkünfte bedarf zudem häufig eines unbürokratischen kurzfristigen Handelns.

Aus diesen Gründen können auch nicht alle Fallgestaltungen ärztlicher Hilfeleistungen mit diesem Vertrag abgebildet und formal geregelt werden. Deshalb besteht Einigkeit zwischen den Vertragspartnern, dass auch für solche Fälle ärztlicher Hilfeleistungen, die außerhalb dieses Vertrages oder anderweitiger Verträge erbracht werden, ein Vergütungsanspruch nach allgemeinen Grundsätzen besteht. Die Vertragspartner werden sich über die Behandlung solcher Fälle regelmäßig lösungsorientiert verständigen.

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt die Wirksamkeit dieses Vertrages hiervon unberührt, es sei denn, dass die unwirksame Bestimmung für eine Vertragspartei derart wesentlich war, dass ihr ein Festhalten an diesem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksamen Bestimmungen durch Regelungen ersetzen, die dem mit der unwirksamen Bestimmung Gewollten am nächsten kommen. Die Parteien werden sich bemühen, Unstimmigkeiten, die sich in Verbindung mit diesem Vertrag ergeben sollten, gütlich beizulegen.

Schwerin, den 07.10.2015




Axel Rambow
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern


i. A.

Land Mecklenburg-Vorpommern
endvertreten durch das Ministeri-
um für Inneres und Sport

Anlage 1a – Berechtigungsnachweis für Asylbewerber bzw. Flüchtlinge mit Registriernummer

Anlage 1b – Berechtigungsschein für Flüchtlinge ohne Registriernummer

Anlage 2 – Ausweis

Anlage 3 – Medizinische Erstuntersuchung von Flüchtlingen

Anlage 1a (Berechtigungsnachweis für Asylbewerber bzw. Flüchtlinge mit Registriernummer)

Vorderseite:

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Sozialamt</td> <td style="width: 50%;">Jugendamt</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Landkreis/Kommune</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name, Vorname der/des Anspruchsberechtigten</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anschrift der/des Anspruchsberechtigten</td> </tr> <tr> <td>Kostenträger-Nr.</td> <td>Aktenzeichen</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Status*</td> </tr> <tr> <td>Vertragsarzt-Nr.</td> <td>Ausstellungsdatum</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">gültig bis</td> </tr> </table> <p><small>* Statusbelegung: 1 = örtlicher Träger; 3 = Kostenerstattung Land; 5 = zur besonderen Verwendung</small></p>	Sozialamt	Jugendamt	Landkreis/Kommune		Name, Vorname der/des Anspruchsberechtigten		geb. am		Anschrift der/des Anspruchsberechtigten		Kostenträger-Nr.	Aktenzeichen	Status*		Vertragsarzt-Nr.	Ausstellungsdatum	gültig bis		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Behandlungsausweis für ärztliche Behandlung SA</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante Behandlung <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen Quartal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Akte lautet auf: Name, Vorname geb. am</p> <p>Behandelnder Arzt/ einschränkende Vermerke</p> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p><input type="checkbox"/> Krankenhilfe § 48 SGB XII <input type="checkbox"/> Krankenhilfe § 48 SGB XII i. V. m. § 54 SGB XII <input type="checkbox"/> Krankenhilfe § 23 SGB XII</p> <p><input type="checkbox"/> AsylbLG § 4 <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG) <input type="checkbox"/> Krankenhilfe SGB VIII</p> </div> <p style="text-align: center; font-weight: bold; color: red;">Anspruchsberechtigte/r ist von der Zuzahlung befreit</p> <p style="text-align: right; font-weight: bold; color: red;">Bitte Rückseite beachten!</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Diagnosen (ggf. Abrechnungsbegründungen)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td colspan="12"> </td> </tr> <tr> <td>Tag</td><td>Monat</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <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> <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> <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> <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> <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> <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> <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> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 50%; float: right;"> <p style="text-align: center;">Ausstellende Behörde/ Stempel/ Unterschrift</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; width: 50%; float: right;"> <p style="text-align: center;">Vertragsarztstempel des abrechnenden Arztes</p> </div> <p style="font-size: small; color: red;">Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen.</p>													Tag	Monat																																																																																														
Sozialamt	Jugendamt																																																																																																																														
Landkreis/Kommune																																																																																																																															
Name, Vorname der/des Anspruchsberechtigten																																																																																																																															
geb. am																																																																																																																															
Anschrift der/des Anspruchsberechtigten																																																																																																																															
Kostenträger-Nr.	Aktenzeichen																																																																																																																														
Status*																																																																																																																															
Vertragsarzt-Nr.	Ausstellungsdatum																																																																																																																														
gültig bis																																																																																																																															
Tag	Monat																																																																																																																														

