

Sozialleistungen zur Krankenbehandlung nichtversicherter Ausländer

- Nothilfe und Krankenhilfe nach SGB XII und Asylbewerberleistungsgesetz für Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, Asylbewerber, Touristen, EU-Bürger und andere Nichtversicherte -

www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/reader_krankenhilfe_asylblg_sgb12.pdf

Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin e.V.

Berufsordnung: Ärztliches Gelöbnis und ärztliche Ethik	2
Ausländerrecht - Aufenthaltstitel für Ausländer	3
Sozialrecht - Träger von Leistungen der Krankenbehandlung	6
AsylbLG - Classen: <i>Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz</i>	7
Rechtsvorschriften: Existenzsicherung und Krankenbehandlung	19
Nothelferregelung § 25 SGB XII: Das Krankenhaus 1/2009: Kristina Schwarz: <i>Erstattung von Behandlungskosten nach der Eilfallregelung des § 25 SGB XII</i>	30
Das Krankenhaus 4/2010: Wolfgang Leber: Der sozialhilferechtliche Notfall - Auszug: (<i>Vermeintliche</i>) Unaufklärbarkeit der Einkommens- und Vermögensverhältnisse?	34
Forderungsausfälle von Krankenhäusern bei der Behandlung von Asylbewerbern - BMAS v. 3.8.2001	35
Antragsformular § 25 SGB XII und Hinweise zu § 25 SGB XII - SenSozBerlin v. 23.2.2011	37
Denkbare Fallkonstellationen zu § 25 SGB XII	46
BSG 19.5.2009: Erstattungsanspruch des Krankenhauses nach § 25 SGB XII bei Notfallbehandlung von Alg-II-Berechtigten, die beim Jobcenter noch keinen Antrag gestellt haben	47
OVG Berlin: Einzelfall zum Erstattungsanspruch des Krankenhauses als Nothelfer	48
LSG Bln-Brandenburg: Kein Anspruch des Patienten, da Krankenhaus die Behandlung nach § 25 SGB XII beim Sozialamt hätte geltend machen müssen. Der erkennbar mittellose Patient hätte ersichtlich keine Privatbehandlung gewünscht	51
BGH: Kein Entschädigungsanspruch des Krankenhauses gegen den Staat für Behandlung mittelloser Patienten	53
Schreiben Sozialamt Kreuzberg v. 21.08.2010 an Vivantes: ausnahmslos alle Menschen sind GKV- oder PKV-pflichtversichert, § 25 SGB XII ist gegenstandslos?	54
GKV-Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V - Formular Anzeige	56
DVKA - Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland	59
EHIC - Europäische Krankenversicherungskarte - FAQ	60
Keine Datenübermittlung an Polizei und Ausländerbehörde bei Notfallbehandlung nach § 25 SGB XII - Ärztliche Schweigepflicht - SenGes Berlin v. 16.12.2009	61
Berlin: "Duldung" zur Legalisierung für Schwangere ohne legalen Aufenthalt 3 Monate vor und nach Geburt - SenGes Berlin v. 17.02.2011	63
Dolmetscherkosten bei stationärer Behandlung muss Krankenhaus übernehmen - BMGS v. 15.07.2004	67
Dolmetscherkosten bei ambulanter Psychotherapie von Asylbewerbern - BMAS v. 21.02.2011	69



3.1 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin

vom 30. Mai 2005, die zuletzt durch den 4. Nachtrag zur Berufsordnung der Ärztekammer Berlin vom 23. September 2009 (ABl. 2010 S. 317) geändert worden ist.

GELÖBNIS

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis: „Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.“

A. Präambel

Die auf der Grundlage des Berliner Kammergesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die Berliner Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung, in deren Text die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet wird. Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern;
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;

- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1

Aufgaben des Arztes

- (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
- (2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 2

Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.
- (2) Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

Die Aufenthaltstitel nach dem AufenthG, dem AsylVfG und dem FreizügG/EU

© Georg Classen 05/2012

Aufenthaltserlaubnis

Die Aufenthaltserlaubnis ist **befristet** gültig, in der Regel zwischen einem und drei Jahren, § 7 AufenthG. Für die Verlängerung gelten die gleichen Voraussetzungen wie für die Erteilung, solange noch keine (unbefristet gültige) Niederlassungserlaubnis beansprucht werden kann, § 8 AufenthG. Mögliche **Aufenthaltszwecke** sind:

- Sonstige Zwecke, § 7 I S. 3 AufenthG
- Studium, studienvorbereitender Sprachkurs, Studienkolleg, § 16 I AufenthG
- Arbeitsuche nach abgeschlossenem Studium, § 16 IV AufenthG
- Sprachkurs; Schulbesuch, § 16 V AufenthG
- Sonstige Ausbildungszwecke, § 17 AufenthG
- Beschäftigung, § 18 AufenthG
- Beschäftigung qualifizierter Geduldeter (§ 18a)
- [Aufenthaltstitel zur Arbeitsplatzsuche für qualifizierte Fachkräfte - § 18c AufenthG](#)
- Forschung, § 20 AufenthG
- Selbstständige Tätigkeit, § 21 AufenthG
- Aufnahme aus dem Ausland aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen, § 22 AufenthG
- Aufenthaltsgewährung durch oberste Landesbehörden aus völkerrechtlichen, humanitären oder polit. Gründen, z. B. Bleiberechtsregelung, oder Abschiebestopp für mehr als 6 Monate nach IMK-Beschluss, § 23 I AufenthG
- Aufnahme aus völkerr., humanitären oder polit. Gründen, z. B. Resettlement, jüd. Zuwanderer, § 23 II AufenthG
- Aufenthalt auf Empfehlung der Härtefallkommission, § 23a AufenthG
- Vorübergehender Schutz nach EU-Richtlinie 2001/55/EG (Kriegsflüchtlinge), § 24 AufenthG
- Asylberechtigte, § 25 I AufenthG - Art. 16a GG
- Konventionsflüchtlinge, § 25 II AufenthG - Voraussetzungen des § 60 I AufenthG
- Menschenrechtlicher Abschiebungsschutz, § 25 III AufenthG - Voraussetzungen des § 60 II bis VII AufenthG
- *Vorübergehender Aufenthalt aus humanitären Gründen, § 25 IV S. 1 AufenthG*
- Verlängerter Aufenthalt wegen außergewöhnlicher humanitärer Härte, § 25 IV S. 2 AufenthG
- *Vorübergehender Aufenthalt für Opfer einer Straftat, § 25 IV a/b AufenthG*
- *Sonstige rechtliche oder tatsächliche Ausreisehindernisse, § 25 V AufenthG*
- Aufenthalt für gut integrierte Jugendliche und Heranwachsende, § 25a AufenthG
- Ehegattennachzug zu Deutschen, § 28 I 1 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis für Eltern eines minderjährigen deutschen Kindes zur Ausübung der Personensorge, § 28 I S. 1 Nr. 3 AufenthG
- Ehegattennachzug zu Ausländern, § 30 AufenthG
- Eigenständiges Aufenthaltsrecht der Ehegatten, § 31 AufenthG
- Kindernachzug zu Ausländern, hier geborene Kinder, Aufenthaltsrecht der Kinder, §§ 32, 33, 34 AufenthG
- Nachzug sonstiger Familienangehöriger, § 36 AufenthG
- Rückkehroption für junge Ausländer/ für Opfer von Zwangsehe, § 37 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis für ehemalige Deutsche, § 38 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis für in anderen EU-Staaten langfristig Aufenthaltsberechtigte, § 38a AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis nach der Altfallregelung, § 104a I S. 1 AufenthG
- Aufenthaltserlaubnis für integrierte Kinder im Falle der Ausreise ihrer Eltern, § 104b AufenthG

Fiktionsbescheinigung

Wenn die Ausländerbehörde - z. B. wegen fehlender Unterlagen oder noch erforderlicher Nachfragen bei anderen Behörden - noch keine Entscheidung über den Antrag auf Erteilung oder Verlängerung einer Aufenthaltserlaubnis treffen kann, stellt sie - z. B. für einen Monat - zunächst eine "Fiktionsbescheinigung" aus. Das AufenthG unterscheidet zwei Fälle:

- Antrag auf **Verlängerung** einer Aufenthaltserlaubnis vor deren Ablauf, § 81 IV AufenthG. In diesem Fall gelten - zumindest bei rechtzeitigem oder unwesentlich verspätetem Antrag - der bisherige Aufenthaltstitel mit der Erwerbslaubnis und allen daraus resultierenden sozialrechtlichen Ansprüchen als unverändert fortbestehend.
- Erstmaliger **Antrag** auf Aufenthaltserlaubnis. Der Aufenthalt gilt als erlaubt, wenn der Aufenthalt bei Antragstellung z. B. aufgrund eines Visums noch rechtmäßig war, § 81 III S. 1 AufenthG. Bei verspätetem Antrag gilt der Aufenthalt als geduldet, § 81 III S. 2 AufenthG.

Niederlassungserlaubnis/ Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG

Die Niederlassungserlaubnis ist **unbefristet** gültig, der „stärkste“ Aufenthaltstitel und der sicherste Schutz vor Ausweisung.

- Niederlassungserlaubnis, allgemeine Norm - § 9 AufenthG
- Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG, RL-EG 2003/109, § 9a-c AufenthG
- [Niederlassungserlaubnis für Absolventen deutscher Hochschulen - § 18b AufenthG](#)
- Niederlassungserlaubnis für Hochqualifizierte, § 19 AufenthG
- Niederlassungserlaubnis zur Aufenthaltsgewährung durch die obersten Landesbehörden aus humanitären Gründen bei besonders gelagerten politischen Interessen, § 23 II AufenthG - z. B. jüdische Kontingentflüchtlinge
- Niederlassungserlaubnis für Asylberechtigte und Konventionsflüchtlinge, § 26 III AufenthG
- Niederlassungserlaubnis für Ausländer mit langjährigem Aufenthalt aus humanitären Gründen, § 26 IV AufenthG
- Niederlassungserlaubnis bei Familiennachzug zu Deutschen, § 28 II AufenthG
- Niederlassungserlaubnis als eigenständiges Aufenthaltsrecht für Kinder, § 35 AufenthG

Blaue Karte EU

- [Blaue Karte EU - § 19a AufenthG](#)

Visum

- Schengen-Visum für die Durchreise, § 6 I 1 AufenthG
- Schengen-Visum für einen Aufenthalt von bis zu 3 Monaten, § 6 I 2 AufenthG
- nationales Visum, für längerfristige Aufenthalte in Deutschland - § 6 IV AufenthG

Duldung

- *Bei Abschiebungsstopp durch die obersten Landesbehörde aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen für bis zu 6 Monate, § 60a I AufenthG*
- *Bei rechtlichen oder tatsächlichen Abschiebungshindernissen, § 60a II AufenthG*

Grenzübertrittsbescheinigung

Die Ausländerbehörden erteilen in der Praxis häufig an Stelle einer Duldung nur eine "Grenzübertrittsbescheinigung", "Passeinzugsbescheinigung", "Identitätsbescheinigung", "Bescheinigung" oder ein ähnliches Papier, obwohl solche Bescheinigungen vom Gesetzgeber eigentlich nicht vorgesehen sind. Dem Ausländer wird meist eine Ausreisefrist gesetzt, § 50 AufenthG.

Alte Aufenthaltsgenehmigungen nach dem Ausländergesetz (AuslG)

- Eine nach dem bis 2004 geltenden AuslG erteilte "**unbefristete Aufenthaltserlaubnis**" oder "**Aufenthaltsberechtigung**" gilt unbefristet weiter als "Niederlassungserlaubnis" entsprechend dem der Erteilung zu Grunde liegenden Aufenthaltswert und Sachverhalt, ohne dass es hierzu einer Umschreibung bedarf, § 101 I AufenthG.
- Die befristeten Aufenthaltsgenehmigungen (**Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsbefugnis, Aufenthaltsbewilligung**) nach AuslG galten weiter als Aufenthaltserlaubnis nach dem AufenthG entsprechend dem zu Grunde liegenden Aufenthaltswert und Sachverhalt, § 101 II AufenthG.

Ausländer ohne legalen ausländerrechtlichen Status ("Illegale")

- Ausländer, deren legaler Aufenthalt abgelaufen ist, oder die sich zu keinem Zeitpunkt legal aufgehalten haben, und sich "heimlich" bzw. "illegal" in Deutschland aufhalten, ohne sich bei den zuständigen Behörden zu melden.

Aufenthaltsgestattung nach dem AsylVfG

- Zur Durchführung des Asylverfahrens beim BAMF und Verwaltungsgericht, § 63 AsylVfG

Aufenthaltsrechte nach dem FreizügG/EU

Die **Bescheinigung über das gemeinschaftsrechtliche Aufenthaltsrecht** ist "von Amts wegen" auszustellen, ohne dass es eines Antrags bedarf. Bescheinigungen und Aufenthaltskarten nach dem FreizügG/EU haben nur "**deklaratorischen Charakter**", die betreffenden Aufenthaltsrechte - auch das Daueraufenthaltsrecht nach 5 Jahren - bestehen bei Vorliegen der Voraussetzungen, auch ohne dass bereits ein entsprechendes behördliches Dokument ausgestellt wurde.

- **Freizügigkeitsbescheinigung für Unionsbürger**, § 5 I FreizügG/EU
 - Aufenthalt bis zu 3 Monaten ohne weiteren Aufenthaltsgrund, § 2 V FreizügG/EU
 - Arbeitnehmer, § 2 II Nr. 1 FreizügG/EU
 - Auszubildende, § 2 II Nr. 1 FreizügG/EU
 - Arbeitsuchende, § 2 II Nr. 1 FreizügG/EU
 - Selbständige, § 2 II Nr. 2 FreizügG/EU
 - Verbleibeberechtigte (arbeitslos gewordene) Arbeitnehmer und Selbständige, § 2 III FreizügG/EU
 - Erbringer und Empfänger von Dienstleistungen, § 2 II Nr. 3 und 4 FreizügG/EU
 - Familienangehörige (Ehe- und Lebenspartner, Kinder unter 21), § 2 II Nr. 6, § 3 II Nr. 1 FreizügG/EU
 - Familienangehörige (weitere Verwandte in auf- und absteigender Linie, denen Unterhalt geleistet wird), § 2 II Nr. 6, § 3 II Nr. 2 FreizügG/EU
 - nicht Erwerbstätige mit ausreichend Existenzmitteln (Studierende, Rentner, Vermögende), § 2 II Nr. 5, § 4 FreizügG/EU
 - Familienangehörige nicht Erwerbstätiger mit ausreichend Existenzmitteln, § 2 II Nr. 6, § 4 FreizügG/EU
 - Wenn das AufenthG eine günstigere Rechtstellung als das FreizügG/EU vermittelt, kann ein Aufenthaltstitel nach AufenthG beansprucht werden (z.B. als Familienangehöriger eines Deutschen oder eines hier bleibeberechtigten Ausländers, §§ 29, 28 AufenthG), § 11 I V FreizügG/EU
- **Bescheinigung über das Daueraufenthaltsrecht für Unionsbürger**, §§ 4a, 5 VI FreizügG/ EU
 - immer nach 5 Jahren legalen Aufenthaltes, Zeiten von EU-Beitritt rechnen mit¹
 - bei Erwerbsunfähigkeit und Rente wg. Alters ggf früher
 - sofort bei Erwerbsunfähigkeit durch Arbeitsunfall, der einen Rentenanspruch begründet
 - nach 2 Jahren bei Tod des Ehepartners oder Elternteils
 - sofort bei Tod des dt. Ehepartners, oder Tod des Ehepartners durch Arbeitsunfall

Aufenthaltskarte für Familienangehörige von Unionsbürgern

- **Aufenthaltskarte** für Familienangehörige von freizügigkeitsberechtigten EU-Angehörigen, die selbst keine Unionsbürger, sondern Drittstaater sind, § 3 i.V.m. § 5 II FreizügG/EU
- **Daueraufenthaltskarte** für Familienangehörige von Unionsbürgern, § 3 i.V.m. § 5 VI FreizügG/ EU

¹ a.A. OVG Berlin-Brandenburg 2 B 23.07, B.v. 28.04.09

Zugang zu Leistungen der Krankenbehandlung - Überblick

Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

- Mitgliedschaft § 5 SGB V (Arbeitnehmer, Azubis, Studis, Rentner, ALG I, ALG II usw.)
- Familienversicherung § 10 SGB V (Ehep. und Kinder ohne Einkommen)
- freiwillige (Weiter)versicherung § 9 SGB V (auch nach Vorversicherung im Ausland, wenn Sozialabkommen besteht, Antragsfrist 3 Monate beachten > Tipp: im EU-Ausland Vorversicherungszeiten-Nachweis E 104 besorgen!)
- Leistungen auch bei Beitragsschulden - § 16 III a SGB V

"Unechte" Gesetzliche Krankenversicherung - § 264 SGB V

- wenn laufende Leistungen nach SGB XII, § 2 AsylbLG oder stationäre Leistungen nach SGB VIII

Gesetzliche Krankenversicherung für bisher nicht Versicherte

- Versicherung kraft Gesetzes - § 5 I Nr. 13 SGB V, neu ab 01.04.2007
- nicht bei AE für 12 Monate oder weniger
- nicht wenn Erteilung der AE/NE LU-Sicherung vorausgesetzt hat > idR Ausschluss von Drittstaatsangehörigen!

Private Krankenversicherung

- PKV-Basistarif als Pflichtversicherung für bisher nicht Versicherte ab Januar 2009, wenn keine GKV möglich
- keine Gesundheitsprüfung
- Praxis: nicht bei AE für 12 Monate oder weniger
- Leistungen auch bei Beitragsschulden, § 193 Abs. 6 VVG

Krankenbehandlung nach Abkommensrecht - Inländergleichbehandlung

- Krankenversicherung im Ausland und Sozialabkommen mit Deutschland, Übersicht: > www.dvka.de
- EU-VO 883/2004: Anspruch auf alle Leistungen die anlässlich von Art und Dauer des Aufenthaltes erforderlich sind (keine Beschränkung auf Notfälle!), nur Einreisen zum Zweck der Behandlung im Ausland sind genehmigungspflichtig. Nachweis: **EHIC**, bzw. aus Ausland anzufordernde EHIC-Ersatzbescheinigung! Leistung über eine in D gewählte GKV.
- Sozialhilfe zur med. Versorgung - Gleichbehandlung nach Europäischem Fürsorge Abkommen EFA: alte EU (aber nicht A, CH, SF), N, TR, Estland, IS

Arbeitslosengeld II

- materielle Bedürftigkeit
- Anspruch für zur Arbeitssuche neu eingereiste Unionsbürger strittig
- Pflichtversicherung für ALG II Empfänger, Ausnahme: unmittelbar zuvor nicht gesetzlich versicherte Selbständige (Tipp: > im EU-Ausland Vorversicherungszeiten-Nachweis E 104 besorgen!)
- Beiträge freiw. Vers/PKV vom Jobcenter nach § 26 SGB II

Sozialhilfe SGB XII

- materielle Bedürftigkeit
- für zur Arbeitssuche neu eingereiste Unionsbürger, bei Einreise zum Zweck des Leistungsbezugs oder zur Krankenbehandlung nur unabweisbare Hilfe
- bei lfd. SGB XII-Bezug Übernahme der Beiträge nach § 32 SGB XII, hilfsweise Behandlung nach § 264 SGB V
- wenn kein lfd. SGB XII-Bezug und keine Versicherung nach SGB V usw.: Krankenhilfe nach § 48 SGB XII
- Notfallbehandlung für nicht Versicherte nach § 25 SGB XII

AsylbLG

- materielle Bedürftigkeit; AE § 25 V, Asylbewerber, Geduldete, Ausreisepflichtige, Illegale
- Leistungsumfang §§ 2 / 4 / 6 AsylbLG

Pflegeversicherung SGB XI

- Zugang folgt GKV /PKV

Unfallversicherung SGB VII

- Arbeitsunfall, Wegeunfall, Kiga- und Schulunfall
- auch für "Illegale", auch bei "Schwarzarbeit"

weitere Träger

- BVG Bundesversorgungsgesetz, OEG Opferentschädigung für Gewaltopfer, Kriegsoffer etc.
- BGB Haftpflichtversicherung bei Verkehrsunfall ohne eigenes Verschulden
- BGB Reiseversicherung
- BGB Selbstzahler

Zuzahlungen - Gesundheitsreform 2004 (> zur Belastungsgrenze siehe § 62 SGB V! Nicht nach §§ 4/6 AsylbLG!)

Eigenleistungen - Gesundheitsreform 2004 (> ggf. über § 73 SGB XII! Nicht nach §§ 4/6 AsylbLG!)

Schwangerschaftsabbruch - Kosten bei materieller Bedürftigkeit über GKV nach § 19 ff Schwangerschaftskonfliktgesetz - **SchKG**

Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz¹

- aktualisierte Version, Stand Mai 2012 -

von Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin²

Inhalt

- Nach dem AsylbLG anspruchsberechtigte Ausländer - auch "Illegale"
- Nach dem SGB XII (Sozialhilfe) anspruchsberechtigte Ausländer
- Materielle Notlage und Versicherungsschutz
- Anspruchseinschränkung bei Einreise zum Sozialhilfebezug und zur Arbeitsuche
- Welches Sozialamt ist zuständig?
- § 25 SGB XII - Nothelferparagraf
- Datenschutz bei "illegalem" Aufenthalt? Der "Denunziationsparagraf"
- Kann medizinische Hilfe strafbar sein? Der Schlepperparagraf
- Behandlungsanspruch nach AsylbLG nur bei akuter Krankheit?
- Anspruch Schwangerer nach dem AsylbLG
- Anspruch auf Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nach dem AsylbLG
- Feststellung des Behandlungsbedarfs
- Behandlung chronischer Krankheiten nach dem AsylbLG
- Nach vier Jahren AsylbLG: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
- Zuzahlungen und Eigenleistungen in Folge der Gesundheitsreform 2004
- Ärztliche Begutachtung und Abschiebeschutz
- Forderungen
- Literatur
- Materialien und Arbeitshilfen unter www.fluechtlingsrat-berlin.de
- Rechtsprechungsübersicht

Nach dem AsylbLG anspruchsberechtigte Ausländer - auch "Illegale"

Anspruchsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind **Asylbewerber** sowie Ausländer mit einer **Duldung**, aber auch sonstige "**ausreisepflichtige Ausländer**", die sich mit oder ohne Kenntnis der Behörden, mit abgelaufenem Aufenthaltstitel, Grenzübertrittbescheinigung usw. oder ganz ohne Papiere "illegal" hier aufhalten (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG).

Zudem fallen auch manche Ausländer mit **humanitärem Aufenthaltstitel** (Aufenthaltserlaubnis nach 25 Abs. 4 Satz 1, § 25 Abs. 4 a oder b, § 25 Abs. 5 AufenthG) unter das AsylbLG.³

Die Bezeichnung "Asylbewerberleistungsgesetz" ist demnach irreführend, denn für die Anspruchsbeurteilung ausreisepflichtiger Ausländer nach dem AsylbLG spielt es keine Rolle, ob zuvor Asyl beantragt wurde. Auch Ausländer, die in keiner Hinsicht als "Flüchtlinge" anzusehen sind, fallen unter das AsylbLG, sobald sie ausreisepflichtig sind - beispielsweise Touristen ohne gültiges Visum.

Da die Sozialämter verpflichtet sind, der Ausländerbehörde den Aufenthaltsort (und dazu kann auch der nächste Sozialamtstermin gehören...) eines "illegalen" Ausländer zu melden, und somit Folge des Sozialhilfeantrags die Abschiebung bzw. Abschiebehaft wäre, wird der Anspruch "Illegaler" in der Praxis nur relevant, wenn entweder eine Abschiebung (und folglich auch die Abschiebehaft) aktuell nicht durchführbar oder rechtlich unzulässig ist (Herkunftsland verweigert Rücknahme, fehlende Verkehrsverbindung, Abschiebestopp für das betreffende Land, Mutterschutzfrist, etc.), oder wenn eine schwere akute oder chronische Erkrankung eine unabweisbare stationäre medizinische Akutversorgung erforderlich macht.

¹ Dieser Text ist erhältlich unter www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylbldg.doc. Der hier aktualisierte und um eine Rechtsprechungsübersicht ergänzte Beitrag 'Krankenhilfe nach dem AsylbLG' wurde erstmals veröffentlicht im Asylmagazin 11/2000, S. 11 ff., www.asyl.net

² Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin, Georgenkirchstr 69-70, 10249 Berlin, Tel. 030-24344-5762, Fax -5763, georg.classen@gmx.net, www.fluechtlingsrat-berlin.de

³ Nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG fallen darüber hinaus Ausländer mit "wegen des Krieges" erteilter Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 oder nach § 24 AufenthG unter das AsylbLG. Aufenthaltserlaubnisse nach § 24 werden derzeit in der Praxis nicht erteilt. Aufenthaltserlaubnisse nach § 23 Abs. 1 werden in der Praxis regelmäßig nicht "wegen des Krieges", sondern aus nur anderen Gründen (Bleiberechts- oder Altfallregelung) erteilt. Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG fallen daher regelmäßig nicht unter das AsylbLG und haben Anspruch auf Leistungen nach SGB II oder SGB XII.

Nach dem SGB II/XII⁴ (Sozialhilfe/Alg 2) anspruchsberechtigte Ausländer

Ist der Aufenthalt des Ausländers (noch) **legal**, und gehört der Antragsteller auch sonst zu keiner unter das AsylbLG fallenden Ausländergruppe (vgl. § 1 AsylbLG), richtet sich sein Anspruch auf medizinische Versorgung nicht nach dem AsylbLG, sondern nach dem Sozialhilferecht, § 23 Abs. 1 i.V.m. **§ 48 SGB XII**. Eine Zuständigkeitslücke gibt es nicht - fällt ein Ausländer wegen seines Aufenthaltstatus nicht (mehr) unter das SGB XII, hat er automatisch Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem AsylbLG (vgl. § 23 Abs. 2 SGB XII).

Somit muss der Antragsteller letztendlich nicht entscheiden, auf welcher Rechtsgrundlage er seine medizinische Versorgung beantragt, er kann schlicht "Sozialhilfe" bzw. einen "Krankenschein für... / die Kostenübernahme für ... nach SGB XII bzw. AsylbLG" beantragen. Maßgeblich ist allein, dass er beim Sozialamt seine materielle Notlage sowie seinen Behandlungsbedarf glaubhaft macht.

Ein Verweis auf die Zuständigkeit des Jobcenters ist möglich, wenn ein Anspruch auf **Arbeitslosengeld II** (Alg 2) besteht. Mit der Gewährung von ALG II ist in der Regel (Ausnahme: Selbständige) eine Pflichtversicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse verbunden. Ein Verweis auf das Jobcenter kommt nicht in Betracht für Ausländer, die gemäß §§ 7 und 8 SGB II ohnehin kein ALG II beanspruchen könnten, weil sie unter das AsylbLG fallen, oder keinen Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (Touristen), oder weder eine Arbeitserlaubnis besitzen noch eine solche erhalten könnten, oder 65 Jahre oder älter sind, oder voraussichtlich länger als 6 Monate erwerbsunfähig sind.

Ein Verweis auf eine Pflichtversicherung über das ALG II kommt auch nur dann in Betracht, wenn **bereits ALG II bezogen** wird oder es sich um eine entsprechend aufschiebbare Behandlung handelt. Besteht kein Anspruch auf ALG II oder ist es nicht möglich, diesen Anspruch rechtzeitig zu realisieren, muss die Krankenhilfe gemäß § 48 SGB XII vom Sozialamt erbracht werden.⁵

Materielle Notlage und Versicherungsschutz

Voraussetzung für die Anspruchsberechtigung von Ausländern auf "Sozialhilfe" zur medizinischen Versorgung nach SGB XII oder AsylbLG ist allein die materielle Notlage (kein - ausreichendes und tatsächlich verfügbares - Einkommen oder Vermögen; kein Krankenversicherungsschutz) sowie die "tatsächliche" (physische) Anwesenheit in Deutschland (§ 1 Abs. 1 AsylbLG; § 23 Abs. 1 SGB XII).

Die materielle **Notlage** (kein Geld, um die Behandlung selbst zu bezahlen...) wie auch den **fehlenden Krankenversicherungsschutz** sollte der Antragsteller - bei Notaufnahme ins Krankenhaus ggf. das Krankenhaus für ihn - dokumentieren bzw. **glaubhaft machen**. Dazu gehört auch eine Erklärung, wovon man bisher gelebt hat, und ob es unterhaltspflichtige und -fähige Angehörige gibt. Zu prüfen ist zudem, ob eine Versicherung im Herkunftsland besteht, die nach internationalen Abkommen auch in Deutschland gültig ist (EU-Staaten, Norwegen, Island, Liechtenstein, Schweiz, Türkei, alle Länder des ehem. Jugoslawien)⁶, oder ob die Krankenbehandlung nach anderen Gesetzen zu übernehmen ist. Die gesetzliche Unfallversicherung muss im Falle eines Wege- oder Arbeitsunfalls beispielsweise auch dann leisten, wenn der Arbeitgeber keine Sozialversicherungsbeiträge abgeführt hat ("Schwarzarbeit"), und zwar auch dann, wenn der Ausländer ohne Aufenthalts- und/oder Arbeitsgenehmigung beschäftigt wurde.

Eine - z.B. zwecks Erhalt eines Visums abgegebene - "**Verpflichtungserklärung**" nach § 68 AufenthG⁷ steht einem Anspruch auf Krankenhilfe (und auf Leistungen zum Lebensunterhalt) nach AsylbLG oder SGB XII nicht entgegen, solange der Leistungsberechtigte vom Unterzeichner der Verpflichtungserklärung "tatsächlich" nicht die nötige Hilfe erhält. Der Leistungsberechtigte könnte aus der Erklärung auch gar keine Ansprüche gegen den Verpflichteten gelten machen. Unabhängig davon ist aber zu prüfen, ob das Sozialamt vom Verpflichteten Kostenersatz für die gewährte Krankenhilfe fordern kann, dieser sollte dann ggf. anwaltliche Hilfe in Anspruch nehmen, da in jedem Fall die Reichweite der Erklärung zu prüfen ist und diese z.B. auch "sittenwidrig" und deshalb unwirksam sein kann.

Zu Anbietern **befristeter Krankenversicherungen** für ausländische Touristen siehe www.google.de, die Behandlung von Vorerkrankungen ist jedoch ausgeschlossen, zudem gelten weitere Einschränkungen.

⁴ Das SGB XII - Sozialhilfe - ersetzt seit 1.1.2005 das frühere BSHG (Bundessozialhilfegesetz)

⁵ BSG B 8 SO 4/08 R, U.v.19.05.09 www.bundessozialgericht.de Wurde trotz Anspruchs kein ALG II beantragt, ist die Krankenhilfe nach § 48 SGB XII weder nach § 5 SGB II noch nach § 21 SGB XII ausgeschlossen.

⁶ Die Sozialabkommen sind zu finden auf den Seiten der Deutschen Verbindungsstelle der Krankenversicherung Ausland www.dvka.de.

⁷ Das Aufenthaltsgesetz ersetzt seit 1.1.2005 das frühere Ausländergesetz.

Anspruchseinschränkungen bei Einreise zum Sozialhilfebezug und zur Arbeitsuche

Ausländer, die eingereist sind, **um hier Sozialhilfe zu beanspruchen**, haben keinen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 1a AsylbLG / § 23 Abs. 3 SGB XII). Diese Regelung wird in der Praxis vor allem auf Touristen angewandt, die ihre Notlage fahrlässig durch mangelnde finanzielle Vorsorge verursachen, teilweise aber auch auf Kriegsflüchtlinge - denen machen Sozialämter im einem oft unglaublichen Zynismus vorhalten, in ihrer Heimat habe es weder Krieg noch bzw. Schikanierung oder Vertreibung durch Polizei- und Armee gegeben.

Die Anspruchseinschränkung gilt nicht für eine unvorhergesehene, erst in Deutschland aufgetretene Notlage, wie beispielsweise eine erst hier aufgetretene Krankheit oder einen Unfall in Deutschland. In diesen Fällen ist uneingeschränkte Krankenhilfe nach § 48 SGB XII bzw. §§ 4 und 6 AsylbLG zu leisten.

