

# VERTRAG

zwischen

dem **Land Nordrhein-Westfalen**,  
vertreten durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales und  
das Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration

- nachstehend Kostenträger genannt -

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**, Düsseldorf

sowie

der **Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe**, Dortmund

- nachstehend Kassenärztliche Vereinigung genannt -

**über die Durchführung der Erstuntersuchung  
ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmeeinrichtungen und auf  
kommunaler Ebene**

*Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter. Die Bezeichnung „Arzt“ bezieht sich auf alle Leistungserbringer im Sinne dieses Vertrages.*

## Inhaltsverzeichnis

Präambel.....	4
§ 1 Gegenstand des Vertrages.....	4
§ 2 Teilnehmende Ärzte .....	6
§ 3 Leistungsumfang der teilnehmenden Ärzte .....	7
§ 4 Einrichtungen.....	7
§ 5 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen .....	8
§ 6 Namensliste.....	8
§ 7 Impfstoffbezug .....	8
§ 8 Kurative Behandlung von Geflüchteten, die in Einrichtungen des Landes NRW untergebracht sind.....	9
§ 9 Vergütung der ärztlichen Leistungen.....	10
§ 10 Sachliche und rechnerische Richtigstellung .....	10
§ 11 Rechnungslegung.....	11
§ 12 Zahlung der Vergütung.....	11
§ 13 Informationspflichten .....	12
§ 14 Schlussbestimmung .....	12
§ 15 Inkrafttreten, Kündigung .....	13
§ 16 Salvatorische Klausel .....	13

## Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Vergütung ärztliche Leistungen
Anlage 2a	Teilnahmeantrag für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte der KV Nordrhein
Anlage 2b	Teilnahmeantrag für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte der KV Westfalen-Lippe
Anlage 2c	Teilnahmeantrag für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte der KV Nordrhein
Anlage 2d	Teilnahmeantrag für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte der KV Westfalen-Lippe
Anlage 3a	Erklärung zur Abrechnung Leistungen Vertrag
Anlage 3b	Erklärung zur Abrechnung nach § 4 AsylbLG für Nicht-Vertragsärzte in Landes-einrichtungen
Anlage 4a	Namensliste Gesundheitscheck
Anlage 4b	Namensliste Impfungen
Anlage 4c	Namensliste Tbc-Ausschluss
Anlage 4d	Namensliste Röntgenaufnahme (Tbc-Ausschluss)
Anlage 5a	Übersicht der Einrichtungen des Landes NRW
Anlage 5b	Übersicht der Einrichtungen auf kommunaler Ebene
Anlage 6	Empfehlungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur freiwilligen Erstuntersuchung und Impfung von aus der Ukraine geflüchteten Menschen
Anlage 7	Muster Befundbogen
Anlage 8	Rechnungslegung

## **Präambel**

Seit dem 24. Februar 2022 gibt es einen großen Zustrom von Vertriebenen aus der Ukraine. Die EU-Innenminister haben am 4. März 2022 einen Rats-Beschluss zur Anwendung der sog. Massenzustrom-Richtlinie getroffen. Mit Inkrafttreten des Beschlusses kommt § 24 AufenthG (Aufenthaltsgewährung zum vorübergehenden Schutz) unmittelbar zur Anwendung. Menschen, die aus der Ukraine flüchten, müssen das Asylverfahren nicht durchlaufen. Eine Verpflichtung zur Duldung einer Erstuntersuchung gemäß § 62 AsylG besteht nicht, daher wird die allgemeine Gesundheitsuntersuchung als freiwilliges Angebot organisiert. Der TBC-Ausschluss muss jedoch gemäß § 36 Abs. 4 IfSG für Personen in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung zwingend erfolgen.

## **§ 1 Gegenstand des Vertrages**

1. Gegenstand dieses Vertrages ist

- die Durchführung der ärztlichen Erstuntersuchung (Gesundheitscheck und Untersuchung auf übertragbare Krankheiten),
- der Unterbreitung des Impfangebotes und
- die Durchführung des Tbc-Ausschlusses

durch teilnehmende Ärzte und Einrichtungen i.S.d. § 2 dieses Vertrages soweit diese Leistungen nicht von staatlichem oder kommunalem ärztlichem Personal abgedeckt werden,

für den folgenden Personenkreis

- a. Ukrainische Staatsangehörige und ihre Familienangehörigen, die vor dem 24. Februar 2022 ihren Aufenthalt in der Ukraine hatten,
- b. Staatenlose und Drittstaatsangehörige und ihre Familienangehörigen, die vor dem 24. Februar 2022 in der Ukraine internationalen Schutz oder einen gleichwertigen nationalen Schutz genossen haben,
- c. Staatenlose und Drittstaatsangehörige, die sich vor 24. Februar 2022 mit einem unbefristeten Aufenthaltstitel in der Ukraine aufgehalten haben und nicht sicher und dauerhaft in ihr Herkunftsland zurückkehren können,
- d. Drittstaatsangehörige, die sich rechtmäßig vor dem 24. Februar 2022 in der Ukraine aufhielten, nicht sicher und dauerhaft in ihr Herkunftsland oder ihre

Herkunftsregion zurückkehren können und nicht nur zu einem vorübergehenden Kurzaufenthalt in der Ukraine waren (im Folgenden: Geflüchtete),

die in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von aus der Ukraine geflüchteten Personen der Kommunen und des Landes NRW untergebracht sind (im Folgenden: Einrichtungen).

2. Gemäß § 36 Abs. 4 des Infektionsschutzgesetzes haben Personen, die in eine Einrichtung im Sinne dieses Vertrages aufgenommen werden sollen, der Leitung der Einrichtung vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Für Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, muss sich der Befund zum Ausschluss einer Lungentuberkulose auf eine Röntgenuntersuchung der Lunge stützen. Die Organisation der Röntgenuntersuchung obliegt nicht den an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten. Die Leistungserbringung erfolgt in der Regel durch staatliches oder kommunales ärztliches Personal. Bereits etablierte Versorgungsstrukturen (z. B. Kooperationen mit Krankenhäusern) sollen weiterhin bestehen bleiben und genutzt werden. Sofern erforderlich, unterstützen an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte und Einrichtungen i.S.d. § 2. Gleiches gilt für den Tbc-Ausschluss bei Personen, bei denen keine Röntgenuntersuchung möglich ist.
3. Zum Gegenstand des Vertrags gehören darüber hinaus auch
  - die Durchführung der ärztlichen Erstuntersuchung (Gesundheitscheck und Untersuchung auf übertragbare Krankheiten) sowie
  - die Unterbreitung eines Impfangebotes

für Geflüchtete, die in privaten Haushalten untergebracht sind. Das ergänzende Versorgungsangebot findet nicht in den Vertragsarztpraxen, sondern in den Einrichtungen oder in den von der Kommune besonders geschaffenen Anlaufstellen für die medizinische Versorgung der Geflüchteten statt.

4. Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen nach diesem Vertrag richtet sich ausschließlich nach der Anlage 1, die Gegenstand dieses Vertrages ist. Dies gilt auch dann, wenn die Leistungen des Impfangebotes an mehreren Tagen während des Aufenthaltes in einer oder verschiedenen Einrichtungen erbracht werden.

5. Kostenträger für die Leistungen nach Absatz 1 und 3 ist das Land NRW. Die Abrechnung sämtlicher Leistungen dieses Vertrages erfolgt über die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der jeweils für die Einrichtung bzw. die Kommune zuständigen Bezirksregierung.

## **§ 2 Teilnehmende Ärzte**

1. Zur Behandlung der in § 1 genannten Leistungen sind alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen im Sinne von § 95 SGB V berechtigt, die einen Teilnahmeantrag (Anlage 2a bzw. 2b) bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht haben. Dies gilt auch für Ärzte, die in einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt angestellt sind. Des Weiteren sind Ärzte teilnahmeberechtigt, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigungen Leistungen zu erbringen und abzurechnen und einen Teilnahmeantrag (Anlage 2a bzw. 2b) bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht haben.
2. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte können auf Antrag an diesem Vertrag nach den Regelungen des Heilberufsgesetzes NRW teilnehmen, wenn sie über eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung verfügen und sich nach Anlage 2c bzw. 2d gegenüber der für ihren Wohnsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich verpflichtet haben, die Bestimmungen dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung anzuerkennen und einzuhalten. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzung erteilt die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.
3. Ärzte nach Abs. 1 und 2 reichen im Rahmen ihrer quartalsweisen Abrechnung zudem die Erklärung gem. Anlage 3a bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach Abs. 2 reichen zusätzlich die Erklärung gemäß Anlage 3b ein. Mit dieser Erklärung bestätigt der Arzt, dass die abgerechneten Leistungen persönlich erbracht worden sind, dass die Abrechnung sachlich richtig ist und fordert gleichzeitig die Vergütungen entsprechend dieses Vertrages bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung an.

### **§ 3 Leistungsumfang der teilnehmenden Ärzte**

1. Jedem Geflüchteten, der in einer Einrichtung oder privat untergebracht ist, soll eine freiwillige Erstuntersuchung (Gesundheitscheck und Untersuchung auf übertragbare Krankheiten) angeboten werden. Dabei soll insbesondere ein dem Alter entsprechendes Impfangebot unterbreitet werden. Dabei sind die jeweils aktuellen Empfehlungen des RKI „Welche Impfungen sollten Geflüchtete (z. B. aus der Ukraine) jetzt erhalten, um ihre Gesundheit zu schützen und Ausbrüche zu verhindern?“ sowie die Empfehlungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur freiwilligen Erstuntersuchung und Impfung von aus der Ukraine geflüchteten Menschen (siehe Anlage 6 in der jeweils aktuellen Fassung auf der Webseite des MAGS NRW) zu beachten.
2. Geflüchtete, die in einer Einrichtung untergebracht sind, sollen eine Untersuchung zum Ausschluss einer Infektion mit Tuberkulose erhalten. Leistungsumfang im Sinne dieses Vertrages ist die dafür in Einzelfällen erforderliche ärztliche Untersuchung sowie ggf. die Röntgenuntersuchung, siehe hierzu auch § 1 Abs. 2.
3. COVID-Impfungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung. Diese werden durch die bei den Städten und Kreisen verorteten koordinierenden Covid-Impfeinheiten (KoCI) organisiert.

### **§ 4 Einrichtungen**

1. Das Land NRW bzw. die jeweilig zuständige Bezirksregierung teilt den Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufnahmeeinrichtungen und Notfallunterkünfte des Landes NRW erstmals spätestens zum 11.04.2022 gemäß Anlage 5a mit. Änderungen sind unverzüglich spätestens aber zum Montag einer jeden Woche anzuzeigen.
2. Ebenfalls teilt das Land NRW bzw. die jeweilig zuständige Bezirksregierung die Einrichtungen auf kommunaler Ebene erstmals spätestens zum 11.04.2022 gemäß Anlage 5b mit. Änderungen sind unverzüglich, spätestens aber zum Montag einer jeden Woche anzuzeigen.
3. Die Einrichtung sorgt für eine ausreichende Information der Geflüchteten über Art und Umfang der Inanspruchnahme sowie ggf. Begleitung durch einen Sprachmittler.
4. Die Bezirksregierungen leiten die Arztliste (siehe § 5) an die Einrichtungen/Kommune weiter, damit diese die Organisation der Leistungen aus diesem Vertrag vor Ort mit dem Arzt abstimmen kann.

5. Entsprechend des § 6 Abs. 1 ist von der Einrichtung für die Leistungen aus der Anlage 1 eine Namensliste (Anlage 4a-4d) zu befüllen. Für die Durchführung dieser Leistungen soll die Einrichtung sicherstellen, dass die Namensliste eine relevante Personenanzahl umfasst. Geflüchtete, die eine Erstuntersuchung / Impfung wünschen, sollen sich bei der Einrichtung für diese Erstuntersuchung / Impfung vorher anmelden. Sollte die Namensliste keine relevante Personenanzahl umfassen, ist der teilnehmende Arzt nicht zur Durchführung der Erstuntersuchung / Impfung verpflichtet.

### **§ 5 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen**

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen Arztlisten über die am Vertrag teilnehmenden Ärzte.
2. Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung stellt der jeweiligen Bezirksregierung regelmäßig die in Absatz 1 aufgeführten Listen über die am Vertrag in dem Bezirk der zuständigen Bezirksregierung teilnehmenden Ärzte zur Verfügung.

