

# **Gesundheitskonzept für die Stadt Jena zur Versorgung von AsylbewerberInnen und Papierlosen**

Autoren: MediNetz Jena e.V.  
im Rahmen der Flüchtlingsinitiative Jena

08. August 2014

## **Präambel**

Am 21.05.2014 wurde in Jena (Stadtteilzentrum Lobeda) der „Erste Versorgungsbericht zur Situation von Geflüchteten in Ostdeutschland“ der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.) unter maßgeblicher Mitarbeit von „refugio thüringen e.V.“ vorgestellt. Obwohl sich in den letzten Jahren die Situation der Geflüchteten in einigen Bereichen gebessert hat - so wurde in Thüringen die kreisgebundene Residenzpflicht abgeschafft - gibt es einen enormen Reformstau im Bereich der Gesundheitsversorgung. Die Probleme gehen tief, nicht umsonst hat das Bundesverfassungsgericht das zugrundeliegende Asylbewerberleistungsgesetz im Juli 2012 für verfassungswidrig erklärt, da es nicht mit dem ersten Artikel unseres Grundgesetzes vereinbar ist: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“.

Das Verfassungsgericht äußerte sich wie folgt: das Recht „umfasst sowohl die physische Existenz des Menschen als auch die Sicherung der Möglichkeit zur Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen und ein Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben.“

Unabhängig von den großen politischen Entscheidungen haben wir in Jena die Chance, auf kommunaler Ebene in Ostdeutschland neue Wege in Bezug auf die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten zu gehen. Wir können bewährte Konzepte, die seit 2005 in Bremen und seit 2012 auch in Hamburg Anwendung finden, umsetzen und somit neben einer Senkung der Verwaltungskosten eine Steigerung der Lebensqualität für Geflüchtete erreichen.

Die Forderung nach einer verwaltungstechnischen Aufnahme von Geflüchteten im Asylverfahren in die gesundheitliche Regelversorgung ist keine Revolution, die gesetzliche Grundlage dafür ist bereits im §264 SGB V enthalten. Gerade deshalb müsste die Umsetzung selbstverständlich sein.

Der zweite Teil des Konzepts bezieht sich auf Papierlose in Deutschland.

Die Gründe für den Aufenthalt ohne Dokumente sind vielfältig. Laut Grundgesetz hat dennoch jeder Mensch, der sich in Deutschland aufhält, ein Recht auf gesundheitliche Versorgung. Doch hier kollidieren Anspruch und Wirklichkeit, denn ohne Papiere ist es in Deutschland nicht möglich, bei einem Arzt oder einer Ärztin versorgt zu werden. Weitere Hürden sind die Finanzierung der ärztlichen Hilfe durch die Betroffenen selbst oder über die Beantragung der Kostenübernahme durch die Sozialämter. Dieser Weg geht mit der Furcht vor Aufdeckung des illegalen Aufenthaltsstatus einher und wird daher fast nie beschritten. Die Konsequenz dessen ist, dass Menschen mit verschleppten, vermeidbaren Erkrankungen im schlimmsten Fall an deren Folgen versterben – oft nach tagelanger, teurer Behandlung auf der Intensivstation eines Krankenhauses.

In Thüringen ist im Jahr 2013 ein zweifacher Familienvater an Tuberkulose verstorben - obwohl er viele Jahre hier lebte und sein Tod bei rechtzeitiger Behandlung der Krankheit vermeidbar gewesen wäre.

Dies ist mit keinem sozialen, christlichen oder humanistischen Weltbild vereinbar, weshalb wir einen Modellversuch mit anonymen Krankenscheinen vorschlagen, den es seit 2013 bereits in Göttingen gibt.

## **Modelle**

### **1. Krankenkassenkarte für AsylbewerberInnen**

Derzeitige Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten in Jena sehen im Bedarfsfall eine Vorstellung beim Sozialamt vor. Der oder die zuständige SachbearbeiterIn bewertet den Fall und entscheidet über die Genehmigung. In diesem Fall wird ein Schein ausgestellt, mit dem sich der oder die Betroffene beim Arzt oder der Ärztin vorstellen kann. Die Kosten werden dann vom Sozialamt übernommen.

Durch diesen Umstand entstehen bürokratische Hürden, die oft eine adäquate Gesundheitsversorgung verwehren oder die notwendige Behandlung stark verzögern. Fraglich erscheint des Weiteren die medizinische Kompetenz der SachbearbeiterInnen sowie der MitarbeiterInnen der Flüchtlingsheime zur Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes der AntragstellerInnen. Die Dringlichkeit und Notwendigkeit ärztlicher Behandlung wird aufgrund fehlender medizinischer Kenntnisse möglicherweise nicht zutreffend beurteilt. Mögliche Folgen zeigen zweifelsfrei die Vorkommnisse in Zirndorf (Bayern) Ende 2011 und aktueller in Hannover 2014. In Zirndorf erhielt ein am lebensbedrohlichen Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom erkrankter 15 Monate alter Junge nicht rechtzeitig die notwendige medizinische Versorgung. Der ersten Fehleinschätzung eines Arztes bei hohem Fieber des Jungen folgten weitere Fehleinschätzungen der MitarbeiterInnen der Erstaufnahmeeinrichtung Zirndorf, als sich der Zustand des Jungen am Folgetag rapide verschlechterte. Die MitarbeiterInnen verständigten keinen Krankenwagen und ließen die Familie bei winterlichen Temperaturen zu Fuß zur Klinik laufen. Der Junge überlebte zwar letztendlich, musste jedoch bedingt durch die verspätete medizinische Hilfe 25 Hauttransplantationen über sich ergehen lassen und verlor mehrere Zehen und Finger.

In Hannover kam es sogar zu einem Todesfall, als eine Klinik die Behandlung eines einen Monat alten Babys wegen eines fehlenden Krankenscheins verweigerte.

Das sogenannte Bremer Modell zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten, das seit 2005 in Bremen und seit 2012 auch in Hamburg besteht, hat sich bei dieser Thematik als hinreichendes Konzept bewährt. Zur Gewährleistung des Zugangs zum deutschen Gesundheitssystem und zur Realisierung der freien Arztwahl wurde eine Versichertenkarte ausgestellt, die auf einer Vereinbarung zwischen der Hansestadt Bremen und der AOK Bremen/Bremerhaven beruht. Diese ersetzt die üblichen Scheine, die Abrechnung erfolgt über das Sozialamt. So ist eine effektive und schnelle Behandlung im Krankheitsfall, ohne den erschwerenden Umweg über die Behörde, möglich.

Außerdem beinhaltet das Bremer Modell Ansätze zur Verbesserung der Lebenssituation in den Unterkünften. So arbeitet das Sozialamt eng mit der Heimleitung und deren MitarbeiterInnen zusammen, um Probleme und Bedürfnisse zu erkennen und Lösungen zu erarbeiten. Zu den Themen Gesundheit und Hygiene wurden Fortbildungen für die MitarbeiterInnen durchgeführt.

Es wurde ein Beratungs- und Behandlungsraum eingerichtet, in dem regelmäßig Sprechstunden stattfinden. Dazu hat man zwei halbe Stellen eingeführt, die von ÄrztInnen mit eigenem Migrationshintergrund bzw. guten interkulturellen, kommunikativen Fähigkeiten besetzt werden. Die Erstbeurteilung durch MedizinerInnen vermeidet eine Fehl-, Über- oder Unterversorgung.

Zur Koordination gibt es im Gesundheitsamt der Stadt einen eigenen Arbeitsbereich.

Eine Zusammenfassung des Evaluationsberichtes zum Bremer Modell zur Gesundheitsversorgung Asylsuchender ist in Anlage 1 zu finden.

Weiterführende Informationen zum Bremer Modell sind in Anlage 4 zu finden.

## **2. Anonymer Krankenschein für Papierlose**

Wie oben beschrieben, sehen sich Papierlose oft in einer ausweglosen Situation und nehmen aus Furcht vor Abschiebung zu spät oder keine medizinische Behandlung in Anspruch.

Der Funktionsweise eines anonymen Krankenscheins ist folgende: Findet zunächst eine Behandlung über einen anonymen Krankenschein beim Arzt statt und erfolgt dann die Abrechnung beim Sozialamt, greift der verlängerte Geheimnisschutz. Die Verwaltung des Krankenhauses und das Sozialamt zählen nach den allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Kreis der Schweigepflichtigen. Erlangen sie im Rahmen ihrer Aufgabenwahrnehmung Kenntnis von der aufenthaltsrechtlichen Illegalität einer Person, dürfen sie solche Umstände nicht an die Ausländerbehörde weiterleiten.

Allgemein sinkt die Hemmschwelle, den Arzt oder die Ärztin zu konsultieren. Die Anzahl der Erkrankten wird sich nicht ändern, sehr wohl aber werden Erkrankte früher versorgt - und somit im Ernstfall Leben gerettet. Auf finanzieller Seite werden potentielle NotfallpatientInnen früh genug versorgt, so dass extrem teure lebenserhaltende stationäre Behandlungen vermieden werden können.

### **2.1 Zeitlich begrenzte Einführungs- und Evaluationsphase**

Zur sicheren Haushaltsplanung und erstmaligen Auswertung der Anzahl der Bedürftigen schlagen wir eine auf 2 Jahre begrenzte Einführung des anonymen Krankenscheins vor. Eine Begleitung und Evaluation dieser Phase durch die FSU Jena erscheint sinnvoll. Der Leistungsumfang des Scheines entspricht den Leistungen nach AsylBIG.

### **2.2. Aushändigung und Einlösung**

Bei der Aushändigung des anonymen Krankenscheines erfolgt automatisch eine Beratung mit dem Ziel, eventuell vorhandene alternative Möglichkeiten zur Leistungsübernahme zu suchen.

Die Kostenübernahme über den anonymen Krankenschein erfolgt ausschließlich unter der Bedingung, dass keine Krankenversicherung vorhanden ist, die mindestens Leistungen in Höhe des AsylBIG übernimmt. Dies wird deutlich ersichtlich in 12 Sprachen auf der Rückseite des anonymen Krankenscheines vermerkt. Sind diese Bedingungen bei einem Patienten oder einer Patientin nicht erfüllt, verpflichtet er/sie sich automatisch mit Einlösung des anonymen Krankenscheins die Kosten selbst zu tragen.

### **2.3. Informationen für Ärzte und Ärztinnen**

Auf der Rückseite des Scheines oder als Beilage wird der Arzt oder die Ärztin über die Leistungen informiert, die er/sie nach AsylBIG erbringen kann.

# **Vorschläge zur Umsetzung**

## **1. Beteiligung der Krankenkassen**

Die AOK ist verpflichtet, jeden Bürger aufzunehmen und sollte deshalb in das Konzept einbezogen werden.

Auch andere Krankenkassen sollten angeschrieben werden, denn die Erfahrung in einer deutschen Stadt hat gezeigt, dass andernfalls seitens anderen Krankenkassen gegen die Vorauswahl der AOK geklagt werden könnte. Die DAK Jena hat ein erstes Interesse an der Ausstellung der Krankenkassenkarten für die Geflüchteten in Jena geäußert.