Auch wenn der Vorwurf der Einreise, um Sozialhilfe bzw. Krankenhilfe zu erhalten zutrifft, muss in verfassungskonformer Auslegung (Art. 1 und 20 GG) des SGB XII bzw. des AsylbLG jedem Fall zumindest die "unerlässliche" Krankenbehandlung (§ 1a AsylbLG) bzw. die "unabweisbare Behandlung einer schweren oder ansteckenden Krankheit" (§ 23 Abs. 3 SGB XII) geleistet werden.

Unionsbürger erhalten vielfach weder ALG II noch Sozialhilfe, weil ihr Aufenthaltsrecht sich nach Auffassung der Behörden „allein aus der Arbeitsuche“ ergibt, § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB II, § 23 Abs. 3 SGB XII. Derartige Ablehnungen sind häufig fehlerhaft, weil Unionsbürger nach dem FreizügG/EU und/oder dem AufenthG neben der Arbeitsuche oft auch ein anderes Aufenthaltsrecht besitzen, z.B. als Arbeitnehmer oder Selbständiger mit einer nicht nur völlig unwesentlichen legalen Erwerbstätigkeit (mindestens ca. 300 €/Monat an mind. ca. 10 Std/Woche), als verbleibeberechtigter Arbeitnehmer oder Selbständiger nach § 2 Abs. 3 FreizügG/EU bei unfreiwillig eingetretener Arbeitslosigkeit nach 12 Monaten legaler Erwerbstätigkeit bzw. für bis zu 6 Monate auch nach kürzerer Erwerbstätigkeit, als Familienangehörige eines Deutschen oder eines hier z.B. als Arbeitnehmer/Selbständigen/Verbleibeberechtigten lebenden Unionsbürgers oder Drittstaaters, oder weil der EU-Bürger (nach 5 Jahren legalem Aufenthalt) das an keine weiteren Voraussetzungen mehr geknüpfte Daueraufenthaltsrecht besitzt.⁸ Umstritten ist zudem, ob der Ausschluss europarechtlich zulässig ist, weil er gegen den für alle Unionsbürger geltenden Gleichbehandlungsgrundsatz nach Art. 18 AEUV und Art. 4 VO 883/2004 EG verstößt. Dies gilt insbesondere für einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten ab Einreise oder bei Eintritt der Hilfebedürftigkeit erst einige Zeit nach Einreise.⁹

Wenn sich das Aufenthaltsrecht eines Unionsbürgers tatsächlich „allein aus der Arbeitsuche“ ergibt, entfällt möglicherweise der ALG II-Anspruch. Das Sozialamt bleibt jedoch verpflichtet, trotz des grundsätzlichen Ausschlusses Erwerbsfähiger von der Sozialhilfe (§§ 5 SGB II, 21 SGB XII) in verfassungskonformer Auslegung (Art. 1 und 20 GG) des SGB XII als letztes soziales Netz eine Ermessensentscheidung über die Sozialhilfegewährung zu treffen und zumindest die unabweisbare Krankenbehandlung als Sozialhilfeleistung nach § 48 SGB XII, ggf. aber auch Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII im „unabweisbaren Umfang“ zu erbringen. Dabei darf das Sozialamt in Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens das Niveau der unabweisbaren Leistungen nach § 1a AsylbLG nicht unterschreiten.¹⁰ Im Zweifelsfall sollten Unionsbürger daher zusätzlich zum ALG II - Antrag immer auch einen Antrag auf Sozial- und Krankenhilfe beim örtlich zuständigen Sozialamt stellen!

Welches Sozialamt ist zuständig?

Nach **SGB XII** ist in der Regel das Sozialamt am "tatsächlichen Aufenthaltsort" zuständig (§ 98 SGB XII).

Die Zuständigkeit nach **AsylbLG** ist komplizierter, weil im Falle einer erfolgten ausländerrechtlichen oder asylverfahrensrechtlichen Zuweisung an einen bestimmten Wohnort (meist verbunden mit einer sog "Residenzpflicht") das Sozialamt am Zuweisungsort zuständig ist (§ 10a Abs. 1 Satz 1 AsylbLG). Fehlt eine solche Zuweisung, ist auch nach AsylbLG das Sozialamt am "tatsächlichen Aufenthaltsort" zuständig (§ 10a Abs. 1 Satz 2 AsylbLG). Im Einzelfall kann offen sein, ob eine frühere Zuweisung noch wirksam ist,

⁸ Vgl. dazu Classen, Leitfaden Sozialleistungen für Ausländer nach SGB II und SGB XII, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/SGB-II-XII-Leitfaden.pdf, sowie Frings, Sozialleistungen für Unionsbürger, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings_SGB2_Unionsbuerger.pdf

⁹ Siehe dazu ausführlich mit weiteren Nachweisen Classen, Sozialleistungen für MigrantInnen nach SGB II, SGB XII und AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsyblLG.pdf

¹⁰ so LSG NRW L 9 B 80/07 AS ER, www.sozialgerichtsbarkeit.de

etwa für einen ehemaligen Asylbewerber, der sich inzwischen mit einer Duldung oder illegal an einem anderen Ort aufhält, weshalb dann auch die Zuständigkeit des Sozialamts unklar ist.

Komplizierter wird es im Falle einer **stationären Behandlung**. Nach § 98 Abs. 2 SGB XII ebenso wie nach § 10a Abs. 2 AsylbLG ist dafür das Sozialamt an dem Ort zuständig, wo der Hilfeempfänger zuletzt seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte oder in den letzten zwei Monaten vor Aufnahme gelebt hat. Durch diese Regelung sollen die Sozialämter am Ort des Krankenhauses entlastet werden. Handelte es sich jedoch um einen medizinisch unabweisbaren "Eilfall", muss auch bei stationärer Behandlung das Sozialamt am tatsächlichen Aufenthaltsort vorleisten, das dann einen Erstattungsanspruch gegen das eigentlich zuständige Sozialamt hat (§ 10a Abs. 2 Satz 3, § 10b Abs. 1 AsylbLG). In manchen Fällen, insbesondere bei Ausländern ohne legalen Status, ist der letzte "gewöhnliche" Aufenthaltsort kaum feststellbar. Anknüpfungspunkt ist dann der tatsächliche Aufenthaltsort. Wenn eine frühere "Zuweisung" nach AufenthG oder AsylVfG noch fortwirkt, ist jedoch das Sozialamt am Zuweisungsort zuständig.

Bei **nicht feststellbarem Wohnsitz** und gewöhnlichen Aufenthalt gilt als "tatsächlicher Aufenthaltsort" nicht immer der Ort des Krankenhauses. Handelt es sich z.B. um einen Unfall auf der Autobahn, kommt als zuständiger Träger am "tatsächlichen Aufenthaltsort" das **Sozialamt am Ort des Unfalls** in Betracht, da an diesem Ort (und nicht im Krankenhaus) die Hilfebedürftigkeit erstmals eingetreten ist.

Im Zweifelsfall ist zu empfehlen, die Kosten - unter Hinweis auf die mehrfachen Anträge - **bei allen ggf. in Frage kommenden Ämtern schriftlich zu beantragen**. Wenn ein Sozialamt sich für unzuständig hält, muss es nach § 18 Abs. 1 SGB XII bzw. § 16 SGB I den Antrag an das zuständige Amt weiterleiten.

Normalerweise ist zur Antragstellung eine **persönliche Vorsprache** des Antragstellers beim Sozialamt erforderlich. Ist dies aus gesundheitlichen Gründen und/oder wegen Aufenthalts an einem anderen Ort nicht möglich, muss es reichen, den Antrag z.B. über den Sozialdienst des Krankenhauses oder das Sozialamt am tatsächlichen Aufenthaltsort stellen zu lassen und die Antragsunterlagen z.B. per Post zu übermitteln, soweit nicht ohnehin bei Notaufnahmen das Erstattungsverfahren nach § 25 SGB XII greift.

§ 25 SGB XII - Nothelferparagraf

Ist dem Kranken ein Antrag auf die Sozialhilfeleistung beim Sozialamt nicht mehr möglich, was regelmäßig bei einer Notaufnahme ins Krankenhaus der Fall ist, hat die im Notfall Hilfe leistende Person bzw. Institution (z.B. das Krankenhaus) einen Erstattungsanspruch gegen das Sozialamt. Dabei muss es sich auch medizinisch gesehen um einen unabweisbaren "**Eilfall**" handeln, der unverzügliches Handeln erforderlich macht, so dass ein Verweis auf die vorherige Antragstellung bei Sozialamt angesichts der Umstände nicht möglich ist.

Der Erstattungsanspruch setzt voraus, dass das Sozialamt zur Hilfe verpflichtet gewesen wäre. Das Krankenhaus muss daher im Rahmen seiner Möglichkeiten durch Befragung des Patienten prüfen, ob Versicherungsschutz vorhanden ist und eine **materielle Notlage** vorliegt, und dieses soweit möglich für das Sozialamt dokumentieren (Kopien der Nachweise). Voraussetzung für den Erstattungsanspruch des Krankenhauses ist zudem, dass es den Anspruch "innerhalb angemessener Frist" geltend macht, was von der Rechtsprechung streng ausgelegt wird, d.h. der Erstattungsanspruch des Krankenhauses nach § 25 SGB XII (bis 31.12.2004: § 121 BSHG) sollte - auch wenn er wegen der noch nicht abgeschlossenen Behandlung der Höhe nach noch nicht bezifferbar ist - umgehend, d.h. innerhalb von etwa 14 Tagen nach Aufnahme des Kranken beim Sozialamt geltend gemacht werden.¹¹

Obwohl im **AsylbLG** eine § 25 SGB XII entsprechende Regelung fehlt, ist in der Rechtsprechung allgemein anerkannt, dass § 25 SGB XII (bzw. bis zum Jahr 2004 § 121 BSHG) auch auf Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG entsprechend anwendbar ist.¹²

Zu empfehlen ist zudem, dass baldmöglichst auch **der Kranke selbst** (mit Hilfe des Sozialdienstes) Sozialhilfe für die Krankenhausbehandlung beantragt, da rechtlich umstritten ist, ob das Krankenhaus einen Erstattungsanspruch gegen das Sozialamt auch noch für Zeiträume hat, in denen der Kranke selbst wieder handlungsfähig und das Sozialamt erreichbar war.

¹¹ Vgl. zum Verfahren die Hinweise und Antragsformulare der Senatssozialverwaltung Berlin www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Antrag_Nothilfe_P25_SGBXII_Berlin.pdf

¹² vgl. OVG Berlin 6 B 17.02, U.v. 25.11.04, FEVS 2005, 425 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2043.pdf, OVG Berlin 6 B 9.02, U.v. 25.11.04, FEVS 2005, 545, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2042.pdf

Neben der Krankenbehandlung ist auch der Transport mit dem **Rettungswagen** oder Rettungshubschrauber eine Nothilfeleistung, die in dem Fall der zuständige Träger (z.B. Feuerwehr) nach § 25 SGB XII beim Sozialamt geltend zu machen hat.

Liegt offensichtlich ein Nothilfefall vor, da der Kranke angibt mittellos und nicht krankenversichert zu sein oder aber von Sozialleistungen zu leben, obliegt es dem Krankenhaus, die entsprechenden Ansprüche beim Sozialamt geltend zu machen. Es kann sich nicht darauf berufen, einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag geschlossen zu haben und die Behandlung dem Patienten in **Rechnung** stellen.¹³

Datenschutz bei "illegalem" Aufenthalt? Der "Denunziationsparagraf"

Sowohl der Antrag des Kranken selbst als auch ein nach 25 SGB XII bzw. AsylbLG gestellter Kostenerstattungsantrag des Krankenhauses können dazu führen, dass ein illegaler Aufenthalt des Patienten dem Sozialamt bekannt wird. Anders als Ärzte (Schweigepflicht) und Krankenhausverwaltung (Datenschutz) ist das Sozialamt berechtigt und auch verpflichtet, den gegenwärtigen und künftigen Aufenthaltsort eines „illegalen“ Ausländers der **Ausländerbehörde** zu melden (§ 87 AufenthG; § 68 SGB X).

Hierzu wurde durch die VwV AufenthG vom 26.10.2010¹⁴ klargestellt, dass das Sozialamt die aus einem Nothilfeantrag des Krankenhauses erhaltene Information über einen „illegalen“ Ausländer nicht der Ausländerbehörde melden darf. In einem solchen Fall gilt die **verlängerte ärztliche Schweigepflicht** nach § 203 StGB nicht nur für die die Daten erhebenden ärztlichen Gehilfen im Krankenhaus (Krankenhausverwaltung), sondern auch für das Sozialamt, und verbietet die Information der Polizei bzw. Ausländerbehörde. Für das Sozialamt gilt dies aber nur, wenn tatsächlich ein Nothilfefall vorliegt, das Sozialamt die Vorschriften der VwV AufenthG kennt, und sich daran auch hält.¹⁵

Hingegen bleibt das Sozialamt gegenüber der Ausländerbehörde meldepflichtig, wenn der sich illegal aufhaltende Ausländer selbst beim Sozialamt eine medizinische Behandlung beantragt. Zudem sehen in jedem Fall § 11 Abs. 3 AsylbLG sowie weitere sozial- und ausländerrechtliche Regelungen vor, dass das Sozialamt mit der Ausländerbehörde einen Datenabgleich bezüglich des Aufenthaltsstatus vornimmt.

Die Rechtslage bezüglich der Datenweitergabe bleibt somit unklar. Die Angst vor der Meldung an die Ausländerbehörde ist der Hauptgrund für die extrem zurückhaltende Inanspruchnahme medizinischer Hilfen durch "Illegale" und entsprechend verschleppte Krankheiten.

Bei längerandauernden Behandlungen bzw. Erkrankungen kann ggf. die Realisierung einer zumindest vorübergehenden **"Duldung"** wegen Krankheit durch Attestierung des dringenden stationären Behandlungsbedarfes (sowie der **Reiseunfähigkeit**) seitens der behandelnden Ärzte erreicht werden.

Der Leistungsberechtigte kann einer Festnahme vorbeugen, in dem er zurückhaltend ist bei Angaben zu seiner derzeitigen bzw. (nach Entlassung) künftigen Wohnanschrift. Er könnte zwar auch versuchen, die Daten einer anderen (versicherten) Person anzugeben, allerdings macht er sich hierbei strafbar.

Da Sozialhilfe grundsätzlich nicht für die Vergangenheit gewährt wird, wird ein nach Entlassung vom Leistungsberechtigten selbst gestellter Erstattungsantrag beim Sozialamt in der Regel abgelehnt. Auch eine Abtretung des Anspruch an das Krankenhaus zwecks Abrechnung ist nach dem Sozialhilferecht nicht zulässig (§ 17 Abs. 1 SGB XII)

Notwendig wäre ein **strafgesetzliches Verbot** der Übermittlung von Daten an die Ausländerbehörde durch medizinische Dienstleister, Sozialleistungsträger und weitere Beteiligte im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

Kann medizinische Hilfe strafbar sein? Der Schlepperparagraf

Gemäß § 96 AufenthG ("Schlepperparagraf"), wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer andere zu den in § 95 AufenthG (**illegaler Aufenthalt**) bezeichneten Handlungen anstiftet oder ihnen dazu Hilfe leistet und dafür einen Vermögensvorteil erhält oder wiederholt und zugunsten mehrerer handelt.

¹³ LSG Berlin-Brandenburg, L 23 B 27/06 AY PKh, B.v. 30.03.07 www.sozialgerichtsbarkeit.de

¹⁴ Allgemeine Verwaltungsvorschriften des Bundesinnenministeriums zum AufenthG www.vwbund.juris.de/pdf/BMI-MI3-20091026-SF-A001.pdf Rn 88.2.3, 88.2.4. Vgl. Erläuterungen des Kath. Forum Illegalität, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Kath_Forum_VwV_AufenthG.pdf

¹⁵ Vgl. die Rundschreiben der Berliner Senatsverwaltung hierzu an Krankenhäuser und Sozialämter www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/VwV87AufenthG_SenSozGes_Sozamt_Krhs.pdf

"Anstiftung" läge vor, wenn Ärzte ihre Patientinnen vorsätzlich dazu veranlassen, sich illegal in Deutschland aufzuhalten. **"Beihilfe"** wäre gegeben, wenn es Zweck der medizinischen Behandlung wäre, den illegalen Aufenthalt zu ermöglichen, zu erleichtern, zu intensivieren oder abzusichern. Der Vermögensvorteil müsste sich dabei auf die Förderung des rechtswidrigen Aufenthalts beziehen, die Zahlung der Behandlungskosten fällt nicht darunter. Wenn Mediziner wiederholt mehrere erkrankte Ausländer behandeln, könnte argumentiert werden, dass es sich um Beihilfe zum illegalen Aufenthalt handele, da dieser durch die medizinische Behandlung schließlich erleichtert werde.

Dagegen stehen allerdings gewichtige Rechtfertigungsgründe für das ärztliche Handeln, vor allem der **rechtfertigende Notstand** (§ 34 StGB), der eine Behandlung zumindest bei akuten Notfällen rechtfertigt und auch gebietet. Es hängt hier also von der Schwere der Erkrankung ab. Um diese beurteilen zu können, muss zuerst in jedem Fall eine medizinische Untersuchung erfolgen.¹⁶

Hinzu tritt die **ärztliche Ethik**. ÄrztInnen geloben bei ihrer Approbation: "Ich werde mich bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten meinen Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder sozialer Stellung" (Genfer Gelöbnis - in Anlehnung an den Hippokratischen Eid vom Weltärztebund 1948 beschlossene Neufassung der ärztliche Berufspflichten). In der Berufsordnung der Ärzte ist festgelegt: "Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können."¹⁷

In einem Schreiben vom 31.07.2003 an den Jesuiten-Flüchtlingsdienst hat **Berlins Innensenator Körtling** in Absprache mit Justizsenatorin Schubert festgestellt, dass die "gesundheitliche Versorgung eines sich unerlaubt im Bundesgebiet aufhaltenden Ausländers unter keine ausländerrechtliche Strafbestimmung" fällt. Maßgebend sei dafür, dass der Ausländer seinen weiteren Aufenthalt nicht allein von der medizinischen Behandlung abhängig mache und der Arzt aus humanitären Gründen handele.

Darüber hinaus können dem Arzt im Falle unterlassener medizinischer Hilfeleistung auch strafrechtliche Konsequenzen drohen (**unterlassene Hilfeleistung** - § 323c StGB). Zur Problematik der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen wurde auf der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 1998 in Ottawa beschlossen, "dass Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen einschränken".

Behandlungsanspruch nach AsylbLG nur bei akuter Krankheit?

Die in der Praxis dokumentierten Fälle von Einschränkungen des Behandlungsanspruchs durch Sozialämter und Amtsärzte (Verweigerung von Krankenscheinen, Verweigerung von Rollstühlen für spastisch behinderte Kinder, Verweigerung lebensnotwendiger Lebertransplantationen etc.) sind fast immer gesetzes-, zumeist auch verfassungswidrig. Nach unserer Erfahrung mit der Begutachtung durch Amtsärzte muss festgestellt werden, dass diese in aller Regel die Rechtsgrundlagen des AsylbLG und SGB XII nicht kennen, was häufig zu rechtswidrigen Ablehnungen führt.

Unzutreffend ist insbesondere die weit verbreitete Annahme, dass Leistungsberechtigte nach AsylbLG nur bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen behandelt werden dürfen.

Richtig ist, dass regelmäßig dann ein uneingeschränkter Behandlungsanspruch besteht, einschl. der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, wenn eine Krankheit **entweder "akut" oder "schmerzhaft"** ist (§ 4 AsylbLG). Ein uneingeschränkter Anspruch auf Krankenbehandlung besteht daher z.B. auch bei schmerzhaften chronischen Erkrankungen.

Der aus § 4 AsylbLG häufig gezogene Umkehrschluss, dass wegen des dort geregelten Behandlungsanspruch bei "akuter" Erkrankung ein Anspruch (jedenfalls nach § 4) bei "chronischer" Krankheit nicht bestehe, ist schon deshalb fragwürdig, weil in vielen Fällen eine medizinisch sinnvolle Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Krankheit gar nicht möglich ist, oder jedenfalls bei Nichtbehandlung ein

¹⁶ vgl. Lehmann, J., ZAR 2008, 24, Ärztliche Hilfe für "Illegale": eine Straftat nach dem AufenthG? Lehmann geht davon aus, dass sich Stellen der öff. Verwaltung bei akuter Hilfebedürftigkeit des Kranken auf § 34 StGB berufen können. Privaten und kirchlichen Organisationen erlaube § 34 StGB auch eine darüber hinausgehende gesundheitliche Betreuung von Personen ohne Aufenthaltsrecht.

¹⁷ Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, die Regelung wurde in die Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommen

akuter Krankheitszustand droht. Angesichts dessen, dass kein Arzt einem über Krankheit oder Schmerzen klagenden Patienten Diagnose und Behandlung verweigern darf, kann das Kriterium "akute Krankheit" allein im Sinne von "akuter Behandlungsbedarf" zur Heilung, Linderung oder Verhinderung von Krankheit interpretiert werden (Meyer/Röseler, § 4 Rn 7).

Unaufschiebbarkeit, Unabweisbarkeit oder Unerlässlichkeit oder sonstwie gesteigerte Formen der Notwendigkeit einer Krankenbehandlung sind daher nach § 4 nicht erforderlich, solange die Krankheit entweder Schmerzen verursacht oder aber ein akuter Krankheitszustand bzw. ein akuter Behandlungsbedarf vorliegt. Es reicht die "Notwendigkeit" der Behandlung analog der Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei hat die Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst zu erfolgen. Nach § 4 sind z.B. auch orthopädische Einlagen bei schmerzhaften Plattfüßen (VG Osnabrück 6 B 61/99 v. 22.11.1999, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1515) oder orthopädische Schuhe (VGH Baden-Württemberg 7 S 920/98 v. 4.5.1998, FEVS 1999, 33, www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&docid=MWRE100089900&psml=bsbawueprod.psml&max=true) zu leisten. In solchen Fällen stattdessen z.B. Schmerzmittel zu verabreichen, wäre medizinisch falsch und daher unzulässig.

Einschränkungen gibt es nach § 4 beim **Zahnersatz**. Unaufschiebbar im Sinne von § 4 ist Zahnersatz, wenn Folgeschäden bei Nichtbehandlung drohen oder bereits eingetreten sind (Verlust von weiteren Zähnen; Magenerkrankung durch fehlende Kaufähigkeit etc.). Die Einschränkungen des § 4 beziehen sich nicht auf Zahnbehandlungen, bei denen kein Zahnersatz geleistet wird. Hier reicht es, dass die Zahnerkrankung akut behandlungsbedürftig oder schmerzhaft ist. Kariesbehandlungen, Wurzelbehandlungen etc. sind daher ohne Einschränkung zu leisten.

Anspruch Schwangerer nach dem AsylbLG

Schwangere haben nach § 4 Abs. 2 AsylbLG wie gesetzlich Versicherte einen uneingeschränkten Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen, Leistungen zur Entbindung, Pflege, Hebammenhilfe etc.

Anspruch auf Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nach dem AsylbLG

Nach § 4 Abs. 3 AsylbLG besteht - auch ohne Vorliegen einer akuten oder sonstigen Erkrankung - Anspruch auf Krankenscheine für "medizinisch gebotene" **Vorsorgeuntersuchungen**. Was geboten ist, richtet sich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. dazu im Einzelnen §§ 20 bis 26 und 30 SGB V). Zahnkrankenscheine können zum Zweck der Vorsorge unter 18 Jahren alle 6 Monate, danach jährlich beansprucht werden. Krankenscheine für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen können Schwangere, kleine Kinder (U1 bis U10), Frauen (gynäkologische Untersuchung), Menschen ab 35 (Gesundheitsuntersuchung alle 2 Jahre), Frauen ab 20 und Männer ab 45 (Krebsvorsorge jährlich), sowie neu eingereiste Flüchtlinge ohne Asylantrag (eine freiwillige Untersuchung dürfte analog § 62 AsylVfG regelmäßig geboten sein) beanspruchen.

Nach § 4 Abs. 3 besteht zudem Anspruch auf "amtlich empfohlene **Schutzimpfungen**". Neben den üblichen Kinderimpfungen haben auch Erwachsene Anspruch auf Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio sowie nach individuellem Risiko weitere Impfungen. Zudem besteht Anspruch auf alle im Hinblick auf die Situation im Herkunftsland anzurathenden Impfungen. Als amtliche Empfehlungen im Sinne von § 4 Abs. 3 sind die Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommission) beim Robert Koch Institut Berlin anzusehen, im Internet unter www.rki.de -> Infektionsschutz -> Impfen.

Krankenscheinvergabe und Feststellung des Behandlungsbedarfs

Möchte ein Flüchtling einen Krankenschein, reicht die Angabe von Schmerzen oder diffusen Krankheitssymptomen, da ein Verwaltungssachbearbeiter¹⁸ beim Sozialamt regelmäßig nicht in der Lage ist, eine **Diagnose** zu stellen und über den Behandlungsbedarf zu entscheiden. Hierüber kann auch ein Arzt erst nach Durchführung einer Untersuchung entscheiden. Schon zur Feststellung des Behandlungsbedarfs ist also der Krankenschein erforderlich. Für den Anspruch auf einen Krankenschein reicht es aber auch, wenn der Flüchtling zur Begründung angibt, er/sie möchte eine der vorgenannten Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen erhalten.

¹⁸ In der Praxis maßen sich teilweise Verwaltungssachbearbeiter, Heimleiter, Wachschutzmitarbeiter, Sanitäter, Krankenpfleger usw. an, ohne Hinzuziehen eines Arztes Diagnosen zu stellen und über den Behandlungsbedarf zu entscheiden. Hier sollte Strafanzeige erwogen werden.

Das Verfahren zur **Krankenscheinvergabe** ist vielerorts schikanös. Erst wenn man bereits akut erkrankt ist, darf man an einem Sprechtag beim Sozialamt um einen Krankenschein bitten. Bis dahin wird die Behandlung verschleppt, oder man versucht es bei der Erste-Hilfe-Stelle eines Krankenhauses. Durch verschleppte Behandlung müssen Flüchtlinge unnötig Schmerzen erleiden, Krankheiten verschlimmern sich, auch Todesfälle sind dokumentiert. Selbst manche Gerichte decken solche Verstöße gegen die Menschenwürde.¹⁹

Es gibt aber auch positive Beispiele: In **Berlin** sind seit Ende 2010 Krankenscheine **quartalsweise vorab** auszugeben.²⁰ **Bremen** und **Hamburg** geben aufgrund von Verträgen nach § 264 Abs. 1 SGB V mit der AOK an AsylbLG-Berechtigte auch den ersten vier Jahren **Krankenversichertenkarten** nach §§ 4 und 6 AsylbLG aus - und sparen damit viel Geld, denn unnötige Doppelbehandlungen bei Erste-Hilfe-Stellen und die Verschleppung von Krankheiten wird vermieden.²¹

Behandlung chronischer Krankheiten nach dem AsylbLG

Nur bei einer Krankheit, bei der keine der beiden Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 AsylbLG gegeben ist, die also weder akut bzw. akut behandlungsbedürftig noch schmerzhaft ist, darf der Behandlungsanspruch gegenüber dem sonst üblichen Umfang überhaupt eingeschränkt werden. Nur in solchen Fällen reduziert sich der Anspruch auf Leistungen, die "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sind (§ 6 AsylbLG). Die Behandlung einer chronischen Krankheit dürfte im Regelfall "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sein, womit dann ein Anspruch auf Behandlung nach § 6 AsylbLG besteht. Eine Behandlung ist "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich", wenn bei Nichtbehandlung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Folgeerkrankungen oder dauerhafte (nicht wieder gutzumachende) gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen.

Zu den medizinischen Leistungen nach § 6 AsylbLG können beispielsweise auch ambulante **Psychotherapien**²² einschl. der in diesem Zusammenhang notwendigen Fahrt- und/oder Dolmetscherkosten oder die Unterbringung in einer **Behinderteneinrichtung**²³ gehören. Auch die Hilfsmittelversorgung ist, soweit sie nicht bereits nach § 4 im Rahmen der Behandlung von Schmerzen bzw. akuter Krankheit erforderlich ist, nach § 6 zu leisten, z.B. Rollstühle, Prothesen, Brillen, Hörgeräte etc. Mobilität, Sehen, Hören, Sprechen sind menschliche Grundbedürfnisse. Der Menschenwürdegrundsatz gebietet es, diese Bedürfnisse im Rahmen des medizinisch möglichen auch für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sicherzustellen.

Zu beachten sind der Auslegung des eingeschränkten Leistungsumfangs nach §§ 4 und 6 AsylbLG die Regeln der **ärztlichen Ethik** sowie die von Verfassung wegen gebotenen, auch für Ausländer geltenden Grundsätze der **Menschenwürde** und des **Rechts auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit** (Artikel 1 und 2 Grundgesetz). Der Behandlungsumfang ist damit in fast allen Fällen identisch mit dem Behandlungsanspruch Deutscher. Einschränkungen sind im Ergebnis vor allem beim Zahnersatz in den ersten drei Jahren des Leistungsbezugs möglich - wobei allerdings auch hier regelmäßig das medizinisch Unaufschiebbar geleistet werden muss.

Nach vier Jahren AsylbLG: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung möglich

Asylbewerber erhalten nach mindestens **vier Jahren Bezugs von Leistungen nach AsylbLG** gemäß § 2 AsylbLG Leistungen zum Lebensunterhalt und zur medizinischen Versorgung, deren Umfang und Höhe der Sozialhilfe für Deutsche entspricht. Geduldete können nach vier Jahren ebenfalls die besseren Leistungen nach § 2 AsylbLG beanspruchen, allerdings nicht in jedem Fall: Wenn sie zu irgendeinem Zeit-

¹⁹ Vgl. Classen, Das AsylbLG und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum, Stellungnahme zur Anhörung im Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales am 07.02.2011, Kapitel 6, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_Verfassung.pdf

²⁰ Schreiben StS Fritsch an Sozialämter, Krankenscheine zum Quartalsbeginn auszugeben, um zeitnahe Versorgung spontan auftretender Erkrankungen sicherzustellen, <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenscheine-quartalsweise-vorab.pdf>

²¹ Bremer Modell Krankenversichertenkarten nach §§ 4 und 6 AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf

²² OVG Lüneburg 4 M 3551/99 v. 22.9.99, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1463.pdf; VG Berlin 8 A 366/97 vom 4.7.1997, IBIS e.V.: C1347; VG Braunschweig 3 B 67/00 v. 13.4.00, Asylmagazin 7-8/2000, 62, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1540

²³ VG Freiburg 5 K 1594/98 v. 1.9.98, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1456.pdf; VG Hildesheim 3 B 1553/97 Hi v. 9.12.1997; ZfF 2000, 16, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1349.pdf

punkt ihre Aufenthaltsdauer rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, erhalten sie und ihre Kinder dauerhaft nur Leistungen nach §§ 4/6 AsylbLG.²⁴

Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG und nach SGB XII erhalten gemäß **§ 264 SGB V** Chipkarten und Leistungen einer **gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Wahl**. Damit besteht Anspruch auf Krankenbehandlung wie für deutsche gesetzlich Krankenversicherte, so dass beispielsweise auch Einschränkungen beim Zahnersatz unzulässig sind.

Zuzahlungen und Eigenleistungen²⁵

Leistungsberechtigte nach **§ 2 AsylbLG** oder nach **SGB XII**, die gemäß § 264 SGB V Leistungen einer gesetzlich **Krankenversicherung** erhalten, müssen - ebenso wie Sozialhilfeberechtigte, die reguläre Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind - **Zuzahlungen** (10.- € bei Arzt, Apotheke, Krankenhaus etc.) in Höhe von bis zu 2 % des Sozialhilferegelsatzes im Jahr leisten. Seit 01.01.2012 beträgt die 2 % Obergrenze für Alleinstehende und Haushaltsgemeinschaften gleichermaßen 89,76 € (374,- € Regelleistung x 12 Monate x 2 %). Ist der Betrag erreicht, muss die Kasse für den Rest des Jahres einen Befreiungsausweis ausstellen und evtl. geleistete Überzahlungen erstatten.