Rückseite:

Krankenhilfe nach dem SGB XII

Wichtiger Hinweis für den Anspruchsberechtigten:
Der Hilfeempfänger hat freie Arztwahl. Für Heil- und Hilfsmittel, Sach- und Sonderleistungen ist die Kostenübernahme vorher einzuholen. Kosten für ärztliche Atteste werden nur erstattet, wenn sie vom Sozialhilfeträger angefordert wurden.

Wichtiger Hinweis für den behandelnden Arzt:
Soweit für bestimmte Gruppen von Arznei- und Verbandmitteln (§ 35 SGB V) bzw. von Hilfsmitteln (§ 36 SGB V) ein Festbetrag vorgesehen ist, übernimmt der Sozialhilfeträger die Kosten nur bis zur Höhe dieses Festbetrages. Für die in § 34 SGB V bezeichneten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ist eine Kostenübernahme gänzlich ausgeschlossen.

AsylbLG § 2 i. V. m. § 48 SGB XII
Es gelten die o. g. Grundsätze unter Krankenhilfe nach dem SGB XII. Überweisungen sind zulässig.

AsylbLG § 4

Wichtiger Hinweis für den behandelnden Arzt:
Den Leistungsberechtigten ist gemäß § 4 AsylbLG zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche Hilfe zu gewähren, weiterhin die Versorgung mit Arznei- und Verbandmittel sowie die sonstigen, zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen.

Krankenhauseinweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, der vorherigen Zustimmung des Kostenträgers.

Wenn die Behandlung oder Durchführung bestimmter Untersuchungen durch einen anderen Arzt bzw. durch einen Physio- oder Ergotherapeuten notwendig ist, muss der erstbehandelnde Arzt die Notwendigkeit bescheinigen und damit den Anspruchsberechtigten an den Kostenträger verweisen, der in solchen Fällen einen weiteren Behandlungsschein ausstellt bzw. der Verordnung zustimmt.

Ausgenommen hiervon sind Überweisungen zur Labordiagnostik sowie zur Röntgendiagnostik entsprechend Kap. Q.I 1 bis 3 und 6 des EBM, soweit diese im Zusammenhang mit der Erkrankung der Primärananspruchnahme stehen.

Transportkosten (Taxi etc.) werden nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen übernommen. Ungünstige Verkehrsbedingungen allein rechtfertigen nicht die Ausstellung einer ärztlichen Transportanweisung.

Für die ärztlichen Leistungen gegenüber allen Anspruchsberechtigten gelten, sofern nicht anders geregelt, die Vergütungsgrundsätze der Allgemeinen Ortskrankenkassen, in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist (§ 52 (3) SGB XII bzw. § 4 Abs. 3 AsylbLG).

Anlage 1b (Berechtigungsschein für Flüchtlinge ohne Registriernummer)

Vorderseite:

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Abrechnungsschein		05	
Name, Vorname des Versicherten		<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung	<input type="checkbox"/> belegärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen	Quartal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
geb. am		<input type="checkbox"/> Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie	<input type="checkbox"/> anerkannte Psychotherapie	Geschlecht <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Diagnosen / ggf. Abrechnungsbegründungen			
Status					
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Bei Psychotherapie: Datum des Anerkennungsbescheides			
Datum		T T M M J J			
Tag	Monat	Tag	Monat	Mutmaßlicher Tag der Entbindung	
				Stationäre belegärztliche Behandlung	
				Tag Monat Tag Monat	
				von bis	
				Ich bin bei der oben genannten Krankenkasse versichert.	
				Datum	
				Unterschrift	
				Stempel des Vertragsarztes/Therapeuten	
				Muster 5 (10.2014)	

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen.