## **2. Beteiligung der Krankenhäuser**

Die Krankenhäuser sind daran interessiert, dass die Sozialämter ihrer gesetzlichen Pflicht Taten folgen lassen und Notfallbehandlungen immer bezahlen und nicht darauf verweisen, dass der/die PatientIn möglicherweise aus einer anderen Stadt stammt.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft setzt sich in einer Stellungnahme vom 10.07.2014 besonders für eine Konkretisierung dieses Nothelferanspruches ein (siehe Anlage 2).

Weiterhin unterstützt die Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 11.07.2014 den Vorschlag, „Asylbewerber und ihnen gleichgestellte Ausländer“ regulär in die gesetzliche Krankenversicherung zu integrieren bzw. zumindest Chipkarten auszugeben („Bremer Modell“) und fordert eine gesetzliche Festschreibung und widerspruchsfreie Umsetzung des „verlängerten Geheimnisschutzes“ (siehe Anlage 3).

## **3. Personelle Ausstattung**

3.1 Zu den Prinzipien der Krankenkarte für Geflüchtete und des anonymen Krankenscheins für Papierlose gehört die freie Arztwahl.

3.2 Die Erstellung einer Liste von MedizinerInnen und PsychologInnen mit interkulturellen und fremdsprachlichen Kompetenzen erscheint sinnvoll, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

3.3. Wie auch aus Evaluationsbericht zum Bremer Modell ersichtlich (siehe Verweis unter 1.), ist insbesondere die Versorgung psychischer Erkrankungen, zu denen auch Traumatisierungen gehören, unbefriedigend. Behandlungsplätze sind rar. Aus diesem Grund sollte das Psychosoziale Zentrum für Geflüchtete – Refugio Thüringen e.V. - besonders unterstützt und eingebunden werden. Besonders die langfristige Finanzierung und Ausbau der Kapazitäten sollten sichergestellt werden.

## **4. Verwaltung**

### **4.1 Gesundheitsamt**

Es sollte ein eigener Arbeitsbereich mit 0,2 Stellen (8 Stunden pro Woche) geschaffen werden, der vom Sozialamt finanziert wird und die Koordination der Krankenkarten und die Ausgabe der anonymen Krankenscheine organisiert. (Vgl.: Die Hansestadt Bremen hat 0,5 Stellen dafür vorgesehen.)

### **4.2 Sozialamt**

Hier werden Kapazitäten frei, da Geflüchtete nicht vor jeder Behandlung einen Behandlungsschein beantragen müssen. Dies bringt Einsparungen mit sich.

## **5. Sprachmittlung**

Zu jedem Arzt-Patient-Gespräch, bei dem Arzt/Ärztin und Patient/Patientin nicht dieselbe Sprache mindestens auf B2-Niveau sprechen, muss ein Dolmetscher oder eine Dolmetscherin hinzugezogen werden. Kostenträgerin ist die Stadt Jena. Diese Anforderung erscheint sehr hoch, ist aber alternativlos. Die Anamnese (Erhebung der Krankengeschichte), die Diagnostik und die therapeutischen Maßnahmen wie Medikation oder Eingriffe mit Zustimmungsvorbehalt sind ohne funktionierende Kommunikation nicht umsetzbar.

## **6. Dezentrale Unterbringung**

Ein wohlwollendes und einfach bestreitbares Wohn- und Lebensumfeld ist essentiell für die psychische und körperliche Gesundheit. Dem Evaluationsbericht zum Bremer Modell (siehe Verweis unter 1.) ist zu entnehmen, dass Gemeinschaftsunterkünfte „die Gesundheit nicht fördern, sondern (noch) bestehende Ressourcen gefährden“. Daher sollten AsylbewerberInnen, wie beispielsweise in Leipzig umgesetzt, dezentral in Einzelwohneinheiten untergebracht werden.

## **7. Flankierende Maßnahmen**

### 7.1 Fortbildungen der Fachkräfte in den Einrichtungen

Nicht-medizinisches Personal in den Asylbewerberunterkünften soll regelmäßig in Erster Hilfe und Hygiene fortgebildet werden. Der Nachweis darüber ist alle 3 Jahre der Stadt Jena vorzuweisen.

### 7.2 Kommunikation

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Verwaltung, Politik, den Trägern der Unterkünfte und Initiativen ist die Grundlage, um zukunftsfähig zusammen zu arbeiten. Dazu dienen quartalsweise Treffen oben genannter Strukturen.

Engagierte und erfahrene Initiativen sind namentlich das Medinetz Jena, Refugio Thüringen, die Flüchtlingsinitiative Jena, die Junge Gemeinde Stadtmitte, die Landesärztekammer Thüringen, IPPNW Jena, Amnesty International Jena und The Voice.

### 7.3 Informationskampagne für ÄrztInnen und PsychologInnen

Vielleicht aus Unwissenheit, vielleicht aus vermeintlichen Schwierigkeiten mit interkultureller Kommunikation, lehnen bisher viele ÄrztInnen die Behandlung von Geflüchteten ab. Dem sollte begegnet werden. Zum Beispiel mit einer für das Thema sensibilisierenden dreijährigen Informationskampagne, mit Plakaten, Informationsveranstaltungen und direkten Gesprächen.

### 7.4 Erstgespräch

Ein Erstgespräch, das dazu dient den generellen Bedarf einer Behandlung körperlicher und psychischer Leiden abzuschätzen, soll Bestandteil jeder Neuankunft von AsylbewerberInnen in der Kommune (im Gegensatz zur Landeserstaufnahmestelle) sein. Besonders eventuelle psychische Traumata sollten geprüft werden.

## **Nachsatz**

Die vorgestellten Maßnahmen zeigen Möglichkeiten auf, die Chancen in Jena zu nutzen, eine bessere Gesundheitsversorgung für Geflüchtete und Papierlose zu gewährleisten. Unser Ziel ist, durch eine bessere Zusammenarbeit von Politik, Verwaltung und zivilgesellschaftlichen Initiativen ein menschenwürdiges Leben für alle Menschen in Jena sicherzustellen.

**Die Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit** Bremen, 06.09.2011  
Bearbeitet von Felicitas Jung Ge-  
sundheitsamt Bremen  
Tel.: 361 - 15667

Lfd. Nr. **S-3-18**

**Vorlage  
für die Sitzung  
der städtische Deputation für Gesundheit  
am 20.09.2011**

**Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender  
Eine Evaluation**

**A. Problem**

Für Asylsuchende und Flüchtlinge sind die Zugangsbedingungen zur gesundheitlichen Versorgung auf der Basis des Asylbewerberleistungsgesetzes eingeschränkt. Möglichkeiten der Behandlung bestehen vorrangig in Notfallsituationen, bei akuten Erkrankung oder Schmerzzuständen und bei Schwangerschaften und Geburten (AsylbLG § 4). Außerdem soll Personen, die psychische Traumata wie Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Formen von Gewalt erlitten haben, medizinische und sonstige Hilfe gewährt werden (AsylbLG § 6).

Da gesundheitliche Probleme dieser Zielgruppe breit gefächert sind, hat sich Bremen bereits 1993 für eine niedrigschwellige medizinische Grundversorgung durch das Gesundheitsamt Bremen entschieden.

Ziel des Gesundheitsprogramms war eine umfassendere Gesundheitsversorgung und die Vernetzung der an der Versorgung von Flüchtlingen beteiligten Organisationen, um die gesundheitlichen Probleme effektiv anzugehen. Die Zugangschancen zum regulären Gesundheitssystem sollten erhöht und die Wohn- und Lebensbedingungen verbessert werden.

In den Gemeinschaftsunterkünften, in denen Asylsuchende untergebracht sind, wurden ärztliche Sprechstunden im Sinne einer medizinischen Grundversorgung angeboten. Ärzte

mit Migrationshintergrund und interkultureller Kompetenz führen die Sprechstunden durch. Sie vermitteln bei Bedarf weitergehende fachspezifische medizinische Behandlungen innerhalb der medizinischen Regelversorgung, so dass Fehl-, Über- oder Unterversorgung weitgehend vermieden werden.

Die Auswertung der Daten zum Krankheitsspektrum zwischen 2001 und 2008 zeigt, dass unspezifische Schmerzsymptome und Atemwegsinfektionen überwiegen, während gravierende Infektionserkrankungen kaum zu finden sind. Die Datenbasis zum Krankheitsspektrum legt außerdem nahe, dass die Lebenssituation im Asyl, in Gemeinschaftsunterkünften und teilweise mit einem über lange Zeiträume ungesicherten Aufenthaltsstatus die Gesundheit Asylsuchender und Flüchtlinge nicht fördert, sondern (noch) vorhandene Ressourcen gefährdet.

Die medizinische Versorgung körperlicher Beschwerden gelingt mit dem Gesundheitsprogramm gut. Die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen, zu denen auch die Traumatisierungen gehören, bleibt jedoch unbefriedigend. Die Diagnostik dieser Erkrankungen bedarf dafür ausgebildeter Fachärzt/innen und Psychotherapeut/innen. Behandlungsplätze für diese Zielgruppe sind rar. Nur wenige Behandler/innen beherrschen die entsprechenden Sprachen, um sich mit Asylsuchenden verständigen zu können, und Unsicherheiten im Umgang mit kulturellen Differenzen erschweren die Behandlung zudem.

## **B. Lösung / Sachstand**

In der beiliegenden Evaluation wurden die Ergebnisse und Erfahrungen des Gesundheitsprogramms für die Jahre 2001 bis 2008 aufgearbeitet sowie weitergehende Lösungsvorschläge erarbeitet (s. Anlage).

Das Gesundheitsprogramm hat sich als medizinische Basisversorgung bewährt.

Um eine stärkere Sensibilisierung für das Erkennen von Traumatisierungen zu erreichen, nahmen die Ärzte des Gesundheitsprogramms bereits im vergangenen Jahr an einer Fortbildung zur Psychotraumatologie teil. Die Lücken in der Versorgung psychischer Erkrankungen, die ein bundesweites Problem darstellen, werden durch enge Kooperation mit den Sozialpsychiatrischen Diensten und Refugio e.V. abgemildert.

Eine in Bremen bereits Anfang 2011 beschlossene Verkürzung der Wohndauer von Asylsuchenden in Gemeinschaftseinrichtungen von 36 Monaten auf 12 Monate soll zur körperlichen wie psychischen gesundheitlichen Entlastung der Asylsuchenden und Flüchtlinge beitragen.

### **C. Finanzielle / Personelle Auswirkungen / Gender-Prüfung**

Finanzielle und personelle Auswirkungen derzeit nicht vorhanden.

Asylsuchende und Flüchtlinge nutzen die gesundheitliche Versorgung mit geschlechtsspezifischen Ausprägungen. Das Programm berücksichtigt dies auch durch eine wechselnde Sprechstundenbesetzung (Arzt und Ärztin).

### **D. Beschluss**

Die städtische Deputation für Gesundheit nimmt den Bericht des Gesundheitsamtes Bremen zur Kenntnis.