Gravierender als die Zuzahlungen ist die Tatsache, dass viele Leistungen (nichtverschreibungspflichtige Medikamente, Fahrtkosten zu ambulanter Behandlung, Brillen für Erwachsene u.a.) seit der "Gesundheitsreform" 2004 weder von der Krankenversicherung noch vom Sozialamt übernommen werden sollen. Der Patient soll diese Kosten im Normalfall als **Eigenleistungen** aus seinem Sozialhilfe- bzw. Alg 2-Regelsatz bezahlen. Daraus können sich verfassungsrechtlich problematische Lücken in der Gesundheitsversorgung ergeben. Handelt es sich um einen fortlaufenden unabweisbaren Bedarf, kann dieser als Mehrbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II bzw. § 27a Abs. 4 SGB XII übernommen werden. Ein erheblicher einmaliger unabweisbarer Bedarf kann ggf. nach § 73 SGB XII beim Sozialamt beantragt werden.

Anders ist die Situation bei der Krankenhilfe nach **§§ 4 und 6 AsylbLG**, bei der zwar der Behandlungsumfang selbst in problematischer Weise eingeschränkt ist, aber mangels rechtlicher Grundlage im AsylbLG auch **keine Zuzahlungen oder Eigenleistungen** verlangt werden dürfen! Sofern ein Anspruch auf Behandlung der Krankheit nach §§ 4 oder 6 AsylbLG besteht, sind beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Behandlung notwendige **nichtverschreibungspflichtige Medikamente** und medizinisch notwendige Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung als Leistung nach AsylbLG zu übernehmen.

Ärztliche Begutachtung und Abschiebeschutz

Sowohl zur Durchsetzung eines Anspruchs auf Krankenbehandlung nach dem AsylbLG oder SGB XII als auch zur Geltendmachung eines vorübergehenden oder auch dauerhaften Abschiebungshindernisses nach dem Aufenthaltsgesetz (§ 25 III - V, § 60 AufenthG, vgl. auch die Beispiele in der u.g. Rechtsprechungsübersicht) kann eine qualifizierte fachärztliche Begutachtung erforderlich sein. Diese sollte - je nach Zweck der Begutachtung - für einen medizinischen Laien (der beim Sozialamt, Ausländerbehörde, Verwaltungsgericht tätig) verständlich formuliert folgende Angaben enthalten

- Darstellung von Vorbefunden und eigener Befunderhebung, vor allem bei psychiatrischer Begutachtung: wurde ein Dolmetscher hinzugezogen und wenn ja wer?, **Diagnose**, Entstehung, bisherige Behandlung, langfristige Prognose, mögliche Komplikationen, Schwere der Erkrankung, konkrete physische und psychische Krankheitsfolgen für den Patienten,
- Definition aller voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen zur medizinischen Versorgung (Art und Häufigkeit der notwendigen **Behandlungen**, Kontrolluntersuchungen und dazu ggf. nötige technische Einrichtungen, Medikamente, Hilfsmittel, Angewiesensein auf fremde Hilfe im Alltag, Notwendigkeit einer besonderen Ernährung, zu vermeidende Belastungen etc., ggf. Kosten der Medikamente in Deutschland in €)
- ggf. Prognose im Falle ganz oder teilweise unterbliebener Behandlung (für Ansprüche nach AsylbLG/SGB XII), ggf. Aussage was in diesem Fall normalerweise von der gesetzlichen Krankenkasse geleistet würde
- ggf. **Reisefähigkeit** (Flugtauglichkeit etc.)

²⁴ Vgl. dazu Classen, Eckpunkte zu § 2 AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/eckpunkte_paragraf2_asylblg.doc

²⁵ Zur Problematik der seit 2004 verlangten Zuzahlungen und Eigenleistungen (§§ 61, 62 SGB V; § 38 BSHG, § 48 SGB XII) siehe ausführlich Classen, Die Gesundheitsreform und die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Kommentar_GMG.pdf

- ggf. **Prognose** im Falle ganz oder teilweise fehlender **unterbliebener Behandlung**, Medikamenteneinnahme, Kontrolluntersuchungen usw.
- ggf. **Prognose bei psychischer Erkrankung** für den Fall einer Abschiebung ins Herkunftsland, ob (insbesondere im Falle einer posttraumatischen Belastungsstörung) die Abschiebung als solche (zwangsweise Rückkehr an den Ort des traumaauslösenden Ereignisses) trotz ggf. vorhandener Reisefähigkeit in der Folge zu einer ggf. lebensbedrohlichen Retraumatisierung führt²⁶
- auf Aussagen zu den medizinischen Umständen und Standards im Herkunftsland sollte verzichtet werden, da sonst das Gutachten insgesamt unglaubwürdig wird! (Ausnahme: der Gutachter kennt die aktuellen Verhältnisse im Herkunftsland nachweislich aus persönlicher medizinischer Expertise vor Ort!)

Für die Feststellung eines Abschiebehindernisses ist das Vorhandensein der benötigten **medizinischen Versorgung im Herkunftsland** zu prüfen, sowie die konkrete Zugänglichkeit dieser Leistungen für den Rückkehrer (Frage der Zugänglichkeit für Personen mit normalem/geringem Einkommen, z.B. über kostenlose staatliche Angebote oder ein für den Rückkehrer zugängliches Krankenversicherungssystem etc., ggf. Zugänglichkeit in einer bestimmten Region bzw. für eine bestimmte ethnische Gruppe etc.). **Diese Fragen sind von hier tätigen Ärzten im Regelfall nicht zu beurteilen!** Behörden und Gerichte ziehen hierzu die jeweiligen Lageberichte des Auswärtigen Amtes heran. Darüber hinausgehende Einschätzungen sind ggf. über Berichte und Stellungnahmen einschlägiger in den Herkunftsländern tätige Fachleute bzw. Organisationen in Erfahrung zu bringen (Recherche unter www.ecoi.net).

Ein weiteres Problem ist - vor allem bei hier geborenen Kindern und Personen mit langjährigem Aufenthalt in Deutschland - **fehlende Immunabwehr** gegen im Herkunftsland verbreitete, für Personen ohne entsprechende Immunabwehr lebensbedrohliche Krankheiten (z.B. Malaria). Hier wäre ggf. zu prüfen, ob gegen diese Krankheiten durch Impfungen der erforderliche Schutz erreicht werden kann, und deshalb - vor einer Abschiebung - zunächst diese Impfungen durchzuführen sind (vgl. § 4 Abs. 3 AsylbLG, sowie die Empfehlungen der Impfkommision STIKO unter www.rki.de). In manchen Fällen - z.B. Malaria - gibt es keinen wirksamen Impfschutz, so dass eine Prognose anzustellen ist, mit welcher Wahrscheinlichkeit es durch die fehlende Immunabwehr zu einer lebensbedrohlichen Situation kommt.

Forderungen

- Leistungsberechtigten nach AsylbLG müssen wie gesetzlich Versicherten **Versichertenkarten** vorab zur Verfügung gestellt werden (Bremer Modell)²⁷
- Hilfsweise sind auch ohne Vorliegen einer konkreten Erkrankung Krankenscheine quartalsweise vorab zur Verfügung zu stellen. Hierdurch werden unnötige Verzögerungen von Krankenbehandlungen und die weit überdurchschnittliche (und kostenträchtige) Inanspruchnahme von ärztlichen Notdiensten und Krankenhäusern durch AsylbLG-Berechtigte vermieden. Sozialamtssachbearbeiter sind regelmäßig nicht in der Lage, über einen Krankenbehandlungsbedarf zu entscheiden, dies können auch Ärzte erst nach (gründlicher) Untersuchung und Stellung der Diagnose, bereits hierzu sind aber Krankenscheine unerlässlich.
- Krankenscheine dürfen keine (in der Praxis regelmäßig missverständliche, weil juristisch auslegungsbedürftige) einschränkende Kennzeichnungen des Behandlungsumfangs enthalten.
- Der **Behandlungsumfang** nach AsylbLG muss gesetzlich klargestellt werden, anstelle der bisherigen (missverständlichen) Formulierungen soll ein Verweis auf das SGB V erfolgen.

²⁶ vgl. zur Traumabegutachtung Lindstedt, BAFI-Asylpraxis Bd. 7, S. 97, www.bamf.de/template/publikationen/asylpraxis_pdf/asylpraxis_band_7_teil_06.pdf; Treiber, ZAR 2002, 282 ff.; Wenk-Ansohn u.a. in BAFI-Einzelentscheiderbrief 8-9/2002, S. 3, www.bamf.de/template/publikationen/ee_brief_2002/content_eebrief_2002_08_09.htm - Anforderungen an Gutachten; Ganten-Lange u. a., best-practice-Empfehlungen, Standards für ärztliche/psychotherapeutische Stellungnahmen bei traumatisierten Flüchtlingen, IBIS M4948, www.asyl.net/Magazin/Docs/2004/M-4/4948.pdf; Projektgruppe 'Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen - SPBM, IBIS M1863, www.asyl.net/Magazin/Docs/2002/M-2/1863.doc

²⁷ Bremer Modell Krankenversichertenkarten nach §§ 4 und 6 AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf

- Leistungsberechtigte nach AsylbLG und SGB XII sowie Strafgefangene sind in gleicher Weise wie ArbeitnehmerInnen, Studierende, RentnerInnen und Arbeitslose in die **Pflichtversicherung** der GKV nach § 5 SGB V hilfsweise nach § 264 Abs. 2 SGB V einzubeziehen.
- Die freiwillige Inanspruchnahme von **Vorsorgeuntersuchungen** und **Impfungen** ist - auch im Hinblick auf die Situation in den Herkunftsländern - durch Ausgabe von Krankenscheinen und umfassende Information der Leistungsberechtigten entsprechend § 4 Abs. 3 AsylbLG sicherzustellen.
- Bei der Behandlung aller Leistungsberechtigten nach AsylbLG und nach SGB XII einschl. Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen ist die **freie Arztwahl** sicherzustellen, dies gilt auch für Diagnosestellung und Feststellung des Behandlungsbedarfs.
- Der Behandlungsumfang nach SGB V, SGB XII und AsylbLG muss auch die notwendigen **Dolmetscherkosten** beinhalten (vgl. BVerwG, NJW 1996, 3092, das für § 37 BSHG den Anspruch bestätigt hat).
- Selbstverständnis und gesetzlicher Auftrag der **öffentlichen Gesundheitsdienste** sind zu überprüfen. Flächendeckend sind kostenlose und gesichert anonyme Behandlungsmöglichkeiten für Kranke in akuten Notsituationen (Obdachlose, Prostituierte, Drogenabhängige, illegalisierte Ausländerinnen etc.) unabhängig von Einkommensnachweis, Wohnsitz, Aufenthalts- und Versichertenstatus anzubieten.
- Die Inanspruchnahme notwendiger medizinischer Hilfe darf keinesfalls zu **ausländerrechtlichen Sanktionen** (Meldung an die Ausländerbehörde, Abschiebehaft, Ausweisung oder Abschiebung) führen. Die Übermittlung von Daten an die Ausländerbehörde im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung ist daher gesetzlich zu verbieten.

Literatur

- **Behrens, B., Groß, V.**, Auf dem Weg in ein "normales Leben"? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück 2004 www.equal-saga.info/docs/SPuKRegionalanalyse.pdf
- **Classen, G.**, Das AsylbLG und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum, Stellungnahme zur Anhörung im Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales am 07.02.2011, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_Verfassung.pdf
- **Classen, G.** Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge, Handbuch für die Praxis, 2008, download Volltext www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_Sozialleistungen_fuer_MigrantInnen_und_Fluechtlinge.pdf
- **Classen, G.** Die Gesundheitsreform und die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen, in Barwig/Davy, Auf dem Weg zur Rechtsgleichheit?, Baden-Baden 2004, 233 ff. Aktualisierte Fassung unter www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Kommentar_GMG.pdf
- **Frings, D.** [Sozialleistungen für Unionsbürger/innen nach der VO 883/2004](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings_Sozialleistungen_fuer_Unionsbuergerinnen_nach_der_VO_883_2004.pdf), März 2012, Veröffentlichung vorgesehen in Barwig, Hohenheimer Tage zum Ausländerrecht 2012, Baden-Baden 2012
- **Gierlichs, H.**, Begutachtung psychotraumatisierter Flüchtlinge: Konflikt mit ärztlich-ethischen Belangen, Deutsches Ärzteblatt v. 25.08.03, Seite A-2198 www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=38151
- **Gierlichs, H.**, Leitfaden für Traumagutachten, Januar 2002 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Gierlichs_Traumagutachten.pdf
- **Gierlichs, H. u.a.**, Grenzen und Möglichkeiten klinischer Gutachten im Ausländerrecht, ZAR 2005, 158
- **Ganten-Lange, C.** u.a, best practice Empfehlungen - Standards für ärztliche/psychotherapeutische Stellungnahmen bei traumatisierten Flüchtlingen, 2005 www.asyl.net/Magazin/Docs/2005/M-5/6955.doc
- **Gesundheitsamt Bremen**, Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender, Bericht 08/2011 www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf
- **Groß, Jessica**, Medizinische Versorgung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, Berlin 2005, http://gesundheitspolitik.verdi.de/gesundheitspolitik/medizinische_versorgung_von_menschen_ohne_legalen_aufenthaltsstatus
- **Hohm, K.**, Gemeinschaftskommentar zum AsylbLG, Loseblatt, Luchterhand.

- **Jakober, H.**, Zur ausländerrechtlichen Beurteilung medizinisch-psychologischer Begutachtungen traumatisierter Ausländer, ZAR 2005, 152
- **Lehmann, J.**, Ärztliche Hilfe für "Illegale": eine Straftat nach dem Aufenthaltsgesetz? ZAR 2008, 24
- **Müller, Doreen**, Recht auf Gesundheit? Medizinische Versorgung illegalisierter MigrantInnen zwischen exklusiven Staatsbürgerrechten und universellen Menschenrechten, Zeitschrift des Flüchtlingsrates Niedersachsen, Sonderheft 101, September 2004, 6 € zzgl. Versand, www.nds-fluerat.org
- **Neumann, V.**, Das medizinische Existenzminimum, NZS 2006, 393
- **Robert-Koch-Institut**, Stellungnahme zu den gesundheitlichen Risiken für HIV-positive MigrantInnen bei Ausreise in afrikanische Länder, März 2003, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/RKI_Aidsasyl.pdf
- **Schwarz, K.** Erstattung von Behandlungskosten nach der Eilfallregelung des § 25 SGB XII, Das Krankenhaus (Fachzeitschrift) 11/2009, 1022
- **UNHCR Berlin**, August 2003, Verpflichtung zur Registrierung von neugeborenen Kindern Asylsuchender und Flüchtlinge, www.unhcr.de/unhcr.php/cat/25/aid/837, ZAR 2003, 333

Materialien unter www.fluechtlingsrat-berlin.de

- **Adressbuch Flüchtlingsberatung Berlin** www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/adrflueberatung.pdf
- **Anträge auf Leistungen** nach AsylbLG, SGB II und SGB XII, SGB V: Formularanträge auf Leistungen, Mehrbedarf, Unterkunft, Krankenhilfe, Kleidung, Schwangerschaftsbedarf, Fahrtkosten u.a.; Leistungen der Krankenkasse www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Antraege_AsyblLG_SGBII_XII.pdf
- **Bremer Modell** Krankenversichertenkarten nach § 4 AsylbLG, Chipkarten für alle Asylbewerber, Vertrag nach § 264 Abs. 1 SGB V mit AOK Bremen, ebenso in Hamburg ab Juli 2012
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsyblLG.pdf
- **Classen, G.** Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz. Umfang der Krankenhilfe nach AsylbLG; Zuständigkeit; Krankenhilfe für MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus (*=dieser Text!*)
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylblg.doc
- **Classen, G.** Psychotherapie für Flüchtlinge, Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge einschl. Fahrt- und Dolmetscherkosten nach AsylbLG, SGB V, SGB XII, SGB VIII, OEG, Februar 2011, pdf
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf
- **Classen, G.** Rechtsprechungsübersicht zum Flüchtlingssozialrecht
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/Urteile2.pdf
- **Classen, G.** Sozialleistungen für MigrantInnen nach SGB II, SGB XII und AsylbLG,
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsyblLG.pdf
- **Flüchtlingsrat Berlin:** Medizin in der Abschiebungshaft - Alternativen zum Polizeiärztlichen Dienst, Mai 2010,
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Medizin_Abschiebungshaft.pdf
- **Kath. Forum Illegalität** zu Strafbarkeit, Schweigepflicht und Datenschutz bei der med. Versorgung "Illegaler": VwV AufenthG, ärztliche Schweigepflicht und Verbot der Datenweitergabe, keine Strafbarkeit wegen Beihilfe zu unerlaubtem Aufenthalt, Okt. 2009 http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Kath_Forum_VwV_AufenthG.pdf
- **SenSoz Berlin:** AsylbLG-Krankenscheine quartalsweise vorab, Schreiben v. 02.11.2010 an Sozialämter
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenscheine-quartalsweise-vorab.pdf
- **Sen Soz Berlin**, Erstattung von Krankenhausbehandlung in Notfällen nach § 25 SGB XII. Hinweise und Antragsformulare. März 2011, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Antrag_Noethilfe_P25_SGBXII_Berlin.pdf
- **SenSoz Berlin und SenGes Berlin** Rundschreiben an Krankenhäuser und Sozialämter zur med. Versorgung "illegal" aufhältiger Ausländer: Verbot der Datenübermittlung nach VwV AufenthG bei der Notfallbehandlung, Dez. 2009 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/VwV87AufenthG_SenSozGes_Sozamt_Krhs.pdf
- **Sen Ges Berlin und Sen Inn Berlin:** Duldung, Geburtsurkunden, Behördenzuständigkeit für Schwangere ohne legalen Aufenthalt drei Monate vor und nach der Geburt. Februar 2011
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Duldung_Schwangere_Berlin.pdf

Rechtsvorschriften zur Existenzsicherung und Krankenbehandlung

Zusammenstellung: Georg Classen, Mai 2012

SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende	1
SGB XII - Sozialhilfe	1
AsylbLG - Asylbewerberleistungsgesetz	2
FreizügG/EU- Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern.....	3
Mitgliedschaft bei der GKV	4
Zuzahlungen nach SGB V	6
Umgang der GKV mit Beitragsschulden.....	7
Pflichtversicherung für bisher nicht Versicherte bei der PKV	8
Gesetzliche Unfallversicherung - SGB VII	10
OEG - Gewaltopferentschädigung.....	10
Schwerbehindertenrecht - SGB IX	11

SGB II - Grundsicherung für Arbeitsuchende

§ 7 - Leistungsberechtigte

(1) Leistungen nach diesem Buch erhalten Personen, die

1. das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze nach § 7a noch nicht erreicht haben,
2. erwerbsfähig sind,
3. hilfebedürftig sind und
4. ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben,

(erwerbsfähige Leistungsberechtigte). Ausgenommen sind

1. Ausländerinnen und Ausländer, die weder in der Bundesrepublik Deutschland Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer oder Selbstständige noch aufgrund des § 2 Abs. 3 des FreizügG/EU freizügigkeitsberechtigt sind, und ihre Familienangehörigen für die ersten drei Monate ihres Aufenthalts,
2. Ausländerinnen und Ausländer, deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitsuche ergibt, und ihre Familienangehörigen,
3. Leistungsberechtigte nach § 1 des AsylbLG.

§ 8 - Erwerbsfähigkeit

(1) Erwerbsfähig ist, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

(2) Im Sinne von Absatz 1 können Ausländer nur erwerbstätig sein, wenn ihnen die Aufnahme einer Beschäftigung erlaubt ist oder erlaubt werden könnte. Die rechtliche Möglichkeit, eine Beschäftigung vorbehaltlich einer Zustimmung nach § 39 AufenthG aufzunehmen, ist ausreichend.

SGB XII - Sozialhilfe

§ 23 SGB XII - Sozialhilfe für Ausländerinnen und Ausländer

(1) Ausländern, die sich im Inland tatsächlich aufhalten, ist Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe bei Krankheit, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Hilfe zur Pflege nach diesem Buch zu leisten. ... Im Übrigen kann Sozialhilfe geleistet werden, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist....

(2) Leistungsberechtigte nach § 1 des AsylbLG erhalten keine Leistungen der Sozialhilfe.

(3) Ausländer, die eingereist sind, um Sozialhilfe zu erlangen, oder deren Aufenthaltsrecht sich allein aus dem Zweck der Arbeitsuche ergibt, sowie ihre Familienangehörigen haben keinen Anspruch auf Sozialhilfe. Sind sie zum Zweck einer Behandlung oder Linderung einer Krankheit eingereist, soll Hilfe bei Krankheit insoweit nur zur Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder für eine unaufschiebbare und unabweisbar gebotene Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung geleistet werden.

§ 21 SGB XII - Sonderregelung für Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch

Personen, die nach dem SGB II als Erwerbsfähige oder als Angehörige dem Grunde nach leistungsberechtigt sind, erhalten keine Leistungen für den Lebensunterhalt. ...

§ 25 Erstattung von Aufwendungen Anderer

Hat jemand **in einem Eilfall** einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

§ 48 - Hilfe bei Krankheit

Um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, werden Leistungen zur Krankenbehandlung **entsprechend** dem Dritten Kapitel Fünften Abschnitt Ersten Titel **SGB V** erbracht. Die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 SGB V gehen den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor.

§ 50 Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft

Bei Schwangerschaft und Mutterschaft werden

1. ärztliche Behandlung und Betreuung sowie Hebammenhilfe,
 2. Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln,
 3. Pflege in einer stationären Einrichtung und
 4. häusliche Pflegeleistungen nach § 65 Abs. 1
- geleistet.

§ 52 Leistungserbringung, Vergütung

(1) Die Hilfen nach den §§ 47 bis 51 entsprechen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. ...

AsylbLG - Asylbewerberleistungsgesetz

§ 1 Leistungsberechtigte

(1) Leistungsberechtigt ... sind Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und die

1. eine Aufenthaltsgestattung nach dem AsylVfG besitzen,
4. eine Duldung nach § 60 a des AufenthG besitzen,
5. vollziehbar ausreisepflichtig sind,

§ 2 Leistungen in besonderen Fällen

(1) Abweichend von den §§ 3 bis 7 ist das SGB XII auf diejenigen Leistungsberechtigten entsprechend anzuwenden, die über eine Dauer von insgesamt 48 Monaten Leistungen nach § 3 erhalten haben und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.¹

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(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. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

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

(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des SGB V. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

§ 6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

FreizügG/EU- Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern

§ 2 FreizügG/EU - Recht auf Einreise und Aufenthalt

(2) Gemeinschaftsrechtlich freizügigkeitsberechtigt sind:

1. Unionsbürger, die sich als **Arbeitnehmer, zur Arbeitssuche** oder zur Berufsausbildung aufhalten wollen,

2. Unionsbürger, wenn sie zur Ausübung einer **selbständigen Erwerbstätigkeit** berechtigt sind (niedergelassene selbständige Erwerbstätige), ..

5. **nicht erwerbstätige Unionsbürger** unter den Voraussetzungen des § 4
[=Lebensunterhaltsicherung und Krankenversicherung]

6. **Familienangehörige** ...,

7. Unionsbürger ..., die ein **Daueraufenthaltsrecht** erworben haben.

(3) Das Recht nach Absatz 1 bleibt für Arbeitnehmer und selbständig Erwerbstätige unberührt bei

1. vorübergehender Erwerbsminderung infolge Krankheit oder Unfall,

2. unfreiwilliger durch die zuständige Agentur für Arbeit bestätigter **Arbeitslosigkeit** oder Einstellung einer selbständigen Tätigkeit ...nach mehr als einem Jahr Tätigkeit, ...

Bei unfreiwilliger ... Arbeitslosigkeit nach weniger als einem Jahr Beschäftigung bleibt das Recht aus Absatz 1 während der Dauer von sechs Monaten unberührt.

(5) Für einen Aufenthalt ... von **bis zu drei Monaten** ist der Besitz eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses ausreichend

¹ Frist von 36 auf 48 Monate verlängert durch EU-Richtlinienumsetzungsgesetz 2007.

Mitgliedschaft bei der GKV

Pflichtversicherung bei der GKV für Arbeitnehmer, Alg II-Berechtigte usw.

§ 5 SGB V - Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

1. Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,

2. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen ...

2a. Personen in der Zeit, für die sie Arbeitslosengeld II nach dem SGB II beziehen, soweit sie nicht familienversichert sind, ...

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(5a) Nach Absatz 1 Nr. 2a ist nicht versicherungspflichtig, wer unmittelbar vor dem Bezug von Alg II privat krankenversichert war oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert war und zu den in Absatz 5 [= Selbständige] oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 [= Beamten usw.] genannten Personen gehört oder bei Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätte. Satz 1 gilt nicht für Personen, die am 31.12.2008 nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a versicherungspflichtig waren, für die Dauer ihrer Hilfebedürftigkeit.

Anmeldung durch das Jobcenter zur Pflichtversicherung bei der GKV

§ 175 SGB V - Ausübung des Wahlrechts

(3) Versicherungspflichtige haben der zur Meldung verpflichteten Stelle unverzüglich eine Mitgliedsbescheinigung vorzulegen. Wird die Mitgliedsbescheinigung nicht spätestens zwei Wochen nach Eintritt der Versicherungspflicht vorgelegt, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle [= zB Jobcenter!] den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei der Krankenkasse anzumelden, bei der zuletzt eine Versicherung bestand; bestand vor Eintritt der Versicherungspflicht keine Versicherung, hat die zur Meldung verpflichtete Stelle den Versicherungspflichtigen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 wählbaren Krankenkasse anzumelden und den Versicherungspflichtigen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

Freiwillige Weiterversicherung bei der GKV

§ 9 SGB V - Freiwillige Versicherung

(1) Der Versicherung können beitreten

1. Personen, die als Mitglieder aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind und in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 24 Monate oder unmittelbar vor dem Ausscheiden ununterbrochen mindestens 12 Monate versichert waren; ...

2. Personen, deren Versicherung nach § 10 erlischt....

Familienversicherung bei der GKV

§ 10 SGB V - Familienversicherung

(1) Versichert sind der Ehegatte, der Lebenspartner und die Kinder von Mitgliedern sowie die Kinder von familienversicherten Kindern, wenn diese Familienangehörigen

1. ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben,

2. nicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 1, 2, 3 bis 8, 11 oder 12 oder nicht freiwillig versichert sind,

4. nicht hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind und

5. kein Gesamteinkommen haben, das regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches überschreitet; für geringfügig Beschäftigte ... beträgt das zulässige Gesamteinkommen 400 Euro.

(2) Kinder sind versichert

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,

2. bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind,

3. bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden

...

Krankenbehandlung für Sozialhilfeberechtigte über die GKV

§ 264 SGB V - Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel **SGB XII**, von Empfängern laufender Leistungen nach **§ 2 AsylbLG** und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach **SGB VIII**, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen ...

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse ... zu wählen, ...

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen **Trägern der Sozialhilfe** oder der öffentlichen Jugendhilfe **vierteljährlich erstattet**.

Pflichtversicherung bei der GKV für bisher nicht Versicherte

§ 5 SGB V - Versicherungspflicht

(1) Versicherungspflichtig sind

13. Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben und

a) zuletzt gesetzlich krankenversichert waren oder

b) bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren, es sei denn, dass sie zu den in Absatz 5 [= *Selbständige*] oder den in § 6 Abs. 1 oder 2 [= *Beamten usw.*] genannten Personen gehören oder bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Inland gehört hätten.

(5) Nach Absatz 1 Nr. 1 oder 5 bis 12 ist nicht versicherungspflichtig, wer hauptberuflich selbständig erwerbstätig ist.

(8a) Nach Absatz 1 Nr. 13 ist nicht versicherungspflichtig, wer nach Absatz 1 Nr. 1 bis 12 versicherungspflichtig, freiwilliges Mitglied oder nach § 10 versichert ist. Satz 1 gilt entsprechend für Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel **SGB XII** und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des **AsylbLG**. Satz 2 gilt auch, wenn der Anspruch auf diese Leistungen für weniger als einen Monat unterbrochen wird. ...

(11) ... Angehörige eines anderen Mitgliedstaates der EU, des EWR oder der Schweiz werden von der Versicherungspflicht nach Absatz 1 Nr. 13 nicht erfasst, wenn die Voraussetzung für die Wohnortnahme in Deutschland die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nach **§ 4 FreizügG/EU** ist. Bei Leistungsberechtigten nach **AsylbLG** liegt eine Absicherung im Krankheitsfall bereits dann vor, wenn ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt nach **§ 4 des AsylbLG** dem Grunde nach besteht.

§ 186 SGB V - Beginn der Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger

(11) Die Mitgliedschaft der nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Versicherungspflichtigen beginnt mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Die Mitgliedschaft von Ausländern, die nicht Angehörige eines Mitgliedstaates der EU... oder ... der Schweiz sind, beginnt mit dem ersten Tag der Geltung der Niederlassungserlaubnis oder der Aufenthaltserlaubnis. Für Personen, die am 1. April 2007 keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben, beginnt die Mitgliedschaft an diesem Tag. Zeigt der Versicherte aus Gründen, die er nicht zu vertreten hat, das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht nach den in Satz 1 und 2 genannten Zeitpunkten an, hat die Krankenkasse in ihrer Satzung vorzusehen, dass der für die Zeit seit dem Eintritt der Versicherungspflicht nachzuzahlende Beitrag angemessen ermäßigt, gestundet oder von seiner Erhebung abgesehen werden kann.

Zuzahlungen nach SGB V

§ 60 Fahrtkosten

(1) Die Krankenkasse übernimmt nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten ..., wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Die Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung unter Abzug des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 ... festgelegt hat.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro... Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind ... gegenüber dem Versicherten zu quittieren ...

§ 62 Belastungsgrenze

(1) Versicherte haben ... nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze ... erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke beträgt sie 1 % ... Das Nähere ... bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

(2) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach Absatz 1 ... sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden ... Angehörigen ... um 10 % der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des SGB IV zu vermindern. Für jedes Kind ... sind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 des EStG ergebenden Betrag zu vermindern.... Abweichend von den Sätzen 1 bis 3 ist bei Versicherten,

1. die Hilfe zum Lebensunterhalt ... nach dem SGB XII ... erhalten,
2. bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe ... getragen werden

sowie für den in § 264 genannten Personenkreis als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der VO zur Durchführung des § 28 des SGB XII (Regelsatzverordnung) maßgeblich. Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten, ist ... für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 des SGB II maßgeblich.

(3) Die Krankenkasse stellt dem Versicherten eine Bescheinigung über die Befreiung nach Absatz 1 aus. Diese darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten.

Umgang der GKV mit Beitragsschulden

Die GKV muss bei Anträgen auf **Ermäßigung, Stundung, Niederschlagung oder Erlass** der **Beitragsnachforderung** eine Ermessensentscheidung treffen, was sie erfahrungsgemäß nicht tut, weshalb „übliche“ Ablehnungsbescheide ermessensfehlerhaft (§ 39 SGB I) sind und man schon deshalb rechtlich gegen sie vorgehen kann. Weiterhin sollte man die **Satzung** der betreffenden GKV überprüfen, ob darin die gemäß § 186 SGB V vorgeschriebenen Umgangsmöglichkeiten mit Nachforderungen vorgesehen sind.

Zudem ist bei **Ausländern** zu prüfen, ob überhaupt ein Versicherungstatbestand nach § 5 Abs 1 Nr. 13 SGB V vorlag. Vorteilhaft sein kann es dann, dass ein Ausschluss vorlag: Die AOK stellte zB rechtswidrige Beitragsforderungen für Zeiträume illegalen oder geduldeten Aufenthaltes, obwohl Voraussetzung der Pflichtversicherung nach § 5 Abs 1 Nr. 13 SGB V ja eine AE für mehr als 12 Monate ist. Bei Unionsbürgern liegt kein Versicherungstatbestand nach § 5 Abs 1 Nr. 13 SGB V, wenn diese weder arbeitsuchend noch erwerbstätig waren, sondern zu den "Nichterwerbstätigen" iSd § 4 FreizügG/EU zählten.

