



Interpretationshilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

des Instituts für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein
mit Unterstützung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit,
Wissenschaft und Gleichstellung

Stand: 17. Februar 2016

Präambel:

Diese Interpretationshilfe dient als Handreichung zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung von leistungsberechtigten Asylbewerberinnen und Asylbewerbern nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) – im Folgenden Leistungsberechtigte. Sie wurde als Veröffentlichung des Instituts für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein zwischen den Institutsträgern (Ärztelkammer Schleswig-Holstein, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein) mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung abgestimmt.

Bereits in der Vergangenheit haben die Leistungsberechtigten in Schleswig-Holstein medizinische Leistungen in Anspruch genommen. Die Verfahren der Behandlungsabrechnung haben sich mit der Einführung einer Gesundheitskarte (eGK) für einen Teil der Leistungsberechtigten (Flüchtlinge bis 15 Monate geduldeter Aufenthalt) vereinfacht. Der Leistungsumfang hat sich dabei nicht verändert.

Dabei ist zu unterscheiden:

- **Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtungen**

Leistungsberechtigte, die sich in Erstaufnahmeeinrichtungen (sog. „Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende oder deren zugeordneten Unterkünften“) befinden, werden in der Regel auch dort medizinisch behandelt. Eine Behandlung außerhalb der Erstaufnahmeeinrichtung erfolgt grundsätzlich nur auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsscheins bzw. Kostenübernahmeerklärung durch das Landesamt für Ausländerangelegenheiten als zuständiger Kostenträger, § 3 AsylbLGAG SH. Dieser Behandlungsschein wird über die KVSH (VKNR 01841) abgerechnet. Eine Kostenzusage ist vor der entsprechenden Diagnostik und Behandlung einzuholen.

Das bedeutet: Keine Veränderung des bisherigen Verfahrens.

- Leistungsberechtigte, die den Kreisen und kreisfreien Städten zugewiesen worden sind und nicht mehr in Erstaufnahmeeinrichtungen wohnen, suchen im Regelfall die Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf. Kostenträger sind die Kreise und kreisfreien Städte – im Folgenden die Kommunen.
 - **Flüchtlinge bis 15 Monate geduldeter Aufenthalt**
 - Eine Behandlung erfolgt grundsätzlich auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsscheins bzw. Abrechnungsscheins, der vor der entsprechenden Diagnostik und Behandlung einzuholen ist.
 - Seit dem **01. Januar 2016** erhalten Leistungsberechtigte – zeitlich befristet auf die nach dem AsylbLG vorgesehene Dauer des Leistungsanspruchs – eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), die von einer beauftragten Gesetzlichen Krankenkasse ausgestellt ist. Bis zur Versorgung mit der Gesundheitskarte stellen die Krankenkassen entsprechende Abrechnungsscheine zur Verfügung.

Eine Abrechnung der Leistungen erfolgt dann auf der Basis und bei Vorlage der Gesundheitskarte (eGK).

Auf diesen Karten ist bei „*Besondere Personengruppe*“ die Ziffer „9“ gespeichert. Daran erkennen die Praxen nach dem Einlesen der eGK, dass bei dem Patienten ein eingeschränkter Leistungsanspruch zu beachten ist. Ein optisches Zeichen auf der Karte selbst gibt es nicht.

Die beauftragten Krankenkassen sind aber verpflichtet, die Europäische Krankenversicherungskarte bei dieser Personengruppe auf der Rückseite der eGK als ungültig zu kennzeichnen.