**Anlage:** Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Eine Evaluation.



## **Stellungnahme**

### **der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes**

(Asylbewerberleistungsgesetz - AsylbLG  
und Sozialgerichtsgesetz - 7. SGGÄndG)

Stand: 10. Juli 2014

## **Zu Nr. 5: Einfügung der §§ 6a und b**

### **- Erstattung von Aufwendungen im Eifall**

#### **I. Grundsätzliche Stellungnahme**

Die Stellungnahme der DKG erfolgt unter besonderer Berücksichtigung der Sicherung und Stärkung der Ansprüche nothelfender Krankenhäuser. Die Notwendigkeit der Schaffung einer – umfassenden und praxisgerechten – gesetzlichen Regelung ist aufgrund der mit der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 30.10.2013 (B 7 AY 2/12 R) entstandene Regelungslücke evident.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft begrüßt den erkennbaren Willen des Gesetzgebers, sich in diesem Gesetzgebungsverfahren der Problematik anzunehmen und die Abrechnung von im Notfall erbrachten Leistungen der Krankenhäuser und Ärzte auch weiterhin zu ermöglichen

Der Vorschlag des Gesetzgebers zielt primär auf eine Übernahme der vorhandenen Regelung des § 25 SGB XII. Diese Lösung ist zwar im Ergebnis zielführend, allerdings bedarf sie aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft einer Konkretisierung und Optimierung, um der Intention des Nothelferanspruchs adäquat gerecht zu werden.

Die sehr rechtsprechungsintensiven Auseinandersetzungen um die Tatbestandsmerkmale der Vorbildregelung des § 25 SGB XII zeigen, dass diese Vorschrift in der Praxis insbesondere nothelfenden Krankenhäusern erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Auch der Städtetag gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium sowie eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe der ASMK – Arbeits- und Sozialministerkonferenz und dem Vorsitz der Hansestadt Hamburg haben bereits Analysen der Situation vorgenommen und Änderungsbedarf erkannt.

Eine Verlagerung der aus dem § 25 SGB XII resultierenden Hürden in der Durchsetzbarkeit der Ansprüche nothelfender Krankenhauses oder Ärzte auf das AsylbLG sollte daher vermieden werden. Die rein am Wortlaut orientierte Übertragung der Re-

gelung auf das Asylbewerberleistungsrecht würde den berechtigten Interessen der Nothelfer nicht gerecht. Erfahrungen im Umgang mit der Eilfallregelung des § 25 SGB XII sind nicht außer acht zu lassen, sondern bedingen eine Präzisierung der Regelung. Die jüngsten Entscheidungen des BSG (Urteile vom 23.08.2013, B 8 SO 19/12 R sowie vom 12.12.2013, B 8 SO 13/12 R) verdeutlichen, dass der Anwendungsbereich des Nothelferanspruchs auf sehr wenige Fallgestaltungen beschränkt wäre, würde man sich auf eine reine Übernahme des Wortlauts des § 25 SGB XII beschränken, ohne diesen zu optimieren.

## **II. Stellungnahme zu wesentlichen Inhalten**

### **1. Zu § 6a - Erstattung von Aufwendungen anderer**

#### a) Beweislastregelung

Die Regelung dahingehend, dass auf eine grundsätzliche Leistungsberechtigung nach den §§ 3,4 und 6 AsylbLG abgestellt wird, überträgt das Irrtums und Fehleinschätzungsrisikos sowie der Beweislast für das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen nach dem AsylbLG einseitig auf den Nothelfer. Diese Risikoverteilung zu Lasten des Krankenhauses als Nothelfer würde nach höchstrichterlicher Rechtsprechung analog selbst dann gelten, wenn der Träger des AsylbLG den Sachverhalt nicht zureichend ermittelt hat (BVerwG, Beschluss vom 30.12.1996, 5 B 202/95).

In Konsequenz scheidet die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen an Umständen, die sich dem Einfluss des Nothelfers entziehen – etwa daran, dass wenn der betreffende Patient keine Leistungen nach dem AsylbLG in Anspruch nehmen will, weil er sich weiteren Sachverhaltsermittlungen entzieht oder untertaucht. Krankenhäusern wären in diesem Fall jegliche Kostenerstattungsansprüche verwehrt. Es bedarf daher einer dringenden Klarstellung, dass die Beweislast im Hinblick auf fehlende Leistungsberechtigungen eines behandelten Patienten nach dem AsylbLG nicht zu Lasten des Krankenhauses geht und dies in eine Situation als Ausfallbürge gedrängt wird. Die Sicherstellung der öffentlichen Daseinsvorsorge der Gesundheits-

behandlung von Asylbewerbern liegt nicht im originären Pflichtenkreis der Krankenhäuser, sondern ist Aufgabe des Staates. Die bezüglich des betroffenen Personenkreises nach dem AsylbLG bekannten erheblichen Schwierigkeiten bei der Ermittlung des Sachverhalts insbesondere im Hinblick auf den Aufenthaltsstatus und die grundsätzliche Leistungsberechtigung dürfen nicht zu Lasten der Krankenhäuser abgewälzt werden.

Die Tatsache, dass nach der geltenden Gesetzes- und Rechtslage die Leistungsbehörden nur das aus der Nothilfe resultierende Risiko, nicht aber das Risiko der letztlich fehlenden wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eines Patienten oder das unternehmerische Risiko des Krankenhauses als Nothelfer abdecken sollen, belastet Krankenhausträger jedoch in übermäßigem Maße und ist keinesfalls in Einklang mit der Intention der Nothelferregelung dahingehend zu bringen, dass diese die Hilfsbereitschaft Dritter im Interesse in Not geratener Menschen durch Gewährleistung eines leistungsfähigen Schuldners stärken sollte. Um Sinn und Zweck einer praktikablen Nothelferregelung zu erfüllen, sind im Gesetz daher dringend entsprechende Beweiserleichterungen zu Gunsten des Nothelfers zu statuieren, indem vorgesehen wird, dass in medizinisch unabweisbaren Notfällen die Hilfebedürftigkeit und Leistungsberechtigung des Patienten zugunsten des Krankenhauses vermutet wird.

#### b) Höhe des Aufwendererstattungsanspruchs

§ 6a soll in Anlehnung an § 25 SGB XII eine Erstattung der Aufwendungen „in gebotenen Umfang“ vorsehen. Dieser unbestimmte Rechtsbegriff führt jedoch bei der Erstattung der Kosten einer Notfallbehandlung, die im stationären Bereich anhand von Fallpauschalen (DRGs) berechnet wird, zu zweifelhaften Ergebnissen und ist daher zu spezifizieren.

Aus systematischen Gründen sowie Praktikabilitätsabwägungen muss sich der Aufwenderersatz eines Krankenhauses grundsätzlich nach den für zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V geltenden Vergütungsregelungen bemessen. Dieser Vergütungsanspruch eines (zugelassenen) Krankenhauses ergibt sich gegenüber einer Krankenkasse - bei einem Versicherten - gemäß § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG sowie ggf. der BPfIV und der

PEPPV. Ist das jeweilige Krankenhaus in das DRG-Vergütungssystem einbezogen (§ 1 KHEntgG), erfolgt die Abrechnung nach Maßgabe des jeweils gültigen Fallpauschalenkatalogs (§ 17b KHG). Soweit eine Krankenhausbehandlung als Fallpauschale nach dem DRG-Vergütungssystem abgerechnet wird, stellt sich insofern grundsätzlich die gesamte - von der Fallpauschale erfasste - Behandlung als Einheit und der daraus resultierende Kostenanspruch des Krankenhauses als unteilbarer Anspruch dar, da der Anspruch auf die Vergütung mit der einschlägigen Fallpauschale dem Grunde nach bereits mit dem Tag der Aufnahme in das Krankenhaus feststeht. Demgemäß bestimmt § 9 der nach § 17b KHG und § 9 KHEntgG getroffenen Fallpauschalenvereinbarung (FPV), dass bei Fallpauschalenpatienten im Falle eines Zuständigkeitswechsels des Kostenträgers während der stationären Behandlung der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet wird, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist. Eine Aufteilung der Vergütung erfolgt nicht. Diese Grundregel muss auch im Falle des Aufwendungserstattungsanspruchs nach dem AsylbLG greifen.

Die in § 6b vorgesehene Zäsur der Ansprüche nach Kenntniserlangung des zuständigen Leistungsträgers vom Hilfefall (s. dazu Punkt 2) bietet insofern keine Veranlassung, von der Grundregel abzuweichen. Die Frage, ob und wie eine pauschale Vergütung nach dem Fallpauschalensystem zu verteilen ist, wenn aufgrund der im Gesetz vorgesehenen Zäsur nach Kenntniserlangung des Leistungsträgers für den ersten Zeitabschnitt einer vollstationären Behandlung ein Nothelferanspruch des Krankenhauses und für den weiteren Abschnitt ein originärer Leistungsanspruch des Patienten besteht, sollte insofern aus Praktikabilitätsgründen gesetzlich präzisierend geregelt werden.

Es bedarf daher im Hinblick auf die Leistungen der Krankenhäuser als Nothelfer einer Konkretisierung dahingehend, dass sich die Höhe der Erstattung der Aufwendungen bei Leistungen im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach dem KHG, dem KHEntgG sowie der auf dieser Grundlage erlassenen Fallpauschalenvereinbarungen richtet.

### c) Fristenregelung

Die in § 6a vorgesehene Geltendmachung der Erstattung innerhalb „angemessener Frist“ stellt einen unbestimmten Rechtsbegriff dar, der bezüglich der Regelung des § 25 SGB XII in den letzten Jahrzehnten durch die Rechtsprechung in sehr unterschiedlichem Maße konkretisiert wurde. Zwar hat sich jüngst das BSG in seiner Entscheidung vom 23.08.2013 (B 8 SO 19/12 R) dieses Rechtsbegriffs angenommen und den bislang divergierenden Maßstäben der Fristberechnung ein Ende bereitet. Im Interesse einer klaren Handhabbarkeit für Nothelfer auch im AsylbLG wäre es allerdings angezeigt, eine entsprechende Konkretisierung in das Gesetz aufzunehmen. In Anlehnung an die Entscheidung des BSG sollte daher festgelegt werden, dass die Frist zur Geltendmachung der entsprechenden Erstattungsansprüche mit dem Ende des Eilfalls beginnt und einen Monat beträgt, wobei klarstellenderweise das medizinische Moment des im Sinne der Dauer einer stationären Behandlung das Ende des Eilfalls markiert und damit den Fristbeginn statuiert.

### d) Örtliche Zuständigkeit

Die Geltendmachung der Erstattung bei dem jeweils zuständigen Träger des AsylbLG stellt Krankenhäuser in der Praxis aufgrund divergierender Zuständigkeitsregelungen, die teilweise an den Aufenthaltsstatus des Patienten geknüpft sind, vor große Probleme. Rechtsprechungsintensive Auseinandersetzungen um die Frage der örtlichen Zuständigkeit zeigen, dass es an einer klaren und handhabbaren Regelung fehlt. In Fällen, in denen Patienten sich einer Zuweisungsentscheidung widersetzt haben, untergetaucht sind oder aus medizinischen Gründen über mehrere Zuständigkeitsgrenzen hinweg transportiert werden müssen, ist die Ermittlung des zuständigen Leistungsträgers nach derzeitiger Regelung des § 10 a häufig nicht eindeutig möglich. Es bedarf daher einer Spezifikation für den Fall der medizinischen Nothilfe dahingehend, dass zuständiger Träger die Behörde ist, in deren Bereich sich der Leistungsberechtigte unmittelbar vor Einsetzen des Notfalls tatsächlich aufgehalten hat.