Anzuwenden sind die auch für Beitragszahlung von Arbeitgebern etc geltenden, entsprechend allgemein gefassten Regelungen des § 76 SGB IV:

§ 76 SGB IV -Erhebung der Einnahmen

(2) Der Versicherungsträger darf Ansprüche nur

1. stunden, wenn die sofortige Einziehung mit erheblichen Härten für die Anspruchsgegner verbunden wäre und der Anspruch durch die Stundung nicht gefährdet wird,
2. niederschlagen, wenn feststeht, dass die Einziehung keinen Erfolg haben wird, oder wenn die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zur Höhe des Anspruchs stehen,
3. erlassen, wenn deren Einziehung nach Lage des einzelnen Falles unbillig wäre; unter den gleichen Voraussetzungen können bereits entrichtete Beiträge erstattet oder angerechnet werden.

Anspruch auf GKV - Leistungen bei Beitragschulden

§ 16 SGB V - Ruhen des Anspruchs

(3a) Der Anspruch... ruht ... für **Mitglieder** nach den Vorschriften dieses Buches, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen, ausgenommen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind; das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn Versicherte hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches werden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat **das Mitglied** ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Leistungen, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden.

Hinweise:

Auch bei Beitragsrückständen sind **volle Leistungen** zu gewähren, solange der Versicherte hilfebedürftig iSd **SGB II/XII** ist.

Familienversicherte erhalten weiterhin volle Leistungen, denn die Ruhensregelung (Leistungen analog AsylLG) gilt nach dem Wortlaut des § 16 Abs. 3a SGB V (ab 1.8.2009 geltende Fassung) nur noch für das "Mitglied".

Pflichtversicherung für bisher nicht Versicherte bei der PKV

§ 12 VAG - Substitutive Krankenversicherung

(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem 3. Kapitel SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. ...

(1b) Der Versicherer ist verpflichtet, ...

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der GKV versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder § 193 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 VVG gehören, ...

Versicherung im Basistarif zu gewähren. ... Der Antrag darf nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer

1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder

2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt ... darf den Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen. ... Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 ... Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder XII, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach SGB II oder XII auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder XII, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem SGB II oder XII auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem SGB II oder XII, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Alg II in der GKV zu tragen ist.

Fußnoten

§ 12 Abs. 1b Satz 1 VVG: Nach Maßgabe der Entscheidungsformel mit GG Art. 9 Abs. 1 vereinbar gem. BVerfGE v. 10.6.2009 I 2127 - 1 BvR 825/08, 1 BvR 831/08 -

Beschränkung der Beitragszahlung des SGB II/XII Trägers auf die GKV-Sätze ist nichtig gemäß BSG-Urteil vom 18.01.2011, Az: B 4 AS 108/10 R

§ 193 VVG - Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst ... abzuschließen und aufrechtzuerhalten; Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben ... oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel SGB XII sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs ..., wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

..

(4) Wird der Vertragsabschluss später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 beantragt, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten. Dieser beträgt einen Monatsbeitrag für jeden wei-

teren angefangenen Monat der Nichtversicherung, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel eines Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur laufenden Prämie zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Prämienzuschlages verlangen, wenn ihn die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet,

... 2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören ... Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des VAG zu gewähren...

(6) Ist der Versicherungsnehmer ... mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des SGB II oder XII wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger SGB II oder XII zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des SGB V vermerken. ...

Hinweise:

§ 193 Abs. 4 regelt "Prämienzuschlag" rückwirkend frühestens ab 1.1.2009, wenn trotz Versicherungspflicht in der PKV versäumt wurde dies einer PKV anzuzeigen. Er beträgt 6 volle Beiträge sowie für die darüber hinaus gehenden Monate je 1/6 des Monatsbeitrags. Bei Bedürftigkeit nach SGB II/XII berechnet sich der Zuschlag aus dem halbierten Beitrag

Anders als bei der GKV werden nach § 193 Abs. 6 bei Beitragsrückständen auch die Leistungen für Familienangehörige auf AsylbLG-Niveau begrenzt. Wie bei der GKV sind jedoch auch bei Beitragsrückständen **volle Leistungen** zu gewähren, solange der Versicherte hilfebedürftig iSd SGB II/XII ist. Eine Aufrechnung von Beitragsrückständen mit Leistungsansprüchen für die Zeit der Bedürftigkeit ist im Basistarif lt. PKV-Rdschr v. 27.05.09 und lt. Rspr. unzulässig

§ 26 SGB II - Zuschuss zu Versicherungsbeiträgen

(1) Für Bezieherinnen und Bezieher von Alg II oder Sozialgeld, die in der GKV weder versicherungspflichtig noch familienversichert sind und die für den Fall der Krankheit

1. bei einer PKV versichert sind, gilt § 12 Absatz 1c Satz 5 und 6 des VAG,
2. freiwillig in der GKV versichert sind, wird für die Dauer des Leistungsbezugs der Beitrag übernommen; für Personen, die allein durch den Beitrag zur freiwilligen Versicherung hilfebedürftig würden, wird der Beitrag im notwendigen Umfang übernommen.

Der Beitrag wird ferner für Personen im notwendigen Umfang übernommen, die in der GKV versicherungspflichtig sind und die allein durch den Krankenversicherungsbeitrag hilfebedürftig würden.

ALG II und PKV - Jobcenter muss die PKV-Beiträge voll übernehmen

Bundessozialgericht Urteil vom 18.01.2011, Az: B 4 AS 108/10 R

Der Kläger, ein selbständiger Rechtsanwalt ist privat kranken- und pflegeversichert mit einem Beitrag für seine private Krankenversicherung in Höhe von 207,39 EUR. Das Jobcenter bewilligte jedoch nach § 26 Abs. 2 SGB II nur einen Zuschuss zur privaten Krankenversicherung in Höhe von 129,54 EUR monatlich.

So, wie bereits die Vorinstanzen, geht auch das BSG davon aus, dass das Jobcenter dem Kläger die von ihm zu

tragenden Beiträge zu privaten Krankenversicherung in voller Höhe zu erstatten hat.

Stellt man allein auf den Wortlaut der hier einschlägigen Regelungen ab, so das BSG, so hat das Jobcenter die Beiträge zur privaten Krankenversicherung nur in Höhe des ermäßigten Beitragssatzes für Bezieher von ALG II in der gesetzlichen Krankenversicherung von 129,54 EUR zu tragen. Der Kläger kann sich gegenüber seiner PKV aber nicht auf diese Begrenzung berufen, sondern schuldet den vollen Beitrag i. H. v 207,39 EUR.

Insofern liegt eine Gesetzesimmanente Regelungslücke im Sinne einer planwidrigen Unvollständigkeit der gesetzlichen Vorschriften vor. Die planwidrige Regelungslücke bei der Tragung von Beiträgen zur privaten Krankenversicherung von ALG II-Beziehern ist - hinsichtlich der offenen Beiträge - durch eine analoge Anwendung der Regelung für freiwillig in der GKV versicherte Personen zu schließen. Hieraus ergibt sich eine Verpflichtung der Jobcenter zur Übernahme der Beiträge in voller Höhe.

Gesetzliche Unfallversicherung - SGB VII

§ 2 SGB VII - Versicherung kraft Gesetzes

(1) Kraft Gesetzes sind versichert

1. Beschäftigte,
2. Lernende während der beruflichen Aus- und Fortbildung in Betriebsstätten, Lehrwerkstätten, Schulkursen und ähnlichen Einrichtungen,
8. a) Kinder während des Besuchs von Tageseinrichtungen ... sowie während der Betreuung durch geeignete Tagespflegepersonen im Sinne ... des SGB VIII,
b) Schüler während des Besuchs von allgemein- oder berufsbildenden Schulen und während der Teilnahme an unmittelbar vor oder nach dem Unterricht von der Schule oder im Zusammenwirken mit ihr durchgeführten Betreuungsmaßnahmen,
- c) Studierende während der Aus- und Fortbildung an Hochschulen,
9. Personen, die selbständig oder unentgeltlich, insbesondere ehrenamtlich im Gesundheitswesen oder in der Wohlfahrtspflege tätig sind,
13. Personen, die
a) bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten ...
14. Personen, die
a) nach den Vorschriften des SGB II/III der Meldepflicht unterliegen, wenn sie einer ... Aufforderung ... nachkommen, diese oder eine andere Stelle aufzusuchen,
b) an einer Maßnahme [nach SGB II/III] teilnehmen, wenn die Person selbst oder die Maßnahme ... gefördert wird,
17. Pflegepersonen im Sinne des ... SGB XI bei der Pflege eines Pflegebedürftigen ..

§ 8 Arbeitsunfall

(1) Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

(2) Versicherte Tätigkeiten sind auch

1. das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit,

OEG - Gewaltopferentschädigung

§ 1 Anspruch auf Versorgung

(1) Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes ... infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes. ...

(4) Ausländer haben einen Anspruch auf Versorgung,...

1. wenn sie Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EG sind oder ...

3. wenn die Gegenseitigkeit gewährleistet ist.

(5) Sonstige Ausländer, die sich rechtmäßig nicht nur für einen vorübergehenden Aufenthalt von längstens sechs Monaten im Bundesgebiet aufhalten, erhalten Versorgung nach folgenden Maßgaben:

1. Leistungen wie Deutsche erhalten Ausländer, die sich seit mindestens drei Jahren ununterbrochen rechtmäßig im Bundesgebiet aufhalten;

2. ausschließlich einkommensunabhängige Leistungen erhalten Ausländer, die sich ununterbrochen rechtmäßig noch nicht drei Jahre im Bundesgebiet aufhalten.

Ein rechtmäßiger Aufenthalt im Sinne dieses Gesetzes ist auch gegeben, wenn die Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen oder aufgrund erheblicher öffentlicher Interessen ausgesetzt ist. ...

Schwerbehindertenrecht - SGB IX

Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

§ 2 SGB IX - Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben.

Dazu BSG, B 9 SB 2/09 R, U.v. 29.04.2010 Anspruch auf Schwerbehindertenausweis auch für Ausländer mit einer Duldung, InfAuslR 2010, 395, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2341.pdf

Nach § 2 Abs 2 SGB IX sind Menschen nur dann schwerbehindert im Sinne dieses Gesetzes, wenn bei ihnen ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz iS des § 73 SGB IX rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben.

Dabei beurteilt sich die Rechtmäßigkeit des Wohnsitzes von Ausländern wie dem Kläger jedoch nicht nach dem Aufenthaltsrecht, sondern nach dem Sinn und Zweck des SGB IX. Danach hat ein aufenthaltsrechtlich nur geduldeter Ausländer, dessen GdB wenigstens 50 beträgt, Anspruch auf Feststellung seiner Schwerbehinderung, wenn sein **Aufenthalt** in Deutschland **voraussichtlich länger als 6 Monate** andauern wird."

Kristina Schwarz

Erstattung von Behandlungskosten nach der Eilfallregelung des § 25 SGB XII

Die Erstattung der Krankenhausbehandlungskosten für mittellose Patienten stellt Krankenhäuser vielfach vor Probleme. Obwohl zum 1. April 2007 eine umfassende Pflichtversicherung für alle Bürger eingeführt wurde, verbleiben zahlreiche Fälle, in denen Patienten über keinerlei Krankenversicherungsschutz verfügen. Für den Fall der Behandlung mittelloser Notfallpatienten soll § 25 SGB XII dem Krankenhaus als Nothelfer einen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Sozialleistungsträger geben. In der Praxis stellt die Umsetzung dieser Regelung das Krankenhaus vielfach vor unüberwindliche Hürden. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die rechtlichen Grundlagen und Grenzen der Eilfallregelung und kann Krankenhäusern als Stütze bei der Einforderung der Behandlungskosten dienen.

Nothelferregelung

Häufig stellt sich erst nach dem Beginn der Behandlung von notfallmäßig eingelieferten Patienten heraus, dass diese mittellos und nicht krankenversichert sind. Für diesen Fall kann die Eilfallregelung dem Krankenhaus einen nachträglichen Erstattungsanspruch gegen den Sozialhilfeträger geben. § 25 SGB XII sieht insoweit vor, dass jemandem, der in einem Eilfall gegenüber einem anderen Leistungen erbracht hat (Nothelfer), die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, die Aufwendungen in gebotennem Umfang zu erstatten sind.¹⁾ Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb einer angemessenen Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. Wenn ein Krankenhaus folglich als Nothelfer tätig wird, indem es die akute Krankenhausbehandlung eines an sich sozialhilfeberechtigten Patienten übernimmt, kann es die hierfür entstandenen Kosten bei dem örtlich und sachlich zuständigen Sozialhilfeträger zurückfordern. Diese Forderung ist an die Erfüllung der engen tatbestandlichen Voraussetzungen des § 25 SGB XII geknüpft, die von den Gerichten meist einschränkend ausgelegt werden.

Sozialhilferechtlicher Eilfall

Ein Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII ist dann anzunehmen, wenn in einer plötzlichen Notlage unverzüglich gehandelt und geholfen werden muss. Ausschlaggebend ist, ob der dem Nothelfer (Krankenhaus) bekannte Sachverhalt bei objektiver Beurteilung so gelagert war, dass der Nothelfer berechtigterweise davon ausgehen konnte, sofort Hilfe leisten zu müssen.²⁾ Vorausgesetzt wird, dass nach den Umständen des Einzelfalls eine rechtzeitige Einschaltung des Sozialhilfeträgers nicht möglich war. Bei der Einlieferung von Notfällen und unbedinglich akut behandlungsbedürftigen Patienten wird in

der Regel unstreitig zumindest aus medizinischer Sicht von einem derartigen Eilfall auszugehen sein, weil und soweit ein Krankenhaus als Nothelfer durch die bei ihm beschäftigten Ärzte und durch die Einrichtungen des Krankenhauses die notwendige Akuthilfe leistet.³⁾ Das Vorliegen eines medizinischen Eilfalls reicht jedoch für einen Aufwendungsersatzanspruch nach § 25 SGB XII nicht aus. Neben die medizinische muss auch die sozialhilferechtliche Hilfebedürftigkeit treten. Deren Nachweis gestaltet sich weit problematischer.

Hilfebedürftigkeit

§ 25 SGB XII setzt voraus, dass der Träger der Sozialhilfe bei rechtzeitiger Kenntnis des Hilfefalls für die Zeit der Nothilfe Sozialhilfe hätte gewähren müssen. Zu den Leistungen der Sozialhilfe zählt laut § 48 ff. SGB XII auch die Krankenhausbehandlung. Voraussetzung für die Gewährung von Sozialhilfe ist stets, dass eine sozialhilferechtliche Hilfebedürftigkeit des Empfängers vorgelegen hätte. Der Erstattungsanspruch des Krankenhauses als Nothelfer basiert auf diesem Sozialrechtsverhältnis und geht somit von einer grundsätzlichen *Leistungspflicht des Trägers der Sozialhilfe* aus. Ob die Voraussetzungen für eine Hilfestellung nach dem SGB XII vorliegen, muss dabei vom Sozialhilfeträger zunächst zwar gemäß § 20 Absatz 1 SGB X von Amts wegen erforscht werden. Dabei muss der Sozialhilfeträger alle im Einzelfall bedeutsamen Umstände berücksichtigen. Allerdings entbindet diese Pflicht zur Ausforschung des Sachverhalts durch den zuständigen Sozialhilfeträger das Krankenhaus nicht von der Ermittlung der Vermögensverhältnisse des jeweiligen Patienten. Das Bundesverwaltungsgericht⁴⁾ hat insoweit entschieden, dass die Prüfung der Kostensicherheit in einem ordnungsgemäßen Krankenhausbetrieb durch § 25 SGB XII nicht verdrängt wird. Es müssen also seitens des Krankenhauses zumindest Anhaltspunkte für eine mögliche Sozialhilfebedürftigkeit des behandelten Patienten ermittelt werden.



Beweislast

Das Krankenhaus als Nothelfer trägt die materielle Beweislast dafür, dass die Anspruchsvoraussetzungen nach § 25 SGB XII vorlagen und mithin eine sozialhilferechtliche Hilfebedürftigkeit des Patienten bestand. Dieser Grundsatz ist selbst dann anwendbar, wenn die Behörde den Sachverhalt nicht zureichend ermittelt hat. Die Risikoverteilung zulasten des Krankenhauses folgt aus den allgemeinen Beweislastregeln.⁵⁾ Das Risiko der nicht feststellbaren finanziellen Hilfebedürftigkeit eines notfallmäßig behandelten Patienten wird nicht dem Träger der Sozialhilfe, sondern dem Krankenhaus aufgebürdet, da der Gesetzgeber mit § 25 SGB XII keine Haftung des Trägers der Sozialhilfe als Ausfallbürgen normiert hat.⁶⁾ Die Folgen der nicht aufzuklärenden Hilfebedürftigkeit eines Patienten auf die Kostenübernahme sind letztlich vom Krankenhaus zu tragen. Deshalb ist das Krankenhaus gehalten, gewisse Ermittlungen zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen des Empfängers durchzuführen. In vielen Fällen wird es dem Krankenhausträger mangels Kenntnis der finanziellen Situation eines Patienten dennoch kaum möglich sein, dessen sozialhilferechtliche Hilfebedürftigkeit nachzuweisen.

Vor diesem Hintergrund hatte der Bundesgerichtshof (BGH) über die Frage zu entscheiden, ob der Träger eines Krankenhauses von der Bundesrepublik Deutschland nach Enteignungsgrundsätzen eine Entschädigung dafür verlangen kann, wenn er einen mittellosen Patienten als medizinischen Notfall aufgenommen hat, das zuständige Sozialamt aber mangels Feststellung sozialhilferechtlicher Hilfsbedürftigkeit eine Übernahme der Behandlungskosten ablehnt. Der BGH⁷⁾ ließ zwar offen, ob die gesetzlichen Bestimmungen den Krankenhausträger unzumutbar benachteiligen, wies aber darauf hin, dass das geltende Staatshaftungsrecht keine Möglichkeit bietet, einem Krankenhaus einen gesetzlich nicht vorgesehenen Entschädigungsanspruch im Wege richterlicher Rechtsfortbildung zuzugestehen. Die Tatsache, dass wegen fehlender Einsicht in die Vermögensverhältnisse des Patienten dessen sozialhilferechtliche Hilfebedürftigkeit nicht festzustellen ist und das Krankenhaus insofern auf den Kosten der stationären Krankenhausbehandlung „sitzen bleibt“, stellt nach Ansicht des BGH auch keinen enteignungsähnlichen Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb im Sinne des Artikels 14 Absatz 1 Grundgesetz dar.

Als Anspruchsgegner bleibt in derartigen Fällen letztlich nur der Patient selbst. Es sollte daher darauf geachtet werden, dass die Aufnahmeverträge entsprechende Selbstzahlerklauseln⁸⁾ enthalten. Diese können als Anspruchsgrundlage angesehen werden, wenn und soweit ein Patient über keinerlei Krankenversicherungsschutz verfügt, weil Patienten in ihrem eigenen Interesse dafür Sorge tragen müssen, dass ein ausreichender Versicherungsschutz besteht⁹⁾. In vielen Fällen können zumindest Ratenzahlungen mit dem Patienten vereinbart werden.

Nachranggrundsatz

Häufig scheitert ein Aufwendungsersatzanspruch des Krankenhausträgers gegen den Sozialhilfeträger an dem in § 2 Ab-

satz 1 SGB XII normierten Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe. Danach erhält Sozialhilfe nicht, wer sich entweder selbst helfen kann oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält. Das Krankenhaus muss folglich zunächst darlegen können, dass der behandelte Patient seinen Krankenversicherungsschutz nicht aus seinem Einkommen und Vermögen sicherstellen kann. Ist diese Hürde genommen, darf auch kein vorrangiger Anspruch auf Sicherstellung der Krankenversicherung gegen eine gesetzliche Krankenkasse oder einen sonstigen Träger bestehen, weil die Gewährung von Krankenhilfe durch den Leistungsträger des SGB XII nachrangig wäre.

Vorrangige Pflichtversicherung?

In der Praxis kommt es häufig deshalb zu Problemen, weil zwischen Sozialhilfeträgern und gesetzlichen Krankenkassen der Umfang der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 Nr. 3 SGB V für bestimmte Personenkreise streitig ist. Eine vorrangige Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung steht einer Verpflichtung des Sozialhilfeträgers zur Erstattung der Behandlungskosten entgegen.¹⁰⁾ Insbesondere die Einordnung von Leistungsberechtigten nach dem SGB II bereitet Schwierigkeiten. Erwerbsfähige Hilfebedürftige mit gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II. Für die Zeit des SGB-II-Bezuges besteht insofern ein Pflichtversicherungsanspruch nach § 5 SGB V. Nur dann, wenn keine Erwerbsfähigkeit besteht, kommen Ansprüche nach dem SGB XII und somit auch der Aufwendungserstattungsanspruch des Krankenhauses nach § 25 SGB XII in Betracht.

Doch was ist, wenn noch kein Antrag eines an sich erwerbsfähigen Hilfebedürftigen gestellt wurde? Vor Antragstellung nach dem SGB II besteht dem Grunde nach auch keine Pflichtversicherung. Es war bislang umstritten, ob die fehlende Antragstellung einer an sich nach dem SGB II antragsberechtigten Person dazu führen kann, dass der Träger nach dem SGB XII Leistungen erbringen muss. Das Bundessozialgericht

– Anzeige –

JOMOssoft für Transparenz in der Verpflegung!

Das **JOMOssoft** Verpflegungsmanagementsystem sichert optimale Ergebnisse in der Gemeinschaftsgastronomie:

- Speisenmanagement
- Menüwunscherfassung
- Beschaffungsmanagement
- Kostenmanagement

JOMOssoft
GV Beratung Software

JOMO GV-Partner Beratungs- und Software GmbH & Co. KG
info@gvpbs.de • www.gvpbs.de

hat allerdings am 19. Mai 2009¹¹⁾ eine Entscheidung des Landessozialgerichts NRW¹²⁾ dahingehend bestätigt, dass Hilfen zur Gesundheit und damit auch die Anwendbarkeit des § 25 SGB XII für Anspruchsberechtigte nach dem SGB II, die keinen Antrag auf Leistungen nach dem SGB II gestellt haben, nicht generell ausgeschlossen sind. Die Regelung des § 25 SGB XII und damit der Nothelferanspruch des Krankenhauses muss daher analog auch auf Hilfebedürftige anwendbar sein, die an sich nach dem SGB II leistungsberechtigt wären.

Keine bereiten Mittel

Gegenüber dem Sozialleistungsträger kann auch damit argumentiert werden, dass angeblich vorrangige Ansprüche eines Patienten auf Krankenversicherungsleistungen, die erst noch begründet werden müssen, im Fall einer unaufschiebbaren und dringend notwendigen ärztlichen Behandlung keine „bereitstehenden“ Mittel darstellen, die es einem Sozialhilfeträger unter Berufung auf den Nachranggrundsatz erlauben würden, die Leistung von Krankenhilfe und damit auch Nothilfe zu verweigern.¹³⁾

Letztlich ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Frage der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse um einen Streit zwischen zwei Sozialleistungsträgern, nämlich dem Sozialhilfeträger und dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, handelt. § 43 Absatz 1 SGB I bestimmt insofern für den Fall, dass ein Anspruch auf Sozialleistungen besteht und zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist, wer zur Leistung verpflichtet ist, die Möglichkeit der vorläufigen Leistungserbringung des zuerst angegangenen Leistungsträgers.

Kenntnis des Sozialhilfeträgers

Ein weiteres Tatbestandsmerkmal des § 25 SGB XII ist der geforderte Mangel der Kenntnis des Trägers der Sozialhilfe von der Notlage. Es muss sich um einen Hilfefall handeln, von dem der Sozialhilfeträger noch keine Kenntnis hat, für den er aber bei Kenntnis Hilfe geleistet hätte. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des § 25 SGB XII dahingehend, dass nur die Aufwendungen erstattet werden, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe zu erbringen wären. Das Sozialrechtsverhältnis wird nach § 18 Absatz 1 SGB XII aber nicht durch die Antragsstellung im materiellen Sinne begründet, sondern allein durch die Kenntnis des Trägers der Sozialhilfe, dass die Voraussetzungen für eine Hilfestellung vorliegen. Dies ist folglich auch dann der Fall, wenn der Träger der Sozialhilfe Kenntnis von der Krankenhausbehandlung erhält.

Vor diesem Hintergrund ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass der Nothelferanspruch nur für die Zeit bis zur Kenntnis des Sozialhilfeträgers von dem Hilfebedarf besteht.¹⁴⁾ Danach verdrängt der originäre Leistungsanspruch des Hilfesuchenden den Nothelferanspruch, sodass ein Aufwendererstattungsanspruch des Krankenhauses nicht mehr begründet werden kann. Es kommt nur noch ein Sozialhilfeanspruch des Hilfebedürftigen gegen den zuständigen Träger der Sozialhilfe in Betracht. Eine Abtretung dieses Sozialhilfeanspruchs des Patienten an das Krankenhaus zur Sicherung der entstehenden Behandlungskosten wäre sicherlich hilfreich, kommt aufgrund des § 17 Absatz 1 Satz 2 SGB XII aber nicht in Betracht.¹⁵⁾ Eine Anspruchsgrundlage für eigene Zahlungsansprüche des Krankenhausträgers gegen den Sozialhilfeträger besteht ab dessen Kenntnis vom Hilfefall nicht mehr. Möglich wäre nur eine einseitige Kostenübernahmeerklärung¹⁶⁾ des Sozialhilfeträgers ab diesem Zeitpunkt, auf die das Krankenhaus auf jeden Fall drängen sollte. Zur Sicherung der entstehenden Behandlungskosten wäre auch denkbar, seitens der Patienten Einverständniserklärungen dahingehend unterzeichnen zu lassen, dass Ansprüche auf Auszahlung eventueller Sozialhilfeansprüche für die Zeit der stationären Behandlung durch Direktauszahlung an das Krankenhaus befriedigt werden sollen.

Abrechnung nach Fallpauschalen

Wenn die Krankenhausbehandlung als Fallpauschale nach dem DRG-System abgerechnet wird, ergibt sich ein weiterer Aspekt. Wird dem Sozialhilfeträger die Krankenhausaufnahme des potenziellen Hilfebedürftigen mitgeteilt, so beruft er sich in der Regel darauf, dass ab dieser Kenntniserlangung eine Übernahme der Kosten nach § 25 SGB XII nicht mehr in Betracht kommt und nur für die davor liegende Zeit ein Aufwendererstattungsanspruch des Krankenhauses bestehe. Dem könnte jedoch entgegengehalten werden, dass sich aufgrund der Abrechnung als Fallpauschale die gesamte Behandlung als Einheit und der daraus resultierende Kostenanspruch des Krankenhauses als unteilbarer Anspruch darstellt.¹⁷⁾ Insofern bestimmt auch § 9 der Fallpauschalenverordnung (FPV 2009), dass bei Fallpauschalenpatienten, während deren stationärer Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers eintritt, der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet wird, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist. Im Fall der stationären Behandlung eines Sozialhilfebedürftigen tritt ab der Kenntnis des Sozialhilfeträgers von dessen Behandlung ein Kostenträgerwechsel ein: Während zunächst aus dem Gesichtspunkt des Nothelferanspruchs nach § 25 SGB XII der Sozialhilfeträger Kostenschuldner war, ist ab dessen Kenntnis nunmehr der Patient selbst Kostenschuldner gegenüber dem Krankenhaus, da er die erhaltene Sozialhilfe zum Ausgleich der Krankenhauskosten an das Krankenhaus zu zahlen hätte. Aufgrund der Unteilbarkeit der nach Fallpauschalen abgerechneten Behandlungskosten wäre somit jedoch der am Aufnahmetag zuständige Sozialhilfeträger für die Erstattung der gesamten Kosten des Nothelferfalls in Anspruch zu nehmen. Zwar ist diese Problematik noch nicht abschließend

– Anzeige –

Wirtschaftsprüfung
Steuer- und Rechtsberatung
Unternehmensberatung
www.bpgwp.de



Münster – Berlin – Bremen – Köln – Stuttgart



höchststrichtrichlich entschieden,¹⁸⁾ es empfiehlt sich aber, gegenüber den Sozialleistungsträgern bis auf Weiteres diese Argumentation zu verfolgen.

Fristwahrung

Der Antrag auf Erstattung der Behandlungskosten ist nach § 25 Satz 2 SGB XII innerhalb „angemessener“ Frist zu stellen. Die Auslegung dieses unbestimmten Rechtsbegriffs erfolgt je nach den Umständen des Einzelfalls. Als angemessen wurden beispielsweise zehn Tage angesehen.¹⁹⁾ Dem Krankenhaus muss aber zugestanden werden, in angemessener Form und in einem angemessenen zeitlichen Rahmen versuchen zu können, seine Forderung gegenüber dem Patienten selbst oder einem vorrangig in Betracht kommenden Kostenträger durchzusetzen.²⁰⁾ Der Lauf der Frist beginnt daher erst ab der Kenntnis des Nothelfers von der zumindest wahrscheinlichen Sozialhilfebedürftigkeit des Patienten.²¹⁾ Wenn allerdings eine rechtzeitige Benachrichtigung des Trägers der Sozialhilfe nicht aus Gründen der Unvorhersehbarkeit und Eilbedürftigkeit, sondern infolge einer Fehleinschätzung der wirtschaftlichen Lage des Hilfesuchenden unterbleibt, so wird dem Krankenhaus das Irrtums- und Fehleinschätzungsrisiko nicht abgenommen.²²⁾ Gleiches gilt für eine möglicherweise zu gering angesetzte Vorzuschussforderung. Es ist daher zu einer möglichst unverzüglichen Antragstellung zu raten.

Auch die vorsorgliche Anmeldung des Erstattungsanspruchs eines Krankenhauses ist grundsätzlich geeignet, die Frist zu wahren.²³⁾ Diese vorsorgliche Antragstellung kommt zum Beispiel in Betracht, wenn vorrangig noch andere Kostenträger (etwa der Patient selbst oder eine gesetzliche Krankenkasse) angegangen werden sollen; allerdings ist zu beachten, dass die Weiterverfolgung entsprechender Kostenübernahmebegehren ohne weiteres zeitliches Verzögern zu erfolgen hat und der Sozialhilfeträger „auf dem Laufenden“ zu halten ist.

Welches Sozialamt ist zuständig?

§ 25 Satz 2 SGB XII verlangt, dass die Erstattung beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird. Für eine stationäre Leistung, zum Beispiel in einem Krankenhaus, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung, ist gemäß § 98 Absatz 2 Satz 1 SGB XII primär der Träger der Sozialhilfe örtlich zuständig, in dessen Bereich der Leistungsberechtigte seinen *gewöhnlichen* Aufenthalt zum Zeitpunkt der Aufnahme hat oder in den zwei Monaten vor der Aufnahme zuletzt hatte. Die Ermittlung des gewöhnlichen Aufenthaltsorts ist für das Krankenhaus jedoch nicht immer einfach, wenn und weil bei Notfallpatienten in der Regel entsprechende Informationen fehlen. Daher begründet § 98 Absatz 2 Satz 3 SGB XII für Eilfälle eine komplementäre Sonderzuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe, in dessen Bereich sich der Leistungsberechtigte *tatsächlich* aufhält. Dieser Träger hat unverzüglich über die Hilfe zu entscheiden und vorläufig einzutreten mit der Folge, dass er die aufgewendeten Kosten von dem nach § 98 Absatz 2 Satz 1 SGB XII für die stationäre Hilfe an sich zuständigen Träger des gewöhn-

lichen Aufenthalts des Hilfeempfängers, hilfsweise vom überörtlichen Träger, zurückverlangen kann (§ 106 Absatz 1 SGB XII). Sinn dieser Vorleistungszuständigkeit ist, für den Nothelfer in einem Eilfall schnelle und effektive Hilfe durch einen ortsnahen Träger sicherzustellen.²⁴⁾ Krankenhäuser können Anträge auf Übernahme der Behandlungskosten mittel- oder Notfallpatienten, deren gewöhnlicher Aufenthaltsort (zum Beispiel Wohnsitz) nicht bekannt ist, daher bei dem Sozialamt einreichen, in dessen Bereich sich der Patient zum Zeitpunkt der Eilhilfe tatsächlich aufgehalten hat. Dies ist der Sozialhilfeträger am Krankenhausort.