- *Das bedeutet: Die vorliegende Interpretationshilfe ist für diesen Personenkreis zu berücksichtigen.*
- **Flüchtlinge über 15 Monate geduldeter Aufenthalt**
 - Ab diesem Zeitpunkt haben Flüchtlinge denselben Leistungsanspruch wie Sozialhilfeempfänger. Dieser Anspruch entspricht dem der GKV-Patienten. Die Abrechnung erfolgt wie bei jedem anderen gesetzlich Krankenversicherten über die übliche elektronische Gesundheitskarte.
 - Die eGK für Asylbewerber, die sich länger als 15 Monate in Deutschland aufhalten, ist bei „*Besondere Personengruppe*“ mit der Ziffer „4“ gekennzeichnet.
 - *Das bedeutet: Keine Veränderung des bisherigen Verfahrens.*
- **Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge**
 - Stehen minderjährige unbegleitete Flüchtlinge unter der Obhut der Kommunen, gelten sie nicht als Flüchtlinge und haben einen Behandlungsanspruch nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (§ 42 SGB VIII).
 - Es besteht in diesem Fall ein weitgehend gleicher Behandlungsanspruch wie für GKV-Patienten. Der Behandlungsausweis kann durch den Jugendhilfeträger ausgestellt werden.
 - *Das bedeutet: Keine Veränderung des bisherigen Verfahrens.*
- **Krankenhauseinweisung**

Für die Krankenhauseinweisung eines Asylbewerbers benötigt dieser – von Notfällen abgesehen – eine Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen Kostenträger (Sozialamt) oder aber eine elektronische Gesundheitskarte (eGK). Die Kostenübernahmeerklärung bzw. elektronische Gesundheitskarte (eGK) ist bei der Aufnahme im Krankenhaus vorzulegen. Behandelnde Vertragsärzte (in der Regel der Hausarzt) sollten dem Patienten die Krankenhauseinweisung mit genauer Diagnose mitgeben.

Grundsätzlich gilt:

- Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind keine Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen.
- Asylbewerberinnen und Asylbewerber haben nur Anspruch auf einen eingeschränkten Leistungskatalog: Der Umfang wird in den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) definiert.

Daran ändert auch die Gesundheitskarte nichts. Sie hilft den leistungserbringenden Ärztinnen und Ärzten, den Zahnärztinnen und Zahnärzten, den Apothekerinnen und Apothekern und anderen Gesundheitsberufen zu erkennen, dass sie nur im Rahmen eines eingeschränkten Spektrums Leistungen erbringen dürfen. Gleichzeitig wird der Abrechnungsweg auch für die Leistungserbringer erleichtert. Danach bleiben

unverändert bestimmte Leistungen vollständig ausgeschlossen oder unterliegen weiterhin gesonderten Genehmigungsverfahren.

- Der Leistungskatalog nach AsylbLG umfasst dabei die medizinische Versorgung, (zahn-)ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen bei allen akuten oder akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen.

Medizinische Versorgung, (zahn-) ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen müssen bei allen mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen gewährt werden.

Bei Schwangerschaft und Geburt erhalten Frauen alle auch für GKV-Versicherte üblichen medizinischen Leistungen beim Arzt und im Krankenhaus, sämtliche Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind, Hebammenhilfe, Medikamente und Heilmittel.

- „Sonstige“ medizinische Leistungen müssen gewährt werden, wenn dies „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist.
- Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach AsylbLG behandelt werden.

Im Gegensatz zu gesetzlich Krankenversicherten erfolgt von vornherein keine Leistungsgewährung bei:

1. Vorsorgekuren
2. Rehabilitationsmaßnahmen
3. Leistungen zu psychologischen Langzeit-Therapien
4. Versorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung
5. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V
6. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation
7. Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137f SGB V
8. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden
9. Leistungen im Ausland.

Auslegungshilfe:

Nach **§ 4 Abs. 1 AsylbLG** sind „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (...) die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. (...) Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.“

In den genannten Bestimmungen umschreibt das geltende Recht den Anspruch auf medizinische Hilfe der Flüchtlinge. Dieser ist gerichtet auf elementare Hilfe im Krankheitsfall durch Bereitstellung von Leistungen der Krankenbehandlung. In der richterlichen Auslegung der Normen kann aber die grundsätzliche und allgemeine Aussage getroffen werden, dass

„Hilfempfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Rahmen der Leistungen bei Krankheit nach § 4 Abs. 1 AsylbLG keinen Anspruch auf optimale und bestmögliche Versorgung, sondern nur auf Hilfe bei akuten Erkrankungen

und Schmerzzuständen haben. Langwierige Behandlungen, die wegen der absehbar kurzen Dauer des weiteren Aufenthalts voraussichtlich nicht abgeschlossen werden können, begründen keine Leistungsverpflichtung. Über die Auffang- und Öffnungsklausel des § 6 Abs. 1 AsylbLG können nur unerlässliche, da unverzichtbare Leistungen erbracht werden. Dies gilt auch im Falle von chronischen Erkrankungen.“ (LSG Baden-Württemberg, Az.: L 7 AY 6025/06 vom 11.1.2007)