## **2. Zu § 6b – Einsetzen der Leistungen**

Die Neuregelung lässt einen Aufwendungsersatzanspruch nur für solche Leistungen zu, die vor der Kenntnis des Trägers des AsylbLG vom Bedarfsfall nach § 18 SGB XII erbracht wurden, weil mit der Kenntnis bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen für einen Anspruch nach dem AsylbLG der Nothelferanspruch erlischt. Das Vorliegen eines Eilfalls am Einlieferungstag bedeutet damit nicht, dass damit der Krankenhausaufenthalt eines Patienten insgesamt als Eilfall im Sinne des § 25 SGB XII/§ 6 b AsylbLG zu behandeln wäre. Vielmehr sind die Voraussetzungen nur solange erfüllt, wie es der hilfebedürftigen Person bzw. dem Krankenhausträger nicht möglich oder zumutbar ist, den zuständigen Leistungsträger über den Hilfefall zu unterrichten. Nach dessen Kenntniserlangung vom Hilfefall würden daher nur dem Hilfebedürftigen selbst die entsprechenden Leistungen nach dem AsylbLG zustehen; ein Nothelferanspruch scheidet ab diesem Zeitpunkt aus. Krankenhäuser können daher ab dem Zeitpunkt der Kenntnis keine Ansprüche mehr gegen die Träger des AsylbLG geltend machen, da ein Anspruch des Nothelfers – bezogen auf denselben Bedarf – nicht neben einem Anspruch des Leistungsberechtigten nach der Rechtslage des SGB XII bestehen kann (BSG, Urteil vom 30.10.2013, B 7 AY 2/12; Urteil vom 23.08.2013, B 8 SO 19/12 R). Der Nothelferanspruch besteht (nur) für die Zeit bis zur Kenntnis des Sozialhilfeträgers von dem Hilfebedarf. Für Hilfen ab diesem Zeitpunkt besteht dem Grunde nach ein Hilfeanspruch des Hilfebedürftigen und der Nothelfer trägt das Risiko der Zahlungsunfähigkeit bzw. der mangelnden Durchsetzung dieses Hilfeanspruchs. Die praktische Bedeutung dieser Regelung führt in der Praxis in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle dazu, dass nothelfenden Krankenhäusern eine Refinanzierung der ihnen durch die Nothilfe entstandenen Krankenhausbehandlungskosten versagt bleibt.

Selbst das BSG weist in der Entscheidung vom 30.10.2013 (aaO) darauf hin, dass der Gesetzgeber offenbar eine über den Zeitpunkt des Einsetzens der Sozialhilfe hinausgehende Schutzbedürftigkeit des Nothelfers nicht gesehen habe, selbst wenn der Nothelfer die Kosten nicht erstattet erhält, weil der Leistungsberechtigte die Leistung nicht in Anspruch nimmt. Es ist nicht zu rechtfertigen, dass im Bereich des AsylbLG - in dem noch in verstärktem Maße von fehlenden Mitwirkungen der Betroffenen und entsprechenden Antragstellungen gegenüber den Behörden zu rech-

nen ist - das Risiko, den nothelfenden Krankenhäusern aufzubürden ist. Die im SGB XII normierte Aufspaltung eines an sich einheitlichen Behandlungsfalles darf nicht in das AsylbLG übernommen werden. Es bedarf daher einer ergänzenden Klarstellung dahingehend, dass mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die Aufwendungen nach Maßgabe des § 6a auch für den Zeitraum bis zur Entscheidung der zuständigen Behörde über die Gewährung von Leistungen nach dem AsylbLG zu erstatten sind und Zustimmung des Leistungsberechtigten insoweit vermutet wird, wenn der dieser die Leistung vor der Entscheidung nicht selbst beantragt.

### **III. Gesetzesvorschlag**

Nach § 6 werden folgende §§ 6a und 6b eingefügt:

#### *„§ 6a*

#### *Erstattung von Aufwendungen anderer*

*(1) Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach §§ 3,4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sich nicht aufgrund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird.*

*(2) Soweit es sich um Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt handelt, wird in einem Eilfall das Vorliegen der Voraussetzungen der §§ 1,4 und 6 vermutet. Die Erstattung der Aufwendungen in Einrichtungen, die der Krankenbehandlung dienen, erfolgt gemäß § 17 b KHG, § 9 KHEntgG sowie der auf dieser Grundlage getroffenen Bestimmungen. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Behandlung bei dem nach § 10 a Absatz 1 Satz 2 zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird.*



## § 6b

### *Einsetzen der Leistungen*

*(1) Zur Bestimmung des Zeitpunkts des Einsetzens der Leistungen nach den §§ 3,4 und 6 ist § 13 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.*

*(2) Bei Leistungen im Zusammenhang mit Krankheit, Schwangerschaft und Geburt sind die Aufwendungen mit Zustimmung des Leistungsberechtigten auch für den Zeitraum bis zur Entscheidung der zuständigen Behörde über die Gewährung von Leistungen nach dem AsylbLG zu erstatten; die Zustimmung des Leistungsberechtigten wird insoweit vermutet, wenn dieser die Leistung vor der Entscheidung nicht selbst beantragt.“*



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

zum Referentenentwurf des Bundesministerium für Arbeit und Soziales

*„Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes“*

Berlin, 11.07.2014

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer begrüßt die im Referentenentwurf vorgesehene Einführung des Aufwendungsersatzanspruches des Nothelfers im AsylbLG, mit der eine Erstattung von Behandlungskosten für Krankenhausträger und Ärzte durch die Übernahme der Behandlungskosten unmittelbar vom Leistungsträger sichergestellt werden soll, wenn in medizinische Eilfällen Nothilfe an Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nach dem AsylbLG erbracht wurde.

Jedoch werden mit dieser Neuregelung nicht alle Schwierigkeiten gelöst, die mit dem vorgeschlagenen Weg der Kostenabrechnung verbunden sind.

### **Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten**

Auf dem 116. Deutschen Ärztetag Mai 2013 in Hannover<sup>1</sup> war mit dem Beschluss VI-69<sup>2</sup> eine notwendige medizinische Versorgung, die regulär Krankenversicherten zusteht, auch für Patienten, die unter das AsylbLG fallen, gefordert worden. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2012 hatte erklärt: „*Die in Art. 1 Abs. 1 GG garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren*“. Generell wäre die Überführung von Asylbewerbern und den ihnen gleichgestellten Ausländern in die allgemeinen sozialen Leistungssysteme eine humane und unbürokratische Lösung.

### **Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellter Ausländer**

Auch der 117. Deutschen Ärztetag Mai 2014 in Düsseldorf war mit dem Themenbereich Gesundheitsversorgung für Asylsuchende befasst. Mit der EntschlieÙung VII-66<sup>3</sup> wurde erneut die Gleichbehandlung gefordert. Das Bundesverfassungsgericht hatte bereits 2012 zu der Gewährung sonstiger Leistungen (§ 6 AsylbLG) betont: „*Schon der Wortlaut des § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG zeigt, dass es nicht um die Grundsicherung geht, sondern um Leistungen, die im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich [...] sind*“. So sind die derzeitigen Bestimmungen des AsylbLG zur Gesundheitsversorgung nicht mit der vom Grundgesetz vorgegebenen Garantie eines menschwürdigen Existenzminimums vereinbar. Maßstab muss das medizinisch Notwendige sein, wie es im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen ist. Davon ausgehend wäre es sinnvoll, Leistungsempfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz künftig in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen. Das könnte zudem einen Bürokratieabbau bei Ländern und Kommunen befördern, weil die aufwändige Leistungsbewilligung und Rechnungsprüfung bei den Trägern des Asylbewerberleistungsgesetzes entfallen würde. Statt eines Parallelsystems für einen relativ kleinen Personenkreis kann auf das bereits bestehende und spezialisierte System der Krankenkassen zurückgegriffen werden.

---

<sup>1</sup> Auf dem jährlich einmal stattfindenden Deutschen Ärztetag treffen sich von den Landesärztekammern entsandte Delegierte zur Diskussion und Beschlussfassung.

<sup>2</sup> Beschluss VI-69 des 116. Deutschen Ärztetags 2013 „Für das Recht auf medizinische Gleichbehandlung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellten Ausländern mit regulär Krankenversicherten“. Beschlussprotokoll S. 231-232, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/116DAETBeschlussprotokollfinal20130604LZ.pdf>

<sup>3</sup> EntschlieÙung VII-66 des 117. Deutschen Ärztetags 2014 „Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und ihnen gleichgestellter Ausländer“. Beschlussprotokoll S. 278-279, <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/117DAETBeschlussprotokoll20140613.pdf>

## **Vereinfachung des Zugangs zur medizinischen Versorgung durch Ausgabe einer Krankenversichertenkarte für Asylsuchende**

Der sinnvollste Weg für die Vereinfachung des Zugangs zur medizinischen Versorgung wäre mittels der Ausgabe einer Krankenversichertenkarte für Asylsuchende zu erreichen. Die Entschließung VII-89 des 117. Deutschen Ärztetags Mai 2014 in Düsseldorf legt am Beispiel des seit 1993 laufenden Bremer Modells zur Gesundheitsversorgung Asylsuchender<sup>4</sup> dar, wie die Ausstattung der Asylsuchenden mit Krankenversichertenkarten funktionieren kann, die von den Krankenkassen auf der Grundlage eines Vertrages gemäß § 264 Abs. 1 SGB V ausgegeben werden. Diese Verträge können von den Krankenkassen geschlossen werden, „sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet ist“. Die Kosten werden also nicht von der Versichertengemeinschaft, sondern nach § 10 AsylbLG von den Landesregierungen bestimmten Kostenträgern übernommen.

## **Wahrung der Anonymität von Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis**

Die Bundesärztekammer sieht in der Antragstellung für die Kostenerstattung einen problematischen Punkt hinsichtlich der Wahrung der Anonymität bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus<sup>5</sup>, der auch nicht durch die Neuregelung verbessert wird. Der „verlängerte Geheimnisschutz“<sup>6</sup>, der momentan durch die Verwaltungsvorschrift der Bundesregierung zum Aufenthaltsgesetz vom 18.9.2009 gewährleistet werden soll, müsste widerspruchsfrei umgesetzt werden, insbesondere was die Übermittlungspflicht des Sozialamtes an die Ausländerbehörde betrifft. Er sollte außerdem gesetzlich verankert werden.