Anmerkungen

- 1) § 25 SGB XII ist analog auch im Asylbewerberleistungsrecht anwendbar, vergleiche LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 20. März 2007, L 23 B 27/06 AY PKH; VGH Bayern, Urteil vom 27. April 2006, 12 BV 04.3020
- 2) OVG Niedersachsen, Urteil vom 13. Januar 1997, 12 L 5245/95 m. w. N.
- 3) LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 29. November 2007, L 23 SO 119/06
- 4) BVerwG, Urteil vom 31. Mai 2001, 5 C 20/00
- 5) BVerwG, Urteil vom 30. Dezember 1996, 5 B 202/95
- 6) LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. November 2007, L 7 SO 5195/06; BVerwG, Urteil vom 28. März 1974, V C 27/73; LSG NRW, Urteil vom 14. November 2007, L 12 SO 14/07; OVG Münster, Urteil vom 16. Mai 2000, 22 A 3534/98; OVG Brandenburg, Urteil vom 4. November 2004, 4 A 167/02
- 7) BGH, Urteil vom 10. Februar 2005, III ZR 330/04
- 8) Siehe „Allgemeine Vertragsbedingungen, Behandlungsverträge und Wahlleistungsvereinbarung für Krankenhäuser“, 8. Auflage 2009, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft
- 9) OLG Saarbrücken, Urteil vom 12. April 2000, 1 U 771/99
- 10) LSG NRW, Beschluss vom 30. Mai 2008, L 20 B 12/08 SOER
- 11) BSG, Urteil vom 19. Mai 2009, B 8 SO 4/08 R
- 12) LSG NRW, Urteil vom 14. November 2007, L 12 SO 14/07
- 13) BVerwG, Urteil vom 29. September 1971, V C 2.71; VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 27. September 1995, 6 S 2522/94
- 14) LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. November 2007, L 7 SO 5195/06; VGH Bayern, Urteil vom 13. Januar 2006, 12 B 03.1174; BVerwG, Urteil vom 2. April 1987, 5 C 67/84
- 15) LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. November 2007, L 7 SO 5195/06
- 16) So empfohlen durch BVerwG, Urteil vom 2. Februar 1998, 5 B 99/97; s.a. VGH Bayern, Urteil vom 13. Januar 2006, 12 B 03.1174
- 17) SG Aachen, Urteil vom 11. November 2008, 5 20 SO 73/07, rechtskräftig
- 18) Vor dem LSG Essen ist unter dem Az. L 20 SO 93/08 ein Verfahren anhängig
- 19) LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 11. Dezember 2007, L 3 SO 25/06
- 20) BVerwG, Urteil vom 14. Juni 2001, 5 C 21/00
- 21) SG Aachen, Urteil vom 20. November 2007, 5 20 SO 67/06
- 22) LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 11. Dezember 2007, L 30 SO 25/06; BVerwG, Urteil vom 31. Mai 2001, 5 C 20/00
- 23) LSG NRW, Urteil vom 25. Februar 2008, L 20 SO 63/07
- 24) BVerwG, Urteil vom 14. Juni 2001, 5 C 21/00; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Dezember 2007, L 7 SO 5195/06; SG Aachen, Urteil vom 24. Januar 2006, 5 20 SO 107/05; OVG Brandenburg, Urteil vom 4. November 2004, 4 A 167/02

Anschrift der Verfasserin

Rechtsanwältin Kristina Schwarz, Sozietät Dr. Rehborn Rechtsanwälte, Westenhellweg 40– 46, 44137 Dortmund

(Vermeintliche) Unaufklärbarkeit der Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Voraussetzung sowohl des originären Anspruchs auf Sozialhilfe als auch des Anspruchs des Nothelfers auf Aufwendungsersatz gemäß § 25 SGB XII ist, dass der Patient im Zeitpunkt der Aufnahme in ein Krankenhaus und während seines Aufenthalts dort „hilfebedürftig“ gewesen ist. Der Nothelfer trägt die materielle Beweislast dafür, dass ein Eilfall vorgelegen hat und dass der Träger der Sozialhilfe bei rechtzeitiger Kenntnis Hilfe gewährt haben würde. Dies schließt die Hilfebedürftigkeit ein.

Fast gebetsmühlenartig werden die Krankenhaussträger als Nothelfer darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber bereits die Regelung des § 121 BSHG, aber auch die Vorschrift des § 25 SGB XII nicht so verstanden hat, dass eine Haftung des Trägers der Sozialhilfe als Ausfallbürge normiert wird und damit dem Nothelfer quasi automatisch ein Ersatzanspruch zustehe, wenn kein anderer Schuldner zur Verfügung steht. Entsprechend den allgemeinen Beweislastregelungen müsse der Nachweis der Hilfebedürftigkeit erbracht werden.

Ausgehend von den gesetzlichen Regelungen besteht zwar nach § 20 Absatz 1 SGB X die Verpflichtung des Sozialhilfeträgers, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln. Nach § 20 Absatz 2 SGB X besteht sogar die Verpflichtung, alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen. Zum Teil drängt sich jedoch bei den Beteiligten der Eindruck auf, dass der Ermittlungsumfang und die Intensität der behördlichen Sachverhaltsaufklärung nicht nur durch sachgerechte Gesichtspunkte beeinflusst werden. Denn die Behörde bestimmt nach § 20 Absatz 1 Satz 2 SGB X Art und Umfang der Ermittlungen selbst. Kann der Nachweis der Hilfebedürftigkeit des Patienten nicht geführt werden, geht dies zu Lasten des Nothelfers. Dies hat eine fehlende Zahlungsverpflichtung des Sozialhilfeträgers zur Folge. Unzureichende Ermittlungen, ja sogar die Untätigkeit des Sozialhilfeträgers privilegiert diesen im Ergebnis in finanzieller Hinsicht, da grundsätzlich der vorleistende Nothelfer das finanzielle Risiko trägt.¹⁹⁾ Auch in Fällen ungenü-

gender Sachverhaltsermittlung ändert sich die materielle Beweislast nicht. Diese von der Rechtsprechung vertretene Auffassung wird durch die Leistungserbringer zu Recht kritisiert.

Dennoch bleibt das Verhalten der Behörde in den geschilderten Fällen unzureichender Sachverhaltsaufklärung nicht unberücksichtigt. Denn es ist anerkannt, und hierauf sollte im gerichtlichen Verfahren ausdrücklich hingewiesen werden, dass dieses Verhalten – wie jedes andere Verhalten eines Beteiligten auch – im Rahmen der Beweiswürdigung berücksichtigt werden kann.²⁰⁾

Ein weiterer Gesichtspunkt ist von wesentlicher Bedeutung: Wann ist der als erforderlich angesehene Nachweis der Hilfebedürftigkeit durch den Nothelfer geführt worden? In den Fällen, in denen die Betroffenen der Behörde – zum Teil bereits über Jahre – bekannt sind und sie Leistungen beziehen, ist der Nachweis der Hilfebedürftigkeit grundsätzlich bereits erbracht oder doch zumindest einfach zu führen.

In der Praxis erweisen sich insbesondere die Fälle als problematisch, in denen die Betroffenen nicht im Leistungsbezug stehen und damit der Träger der Sozialhilfe davon ausgeht, dass Einkommen und/oder Vermögen vorhanden sind. „Von irgendetwas müssen die Betroffenen doch leben“, so der generelle Einwand des Trägers der Sozialhilfe. Ein typischer Beispielsfall liegt dann vor, wenn die Patienten bei der Aufnahme ins Krankenhaus angeben, kein Einkommen oder Vermögen zu haben, sondern vom „Betteln“ zu leben und diese Aussage auf den ersten Blick und damit bestätigt durch das äußere Erscheinungsbild und beispielsweise vorhandene Erkrankungen (zum Beispiel Alkoholabhängigkeit mit Folgeerkrankungen) für den Krankenhausmitarbeiter schlüssig erscheint. Sind die Betroffenen nach dem Krankenhausaufenthalt nicht auffindbar oder für den Träger der Sozialhilfe für weitergehende Nachforschungen nicht erreichbar – soweit überhaupt von intensiven Nachforschungen ausgegangen werden kann –, werden Leistungsablehnungen häufig mit dem fehlenden Nachweis der Hilfebedürftigkeit begründet. Bestehende Zweifel müssten entsprechend den allgemeinen Beweislastregeln zu Lasten des Nothelfers gehen, die Angaben seien widersprüchlich, nicht nach-

vollziehbar und insgesamt nur „sehr dürftig“.

Die Anforderungen an den Nachweis der Hilfebedürftigkeit können zwar grundsätzlich nur in Bezug auf den jeweiligen Einzelfall bestimmt werden, aber generalisierend kann berücksichtigt werden, dass der Betroffene „zu einem Personenkreis (gehört), von dem nicht zu erwarten ist, dass er zur Abwendung von Hilfebedürftigkeit staatliche Hilfe in Anspruch nimmt. Aus der Nichtinanspruchnahme von Hilfe kann daher vorliegend nicht auf mangelnde Bedürftigkeit geschlossen werden. Vielmehr ist es aufgrund der bekannt gewordenen Lebensumstände des Patienten nach Auffassung der Kammer als erwiesen anzusehen, dass bei Herrn (...) alle Voraussetzungen für eine Leistungserbringung vorgelegen haben.“²¹⁾

Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Nothelfer unter anderem auch den Nachweis der Hilfebedürftigkeit des Patienten zu führen hat. Ob der Nachweis

geführt wurde, ist anhand der Umstände des Einzelfalls, aber auch unter Berücksichtigung generalisierender Gesichtspunkte zu entscheiden. Nicht zuletzt kann auch im Rahmen einer Beweiswürdigung berücksichtigt werden, dass bei der Benutzung abgestimmter Formularvordrucke oder bei der Verwendung von durch die Behörde erstellten und vorgegebenen Formularen weitergehende Informationen und Nachweise bei der Krankenhausaufnahme nicht vorgesehen sind. In diesen Fällen dem Nothelfer vorzuhalten, die Informationslage sei sehr dürftig und der Nachweis der Hilfebedürftigkeit sei nicht geführt, ist letztlich auf das Verhalten der Behörde zurückzuführen. Die Mitteilung in einem Feststellungsbogen „kein Einkommen, kein Vermögen, lebe vom Betteln“ kann ausreichend sein.

19) Sehr deutlich beispielsweise: Sozialgericht Aachen, Urteil vom 7. Dezember 2005 – S 19 SO 17/05 unter Bezug auf das Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 2. April 1987 – 5 C 67/84 und OVG Münster, Urteil vom 16. Mai 2000 – 22 A 3534/98

20) Bundesverwaltungsgericht, Beschluss vom 30. Dezember 1996 – 5 B 202.95

21) Vergleiche insoweit Sozialgericht Köln, Urteil vom 19. September 2008 – S 27 SO 103/07 –. Der Rechtsstreit hat sich im Berufungsverfahren LSG NW – L 20 SO 93/08 – durch eine vergleichsweise Regelung der Parteien erledigt.

Angreifbar ist mithin erst die konkrete Entscheidung des Jugendhilfeträgers, einer „eigenen“ Einrichtung den Zuschlag für die Durchführung einer Jugendhilfeleistung zu geben, oder aber schon der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung.

In jedem Fall liegt ein drittbelastender Verwaltungsakt vor, der wie ein solcher mit der Anfechtungsklage (sog. Mitbewerberklage) angefochten werden kann.³² Der Anfechtende muss jedoch eine konkrete eigene Rechtsverletzung, § 42 VwGO, geltend machen. D. h. dem Konkurrenten muss eine eigene Rechtsposition zustehen, die durch die Bewilligung der Jugendhilfeleistungen bei einem anderen Träger beeinträchtigt wird. Deshalb wird auch der bloße Abschluss einer Vergütungsvereinbarung in der Regel nicht zu einer erfolgreichen Anfechtungsklage führen können, da es sich hier allein um die Zulassung neuer Konkurrenten handelt.³³ Da eine einfachrechtliche Rechtsposition, d. h. ein Anspruch auf Belegung der Einrichtung und Zuweisung von Hilfeempfängern, nicht besteht, kann ein subjektives Recht allenfalls aus Art. 12 i. V. m. Art. 3 GG hergeleitet werden. Eine Verletzung dieser Normen ist jedoch nur möglich, wenn der Bewerber (Anfechtender), ohne die rechtswidrige Bevorzugung seines Mitbewerbers, die Begünstigung selbst bekommen hätte oder zumindest ein Recht auf ermessensfehlerfreie Entscheidung über sie besessen hätte.³⁴ Vorliegend müsste also dargelegt werden, dass die einzig rechtmäßige Entscheidung die Zuweisung der Hilfeleistungserbringung an den Anfechtenden hätte sein müssen bzw. die Entscheidung des Jugendhilfeträgers ermessensfehlerhaft war.

32 Vgl. Pietzner/Ronellenfitch, § 16 Rz. 6.

33 Pietzner/Ronellenfitch, a. a. O.; BVerwG, NVwZ 1996, 61 (Leitsatz).

34 Kopp/Schenke, § 42 Rz. 147.

35 BVerwG, NVwZ 1996, 61 (Leitsatz); Ehlers, DVBl. 1998, 497 (502) m. N. a. d. Rspr.

36 Ehlers, a. a. O.

Ein subjektives Abwehrrecht, das eine Konkurrentenklage ermöglichen könnte, wurde auch angenommen, wenn die Kommunalwirtschaft eine monopolistische Tendenz hat oder die privatwirtschaftliche Betätigung in unerträglich Weise einschränkt.³⁵ Die Aussichten einer solchen Klage werden aber als äußerst gering eingeschätzt.³⁶

Fraglich ist im Übrigen, ob die Zulassung eines öffentlichen Trägers in privater Organisationsform als freier Träger nach § 75 SGB VIII ebenfalls im Wege der Anfechtungsklage erreicht werden kann. Hier liegt in der Anerkennung der Verleihung eines besonderen Status, sodass i. S. v. § 31 SGB X ein statusbegründender Verwaltungsakt vorliegt. Durch die generelle Einflussverschiebung bezüglich der Mitwirkungsrechte der freien Träger im „Jugendhilfeebringungs- und Entwicklungsprozess“ kann auch eine Rechtsverletzung der entsprechenden Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte begründet werden. Diese Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte der freien Träger bestehen auch nicht nur im öffentlichen Interesse, eine plurale Jugendhilfe zu erhalten. Sie verleihen gerade auch dem besonderen Status „freier Träger“ eigene Kompetenzen.

Im Ergebnis sind Konkurrentenklagen bezüglich der konkreten Hilfevergabe und der Statusverleihung „freier Träger“ grundsätzlich möglich.

Eine weitere Möglichkeit, das Verhalten der kommunalen Gebietskörperschaft überprüfen zu lassen, wäre, das Einschreiten der Rechtsaufsicht anzuregen. Jedoch besteht hier kein Anspruch auf Seiten des Anregenden, da die Rechtsaufsicht nur im öffentlichen Interesse tätig wird. ■

Berichte

1. Forderungsausfälle bei Krankenhäusern im Falle der Behandlung von Asylbewerbern

Die Kostenübernahme bei stationärer Krankenhausbehandlung von Asylbewerbern ist nach der derzeitigen Rechtslage nicht in jedem Falle sichergestellt.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat im Rahmen einer Umfrage ermittelt, dass Anfang 2000 bei 24 Krankenhäusern Kostenausfälle in Höhe von 1,5 Millionen DM zu verzeichnen waren. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat sich der Problematik mittlerweile angenommen.

In einem Schreiben vom 3.8.2001 (Az: Vc 3-3176-1) an die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zu der Thematik eine Stellungnahme abgegeben. Damit reagierte das Ministerium auf eine Anfrage der Deutschen Kranken-

hausgesellschaft, in der diese Fälle aus der Praxis von Krankenhäusern geschildert hatte, in denen Ausländer wegen einer akut behandlungsbedürftigen Erkrankung oder eines Schmerzzustandes behandelt werden mussten und keine Kostenübernahme durch die für das Asylbewerberleistungsgesetz zuständige Behörde erfolgte.

In dem Schreiben des BMA heißt es weiter:

„Bei der Beurteilung der Frage der Kostenübernahme durch die für das Asylbewerberleistungsgesetz zuständige Behörde sind im Wesentlichen drei Fallgruppen zu unterscheiden:

1. Bei dem zu behandelnden oder behandelten Ausländer liegen die Leistungsvoraussetzungen des Asylbewerberleistungsgesetz vor.

Der zu behandelnde Asylbewerber hat nach § 4 AsylBLG einen Rechtsanspruch auf die medizinisch notwendigen Maßnahmen zur Behandlung seiner akuten Erkrankung

bzw. seines Schmerzzustandes. Die Beurteilung der Frage, was medizinisch notwendig ist, liegt in der Zuständigkeit des Arztes. Der Leistungserbringer, hier das Krankenhaus, hat dem zuständigen Kostenträger die Notwendigkeit der Durchführung einer bestimmten medizinischen Maßnahme zur Behandlung einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustandes vor dessen Durchführung anzuzeigen. Der zuständige Kostenträger ist verpflichtet, die Kosten für die durchzuführende medizinisch notwendige Maßnahme zu übernehmen. Eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung erfolgt im Verhältnis Kostenträger/Leistungserbringer.

Kann die Anzeige durch den Leistungserbringer gegenüber dem zuständigen Kostenträger *nicht vor* Durchführung der medizinisch notwendigen Behandlung erfolgen, weil sie aus zeitlichen Gründen nicht möglich oder aus anderen Gründen nicht zumutbar war, so erhält der Leistungserbringer seine Aufwendungen auf Antrag entsprechend § 121 BSHG erstattet, da die Leistungsvoraussetzungen nach dem AsylbLG vorliegen.

Eine dem § 121 BSHG, der für solche sog. Not-Eilfälle Kostenersatz für den Nothelfer vorsieht, vergleichbare Vorschrift gibt es im Asylbewerberleistungsgesetz nicht. Der dem § 121 BSHG zugrundeliegende Rechtsgedanke, dass derjenige, der in einem Notfall die Hilfe leistet, die die zuständige Behörde bei rechtzeitiger Kenntnisnahme nach dem BSHG gewährt haben würde, seine Aufwendungen ersetzt erhält, muss jedoch im Asylbewerberleistungsgesetz ebenso Anwendung finden. Der Anspruch des Nothelfers auf Ersatz seiner Aufwendungen kann nicht davon abhängen, ob die zuständige Behörde bei rechtzeitiger Kenntnisnahme der hilfebedürftigen Person nach dem BSHG oder nach dem AsylbLG Hilfe hätte gewähren müssen. So auch VG Düsseldorf in seinem Urteil vom 15. Juni 1999, Az.: 22 K 1580/96, mit ausführlicher näherer Begründung, auf die ich Bezug nehme. Das OVG Münster in zweiter Instanz unterstützt die Argumentation des VG Düsseldorf insoweit, lässt die Entscheidung der Rechtsfrage (analoge Anwendung des § 121 BSHG im AsylbLG) jedoch letztendlich dahingestellt sein.

Ich vertrete daher die Auffassung, dass § 121 BSHG im Rahmen des AsylbLG entsprechend anzuwenden ist.

2. Bei dem zu behandelnden oder behandelten Ausländer liegen die Leistungsvoraussetzungen des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht vor.

Das sind z. B. die Fälle, in denen der betreffende Ausländer nicht zum Kreis der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz Leistungsberechtigten zählt oder die medizinische Versorgung über den Leistungsrahmen der §§ 4, 6 AsylbLG hinausgeht.

Liegen die Leistungsvoraussetzungen des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht vor, kann die zuständige Sozialleistungsbehörde (Kostenträger) nicht die Kosten für eine beabsichtigte bzw. eine durchgeführte medizinische Maßnahme übernehmen. Unter diesen Umständen muss sich der Leistungserbringer wegen der Übernahme seiner Kosten direkt und ausschließlich an den Behandelten halten. Die Kostenträger – hier die Länder und die Kommunen – sind insoweit keine Ausfallbürgen zugunsten der Kran-

kenhäuser. Dies ist bei Inländern und ihnen gleichgestellten Personen grundsätzlich – wenn vielleicht auch seltener – ebenso.

3. Bei den zu behandelnden und behandelten Ausländern lässt sich nicht klären, ob die Leistungsvoraussetzungen des Asylbewerberleistungsgesetz gegeben sind, insbesondere mangels erforderlicher Auskünfte des Betroffenen. Sie weisen insoweit auf verweigerter Auskünfte zum Einkommen und Vermögen und/oder, vor allem bei sich illegal aufhaltenden Ausländern, zur Identität hin. Auch in diesen Fällen kann die zuständige Behörde, die an das Gesetz gebunden ist, die Leistungsvoraussetzungen nicht einfach unterstellen, sodass sich auch hier die unter 2. genannten Folgen ergeben. Im Hinblick auf illegal sich aufhaltende Ausländer wäre es auch kontraproduktiv, ohne Aufdeckung der Identität die Kosten zu übernehmen und damit die von Staats wegen nicht akzeptable Illegalität zu unterstützen.

Ich hoffe, Ihnen mit meinen Ausführungen geholfen zu haben. Sollten gleichwohl noch ungeklärte oder weitere Fragen – z. B. zum Übergang des Anspruchs nach dem Asylbewerberleistungsgesetz – auf Ihrer Seite bestehen, stehe ich Ihnen gerne für ein Gespräch zur Verfügung. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie dafür das Problem der Nicht-Durchsetzbarkeit von Forderungen der Krankenhäuser gegenüber Sozialämtern oder den Trägern des AsylbLG anhand von Fallbeispielen näher konkretisieren könnten.

Mit freundlichen Grüßen“

Hinweis:

Die Entscheidung des OVG NW vom 5.12.2000 (Az: 22 A 3164/99), auf die das BMA in seinem Schreiben abstellt, ist in Sozialrecht Aktuell 2001, Seite 109 ff., bereits abgedruckt gewesen.

2. Tätigkeitsbericht 2000 des Bundesversicherungsamts

Im Folgenden sind Auszüge aus dem Tätigkeitsbericht 2000 des Bundesversicherungsamtes abgedruckt.

„...“

Krankenversicherung

...

Häusliche Krankenpflege gemäß § 37 SGB V :

Zahlreiche Pflegedienste haben im Berichtszeitraum darüber geklagt, dass einzelne Krankenkassen den Versicherten angeboten haben, Kosten für eine privat engagierte Pflegekraft zu erstatten, auch wenn diese keine Fachkraft ist.

Sofern die Leistung lediglich im Bereich der einfachen Behandlungspflege liegt, sehen wir darin keinen Rechtsverstoß, der von uns als Aufsichtsbehörde zu verfolgen ist. Der Wortlaut des § 37 Abs. 4 SGB V schränkt die einfache Behandlungspflege nicht auf Fachkräfte ein. Da der Ge-

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Bezirksämter von Berlin
Geschäftsbereiche Soziales
LaGeSo

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

I A 22

Bearbeiter/in:

Frau Schemmerling

Zimmer:

4119

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 2293

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2082

Datum:

23.02.2011

Umsetzung des § 25 SGB XII Krankenhäuser als Nothelfer

Als Anlage übersende ich Ihnen die Hinweise zur Umsetzung des § 25 SGB XII vom 11.02.2011 sowie die dazu gehörenden Vordrucke.

Es handelt sich um den Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII der von den Krankenhäusern einzureichen ist sowie um den dazu gehörenden Fragebogen, der von Patienten ggfs. mit Unterstützung des Krankenhauses auszufüllen ist.

Der ausgefüllte Fragebogen ist von den Krankenhäusern dem Kostenübernahmeantrag beizufügen.

Er dient als Grundlage für eine Prüfung und Entscheidung über eine Kostenübernahme nach § 25 SGB XII .

Die hier vorliegenden Unterlagen wurden unter Einbeziehung bezirklicher Mitarbeiter erarbeitet und mit der Berliner Krankenhausgesellschaft abschließend abgestimmt. Sie widerspiegeln die gegenwärtige Rechtslage.

Die Beachtung dieser Hinweise und die einheitliche Nutzung der Vordrucke sind geeignet, ein einheitliches Verfahren zu installieren und bestehende Rechtsunsicherheiten bei der Anwendung des § 25 SGB XII zu mindern.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft wird die Krankenhäuser über das Verfahren parallel unterrichten, so dass einheitlich ab dem 01.03. 2011 mit der Nutzung der Vordrucke begonnen werden kann.

Im Auftrag
Wolf

Beglaubigt: Schemmerling

Dienstgebäude:
Oranienstraße 106
10969 Berlin



Fahrverbindungen:

- U6 Kochstr., Bus M29
- U8 Moritzplatz, Bus M29
- U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg)
- S1, S2, S25 Anhalter Bahnhof, Bus M29
- Bus M29, 248

Sprechzeiten:

Montag bis Freitag
von 10.00 bis 14.00 Uhr
bzw. nach Vereinbarung

Zahlungen bitte
bargeldlos nur an die
Landeshauptkasse,
Klosterstr. 59
10179 Berlin

Kontonummer
58-1 00
513 480 401
0 990 007 600
10 001 520

Geldinstitut
Postbank Berlin
Berliner Bank AG
Landesbank Berlin
LZB Berlin

Bankleitzahl
100 100 10
100 708 48
100 500 00
100 000 00

Hinweise zur Umsetzung des § 25 SGB XII Krankenhäuser als Nothelfer

Die Beachtung dieser Hinweise soll ein einheitliches Vorgehen bei der Prüfung von Anträgen der Krankenhäuser als Nothelfer im Sinne des § 25 SGB XII durch den Träger der Sozialhilfe/des Trägers des Asylbewerberleistungsgesetzes sichern.

Im Folgenden sind

1. die Rechtslage hinsichtlich des Personenkreises, für die der § 25 SGB XII Anwendung finden kann

und

2. Hinweise zum Verfahren

aufgeführt.

Zu 1.

1.1. Kostenübernahme wegen vorrangiger Ansprüche nicht möglich

Eine Kostenübernahme durch den Träger der Sozialhilfe kommt nicht in Betracht bei

- a) Pflicht- oder freiwilligen Mitgliedern einer gesetzlichen Krankenkasse oder Mitgliedern einer privaten Krankenkasse
- b) Krankenversicherungspflichtigen nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, die ihre Pflichtversicherung noch nicht realisiert haben und daher nicht im Besitz einer Krankenversicherungskarte sind
- c) Personen, die eine Versicherungspflicht im Rahmen des § 193 Abs. 3 VVG haben (Abschluss einer privaten Krankenversicherung) und diese noch nicht realisiert haben
- d) Leistungsberechtigten nach dem 3., 4., 6 oder 7. Kapitel des SGB XII oder nach § 2 AsylbLG, die nach § 264 Abs. 2 - 7 SGB V auftragsweise von einer Krankenkasse betreut werden und im Besitz einer Krankenversicherungskarte sind
- e) Personen mit Anspruch auf eine noch nicht realisierte Familienversicherung
- f) EU – Bürger mit Anspruch auf Leistungen ihrer Krankenversicherung im Heimatland und einer Berechtigung für das Euroformular (früher: Auslandkrankenschein).

Bei deutschen Patienten liegen in der Regel die Voraussetzungen von a. – e. vor. Sofern die Krankenversicherungspflicht noch nicht realisiert wurde, also keine Krankenversicherungskarte vorgelegt werden kann, ist zunächst zu prüfen, ob und wie die Voraussetzungen zu b, c oder e – wenn möglich bereits vor der Behandlung - herbeigeführt werden können.

Um die auch rückwirkend greifende Versicherungspflicht zu realisieren kann von den Krankenhäusern die Anlage zum Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 20.03.2007 „Anzeige zur Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V “ genutzt werden.

In Akutfällen greift die Kostenträgerschaft der Krankenkassen auch dann, wenn rückständige Beiträge verzeichnet werden (vgl. § 16 Abs. 3a SGB V).

Gegebenenfalls ist die zuständige Krankenkasse auf § 186 Abs. 11 SGB V hinzuweisen. Hier ist für rückständige Beiträge die satzungsmäßige Möglichkeit der Stundung oder des Erlasses rückständiger Beiträge bzw. die Vereinbarung einer Ratenzahlung geregelt.

Bei Personen, die der Privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind gilt § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Danach sind auch bei rückständigen Beiträgen Kosten für akute Erkrankungen zu übernehmen, insbesondere wenn Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder SGB XII besteht.

Für ausländische Patienten gelten die Ausführungen entsprechend, wenn es sich um Arbeitnehmer (gesetzliche bzw. private Krankenversicherung), freizügigkeitsberechtigte Staatsangehörige von EU-Mitgliedstaaten (Krankenversicherung oder Versorgung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V) oder Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII aus Drittstaaten (Versorgung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V) handelt.

Ausländische Patienten aus einem EU/EWR – Staat oder der Schweiz sind von den Krankenhäusern aufzufordern, eine deutsche Krankenkasse zu wählen, mit deren Hilfe Leistungsansprüche gegenüber einer bestehenden Krankenversicherung im Heimatland (über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland) realisiert werden kann.

Ein Antrag auf Übernahme der Kosten für künftige Krankenversicherungsbeiträge nach § 32 SGB XII ist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe und für erwerbsfähige Personen beim zuständigen Job - Center zu stellen.

Das Krankenhaus sollte den Patienten zur Realisierung seiner Versicherungspflicht Unterstützung gewähren.

1.2. Kostenübernahme möglich

Liegen die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse nicht vor, kommt die Kostenübernahme durch den Träger der Sozialhilfe in Betracht, wenn die sonstigen Voraussetzungen des § 25 erfüllt sind. Dies wären insbesondere Personen, die im Sinne des 3., 4., 6. oder 7. Kapitel SGB XII leistungsberechtigt sind, einen entsprechenden Antrag auf Hilfe stellen und künftig im Rahmen des § 264 Abs. 2 - 7 SGB V von einer Krankenkasse betreut werden. Aufgrund der Ausweitung der Versicherungspflicht sind hier nur noch Ausnahmefälle denkbar.

Bei Staatsangehörigen von EU-Mitgliedstaaten, die sich nur mit einem Personaldokument vorübergehend hier aufhalten, nachweislich über keinen Krankenversicherungsschutz in ihrem Herkunftsland verfügen und einer Notfallbehandlung bedürfen, kann eine Kostenübernahme durch den Träger der Sozialhilfe in Betracht kommen.

Bei Patienten aus Drittstaaten, die

- eine Aufenthaltsgestattung,
- eine Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 oder § 24 Aufenthaltsgesetz mit dem Zusatz „wegen des Krieges in ihrem Heimatland“,
- eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 Satz 1, Abs. 4a oder Abs. 5 Aufenthaltsgesetz,
- eine Duldung nach § 60a Aufenthaltsgesetz,

- eine Fiktionsbescheinigung nach § 81 Abs. 3 Aufenthaltsgesetz mit dem Zusatz „gilt Abschiebung als ausgesetzt“,
- eine Grenzübertrittsbescheinigung mit ausführlicher Belehrung oder
- eine Pässeinzugsbescheinigung

vorlegen, kommt eine Kostenübernahme durch den Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes in Betracht. Die Zuständigkeit für Personen mit Aufenthaltsgestattung liegt überwiegend bei der Zentralen Leistungsstelle für Asylbewerber, für die übrigen genannten Personengruppen bei den Bezirksämtern von Berlin (nach Geburtsdatenschlüssel).

Sofern die vorgenannten Dokumente Hinweise darauf enthalten, dass eine räumliche Beschränkung auf eine Region außerhalb des Landes Berlin besteht, wäre der dortige Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes bzw. Träger der Sozialhilfe um Kostenübernahme zu ersuchen.