Rückseite:

Behörde Landesamt für innere Verwaltung M-V Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten Nostorfer Straße 1 19258 Nostorf - Horst		Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)		Behandelnder Arzt	
Nr./AZ Bitte stets angeben!		gültig von bis		für das Kal.-Vierteljahr in	
Wichtiger Hinweis für den Arzt *) Für Asylbewerber nach § 1 AsylbLG werden gemäß § 4 AsylbLG nur die unbedingt notwendigen Behandlungskosten übernommen, sofern die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlich ist und keinen Aufschub duldet sowie die Kosten für Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 und Abs. 3 AsylbLG. Dies gilt auch für die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie für die Gewährung sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Krankenhauseinweisungen bedürfen, abgesehen von Notfällen, der vorherigen Zustimmung des Kostenträgers. Wenn die Behandlung oder Durchführung bestimmter Untersuchungen durch einen anderen Arzt notwendig ist, ist der/die Leistungsberechtigte darauf hinzuweisen, dass er/sie den Überweisungsschein vor Aufsuchen eines Facharztes zunächst dem Kostenträger vorzulegen hat. Transportkosten Für die Verordnung von Krankentransport gilt die Krankentransportrichtlinie.		Familiennamen, Vorname(n)		<input type="checkbox"/> Asylbewerber gemäß § 1 AsylbLG <input type="checkbox"/> Leistungsberechtigter gemäß § 2 AsylbLG	
		Geburtsdatum		Bitte beachten! Für die Erbringung der Leistungen durch Vertragsärzte besteht Anspruch auf Vergütung, welche die Name der Krankenkasse	
		Straße, Nr.		in deren Bereich der Arzt niedergelassen ist, für ihre Mitglieder bezahlt (vgl. § 4 Abs. 3 AsylbLG i. V. m. § 72 Abs. 2 SGB V). Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Versorgungsvertrag Anwendung findet. Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich nur über die kassenärztliche Vereinigung. Dieser Behandlungsschein gilt nur mit Unterschrift des Kostenträgers. Der Inhaber/Die Inhaberin dieses Behandlungsscheins unterfällt nicht der Zuzahlungspflicht nach §§ 61 f SGB V bzw. nach § 26 Abs. 4 SGB V**).	
		PLZ, Wohnort		Dieser Behandlungsschein ist nur gültig im/in der Bundesland, Landkreis, Stadt Mecklenburg-Vorpommern	
		Familienangehörige(r) von:		Ort, Datum	
		Familiennamen, Vorname(n)		Ort, Datum	
		Geburtsdatum		Ort, Datum	
		Straße, Nr.		Ort, Datum	
		PLZ, Wohnort		Ort, Datum	
Haushaltsstelle		Ort, Datum		Ort, Datum	
Haushaltsjahr		Ausstellende Behörde/Kostenträger		Unterschrift/Stempel des Arztes	
Beleg-Nr.		Unterschrift/Stempel		Unterschrift/Stempel des Arztes	

*) Sollten diese Hinweise nicht beachtet werden, ist eine Übernahme der entstandenen Kosten ausgeschlossen. **) Nichtzutreffendes strichen

Bestell-Nr. 100_406_6103_001
 15.10
 04.08.2013/13.06.-3
 04.08.2013/13.06.-3,44 versuchsantragangabe

Anlage 2 (Ausweis)

Die Ausweise differieren zwischen den Einrichtungen, enthalten aber mindestens folgende Angaben:

- Name
 - o ggf. Doktorgrad
 - o ggf. Geburtsname
- Vorname
 - o ggf. weitere Vornamen
- Geburtstag
- Herkunftsland
- Geburtsort
- Gültigkeitsdatum
- Ausweisnummer
- Unterschrift des Inhabers
- Passbild

Anlage 3 (Medizinische Erstuntersuchung und kurative Behandlung von Flüchtlingen)

1. Geltungsbereich

Medizinische Erstuntersuchungen nach Ziffer 1 Abs. (2) der Rahmenvereinbarung können durch

- die in Ziffer 2 Abs. (1) der Rahmenvereinbarung genannten Ärzte,
- durch Krankenhausärzte,
- durch Ärzte, welche derzeit noch nicht über eine Approbationsurkunde bzw. Berufserlaubnis verfügen aber durch Landesprüfungsamt als Approbationsbehörde eine eingeschränkte Tätigkeitserlaubnis erhalten haben,

erbracht werden.