---

<sup>4</sup> [http://www.gesundheitsamt.bremen.de/six-cms/media.php/13/3\\_GBE\\_Gesundheitsversorgung\\_Asylsuchender.pdf](http://www.gesundheitsamt.bremen.de/six-cms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf)

<sup>5</sup> Entschließung VII-89 Vereinfachung des Zugangs zur medizinischen Versorgung durch Ausgabe einer Krankenversichertenkarte für Asylsuchende. Beschlussprotokoll S. 280,

<sup>6</sup> [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Faltblatt\\_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus\\_30112013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf)

# Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherten-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG

## Vorbemerkung

In Bremen erhalten Leistungsberechtigte nach §§ 4/6 AsylbLG seit 2005 eine Chipkarte der AOK Bremen. Die Leistungen erbringt dort die AOK auf Grundlage eines Vertrags nach § 264 Abs. 1 SGB V mit der Bremer Sozialbehörde. **Seit Juli 2012 hat auch Hamburg das Modell übernommen.**

Als **Anlagen** sind diesem Dokument beigelegt:

- *Fachliche Weisung der Bremer Sozialbehörde zu § 4 AsylbLG*
- *Vertrag zwischen Bremer Sozialbehörde und AOK Bremen*
- *Anlage zum Vertrag: Leistungsausschlüsse und genehmigungspflichtige Leistungen*
- *PE Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg v. 2.4.2012: Ab 1.7.2012 Krankenversichertenkarten für alle Asylbewerber auch in Hamburg*
- *Tischvorlage BASFI Hamburg zum Rd Tisch Flüchtlingsmedizin Berlin am 14.6.2012.*

## 1. Situation in Berlin

### Bürokratische Mangelversorgung nach AsylbLG

In Berlin ergeben sich laut Asylbewerberleistungsstatistik 2008 für die Versorgung nach §§ 4/6 AsylbLG Kosten von **189 €/Monat/Person** (173 €/Person/Monat nach § 4 AsylbLG, zzgl. 50 % der Ausgaben bzw. 16 €/Monat als geschätzter Anteil der medizinischen Leistungen nach § 6 AsylbLG).

Für AsylbLG-Leistungsberechtigte mit Chipkarte einer Krankenversicherung nach § 2 AsylbLG iVm § 264 SGB V fielen in 2008 Kosten von **109 €/Monat/Person** an.

Ähnlich - wenngleich nicht ganz so krasse - Differenzen ergeben sich aus der bundesweiten Asylbewerberleistungsstatistik. Vgl. dazu Classen, Das AsylbLG und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum, [www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen\\_AsyblLG\\_Verfassung.pdf](http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsyblLG_Verfassung.pdf), Seite 42 - 45.

Ursache der Mehrkosten dürften neben dem möglicherweise schlechteren Gesundheitszustand bei Einreise die fehlende Chipkarte und die restriktive Vergabepaxis bei den Sozialämtern sein, wodurch von Krankheiten und Krankenbehandlungen verschleppt werden, und medizinische Notdienste überproportional in Anspruch genommen werden müssen.

§§ 4/6 AsylbLG:

*4620 Leistungsberechtigte, die Krankenscheine erst beim Sozialamt beantragen müssen, Behandlung oft nur mit erheblicher Verzögerung erhalten, und u.a. deshalb häufiger Notfallbehandlungen in Anspruch nehmen müssen.*

*Ausgaben 9.645.902 €/Jahr § 4, 1.763.679 €/Jahr § 6 insgesamt*

*Medizinausgaben § 4 AsylbLG 173 €/ Monat /Person*

*Ausgaben § 6 AsylbLG 32 €/ Monat /Person*

*(die Ausgaben nach § 6 enthalten sowohl Medizinausgaben wie z.B. Psychotherapien als auch andere Sonderbedarfe wie z.B. Schulbedarf)*

§ 2 AsylbLG:

*5345 Leistungsberechtigte, die nach 48 Monaten des Leistungsbezugs gemäß § 264 II SGB V mit Chipkarte einer gesetzlichen Krankenkasse nach Wahl jederzeit sofort einen Arzt ihrer Wahl aufsuchen können:*

*Ausgaben 7.036.523 €/Jahr insgesamt*

*Medizinausgaben § 2 AsylbLG 109 €/ Monat /Person*

## 2. Situation in Bremen

### **Menschenwürdige medizinische Versorgung von Flüchtlingen bei weniger Bürokratie und Kosten**

- Seit 2005 (damaliger CDU/SPD Senat) gibt es eine Vereinbarung SenGesSoz Bremen (nur) mit der AOK Bremen nach § 264 I SGB V. Es werden reguläre Versichertenkarten an den Personenkreis des §§ 3 - 7 AsylbLG (auch in den Fällen des § 1a AsylbLG) ausgegeben.
- Die Karten enthalten keinen Hinweis auf einen eingeschränkten Behandlungsanspruch nach dem AsylbLG. Der Personenkreis ist nur an der Code-Nr auf der Karte zu erkennen (ebenso wie auch bei den Versicherten nach § 264 II SGB V). Die AOK bekommt 8 €/Person/Monat als Verwaltungspauschale. Die AOK rechnet mit dem Land Bremen die real entstandenen Behandlungskosten ab (vgl. § 264 SGB V, ebenso wie auch beim Personenkreis des § 2 AsylbLG).
- Es gibt einige Leistungsvorbehalte, bei denen das Sozialamt entscheidet: für Psychotherapien Begutachtung durch vom Senat beauftragten Klinikarzt, Begutachtung Amtsarzt für DMP, Begutachtung Amtsarzt für Zahnersatz, keine Begutachtung für stationäre Krhs-Behandlungen.
- Ein exakter Kostenvergleich zu vor 2005 ist mangels belastbarer Datengrundlage nicht möglich. Medizinische Leistungen wurden bis dahin teils unter § 4 AsylbLG, teils aber auch unter § 6 AsylbLG verbucht und statistisch erfasst. Nach § 6 AsylbLG werden jedoch auch nichtmedizinische Leistungen erbracht. Die Ausgaben für medizinische Leistungen sind somit aufgrund der Gesetzessystematik des AsylbLG nicht mehr nachvollziehbar, da § 6 AsylbLG auch nichtmedizinische Leistungen wie z.B. Eingliederungshilfe für Behinderte oder Schulbedarf enthält.
- Ein Kostenvergleich zu medizinischen Leistungen nach § 2 AsylbLG liegt vor. Die Kosten für die Behandlung nach §§ 4/6 AsylbLG in den ersten vier Jahren sind in Bremen nicht höher als die Kosten der Krankenbehandlung für den Personenkreis des § 2 AsylbLG. Dies obwohl zu erwarten ist, dass aufgrund des schlechteren Gesundheitszustandes nach Einreise die Kosten in den ersten vier Jahren höher sind.
- Das Land Bremen spart durch das Projekt in erheblichem Umfang administrative Kosten ein (Abrechnungsstelle entfällt, Administration der Krankenhilfe nach AsylbLG bei den Ämtern entfällt weitgehend, Amtsarztkosten entfallen weitgehend)

### **Anlagen**

- *Fachliche Weisung der Bremer Sozialbehörde zu § 4 AsylbLG*
- *Vertrag zwischen Bremer Sozialbehörde und AOK Bremen*
- *Anlage zum Vertrag: Leistungsausschlüsse und genehmigungspflichtige Leistungen*
- *PE Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg: Ab 1.7.2012 Krankenversichertenkarten für alle Asylbewerber auch in Hamburg*

### **Zusammenstellung**

Georg Classen  
Flüchtlingsrat Berlin, Georgenkirchstr 69-70, 10249 Berlin  
Tel ++49-30-69564992, FAX ++49-30-69564993  
[georg.classen@gmx.net](mailto:georg.classen@gmx.net)  
[www.fluechtlingsrat-berlin.de](http://www.fluechtlingsrat-berlin.de)

## Fachliche Weisung zu § 4 AsylbLG

### Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

#### 1. Allgemeines

Nach § 4 **Absatz 1** sind zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. § 4 **Absatz 2** definiert die Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt.

#### 2. Durchführung der Krankenbehandlung durch die AOK Bremen/Bremerhaven (§ 264 Abs. 1 SGB V)

Die Durchführung der Krankenbehandlung erfolgt seit dem 01.10.2005 durch die AOK Bremen/ Bremerhaven. Die Freie Hansestadt Bremen und die AOK Bremen/ Bremerhaven haben zu diesem Zweck eine Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V abgeschlossen. Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind Bestandteil dieser fachlichen Weisung.

#### 3. Meldeverfahren

- 3.1. Das AfSD (Amt für Soziale Dienste) meldet die Leistungsempfänger/innen nach § 3 bei der AOK an. Dazu sind die Daten des Haushaltsvorstands und ggf. die seiner in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen sowie die Rechtsgrundlage der Hilfestellung (§ 3 AsylbLG) mitzuteilen. Dies gilt auch für Leistungsempfänger mit Anspruchseinschränkungen nach § 1a.
- 3.2. Die Meldungen werden mit einheitlichen Vordrucken durchgeführt und sind unverzüglich an die AOK weiterzuleiten.
- 3.3. Der Anspruch auf die durch die AOK zu erbringenden Leistungen beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 vorliegen.
- 3.4. Erfolgt die Meldung nicht unverzüglich i. S. von Punkt 3.2, kommt ohne Zustimmung der AOK nur eine rückwirkende Leistungsgewährung bis zu einem Monat vor Eingang der Meldung bei der Krankenkasse in Betracht. Die Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse soll möglichst jeweils zum Ersten eines Monats erfolgen.
- 3.5. Ist die Anmeldung unleserlich oder/und enthält sie unplausible Daten, wird sie zur kurzfristigen Klärung an das AfSD zurückgeschickt.
- 3.6. Die An- und Abmeldungen mit den anzuwendenden Vordrucken können in Papierform übersandt werden. Alternativ ist die Übersendung

der Vordrucke auch per Mail möglich. Ansprechpartner der AOK ist:  
Herr Landeck, Telefon 0471/16-740. Telefax 0471/1691-618,  
Achim.Landeck@hb.aok.de

- 3.7 Eine Kopie der Anmeldung ist an das AfSD, 450-131, Herrn Bischoff (Rolf.Bischoff@afsd.bremen.de) zu übersenden.

