STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES
UND GESELLSCHAFTLICHEN
ZUSAMMENHALT

Freistaat
SACHSEN

Interpretationshilfe zum Asyl-bewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zur Gesundheitsversorgung

Stand: Mai 2022

VON MENSCH ZU MENSCH.

Vorbemerkung

1. Diese Interpretationshilfe dient der Auslegung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) im Hinblick auf die medizinische Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG – im Folgenden Leistungsberechtigte.

   Sie wurde zwischen der Sächsischen Landesärztekammer, der Sächsischen Landeszahnärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen, der Krankenhausgesellschaft Sachsen e. V., dem Sächsischen Apothekerverband e. V., der Sächsischen Landesapothekerkammer, der Landesdirektion Sachsen, dem Sächsischen Staatsministerium des Innern und dem Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt abgestimmt und im Mai 2022 aktualisiert.

   Hinsichtlich der Kostentragung bindet sie die Landesdirektion Sachsen für die gesundheitliche Versorgung von Leistungsberechtigten in Aufnahmeeinrichtungen (AE).

   Das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt stellt diese Interpretationshilfe den kommunalen Spitzenverbänden zur Verfügung und empfiehlt ihre Anwendung für die in der Zuständigkeit der unteren Unterbringungsbehörden untergebrachten Leistungsberechtigten.

2. Die Kernaussage dieser Handreichung lautet: Außer im Notfall muss immer ein Behandlungsschein vorliegen („Krankenbehandlungsschein für Leistungsberechtigte gemäß § 4 AsylbLG“). Eine regionale Begrenzung des Geltungsbereiches von Behandlungsscheinen ist nicht zulässig.

   Ein Behandlungsschein ist nicht gleichzusetzen mit einer Kostenzusage. Wenn in diesem Text von einer „Kostenzusage“ die Rede ist, ist immer eine schriftlich einzuholende Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers gemeint. Die Beantragung der Kostenzusage kann formlos erfolgen und setzt eine medizinische Begründung voraus. Dabei ist aus Gründen der Entlastung der Gesundheitsämter darauf zu achten, dass die Begründung möglichst auch für medizinische Laien verständlich ist. Komplexe Fälle werden als solche ausgewiesen und vom zuständigen Kostenträger direkt an einen Arzt im Gesundheitsamt zur Beurteilung weitergeleitet. In den Fällen, die keine Notfälle sind und für die sich in diesem Text keine Regelung findet, muss immer eine Kostenzusage vor der entsprechenden Diagnostik und Behandlung eingeholt werden.

   Bei Patienten, die bisher in einer Aufnahmeeinrichtung untergebracht sind, muss die Kostenzusage bei der Landesdirektion Sachsen eingeholt werden.

   Bei Patienten, die schon einem Landkreis oder einer Kreisfreien Stadt zugewiesen sind, ist die Kostenzusage bei der unteren Unterbringungsbehörde, in der Regel im Sozialamt einzuholen.

   In jedem Fall gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Auch bei Geflüchteten müssen also Leistungen ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Diese Interpretationshilfe bezieht sich darauf, was nach AsylbLG als „ausreichend“ zu bezeichnen ist.

   Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach AsylbLG behandelt werden, Details siehe im Weiteren.

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung ____ 2

1 Verordnung von Arzneimitteln und Verbandmitteln ____ 4

2 Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ____ 5

3 Transporte ____ 6

4 Häusliche Krankenpflege ____ 6

5 Behandlung koronare Herzkrankheit (KHK = Herzkranzgefäßverengung) ____ 6

6 Behandlung der Hypertonie ____ 6

7 Behandlung gastritischer Beschwerden ____ 6

8 Behandlung/Abklärung von malignen Erkrankungen (Tumorerkrankungen) ____ 7

9 Behandlung Diabetes mellitus ____ 7

10 Behandlung der Niereninsuffizienz ____ 7

11 Behandlung von Fehlbildungen ____ 7

12 Augenheilkunde ____ 8

13 Gynäkologie ____ 8

14 Pädiatrie ____ 8

15 Psychiatrie ____ 9

16 Zahnheilkunde ____ 9

17 Ambulantes Labor ____ 9

18 Zufallsbefunde ____ 9

19 Elektiveingriffe ____ 10

20 Rehabilitation ____ 10

21 Vorsorge ____ 10

22 Impfen ____ 10

23 Tuberkuloseverdacht ____ 10

24 Belieferung der Verordnungen durch die Apotheken ____ 10

1 Verordnung von Arzneimitteln und Verbandmitteln

Die Bestimmungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung) sind auch bei der Verordnung für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG grundsätzlich zu berücksichtigen. Für Abweichungen ist eine Kostenzusage einzuholen.