Auch für Patienten, die aus dem Abschiebegewahrsam zur Notbehandlung aufgenommen werden, kommt eine Kostenübernahme durch Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes, in diesem Falle den Bezirksämtern von Berlin, in Betracht.

Dasselbe gilt für Patienten aus Drittstaaten, die bei den Behörden bislang nicht gemeldet sind.

1.3. Allgemeines

Bei den im Fragebogen aufgeführten Angaben handelt es sich um die in einem Regelfall für die weitere Bearbeitung durch die für die Prüfung zuständige Sozialbehörde erforderlichen und grundsätzlich auch ausreichenden Angaben.

Dem Grundsatz des § 25 SGB XII und der darauf beruhenden gegenwärtigen Rechtsprechung folgend, trägt der Krankenhausträger als Antragsteller die Beweislast. Als Nachweis der Mittellosigkeit des Patienten genügt nicht die bloße Behauptung.

Nicht rechtzeitig in Anspruch genommene Möglichkeiten einer vorrangigen Absicherung im Krankheitsfall, die bei Aufnahme im Krankenhaus nach objektiven Maßstäben zu erkennen gewesen wären, können nicht zu einem Anspruch gegenüber dem Träger der Sozialhilfe führen.

Auch der Träger der Sozialhilfe bzw. des Asylbewerberleistungsgesetzes muss von Amts wegen ermitteln, soweit er über die entsprechenden Daten verfügt bzw. sie abfragen kann (z.B. eigene EDV, ARGE, Einwohnermeldeamt, Ausländerbehörde).

Ist die Identität und/oder die Mittellosigkeit des Patienten nicht feststellbar (Nichtaufklärbarkeit des Sachverhaltes) ist der Anspruch abzulehnen. Ausfallbürge ist der Träger der Sozialhilfe bzw. des Asylbewerberleistungsgesetzes ausdrücklich nicht.

Hat der Patient/die Patientin außerhalb der örtlichen Zuständigkeit des angegebenen Trägers der Sozialhilfe seinen/ihren gewöhnlichen Aufenthalt erfolgt nach § 18 Abs. 2 SGB XII die Unterrichtung des zuständigen Trägers der Sozialhilfe.

Übermittlungspflichten gegenüber der Ausländerbehörde bestehen nach § 88 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz i.V.m. Nrn. 88.2.4.0 und 88.2.3. der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum Aufenthaltsgesetz auch dann nicht, wenn personenbezogene Daten durch mit der Abrechnung befasstes Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser eröffnet worden sind, es sei denn, der Ausländer gefährde die öffentliche Gesundheit oder die Daten seien zur Feststellung eines Drogenmissbrauchs erforderlich (vgl. Schreiben der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales – I A 11 – vom 02.12.2010).

Zu 2. Verfahren

2.1. Frist

In Fällen ungeklärter Kostenträgerschaft unterrichtet das Krankenhaus innerhalb einer angemessenen Frist – in der Regel spätestens 3 Wochen nach Abschluss der Behandlung - den zuständigen Träger der Sozialhilfe. Gleichzeitig ist darauf hin zu wirken, dass ein Antrag auf Hilfe zum Lebensunterhalt, ein Antrag auf Kostenübernahme für Krankenversicherungsbeiträge nach § 32 SGB XII oder auf Krankenhilfe zu stellen ist.

2.2. Vordrucke

Für den Antrag auf Kostenübernahme wird das beigefügten Formular empfohlen. Die Anlage zum Antrag ist ein Fragebogen, der mit Unterstützung des Krankenhauses möglichst vollständig vom Patienten auszufüllen ist. Sofern dies nicht möglich ist, sind die Ursachen dafür auf dem Antrag zu vermerken.

2.3. Amtsermittlung, Bescheiderteilung

Nach Vorliegen des Antrages prüft der Träger der Sozialhilfe im Rahmen der Amtsermittlung das Vorliegen der im § 25 SGB XII geregelten Voraussetzungen.

Die Entscheidung über den Erstattungsantrag (Ablehnung oder Bewilligung) ist dem Krankenhaus in Form eines Bescheides mit Rechtsbehelfsbelehrung zu übermitteln.

Anlagen:

- Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII
- Fragebogen (Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII)

Krankenhaus

Bezirksamt von Berlin
Geschäftsbereich Sozialwesen
Straße
1 Berlin

Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII

Am/ vom bis wurde die Patientin/der Patient

Name, Vorname	
Anschrift, gewöhnlicher Aufenthalt	
Geburtsdatum	

in unserem Krankenhaus als unabweisbar aufgenommen und behandelt.

Diesem Antrag sind beigelegt:

- Unabweisbarkeitsbescheinigung
- Rechnung ☐ wird nachgereicht
- der von der Patientin/vom Patienten ausgefüllte Fragebogen zu ihren/seinen persönlichen Verhältnissen
- Kopien der vorhandenen Dokumente zum Fragebogen
- Aufnahme – und Entlassungsbescheinigung ☐ wird nachgereicht

Die Übernahme der Kosten im Rahmen des § 25 SGB XII wird beantragt.

Vermerk des Krankenhauses

- | |
|---|
| ☐ vom Patienten/ von der Patientin konnten keine/ keine weitere Angaben gemacht werden, weil |
| ☐ vom Patienten/ von der Patientin konnte keine eigene Unterschrift geleistet werden, weil |
| ☐ Kopien zum Fragebogen konnten nicht gefertigt werden weil |

Datum, Stempel und Unterschrift des Krankenhauses

Fragebogen

(Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme im Rahmen des § 25 SGB XII)

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

um prüfen zu können, ob bei Ihnen die Voraussetzungen zur Übernahme der aufgrund Ihrer Krankenhausbehandlung entstandenen Kosten durch den Träger der Sozialhilfe vorliegen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurückzugeben. Sollte der vorgegebene Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, setzen Sie diese auf einem gesonderten Blatt fort.

Hinweis: Die Beantwortung aller Fragen ist für die Ermittlung der Anspruchsvoraussetzungen unerlässlich. Die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung bildet § 67 Abs. 1 und 2 SGB X in Verbindung mit §§ 60 bis 65 SGB I. Die erforderlichen Angaben werden als personengebundene Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie des Berliner Datenschutzgesetzes (BlnDSG) gespeichert und behandelt.

	Patient/in	Ehegattin/Ehegatte oder Lebenspartner/in	Kind 1	Kind 2
Name				
Vorname				
Geburtsname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
Geschlecht				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit				
Aufenthaltsstatus				
Beruf				
Anschrift (auch c/o)				
Heimatadresse				
Telefon				

Kopie des Passes oder eines anderen geeigneten Identitätsnachweises bitte beifügen

☐ Kopie nicht möglich, weil

Freizügigkeitsbescheinigung liegt vor

☐ Ja (Kopie bitte beifügen)

☐ nein

Bei minderjährigen Patienten : Name, Geburtsdatum, Anschrift der Eltern

Vater:

Mutter:

Aus welchen Gründen sind Sie nach Deutschland gekommen?
Wurde vor Ihrer Einreise gegenüber der Ausländerbehörde oder einer Auslandsvertretung eine Verpflichtungserklärung abgegeben? (Wollte jemand in Deutschland für Ihren Lebensunterhalt sorgen?)

☐ ja Name, Anschrift

☐ nein

Bis wann wollen Sie in Deutschland bleiben?

Seit wann halten Sie sich in Berlin auf?

Wo haben Sie sich vor dem Zuzug nach Berlin aufgehalten?

Wenn Sie als Tourist nach Deutschland gekommen sind, sich aber schon länger als 3 Monate hier aufhalten, nennen Sie bitte die Gründe dafür:

Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland krankenversichert?

☐ Ja - Name der Versicherung/ Sitz/
Versicherungsland... bitte angeben.
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

☐ Nein

Besteht für Sie die Möglichkeit einer Familienversicherung, obgleich Sie volljährig sind ?

☐ Ja - Name der Versicherung/ Sitz/ Versicherungsland bitte angeben
(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

☐ Nein

Haben Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen?

☐ Ja - Name der Versicherung/ Sitz/
Versicherungsland ...bitte angeben.

(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

☐ Nein

Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Deutschland krankenversichert?

☐ Ja - Name der Versicherung/ Sitz/
bitte angeben.

(Kopie eines Nachweises bitte beifügen)

☐ Nein

Bei Schwangerschaft oder Entbindung:
Name und Anschrift des Kindesvaters

Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in Ihrer Heimat?

Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in Deutschland vor dem Krankenhausaufenthalt?

Haben Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in bzw. (bei minderjährigen Patienten) Ihre Eltern Sozialleistungen beantragt?

☐ ja – bei welcher Behörde?
(Kopie des Antrages bitte beifügen)

☐ nein

Besitzen Sie Vermögen (Bargeld, Sparguthaben, Grundbesitz, PKW usw.) in Ihrer Heimat, in Deutschland oder einem anderen Land?

☐ Ja – in welcher Höhe?

☐ Nein

Bezieht Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in bzw. Ihre (bei minderjährigen Patienten) Eltern Einkommen?

☐ Ja – in welcher Höhe,
welcher Art ☐ versicherungspflichtig

☐ selbständig

☐ Sozialleistungen?

☐ Nein

Besitzt Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in bzw. Ihre (bei minderjährigen Patienten) Eltern Vermögen?

☐ Ja – in welcher Höhe?

☐ Nein

Zahlen Sie Miete für die oben genannte Wohnung?

☐ Ja – in welcher Höhe?

☐ Nein, die Miete wird bezahlt von (Name und Anschrift):

Wie viele Personen leben in der oben genannten Wohnung?

Erklärung des Patienten/ der Patientin

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke im Rahmen eines Antrages auf Kostenübernahme verarbeitet werden und entbinde soweit den Arzt von seiner Schweigepflicht.

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Denkbare Fallkonstellationen zu § 25 SGB XII / § 48 SGB XII / §§ 4 und 6 AsylbLG

- **mittellose illegale Drittstaatsangehörige**
> AsylbLG, Pflichtvers GKV/PKV unmöglich
- **legale AsylbLG-berechtigte Drittstaatsangehörige** (Asylbewerber, Ausländer mit Duldung oder Pässeinzugsbescheinigung, Ausländer mit AE § 25 V oder AE § 25 IV S. 1, ausreisepflichtige Ausländer in Abschiebungshaft usw.). Bei letzter Zuweisung/Wohnsitz außerhalb Berlins Zuständigkeit beachten, s.u!
> AsylbLG, Pflichtvers GKV/PKV unmöglich, nach 4 Jahren evtl. GKV-Karte nach § 264 SGB V
- **mittellose legale Drittstaatsangehörige ohne Anspruch auf GKV** (zB legale **Touristen** in unvorhergesehener Notlage, zB bisher nichtversicherte Ausländer mit AE für 12 oder weniger Monate (diese schließt in der Praxis auch die PKV aus), evtl. bisher nichtversicherte Ausländer mit AE oder NE für mehr als 12 Monate die LU-Sicherung voraussetzt (diese sollte aber die PKV versichern)
> SGB XII, Pflichtvers GKV/PKV unmöglich oder in der Praxis nicht durchsetzbar
- **mittellose Unionsbürger ohne Versicherung im EU-Herkunftsland**, wenn zB in den ersten 3 Monaten, mangels gewöhnlichem Aufenthalts in D, bei zur Arbeitsuche Eingereisten, Selbständigkeit oder wegen § 4 FreizügG/EU GKV und Jobcenter sich weigern Leistungen zu erbringen und eine Versicherung durchzuführen
> SGB XII, Pflichtvers GKV/PKV unmöglich oder in der Praxis nicht durchsetzbar
- **mittellose SGB XII-berechtigte In- oder Ausländer ohne GKV**, auch wenn trotz Anspruchs noch kein Sozialhilfeantrag gestellt wurde
> § 264 SGB XII
- **mittellose SGB II-berechtigte In- oder Ausländer ohne GKV**, wenn trotz Anspruchs noch kein Alg 2 Antrag gestellt hat (BSG vom 19.5.2009, B 8 SO 4/08 R) oder wenn Jobcenter keine Versicherung durchführt
> SGB XII, Pflichtvers GKV nicht rechtzeitig durchsetzbar

Örtliche Zuständigkeit SGB XII/AsylbLG

Krankenhilfe nach § 47 ff. SGB XII: Sozialamt am **Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt**, hilfsweise Sozialamt am letzten tatsächlichen Aufenthaltsort (§ 98 SGB XII).

Wenn Berlin **zwar** zuständig ist, aber keine Meldeanschrift existiert, dann ist ein Bezirksamt nach dem Geburtsdatum des Haushaltsvorstandes zuständig (Obdachlosenregelung).

Krankenhilfe nach §§ 4-6 AsylbLG: Sozialamt am **letzten ausländerrechtlichen Zuweisungsort** (Fortdauer der Zuweisung ist umstritten), hilfsweise Sozialamt am letzten gewöhnlichen bzw. tatsächlichen Aufenthaltsort (§ 10a AsylbLG).

Wenn **Berlin** zuständig ist, werden Leistungen nach AsylbLG für Ausländer mit Duldung, Mit AE nach § 25 V/§ 25 IV S. 1, für Ausreisepflichtige und für illegale immer von einem **Bezirksamt nach Geburtsdatum** (Obdachlosenregelung) erbracht, unabhängig von der konkreten Meldeanschrift!

Leistungen nach AsylbLG für Asylbewerber und für Ausländer in Abschiebehaft werden für ganz Berlin unabhängig von der Meldeanschrift zentral von der **Zentralen Leistungsstelle für Asylbewerber ZLA** beim LaGeSo in der Turmstr. 21 erbracht.

Nach § 16 SGB I und § 18 Abs. 2 SGB XII soll ein **unzuständiges Sozialamt** den Antrag an das zuständige Amt weiterleiten. Dennoch empfiehlt es sich, im Zweifel auch bei weiteren in Frage kommenden Sozialleistungsträgern (auch Krankenkasse) den Anspruch geltend zu machen und diese ggf. im sozialgerichtlichen Verfahren nach § 75 SGG "**beiladen**" zu lassen.

Denkbare Fallkonstellationen EHIC / DVKA

- **Unionsbürger mit fortbestehender Versicherung im EU-Herkunftsland** > evtl ist es möglich eine rückwirkende Versicherung im Herkunftsland realisieren (Nachzahlung Beiträge soll in RO/BG möglich sein)
> ggf EHIC-Ersatzbescheinigung aus Herkunftsland anfordern!
> ggf Ansprüche über www.dvka.de realisieren!
- Ggf analog für Angehörige **anderer Abkommensstaaten**, zB ehem. **Jugoslawien** (außer Kosovo), Türkei, Marokko, Tunesien u.a.
> ggf Ansprüche über www.dvka.de realisieren!

Denkbare Fallkonstellationen Pflichtversicherung für nicht Versicherte § 5 Abs. 1 Nr 13 SGB V

- zB **zur Arbeitsuche neu eingereiste Unionsbürger** ohne Alg 2-Anspruch
- zB bisher im Herkunftsland sozialversicherte, hier **selbständige Unionsbürger**



Siehe auch: Urteil des 8. Senats vom 19.5.2009 - B 8 SO 4/08 R -

Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Pressestelle -
 Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
 Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -460, Fax -474
 e-mail: presse@bsg.bund.de
 Internet: <http://www.bundessozialgericht.de>

Kassel, den 19. Mai 2009

Medieninformation Nr. 18/09

Erstattungsanspruch des Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger bei Notfallbehandlung eines Arbeitslosengeld-II-Berechtigten

Die 12jährige S. wurde im April 2005 stationär im Krankenhaus behandelt. Sie und ihre 40 Jahre alte Mutter hatten zu diesem Zeitpunkt keinen Antrag auf Gewährung von Arbeitslosengeld II nach dem SGB II gestellt. Da die vom Krankenhaus zunächst angegangene Krankenkasse, die die Mutter der S. angegeben hatte, die Übernahme der entstandenen Behandlungskosten wegen fehlender Krankenversicherung ablehnte, wandte sich die Klägerin als Trägerin des Krankenhauses an den beklagten Sozialhilfeträger. Dieser lehnte die Leistung ab, weil S. und ihre Mutter dem Grunde nach leistungsberechtigt nach dem SGB II seien und damit ein Anspruch auf Erstattung von Kosten nach § 25 SGB XII im Rahmen der Nothilfe gegen den Sozialhilfeträger ausscheide.

Der 8. Senat des Bundessozialgerichts hat mit einer Entscheidung vom 19. Mai 2009 - B 8 SO 4/08 R - die Sache mangels ausreichender tatsächlicher Feststellungen zum Versichertenstatus der S. und dazu, ob überhaupt ein Notfall iS des § 25 SGB XII vorlag, an das Landessozialgericht zurückverwiesen. Die Entscheidung des Landessozialgerichts zur grundsätzlichen Anwendbarkeit des § 25 SGB XII wurde indes bestätigt. War S. nicht anderweitig krankenversichert, wären bei Bedürftigkeit Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII zu erbringen gewesen. Die Gewährung dieser Leistungen ist weder nach § 5 SGB II noch nach § 21 SGB XII neben einem Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II ausgeschlossen, wenn es an einem Antrag auf Leistungen nach dem SGB II fehlt.

Hinweise zur Rechtslage:

§ 25 SGB XII Erstattung von Aufwendungen anderer

Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.

§ 21 SGB XII Sonderregelungen für Leistungsberechtigte nach dem Zweiten Buch

Personen, die nach dem Zweiten Buch als Erwerbsfähige oder als Angehörige dem Grunde nach leistungsberechtigt sind, erhalten keine Leistungen für den Lebensunterhalt

...

§ 5 SGB II Verhältnis zu anderen Leistungen

(1) ...

(2) Der Anspruch auf Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach diesem Buch schließt Leistungen nach dem 3. Kapitel des Zwölften Buchs aus ...

Az.: B 8 SO 4/08 R
 Stadt Düren

Krankenhaus D. gem. GmbH ./.. Bürgermeister der

§ 121 BSHG; §§ 3, 4 AsylbLG

Erstattungsanspruch; Nothelfer

Die Erstattungsregelung für Nothelfer des § 121 BSHG ist im Rahmen des Asylbewerberleistungsrechts entsprechend anwendbar.

OVG Berlin, Urteil vom 25. 11. 2004 – 6 B 17.02

Aus den Gründen:

I. Die Klägerin als derzeitige Trägerin des früheren Universitätsklinikums V. verlangt vom Beklagten die Erstattung von 38 125,53 DM (entspricht 19 493,27 €) für die stationäre Behandlung des Herrn S.

Der 1963 geborene, aus Polen stammende Herr S. hielt sich seit 1989 wiederholt zum Zweck der Aufnahme illegaler Arbeit im Bundesgebiet auf und wurde mit Bescheid des Landesinwohneramtes Berlin vom 30. 8. 1991 aus der Bundesrepublik Deutschland ausgewiesen. Am 15. 12. 1997 zog er sich bei der Flucht vor einer polizeilichen Überprüfung durch einen Sturz in den Hof eines Wohnhauses mehrfach schwere Verletzungen zu (Bruch beider Beine, des Beckens sowie inkompletter Querschnitt der Wirbelsäule). Nach einer Erklärung gegenüber dem Deutschen Generalkonsulat in Danzig ist er seither ein Pflegefall.

Herr S. wurde am 15. 12. 1997 als Notfall in das Universitätsklinikum V. aufgenommen, dort am 15. und 18. 12. 1997 operiert und bis zu seiner Verlegung in ein Krankenhaus seines Heimatlandes am 23. 1. 1998 stationär behandelt. In dem am 17. 12. 1997 von der Krankenhausverwaltung aufgenommenen Vordruck Soz III E 2 (Aufnahmebehandlung für das Krankenhaus) gab Herr S. an, er habe seinen Lebensunterhalt in Polen bisher von Gelegenheitsarbeiten bestritten und sich seit dem 12. 12. 1997 besuchsweise bei einem Freund in Berlin aufgehalten.

Mit Schreiben vom 8. 1. 1998 stellte die Klägerin beim Bezirksamt M. von Berlin unter Hinweis auf die Unabweisbarkeit der medizinischen Behandlung des Herrn S. einen Antrag auf Kostenübernahme „wegen vermuteter Hilfebedürftigkeit“. Mit Kurzmitteilung vom 13. 3. 1998 lehnte das Bezirksamt die Kostenübernahme ab und verwies darauf, Herr S. habe in M. keine Sozialhilfe bezogen. Mit Schreiben vom 26. 5. 1998 und 19. 6. 1998 bemühte sich die Klägerin erneut um Übernahme der Kosten der Behandlung und reichte ein Schreiben des Herrn S. vom 25. 5. 1998 ein, in dem dieser das Krankenhaus wegen seiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse darum bat, davon abzusehen, von ihm die Kosten der Behandlung einzufordern.

Der Beklagte lehnte mit Schreiben vom 23. 6. 1998 eine Kostenübernahme wegen der seines Erachtens undurchsichtigen Verhältnisse des Herrn S. erneut ab. Die Klägerin verwies demgegenüber mit Schreiben vom 12. 2. 1999 darauf, sie habe bereits mit Schreiben vom 8. 1. 1998 alle Mitteilungen gemacht, die es dem Beklagten ermöglicht hätten, während der Liegezeit des Herrn S. in Berlin (bis zum 23. 1. 1998) Kontakt zu ihm aufzunehmen und gegebenenfalls selbst die Frage der Bedürftigkeit zu prüfen. Die Kosten der stationären Behandlung bezifferte die Klägerin in ihrem Schreiben vom 27. 5. 1999 abschließend mit 50 213,37 DM.

FEVS 56 [2005]

425

Am 30. 6. 1999 hat die Klägerin beim VG Klage auf Erstattung der Behandlungskosten erhoben. Zur Begründung der Mittellosigkeit des Herrn S. hat sie ein ihr 2001 übermitteltes Aktenkonvolut des Generalkonsulats der Bundesrepublik Deutschland in Danzig zu seinen wirtschaftlichen Verhältnissen vorgelegt. Nach dem der Beklagte erklärt hatte, er sei bereit, die Kosten der gesamten Behandlungsdauer des Herrn S. zu übernehmen, wenn die Klage hinsichtlich der bis zum 10. 1. 1998 entstandenen Kosten Erfolg habe, hat die Klägerin im Verfahren erster Instanz ihr Erstattungsbegehren entsprechend begrenzt.

Das VG hat der Klage stattgegeben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides des Bezirksamtes M. von Berlin vom 23. 6. 1998 verpflichtet, die Kosten der Krankenbehandlung des Herrn S. für die Zeit vom 15. 12. 1997 bis zum 10. 1. 1998 in Höhe von 38 125,53 DM nebst 4 v. H. Zinsen seit dem 30. 6. 1999 zu erstatten.

II. Die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des VG ist unbegründet. Das VG hat zu Recht den Bescheid vom 23. 6. 1998 aufgehoben und den Beklagten zur Erstattung der streitbefangenen Kosten der Behandlung des Herrn S. in der Zeit vom 15. 12. 1997 bis zum 10. 1. 1998 in entsprechender Anwendung von § 121 BSHG verpflichtet. Nach dieser Vorschrift sind demjenigen, der in einem Eilfall einem anderen Hilfe gewährt hat, die der Träger der Sozialhilfe bei rechtzeitiger Kenntnis gewährt haben würde, auf Antrag die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Die Erstattungspflicht gilt nur, wenn der entsprechende Antrag innerhalb angemessener Frist gestellt worden ist.

Zwischen den Beteiligten ist unumstritten, dass Herr S. sich im fraglichen Zeitraum unerlaubt im Bundesgebiet aufgehalten und daher im Falle der Mittellosigkeit keinen Anspruch nach dem BSHG, sondern Anspruch auf Leistungen für eine Krankenbehandlung im Rahmen von § 1 Abs. 1 Nr. 5, § 4 AsylbLG gehabt hätte, wenn er nicht wegen der besonderen Eilbedürftigkeit seiner Behandlung und der Art seiner Verletzungen an einer rechtzeitigen Antragstellung bei dem Beklagten gehindert gewesen wäre. Die Klägerin kann einen eigenen Anspruch auf Erstattung mit Erfolg nur geltend machen, wenn die Regelungen des § 121 BSHG oder die Grundsätze der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag bei einer Notfallhilfe für einen nach dem AsylbLG leistungsberechtigten Hilfesuchenden gelten. Das VG hat mit Recht festgestellt, dass § 121 BSHG hier entsprechend anzuwenden ist und dass die Voraussetzungen dieser Vorschrift erfüllt sind.

Allerdings wendet der Beklagte zur Frage der entsprechenden Anwendung des § 121 BSHG im Rahmen des Asylbewerberleistungsrechts zutreffend ein, dass Leistungen des AsylbLG nicht solche der Sozialhilfe sind (vgl. § 9 Abs. 1 AsylbLG in der hier maßgeblichen Neufassung vom 5. 8. 1997, BGBl. I S. 2022 – Fassung des 1. ÄndG). Dementsprechend wird in der Literatur (Schellhorn, BSHG, 16. Aufl., Teil D – AsylbLG – Vorbemerkung 4) die Auffassung vertreten, Regelungen des BSHG seien im Rahmen des Asylbewerberleistungsrechts nur anzuwenden, soweit dieses Gesetz solche Bestimmungen ausdrücklich für anwendbar erkläre, wie es z. B.

426

FEVS 56 [2005]

in der Fassung vom 5. 8. 1997 in § 2 und § 7 Abs. 3 AsylbLG sowie später aufgrund des 2. AsylbLG-ÄndG in § 7 Abs. 1 Satz 2 AsylbLG geschehen ist. Dem ist im Grundsatz zuzustimmen, soweit es um Ansprüche des Hilfesuchenden selbst geht.

Auch der erkennende Senat hat bei der Frage der Ausgestaltung von Ansprüchen des Hilfesuchenden einen Rückgriff auf Vorschriften des BSHG ohne ausdrückliche Verweisung im AsylbLG grundsätzlich abgelehnt (vgl. z. B. zur Anwendbarkeit von § 120 Abs. 3 BSHG: FEVS 46, 426 = NVwZ-Beilage 1996, 20). Der Gesetzgeber hat die Regelung von sozialen Hilfen für bestimmte, in § 1 AsylbLG enumerativ aufgezählte Gruppen von Ausländern aus dem Anwendungsbereich des § 120 BSHG herausgelöst und mit der Absicht eigenständig gefasst, die Ansprüche zu begrenzen, um damit den Anreiz zum Zuzug bzw. zum Verbleib in der Bundesrepublik Deutschland zu mindern (vgl. z. B. BTDrs. 12/4451 S. 5 sowie 12/5008 S. 2 und S. 13 f.). Daher besteht in der Regel kein Anlass, auf Vorschriften des BSHG zurückzugreifen, auf die im AsylbLG nicht Bezug genommen wird.

Hier geht es jedoch nicht um Ansprüche eines hilfebedürftigen Ausländers, die mit dem AsylbLG aus den vorgenannten Gründen besonders geregelt worden sind, sondern um Ansprüche eines Dritten, der nach Art der Geschäftsführung ohne Auftrag in einem dringenden Notfall die Leistungen erbracht hat, die der Träger der Leistungen des AsylbLG bei rechtzeitiger Kenntnis nach § 4 AsylbLG (Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände) selbst hätte gewähren müssen. Sinn und Zweck des Asylbewerberleistungsrechts gebieten es in einem solchen Falle nicht, von einer entsprechenden Anwendung des § 121 BSHG als einer spezialgesetzlichen Ausprägung der auch im öffentlichen Recht anerkannten Geschäftsführung ohne Auftrag abzusehen (vgl. zur Anerkennung von Ansprüchen aus den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag im öffentlichen Recht z. B. BVerwG, Buchholz 111 Art. 26 EV Nr. 3 und Buchholz 11 Art. 89 GG Nr. 4 sowie BVerwGE 80, 170). Der Ausländer, dem von dritter Seite Nothilfe geleistet worden ist, wird von der entsprechenden Anwendung der Erstattungsvorschrift des § 121 BSHG nicht unmittelbar begünstigt, denn er selbst erhält von dem Dritten nur die Leistungen, die bei der Möglichkeit rechtzeitiger Antragstellung vom Träger der Hilfe nach § 4 AsylbLG ohnehin hätten gewährt werden müssen.

Entscheidend für die entsprechende Anwendung des § 121 BSHG ist allein, ob der Dritte, der als Nothelfer für den Träger der Leistungen nach dem AsylbLG mit einer medizinischen Versorgung gleichsam in Vorlage getreten ist, Erstattung der Kosten verlangen kann, für die dieser Träger bei rechtzeitiger Kenntnis einen sog. Krankenschein oder eine Kostenübernahmezusage erteilt haben würde. Aus Sinn und Zweck des AsylbLG ergibt sich kein Anhaltspunkt dafür, den Dritten schlechter zu stellen als im Recht der Sozialhilfe nach dem BSHG. Die Regelung des § 121 BSHG entspricht allgemeinen fürsorgerechtlichen Grundsätzen. Sie ist in das BSHG aufgenommen worden, nachdem es zuvor in verschiedenen Ländern schon Einzelvorschriften dieser Art gegeben hatte (vgl. Mergler/Zink, BSHG, 4. Aufl., § 121 Vorbemerkung I 1). Bereits das Reichsgericht hat sich in Entscheidungen aus dem Jahre 1936 mit Erstattungsansprüchen von Krankenhäusern gegen Fürsorgeverbände we-

gen der Behandlung Hilfebedürftiger nach den Gesichtspunkten der Geschäftsführung ohne Auftrag befasst (RGZ 150 S. 81 und 243). Sinn des § 121 BSHG ist es, die spontane Hilfsbereitschaft von Nothelfern im Interesse von in Not geratenen Menschen zu erhalten und zu stärken (Regierungsentwurf, BTDrs. III/1799 S. 617 zu § 114 sowie BVerwG, FEVS 44, 89 [91] = NVwZ 1993, 994).

Es ist nicht einsichtig, dass § 121 BSHG – wie der Beklagte meint – nur bei Anspruchsberechtigten nach § 2 AsylbLG; also bei Personen gelten soll, auf die das BSHG entsprechend anzuwenden ist. Für ausländische Hilfesuchende nach dem BSHG gilt § 120 BSHG, der die Ansprüche Dritter nicht regelt, sondern nur Art und Umfang der Ansprüche des Hilfesuchenden selbst. Entsprechende Ansprüche hat der Hilfesuchende i. S. v. § 2 AsylbLG anstelle der geminderten Leistungen nach §§ 3 bis 7 AsylbLG. Eine unmittelbare Anwendbarkeit der die Ansprüche Dritter betreffenden Vorschrift des § 121 BSHG folgt daraus nicht. Sowohl für Anspruchsberichtigte nach § 2 AsylbLG als auch für solche nach §§ 3 ff. AsylbLG stellt sich daher die Frage, ob über ihren Wortlaut hinaus § 121 BSHG entsprechend heranzuziehen ist (vgl. zum Anspruch nach § 2 AsylbLG auch VGH Kassel, B. v. 9. 5. 2001, in GK-AsylbLG VII zu § 2 Abs. 1 [VGH – Nr. 28]).

Der Sinn des § 121 BSHG, durch Kostenerstattungsansprüche die Hilfsbereitschaft Dritter zu stärken, erfüllt sich sowohl im Rahmen von Leistungen nach § 2 AsylbLG als auch solchen nach §§ 3 ff. AsylbLG ebenso wie im Rahmen des BSHG. In all diesen Fällen geht es um Kostenerstattung für die Leistungen, die bei der Möglichkeit rechtzeitiger Mitteilung bzw. Antragstellung, also ohne Notfall, ohnehin vom Träger der öffentlichen Leistungen hätten erbracht werden müssen (für die entsprechende Anwendbarkeit des § 121 BSHG auch außerhalb der Anspruchsberechtigung nach § 2 AsylbLG: OVG Lüneburg, NDV-RD 2004, 15 sowie OVG Münster, FEVS 53, 353 – „dürfte anwendbar sein“). Da mit § 121 BSHG eine sachnahe Regelung gegeben ist, die von derselben Interessenlage des Dritten ausgeht wie sie auch im Asylbewerberleistungsrecht besteht, bedarf es nicht des Rückgriffs auf die allgemeinen Vorschriften der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag, vielmehr ist auch im Bereich des AsylbLG § 121 BSHG entsprechend heranzuziehen.