#### 4. Krankenversichertenkarte

- 4.1 Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die AOK jedem/jeder einzelnen Leistungsberechtigten unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch das AfSD eine Krankenversichertenkarte aus.
- 4.2 Ist eine Karte unverzüglich notwendig, ist die AOK telefonisch oder per Mail zu informieren. Von dort wird eine vorläufige Karte per Fax übersandt.
- 4.3 Die Krankenversichertenkarten werden in der Regel mit einer Gültigkeitsdauer von einem Jahr ausgestellt. Zum 01.10.2005 erfolgt einmalig eine Erstellung mit einer Gültigkeitsdauer von 15 Monaten. Mit der Ausstellung von Krankenversichertenkarten erfolgt gleichzeitig die Ausstellung von Befreiungsausweisen, da Leistungsberechtigte nach § 3 aufgrund bestehender Bestimmungen keine Zuzahlungen zu leisten haben.
- 4.4 Die in der Zentralen Aufnahmestelle Bremen (ZAST) lebenden Leistungsberechtigten nach § 3 nehmen am Ersatzverfahren teil und erhalten zur Sicherstellung der Krankenbehandlung Ersatzkarten, die stets an die ZAST versandt werden. Die Gültigkeitsdauer ist auf drei Monate begrenzt. Erst bei einem Wechsel in den Zuständigkeitsbereich eines Sozialzentrums erfolgt die Ausstellung einer Krankenversichertenkarte. Dazu ist eine Abmeldung durch die ZAST und eine erneute Anmeldung durch das jeweils zuständige Sozialzentrum zu veranlassen. Sofern ein/e bisher im Zuständigkeitsbereich der ZAST lebende/r Leistungsberechtigte/r nach Bremerhaven verzieht, ist eine erneute Anmeldung vom Sozialamt Bremerhaven zu veranlassen. In diesem Fall hat ebenfalls eine Abmeldung durch die ZAST zu erfolgen.
- 4.5 Der Versand der Versichertenkarten erfolgt grundsätzlich an die Leistungsberechtigten. Der Versand an eine c/o-Adresse kann ausnahmsweise ermöglicht werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht nur die Karte, sondern die gesamte Post der Krankenkasse zukünftig an die c/o-Adresse gehen würde.
- 4.6 Bei einer Änderung der Anschrift kann diese bei Vorsprache des/der Leistungsberechtigten bei der AOK direkt vorgenommen werden. Eine neue Versichertenkarte muss nicht ausgestellt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die Karte vom AfSD an die Krankenkasse mit der Bitte übersandt wird, die Anschrift zu ändern. Nach erfolgter Änderung erhält der/die Krankenhilfeberechtigte die Versichertenkarte direkt von der AOK zugeschickt.
- 4.7 Beim erstmaligen Verlust einer Krankenversichertenkarte stellt die Krankenkasse eine neue Krankenversichertenkarte aus.



Sofern nach erneuten Verlusten die Notwendigkeit besteht, weitere Versichertenkarten auszustellen, erfolgt dieses nur nach schriftlicher Zustimmung durch das AfSD.

## **5. Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges**

**5.1** Das Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges soll unter Beachtung des § 264 Abs. 5 SGB V erfolgen.

Sobald die Beendigung der Hilfebedürftigkeit der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger bzw. die Beendigung der Zuständigkeit des AfSD in Bremen feststeht, erfolgt eine schriftliche Abmeldung durch das AfSD bei der AOK. Grundsätzlich sollen mit der Abmeldung die Versichertenkarten und die Befreiungsausweise der Krankenkasse übermittelt werden. Sofern sie dem AfSD zum Zeitpunkt der Abmeldung nicht zur Verfügung stehen, werden diese unverzüglich nachträglich übermittelt.

**5.2** Nach Eingang der Versichertenkarte(n) bei der AOK erfolgt eine schriftliche Bestätigung über den Eingang an den Sozialhilfeträger. Mit der Mitteilung erfolgt gleichzeitig die Meldung darüber, ob sich ggf. noch weitere Karten (z. B. durch Verlust) im Umlauf befinden könnten.

## **6. Grundlagen der Leistungsansprüche**

**6.1** Die Leistungsberechtigung ergibt sich aus § 4. Nach dieser Vorschrift sind die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren.

Die AOK Bremen/Bremerhaven und das AfSD in Bremen haben sich darauf verständigt, dass die entsprechenden Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, sofern nach Ziffer 6.2 keine Abweichungen vereinbart worden sind.

**6.2** Zu folgenden Abweichungen besteht zwischen den Vertragspartnern Einvernehmen:

**6.2.1** Folgende Leistungen können von dem o. g. Personenkreis nicht in Anspruch genommen werden:

- Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) i. S. des § 137 f SGB V, sofern eine gesonderte Genehmigung durch die AOK erforderlich ist
- Künstliche Befruchtung
- Entbindungsgeld
- Mutterschaftsgeld

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

Psychotherapie: Es kommt grundsätzlich nur eine Bewilligung von Kurzzeittherapien in Frage. Eine Begutachtung muss durch das Klinikum Bremen-Ost (Herrn Dr. Haack) erfolgen.

- Sehhilfen: Eine Bewilligung erfolgt nach den Bestimmungen des SGB V in Anlehnung an die Regelungen für den Personenkreis unter 18 Jahren.
- Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen können grundsätzlich nicht bewilligt werden. Nur nach Rücksprache mit dem AfSD kommt in besonders gelagerten Einzelfällen eine Bewilligung in Betracht. Anschlussheilbehandlungen können dagegen im Rahmen der GKV bewilligt werden.
- Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen: Eine Bewilligung kann nur nach Begutachtung durch das zuständige Gesundheitsamt in Bremen erfolgen.
- Reha-Sport/ Funktionstraining: Eine Bewilligung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Nur in besonders gelagerten Einzelfällen kann eine Bewilligung nach Rücksprache mit dem AfSD erfolgen.
- Die Bewilligung von Hilfsmitteln erfolgt bis zu einem Bewilligungsbetrag von € 2.000,- im Rahmen der GKV. Hilfsmittel mit einem Bewilligungsbetrag von über € 2.000,- werden nur nach Rücksprache mit dem AfSD bewilligt.
- Kostenübernahmeerklärungen für Behandlungen im Ausland bzw. Kostenerstattungen für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen werden grundsätzlich nicht abgegeben bzw. erbracht.

Sofern die AOK gemäß der Vereinbarung wegen der Bewilligung einer Leistung Rücksprache mit dem AfSD halten muss, hat der/die zuständige Sachbearbeiter/in nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden. Insbesondere ist dabei die Dauer des weiteren Aufenthalts und das Vorliegen von Anspruchseinschränkungen nach § 1a zu berücksichtigen.

## 7. **Widerspruchs- und Klageverfahren**

Die AOK entscheidet über Widersprüche gegen abgelehnte Leistungsanträge der Krankenhilfeberechtigten. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse.

## 8. **Durchsetzung von Schadensersatz- und Erstattungsansprüchen**

Die Verfolgung von Ersatz- und Erstattungsansprüchen wird von der AOK übernommen. Die Ansprüche werden grundsätzlich im Rahmen von bestehenden Teilungsabkommen mit den Versicherungen realisiert.

2

# Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V

## zwischen

der Freien Hansestadt Bremen  
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,  
Jugend und Soziales

dem Magistrat der Stadt Bremerhaven  
Dezernent für Jugend und Soziales

nachfolgend – die Träger –

## und

der AOK Bremen/Bremerhaven

nachfolgend – die AOK

## Präambel

Mit der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004 wurde bereits gem. § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, die nicht versichert sind, von den Krankenkassen übernommen. Mit dieser Übernahme wurde u. a. das Ziel einer kostengünstigen Versorgung durch eine aktive Steuerung der Leistungsausgaben verbunden.

Da durch § 264 Abs. 2 SGB V allerdings nicht alle Berechtigten erfasst wurden, die Ansprüche auf Krankenhilfeleistungen nach verschiedenen Sozialleistungsgesetzen haben, vereinbarten die Träger in Bremen und Bremerhaven und die AOK die Übertragung der Krankenbehandlung weiterer Leistungsberechtigter im Rahmen des § 264 Abs. 1 SGB V an die AOK.

Ziel dieser Übertragung soll es u. a. sein, den Verwaltungsaufwand der Träger bei der Sicherstellung der Krankenbehandlung dieser Leistungsberechtigten zu reduzieren. Ferner soll auch bei diesen Berechtigten das Fallmanagement der AOK genutzt werden, um eine kostengünstige bedarfsdeckende Krankenversorgung durch eine aktive Steuerung der Leistungsausgaben zu erreichen.

### 1. Von der AOK zu betreuender Personenkreis

Die AOK betreut im Rahmen des § 264 Abs. 1 SGB V folgende Personen:

- Krankenhilfeberechtigte nach dem SGB VIII (Jugendhilfe) - nur Stadtgemeinde Bremen
- Leistungsberechtigte nach § 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einschließlich der Berechtigten nach § 1 a AsylbLG

## 2. Meldeverfahren

- 2.1 Die Träger melden die unter 1 genannten Personen bei der AOK an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und ggf. seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen sowie die Rechtsgrundlage der Hilfestellung (§ 3 AsylbLG oder SGB VIII) mitzuteilen.
- 2.2 Die Meldungen werden mit einheitlichen, abgestimmten Vordrucken durchgeführt und sind unverzüglich an die AOK weiterzuleiten.
- 2.3 Der Anspruch auf die durch die AOK zu erbringenden Leistungen beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 AsylbLG oder nach dem SGB VIII vorliegen.
- 2.4 Erfolgt die Meldung nicht unverzüglich i. S. von Punkt 2.2, kommt ohne Zustimmung der AOK nur eine rückwirkende Leistungsgewährung bis zu einem Monat vor Eingang der Meldung bei der Krankenkasse in Betracht. Die Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse soll möglichst jeweils zum Ersten eines Monats erfolgen.
- 2.5 Ist die Anmeldung unleserlich oder/und enthält sie unplausible Daten, wird sie zur kurzfristigen Klärung an den Träger zurückgeschickt.

## 3. Krankenversichertenkarte

- 3.1 Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die AOK jedem einzelnen Leistungsberechtigten unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch den Träger eine Krankenversichertenkarte aus.
- 3.2 Die Krankenversichertenkarten werden in der Regel mit einer Gültigkeitsdauer von einem Jahr ausgestellt. Zum 01.10.2005 erfolgt einmalig eine Erstellung mit einer Gültigkeitsdauer von 15 Monaten. Mit der Ausstellung von Krankenversichertenkarten erfolgt gleichzeitig die Ausstellung von Befreiungsausweisen, da die zu 1. genannten Personen aufgrund bestehender Bestimmungen keine Zuzahlungen zu leisten haben.
- 3.3 Die in der Zentralen Aufnahmestelle Bremen (ZAST) lebenden Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG nehmen am Ersatzverfahren teil und erhalten zur Sicherstellung der Krankenbehandlung Ersatzkarten, die stets an die ZAST versandt werden. Die Gültigkeitsdauer ist auf drei Monate begrenzt. Erst bei einem Wechsel in eine Gemeinschaftsunterkunft erfolgt die Ausstellung einer Krankenversichertenkarte.

Sofern ein bisher in der ZAST lebender Leistungsberechtigter nach Bremerhaven zieht, ist eine erneute Anmeldung vom Sozialamt Bremerhaven zu veranlassen. In diesem Fall hat eine Abmeldung durch die ZAST zu erfolgen.

- 3.4 Der Versand der Versichertenkarten erfolgt grundsätzlich an die Leistungsberechtigten. Der Versand an eine c/o-Adresse kann ausnahmsweise ermöglicht werden.

Der erstmalige Versand der Versichertenkarten nach Übernahme der Krankenbehandlung durch die AOK erfolgt allerdings nicht direkt an die Leistungsberechtigten, sondern an die einzelnen Sozialhilfedienststellen in Bremen und Bremerhaven.