In der Regel sind Wirkstoffe zu verordnen. Der verordnende Arzt kann Ausnahmen von einer Wirkstoffverordnung begründen, in diesen Fällen ist vorab eine Kostenzusage einzuholen. Auf dem Rezept ist dann „aut idem“ (ist lateinisch und bedeutet "oder das Gleiche") anzukreuzen.

In der Regel ist nur die Verordnung der Packungsgröße N1 möglich.

Die Verordnung größerer Packungsgrößen ohne Kostenzusage ist nur möglich

1. wenn für den verordneten Wirkstoff keine Größe N1 zur Verfügung steht.

2. wenn bei der Verordnung von Antibiotika absehbar ist, dass für die medizinisch erforderliche Therapiedauer N1 nicht ausreichen ist.

3. bei chronischen Erkrankungen, die ohne Behandlung zum Notfall werden, insbesondere Diabetes, Herzkranzgefäßverengungen, Hypertonie, gastritische Beschwerden, Niereninsuffizienz und neurologische Erkrankungen wie Parkinson, Multiple Sklerose (MS), Amyotrophe Lateralsklerose, Hämophilie (ALS) und Epilepsie.

4. Ebenso kann die in Deutschland übliche Rachitis- und Kariesprophylaxe (Vitamin D plus gegebenenfalls Fluorid) bei Kindern in der Packungsgröße N3 ohne Kostenzusage verordnet werden.

Die Geflüchteten sind von der Zuzahlung (§§ 31, 33 SGB V) und Zahlung von Mehrkosten (§ 35 SGB V) befreit.

Die verordneten Medikamente werden nicht den GKV-Arzneimittelbudgets zugerechnet.

Moderne Verbandmittel (zum Beispiel Alginate, Hydrogele, Hydrokolloidverbände, Schaumverbände, antimikrobielle Wundauflagen etc.) sind nur für die Versorgung von chronischen Wunden nach Kostenzusage verordnungsfähig.

In Sprechstunden in den AE verordnen Honorarärzte und ehrenamtliche Ärzte, die keine vertragsärztliche Zulassung haben, auf einem grünen Rezept. Dabei ist verpflichtend über der Unterschrift ein Stempelabdruck anzubringen der Vorname, Name, Berufsbezeichnung, (Dienst-)Adresse und Telefonnummer) enthalten muss.

2 Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln

Heilmittel (Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Podologie):

Bezüglich der Art und Menge der zu verordnenden Heilmittel gelten die Vorgaben der Heilmittelrichtlinie des GBA (HM-RL).

Physiotherapie bei Zustand nach aktueller Operation kann vom Arzt generell ohne Einholen einer Kostenzusage verordnet werden.

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 zum Beispiel bei Z. n. Explosions-, Schuss-, Stich- sowie Kriegsverletzungen oder zum Beispiel Fluchtschäden, aber auch bei chronischen Gelenkerkrankungen kann Physiotherapie nur nach Einholen einer Kostenzusage verordnet werden.

Massagen, Bäder und Thermotherapien können nicht verordnet werden.

Hilfsmittel:

Brillen können nur in Einzelfällen verordnet werden, gegebenenfalls kann auf Gutscheine der verschiedenen Anbieter zurückgegriffen werden (siehe auch unter „12. Augenheilkunde“).

Besteht durch erhebliche Sehbeeinträchtigung entsprechend Hilfsmittel-Richtlinie Teil B „Sehhilfen“ eine Gefahr für den Patienten (zum Beispiel als Teilnehmer im Straßenverkehr), kann eine Kostenübernahme durch den Kostenträger geprüft werden. In jedem Fall ist eine Kostenzusage einzuholen.

Kinder und Jugendliche mit Sehstörung oder -beeinträchtigung werden zum Augenarzt überwiesen und erhalten dort gegebenenfalls eine Sehhilfe auf Rezept; § 12 Absatz 3 und 4 Hilfsmittel-Richtlinie gelten entsprechend. Es ist keine Kostenzusage erforderlich.

Hörgeräte können nur bei Vorliegen einer Kostenzusage verordnet werden.