Zu Recht hat das VG auf der Grundlage der entsprechenden Anwendbarkeit des § 121 BSHG festgestellt, dass die Anspruchsvoraussetzungen dieser Vorschrift erfüllt sind. Es lag unstreitig ein medizinischer Eilfall vor, für dessen Kosten der Beklagte als Träger der Leistungen nach dem AsylbLG bei rechtzeitiger Antragstellung gemäß § 4 AsylbLG gegenüber dem Behandlungsbedürftigen unmittelbar hätte eintreten und die Übernahme der notwendigen Kosten hätte veranlassen müssen. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der Behandlung ist ebenso unbestritten wie die Höhe der entstandenen Kosten. Anhaltspunkte für eine andere Einschätzung gibt es nicht. Anerkannt ist, dass auch Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft Ansprüche nach § 121 BSHG geltend machen können, obwohl sie zur Behandlung verpflichtet sind, denn es besteht für sie nicht die Pflicht, die Kosten selbst zu tragen (vgl. z. B. BVerwGE 114, 326 = FEVS 53, 97).

= § 255 S. 1 Nr. 1

Nach den eigenen Angaben des Herrn S. bei der Aufnahmebehandlung am 17. 12. 1997 und in seinem Brief an die Klägerin vom 25. 5. 1998 sowie nach den von der Klägerin vorgelegten Berichten des Deutschen Generalkonsulats in Danzig zur persönlichen und wirtschaftlichen Lage des Herrn S. ist nicht ernstlich zweifelhaft und wird auch vom Beklagten nicht mehr in Zweifel gezogen, dass dieser seinerzeit weder krankenversichert noch aus eigenen Mitteln in der Lage war, die Kosten der Krankenhausbehandlung selbst zu entrichten. Das bedeutet, dass der Beklagte ihm bei rechtzeitiger Kenntnis vom Notfall Krankenhilfe nach § 4 AsylbLG hätte leisten müssen.

Die Klägerin hat den Antrag auf Kostenerstattung auch i. S. v. § 121 Satz 2 BSHG innerhalb angemessener Frist gestellt. Der Beklagte rügt insoweit allerdings, dass die Klägerin erst nach Ablauf von drei Wochen Mitteilung von dem Hilfefall gemacht hat. Herr S. ist bereits am 15. 12. 1997 in das Krankenhaus aufgenommen worden; am 17. 12. 1997 fand die sog. Aufnahmebehandlung statt, aber erst am 8. 1. 1998 hat die Klägerin die Mitteilung über die vermutete Mittellosigkeit des Herrn S. per Fachpost an den Beklagten abgesandt. Es kann dahinstehen, ob diese Verfahrensweise den Anforderungen der höchstgerichtlichen Rechtsprechung zur angemessenen Frist entspricht (vgl. dazu z. B. BVerwGE 37, 133 = FEVS 18, 121). Denn der Beklagte hat mit der Rechtsvorgängerin der Klägerin, der Freien Universität Berlin als Trägerin auch des damaligen Klinikums V, die Vereinbarung vom 20. 7. 1974 abgeschlossen, die eine eigenständige Regelung zur angemessenen Frist enthält. Dort heißt es unter II. Nr. 8: „Wird ein Patient als unabweisbar aufgenommen, der sich bei der Aufnahme für zahlungsunfähig erklärt, sodass Hilfebedürftigkeit zu vermuten ist, so ist der zuständigen Behörde grundsätzlich innerhalb von drei Wochen nach dem Aufnahmetag die Aufnahmebehandlung nach Vordruck (Soz III E 2 – Anlage 2 –) mit der Bitte um Kostenübernahme zu übersenden. Eine Überschreitung dieser Frist ist nur in eingehend begründeten Ausnahmefällen zulässig.“

Die Dreiwochenfrist hat die Klägerin mit der Übersendung des entsprechenden Vordrucks am 8. 1. 1998 für die Zeit seit Aufnahme des Herrn S. am 15. 12. 1997 nicht eingehalten; bezogen auf den 15. 12. 1997 endete die Frist bereits am Montag, dem 5. 1. 1998. Es ist jedoch zu berücksichtigen und ergibt sich ohne besondere Begründung seitens der Klägerin, dass Herr S. schwerst verletzt eingeliefert und zweimal operiert worden ist, sodass es glaubhaft erscheint, dass die Aufnahmebehandlung mit der Feststellung seiner von ihm behaupteten Mittellosigkeit nicht vor dem 17. 12. 1997 durchgeführt werden konnte. Es kommt – wie bereits das VG ausgeführt hat – hinzu, dass sich die zur bürokratischen Bearbeitung zur Verfügung stehende Zahl der Werktage wegen der Weihnachts- und Neujahrsfeiertage verkürzte. Der 24. 12. 1997 und der 31. 12. 1997 fielen jeweils auf einen Mittwoch, sodass neben diesen beiden nur eingeschränkt zur Bearbeitung nutzbaren Tagen drei weitere Werktage – nämlich der 25. und der 26. 12. 1997 sowie der 1. 1. 1998 – zur Bearbeitung fehlten. In Kenntnis dessen hat sich der Beklagte zunächst mit seinem Schreiben vom 13. 3. 1998 und dem Bescheid vom 23. 6. 1998 sowie auch mit seinen in erster Instanz eingereichten Schriftsätzen auf eine Versäu-

mung der vereinbarten Frist nicht berufen. Das ist erst mit der Begründung des Antrags auf Zulassung der Berufung (Schriftsatz vom 16. 8. 2002) geschehen und vermag nicht zu überzeugen.

§ 51 SGG; §§ 40, 123 VwGO

Einstweilige Anordnung; Gerichtliche Zuständigkeit; Rechtsänderung

In sozialhilferechtlichen Streitigkeiten sind die Verwaltungsgerichte seit dem Außer-Kraft-Treten des BSHG und des GStG und dem In-Kraft-Treten der Neuregelungen in SGB II und XII, ferner der Änderung des AsylbLG und der Übertragung des Rechtsschutzes in diesen Rechtsgebieten auf die Sozialgerichte – jeweils mit Wirkung ab dem 1. 1. 2005 – nicht mehr befugt, in diesen Rechtsgebieten vorläufigen Rechtsschutz zu gewähren. Insoweit sind nunmehr die Sozialgerichte zuständig. Das gilt in der Regel auch in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes, die bereits vor dem 1. 1. 2005 bei den Verwaltungsgerichten anhängig gewesen sind und mangels Übergangsvorschriften zur Änderung des Rechtswegs dort anhängig geblieben sind.

OVG Lüneburg. Beschluss vom 18. 1. 2005 – 4 ME 541/04

Aus den Gründen:

I. Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung der Antragsgegnerin, Kosten für die ambulante Betreuung des Antragstellers zu übernehmen. Mit Beschluss vom 12. 11. 2004 hat das VG den am 25. 10. 2004 gestellten Antrag des Antragstellers auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes und auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe abgelehnt. Hiergegen richtet sich die Beschwerde des Antragstellers.

II. Die zulässige Beschwerde gegen die Versagung der begehrten Prozesskostenhilfe ist nicht begründet.

Entgegen der Meinung des Antragstellers ist eine gemeinsame Entscheidung über den Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und über den Antrag auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes im Hinblick auf die Eilbedürftigkeit der Entscheidung über den Hauptantrag zulässig (OVG Lüneburg, B. v. 19. 9. 2000 – 4 M 2653/00; VG Kassel, B. v. 9. 10. 1989; NVwZ-RR 1990, 223; VG Mannheim, FEVS 44, 475; OVG Hamburg, B. v. 13. 2. 1996 – Bs IV 313/95, DVBl. 1996, 1318). Die Entscheidungen des BVerfG vom 2. 3. 2000 – 1 BvR 2224/98, NJW 2000, 2089, und vom 7. 4. 2000 – 1 BvR 81/00, NJW 2000, 1936, sagen hierzu nichts anderes, da sie nicht Eilverfahren betreffen. Dass das VG hier die Entscheidung unangemessen verzögert hätte und deshalb etwas anderes gelten könnte, ist nicht ersichtlich.

Das VG hat eine für die Bewilligung von Prozesskostenhilfe erforderliche hinreichende Erfolgsaussicht des Rechtsschutzbegehrens des Antragstellers (§ 166 VwGO i. V. m. § 114 Abs. 1 ZPO) für den Zeitpunkt seiner Entscheidung zu Recht

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg

Beschluss (nicht rechtskräftig)

Sozialgericht Berlin S 47 AY 44/06

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg L 23 B 27/06 AY PKH

Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 31. Oktober 2006 wird zurückgewiesen.

Gründe:

Die zulässige Beschwerde gegen den die Bewilligung von Prozesskostenhilfe und Anwaltsbeordnung ablehnenden Beschluss des Sozialgerichts Berlin ist nicht begründet.

Das Sozialgericht hat der Klage, die auf Übernahme der Kosten einer stationären Behandlung in der Zeit vom 18. April bis 06. August 2004 gerichtet ist, im Ergebnis zu Recht keine hinreichende Aussicht auf Erfolg beigemessen (§ 73 a Sozialgerichtsgesetz SGG, § 114 Zivilprozessordnung ZPO).

Dem Kläger sind Kosten einer stationären Behandlung schon nicht entstanden. Ein Anspruch des Klägers gegen den Beklagten auf Übernahme der Kosten für seine Behandlung im W-Klinikum in der Zeit vom 18. April bis zum 06. August 2004 gemäß §§ 4 oder 6 Asylbewerberleistungsgesetz AsylbLG besteht nicht. Sowohl die Leistungen nach § 4 AsylbLG (Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen) als auch die Leistungen nach § 6 AsylbLG (Leistungen bei chronischer Erkrankung, soweit sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind), sind Sachleistungen (§ 4 Abs. 3 Satz 1 AsylbLG, § 6 Abs. 2 AsylbLG), die der Beklagte nach Abschluss der Behandlung nicht mehr erbringen kann. Die Behandlung ist erfolgt, ein zu befriedigender Bedarf besteht nicht mehr.

Die Übernahme von Kosten für den Behandlungszeitraum bis zur Kenntniserlangung der Beklagten vom Hilfebedarf ist ausgeschlossen. Die ärztliche Behandlung ist erfolgt, der diesbezügliche Bedarf gedeckt. Das Klinikum kann sich in analoger Anwendung des im streitgegenständlichen Zeitraum geltenden § 121 Bundessozialhilfegesetz \226 BSHG \226(jetzt: § 25 SGB XII) bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen mit seinem eigenen Anspruch an den Hilfeträger wenden (Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, Rz. 2 zu § 4 AsylbLG).

Für den Behandlungszeitraum ab Kenntniserlangung durch den Beklagten ist ein Kostenübernahmeanspruch des Klägers ebenfalls ausgeschlossen, wobei dahingestellt bleiben kann, ob zu diesem Zeitpunkt noch ein fortbestehender Bedarf beim Kläger anzunehmen ist, seine Behandlung also nicht als unteilbar anzusehen ist, sondern von abtrennbaren Behandlungsabschnitten ausgegangen werden müsste. Auch dieser Zeitraum gehörte zum Zeitpunkt der Entscheidung durch die Beklagte am 01. März 2005 bereits der Vergangenheit an, auch insoweit greift der auch im AsylbLG als materiellem Sozialrecht (vgl. Wahrendorf in Grube/Wahrendorf, SGB XII, Einl. zum AsylbLG Rz. 3) geltende Grundsatz "Keine Hilfe für die Vergangenheit" (Grube in Grube/Wahrendorf, SGB XII, Einl. Rz. 129). Nur wenn der Kläger den Hilfebedarf in diesem Zeitraum, weil ihm ein Abwarten auf die Entscheidung nicht zumutbar gewesen wäre, durch Einsatz eigener Mittel selbst gedeckt hätte, stünde ihm aus Gründen der Effektivität der Gewährung des Anspruchs auf Hilfe ein Aufwendungsersatzanspruch zu (vgl. Grube in Grube/Wahrendorf, SGB XII, Einl. Rz. 130 f.).

Kosten sind dem Kläger durch seine Behandlung im W Klinikum jedoch weder nach seinem eigenen Vorbringen noch nach Lage der Akten entstanden. Vielmehr ist der Träger des Krankenhauses davon ausgegangen, einen Vergütungsanspruch nicht gegen den erkennbar mittellosen Kläger, sondern nur gegen den Beklagten als Träger der Leistungen nach dem AsylbLG zu haben. Dem entspricht es, dass sich die V GmbH als Krankenhausträgerin unmittelbar mit einem Antrag auf Kostenübernahme an den Beklagten gewandt hat (KÜ Antrag vom 22. April 2004, VV Bl. 371). Der Kläger ist auch nach Aktenlage und seinem eigenen Vorbringen keine Zahlungsverpflichtung gegenüber dem behandelnden Krankenhaus eingegangen. Dies ergibt sich bereits aus dem an den Beklagten gerichteten Schriftsatz seiner Bevollmächtigten vom 28./29. April 2004, in dem der Beklagte gebeten wird, sich mit dem Krankenhaus in Verbindung zu setzen und dort eine Kostenvereinbarung zu treffen. Eine Zahlungsverpflichtung des Klägers, die einen Freistellungsanspruch begründen könnte, ist unter diesen Umständen nicht zu erkennen. Insbesondere ist ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag (Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag), in dem der Kläger sich verpflichtet hätte, für die Kosten der benötigten Behandlung ggf. selbst aufzukommen, mit dem W Klinikum oder der V GmbH nicht geschlossen worden. Dass der Kläger dahingehende mündliche oder schriftliche Erklärungen abgegeben hat, ist nicht vorgetragen worden. Auch ein Vertragsschluss durch schlüssiges Verhalten scheidet aus. Das Krankenhaus ist vielmehr davon ausgegangen, dass dem Kläger eine Behandlung zu Lasten der Beklagten gewährt werde, und hat mit der Übernahme der Behandlung gerade kein auf eine Entgeltverpflichtung des Klägers gerichtetes Vertragsangebot unterbreitet, das dieser durch Entgegennahme der gewährten Leistungen hätte annehmen können.

Der Kläger schuldet der V GmbH als Trägerin des behandelnden Krankenhauses auch weder eine Vergütung aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 Bürgerliches Gesetzbuch BGB) noch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB). Eine Behandlung als Privatpatient mit der Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, entsprach weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Klägers noch seinem Interesse. Damit haben die Voraussetzungen des § 683 Satz 1 BGB nicht vorgelegen (vgl. zur Behandlung von Asylbewerbern: OLG Köln, Urteil vom 22. August 1994 5 U 145/94, VersR 1995, 1102).

Ein Bereicherungsanspruch (§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB) scheitert daran, dass zwischen dem Kläger und dem WKlinikum in Bezug auf die in Rede stehende Behandlung kein Leistungsverhältnis bestand. Leistender wäre vorliegend der Beklagte, denn das Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen der §§ 4 oder 6 AsylbLG unterstellt \226 hätte dieser dem Kläger die von den Krankenhausärzten für erforderlich gehaltene Behandlung als Sachleistung gewährt. Auch ein etwaiger Bereicherungsausgleich müsste sich deshalb nicht zwischen Krankenhaus und Kläger, sondern zwischen Krankenhaus und Beklagtem vollziehen (vgl. BSG, Urteil vom 09. Oktober 2001 B 1 KR 6/01 R, BSGE 89, 39 ff. m. w. N.).

Ob der Krankenhausträger ggf. einen Anspruch auf Kostenübernahme gegen den Beklagten aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag (vgl. OLG Köln, a. a. O.) oder hinsichtlich des Zeitraums vom 18. April 2004 bis zur Bekanntgabe des Behandlungsbeginns bei dem Beklagten (22. April 2004) als Nothelfer gemäß § 121 BSHG analog (vgl. OVG Berlin, Urteil v. 25.11.2004 \226 6 B 17.02 \226 FEVS 56, 425) hat, ist nicht Gegenstand der Klage vor dem Sozialgericht.

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde angefochten werden (§ 177 SGG).



Der Bundesgerichtshof

zum allgemeinen Internetangebot des BGH

[Entscheidungen](#) » [Aktuelle Entscheidungen des Bundesgerichtshofes](#) » Verknüpftes Dokument: Pressemitteilung Nr. 24/05 vom 10.2.2005

Verknüpftes Dokument, siehe auch: [Urteil des III. Zivilsenats vom 10.2.2005 - III ZR 330/04 -](#)

Druckansicht

ENTSCHEIDUNGEN

Aktuelle Entscheidungen

[XML](#) [RSS](#)

Dokumentsuche

Datum

Aktenzeichen

Suchbegriff

[Hilfe](#)

Kalender

2012	2011	2010	2009	2008
2007	2006	2005	2004	2003
2002	2001	2000		
Jan.	Feb.	März	Apr.	
Mai	Juni	Juli	Aug.	
Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	

Bundesgerichtshof

Mitteilung der Pressestelle

Nr. 24/2005

Keine Haftung der Bundesrepublik Deutschland für die Krankenhausbehandlungskosten eines un- mittelten Notfallpatienten

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hatte über die Frage zu entscheiden, ob der Träger eines Krankenhauses von der Bundesrepublik Deutschland eine Entschädigung verlangen kann, wenn er einen mittellosen Patienten als medizinischen Notfall aufgenommen hatte, das zuständige Sozialamt dann aber die Übernahme der Behandlungskosten abgelehnt hat.

In dem zugrundeliegenden Fall verstarb die in das Krankenhaus des Klägers als Notfall eingelieferte, nicht krankenversicherte Patientin nach zwei Operationen etwa zwei Monate später. Die Kosten der Behandlung beliefen sich auf mehr als 16.000 €. Die gesetzlichen Erben der Patientin schlugen die Erbschaft aus. Das beim Fehlen erbberechtigter Verwandter zuletzt als gesetzlicher Erbe berufene Bundesland kann die Gläubiger des Verstorbenen nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs auf den Nachlaß verweisen. Bei Mittellosigkeit des Patienten besteht an sich ein Anspruch auf Sozialhilfe, der auch die notwendigen Krankenhauskosten umfaßt. Das setzt aber nach der Fassung des Gesetzes und der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte voraus, daß sich eine Hilfsbedürftigkeit des Patienten nachweisen läßt, was das Sozialamt in dem Ausgangsfall verneint hatte. Rechtsmittel hiergegen hatte der Kläger nicht eingelegt.

Der Kläger hat gemeint, als Krankenhausträger könne er den Beweis einer Sozialhilfebedürftigkeit seines Patienten nicht führen. Durch die gesetzlichen Regelungen werde er in seinem grundrechtlich geschützten Eigentum verletzt, wenn er auf der anderen Seite durch die Strafandrohung wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) gezwungen werde, auch bei zweifelhafter Zahlungsfähigkeit des Patienten in medizinischen Notfällen Behandlungsleistungen zu erbringen. Hierfür müsse die Bundesrepublik Deutschland als Gesetzgeber nach Enteignungsgrundsätzen Entschädigung leisten.

Dem ist der Bundesgerichtshof nicht gefolgt. Er hat offengelassen, ob die gesetzlichen Bestimmungen den Krankenhausträger unzumutbar benachteiligen. Nach Ansicht des Bundesgerichtshofs bietet jedenfalls das geltende Staatshaftungsrecht keine Möglichkeit, derartige Entscheidungen des Gesetzgebers durch Zubilligung eines gesetzlich nicht vorgesehenen Entschädigungsanspruchs im Wege richterlicher Rechtsfortbildung zu korrigieren. Über Ansprüche gegen den Sozialhilfeträger und die Verteilung der Beweislast in diesem Verfahren hatte der Bundesgerichtshof nicht zu entscheiden.

Urteil vom 10. Februar 2005 - III ZR 330/04

(LG Bonn - 1 O 278/03 ./OLG Köln - 7 U 23/04)

Karlsruhe, den 10. Februar 2005

Pressestelle des Bundesgerichtshof
76125 Karlsruhe
Telefon (0721) 159-5013
Telefax (0721) 159-5501

Druckansicht

Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin
Sozialamt, 10219 Berlin

Vivanias
Postfach 26 01 27
12353 Berlin

GeschZ (bei Antwort bitte angeben):

Soz 1814

Bearbeiter : Hr. Karadeniz

Dienstgebäude: Yorckstr. 4 - 11

Zimmer : 201P

Telefon : (030) 90298 2551

Fax : (030) 90298 1425

E-Mailadresse :

@BA-fk.verwalt-berlin.de

(nicht für Dokumente mit elektronischer Signatur)

Datum : 21.08.2010

Antrag auf Übernahme von Kosten für eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Zeit vom

Sehr geehrte Damen und Herren,

Am 1.4.2007 trat im Rahmen der Gesundheitsreform das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft.

Seitdem gilt es auch für folgende Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall eine Versicherungspflicht:

1. Personen, die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren.
2. Personen, die bisher weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren und die dem Grunde nach der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind.

Die Versicherung tritt Kraft Gesetzes ein.

Die Betroffenen müssen der zuständigen Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht anzeigen, damit diese die Krankenversicherung durchführen kann.

In den Fällen, in denen die Betroffenen dies nicht vor einer Krankenhausbehandlung oder einem Krankentransport angezeigt haben, müssen die Krankenkassen trotzdem bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen und solchen, die bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, die Kosten übernehmen.

Die Gesundheitsreform sieht aber auch für die private Krankenversicherung wesentliche Veränderungen vor.

Ab dem 1.1.2009 unterliegen auch Personen, die der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind, einer Pflicht zur Krankenversicherung.

Sie müssen dann einen Vertrag abschließen, der mindestens die Absicherung ambulanter und stationärer Heilbehandlung vorsieht.

Die privaten Krankenkassen sind dann zur Aufnahme verpflichtet.

Die genannten Neuregelungen haben zur Folge, dass es keine Personen mehr ohne einen Krankenversicherungsschutz geben kann und Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB XII nicht mehr in Frage kommen können.

Diese Regelungen gelten auch für BürgerInnen der Europäischen Union, die sich als ArbeitnehmerInnen, Selbstständige oder zur Berufsausbildung hier aufhalten.

Für andere EU-BürgerInnen als die genannten gilt jedoch folgendes:

Verkehrsverbindungen:
U-Bahn: U-Bahnhof Hagen
BUS: M 18, 140

☐ Varnhellung:
(030) 90298 - 3
Intern: 1020 - 0

Zahlungen bitte beibehalten
an die Bezirkskasse
Friedrichshain-Kreuzberg

Geldinstitut
Polbank Berlin
Berliner Sparkasse
Berliner Bank

Kontonummer:
3410-104
0 010 003 907
0 500 100 000

- Seite 1 von 2 -
Ankettazahl:
103 100 10
100 500 00
100 200 00

☐ Hauptzugang

Wer sich in Berlin nicht als Arbeitnehmer, Selbstständiger oder zur Berufsausbildung aufhält, muss seinen Lebensunterhalt einschließlich Krankenversicherungsschutz selbst sicherstellen (§ 4 Freizügigkeitsgesetz).

Leistungen der Krankenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) sind darauf ausgeschlossen.

Der Sozialhilfeträger geht davon aus, dass es die Aufgabe der Krankenkasse ist, in diesen Fällen die Umstände des Aufenthalts und die Lebens- und Einkommensverhältnisse aufzuklären und bei arbeitenden EU-Bürgern darauf hinzuweisen, dass eine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung angezeigt oder ein Vortrag bei einer privaten Krankenversicherung abgeschlossen werden muss.

Die Feuerwehr und die Träger, die auch Krankentransporte durchführen, müssten dies im Rahmen ihrer Kosteneinzahlung nachträglich tun. Die erste Anlaufstelle für fehlende Angaben und Informationen wäre dann das Krankenhaus der Aufnahme. Hier wäre sicher eine Kooperation in Bezug auf die Kosteneinzahlung möglich und sinnvoll.

Wenn dies erfolglos bleibt, wird im Sozialamt nur geprüft, ob ein in Friedrichshain-Kreuzberg polizeilich gemeldeter oder ohne Meldung in Berlin nach dem Geburtsdatum hier zuständiger Patient Leistungsempfänger nach dem SGB XII ist.

Sollte dies nicht der Fall sein, könnte bei Personen, die die Altersgrenze gemäß § 41 Absatz 1 Satz 1 SGB XII noch nicht erreicht haben, das Job-Center Auskunft über gestellte, aber noch nicht entschiedene Anträge geben.

Wenn eine vollständige Aufklärung nicht möglich ist oder eine vermutete Hilfebedürftigkeit nicht nachvollziehbar ist, kann dies nicht zu Leistungen der Krankenhilfe nach dem SGB XII führen.

Ablehnungsbescheide werden aufgrund der klaren Rechtslage vom Sozialamt Friedrichshain-Kreuzberg nicht mehr erstellt.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Karadeniz
Karadeniz

1. Angaben zur Person

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Familienstand
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	Postleitzahl/Wohnort	Telefon: E-Mail:
Kinder: ☐ ja ☐ nein	Bankverbindung (Kontonummer, BLZ, Geldinstitut)	

2. Angaben zur letzten Versicherung in Deutschland*)

☐ Eigene Versicherung		☐ Familienversicherung
☐ Gesetzlich versichert		☐ Privatversichert
vom	bis	Gesetzliche Krankenkasse/Private Krankenversicherung

2.1 Ich war bisher weder selbst oder über meine Eltern/Ehegatte gesetzlich oder privat krankenversichert ☐ ja ☐ ist mir nicht bekannt**)

2.2 Wer hat in der Vergangenheit die Kosten im Falle der Krankheit getragen (z.B. ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Krankenhauskosten usw.)? _____

*) Bei Zuzug aus dem Ausland ist der Fragebogen „Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland“ auszufüllen.

**) Bitte den Fragebogen „Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf“ ausfüllen.

3. Ergänzende Angaben

3.1 Ich begründe meinen ständigen Wohnsitz seit _____ in Deutschland ***).

3.2 Ich bin am _____ aus _____ nach Deutschland eingereist bzw. aus dem Ausland zurückgekehrt ***).

3.3 Es bestehen Ansprüche auf Krankenversicherung/-versorgung gegenüber einem ausländischen gesetzlichen Versicherungsträger im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts ☐ ja ☐ nein

3.4 Ich habe Leistungen von einem Sozialhilfeträger erhalten ☐ ja ☐ nein
Ich bin am _____ aus dem Leistungsbezug ausgeschieden (bitte Bescheid beifügen).
Grund: _____

***) Der Wohnsitz innerhalb Deutschlands ist bei der Antragstellung durch eine Bestätigung des Einwohnermeldeamtes nachzuweisen.

4. Angaben zur ausgeübten Tätigkeit (z.B. Arbeitnehmer, Beamter, Selbständiger)

Ich bin (tätig als):	Ich war zuletzt (tätig als):
Wenn Arbeitnehmer: Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung für mindestens 6 Wochen: ☐ ja ☐ nein	

5. Regelmäßige monatliche Einnahmen (bitte Nachweis z.B. Lohn-/Gehaltsabrechnung, letzten Steuerbescheid beilegen)

Einnahmen/Einkommen aus	Selbständiger Tätigkeit	Brutto-Lohn/Gehalt einschl. Einmalzahlg.	Miete, Pacht Zinsen	Rente, Pension	Sonst. Einnahmen

Ich beziehe Leistungen von einem Sozialhilfeträger bzw. habe Leistungen beantragt ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, (Name, Anschrift des Sozialhilfeträgers, Datum der Antragstellung): _____

Wurde die eidesstattliche Versicherung abgegeben (vgl. §§ 807, 899 ff. ZPO bzw. § 284 AO)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wann und wem gegenüber: _____

6. Beitragszahlung

Die Beiträge sollen von folgendem Konto abgebucht werden:	
Kontonummer	Bankleitzahl
Geldinstitut (Zweigstelle) und Ort	
Unterschrift Kontoinhaber lt. Ziffer 1 oder:	Name, Vorname, Unterschrift des Kontoinhabers:

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass unter Berücksichtigung der Vorschriften der §§ 45 und 50 SGB X auch Ersatz von meiner Person für Leistungen gefordert werden kann, sofern die hier gemachten Angaben nicht wahrheitsgemäß sind.

Datum	Unterschrift des Antragstellers/des gesetzlichen Vertreters	Wird von der Krankenkasse ausgefüllt Voraussetzungen erfüllt: ☐ ja ☐ nein Versicherungsbeginn: Monatlicher Beitrag:
-------	---	--

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:
Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer und E-Mailadresse ist freiwillig

Angaben zur Erwerbsbiographie und zum Versicherungsverlauf für _____, geb. _____

1. Angaben über die Eltern

zur Feststellung des Versicherungsstatus im Kindesalter:

Name, Vorname des Vaters	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Name, Vorname der Mutter	Geburtsdatum	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

2. Angaben zur eigenen Person:

a) früher geführte Namen

b) Zeiten der Schulausbildung (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Schule (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

c) Zeiten der Erwerbstätigkeit (Erwerbsbiographie) (lückenlose Angabe ist erforderlich):

Eine Erwerbstätigkeit habe ich erstmalig aufgenommen (auch im Ausland) am _____

Folgende Erwerbstätigkeiten wurden von mir ausgeübt:

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

3. Angaben zum Ehegatten

Verheiratet vom _____ bis _____ mit (Name, Vorname, Geburtsdatum des Ehegatten)

Während dieser Zeit war mein Ehegatte wie folgt erwerbstätig und krankenversichert (lückenlose Angabe ist erforderlich):

von	bis	Art der Tätigkeit	Arbeitgeber (Name, Anschrift)	Krankenkasse (Name, Anschrift)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht.

Vorwahl/Rufnummer _____	Datum _____	Unterschrift des Antragstellers bzw. gesetzlichen Vertreters _____
-------------------------	-------------	--

Hinweis nach § 67 a Absatz 3 Sozialgesetzbuch X:

Die erbetenen Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses und Ermittlung der Beiträge zur Krankenversicherung sowie zur Feststellung der Versicherungs- und Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung erforderlich. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind für die Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nrn. 1 und 3 SGB V in Verbindung mit §§ 206 Abs. 1 Nrn. 1 und 2, 227 und 240 SGB V. Für die Pflegeversicherung sind die §§ 94 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB XI und 50 Abs. 3 SGB XI maßgebend. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Zusätzliche Angaben bei Zuzug nach Deutschland

Name, Vorname ☐ männlich ☐ weiblich	Rentenversicherungsnummer/Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit/Familienstand
---	--	-----------------------------------

1. Besteht über das Ausreiseland ein Krankenversicherungsschutz, der auch in Deutschland fortbesteht? ☐ ja ☐ nein

2. Auslandsrückkehrer mit deutscher Staatsangehörigkeit

Wurde im Ausland eine Berufstätigkeit ausgeübt? ☐ ja ☐ nein
 Wenn ja, welche: _____

3. Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit (EU/EWR-Staaten, Schweiz)

Liegt eine Bescheinigung über das Aufenthaltsrecht bzw. Aufenthaltserlaubnis-EU vor?*)
 (bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

*) Hinweis für die Krankenkasse: Maßgebend in den Fällen des § 5 Abs. 11 Satz 2 SGB V

4. Personen, die über keine Staatsangehörigkeit nach Nr. 2 und 3 verfügen

4.1 Liegt eine Niederlassungs- oder Aufenthaltserlaubnis für mehr als 12 Monate vor?
 (bitte Bescheinigung beifügen) ☐ ja ☐ nein

4.2 Besteht nach dem Aufenthaltsgesetz die Verpflichtung zur Sicherung
 des Lebensunterhalts? ☐ ja ☐ nein

4.3 Wurde ein Asylantrag gestellt? ☐ ja ☐ nein

4.4 Besteht ein Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?
 Wenn nein, weshalb: _____ ☐ ja ☐ nein

Hinweis zum Leistungsausschluss nach § 52a SGB V und § 33a SGB XI

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich folgenden Hinweis zur Kenntnis genommen habe:

Auf Leistungen besteht kein Anspruch, wenn sich Personen in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuches begeben, um in einer Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI oder auf Grund dieser Versicherungen in einer Versicherung nach § 10 SGB V bzw. § 25 SGB XI (Familienversicherung) missbräuchlich Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Darüber hinaus bestätige ich, dass der Zuzug nach Deutschland nicht dem Zweck dient, im Rahmen der Versicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V oder § 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB XI für mich und meine *familienversicherten Angehörigen**) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung missbräuchlich in Anspruch zu nehmen.