### **§ 6 Namensliste**

Für die Durchführung der Leistungen nach Anlage 1 und auch als Abrechnungsgrundlage ist dem teilnehmenden Arzt von der jeweiligen Einrichtung eine autorisierte Namensliste mit den Personalien der zu Untersuchenden vorzulegen (Anlage 4 a – 4 d).

### **§ 7 Impfstoffbezug**

Die Verordnung der benötigten Impfstoffe erfolgt durch die untere Gesundheitsbehörde oder die Koordinierende Covid-Impfereinheit (KoCI). Erfolgt dies im Einzelfall nicht, werden die benötigten Impfstoffe vom Arzt als Sammelverordnung gemäß § 2 Abs. 2 Arzneimittelverschreibungsverordnung – AMVV verordnet. Hierbei ist das Wirtschaftlichkeitsprinzip zu beachten. Niedergelassene Vertragsärzte stellen in diesem Fall die Verordnung auf Muster 16 der Vordruckvereinbarung und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte auf dem Vordruck blaues Privatrezept aus. Das Rezept wird durch den verordnenden Arzt bei einer Apotheke eingereicht. Auf dem Rezept ist als Kostenträger die jeweils für den Standort der Einrichtung zuständige Bezirksregierung ergänzt um die jeweilige Kostenträgernummer zu vermerken, gleichfalls sind die Felder „gebührenfrei“ und „Impfstoffe“ zu kennzeichnen. Die Abrechnung der Impfstoffe erfolgt über



die Apotheke, bzw. über die Apothekenabrechnungszentren mit der bzw. dem auf dem Rezept genannten jeweils zuständigen Bezirksregierung/Kostenträger.

## **§ 8 Kurative Behandlung von Geflüchteten, die in Einrichtungen des Landes NRW untergebracht sind**

1. Die Geflüchteten haben neben den Leistungen aus diesem Vertrag auch weiterhin Anspruch auf eine ambulante kurative Versorgung nach § 4 AsylbLG (z. B. Arzneimittel-Verordnungen). Die Leistungserbringung in Einrichtungen des Landes NRW erfolgt von an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten i.S.d. § 2 (Vertragsärzte und Nicht-Vertragsärzte).
2. Die Geflüchteten müssen vor der kurativen Inanspruchnahme eines teilnehmenden Arztes gemäß § 4 AsylbLG den von der jeweiligen Einrichtung ausgegebenen Krankenbehandlungsschein vorlegen, ausgenommen sind Notfallbehandlungen. Die von der jeweiligen Einrichtung ausgestellten Krankenbehandlungsscheine sind mit der für die Einrichtung zuständigen Bezirksregierung als Kostenträger (Name der Bezirksregierung und Angabe der fünfstelligen Kostenträgernummer) für die ärztlichen Leistungen gekennzeichnet. Der jeweils zuständige Kostenträger legt Beginn und Ende der Geltungsdauer innerhalb eines Quartals durch Eintragung auf dem Krankenbehandlungsschein fest.
3. Die Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln ist von den Ärzten nur im Rahmen des Umfangs der ärztlichen Versorgung gemäß § 4 AsylbLG möglich. Für die Verordnung von Arzneimitteln gelten die gesetzlichen Vorschriften, die für die vertragsärztliche Versorgung bestehen. Grundsätzlich sind nur Generika verordnungsfähig. Originalpräparate sollen nur in begründeten Ausnahmefällen verordnet werden. Die Verordnung von Arzneimitteln hat unter dem Aspekt der wirtschaftlichen Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu erfolgen. Die Verordnung von Arznei- und Verbandsmitteln erfolgt für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auf den vereinbarten Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung; nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nehmen die Verordnung auf einem blauen Privat Rezept vor. Verordnungen für Heil- und Hilfsmittel sind grundsätzlich vorher durch den jeweiligen Kostenträger zu genehmigen.

## **§ 9 Vergütung der ärztlichen Leistungen**

1. Für die Vergütung der Leistungen nach § 1 Abs. 1 und 3 gilt abschließend Anlage 1. Mit diesen Vergütungen sind die Kosten gemäß den allgemeinen Bestimmungen Abschn. 7.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgegolten (z. B. allgemeine Praxiskosten, Einmalspritzen, Tupfer etc.). Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall, wie z. B. Anaphylaxiebestecke, sind vom Arzt vorzuhalten.
2. Nicht in diesen Vergütungen enthalten sind die Kosten – soweit nichts anderes bestimmt ist – für den Bezug von verordnungsfähigen Sprechstundenbedarfs-Artikeln. Verordnungsfähige Sprechstundenbedarfs-Artikel werden von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt auf Muster 16 zu Lasten der jeweils für den Standort der Einrichtung bzw. der Kommune zuständigen Bezirksregierung unter Angabe der jeweiligen Kostenträgernummer und der Statusfeldangabe 9 verordnet. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nehmen die Verordnung auf dem Vordruck blaues Privatrezept mit den notwendigen Angaben vor. Sämtliche Sprechstundenbedarfsbestellungen unterliegen einem Genehmigungsvorbehalt der jeweiligen Bezirksregierung/des Kostenträgers.
3. Für mündliche Auskünfte, die die jeweils zuständige Bezirksregierung zur ordnungsgemäßen Erledigung ihrer Aufgaben bei der Gewährung von Leistungen benötigt, besteht kein Honoraranspruch. Die Dokumentationspflicht über die erfolgten Behandlungsmaßnahmen obliegt dem behandelnden Arzt. Die Ergebnisse sind auf dem Befundbogen (Anlage 7) zu dokumentieren und der untersuchten Person auszuhändigen. Weitere schriftliche Mitteilungen auf Verlangen der jeweils zuständigen Bezirksregierung werden nach der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung mit dem regional vereinbarten Punktwert vergütet.
4. Der Arzt darf für eine Leistung, die nach diesem Vertrag vergütet wird, vom Anspruchsberechtigten oder einem anderen Kostenträger keine Vergütung fordern.

## **§ 10 Sachliche und rechnerische Richtigstellung**

1. Die Honorarforderungen werden von der Kassenärztlichen Vereinigung auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit gemäß Anlage 1 geprüft und erforderlichenfalls gegenüber den abrechnenden Ärzten berichtigt.