Dieser Leitsatz enthält – in programmatischer Kürze zusammengefasst – die Leitlinie für die Gewährung der Gesundheitsleistungen an Flüchtlinge. Die Behandlung von Akutzuständen ist zwar geschuldet – eine nachhaltige Therapie wegen der „*absehbar kurzen Dauer des weiteren Aufenthalts*“ aber gerade nicht.

a. Begrenzungen

Der Leistungsumfang ist eingeschränkt. Eine „*akute Erkrankung*“ im Sinne des § 4 AsylbLG wird in der Rechtsprechung und Kommentarliteratur nur in solchen Fällen angenommen, in denen ein unvermutet auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- oder Geisteszustand aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf.

Damit ist die Behandlung chronischer Erkrankungen von dem Anwendungsbereich der Norm ausgeschlossen, es sei denn, die Erkrankung ist mit (akuten oder chronischen) Schmerzzuständen verbunden oder zu der chronischen Erkrankung kommt ein akuter Krankheitszustand hinzu. Chronische Erkrankungen dürfen auch dann behandelt werden, wenn sie unbehandelt zu akuten Notfällen werden.

Die Krankenbehandlung hat nicht „*optimal oder bestmöglich*“ zu sein. Dem Gesetz lässt sich dies so nicht unmittelbar entnehmen. Aber es schränkt die eine Behandlungspflicht auslösenden Fälle auf Akuterkrankungen und Schmerzzustände ein. Die ärztliche Behandlung ist damit auf die Krankheitssymptome auszurichten; eine grundlegende und auf Dauer gerichtete Therapie ist folglich grundsätzlich nicht geschuldet.

Eine zentrale Begründung gegen die Leistungspflicht ziehen die Gerichte aus der Kurzzeitigkeit des Aufenthalts des Berechtigten. Zwar werden die Gerichte namentlich bei Bürgerkriegsflüchtlingen, geduldeten Ausländern und auch Asylbewerbern immer wieder konkret mit einer sehr langen Dauer des Inlandaufenthalts konfrontiert – dessen ungeachtet greifen sie häufig auf die Argumentation zurück, eine Behandlung komme deshalb nicht in Betracht, weil der Inlandaufenthalt nur übergangsweise bestehe.

Diese Rechtsprechung wird darüber hinaus durch die Auslegung ergänzt, dass Leistungserbringer, die an Flüchtlinge vorläufig leisten, keinen Kostenersatz vom Sozialhilfeträger fordern könnten, weil sie die Leistungen in Kenntnis der fehlenden Leistungsberechtigung der Empfänger erbracht haben und daher vom Sozialhilfeempfänger keinen Kostenersatz beanspruchen könnten.

b. Praktische Umsetzung

Es lässt sich durchaus die Tendenz aus der Rechtsprechung der letzten Jahre ableiten, dass Flüchtlinge einen nur eingeschränkten Schutz bei Krankheit genießen.

Dieser bleibt in mehrfacher Hinsicht hinter dem Schutz zurück, den eine im Inland berechnete oder sich dauernd aufhaltende Person erhält. Denn er ist gegenständlich auf Akutbehandlung gerichtet, schließt Behandlungsansprüche bei chronischen Krankheiten grundsätzlich aus und ist nur auf Symptombehandlung zur Linderung von Schmerzen beschränkt. Der Anspruch liegt in einem weitreichenden Ermessen der Behörden. Einer zielgerichteten Behandlung wird meist entgegengehalten, dass sie nicht im Inland

abgeschlossen werden könnte, weil zuvor eine Ausreise stattfindet. Insofern kann der Schutz bei Krankheit auch als fragmentarisch, punktuell und vorläufig bezeichnet werden.