Kinder bis 12 Jahren mit erheblicher Hörbehinderung werden immer zum Hals-, Nasen-, Ohren-Arzt überwiesen und erhalten dort gegebenenfalls ein Rezept für ein Hörgerät. Bei Kindern ist eine Kostenzusage nur erforderlich, wenn die Schwerhörigkeit geringgradiger oder der Hörtest geringer als nach den Eingangsvoraussetzungen für eine Hörgerät-Verordnung nach §§ 21 und 22 Hilfsmittel-Richtlinie ist (Einzelfallbegründung).

Alle anderen Hilfsmittel sind nur nach Kostenzusage zu verordnen (Ausnahme siehe 9. Behandlung Diabetes mellitus).

3 Transporte

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

4 Häusliche Krankenpflege

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

5 Behandlung koronare Herzkrankheit (KHK = Herzkranzgefäßverengung)

Patienten mit Akutem Koronarsyndrom/Instabiler Angina Pectoris/Herzinfarkt werden unverzüglich in eine Kardiologie mit Herzkathetermessplatz eingewiesen.

Bei Patienten mit bekannter, stabiler KHK kann auch ohne schriftliche Vorbefunde die vollständige medikamentöse Therapie mit ASS, Statin, ß-Blocker, ACE-Hemmer und Nitroglycerin für Angina-pectoris-Beschwerden ohne Kostenzusage verordnet werden.

Für aufwändige diagnostische Verfahren, wie elektive Katheterintervention, Computertomografie/Nuclear Magnetic Resonance (CT/NMR) oder auch eine OP, muss ein kardiologisches Konsil erfolgt sein und eine Kostenzusage eingeholt werden.

6 Behandlung der Hypertonie

Erstdiagnose und Therapieeskalation bedürfen keiner weiterführenden Diagnostik oder Kostenzusage, sofern die Patienten in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht sind. Packungsgrößen sind bis N3 rezeptierbar.

Erst bei therapierefraktärer Hypertonie sollte eine Diagnostik nach vorheriger Kostenzusage eingeleitet werden.

7 Behandlung gastritischer Beschwerden

Zur (kurzzeitigen) Behandlung von Refluxsymptomen (zum Beispiel Sodbrennen, saures Aufstoßen) stehen nicht verschreibungspflichtige Präparate zur Verfügung. Bei akuter Gastritis kann eine probatorische Therapie (N1) mit einem Protonenpumpenhemmer (PPI) erfolgen, die Behandlung sollte 4 Wochen nicht überschreiten.

Bei Fehlen von anamnestischen Hinweisen auf Carcinome und Ulcera (Fieber, Anämie, Gewichtsverlust, Dysphagie/Odynophagie, rezidivierendes Erbrechen, Appetitlosigkeit, Zeichen der gastrointestinalen Blutung, kurze und monotone Anamnese, familiäre Belastung mit gastrointestinalen Karzinomen und höheres Lebensalter (50 ± 5 Jahre) kann ohne Kostenzusage ein 13C-Atemtest durchgeführt werden und gegebenenfalls eine Helicobacter-Pylori-Eradikationstherapie angeschlossen werden. Dabei ist auf Grund der notwendigen Behandlungsdauer auch die Verordnung von Packungsgrößen bis zu N3 ohne Kostenzusage möglich.

Sollte eine Gastroskopie für erforderlich gehalten werden, ist eine Kostenzusage einzuholen.

8 Behandlung/Abklärung von malignen Erkrankungen (Tumorerkrankungen)

Zur Abklärung bei Verdacht auf Malignome und zur Behandlung von Malignomen ist eine Kostenzusage erforderlich.

Wenn Unterlagen über eine maligne Vorerkrankung vorliegen, wird die notwendige Nachsorge nach Kostenzusage eingeleitet.

9 Behandlung Diabetes mellitus

Prinzipiell müssen Diabetiker immer (gegebenenfalls medikamentös Metformin, Insulin etc.) ausreichend eingestellt werden.

Für eine Verordnung von Antidiabetika ist keine Kostenzusage erforderlich. Sofern ein Insulin benötigt wird, erfordert die Verordnung von Kanülen (Pennadeln), Lanzetten, Blutzuckermessgeräten und Teststreifen keine Kostenzusage. Die Verordnung eines Blutzuckermessgerätes sowie der benötigten Materialien für insulinpflichtige Diabetiker setzt zwingend die Anleitung zum Umgang mit den Geräten voraus. Die Verordnung hat nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu erfolgen.