2. Nachträgliche Berichtigungsansprüche hat die jeweils zuständige Bezirksregierung/ der Kostenträger innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungslegung (Eingang der Rechnung bei der jeweiligen Bezirksregierung/dem Kostenträger) geltend zu machen. Über den Antrag entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung durch Verwaltungsakt, der gegenüber dem Arzt und der jeweils zuständigen Bezirksregierung ergeht. Vorherige einseitige Berichtigungen der Vergütung durch die jeweils zuständige Bezirksregierung/Kostenträger sind nicht zulässig.
3. Die Antragstellung berechtigt bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Antrag nicht zur Aufrechnung oder Rückhaltung von Zahlungen. Rechtskräftig festgestellte Honorarberichtigungen bzw. Regressbeträge sind unmittelbar zu verrechnen.
4. Solange nach Abs. 2 eine Berichtigung der Abrechnung geltend gemacht werden kann, gelten die Leistungen der jeweils zuständigen Bezirksregierung/des Kostenträgers als Vorauszahlung.

## **§ 11 Rechnungslegung**

1. Die Ärzte reichen ihre Quartalsabrechnung für die von ihnen erbrachten Leistungen jeweils zu den gültigen Abgabeterminen bei der für sie zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein, dabei gelten die Bestimmungen nach Anlage 8.
2. Die von der jeweils zuständigen Bezirksregierung/dem Kostenträger entrichtete Vergütung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung an die Ärzte nach Berücksichtigung der nach dem Satzungsrecht der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zulässigen Abzüge (Verwaltungskosten) gezahlt.

## **§ 12 Zahlung der Vergütung**

1. Die jeweils zuständige Bezirksregierung erhält von der Kassenärztlichen Vereinigung quartalsweise eine Rechnung entsprechend den Vorgaben nach Anlage 8. Aus dieser ergibt sich die vom Kostenträger zu zahlende Vergütung nach § 1. Sämtliche Forderungen sind jeweils 30 Tage nach Rechnungszugang fällig.

2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen weisen in ihrer Rechnungsstellung Leistungen, die in Einrichtungen des Landes, und Leistungen, die im Auftrag einer Kommune erfolgt sind, differenziert aus.
3. Die jeweils zuständige Bezirksregierung bzw. der Kostenträger leistet nach Anforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung bis zum 5. eines jeden Monats eine Abschlagszahlung auf der Basis des Rechnungsbetrages für den vorangegangenen Abrechnungszeitraum in Höhe von 30 % der Honorarsumme.
4. Überzahlungen werden als Vorauszahlung für das Folgequartal verrechnet. In besonderen Fällen kann diese Zahlung auch in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung an die jeweils zuständige Bezirksregierung/Kostenträger zurück überwiesen werden.
5. Kommt die jeweils zuständige Bezirksregierung/der Kostenträger mit den fälligen Zahlungen in Verzug, sind Verzugszinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz zu leisten. Dies gilt nicht, soweit schriftlich geschlossene Stundungsvereinbarungen getroffen wurden.

### **§ 13 Informationspflichten**

1. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden gegenüber den Ärzten die Inhalte des Vertrages kommunizieren und für eine Teilnahme bzw. ärztliche Versorgung der ukrainischen Vertriebenen werben.
2. Das Land NRW unterstützt die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Ärzte bei der Kommunikation mit den Aufnahmeeinrichtungen.

### **§ 14 Schlussbestimmung**

1. Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung sowie die im Rahmen seiner Bestimmungen abzugebenden Erklärungen bedürfen der Schriftform.
2. Die Vertragspartner werden alle Probleme, die bei der Durchführung dieses Vertrages entstehen, gütlich und vertragspartnerschaftlich durch Verhandlungen versuchen zu lösen. Sie verpflichten sich, alles zu unterlassen, was der anderen Vertragspartei Schaden

zufügen oder sich für diese nachteilig auswirken könnte. Insbesondere unterstützen sie einander bei der Abwehr aller gegen sie erhobenen Ansprüche und Vorwürfe.

3. Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass etwaige Änderungen der Anlage 5a und 5b im Einvernehmen erfolgen können, ohne dass es einer Anpassung der Vereinbarung bedarf.

## **§ 15 Inkrafttreten, Kündigung**

1. Die Vereinbarung tritt am 12.04.2022 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden.
2. Unbeschadet von Abs. 1 kann dieser Vertrag von jedem Vertragspartner ohne Einhaltung der Kündigungsfrist und mit sofortiger Wirkung gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor
  - a) bei einer groben Verletzung der Vertragspflichten.
  - b) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.
3. Bei Änderungen der gesetzlichen Regelungen bzw. wesentlicher sonstiger Rahmenbedingungen verpflichten sich die Vertragspartner, diese Vereinbarung unverzüglich an die geänderten Regelungen bzw. Bedingungen anzupassen bzw. diese zu beenden.

## **§ 16 Salvatorische Klausel**

1. Alle Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vertragspartnern unterzeichneten Nachtrages.
2. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Regelungslücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommen

soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

3. Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

Düsseldorf, Dortmund, den 5. April 2022

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san.  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe**

---

Dr. med. Dirk Spelmeyer  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Volker Schrage  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW**

---

Gerhard Herrmann  
Leiter Abteilung V -  
Gesundheitsversorgung, Pflege- und Gesundheitsberufe, Krankenversicherung

**Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes NRW**

---

Carola Holzberg  
Leiterin Abteilung 5 -  
Ausländer- und Flüchtlingsangelegenheiten

## Anlage 1

Für die Durchführung der Leistungen nach dieser Anlage 1 und auch als Abrechnungsgrundlage ist dem teilnehmenden Arzt von der jeweiligen Einrichtung eine autorisierte Namensliste mit den Personalien der zu Untersuchenden (Anlage 4 a – 4 d) vorzulegen.