- 3.5 Die Änderung einer Anschrift kann bei Vorsprache des Leistungsberechtigten bei der AOK direkt vorgenommen werden. Eine neue Versichertenkarte muss nicht ausgestellt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die Karte vom Träger an die Krankenkasse mit der Bitte übersandt wird, die Anschrift zu ändern. Nach erfolgter Ände-

zung erhält der Krankenhilfeberechtigte die Versichertenkarte direkt von der AOK zugeschickt.

- 3.6 Beim erstmaligen Verlust einer Krankenversichertenkarte stellt die Krankenkasse eine neue Krankenversichertenkarte aus.

Sofern nach erneuten Verlusten die Notwendigkeit besteht, weitere Versichertenkarten auszustellen, erfolgt dieses nur nach schriftlicher Zustimmung durch den Träger.

- 3.7 Den Trägern werden für die Ausstellung von Krankenversichertenkarten keine Kosten in Rechnung gestellt. Bei der Festlegung der Verwaltungskosten im Rahmen dieser Vereinbarung werden die entsprechenden Kosten bereits berücksichtigt.

- 3.8 Sollte in der Zukunft die Notwendigkeit bestehen, für den unter 1. genannten Personenkreis elektronische Gesundheitskarten auszustellen, ist die Übernahme der entstehenden Kosten zwischen den Trägern und der AOK zu verhandeln.

#### **4. Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges**

Das Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges soll unter Beachtung des § 264 Abs. 5 SGB V erfolgen.

Sobald die Beendigung der Hilfsbedürftigkeit der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger bzw. die Beendigung der Zuständigkeit eines Trägers in Bremen feststeht, erfolgt eine schriftliche Abmeldung durch den Träger bei der AOK. Grundsätzlich sollen mit der Abmeldung die Versichertenkarten und Befreiungsausweise der Krankenkasse übermittelt werden. Sofern sie dem Träger zum Zeitpunkt der Abmeldung nicht zur Verfügung stehen, werden diese unverzüglich nachträglich übermittelt.

Die AOK wird nach Eingang der Abmeldung eine Sperrung der Versichertenkarten vornehmen, damit ungerechtfertigte Leistungen möglichst nicht oder nur noch kurzfristig in Anspruch genommen werden können.

Solange die Krankenversichertenkarte(n) nicht übermittelt wurde(n), hat der Träger der AOK alle Leistungsaufwendungen des/der Krankenhilfeberechtigten, auch über das Ende des Hilfebezuges hinaus, zu erstatten. Entsprechendes gilt auch für ärztlich veranlasste Leistungen, die nach der Übernahme der Krankenversichertenkarte im selben Quartal in Anspruch genommen wurden.

Nach Eingang der Versichertenkarte(n) bei der AOK erfolgt eine schriftliche Bestätigung über den Eingang an den Träger. Mit der Mitteilung erfolgt gleichzeitig die Meldung darüber, ob sich ggf. noch weitere Karten (z. B. durch Verlust) im Umlauf befinden könnten.

Hinsichtlich der Beendigung der Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen gelten die vertraglichen Regelungen der AOK.

#### **5. Grundlagen der Leistungsansprüche**

##### **5.1 Krankenhilfeberechtigte nach dem SGB VIII**

Für die krankenhilfeberechtigten Personen nach dem SGB VIII finden die Regelungen zu Punkt 5 der jeweils gültigen Fassung der Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V in der Freien Hansestadt Bremen mit folgender Ausnahme Anwendung:

Zuzahlungen sind nicht zu erbringen. Insofern finden die Vorschriften der §§ 61, 62 und 28 Abs. 4 (Zuzahlungen beim Arztbesuch) SGB V keine Anwendung. Die Krankenhilfeberechtigten erhalten mit der Versichertenkarte eine Befreiungsbescheinigung der Krankenkasse.

## **5.2 Leistungsberechtigte nach § 3 AsylbLG**

- 5.2.1** Die Leistungsberechtigung ergibt sich aus § 4 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift sind die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren.
- 5.2.2** Zur Klarstellung der Leistungsansprüche wird auf die Anlage 1 verwiesen, die ggf. fortlaufend ergänzt wird.
- 5.2.3** Kostenübernahmeerklärungen für Behandlungen im Ausland bzw. Kostenerstattungen für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen werden grundsätzlich nicht abgegeben bzw. erbracht.
- 5.2.4** Die Vergütungsregelungen für die Leistungserbringer gelten - unabhängig von der Kostenträgerschaft - sowohl für Krankenversicherte wie für Krankenhilfeberechtigte nach einheitlichen Grundsätzen, entsprechend der gesetzlichen Regelung zu § 264 Abs. 6 SGB V.

## **6. Widerspruchs- und Klageverfahren**

Die AOK entscheidet über Widersprüche gegen abgelehnte Leistungsanträge der Krankenhilfeberechtigten. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse.

## **7. Durchsetzung von Schadensersatz- und Erstattungsansprüchen**

Die Verfolgung von Ersatz- und Erstattungsansprüchen wird von der AOK übernommen. Die Ansprüche werden grundsätzlich im Rahmen von bestehenden Teilungsabkommen mit den Versicherungen realisiert.

Soweit dieses nicht möglich ist, werden die Ansprüche nach Sach- und Rechtslage bearbeitet. Die Krankenkasse erhält als Erfolgshonorar 7,5 % der erfolgreich realisierten Leistungsaufwendungen. Externe Kosten (z. B. Anwalts- und Sachverständigenkosten) werden nach Einzelabsprache von dem Träger separat übernommen.

Bei der Berechnung der Verwaltungskosten bleiben die erstatteten Schadens- und Ersatzansprüche unberücksichtigt.

## **8. Medizinischer Dienst der Krankenkassen**

Die AOK beteiligt im Rahmen der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen entsprechend der gesetzlichen und vereinbarten Regelung. Die Kosten für die Umlage gem. § 281 SGB V werden bis zur Höhe von € 3,75 jährlich pro Bedarfsgemeinschaft von den Trägern übernommen. Eventuell darüber hinausgehende Kosten werden von den Krankenkassen getragen.

## **9. Prüfung von Heil- und Kostenplänen bei Zahnersatz**

Die Prüfung von Heil- und Kostenplänen bei Zahnersatz erfolgt durch die Mitarbeiter der AOK. Eine Bewilligung erfolgt grundsätzlich erst nach Begutachtung durch das Gesundheitsamt Bremen bzw. Bremerhaven.

Für den Personenkreis des § 3 AsylbLG besteht auch im Bereich des Zahnersatzes ein reduzierter Leistungsanspruch. Auf die Anlage 1 zu dieser Vereinbarung wird verwiesen.

Bei beiden Personenkreisen ist zu beachten, dass durch die fehlende Finanzierungsbeteiligung der Leistungsberechtigten eine ggf. erhöhte und umfängliche Antragsstellung gezielt zu überprüfen ist.

## **10. Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen**

Für die Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen der beiden Personengruppen werden für die Träger in Bremen und Bremerhaven unterschiedliche Institutionskennzeichen eingerichtet.

**10.1** Die AOK erstellt vierteljährliche Abrechnungen, die folgende Angaben enthalten sollen:

**10.1.1** Bezug auf die Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Aktenzeichen des Trägers) mit Ausnahme der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütungen (Pauschalabrechnungen)

**10.1.2** Leistungszeitraum

**10.1.3** Leistungsaufwand nach Leistungsarten gegliedert, sofern eine personenbezogene Zuordnung möglich ist

**10.1.4** Stationäre Behandlungen (Krankenhaus, Vorsorge/Reha) mit Angabe des Zeitraumes

**10.1.5** ärztliche Behandlungen pro Quartal

**10.1.6** Zahnärztliche Behandlung pro Quartal und Zahnersatz

**10.1.7** Ambulante Notfallbehandlung

**10.1.8** Ambulantes Operieren

**10.1.9** Heil- und Hilfsmittel

**10.1.10** Arzneimittel

**10.1.11** Sprechstundenbedarf

**10.2** Einnahmen und Ausgaben, die im Quartal angefallen sind, werden gegeneinander verrechnet.

**10.3** In den Abrechnungen der AOK erfolgt eine Aufrechnung der Aufwendungen aller Betreuten je Leistungsart.

**10.4** Die Träger sichern eine Erstattung der Leistungsaufwendungen unter Berücksichtigung der Abschlagszahlungen vierzehn Kalendertage nach Eingang der Abrechnung zu.

## **11. Abschlagszahlungen**

Die Träger zahlen der AOK Abschlagszahlungen auf die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten zur Sicherung der Liquidität. Die Abschlagszahlungen betragen für die Zeit vom 01.10.2005 bis 31.12.2006 pro Person € 100,-- monatlich.

Nach Auswertung der Leistungsausgaben im Jahr 2006 werden die Abschlagszahlungen für den Zeitraum ab 01.01.2007 einvernehmlich neu festgesetzt.

Die Zahlungen sollen jeweils zum 01. eines jeden Monats an die AOK erfolgen, ohne dass es einer Aufforderung durch die Krankenkasse bedarf.

Die Anzahl der leistungsberechtigten Personen wird von der Krankenkasse an einem Stichtag festgestellt und rechtzeitig vor der entsprechenden Abschlagszahlung an das Sachgebiet 13 - Finanz- und betriebliches Rechnungswesen - beim Amt für Soziale Dienste bzw. an das Sozialamt Bremerhaven gemeldet. Der Stichtag ist jeweils der 15. des Monats, der vor dem Quartal liegt, für den der Liquiditätsausgleich gezahlt werden soll. Die Namen der jeweiligen Personen einschließlich der Aktenzeichen des Trägers meldet die AOK mit den Stichtagsdaten entsprechend Satz 1 dieses Absatzes.

## 12. Verwaltungskosten

Für die von der AOK durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 1 SGB V werden als angemessene Verwaltungskosten für den Personenkreis nach dem SGB VIII € 8,50 pro Person/begonnener Monat, für den Personenkreis nach § 3 AsylbLG € 8,00 pro Person/begonnener Monat vereinbart.

Für die ersten drei Monate der Laufzeit dieser Vereinbarung (Überleitungszeitraum) werden die Verwaltungskosten auf € 10,-- pro Person/Monat festgelegt. Die höheren Verwaltungskosten für diesen Zeitraum sind mit den Investitionskosten der AOK in Bezug auf die Beschaffung der Software zu begründen.

Die Träger und die AOK gehen davon aus, dass die Wahrnehmung der Krankenbehandlung von Personen des § 3 AsylbLG mit höheren Anstrengungen beim Fallmanagement verbunden ist. Für diesen Personenkreis werden ab dem 01.01.2006 neben den Verwaltungskosten in Höhe von € 8,-- ergänzende Verwaltungskosten vereinbart, die sich unter Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung berechnen.

Basis für die ergänzenden Verwaltungskosten bilden die Ausgaben der AOK im Rahmen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V für den Personenkreis des § 2 AsylbLG im Jahr 2004 (€ 1.273,78) zuzüglich der jährlich pro Mitglied nachgewiesenen Steigerungen bei den Leistungsausgaben der Kontenklassen 4 und 5 in der Jahresrechnung der AOK Bremen/Bremerhaven. Da allerdings nur Leistungsausgaben berücksichtigt werden, die den jährlichen Betrag von € 20.450,-- pro Leistungsberechtigten nicht übersteigen (Stop-Loss-Grenze), wird der Basiswert auf € 1.067,14 festgelegt.

