

**Handreichung zu Fragen
der gesundheitlichen Versorgung
von Leistungsberechtigten nach
§ 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**

(Stand: 20.08.2024)

Diese Veröffentlichung des Ministeriums für Inneres, Bau und Digitalisierung Mecklenburg-Vorpommern wurde mit der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern sowie dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport Mecklenburg-Vorpommern zur Umsetzung der „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1 Asylbewerberleistungsgesetz in Mecklenburg-Vorpommern“ abgestimmt.

Bereits in der Vergangenheit haben die Leistungsberechtigten des AsylbLG in Mecklenburg-Vorpommern medizinische Leistungen in Anspruch genommen. Die Verfahren der Behandlungsabrechnung haben sich mit der Einführung einer Gesundheitskarte (eGK) für einen Teil der Leistungsberechtigten (Flüchtlinge bis 36 Monate geduldeten Aufenthalt in den teilnehmenden Landkreisen und kreisfreien Städten - im Folgenden die Kommunen) vereinfacht. Der Leistungsumfang hat sich dabei nicht verändert.

Dabei ist zu unterscheiden:

Leistungsberechtigte in der Erstaufnahmeeinrichtung

Leistungsberechtigte, die sich in der Erstaufnahmeeinrichtung des Landes befinden, werden in der Regel auch dort medizinisch behandelt. Eine Behandlung außerhalb der Erstaufnahmeeinrichtung erfolgt grundsätzlich nur auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsscheins bzw. Kostenübernahmeerklärung durch das Landesamt für innere Verwaltung Mecklenburg-Vorpommern (LAI V M-V) als zuständiger Kostenträger.

Das bedeutet: Keine Veränderung des bisherigen Verfahrens.

Leistungsberechtigte mit geduldetem Aufenthalt

Leistungsberechtigte, die den Landkreisen und kreisfreien Städten zugewiesen worden sind und nicht mehr in Erstaufnahmeeinrichtungen wohnen, suchen im Regelfall die Praxen der niedergelassenen (Zahn-) Ärztinnen und (Zahn-) Ärzte oder die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhäuser auf. Kostenträger sind die Kommunen. Es wird hierbei zwischen Leistungsberechtigten bis bzw. über 36 Monaten geduldetem Aufenthalt unterschieden:

Leistungsberechtigte bis 36 Monate geduldeter Aufenthalt

Eine Behandlung erfolgt grundsätzlich auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsscheins bzw. Abrechnungsscheins, der vor der entsprechenden Diagnostik und Behandlung einzuholen ist.

Ab dem 01.10.2024 erhalten Leistungsberechtigte in den teilnehmenden Kommunen eine eGK, die von einer beauftragten Gesetzlichen Krankenkasse ausgestellt wird. Bis zur Versorgung mit der Gesundheitskarte stellen die Krankenkassen entsprechende Abrechnungsscheine zur Verfügung.

Eine Abrechnung der Leistungen erfolgt dann auf der Basis und bei Vorlage der eGK.

Auf diesen Karten ist bei „Besondere Personengruppe“ die Ziffer „9“ gespeichert. Daran erkennen die Praxen nach dem Einlesen der eGK, dass bei dem Patienten ein **eingeschränkter Leistungsanspruch** (s. u.) zu beachten ist. Ein optisches Zeichen auf der Karte selbst gibt es nicht.

Die beauftragten Krankenkassen sind aber verpflichtet, die Europäische Krankenversicherungskarte bei dieser Personengruppe auf der Rückseite der eGK als ungültig zu kennzeichnen.

Das bedeutet: Die vorliegende Handreichung ist für diesen Personenkreis mit einer eGK zu berücksichtigen.

Leistungsberechtigte über 36 Monate geduldeter Aufenthalt

Ab diesem Zeitpunkt haben Leistungsberechtigte des AsylbLG **denselben Leistungsanspruch wie Sozialhilfeempfänger.** Dieser Anspruch entspricht dem der GKV-Patienten. Die Abrechnung erfolgt wie bei jedem anderen gesetzlich Krankenversicherten über die übliche eGK.

Die eGK für Leistungsberechtigte des AsylbLG, die sich länger als 36 Monate in Deutschland aufhalten, ist bei „Besondere Personengruppe“ mit der Ziffer „4“ gekennzeichnet.

Das bedeutet: Keine Veränderung des bisherigen Verfahrens.

Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge

Stehen minderjährige unbegleitete Flüchtlinge unter der Obhut der Kommunen, gelten sie nicht als Flüchtlinge und haben einen Behandlungsanspruch nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (§ 42 SGB VIII).

Es besteht in diesem Fall ein weitgehend gleicher Behandlungsanspruch wie für GKV-Patienten. Die eGK für diesen Personenkreis ist bei „*Besondere Personengruppe*“ mit der Ziffer „4“ gekennzeichnet.

Das bedeutet: Keine Veränderung des bisherigen Verfahrens.

Krankenhauseinweisung

Für die Krankenhauseinweisung eines Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG benötigt dieser – von Nottfällen abgesehen – eine Kostenübernahmeerklärung durch den zuständigen Kostenträger (Sozialamt) oder aber eine eGK. Die Kostenübernahmeerklärung bzw. eGK ist bei der Aufnahme im Krankenhaus vorzulegen. **Behandelnde Vertragsärzte und Vertragszahnärzte sollten dem Patienten die Krankenhauseinweisung mit genauer (Verdachts-) Diagnose mitgeben.**

Eingeschränkter Leistungsanspruch

Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sind **keine Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen und haben nur Anspruch auf einen eingeschränkten Leistungskatalog**, dessen Umfang wird in den §§ 4 und 6 AsylbLG definiert.