Wie unter 1. geregelt ist eine Verordnung von Packungsgrößen bis N3 ohne Kostenzusage möglich.

Übernahme in Disease-Mangement-Programme (DMPs) können erst erfolgen, wenn der Patient in die GKV übernommen wurde.

Routineuntersuchungen beim Augenarzt und Facharztvorstellungen wegen Verdacht auf Folgeerkrankungen erfordern eine Kostenzusage.

10 Behandlung der Niereninsuffizienz

Bei akuter Niereninsuffizienz oder dekompensierter chronischer Niereninsuffizienz erfordert eine gegebenenfalls notwendige Notfalldialyse keine Kostenzusage.

Bei chronischer Niereninsuffizienz ist eine Kostenzusage initial einmalig erforderlich. Die Kostenzusage ist mit dem entsprechenden zeitlichen Vorlauf zu beantragen.
Bei dialysepflichtigen Patienten ist für eine notwendige Dauermedikation die Verordnung von N3-Packungsgrößen ohne Kostenzusage möglich.

11 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 ist eine Kostenzusage sowohl für die Voruntersuchungen als auch für die operative Therapie einzuholen.

Bei Vorliegen von anderen Fehlbildungen (zum Beispiel Lippenkiefergaumenspalte) ist vor einer operativen Sanierung eine Kostenzusage einzuholen.

12 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).

Bei moderater Sehschwäche (zum Beispiel beginnender Presbyopie) sind die Diagnostik und die Verordnung einer Sehhilfe für Erwachsene nicht durch das AsylbLG gedeckt. Presbyope Patienten werden auf die frei verkäuflichen Lesebrillen in Drogerien und sonstigen Läden aufmerksam gemacht.

Elektive Operationen und Voruntersuchungen zur OP-Vorbereitung erfordern eine Kostenzusage.

13 Gynäkologie

Bei einer akuten gynäkologischen Erkrankung und bei positivem Schwangerschaftstest kann der Gynäkologe ohne Kostenzusage aufgesucht werden. Die Betreuung in der Schwangerschaft erfolgt nach der Mutterschaftsrichtlinie des GBA.

Der Facharzt für Gynäkologie muss, sofern es sich nicht um Standarduntersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge handelt, vor weiteren diagnostischen Schritten eine Kostenzusage einholen (Labor, Genetik, normale Vorsorge, etc).

Bei akzidenteller Röntgenuntersuchung in der Früh-/Schwangerschaft sind alle Sicherheitsmaßnahmen wie bei einem GKV-Patienten ohne Kostenzusage erlaubt.

Eine gynäkologische Vorstellung zwecks Spiralentfernungen kann ohne Kostenzusage erfolgen, allerdings wird die Patientin aufgeklärt, dass keine neue Spirale angeboten werden kann und die Kosten der ‚Pille' ebenfalls nicht übernommen werden. Diese Aufklärung erfolgt VOR der Vorstellung beim Frauenarzt, um unnötige Arztbesuche zu vermeiden.

Reguläre Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sind ohne Kostenzusage erlaubt.

Ein Schwangerschaftsabbruch obliegt den gesetzlichen Vorgaben (§§ 218a und 219 Absatz 1 Strafgesetzbuch (StGB), Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)). Nur bei medizinischer oder kriminologischer Indikation ist keine Kostenzusage erforderlich. Nach Kontaktaufnahme mit einer Beratungsstelle wählt die Leistungsberechtigte eine regionale Krankenkasse aus, über die die Abrechnung der Leistung erfolgt.

14 Pädiatrie

Die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder U1-U9 können ohne Kostenzusage durchgeführt werden.

Bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr dürfen apothekenpflichtige Arzneimittel zur Akutbehandlung, darunter auch Erkältungsmittel, verordnet werden. Ebenso ist die in Deutschland übliche Rachitis- und Kariesprophylaxe (Vitamin D plus gegebenenfalls Fluorid) in der Packungsgröße N3 bis zum 18. Lebensjahr ohne Kostenzusage zu verordnen (siehe auch 1.).

Die Vorstellung und Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) erfordert eine Kostenzusage.

15 Psychiatrie

Sehr häufig stellen sich Patienten mit Angst, Depressionen und Traumafolgestörungen vor. Nur bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung kann ohne Kostenzusage eingewiesen werden. Eine nicht notfallmäßige Einweisung bedarf einer Kostenzusage.

Eine Verordnung von Medikamenten ist nur in Absprache mit einem Facharzt für Psychiatrie/Psychosomatik zur Verhinderung einer Dekompensation ohne Kostenzusage möglich.