Die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte ändert dabei im Grundsatz nichts. Es wird lediglich mit der Beauftragung der Gesetzlichen Krankenkassen ein transparenter und landesweit einheitlicher Abrechnungsweg festgeschrieben.

Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die gegenüber Asylbewerberinnen und Asylbewerbern erbrachten Leistungen müssen ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Diese Interpretationshilfe bezieht sich darauf, was nach AsylbLG als „ausreichend“ zu bezeichnen ist.

Inhaltsverzeichnis

1 Verordnung von Medikamenten und Verbandmitteln	8
2 Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln	8
3 Transporte	9
4 Häusliche Krankenpflege	9
5 Behandlungen von	
• koronarer Herzkrankheit (KHK = Herzkranzgefäßverengung)	9
• Hypertonie	9
• gastritischer Beschwerden	9
• malignen Erkrankungen (Tumorerkrankungen)	9
• Diabetes mellitus	9
• Niereninsuffizienz	9
6 Behandlung von Fehlbildungen	10
7 Augenheilkunde	10
8 Gynäkologie:	10
9 Pädiatrie	10
10 Psychische Erkrankungen.....	11
11 Zahnheilkunde.....	11
12 Ambulantes Labor	12
13 Zufallsbefunde.....	12
14 Elektiveingriffe	12
15 Rehabilitation	12
16 Vorsorge	12
17 Impfen	12
Anhänge	

1 Verordnung von Medikamenten und Verbandmitteln

- Allgemein gelten auch für Leistungsberechtigte die Regelungen der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss).
- Unter Beachtung der AM-RL ist keine Kostenzusage erforderlich. Ausnahme: siehe unten in Kapitel 10 Psychische Erkrankungen.
- Wenn möglich sind Wirkstoffe zu verordnen.
- In der Regel ist nur die Verordnung der kleinsten therapiegerechten Packungsgröße möglich.
- Die Flüchtlinge sind von der Zuzahlung befreit.
- Die verordneten Medikamente werden nicht den GKV-Arzneimittelbudgets zugerechnet. Ärztliche Verordnungen sind auf Muster 16 zu Lasten der durch die Rahmenvereinbarung beauftragten Krankenkassen auszustellen. Im Feld „Besondere Personengruppe“ ist die Kennzeichnung mit Ziffer „9“ erforderlich.
- Moderne Verbandmittel (z. B. Alginat, Hydrogele, Hydrokolloide, Schäume, antimikrobielle Wundauflagen etc.) sind nur für die Versorgung von chronischen Wunden nach Kostenzusage verordnungsfähig.

2 Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln

- **Massagen, Bäder und Thermotherapien können nicht verordnet werden.**
- Heilmittel (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Podologie):
 - Bezüglich der Art und Menge der zu verordnenden Heilmittel gelten die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des GBA.
 - Physiotherapie nach aktueller OP kann vom Arzt ohne Einholung einer Kostenzusage verordnet werden. Es empfiehlt sich dennoch, vor der OP eine Abklärung mit dem Kostenträger vorzunehmen.
 - Im Akutfall kann zur Vermeidung oder Verminderung einer medikamentösen Therapie ebenfalls Physiotherapie ohne Kostenzusage verordnet werden. Bei mehr als 6 Einheiten nach HM-RL muss eine Kostenzusage eingeholt werden.
 - Bei chronischen Problemen z. B. bei Zustand nach Explosions-, Schuss-, Stich- sowie Kriegsverletzungen oder z. B. Fluchtschäden, aber auch bei sonstigen chronischen Gelenkerkrankungen kann Physiotherapie nur nach Einholen einer Kostenzusage verordnet werden.
- Hilfsmittel
 - **Alle Hilfsmittel** (wie beispielsweise Brillen, Hörgeräte etc.) **sind nur nach Kostenzusage zu verordnen.**

3 Transporte

- Ein Krankentransportschein kann wie bei GKV-Patienten nur im Notfall ohne Kostenzusage ausgefüllt werden. Ansonsten sind die Patienten mit dem ÖPNV oder ehrenamtlichen Transportdiensten zu befördern.