2. Beitritt zur Rahmenvereinbarung

Die Teilnahme der Ärzte ist freiwillig. Mit der Erbringung von Leistungen nach dieser Anlage erklärt der Arzt zugleich seine Teilnahme. Maßgeblich ist, dass insbesondere die im Anhang 1 zu dieser Anlage beschriebenen Leistungsinhalte vollständig erbracht und soweit vorgesehen auf den entsprechenden Formularen dokumentiert wurden.

Die jeweilige Einrichtung bzw. deren Leiter haben vor dem Einsatz von freiwillig tätigen Ärzten nach dieser Vereinbarung die jeweils notwendige Zustimmung des Sozialministeriums einzuholen und die Einsatzzeiten der Ärzte zu koordinieren. Notfälle bleiben unberührt.

3. Leistungsberechtigte

Zum Kreis der Leistungsberechtigten nach dieser Vereinbarung gehören alle Flüchtlinge in Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

4. Leistungsumfang und Vergütung

(1) Fachliche Standards für die allgemein-medizinische Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften

Die allgemein-medizinischen Sprechstunden in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften dienen dazu, eine Grundversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern und zugleich eine unnötige Inanspruchnahme der Notdienste bzw. Krankenhäuser zu vermeiden.

Für den Umfang der allgemein-medizinischen Sprechstunden ist § 4 AsylbLG leitgebend. Danach zählen zu den Aufgaben des medizinischen Personals in den allgemein-medizinischen Sprechstunden in den Einrichtungen insbesondere:

- Erkennen und Behandlung von akuten Beschwerden. Hierzu zählen vor allem Schmerzzustände, Hauterkrankungen, kleinere Wunden und Verletzungen, Rückenschmerzen, Erkältungserkrankungen und andere Infekte, Magen-Darm-Erkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Soweit erforderlich, Erstversorgung und Weiterverweisung an niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte bzw. bei einem akuten Notfall an Krankenhäuser sowie Nachversorgung.
- Versorgung von chronisch Kranken zur Vermeidung akuter Beschwerden (z. B. Diabetes, Bluthochdruck).
- Erstversorgung von Schwangeren bzw. Nachbetreuung bei Geburt und Weiterverweisung an Hebammen sowie niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte.
- Soweit vor Ort möglich, medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen bzw. Weiterverweisung an niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte (z.B. U-Untersuchungen, Schwangerschaft)
- In ausgewählten Einzelfällen Veranlassung einer Labordiagnostik im Rahmen einer Primärdiagnostik, z.B. bei Diabetikern, um die erforderliche Medikation bestimmen zu können.
- Impfungen in Einzelfällen. Grundsätzlich werden Impflücken im Rahmen der Erstuntersuchung geschlossen. Nur bei ggf. nachfolgend erforderlichen Impfungen, vor allem im pädiatrischen Bereich, werden diese durch die allgemein-medizinischen Sprechstunden vorgenommen.

- Für eine wegen akuter Erkrankungen oder Schmerzzustände erforderliche zahnärztliche Behandlung wird an die niedergelassenen Zahnärztinnen und Zahnärzte verwiesen. Akute Schmerzzustände sind bis dahin zu lindern.
 - Erstversorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie Beratung und Begleitung auch bei fachärztlich verordneter Medikation.
- (2) Die medizinische Erstuntersuchung umfasst die im Anhang 1 zu dieser Anlage beschriebenen Leistungen.
- (3) Die Vergütung der medizinischen Erstuntersuchung erfolgt gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage.
- (4) Die medizinischen Erstuntersuchungen werden grundsätzlich in den Räumlichkeiten der Erstaufnahmeeinrichtungen erbracht. Soweit diese Untersuchungen bereits in einzelnen Notunterkünften erbracht wurden, kann dieses in diesen Einrichtungen weiterhin geschehen. Sollen in weiteren Notunterkünften die medizinischen Erstuntersuchungen vorgenommen werden, ist vorab das Einvernehmen mit dem Sozialministerium herzustellen.
- (5) Soweit sich im Ergebnis der medizinischen Erstuntersuchungen ergibt, dass weitere Untersuchungen bzw. Behandlungen eines akuten Krankheitszustandes oder Schmerzzustandes die für die Aufrechterhaltung der Gesundheit unerlässlich sind, soll die weitere kurative Behandlung grundsätzlich in der Einrichtung vorgenommen werden. Die Vergütung in der Einrichtung erfolgt mittels der im Anhang 1 zu dieser Anlage aufgeführten kurativen Weiterbehandlungspauschale bzw. der Pauschale für Folgebehandlungen. Die Pauschalen umfassen die Leistungen des koordinierenden und kurativ behandelnden Arztes für einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt.
- Der in der Einrichtung behandelnde Arzt kann bei medizinischer Notwendigkeit weitere erforderliche diagnostische Leistungen veranlassen oder den Leistungsberechtigten zur Durchführung ärztlicher Leistungen oder zur Weiterbehandlung an einen Vertragsarzt oder eine zur ärztlichen Behandlung berechtig-

