

**Anlage 1 zur Vereinbarung zwischen der AOK und der FHH zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V vom...**

Die Leistungsberechtigung für die Personen nach §§ 1, 1 a AsylbLG ergibt sich aus den §§ 4 und 6 AsylbLG. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nach diesen Vorschriften nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewährt sind. Dies ist insbesondere auch vom MDK bei der Bewilligung von Leistungen zu berücksichtigen.

In der Regel ist allerdings davon auszugehen, dass überwiegend Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen sind.

Die AOK und die FHH verständigen sich darauf, dass die entsprechenden Leistungen nach dem SGB V erbracht werden sollen, sofern in dieser Anlage keine Abweichungen vereinbart werden.

**Folgende Leistungen können von den Leistungsberechtigten nicht in Anspruch genommen werden:**

1. Künstliche Befruchtungen,
2. strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V, sofern eine gesonderte Genehmigung durch die AOK erforderlich ist,
3. freiwillige Zusatzleistungen, die von der AOK außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen des SGB V angeboten werden und
4. Leistungen im Ausland.

**Folgende Leistungen können nur unter bestimmten Bedingungen in Anspruch genommen werden:**

1. Psychotherapien können nur im Ausnahmefall und grundsätzlich nur als Kurzzeittherapie in Anspruch genommen werden.
2. Sehhilfen für Erwachsene können nach den Bestimmungen des SGB V in Anlehnung an die Regelungen für den Personenkreis unter 18 Jahren bewilligt werden.
3. Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen können grundsätzlich nicht bewilligt werden. Nur nach Rücksprache mit der FHH kommt in besonders gelagerten Einzelfällen eine Bewilligung in Betracht. Anschlussheilbehandlungen können dagegen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bewilligt werden.
4. Es besteht ein Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz und auf kieferorthopädische Behandlungen, wenn die Behandlung im Sinne des § 27 Absatz 2 Nr. 2 SGB V aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist. Die Jahresfrist findet keine Anwendung; der Maßstab des § 27 Absatz 2 Nr. 2 SGB V gilt durchgehend.