4 Häusliche Krankenpflege

- Häusliche Krankenpflege ist im Rahmen von Behandlungspflege (z.B. bei komplizierten Wunden oder Decubiti) im Einzelfall nach Kostenzusage verordnungsfähig, wenn dadurch eine stationäre Einweisung verhindert werden kann.

5 Behandlungen

von

- **koronarer Herzkrankheit (KHK = Herzkranzgefäßverengung)**
- **Hypertonie**
- **gastritischen Beschwerden**
- **von malignen Erkrankungen (Tumorerkrankungen)**
- **Diabetes mellitus**
- **Niereninsuffizienz**

dürfen

1. nach dem AsylbLG im Sinne einer chronischen Erkrankung behandelt werden, wenn sie ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden. Hierzu bedarf es keiner Kostenzusage.
2. Für aufwändige, diagnostische oder interventionelle Verfahren bei chronischen Krankheitsbildern oder dem Verdacht auf Tumorerkrankung bedarf es einer Kostenzusage. Dies gilt auch für die Verordnung von Blutzuckermessgeräten und Teststreifen oder Blutdruckmessgeräten.
3. In Notfällen gelten die üblichen Standards des therapeutisch/interventionellen Assessments.
4. Bei bestätigter Tumorerkrankung wird die ggf. notwendige Nachsorge nach Kostenzusage eingeleitet.
5. Anschlussheilbehandlung (z.B. nach Herzinfarkt) kann nach Kostenzusage eingeleitet werden.

6 Behandlung von Fehlbildungen

- Angeborene kardiale, vaskuläre oder ähnliche Fehlbildungen, etwa eine Fallot-Tetralogie, sind bei akuter Dekompensation als Notfall sofort zu behandeln, es ist keine Kostenzusage einzuholen.
- Bei stabilen Patienten muss eine Kostenzusage sowohl für die Voruntersuchungen als auch für die operative Therapie eingeholt werden.
- Bei Vorliegen von anderen Fehlbildungen (z. B. Lippenkiefergaumenspalte) ist vor einer operativen Sanierung eine Kostenzusage einzuholen.

7 Augenheilkunde

- Keine Kostenzusage ist erforderlich für eine Vorstellung beim Augenarzt bei akuten Schmerzen oder Verletzungen, bei akutem Visusverlust, bei Nystagmus, bei sonstigen Notfällen und bei bekanntem Glaukom (akut/chronisch).
- In allen anderen Fällen ist eine Kostenzusage einzuholen.

8 Gynäkologie

- Reguläre Vorsorgeuntersuchungen sind vom Leistungsumfang des AsylbLG nicht abgedeckt.
- Bei Schwangerschaft und Geburt erhalten Frauen alle auch für GKV-Versicherte üblichen medizinischen Leistungen beim Arzt und im Krankenhaus, sämtliche Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind, Hebammenhilfe, Medikamente und Verband- und Heilmittel (§ 4 Abs. 2 AsylbLG). Die Betreuung in der Schwangerschaft erfolgt nach der Mutterschaftsrichtlinie des G-BA.
- Die Behandlung akuter Erkrankungen oder Schmerzzustände ist nach § 4 Abs. 1 AsylbLG ohne Kostenzusage zu gewähren.
- Alle weiteren Fallkonstellationen bedürfen der Kostenzusage.

9 Pädiatrie

- Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder U1-U9 können ohne Kostenzusage durchgeführt werden (siehe auch Kapitel 21).
- Die Vorstellung und Behandlung in einem Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ) erfordert eine Kostenzusage.

10 Psychische Erkrankungen

Eine weitere Beschränkung ergibt sich nach dem AsylbLG für die Behandlung bei psychischen Erkrankungen. Denn mit der gesetzlichen Beschränkung auf „akute Erkrankungen und Schmerzzustände“ wird der Behandlungsanspruch weiter eingegrenzt. So haben chronisch erkrankte Asylbewerberinnen und Asylbewerber regelmäßig keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten einer Psychotherapie oder werden, wenn keine Schmerzzustände vorliegen, nach § 4 AsylbLG als nicht behandlungsbedürftig eingestuft. Auch wird ein Behandlungsanspruch wegen posttraumatischer Belastungsstörungen in der Rechtsprechungspraxis kritisch gesehen, weil eine solche Beeinträchtigung für Menschen aus Krisengebieten üblich sein kann.

