



# Interpretationshilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

des Instituts für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein  
mit Unterstützung des Ministeriums für Justiz und Gesundheit

Stand: 29.02.2024

## Präambel

Asylbewerberinnen und Asylbewerber sind grundsätzlich keine Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen. Im Leistungsfall haben sie Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Das Gesetz knüpft den jeweiligen Leistungsumfang dabei an die Dauer des geduldeten Aufenthalts.

Diese Interpretationshilfe dient als Handreichung zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung von leistungsberechtigten Asylbewerberinnen und Asylbewerbern – im Folgenden Leistungsberechtigte – nach dem AsylbLG.

Sie wurde als Veröffentlichung des Instituts für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein zwischen den Institutsträgern (Ärztammer Schleswig-Holstein, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein und Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein) mit dem Ministerium für Justiz und Gesundheit abgestimmt.

Dabei ist zu unterscheiden:

- **Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtungen**

Leistungsberechtigte, die verpflichtet sind, in Aufnahmeeinrichtungen oder anderen Einrichtungen und Unterkünften des Landes („Erstaufnahmeeinrichtungen“) zu wohnen, werden in der Regel auch dort medizinisch behandelt. Eine Behandlung außerhalb der Erstaufnahmeeinrichtung erfolgt grundsätzlich nur auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsscheins bzw. einer Kostenübernahmeerklärung durch das Landesamt für Zuwanderung und Flüchtlinge als zuständigem Kostenträger, § 6 Abs. 3 LAufnG. 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.

Hinsichtlich Grundlage und Umfang der Behandlung ist hierbei nach der Dauer des geduldeten Aufenthalts zu differenzieren:

- **Leistungsberechtigte bis 36 Monate geduldeter Aufenthalt**

- Eine Behandlung erfolgt grundsätzlich auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsscheins bzw. Abrechnungsscheins, der vor der entsprechenden Diagnostik und Behandlung einzuholen ist.
- Der Behandlungsumfang ist eingeschränkt und ergibt sich aus §§ 4 und 6 AsylbLG (siehe dazu unten).

- Seit dem 1. 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.*

#### ○ **Leistungsberechtigte seit 36 Monaten geduldeter Aufenthalt**

- Ab diesem Zeitpunkt haben Leistungsberechtigte 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 Leistungsberechtigte, die sich länger als 36 Monate in Deutschland aufhalten, ist bei „*Besondere Personengruppe*“ mit der Ziffer „4“ gekennzeichnet.
- Es ist die Übergangsregelung in § 20 AsylbLG zu beachten!  
Für Leistungsberechtigte, die bis zum 26. Februar 2024 Leistungen gemäß § 2 Absatz 1 AsylbLG erhalten haben, gilt eine Frist von 18 statt 36 Monaten.

→ *Das bedeutet: Verlängerte Frist nur für neu Leistungsberechtigte.*

#### ○ **Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge**

- Stehen minderjährige unbegleitete Flüchtlinge unter der Obhut der Kommunen haben sie 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 Leistungsberechtigten 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.

### **Zum (begrenzten) Leistungsumfang nach §§ 4 und 6 AsylbLG:**

Asylbewerberinnen und Asylbewerber, die sich noch nicht seit 36 Monaten geduldet im Bundesgebiet aufhalten (siehe oben, "Besondere Personengruppe 9"), haben nur Anspruch auf einen eingeschränkten Leistungskatalog: Der Umfang wird in den §§ 4 und 6 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.

- **§ 4 AsylbLG** regelt die Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt:

*Abs. 1:*

*Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind 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.*

*Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.*

*Abs. 2:*

*Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.*

*Abs. 3: [...]*

- **§ 6 AsylbLG** regelt darüber hinaus „Sonstige Leistungen“:

*Abs. 1:*

*Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten [...] sind. [...]*

- Der Anspruch auf medizinische Hilfe der Flüchtlinge ist gerichtet auf die erforderliche Hilfe im akuten Krankheitsfall. Einen Anspruch auf eine optimale oder bestmögliche Versorgung gibt es hingegen nicht. Das LSG Baden-Württemberg hat hierzu in einem Beschluss vom 11.01.2007 – L 7 AY 6025/06 – ausgeführt (amtlicher Leitsatz):