te Stelle überweisen. Soweit weitere ambulant tätige Ärzte in die Untersuchung und Behandlung einbezogen werden, erfolgt die Abrechnung der Leistungen analog dem Asylbewerberleistungsgesetz.

5. Formulare und Kostenträger

Soweit z. B. Verordnungen und Überweisungen medizinisch dringend erforderlich sind bzw. Notfälle auftreten, wird empfohlen, die Formulare der Vordruckvereinbarung für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV-Ä) zu verwenden. Als Kostenträger ist das „Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten“ (Kostenträger-Nr. 78840) anzugeben. Als Name des Patienten ist - soweit dieser unbekannt ist - ist eine fortlaufende Nummer zu vermerken.

Das Landesamt übernimmt die Kosten für die durch die KVMV beim Paul-Albrechts-Verlag bestellten Rezeptvordrucke (Muster 16). Die Vordrucke sollen verlagsseitig mit dem Kostenträger „Landesamt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten“ und einer Betriebsstättennummer (BSNR) für die jeweilige Einrichtung bedruckt werden.

6. Sprechstundenbedarf

Soweit für Einrichtungen keine Regelung zum Sprechstundenbedarf mit kooperierenden Krankenhäusern bestehen, gilt die Regelung in Ziffer 5 Abs. (3) der Rahmenvereinbarung analog.

7. Abrechnungsverfahren zwischen dem Arzt und der KVMV

(1) Die Abrechnung erfolgt nach folgenden Grundsätzen:

- Grundlage für die Abrechnung ist die Bescheinigung gemäß § 62 Abs. 2 AsylVfG (Anhang 2). Vergütungsvoraussetzung ist das vollständige Ausfüllen der Bescheinigung.
- Grundsätzlich ist eine Kopie der Bescheinigungen bei der KVMV einzureichen. In Ausnahmefällen können die Angaben auf der Bescheinigung auch in zusammengefasster tabellarischer Form bei der KVMV

als Abrechnungsnachweis eingereicht werden. Die Vollständigkeit der Angaben ist in diesem Fall durch die Unterschrift des Arztes zu bestätigen.

- Mitglieder der KVMV erhalten die Vergütung nach dieser Anlage mit der jeweiligen Quartalsabrechnung. Die KVMV ist im Rahmen ihrer EDV-technischen Verarbeitung berechtigt Pseudogebührenordnungspositionen zu nutzen. Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides auf dem Honorarkonto einen gesonderten Ausweis der Vergütungshöhe nach dieser Vereinbarung.
- Ärzte, welche keine Mitglieder der KVMV sind, erhalten innerhalb von 14 Tagen nach Einreichen der o. g. Bescheinigung für das jeweilige Quartal einen Abschlag von 75 % auf das zu erwartende Honorar auf das von Ihnen angegebene Bankkonto. Die Abrechnungsunterlagen und ggf. Restzahlung erhalten sie zeitgleich den Vertragsärzten mit der jeweiligen Quartalsabrechnung. Für die Übersendung der Abrechnungsunterlagen ist der KVMV eine Anschrift mitzuteilen.
- Kosten, die der KVMV bei der Umsetzung dieser Anlage entstehen, werden über die Verwaltungskostenpauschale der KVMV (§ 10 Abs. 9 Abrechnungsrichtlinie) abgegolten. Dies gilt auch für Nichtvertragsärzte.