Zwar kann nach § 6 AsylbLG ein Anspruch auf Übernahme der Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Erforderlich hierfür ist zumindest aber dann, dass der Behandlungsbedarf fachärztlich attestiert wird und gleichwertige, kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen. Weiterhin wird regelmäßig dann ein Grund zum Handeln anerkannt, wenn die psychische Erkrankung Grund zur Zwangseinweisung nach dem Psychisch-Krankengesetz bietet.

- Nur bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung kann ohne Kostenzusage eingewiesen werden. Das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) des UKSH am Campus Kiel und Campus Lübeck sowie die Klinik für Neurologie und Psychiatrie des Friedrich-Ebert-Krankenhauses werden aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen mit Patientinnen und Patienten mit Flüchtlings- und/oder Migrationshintergrund und der vorgehaltenen Flüchtlingsambulanz dabei als primäre Ansprechpartner empfohlen.
- Eine nicht notfallmäßige Einweisung bedarf einer Kostenzusage.
- Eine Verordnung von Medikamenten zur Verhinderung einer Dekompensation ist nur in Absprache mit einem Facharzt für Psychiatrie/Psychosomatik möglich.
- Bei Patientinnen und Patienten mit Suchterkrankungen gilt, dass eine Herausgabe oder Rezeptierung von Medikamenten bei bekannter Abhängigkeit (z. B. Rivotril, Tavor, Opioide) nur nach Kostenzusage erfolgen darf. Entzugssymptomatika sind Notfallindikationen und bedürfen ggf. einer stationären Behandlung.
- Eine ambulante Substitutionstherapie bedarf der Kostenzusage.

11 Zahnheilkunde

- Akute Zahnschmerzen sind jederzeit und ohne Kostenzusage zu behandeln.
- Es gilt der in der Protokollerklärung des Landes zur Rahmenvereinbarung vom 13. Oktober 2015 mit der KZV S-H vereinbarte aufgeführte Leistungskatalog.

12 Ambulantes Labor

- Labordiagnostik nur zur Vorsorge ist ausgeschlossen.
- Laborwerte sind nur nach strenger Indikationsprüfung ohne Kostenzusage anzufordern. Eine Basisliste findet sich im Anhang.
- Im Übrigen wird auf das Behandlungsschema in Kapitel 5 verwiesen.

13 Zufallsbefunde

- Die Abklärung und Behandlung von Zufallsbefunden, wie etwa eine asymptomatische Raumforderung in der Nierensonographie oder in der Lebersono bedürfen der Kostenzusage.

14 Elektiveingriffe

- Elektiveingriffe, wie bspw. Strumaresektion, Septumdeviation, Gebärmutterentfernung bei Myomen, asymptomatische Cholezystolithiasis mit kleinen Steinen, etc. bedürfen der Kostenzusage.

15 Rehabilitation

- Rehabilitationsmaßnahmen sind ausgeschlossen.
- Anschlussheilbehandlungen nach Operationen können nach Kostenzusage durchgeführt werden.

16 Vorsorge

- Medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 2 AsylbLG sind außer den in der Mutterschaftsrichtlinie (siehe Kapitel 8) die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder U1-U9.

17 Impfen

- Alle Impfungen nach Maßgabe der STIKO können ohne Kostenzusage durchgeführt werden.
- Der Impfstoffbezug erfolgt über Sprechstundenbedarf-Impfstoffe Muster 16a.
- Abgerechnet wird nach den Gebührenordnungspositionen der Impfvereinbarung Schleswig-Holstein.

Anhänge

1. Basisliste Laboruntersuchungen (siehe Kapitel 12).
2. Prüfungsverfahren über Kostenentscheidungen nach Anlage 1 der Rahmenvereinbarung des Landes mit den beauftragten Krankenkassen vom 13. Oktober 2015.
3. Übersicht der den Kreisen und kreisfreien Städten zugeordneten Krankenkassen.