*„Hilfempfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben 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. 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.“*

- Deshalb sind – vorbehaltlich der Regelung in § 4 Abs. 1 Satz 2 AsylbLG zu den Schutzimpfungen – auch diejenigen Behandlungsformen ausgenommen, die im weitesten Sinn der Prophylaxe zuzurechnen sind (vgl. Grube/Wahrendorf/Flint/Leopold, 8. Aufl. 2024, AsylbLG § 4 Rn. 26).
- Damit der Leistungsanspruch nach § 4 Abs. 1 AsylbLG greift, ist das Vorliegen einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustandes erforderlich.
  - Eine akute Erkrankung ist eine plötzlich auftretende, schnell und heftig verlaufende Erkrankung; chronische, also langsam sich entwickelnde oder langsam verlaufende Erkrankungen sind daher grundsätzlich nicht von § 4 Abs. 1 AsylbLG erfasst (zum Ganzen Frerichs in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 4 AsylbLG (Stand: 11.12.2023), Rn. 47 f. m.w.N.).
  - Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach AsylbLG behandelt werden. Ebenso, wenn die Behandlung einer akuten Erkrankung zwingend auch die Behandlungen des chronischen Grundleidens erfordert (vgl. Berlitz/Conradis/Pattar, Existenzsicherungsrecht, Teil III: Teil III/3: Kapitel 34: Ausländer\*innen Rn. 84, beck-online).

- Behandlungsbedürftige Schmerzzustände müssen nach ganz herrschender Meinung nicht akut sein; ein Behandlungsanspruch besteht sowohl bei akuten (z.B. aufgrund von Verletzungen, Zahnschmerzen etc.) als auch bei chronischen Schmerzzuständen (z.B. Migräne, Krebsleiden) (Frerichs in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB XII, 3. Aufl., § 4 AsylbLG (Stand: 11.12.2023), Rn. 53 m.w.N.).
- Die ärztliche Behandlung ist damit in erster Linie auf die Krankheitssymptome auszurichten; eine grundlegende und auf Dauer gerichtete Therapie ist folglich grundsätzlich nicht geschuldet (vgl. Spitzlei, NZS 2022, 1, 3 m.w.N.).
- 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.
- Sonstige medizinische Leistungen können gewährt werden, wenn dies „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist (§ 6 AsylbLG, s.o.). Diese Fallgruppe betrifft regelmäßig die Fälle, die über eine Akutversorgung hinausgehen (insbesondere auch die Behandlung chronischer Erkrankungen).

Die Voraussetzung der Unerlässlichkeit der Leistung liegt nur dann vor, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit oder des Lebens unumgänglich, also unverzichtbar ist (VG Augsburg v. 12.12.2022, BeckRS 2002, 19907 Rn. 24). Neben dieser unbedingten Erforderlichkeit im medizinischen Sinne darf auch keine gleich geeignete, möglicherweise kostengünstigere alternative Versorgungsmöglichkeit bestehen (BeckOK AuslR/Spitzlei, 39. Ed. 1.10.2023, AsylbLG § 6 Rn. 7 m.w.N.)

## b. Praktische Umsetzung

Leistungsberechtigte erhalten lediglich eine eingeschränkte Krankenversorgung. Die optimale und bestmögliche Versorgung ist nicht geschuldet. **Eine Gesundheitsversorgung analog den Leistungen der GKV ist durch die Norm nicht abgedeckt** (vgl. LPK-SGB XII/Ulrich-Arthur Birk, 12. Aufl. 2020, AsylbLG § 4 Rn. 2).

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.

Die Behandlung hat nach den Regeln ärztlicher Kunst ausreichend zweckmäßig und wirtschaftlich zu erfolgen (vgl. §§ 28 Abs. 1 Satz 1, 12 Abs. 1 SGB V). Die vorliegende Interpretationshilfe bezieht sich darauf, was in diesem Sinne nach dem 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 – Rekalzifizierungszeit  
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)