Symbolnummer		Leistungstext	Leistungsinhalt	Vergütung*
Kommune	Land			
92511K	92511L	Freiwillige Erstuntersuchung ohne Tbc-Ausschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufsuchen der Einrichtung inkl. Wegegeld</li> <li>- Orientierende Anamnese / Impfausweiskontrolle</li> <li>- Orientierende körperliche Inaugenscheinnahme mit Untersuchung auf übertragbare Krankheiten</li> <li>- Dokumentation nach Anlage 7</li> </ul>	20,00€
92512K	92512L	Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impfleistung gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA - je Impfung</li> </ul>	11,00€
92513K	92513L	Tbc-Ausschluss	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufsuchen der Einrichtung inkl. Wegegeld</li> <li>- Tuberkulintest bei Kindern unter 6 Jahren einschließlich Auswertung und Sachkosten oder</li> <li>- Blutentnahme für den Interferon-Gamma-Test bei Kindern unter 15 Jahren und Schwangeren inkl. Versand- u. Portokosten, Befundauswertung</li> <li>- Dokumentation nach Anlage 7</li> </ul>	10,00€
92514K	92514L	Röntgenaufnahme (Tbc-Ausschluss)	Röntgenaufnahme der Atmungsorgane bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben zur Untersuchung auf eine behandlungsbedürftige Tuberkulose <ul style="list-style-type: none"> <li>- Röntgen, Thorax, eine Ebene</li> <li>- inkl. Befundung und Befundübermittlung</li> </ul>	20,00€
Abrechnung nach EBM-Nr. 32670 durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin		Interferon-Gamma-Test	Durchführung des Interferon-Gamma-Tests bei Kindern unter 15 Jahren und Schwangeren (Überweisung nach Muster 10 durch den die Eingangsuntersuchung durchführenden Arzt) inkl. Befundung und Befundübermittlung	58,00€
92515K	92515L	Hygienepauschale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erweiterte Hygienemaßnahmen zum Schutz vor einer COVID-Infektion (d.h. Persönliches Schutzmaterial, insb. Masken, Handschuhe, Kittel)</li> <li>- Abrechenbar: 1 x Behandlungstag</li> <li>- Wird von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung bei der Abrechnung automatisch hinzugesetzt</li> </ul>	5,00 €

\*Die Vergütungen dieser Anlage gelten abschließend – soweit nichts Anderes bestimmt ist. Im Übrigen gelten die weiteren Bestimmungen gemäß § 9 dieser Vereinbarung.



# Teilnahmeantrag - Vertragsarzt -

## KV Nordrhein

Abteilung Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Fax: 0211 5970 33273

E-Mail: Fluechtlinge-Teilnahmeerklaerungen@kvno.de

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
Bankverbindung		
Steuer-ID		

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Vertrag über die Durchführung der Erstuntersuchung ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und dem Land NRW.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlage 1 bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages in der jeweils gültigen Fassung.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift, Fax-/Telefonnummer, E-Mail-Adresse an das Land Nordrhein-Westfalen, die jeweilige Bezirksregierung und die entsprechende Flüchtlingseinrichtung einverstanden.

---

 Ort, Datum

---

 (Arztstempel und Unterschrift)

# Teilnahmeantrag - Vertragsarzt -

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
- Geschäftsbereich Abrechnung -  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

**Faxnummer: 0231/9432-81672**

**E-Mail: abrechnung@kvwl.de**

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.	Fax-Nr.	
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)	Betriebsstätten-Nr. (BSNR)	
E-Mail:		
Bankverbindung		
Steuer-ID		

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Vertrag über die Durchführung der Erstuntersuchung ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und dem Land NRW.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlage 1 bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages in der jeweils gültigen Fassung.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail-Adresse an das Land Nordrhein-Westfalen, die jeweilige Bezirksregierung und die entsprechende Flüchtlingseinrichtung einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Arztstempel und Unterschrift)

# Teilnahmeantrag für **nicht** an der vertragsärztlichen Ver- sorgung teilnehmende Ärzte

## KV Nordrhein

Abteilung Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Fax: 0211 5970 33273

E-Mail: Fluechtlinge-Teilnahmeerklaerungen@kvno.de

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR) wird durch die KVNO vergeben
E-Mail:		
Bankverbindung		
Steuer-ID		

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Vertrag über die Durchführung der Erstuntersuchung ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und dem Land NRW.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlage 1 bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages in der jeweils gültigen Fassung.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail-Adresse an das Land Nordrhein-Westfalen, die jeweilige Bezirksregierung und die entsprechende Flüchtlingseinrichtung einverstanden.
4. Die Nachweise über meine Approbation und eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung habe ich diesem Antrag beigelegt (die Nachweise sind nur beizufügen, sofern sie der Kassenärztlichen Vereinigung nicht vorliegen).
5. Die Erbringung radiologischer Leistungen ist für einen Arzt, der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ausgeschlossen.

---

 Ort, Datum

---

 (Arztstempel und Unterschrift)

# Teilnahmeantrag für **nicht** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
- Geschäftsbereich Abrechnung -  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

□

**Faxnummer: 0231/9432-81672**  
**E-Mail: abrechnung@kvwl.de**

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR) wird durch die KVWL vergeben
E-Mail:		
Bankverbindung		
Steuer-ID		

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Vertrag über die Durchführung der Erstuntersuchung ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und dem Land NRW.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlage 1 bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail-Adresse an das Land Nordrhein-Westfalen, die jeweilige Bezirksregierung und die entsprechende Flüchtlingseinrichtung einverstanden.
4. Die Nachweise über meine Approbation und eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung habe ich diesem Antrag beigefügt  
(Die Nachweise sind nur beizufügen, sofern sie der KVWL nicht vorliegen.).
5. Die Erbringung radiologischer Leistungen ist für einen Arzt, der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ausgeschlossen.

---

 Ort, Datum

---

 (Arztstempel und Unterschrift)

## **Abrechnungserklärung für ärztliche Leistungen sowie Impfungen**

**zu dem Vertrag über die Durchführung der Erstuntersuchung  
ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler  
Ebene**

Name des Arztes	LANR/BSNR (Abrechnungsnummer)

Mit der Einreichung dieser Abrechnungserklärung fordere ich die Vergütung für die Leistungen nach Anlage 1 des Vertrages über die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler Ebene an.

Als abrechnungsbegründende Unterlage sind dieser Abrechnungserklärung Namenslisten (Anlage 4a bis 4d des Vertrages) beigelegt, die mir von der Einrichtung für Geflüchtete aus der Ukraine ausgehändigt worden sind und auf der mir durch Unterschrift die Erbringung der Leistungen für die in der Liste angeführten Personen bestätigt worden ist. Die Namenslisten sind von mir in die Übersicht auf der Rückseite eingetragen und mit dieser Abrechnungserklärung fest verbunden worden.