Kosten für Leistungen, die missbräuchlich in Anspruch genommen wurden, gelten als zu Unrecht erbrachte Leistungen und sind der Krankenkasse bzw. Pflegekasse gemäß § 50 SGB X zu erstatten.

*) Nichtzutreffendes bitte streichen

Ort, Datum	Unterschrift des Mitglieds Mit der Unterschrift erkläre ich, die Zustimmung der Familienangehörigen zur Abgabe der erforderlichen Daten und der Erklärung erhalten zu haben.	ggf. Unterschrift der Familienangehörigen Bei getrennt lebenden Familienangehörigen reicht die Unterschrift des Familienangehörigen aus.
------------	---	---

Ergänzende Datenschutzhinweise (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 289 SGB V erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung des Versicherungsverhältnisses sowie eines etwaigen Leistungsausschlusses (§§ 10, 52a, 284 SGB V, § 7 KVLG 1989, § 33a SGB XI) zu erheben.

Titel: GKV-Spitzenverband DVKA

Original-URL: <http://www.dvka.de>

Letzte Änderung: Mittwoch, 03. März 2010



Sie befinden sich hier: [Wir über uns](#) » [Aufgaben](#)

Unsere Aufgabenschwerpunkte

Beratung

Wir beraten

- die Kranken- und Pflegekassen
- deren Verbände
- andere Sozialversicherungsträger
- Versicherte und
- Arbeitgeber

z. B. in krankenversicherungsrechtlichen Fragen

- über die im über- und zwischenstaatlichen Bereich geltenden Regelungen, Ansprüche, Vordrucke, zuständigen Stellen usw. bei einem Urlaubsaufenthalt oder einer Beschäftigungsaufnahme im Ausland sowie einer Wohnortverlegung ins Ausland
- im Zusammenhang mit einer Beschäftigung als Grenzgänger
- zur Abrechnung von erbrachten Leistungen der Krankenversicherung, die bei einem vorübergehenden oder dauerhaften Aufenthalt in einem EU- oder Abkommensstaat in Anspruch genommen werden
- im Zusammenhang mit den von deutschen Krankenkassen aushilfsweise erbrachten Leistungen für vorübergehend oder dauerhaft in Deutschland wohnende und im Ausland versicherte Personen

Kostenabrechnung

Über uns werden die Krankenversicherungsleistungen abgerechnet, die u. a. im Ausland wohnende Grenzgänger, Familienangehörige und Rentner, entsandte Arbeitnehmer und Touristen im Auftrag der deutschen Krankenkasse erhalten haben. Dies gilt auch für die Kosten, die deutsche Krankenkassen aushilfsweise für im Ausland versicherte Personen aufgewendet haben.

Vereinbarungen

Wir schließen mit ausländischen Verbindungsstellen Vereinbarungen, die im Interesse von Versicherten, Arbeitgebern und Krankenkassen eine praxisgerechte Umsetzung der komplexen EG- und Abkommensregelungen ermöglichen. Darüber hinaus treffen wir zentral für alle Bereiche der sozialen Sicherheit in Deutschland mit den entsprechenden ausländischen Stellen Ausnahmevereinbarungen für die Arbeitnehmer, die vorübergehend im Ausland beschäftigt sind und in dieser Zeit weiterhin in der deutschen Sozialversicherung abgesichert bleiben möchten.

Verwaltungshilfe

Wir unterstützen die deutschen Krankenkassen bei der Geltendmachung ihrer Ersatz- und Erstattungsansprüche im Ausland. Solche Fälle treten z. B. auf bei einem Unfall, den ein Versicherter durch das Verschulden eines Dritten im Ausland erlitten hat oder bei ausstehenden Sozialversicherungsbeiträgen für im Ausland wohnende Versicherte.

Aktualisiert: 01.03.2010

FAQ - Die Europäische Krankenversicherungskarte

Europäische Kommission <http://ec.europa.eu> > Beschäftigung, Soziales und Integration > Koordinierung der Sozialversicherungssysteme in der EU

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=857&langId=de&intPageId=1304>

- Wie erhalte ich eine Karte?
- Wer erhält die Karte?
- Welche Informationen befinden sich auf der Karte?
- Wie lange ist die Karte gültig?
- Was kann ich tun, wenn meine örtliche Krankenkasse sich weigert, mir eine Europäische Krankenversicherungskarte auszustellen?
- Ist die Gesundheitsversorgung kostenlos?
- Was passiert, wenn ich ohne die Karte verreise und eine medizinische Behandlung benötige?
- Kann sich ein Arzt weigern, mich zu behandeln, wenn ich meine Karte vergessen habe?
- Welche Untersuchungen und Behandlungen können Studierende und entsandte Arbeitnehmer in Anspruch nehmen?
- Kann ich über die Karte bei einem schweren Unfall oder schwerer Krankheit den Rücktransport in mein Heimatland veranlassen?
- Ich leide unter einer chronischen Krankheit, die regelmäßige Arztbesuche erforderlich macht, und möchte mich vorübergehend in einen anderen Mitgliedstaat begeben. Bin ich durch die Europäische Krankenversicherungskarte für die medizinische Behandlung vor Ort versichert?
- Ich bin schwanger. Ist die medizinische Behandlung während eines Aufenthalts in einem anderen Mitgliedstaat durch die Europäische Krankenversicherungskarte abgedeckt?
- Während meines Aufenthalts bzw. davor stelle ich fest, dass ich meine Karte vergessen oder verloren habe. Was soll ich tun?

Informationen für Gesundheitsdienstleister

- Welche Staaten beteiligen sich?
- Seit wann gibt es die Europäische Krankenversicherungskarte?
- Wozu dienen die Europäische Karte oder die gleichwertigen Vordrucke, die mir von Touristen vorgelegt werden?
- Sieht die Europäische Karte in allen Mitgliedstaaten gleich aus?
- Was ist eine provisorische Ersatzbescheinigung?
- Gibt es Untersuchungen oder Behandlungen, zu denen der Inhaber der Europäischen Krankenversicherungskarte grundsätzlich keinen Zugang hat?
- Was tun, wenn ein Patient ohne seine Europäische Krankenversicherungskarte erscheint?
- Welche Untersuchungen und Behandlungen können Studierende und entsandte Arbeitnehmer in Anspruch nehmen?
- Enthält die Karte medizinische Daten des Karteninhabers?

Der Staatssekretär

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Brückenstr. 6, 10179 Berlin

An die
Geschäftsführungen der
Berliner Krankenhäuser in
öffentlicher, freigemeinnütziger und
privater Trägerschaft
lt. Verteiler

nachrichtlich:

Berliner Krankenhausgesellschaft
Ärztekammer Berlin
Zahnärztekammer Berlin
Psychotherapeutenkammer Berlin
Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin
MalteserMigrantenMedizin
Büro für medizinische Flüchtlingshilfe
Bezirksstadträtinnen und Bezirksstadträte für Gesundheit

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

I E 12

Bearbeiter/in:

Dr. Susanne Deininger

Zimmer:

2.083

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 1323

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2094

Datum:

16.12.2009

**Übermittlungspflichten gegenüber der Ausländerbehörde nach §§ 87, 88
Aufenthaltsgesetz (AufenthG);**

**hier: Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum AufenthG vom 26.10.2009 (GMBL Nr. 42-61
vom 30.10.2009, S. 878 ff)**

Anlage: Schreiben der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales vom 02.12.2009

Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit Schreiben vom 21.11.2008 hatte ich mich an Sie gewandt und Ihnen die Rechtsauffassung
meines Hauses in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von sich unerlaubt im
Bundesgebiet aufhaltenden Ausländern, insbesondere die Übermittlungspflicht öffentlicher
Stellen nach § 87 Abs.2 AufenthG, mitgeteilt.

Inzwischen wurde von der Bundesregierung eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift zum
Aufenthaltsgesetz verabschiedet, die am 31.10.2009 in Kraft trat. Die darin enthaltenen
Regelungen zu den §§ 87 und 88 AufenthG bestätigen erfreulicherweise meine
Rechtsauffassung, wie ich sie in dem o. a. Schreiben dargelegt habe und geben hinsichtlich der
Schweigepflicht und des sogenannten verlängerten Geheimnisschutzes einen verbindlichen
Rahmen vor:

- Laut Ziffer 88.2.3 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum AufenthG gehört auch das
mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal öffentlicher Krankenhäuser zum

Dienstgebäude:
Brückenstr. 6
10179 Berlin

Postanschrift:
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Fahrverbindungen:
- U6 Kochstr., Bus M29
- U8 Moritzplatz, Bus M29
- U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg)
- S1, S2, S25 Anhalter Bahnhof, Bus M29
- Bus M29, 248

Zahlungen bitte
bargeldlos nur an die
Landeshauptkasse,
Klosterstr. 59
10179 Berlin

Kontonummer
58-1 00
9 919 260 800
0 990 007 600
10 001 520

Geldinstitut
Postbank Berlin
Berliner Bank AG
Landesbank Berlin
LZB Berlin

Bankleitzahl
100 100 10
100 200 00
100 500 00
100 000 00



E-Mail: Susanne.Deininger@senguv.berlin.de

(Der Empfang elektronisch signierter Dokumente ist vorerst nicht möglich.)

Internet: www.berlin.de/sen/guv/

Personenkreis nach § 203 Abs. 1 StGB (sogenannte berufsmäßige Gehilfen), und unterliegt mithin der Schweigepflicht.

- Des weiteren dürfen personenbezogene Daten, die einer Behörde durch eine der in § 203 StGB genannten Berufsgruppen übermittelt werden, nicht an die Ausländerbehörde übermittelt werden, es sei denn der Ausländer gefährde die öffentliche Gesundheit oder die Daten seien zur Feststellung eines Drogenmissbrauchs erforderlich (Ziffer 88.2.4.0 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zum AufenthG). Die geltende Rechtslage zur ärztlichen Schweigepflicht umfasst also auch grundsätzlich den sogenannten „verlängerten Geheimnisschutz“.

Daraus folgt, dass die Sozialbehörden Erkenntnisse über einen illegalen Aufenthalt, die ihnen durch die Mitarbeiter/-innen eines Krankenhauses im Zuge der Abrechnung einer Notfallbehandlung mitgeteilt wurden, nicht an die Ausländerbehörde übermitteln dürfen (Ausnahmen: Gefährdung der öffentlichen Gesundheit oder Drogenmissbrauch). Grundsätzlich sind demnach bei unabweisbaren Behandlungen von Ausländern, die sich illegal in Deutschland aufhalten und bei denen eine vorherige Klärung der Kostenübernahme nicht erfolgen konnte, Anträge auf Kostenerstattung bei den Sozialbehörden möglich, ohne die Patientinnen und Patienten zu gefährden. Das entsprechende Schreiben der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales an die Amtsleitungen Soziales der Berliner Bezirke habe ich beigelegt.

Ich bitte Sie, Ihre Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in geeigneter Weise über den Inhalt meines Schreibens zu informieren.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

Der Staatssekretär

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Brückenstr.6, 10179 Berlin

Amtsärztinnen und Amtsärzte der
Gesundheitsämter von Berlin

Leitende Ärztinnen und Ärzte des FB 1
der Gesundheitsämter von Berlin

Leitende Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter
des FB 1 der Gesundheitsämter von Berlin

Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung

Schwangerschaftsberatungsstellen und
Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen

per E-mail

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

I E 12

Bearbeiter/in:

Dr. Susanne Deininger

Zimmer:

2.083

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 1323

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2094

Datum:

17.02.2011

Beratung von Frauen ohne Aufenthaltsstatus im Zeitraum von drei Monaten vor bis drei Monate nach der Entbindung

Sehr geehrte Damen und Herren,

Seit August 2008 besteht in Berlin die Regelung, dass bei Frauen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf die Durchsetzung der Ausreisepflicht im Zeitraum von drei Monaten vor dem errechneten Geburtstermin bis zu drei Monaten nach Geburt ihres Kindes verzichtet wird.

In der Folge ergaben sich in der Praxis einige Fragen und Unsicherheiten, die dazu führten, dass die Senatsverwaltung für Inneres und Sport, die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und meine Verwaltung in Zusammenarbeit mit dem Runden Tisch Flüchtlingsmedizin Regelungen erarbeiteten, die allen Frauen, die im Zeitraum von drei Monaten vor und nach der Entbindung in Berlin bei der Ausländerbehörde Berlin vorsprechen und sich damit zugleich zum ersten Mal gegenüber einer deutschen Ausländerbehörde offenbaren, die Sicherheit gibt, in diesem besonders sensiblen Zeitraum in ihrem sozialen Umfeld in Berlin verbleiben zu können.

Diese Regelungen sind in einem Merkblatt und einem Flussdiagramm niedergelegt, das ich Ihnen hiermit zur Kenntnis und zu Beachtung gebe. Ich freue mich, dass dadurch für alle Beteiligten mehr Rechtssicherheit geschaffen wurde: Die betroffenen Frauen erhalten für diesen Zeitraum eine Duldung, können in diesem Zeitraum nicht abgeschoben werden und es besteht für sie die Möglichkeit eine Geburtsurkunde für ihr Kind zu erhalten. Damit besteht auch die Möglichkeit, Kosten für Krankenbehandlung, sowie Kosten, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt im Zeitraum der Duldung entstehen, über das Asylbewerberleistungsgesetz abzurechnen.

Dienstgebäude:
Brückenstr. 6
10179 Berlin

Postanschrift:
Oranienstraße 106
10969 Berlin

Fahrverbindungen:
- U6 Kochstr., Bus M29
- U8 Moritzplatz, Bus M29
- U2 Spittelmarkt (ca. 10 Min. Fußweg)
- S1, S2, S25 Anhalter Bahnhof, Bus M29
- Bus M29, 248

Zahlungen bitte
bargeldlos nur an die
Landeshauptkasse,
Klosterstr. 59
10179 Berlin

Kontonummer
58-1 00
513 480 401
0 990 007 600
10 001 520

Geldinstitut
Postbank Berlin
Berliner Bank AG
Landesbank Berlin
LZB Berlin

Bankleitzahl
100 100 10
100 708 48
100 500 00
100 000 00



Ich bitte Sie, betroffene Frauen im Interesse ihre Gesundheit und der gesunden Entwicklung ihres Kindes dahingehend zu beraten, möglichst frühzeitig die entscheidenden Schritte zur Erlangung einer vorübergehenden Duldung einzuleiten.

Die Berliner Geburtskliniken, Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, der Berufsverband der Frauenärzte e. V. und der Hebammenverband Berlin wurden von mir ebenfalls über die Duldungsregelungen in Kenntnis gesetzt.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Benjamin Immanuel Hoff

Merkblatt zur Beratung von Frauen ohne Aufenthaltsstatus vor und nach der Geburt durch die Standesämter und die Sozialdienste der Krankenhäuser

Seit August 2008 ist die Berliner Ausländerbehörde (Abteilung IV des LABO) angewiesen, ausreisepflichtigen Schwangeren für den Zeitraum von 3 Monaten¹ vor und nach der Geburt eine Duldung zu erteilen.

Diese Regelung trägt der besonderen Schutzbedürftigkeit Schwangerer vor und nach der Geburt Rechnung. Sie soll Schwangeren zugleich die Möglichkeit geben, im Duldungsstatus ohne Angst vor Abschiebung die notwendige medizinische Betreuung in Anspruch zu nehmen, die Geburt der Kinder beurkunden zu lassen und eine seriöse Beratung über Rückkehrhilfen oder aber auch im Einzelfall möglicherweise bestehende Aufenthaltsperspektiven in Anspruch zu nehmen.

Sofern die örtliche Zuständigkeit der Berliner Ausländerbehörde besteht², wird daher bei Vorsprache für den entsprechenden Zeitraum eine Duldung erteilt.

Eine Besonderheit gilt für die Frauen, die unerlaubt eingereist sind, und sich erstmalig einer Ausländerbehörde offenbaren wollen. Für diesen Personenkreis ist - ebenso wie bei Asylbewerbern - vor der Erteilung einer Duldung ein länderübergreifendes Verteilverfahren zwingend vorgeschrieben³.

Bei der Verteilentscheidung sind allerdings zwingende Gründe, die der Verteilung an einen bestimmten Ort entgegenstehen, zu berücksichtigen. Deshalb werden die Frauen durch das zuständige Landesamt für Gesundheit und Soziales unmittelbar nach Berlin übernommen, wenn sie glaubhaft machen können, dass der Kindesvater mit einem verfestigten ausländerrechtlichen Aufenthaltsstatus in Berlin lebt oder in Berlin ein Asylverfahren betreibt.

Anderenfalls erfolgt eine länderübergreifende Verteilung. Wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit vor und nach der Geburt wird die Verteilentscheidung aber ausgesetzt, d.h. Schwangere können im Zeitraum von 3 Monaten vor bis 3 Monaten nach der Geburt in Berlin bleiben und müssen sich erst nach Ablauf der Fristen an den Zuweisungsort begeben.

Nach Ablauf des 6. Schwangerschaftsmonats können Schwangere, die bereits in die Zuständigkeit der Berliner Ausländerbehörde fallen oder sich erstmals gegenüber

¹ Sofern sich nach dem Mutterschutzgesetz längere Schutzfristen ergeben, orientiert sich die Duldung an diesen Fristen. Bei vorzeitiger Entbindung (Geburt eines reifen Kindes vor dem errechneten Termin) erhöht sich die Mutterschutzfrist von 8 Wochen nach der Geburt um den Zeitraum, den die Mutter aufgrund der vorzeitigen Entbindung von der vor dem errechneten Geburtstermin geltenden Schutzfrist (6 Wochen) nicht in Anspruch nehmen konnte. Entsprechendes gilt bei einer Frühgeburt (Geburt eines unreifen Kindes – unter 2500 Gramm) für die für diesen Fall geltende Frist von 12 Wochen nach der Entbindung.

² Dies ist in der Regel der Fall, wenn die letzte ausländerbehördliche Entscheidung über die Erteilung eines Aufenthaltstitels oder einer Duldung durch die Berliner Ausländerbehörde getroffen und diese den Antrag nicht wegen fehlender örtlicher Zuständigkeit abgelehnt hat. Auch wenn die Schwangere als Asylsuchende nach Berlin verteilt wurde, bleibt die Berliner Ausländerbehörde zuständig. Wurde die letzte ausländer- oder asylrechtliche Entscheidung andernorts getroffen, sollte an die noch zuständige Ausländerbehörde verwiesen oder mit dieser der Kontakt gesucht werden.

³ Das Verteilverfahren findet keine Anwendung, wenn die Einreise vor dem 1. Januar 2005 erfolgt ist, dies ist ggf. durch die Betroffene nachzuweisen.

einer Ausländerbehörde offenbaren, daher sicher sein, dass sie jedenfalls bis zum Ablauf von 3 Monaten nach der Geburt in Berlin verbleiben dürfen.

Die Betroffenen sind entsprechend zu beraten. Es sollte dringend empfohlen werden, bei der zuständigen Ausländerbehörde möglichst frühzeitig vorzusprechen, um den aufenthaltsrechtlichen Status und das weitere Verfahren klären zu lassen. Die Sozialdienste der Krankenhäuser sollten den Frauen empfehlen, die Geburt bei dem für den Geburtsort zuständigen Standesamt beurkunden zu lassen.

Verfahren in Standesämtern:

Die Unterrichtspflichten bei Kenntniserlangung von illegalem Aufenthalt und oder einer Passverschleierung gelten mit der folgenden Maßgabe: Da die Frauen bei bereits bestehender Zuständigkeit der Berliner Ausländerbehörde über einen Duldungsanspruch verfügen oder aber – bei erstmaliger Offenbarung gegenüber einer Ausländerbehörde – jedenfalls bis zum Ablauf von 3 Monaten nach der Geburt in Berlin verbleiben dürfen, ist in dem Zeitraum von 3 Monaten vor bzw. nach der Geburt eine schriftliche Unterrichtung des LABO ausreichend. Eine telefonische Unterrichtung des LABO bzw. - bei Nichterreichbarkeit – des Arbeitsgebiets Integration und Migration (AGIM) der zuständigen Polizeidirektion ist nicht erforderlich, da für eine Festnahme durch die Polizei keine Veranlassung besteht.

Flüchtlingsrat Berlin e.V.
Georgenkirchstraße 69/70
10249 Berlin

REFERAT 522

BEARBEITET VON: Herrn Bungartz

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn

POSTANSCHRIFT Postfach 14 02 80, 53107 Bonn

LIEFERANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn

TEL +49 (0)1888 527 4321

FAX +49 (0)1888 527 1195

E-MAIL poststelle@bmgs.bund.de

INTERNET <http://www.bmgs.de>

ORT, DATUM Bonn, 15. Juli 2004

AZ 522 - 96 - Flüchtlingsrat Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 1. März 2004 an Frau Bundesministerin Ulla Schmidt

Auch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ist der Auffassung, dass die von Ihnen angesprochenen, in Heimen lebenden Sozialhilfeempfänger und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes durch die durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Zuzahlungsverpflichtungen nicht finanziell überfordert werden dürfen.

Der Gesetzgeber hat deshalb entschieden, dass die Zuzahlungshöchstgrenze für nicht chronisch kranke Sozialhilfeempfänger im Jahr ca. 72 € (West) und ca. 68 € (Ost) beträgt, das sind 2 % vom monatlichen Regelsatz der Hilfe zum Lebensunterhalt eines Haushaltsvorstandes. Bei chronisch kranken Hilfeempfängern liegt die Grenze bei 1 %, dies sind ca. 36 € (West) und ca. 34 € (Ost) im Jahr.

Bei Umrechnung auf den Monat liegt die Belastung bei maximal ca. 6 € (West) bzw. ca. 5,70 € (Ost) bzw. ca. 3 € (West) und ca. 2,85 (Ost) bei chronisch kranken Hilfeempfängern. Diese im Vergleich zu den übrigen Versicherten niedrigeren Beträge konnten erreicht werden, weil nicht das gesamte Transfereinkommen des Sozialhilfeempfängers für die Berechnung der Belastungsgrenze herangezogen wurden, sondern nur der Regelsatz.

Bei Sozialhilfeempfängern, die in Einrichtungen leben, kann sich im Einzelfall infolge der Zuzahlungen gleich in den ersten Wochen eines Jahres trotz der niedrigen Zuzahlungsgrenze eine nicht zumutbare Belastung ergeben, da sie nur über Taschengeld (Barbetrag nach § 21 BSHG) in Höhe von regelmäßig 88 €/Monat verfügen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung und den kommunalen Spitzenverbänden praxis- und klientengerechte Lösungen erarbeitet.

Seite 2 von 4

Die Beteiligten kamen überein, dass in den Heimfällen die Heime die Zuzahlungen für die Heimbewohner an die Kassen entrichten, wenn beim Hilfeempfänger kein einsetzbares Schonomögen vorhanden ist und auch keine unterhaltspflichtigen Verwandten eintreten. Im Gegenzug erhalten die Betroffenen von den Krankenkassen umgehend eine Befreiungsbescheinigung bezüglich der Zuzahlungsverpflichtung für das restliche Jahr.

Bei möglichen bzw. absehbar eintretenden Liquiditätsproblemen eines Heimes wird die Abschlagszahlung des Sozialhilfeempfängers an das Heim zu Anfang des Jahres in angemessenem Umfang angehoben. Im Rahmen der Spitzabrechnung zwischen Heim und Sozialhilfeempfänger können dann die Zuzahlungen wegen des in den Folgemonaten anteilig um 6 € bzw. 3 € geminderten Taschengeldes verrechnet werden.

In der Praxis sind darüber hinaus auch andere Lösungen entwickelt worden. Beispielsweise haben die AOK-Rheinland, AOK-Schleswig-Holstein, AOK Rheinland-Pfalz und die AOK Berlin den Heimbewohnern angeboten, selbst den Zuzahlungshöchstbetrag ohne Einschaltung des Sozialhilfeempfängers zu kreditieren und sofort zu Beginn des Jahres eine Befreiungsbescheinigung auszustellen. Bei diesem Lösungsweg ist die Einschaltung des Sozialhilfeempfängers erforderlich. Er ist daher mit dem geringsten Verwaltungsaufwand verbunden.

Für Asylbewerber, die Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten und nur über ein Taschengeld verfügen, gelten die gleichen Ausführungen wie zu Personen, die in Einrichtungen leben und ein Taschengeld erhalten.

Soweit nach § 3 AsylbLG berechnete Asylbewerber als Erwerbstätige pflichtversichert sind - was wegen der asyl- und ausländerrechtlichen Auflagen über das Verbot und die Beschränkung einer Erwerbstätigkeit nur selten der Fall sein dürfte - und in einer Gemeinschaftsunterkunft leben, so steht diesen neben dem Taschengeld noch ein freizulassender Teil des Erwerbseinkommens zusätzlich zur Verfügung (§ 7 Abs. 2 AsylbLG), der für eventuelle Zuzahlungen verwendet werden kann.

Asylbewerber, die nicht nach § 264 SGB V in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen sind, erhalten lediglich zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich Arznei- und Verbandmittel.

Diese Einschränkung - und damit auch die Nichtanwendbarkeit der Zuzahlung - wird dem behandelnden Arzt durch die Form der eingeschränkten Kostenzusicherung bereits deutlich. Es mag in der Anfangszeit dazu gekommen sein, dass trotz der Zuzahlungen verlangt wurden, jedoch dürfte diese Ausnahme von der Zuzahlung jeweils im Einzelfall mit dem zuständigen Leistungsträger geklärt worden sein. Dem Bundesministerium liegen keine Hinweise daraufhin vor, dass weiterhin Zuzahlungen von Asylbewerbern, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, verlangt werden

Auch bei der von Ihnen erwähnten Kostentragung für OTC-Arzneimittel werden Sozialhilfempfänger nicht benachteiligt. Denn bei frei verkäuflichen - nicht verschreibungspflichtigen - Arzneimitteln ist eine Erstattungsfähigkeit weiterhin gegeben, wenn die Verschreibung medizinisch notwendig und zweckmäßig ist

Zu der Frage der Übernahme von Dolmetscherkosten bei ausländischen Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes ist zu beachten, dass jedes zugelassene Krankenhaus verpflichtet ist, im Rahmen seines Versorgungsauftrags alle Leistungen zu erbringen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten notwendig sind (s. § 39 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. §§ 108, 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V).

Diese sozialversicherungsrechtliche Regelung wird ergänzt durch § 2 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz. Danach sind mit den Krankenhausergöten abgegoltene allgemeine Krankenhausleistungen die Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Das Krankenhaus ist verpflichtet, diese notwendigen Leistungen anzubieten und als Gegenleistung ausschließlich die in § 7 genannten Entgelte zu berechnen.

Was notwendige Versorgungsleistungen sind, kann nicht allgemein und unverändert festgelegt werden. Entscheidend kommt es darauf an, welcher Versorgung der Patient nach Art und Schwere seiner Erkrankung bedarf. Einzelne Krankenhäuser haben bisher für ausländische Patienten, die nicht über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen und für die eine Übersetzung nicht durch fremdsprachkundiges Pflegepersonal gewährleistet werden kann, Dolmetscher beauftragt. Solche Leistungen werden den Krankenhäusern jedoch nicht gesondert vergütet, sondern sind aus der Krankenhausvergütung zu finanzieren.

Im Übrigen füge ich diesem Schreiben ein Informationsblatt über die neuen Zuzahlungsregelungen bei.

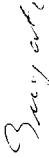
Zu Ihrer Frage nach der Funktion der Patientenbeauftragten kann ich Ihnen mitteilen, dass am 17. Dezember 2003 das Kabinett die Bundestagsabgeordnete Helga Kühn-Mengel zur Patientenbeauftragten der Bundesregierung berufen hat. Die Patientenbeauftragte vertritt auf Bundesebene die Interessen der Patientinnen und Patienten und erhöht deren Gewicht im politischen Entscheidungsprozess.

Sie unterstützt die Patientinnen und Patienten in unabhängiger und beratender Funktion bei der Durchsetzung ihrer Rechte auf Anhörung, Beratung und Information auch bei Krankenkassen und Ärzten. Sie steht in ständigem Dialog mit Patientenverbänden und Organisationen und wird in allen Vorhaben, die Frage der Rechte und des Schutzes von Patienten behandeln oder berühren, beteiligt.

Zu erreichen ist Frau Kühn-Mengel unter folgender Anschrift:

Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
Helga Kühn-Mengel
Wilhelmstraße 49
10117 Berlin
Tel.: 49 (0)1888 441 0
Fax: 40 (0)1888 441 3422
Email: patientenbeauftragte@bmgs.bund.de

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag


Bungartz



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

2. Vg.
TAGESKOMM
ABGESANDT AM

Angelle

12.11/2

Präsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der
Freien Wohlfahrtspflege e. V.
Frau Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg
Oranienburger Straße 13 – 14
10178 Berlin

Dr. Ursula von der Leyen
Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11017 Berlin

TEL +49 30 18 527-2323
FAX +49 30 18 527-2328
E-MAIL ministerbuero@bmas.bund.de

Berlin, 21. Februar 2011

Sehr geehrte Frau Präsidentin,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 19. Januar 2011, in dem Sie die Probleme der Finanzierung von Dolmetscherkosten bei der therapeutischen Behandlung von traumatisierten Ausländern ansprechen.

Ich halte es für zwingend, dass aufgrund von Folter, Vergewaltigung oder anderen Gewalttaten traumatisierte Flüchtlinge die erforderliche therapeutische Versorgung erhalten. Dazu gehört ohne Zweifel im Einzelfall auch die Herbeiziehung von Dolmetschern, wenn ohne diese die erforderliche sprachliche Verständigung und somit eine Behandlung nicht möglich ist.

Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstiger Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt haben, soweit es sich um Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) handelt, bisher schon nach §§ 4, 6 AsylbLG Anspruch auf die erforderlichen medizinischen oder sonstigen Hilfen zur Behandlung der Verletzungen, die ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt worden sind. Zu den zu gewährenden Hilfen gehören auch Dolmetscherkosten, sofern die Herbeiziehung eines Dolmetschers für die Behandlung erforderlich ist. Die Leistung wird dann durch eine Ermessensreduzierung auf Null zu einer Pflichtleistung, sodass die Vorgaben des Art. 20 der EU-Aufnahmerichtlinie (2003/9/EG) erfüllt sind.

Zwar weisen Sie in Ihrem Schreiben darauf hin, dass die Übernahme von Dolmetscherkosten entgegen §§ 4, 6 AsylbLG nicht immer gewährt wird. Von den für die Ausführung des AsylbLG zuständigen Ländern wird allerdings ein Vollzugsdefizit hinsichtlich der therapeutischen Behandlung von besonders hilfebedürftigen Personen im Sinne des Art. 17 der EU-Aufnahmerichtlinie (2003/9/EG) verneint. Sollten in Einzelfällen rechtswidrig die für die Behandlung von besonders

hilfebedürftigen Personen im Sinne des Art. 17 der EU-Aufnahmerichtlinie (2003/9/EG) erforderlichen Dolmetscherkosten nicht gewährt worden sein, so obliegt es den zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder und Gerichten, für eine rechtmäßige Rechtsanwendung zu sorgen.

Ich sehe vor diesem Hintergrund im Bereich des AsylbLG keine Erforderlichkeit für eine Änderung der rechtlichen Grundlage für die Abrechnung von Dolmetscherkosten oder für die Schaffung anderer praxistauglicher Finanzierungsmöglichkeiten. Soweit Sie vorschlagen, die Übernahme der Dolmetscherkosten im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzusehen, wird Ihnen der Kollege Bundesminister Dr. Rösler antworten, den Sie ebenfalls angeschrieben haben.

Mit freundlichen Grüßen