8. Abrechnungsverfahren zwischen der KVMV und dem Landesamt für Migration

Die KVMV fasst die von allen Ärzten bzw. Krankenhäusern bei ihr gemäß Ziffer 7 eingereichten Unterlagen zu einer Gesamtabrechnung zusammen. Aus dieser Abrechnung gehen die Gesamtzahl der nach dem Anhang 1 erbrachten Leistungspauschalen und das entsprechende Vergütungsvolumen hervor (rechnungsbegründende Unterlage).

Die Abrechnung gegenüber dem Landesamt erfolgt quartalsweise. Es liegt im Ermessen der KVMV auf der Basis der bei ihr vorliegenden Bescheinigungen nach § 62 Abs. 2 AsylVfG (Anhang 2) unterhalb des Quartals Abschlagszahlun-

gen zu fordern. Das Landesamt für Migration begleicht Abschlagsforderungen bzw. Restzahlungen innerhalb von 15 Tagen nach Rechnungseingang.

9. Laufzeit dieser Anlage

Diese Anlage tritt mit Unterzeichnung der Rahmenvereinbarung in Kraft und ist auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Anlage kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

Anhang 1 zu Anlage 3

Gebührenordnung

Leistungsbereich	Leistungs- pauschalen	Leistungsbeschreibung	Vergütung in Euro
Medizinische Erstuntersuchung	Körperliche Untersu- chung	<ul style="list-style-type: none"> - Allgemeine ärztliche orientierende Untersuchung gem. Erlass zur Durchführung von Erstuntersuchungen - Bei Frauen ist eine Schwangerschaft zu dokumentieren - Blutentnahme (freiwillig) ist durchzuführen und zu dokumentieren - Bestätigung, dass die Unterbringung in einer Gemeinschaftseinrichtung möglich ist bzw. wenn nicht, ist der Ausschlussgrund anzugeben - Aushändigung der medizinischen Unterlagen hat zu erfolgen und ist zu dokumentieren - Soweit erforderlich, ist die med. notwendige Weiterbehandlung zu dokumentieren - Ob medizinische Unterlagen angefordert werden können, ist zu dokumentieren - Überprüfung des Impfstatus - Sämtliche notwendigen Schutzimpfungen und deren Dokumentation gem. o. g. Erlass 	35,00
	Röntgen Thorax	<ul style="list-style-type: none"> - Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene (Leistung 5135 GOÄ) - Dokumentation der Untersuchungsergebnisse 	20,00
Ärztliche Behandlung	Kurative Behandlung bzw. Notfallbehand- lung	<ul style="list-style-type: none"> - Durchführung, Koordination und Dokumentation der kurativen Weiterbehandlung (ers- ter Arzt-Patientenkontakt nach der Erstuntersuchungen) bzw. - Notfallbehandlung in der Einrichtung 	20,00

Bereits bestehende Vereinbarungen z. B. mit einzelnen Krankenhäusern bleiben hiervon unberührt.

Anhang 2 zu Anlage 3

Bescheinigung gemäß § 62 Abs. 2 AsylVfG (zur Vorlage bei der zuständigen Unterbringungsbehörde)

Medizinischer Dienst beim Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern, Amt für Migration und Flüchtlingsangelegenheiten

Stempel Erstaufnahmeeinrichtung:

Stempel/Unterschrift Arzt:
Untersuchungsdatum:

Bescheinigung
gemäß § 62 Abs. 2 AsylVfG
(zur Vorlage bei der zuständigen Unterbringungsbehörde)

Personalangaben:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Herkunfts-Land:

JA

NEIN

Die vorgenannte Person ist ärztlich untersucht worden:

Bei Frauen: Schwangerschaft liegt vor:

Schutzimpfung(en) erfolgt:

Röntgen Thorax erfolgt:

Medizinische Unterlagen ausgehändigt:

Freiwillige Blutentnahme:

Wenn ja, welche _____

Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft möglich:

Wenn nein, Ausschlussgrund: _____

Der Patient wurde außerdem gemäß § 4 AsylbLG medizinisch
behandelt. Eine Fortsetzung der medizinischen Behandlung ist
erforderlich.

Medizinische Unterlagen können angefordert werden.