Ich bestätige hiermit, dass ich an dem o.g. Vertrag durch einen von mir mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abgeschlossenen Vertrag teilnehme, die Leistungen für die in den beigelegten Namenslisten genannten Personen höchstpersönlich erbracht habe und diese den Vorgaben nach dem Vertrag entsprechen.

Zudem erkläre ich, dass ich für diese Leistungen noch keine Vergütung geltend gemacht habe und auch nicht geltend machen werde.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

**Wird auf die Rückseite der Abrechnungserklärung gedruckt**

Nr.	Datum der Liste	Name bzw. Ort der Einrichtung, die die Namensliste ausgehändigt hat	Seitenzahl

## Abrechnungserklärung für ärztliche Leistungen nach § 4 AsylbLG in Einrichtungen des Landes NRW

**zu dem Vertrag über die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung  
ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler Ebene**

Name des Arztes	LANR/BSNR (Abrechnungsnummer)

Hiermit bestätige ich, dass ich - weil ich nicht (mehr) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehme - für die Abrechnung der Leistungen nach § 2 Abs. 2 des Vertrages mit der dafür zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) einen Vertrag abgeschlossen habe. Die Bestimmungen des o. g. Vertrages sowie die insoweit geltenden Grundsätze des Vertragsarztrechtes sind mir bekannt und werden von mir anerkannt.

Mit der Einreichung dieser Abrechnungserklärung fordere ich die Vergütung für Leistungen nach § 8 des Vertrages für die Behandlung von Asylbewerbern nach § 4 AsylbLG an. Die mir von den Asylbewerbern dafür ausgehändigten Krankenbehandlungsscheine des Landes NRW sind dieser Abrechnungserklärung als abrechnungsbegründende Unterlage durchnummeriert – **insgesamt** \_\_\_\_\_ - beigelegt. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung der Leistungen nach den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erfolgt und die KV eine Honorarabrechnung für diese Leistungen erstellen wird.

Ich versichere, dass ich bei der Erbringung und Abrechnung der Leistungen die Vorgaben des § 4 AsylbLG sowie des Vertragsarztrechtes beachtet habe und ich für diese Leistungen noch keine Vergütung geltend gemacht habe und auch nicht geltend machen werde, insbesondere für die Behandlung auch keine zusätzlichen Kosten, wie z. B. für IGeL-Leistungen, Dritten in Rechnung gestellt habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

# Freiwillige Erstuntersuchung – Namensliste

## Einrichtung

Anschrift: \_\_\_\_\_ VKNR der zust. BR: \_\_\_\_\_

Landeseinrichtung

Kommunale Einrichtung

## Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

LANR und BSNR: \_\_\_\_\_

KV Nordrhein

KV Westfalen-Lippe

Behandlungsdatum: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geburtsdatum	Freiwillige Erstuntersuchung durchgeführt (bitte ankreuzen)

Für die Richtigkeit:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung



# Impfungen – Namensliste

## Einrichtung

Anschrift: \_\_\_\_\_ VKNR der zust. BR: \_\_\_\_\_

Landeseinrichtung     Kommunale Einrichtung

## Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

LANR und BSNR: \_\_\_\_\_

KV Nordrhein     KV Westfalen-Lippe

Behandlungsdatum: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geburtsdatum	Impfleistung durchgeführt (bitte ankreuzen)

Für die Richtigkeit:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung

# Tbc - Ausschluss – Namensliste

## Einrichtung

Anschrift: \_\_\_\_\_ VKNR der zust. BR: \_\_\_\_\_

Landeseinrichtung     Kommunale Einrichtung

## Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

LANR und BSNR: \_\_\_\_\_

KV Nordrhein     KV Westfalen-Lippe

Behandlungsdatum: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geburtsdatum	Tbc-Ausschluss durchgeführt (bitte ankreuzen)

Für die Richtigkeit:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung

# Röntgenuntersuchung (Tbc-Ausschluss) – Namensliste

## Einrichtung

Anschrift: \_\_\_\_\_ VKNR der zust. BR: \_\_\_\_\_

Landeseinrichtung  Kommunale Einrichtung

## Behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

LANR und BSNR: \_\_\_\_\_

KV Nordrhein  KV Westfalen-Lippe

Behandlungsdatum: \_\_\_\_\_

Name	Vorname	Geburtsdatum	Röntgenuntersuchung durchgeführt (bitte ankreuzen)

Für die Richtigkeit:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung

## **Empfehlungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Erstuntersuchung einschließlich des Impfangebots für aus der Ukraine geflüchtete Personen**

An das MAGS wurde der Wunsch nach einem landeseinheitlichen Vorgehen in den Kommunen bezüglich der Untersuchungen und Impfungen von aus der Ukraine geflüchteten Personen herangetragen. Aus diesem Grund wurden folgende Empfehlungen in Anlehnung an die Bestimmungen gemäß § 62 Abs. 1 Satz 2 AsylG verfasst.

### **1. Freiwillige ärztliche Erstuntersuchung:**

- Orientierende Anamnese,
- Orientierende körperliche Inaugenscheinnahme mit Untersuchung auf übertragbare Krankheiten,
- Impfausweiskontrolle.

Insbesondere bei privat untergebrachten Personen sollte im Rahmen der freiwilligen Erstuntersuchung abgefragt werden, ob Tuberkulose-Symptome bestehen oder kürzlich ein Kontakt zu einem bekannten Tuberkulosefall stattgefunden hat. Entsprechend sollte eine weitere Abklärung eingeleitet werden (Leistung nach AsylbLG).

Die ärztliche Untersuchung und Impfungen sollten dokumentiert werden. Hierfür sollte der „Befundbogen der ärztlichen Erstuntersuchung“ verwendet werden. Zudem sollte, wenn möglich, nach erfolgten Impfungen ein Impfpass ausgegeben werden, sofern kein vergleichbares Dokument vorhanden ist. Sollten weitere Untersuchungen und/oder eine Weiterversorgung klinisch, anamnestisch oder epidemiologisch angezeigt sein, sollten diese eingeleitet werden.