Eine psychotherapeutische Krisenintervention ist nur nach Kostenzusage möglich. Sehr häufig stellen sich Patienten mit Suchterkrankungen vor:

Es erfolgt keine Herausgabe oder Rezeptierung von Medikamenten bei bekannter Abhängigkeit (zum Beispiel Rivotril, Tavor, Opiode). Es muss abgewartet werden, bis der Patient im Entzug ist, dann kann eine notfallmäßige Einweisung erfolgen.

Eine stationäre Entgiftung ist nur nach psychiatrischer Facharzt-Untersuchung oder Untersuchung eines Suchtmediziners mit vorab einzuholender Kostenzusage möglich.

Eine ambulante Substitutionstherapie bedarf der Kostenzusage.

16 Zahnheilkunde

Im zahnärztlichen Bereich können akute Zahnschmerzen behandelt werden.

Um dies zu erreichen, sind die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, dazu zählen insbesondere Füllungen und Zahnextraktionen, zu erbringen. Näheres regelt der Vertrag über die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZVS), dem Sächsischen Landkreistag e. V. (SLKT), dem Sächsischen Städte und Gemeindetag e. V (SSG) und der Landesdirektion Sachsen (LDS) – beigetreten durch Protokollnotiz zum Vertrag vom 26. Juli 2011.

17 Ambulantes Labor

Laborwerte sind nur nach strenger Indikationsprüfung anzufordern.

Labordiagnostik zum Infarktausschluss, Embolie-Ausschluss o.ä. sollte Notfallambulanzen vorbehalten sein. Im Einzelfall kann sie aber auch in der Praxis erfolgen, zum Beispiel, um eine stationäre Aufnahme zu vermeiden.

Haemoccult Tests dürfen in der Praxis angewendet werden, allerdings nur bei Anämie zum Ausschluss einer Gastrointestinalblutung und nicht zur Vorsorge.

Routinelaboruntersuchungen (abschließende Liste siehe Anlage) dürfen nach strenger Indikationsstellung ohne Kostenzusage vorgenommen werden (nicht zur Vorsorge). Alle darüber hinausgehenden Laboruntersuchungen bedürfen der Kostenzusage.

18 Zufallsbefunde

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

19 Elektiveingriffe

Elektiveingriffe wie Strumaresektion, Septumdeviation, Gebärmutterentfernung bei Myomen, asymptomatische Cholezystolithiasis mit kleinen Steinen, endoprothetischer Gelenkersatz, etc. erfolgen erst nach Kostenzusage. Dies schließt die Vorbereitung zur OP mit ein.

20 Rehabilitation

Rehabilitationsmaßnahmen können nicht angeboten werden.

Anschlussheilbehandlungen nach Operationen können nach Kostenzusage durchgeführt werden.

21 Vorsorge

Medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen im Sinne von § 4 Absatz 1 Satz 2 AsylbLG sind außer denen in der Mutterschaftsrichtlinie (siehe Nummer 13) die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder U1-U9 und alle Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der GKV.

Leistungen nach Coronavirus-Testverordnung (TestV) bedürfen keiner Kostenzusage.

22 Impfen

Alle Impfungen nach Maßgabe der STIKO können ohne Kostenzusage durchgeführt werden.

Der Impfstoffbezug erfolgt über patientenindividuelle Verordnung zu Lasten des Kostenträgers. Abgerechnet wird nach den Gebührenordnungspositionen der Impfvereinbarung Sachsen.

Geflüchtete können ohne Kostenzusage gegen SARS-CoV-2 geimpft werden, Impfstoffbestellung und Abrechnung erfolgen identisch wie bei Bundesbürgern. Es gelten hierbei die jeweils aktuellen SIKO-Empfehlungen zur Impfung gegen SARS-CoV2.

23 Tuberkuloseverdacht

Bei Verdacht auf Tuberkulose kann eine sofortige Ein- oder Überweisung in fachärztliche stationäre oder ambulante Behandlung ohne Kostenzusage erfolgen.

24 Belieferung der Verordnungen durch die Apotheken

Für die Belieferung der Verordnungen durch die Apotheken gilt die Vereinbarung zwischen dem Freistaat Sachsen und dem Sächsischen Apothekerverband e. V. vom 25. Juli 2016.

Dresden, 20. Mai 2022

Sebastian Vogel
Staatssekretär

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), gegebenenfalls einschließlich 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)