



→ Zahnbehandlungen:

Der Zahnarzt entscheidet auf Grund der individuellen Situation des Patienten welche Untersuchungen und Behandlungen nach dem oben genannten Paragraphen notwendig und abgedeckt sind.

Nicht immer werden zahnerhaltende Maßnahmen finanziert. In den meisten Fällen berechtigen erst **akute Schmerzen** eine Behandlung.

Auch zu der Versorgung mit Zahnersatz gibt es Regelungen. Hier ist eine Versorgung nur dann möglich, wenn diese unaufschiebar, d.h. unmittelbar notwendig ist. Für diese Notwendigkeit sind **allein medizinische Gründe** ausschlaggebend, die Entscheidung liegt beim behandelnden Zahnarzt und nur formell bei der zuständigen Sozialbehörde. Es kann allerdings ein amtsärztliches Gutachten von der Sozialbehörde gefordert werden.

→ Nach den ersten 15 Monaten:

Nach Ablauf der ersten 15 Monate haben Asylbewerber Anspruch auf Leistungen entsprechend der Sozialhilfe. Dies schließt die reguläre gesetzliche Krankenversicherung ein. Ab diesem Zeitpunkt müssen Asylbewerber dementsprechend auch Zuzahlungen zu den Leistungen der Krankenversicherung selbst übernehmen.

Quellen und weitere Information:

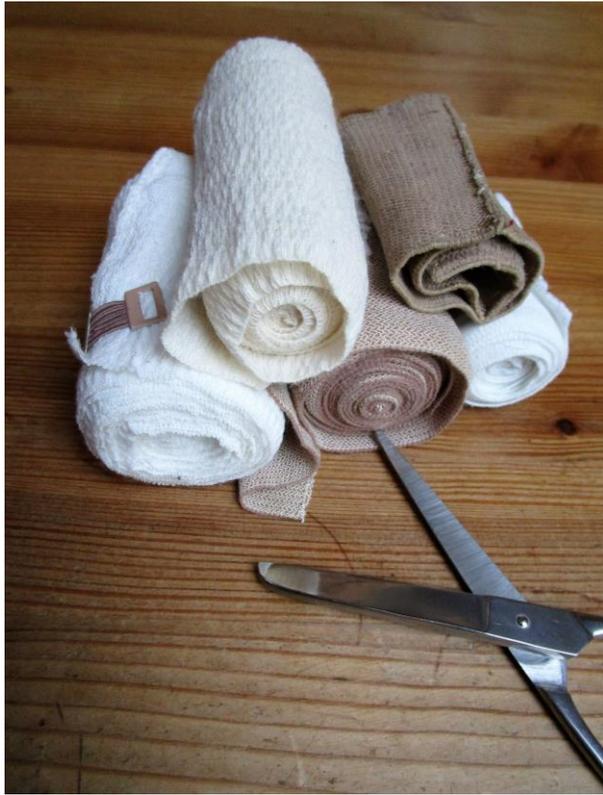
- ❖ <http://www.verbraucherzentrale.de/link1170373A.html>
- ❖ <https://www.proasyl.de/hintergrund/leistungsanspruch-und-umfang-fuer-fluechtlinge-nach-dem-asylbewerberleistungsgesetz/>
- ❖ <http://gesundheit-gefuechtete.info/>
- ❖ <http://www.kzbv.de/zahnbehandlung-bei-asylbewerbern.973.de.html>



GESUNDHEITS- LEISTUNGEN FÜR ASYLBEWERBER

ökumenische
Flüchtlingsarbeit

Asyl
im Landkreis Biberach



Geflüchtete erhalten Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

→ Die ersten 15 Monate :

In den ersten 15 Monaten des Aufenthalts regeln die §§ 4 und 6 des AsylbLG den Leistungsumfang. Es handelt sich, im Vergleich zu Gesunden, um eine reduzierte medizinische Behandlung.

Je nach Bundesland bekommen Asylbewerber entweder einen Krankenschein (gilt je 3 Monate) oder eine elektronische Gesundheitskarte.

→ In Baden- Württemberg wird momentan mittels des Krankenscheins abgerechnet. Dieser muss bei Bedarf in der Sozialbehörde angefragt werden

→ Behandlungen müssen gewährleistet werden bei:

- immer bei akuten Erkrankungen, d.h. plötzlich auftretende, schnell und heftig verlaufende Erkrankungen.
- Immer bei akut behandlungsbedürftigen (insbesondere auch chronischen!) Erkrankungen.
- Immer bei Erkrankungen die mit Schmerzen verbunden sind.

- Immer wenn die Behandlung der akuten Erkrankung oder der Schmerzzustände untrennbar eine Therapie des Grundleidens voraussetzt.
- ohne jede Einschränkung (entsprechend des SGB V) Leistungen bei Schwangerschaft und zur Entbindung, einschließlich Hebammenhilfe und Pflege.
- Immer bei chronischen Erkrankungen, die sonst akut werden würden.
- ohne jede Einschränkung amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen
- immer bei Erkrankungen, deren Behandlung zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist, dies können bspw. auch chronische und v.a. psychische Erkrankungen sein (§ 6 AsylbLG).
- Alle erforderlichen Leistungen erfolgen ohne Kostenbeteiligung des Leistungsberechtigten (Zuzahlung, Festbeträge o.ä.).