Bei den Daten handelt es sich um persönliche Gesundheitsdaten der Betroffenen. Daher sollten Befunde und ähnliche gesundheitsbezogene Dokumente den Personen oder Erziehungsberechtigten mit entsprechenden Hinweisen ausgehändigt werden.

### **2. Verpflichtendes Tuberkulosescreening (gemäß § 36 Abs. 4 S. 1 i.V.m. Abs. 1 Nr. 4 IfSG) bei Aufnahme in eine Einrichtung zur gemeinschaftlichen Unterbringung:**

- bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zur Untersuchung auf eine behandlungsbedürftige Tuberkulose,
- bei Kindern unter 15 Jahren und Schwangeren einen Interferon-Gamma-Test (IGRA), bzw. bei Kindern unter 6 Jahre einen Tuberkulintest,
- wenn der Tuberkulintest nicht verfügbar ist oder bei bekannter BCG-Impfung: symptomorientierte ärztliche Untersuchung. Bei positivem Befund oder im Fall einer Exposition ggf. IGRA oder Röntgenaufnahme.

In der Ukraine wird für Neugeborene im Alter von 3-5 Tagen eine BCG (Bacille-Calmette-Guérin)-Impfung (am linken Oberarm) empfohlen und bis 2018 wurden für THT-negative Kinder ab 7 Jahren Revakzinationen empfohlen. Die Impfquote der BCG-Impfung liegt bei 84%. Weitere Informationen finden sich auf der RKI Seite zu [Tuberkulose bei geflüchteten Personen](#).

### **3. Impfangebot:**

Den Geflüchteten sollten frühzeitig alle Impfungen angeboten werden, die die Ständige Impfkommission (STIKO) für die in Deutschland lebende Bevölkerung empfiehlt. In Einrichtungen, in denen die Umsetzung der STIKO-Empfehlungen erschwert ist, weil Geflüchtete nur kurze Zeit dortbleiben und daher ggf. nur ein Impftermin möglich ist, sollte eine Priorisierung der Impfungen erfolgen. Hierzu hat das RKI eine Priorisierung vorzunehmender Impfungen erstellt (siehe Tabelle). In dem dazugehörigen Dokument [„Welche Impfungen sollten Geflüchtete \(z. B. aus der Ukraine\) jetzt erhalten, um ihre Gesundheit zu schützen und Ausbrüche zu verhindern?“](#) sind weitere hilfreiche Informationen bzgl. der Durchführung und Priorisierung von Impfungen enthalten.

Die Aufklärung über notwendige Impfungen sollte möglichst in der Muttersprache erfolgen. Ideal ist der Einsatz von Sprachmittlern, für die unmittelbare Aufklärung sind aber auch die [Dokumente in ukrainischer Sprache](#) geeignet, die vom RKI zur Verfügung gestellt werden:

Tabelle | Priorisierung des Impfangebotes (adaptiert nach STIKO)

Alter zum Zeitpunkt der 1. Impfung	1. Impftermin
≥ 2 bis < 9 Monate	DTaP-IPV-Hib-HBV <sup>1</sup>
≥ 9 Monate bis < 5 Jahre	DTaP-IPV-Hib-HBV <sup>1</sup>
	MMR-V <sup>2</sup>
≥ 5 Jahre bis < 18 Jahre	COVID-19 <sup>3</sup>
	Tdap-IPV
	Bei bereits vorhandenem COVID-19-Impfschutz: MMR-V <sup>4</sup>
Erwachsene, die nach 1970 geboren sind	COVID-19
	Tdap-IPV
	Bei bereits vorhandenem COVID-19-Impfschutz: MMR <sup>4</sup> (-V) <sup>4,5</sup>
Erwachsene, die vor 1971 geboren sind	COVID-19
	Tdap-IPV

<sup>1</sup> Es kann auch ein 5-fach Impfstoff verwendet werden.

<sup>2</sup> Bei Kindern < 5 Jahren sollte statt des MMR-V-Kombinationsimpfstoffs zum 1. Impftermin bevorzugt MMR- und Varizellen-Impfstoff getrennt gegeben werden.

<sup>3</sup> Für Kindern zwischen ≥ 5 und < 12 Jahren ist die COVID-19-Impfung nur bei Vorliegen relevanter Grunderkrankungen oder für Kinder, in deren Umfeld sich enge Kontaktpersonen mit hoher Gefährdung für einen schweren COVID-19-Verlauf befinden, die selbst nicht geimpft werden können oder bei denen anzunehmen ist, dass auch nach Impfung kein ausreichender Schutz besteht (z. B. Menschen unter immunsuppressiver Therapie) von der STIKO empfohlen.

<sup>4</sup> Nicht in der Schwangerschaft. Nicht zeitgleich mit einer COVID-19 Impfung. Die COVID-19-Impfung hat Priorität vor der MMR(-V)-Impfung.

<sup>5</sup> Empfehlung einer Varizellenimpfung gemäß STIKO für seronegative Frauen mit Kinderwunsch, seronegative PatientInnen vor geplanter immunsuppressiver Therapie, empfängliche Personen mit schwerer Neurodermitis bzw. mit engem Kontakt zu den beiden zuvor Genannten.

Abkürzungen: DTaP: Diphtherie, Tetanus, Pertussis (azellulär); IPV: Inaktivierter Polioimpfstoff; Hib: Haemophilus influenzae b; HBV: Hepatitis B Virus; MMR-V: Masern, Mumps, Röteln, Varizellen

Quelle: „Welche Impfungen sollten Geflüchtete (z.B. aus der Ukraine) jetzt erhalten, um ihre Gesundheit zu schützen und Ausbrüche zu verhindern?“ (RKI, Stand 31.03.2022)

Das o.g. Impfangebot stellt den Regelfall unter Präventionsaspekten dar. Im Rahmen infektionsepidemiologisch relevanter Zusammenhänge oder Ausbruchsgeschehen ist anlassbezogen das Erfordernis weiterer Maßnahmen (z. B. Erweiterung des Impfkanons) durch die unteren Gesundheitsbehörden zu prüfen.

Im Falle einer Grundimmunisierung sind die Impflinge auf eine spätere Vervollständigung der Impfungen hinzuweisen.