32.2 - Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

32.2.1 – Basisuntersuchungen

- 32025 – Glucose
- 32026 - TPZ (Thromboplastinzeit)
- 32027 – D-Dimer
- 32031 – Harn-Mikroskopie
- 32032 – pH-Wert
- 32035 – Erythrozytenzählung
- 32036 – Leukozytenzählung
- 32037 – Thrombozytenzählung
- 32038 – Hämoglobin
- 32039 – Hämatokrit
- 32040 - Blut im Stuhl
- 32041 - Albumin im Stuhl, qualitativ
- 32042 – BSG

32.2.2 - Mikroskopische Untersuchungen

- 32045 - Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials
- 32046 - Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten
- 32047 – Retikulozytenzählung
- 32050 - Mikroskopische Untersuchung nach Gram-Färbung
- 32051 – Differenzial-Blutbild
- 32052 - Bestandteile im Sammelharn, quantitativ

32.2.3 - Physikalische oder chemische Untersuchungen

- 32055 - Konzentrationsbestimmung eines Arzneimittels
- 32056 – Gesamteiweiß
- 32057 – Glukose
- 32058 - Bilirubin gesamt
- 32059 - Bilirubin direkt
- 32060 - Cholesterin gesamt
- 32061 – HDL-Cholesterin
- 32062 – LDL-Cholesterin
- 32063 – Triglyceride
- 32064 – Harnsäure
- 32065 – Harnstoff
- 32066 - Kreatinin (Jaffé-Methode)
- 32067 - Kreatinin, enzymatisch
- 32068 - Alkalische Phosphatase
- 32069 – GOT
- 32070 – GPT
- 32071 – Gamma-GT
- 32072 – Alpha-Amylase
- 32073 – Lipase
- 32074 - Creatinkinase (CK)
- 32075 – LDH
- 32076 – GLDH
- 32077 – HBDH

32078 – Cholinesterase
32079 - Saure Phosphatase
32081 – Kalium
32082 – Calcium
32083 – Natrium
32084 – Chlorid
32085 – Eisen
32086 - Phosphor anorganisch
32087 – Lithium
32089 - Zuschlag Trägergebundene Reagenzien
32092 – CK-MB
32094 - HbA1, HbA1c
32097 - BNP und/oder NT-Pro-BNP
32101 – TSH,
32103 – IgA
32104 – IgG
32105 – IgM
32106 – Transferrin
32107 – Serum-Elektrophorese

32.2.4 - Gerinnungsuntersuchungen

32110 - Blutungszeit (standardisiert)
32111 – Rekalkifizierungszeit
32112 – PTT
32113 - Quick-Wert, Plasma
32114 - Quick-Wert, Kapillarblut
32115 – Thrombinzeit
32116 – Fibrinogen
32117 - Fibrinmonomere, Spaltprodukte (qualitativ)

32.2.5 - Funktions- und Komplexuntersuchungen

32120 - Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung
32121 - Mechanisierte Leukozytendifferenzierung
32122 - Mechanisierter vollständiger Blutstatus
32123 - Zuschlag bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung
32124 - Endogene Kreatininclearance
32125 - Präoperative Labordiagnostik

32.2.6 - Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen

32128 – CRP
32130 - Streptolysin O-Antikörper
32131 - Gesamt-IgM beim Neugeborenen
32132 – Schwangerschaftsnachweis
32133 – Mononucleose-Test
32134 – Myoglobin
32135 – Urin-Mikroalbumin
32136 – Urin-Alpha-1-Mikroglobulin
32137 – Buprenorphinhydrochlorid
32140 – Amphetamin/Metamphetamin
32141 – Barbiturate

- 32142 – Benzodiazepine
- 32143 - Cannabinoide (THC)
- 32144 – Kokain
- 32145 – Methadon
- 32146 - Opiate (Morphin)
- 32147 - Phencyclidin (PCP)
- 32148 – Alkohol-Bestimmung
- 32150 - Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung

32.2.7 - Mikrobiologische Untersuchungen

- 32151 - Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung
- 32152 - Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen

32.3.5 – Immunologische Untersuchungen

- 32460 – C-reaktives Protein (CRP)