Sofern die jährlich durchschnittlichen Behandlungskosten eines Leistungsberechtigten mehr als € 8,-- monatlich / € 96,-- jährlich geringer ausfallen als die jährlich durchschnittlichen Behandlungskosten für den Personenkreis des § 2 AsylbLG, werden der AOK ergänzende Verwaltungskosten in Höhe von 30 % der zusätzlichen Minderausgaben (Minderausgaben, die den Betrag von € 96,-- übersteigen) gezahlt. Der Höchstsatz der Gesamtverwaltungskosten beträgt € 10,-- pro Person/begonnener Monat.

Die ergänzenden Verwaltungskosten werden unter Berücksichtigung aller von der AOK bis zum 30.09. des jeweiligen Folgejahres abgerechneten Leistungen ermittelt. Zu berücksichtigenden ist ebenfalls die o. g. jährliche Stop-Loss-Grenze von € 20.450,-- pro Leistungsberechtigten.



### 13. Prüfrechte der Träger

AOK und Träger verabreden, einvernehmlich ein Verfahren zur Durchführung von Prüfungen zu vereinbaren.

### 14. Controlling der Leistungsausgaben

Die AOK und die Träger vereinbaren halbjährliche Gespräche zur Durchführung eines Controllings zur Entwicklung der Leistungsausgaben.

Ziel dieser Gespräche ist es, Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben und der Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens und der Klärung von Leistungsansprüchen zu erörtern und zu vereinbaren.

### 15. Wirksamkeit

Diese Vereinbarung wird zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, der Freien Hansestadt Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und dem Magistrat der Stadt Bremerhaven wirksam.

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam oder nicht durchführbar sein oder werden, soll dadurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt werden. Dasselbe gilt für den Fall einer Regelungslücke der Vereinbarung.

Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine angemessene Regelung gelten, die dem Willen der Vereinbarungspartner sowie dem Zweck der Vereinbarung entsprechen würde, sofern die Parteien bei Abschluss der Vereinbarung den Punkt bedacht hätten.

### 16. Vereinbarungslaufzeit, Kündigung

Diese Vereinbarung tritt rückwirkend am 01.10.2005 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Eine Kündigung in gegenseitigem Einvernehmen ist ohne Einhaltung einer Frist möglich.

Bremen/Bremerhaven, im November 2005

#### Anlagen: 1

.....  
Freie Hansestadt Bremen  
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,  
Jugend und Soziales

.....  
Magistrat der Stadt Bremerhaven  
Dezernent für Jugend und Soziales

.....  
AOK Bremen/Bremerhaven

**Anlage 1**  
**der Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung**  
**nach § 264 Abs. 1 SGB V im Land Bremen**

Die Leistungsberechtigung für den in § 3 AsylbLG genannten Personenkreis ergibt sich aus § 4 AsylbLG und zum Teil aus § 6 AsylbLG. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nach diesen Vorschriften nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren sind.

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

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

Zu folgenden Abweichungen besteht zwischen den Vertragspartnern Einvernehmen:

Folgende Leistungen können von dem o. g. Personenkreis nicht in Anspruch genommen werden:

- Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) i. S. des § 137 f SGB V, sofern eine gesonderte Genehmigung durch die AOK erforderlich ist
- Künstliche Befruchtung     ? ?
- Entbindungsgeld
- Mutterschaftsgeld

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

- Psychotherapie: Es kommt grundsätzlich nur eine Bewilligung von Kurzzeittherapien in Frage. Eine Begutachtung muss in Bremen durch das Klinikum Bremen-Ost (Herr Dr. Haack), in Bremerhaven durch das Gesundheitsamt Bremerhaven erfolgen.
- Sehhilfen: Eine Bewilligung erfolgt nach den Bestimmungen des SGB V in Anlehnung an die Regelungen für den Personenkreis unter 18 Jahren
- Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen können grundsätzlich nicht bewilligt werden. Nur nach Rücksprache mit dem Träger kommt in besonders gelagerten Einzelfällen eine Bewilligung in Betracht. Anschlussheilbehandlungen können dagegen im Rahmen der GKV bewilligt werden.
- Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen: Eine Bewilligung kann nur nach Begutachtung durch das zuständige Gesundheitsamt in Bremen und Bremerhaven erfolgen.
- Reha-Sport/Funktionstraining: Eine Bewilligung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Nur in besonders gelagerten Einzelfällen kann eine Bewilligung nach Rücksprache mit dem Träger erfolgen.
- Die Bewilligung von Hilfsmitteln erfolgt bis zu einem Bewilligungsbetrag von € 2.000,-- im Rahmen der GKV. Hilfsmittel mit einem Bewilligungsbetrag von über € 2.000,-- werden nur nach Rücksprache mit dem Träger bewilligt.



FENSTER SCHLIESSEN



Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

# Sozialbehörde verbessert Krankenversorgung

## Asylbewerber erhalten künftig eine Versichertenkarte der AOK

02.04.2012



Verbandwechsel (Bild: AOK-Mediendienst)

Die Hamburger Sozialbehörde hat Verhandlungen geführt, um gemeinsam mit der Innenbehörde vertraglich festzuhalten, dass alle Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ab dem 1. Juli 2012 eine eigene Krankenversichertenkarte erhalten.

Denn das Sozialgesetzbuch V eröffnet - rein rechtlich - allen Asylbewerberinnen und -bewerbern die Möglichkeit, sich von einer Krankenkasse betreuen zu lassen, unabhängig davon, wie lange sie sich bereits in Hamburg aufhalten.

Diesen rechtlichen Rahmen wollen beide Behörden in der Praxis nutzen. Dazu haben sie jetzt einen Vertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven abgeschlossen.

„Mit diesem neuen Modell verschlanken wir die Hamburger Verwaltung – eigene aufwändige Berechnungen werden künftig nicht mehr nötig sein. Außerdem bedeuten Krankenversicherungskarten für Asylbewerberinnen und -bewerber ein hohes Maß an Normalität, wenn sie zum Arzt gehen“, sagt Sozialsenator Detlef Scheele. „Auch wenn es trotz Krankenversichertenkarte für sie in einigen Leistungsbereichen Einschränkungen gibt, können andere Patienten bei einem Arztbesuch nicht erkennen, dass es sich um Sozialleistungsempfänger handelt.“

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes gibt es trotz der neuen Krankenversichertenkarten auch weiterhin einige Einschränkungen für Asylbewerberinnen und -bewerber, beispielsweise wenn es um zusätzliche Leistungen geht.

Ein Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz und auf kieferorthopädische Behandlungen besteht für diese Patientengruppe hingegen nur dann, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Bei anderen Leistungen, die in der Regel direkt über die Karte abgerechnet werden, sind Asylbewerberinnen und -bewerber anderen Versicherten jedoch grundsätzlich gleichgestellt.

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind derzeit in Hamburg rund 4.600 Menschen leistungsberechtigt, die sich

noch keine vier Jahre in Hamburg aufhalten. Bisher werden von einer Krankenkasse nur Leistungsberechtigte versorgt, die seit mindestens vier Jahren in Hamburg leben. Alle anderen Leistungsberechtigten bekommen statt einer Krankenversicherungskarte bisher einen Behandlungsschein von den zuständigen Sozialdienststellen, mit dem sie zum Arzt gehen können.

Das wird sich zum 1. Juli 2012 ändern – denn dann wird die AOK Bremen/Bremerhaven die Kosten der Krankenbehandlung direkt abwickeln, gegen vollen Kostenersatz und mit einem angemessenen Verwaltungskostenanteil.

Auch für Ärzte ist das ein Vorteil: Sie müssen keine Einzelrechnungen mehr stellen, sondern können ihre erbrachten Leistungen direkt über die Krankenversicherungskarte abrechnen, was wiederum dazu dient, dass die Bürokratie in den Behörden abgebaut wird.

Dieses Modell ist – mit Ausnahme von Bremen - bundesweit einzigartig und wird erstmals in Hamburg eingeführt.

### Kontaktmöglichkeit

#### **Pressestelle der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration**

Nicole Serocka  
Pressesprecherin  
Hamburger Straße 47  
22083 Hamburg

Tel.: 040 42863-2889

Fax: 040 42863-3849

E-Mail: [pressestelle@basfi.hamburg.de](mailto:pressestelle@basfi.hamburg.de)

[Homepage »](#)  
[Stadtplan »](#)  
[HVV-Verbindung »](#)

# Runder Tisch

## zur gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten

### in besonderen Notlagen

Sitzung am 14. Juni 2012 in Berlin

#### TOP 2:

### **Übernahme der Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG durch die AOK Bremen/Bremerhaven in der Freien und Hansestadt Hamburg**

Die Freie und Hansestadt Hamburg hat gemäß § 264 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) mit der AOK Bremen/Bremerhaven im März 2012 einen Vertrag zur Übernahme der Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die gegenüber der Freien und Hansestadt Hamburg Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben, geschlossen.

**Ab dem 1. Juli 2012** wird die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1 a AsylbLG vollständig durch die AOK Bremen/Bremerhaven nach § 264 Abs. 1 SGB V erbracht.

Die derzeit 4.716 Leistungsberechtigten (Stand: April 2012) nach §§ 1, 1a AsylbLG, die nicht die Voraussetzungen des § 2 AsylbLG erfüllen, waren bisher die letzte Gruppe der Sozialleistungsbezieher, deren Gesundheitsversorgung noch nicht über eine Krankenkasse, sondern über die Ausgabe von Behandlungsscheinen sichergestellt wurde. Ziel dieser Übertragung ist es, durch die AOK Bremen/Bremerhaven eine professionellere, effizientere und effektivere Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig soll für die Leistungsberechtigten mit der Versorgung durch eine Krankenkasse und der Aushändigung einer Krankenversichertenkarte ein größtmögliches Maß an Normalität ermöglicht werden.

Im vorgenannten Vertrag wurde insbesondere vereinbart, dass die Leistungsberechtigten grundsätzlich verfahrens- und leistungsrechtlich den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt werden, sie jedoch Einschränkungen aufgrund des AsylbLG unterliegen, deren Einhaltung die AOK Bremen/Bremerhaven u.a. mittels eines Leistungsausschlusskataloges sicherstellt. Die AOK Bremen/Bremerhaven beteiligt im Rahmen der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen entsprechend der gesetzlichen und vereinbarten Regelungen. Die FHH leistet monatliche Abschlagszahlungen pro Leistungsberechtigten an die AOK Bremen/Bremerhaven und diese rechnet die zwischen ihr und den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser etc.) abgerechneten Ausgaben vierteljährlich mit der FHH ab. Die AOK Bremen/Bremerhaven erhält für die von ihr durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gemäß eine Verwaltungskostenpauschale pro Monat und Leistungsberechtigten. Die AOK Bremen/Bremerhaven wird zweimal im Jahr einen Controllingbericht an die FHH übersenden.