In Bezug auf die Masernimpfung ist zu berücksichtigen, dass der Impfplan in der Ukraine die erste Impfung mit einem Jahr und die zweite Impfung erst mit 6 Jahren vorsieht. Daher ist davon auszugehen, dass Kinder, die jünger als 6 Jahre sind, nach hiesigem Verständnis nicht vollständig Masern geimpft sind. Sollte im Einzelfall ein Impfschutz gegen Masern erst zu einem späteren Zeitpunkt vervollständigt werden können, kann § 20 Abs. 9 a IfSG Anwendung finden. Hintergrund ist, dass es ukrainischen Kindern und Jugendlichen ermöglicht werden soll, möglichst zeitnah nach Ankunft in Deutschland Schulen und Kindertageseinrichtungen etc. zu besuchen.

07.04.2022 – V B 4

Gleichwohl sollte der vollständige Masernimpfschutz so früh wie möglich erlangt werden.



### Ärztliche Behandlungen (nach § 4 AsylbLG):

Arztvorstellung am \_\_\_\_\_

Diagnose (nach ICD): \_\_\_\_\_

Maßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arztstempel: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Arztvorstellung am \_\_\_\_\_

Diagnose (nach ICD): \_\_\_\_\_

Maßnahme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Arztstempel: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Befundbogen der ärztlichen Erstuntersuchung (Medical record) ukr Geflüchteter

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Landeseinrichtung  
 Kommunale Einrichtung  
 privat

Datum: \_\_\_\_\_

**Gesundheitszustand nach ärztlicher Untersuchung:**

Kein Hinweis auf infektiöse oder akute Erkrankungen

Erkrankung / Verdacht auf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schwanger oder Schwangerschaftsverdacht: \_\_\_\_\_

Besonderheit:



## Tuberkulose-Untersuchung (nach § 36 Abs. 4 IfSG)

**Röntgen-Thorax** am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Befund:  OpB

auffällig → Meldung ans Gesundheitsamt \_\_\_\_\_

**IFG-Test:** abgenommen am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Befund:  OpB

auffällig → Meldung ans Gesundheitsamt \_\_\_\_\_

**Tuberkulin Hauttest:** angelegt am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

abgelesen \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Befund:  OpB

auffällig → Meldung ans Gesundheitsamt \_\_\_\_\_

**symptomorientierte ärztliche Untersuchung**

(bei Kindern unter 6 Jahre wenn BCG-Impfung bekannt oder wenn der THT-Test nicht verfügbar ist)

OpB

Positiv oder bekannte Exposition → IGRA oder Röntgen-Thorax

## Impfstatus

### Impfung erfolgt durch

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Impfungen  MMR-V

IPV

HBV

Hib

DTaP

Covid-19

keine Impfung erfolgt wegen

Schwangerschaft

Krankheit

\_\_\_\_\_

## Beschreibung der Rechnungslegung

### I. Abrechnungsregelungen zwischen dem Vertragsarzt und den Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Die Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach dem Vertrag erfolgt auf der Basis einer jeweils von der Einrichtung erstellten und autorisierten Patienten-Namensliste, die dem jeweiligen Arzt als Abrechnungsgrundlage gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung dient.
2. Folgende Leistungen nach Anlage 1 werden über jeweils separate Patienten-Namenslisten erbracht und abgerechnet:
  - a. Freiwillige Erstuntersuchung
  - b. Impfungen
  - c. Tbc-Ausschluss
  - d. Röntgen des knöchernen Thorax in einer Ebene.
3. Sofern bei Kindern unter 15 Jahren und Schwangeren ein Interferon-Gamma-Test auf Veranlassung des die Eingangsuntersuchungen durchführenden Arztes erbracht werden muss, stellt dieser einen Überweisungsschein nach Muster 10 aus und übersendet diesen mit dem Untersuchungsmaterial an einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin. Die Mitteilung über das Ergebnis dieser Untersuchung erfolgt an den überweisenden Arzt, dieser informiert die Einrichtung.
4. Die Abrechnung des Interferon-Gamma-Testes erfolgt nach der EBM-Nr. 32670 im Rahmen der kurativen Abrechnung durch den Facharzt für Laboratoriumsmedizin über die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung gegenüber der Bezirksregierung, die als Kostenträger auf dem Muster 10 vermerkt wurde.
5. Die Erbringung der Leistungen nach Nr. 2 a bis c erfolgt in der Einrichtung, die Leistung nach Nr. 2 d wird in der Praxis eines Arztes mit der Genehmigung seiner Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung dieser Röntgenleistung erbracht.
6. Seitens des Arztes kann eine Abrechnung der Leistungen nach Anlage 1 ausschließlich über die für ihn zuständige KV gegenüber der Bezirksregierung, die für die Einrichtung regional zuständig ist, erfolgen.
7. Die Patienten-Namenslisten für Leistungen nach Anlage 1 werden durch den die Leistung erbringenden Arzt quartalsweise nach den jeweils gültigen Einreichungsterminen für die Quartalsabrechnung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht. Bestandteil der Abrechnung ist gleichfalls eine zu unterzeichnende Erklärung des Arztes zur Leistungserbringung und Abrechnung (Anlage 3).

**Wichtig:**

**Es erfolgt somit keine Übernahme der Patientendaten in die Praxisverwaltungssysteme.**

8. Die Vergütung an den Arzt erfolgt zu den üblichen Zahlungsterminen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, spätestens zum Ende des 4. Monats nach Quartalsende und wird separat auf dem Honorarbescheid ausgewiesen bzw. durch einen für diesen Vertrag eigenständigen Bescheid.

## **II. Abrechnungsregelungen zwischen dem Kostenträger und den Kassenärztlichen Vereinigungen**

1. Die Kassenärztliche Vereinigung erstellt für die jeweilige Bezirksregierung eine Quartalsabrechnung über die Häufigkeiten der jeweils abgerechneten Leistungen der bis zum Einreichungstermin vorliegenden Patienten-Namenslisten. Die erbrachten Leistungen werden in ihrer Häufigkeit mit der jeweils vereinbarten Vergütung multipliziert und stellen die Honoraranforderung für die durchgeführten Leistungen dar.
2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen weisen in ihrer Rechnungsstellung Leistungen, die in Einrichtungen des Landes, und Leistungen, die im Auftrag einer Kommune erfolgt sind, differenziert aus.