Daran ändert auch die eGK nichts. Sie hilft den leistungserbringenden Ärztinnen und Ärzten, den Zahnärztinnen und Zahnärzten, den Apothekerinnen und Apothekern und anderen Gesundheitsberufen zu erkennen, dass sie nur im Rahmen eines eingeschränkten Spektrums Leistungen erbringen dürfen. Gleichzeitig wird der Abrechnungsweg auch für die Leistungserbringer erleichtert. Danach bleiben unverändert bestimmte Leistungen (s. u.) vollständig ausgeschlossen oder unterliegen weiterhin gesonderten Genehmigungsverfahren.

Vom Leistungskatalog nach AsylbLG umfasst

Der Leistungskatalog nach AsylbLG umfasst dabei die medizinische Versorgung, (zahn-)ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen **bei allen akuten oder akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen**. Medizinische Versorgung, (zahn-)ärztliche Hilfe und sonstige erforderlichen Leistungen **müssen bei allen mit Schmerzen verbundenen Erkrankungen gewährt werden**. Es wird auf die als Anhang 1 beigefügte Auslegungshilfe verwiesen.

Bei **Schwangerschaft und Geburt** erhalten Frauen **alle auch für GKV-Versicherte üblichen medizinischen Leistungen** beim Arzt und im Krankenhaus, sämtliche

Vorsorgeuntersuchungen für Mutter und Kind, Hebammenhilfe, Medikamente und Heilmittel.

„Sonstige“ medizinische Leistungen müssen gewährt werden, wenn dies **„zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“** ist.

Chronische Erkrankungen, die ohne Behandlung zu akuten Notfällen werden, können nach AsylbLG behandelt werden.

Der behandelnde Arzt/Zahnarzt trifft im jeweiligen Einzelfall die Entscheidung, ob eine Behandlung einschließlich der ärztlichen/zahnärztlich veranlassten Leistungen bzw. eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist. Hierzu zählen alle Leistungen einschließlich der Überweisung zu anderen Ärzten/Zahnärzten, der Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln. Es erfolgt **keine vorherige Genehmigung durch die Kommunen oder die gesetzlichen Krankenkassen.**

Gesonderte Genehmigung durch die gesetzlichen Krankenkassen erforderlich

Hierunter fallen Leistungen, welche **auch bei gesetzlich Krankenversicherten einer gesonderten Genehmigung der Krankenkasse unterliegen.** Hierzu zählen bspw. die Verordnung von Krankenfahrten, von Apherese und von Psychotherapie sowie der Einsatz eines Arzneimittels außerhalb der Zulassungsindikation (off-label-use).

Vom Leistungskatalog nach AsylbLG nicht umfasst

Im Gegensatz zu gesetzlich Krankenversicherten erfolgt von vornherein **keine Leistungsgewährung bei:**

1. Medizinische Vorsorgemaßnahmen (§§ 23, 24 SGB V)
2. Versorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung, Parodontosebehandlung sowie Kieferorthopädische Behandlung, sofern die Leistung nicht unmittelbar über eGK abgerechnet werden kann (vgl. Anlage 1 Buchstabe A der Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1 Asylbewerberleistungsgesetz in Mecklenburg-Vorpommern)
3. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V
4. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation
5. Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137f SGB V
6. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden

7. Leistungen im Ausland.

Auslegungshilfe:

Nach § 4 Abs. 1 AsylbLG sind „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (...) 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.“

Der Anspruch auf medizinische Hilfe ist auf elementare Hilfe im Krankheitsfall durch Bereitstellung von Leistungen der Krankenbehandlung beschränkt.

In der richterlichen Auslegung der Normen kann aber die grundsätzliche und allgemeine Aussage getroffen werden, dass:

„Hilfempfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz im Rahmen der Leistungen bei Krankheit nach § 4 Abs. 1 AsylbLG keinen Anspruch auf optimale und bestmögliche Versorgung, sondern nur auf Hilfe bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen haben. Langwierige Behandlungen, die wegen der absehbar kurzen Dauer des weiteren Aufenthalts voraussichtlich nicht abgeschlossen werden können, begründen keine Leistungsverpflichtung. Über die Auffang- und Öffnungsklausel des § 6 Abs. 1 AsylbLG können nur unerlässliche, da unverzichtbare Leistungen erbracht werden. Dies gilt auch im Falle von chronischen Erkrankungen.“ (LSG Baden-Württemberg, Az.: L 7 AY 6025/06 vom 11.1.2007)

Dieser Leitsatz enthält – in programmatischer Kürze zusammengefasst – die Leitlinie für die Gewährung der Gesundheitsleistungen an Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG. Die Behandlung von Akutzuständen ist zwar geschuldet – eine nachhaltige Therapie wegen der „absehbar kurzen Dauer des weiteren Aufenthalts“ aber gerade nicht.

a. Begrenzungen

Der Leistungsumfang ist eingeschränkt. Eine „akute Erkrankung“ im Sinne des § 4 AsylbLG wird in der Rechtsprechung und Kommentarliteratur nur in solchen Fällen angenommen, in denen ein unvermutet auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper oder Geisteszustand aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf.

Damit ist die Behandlung chronischer Erkrankungen von dem Anwendungsbereich der Norm ausgeschlossen, es sei denn, die Erkrankung ist mit (akuten oder chronischen) Schmerzzuständen verbunden oder zu der chronischen Erkrankung kommt ein akuter Krankheitszustand hinzu. Chronische Erkrankungen dürfen auch dann behandelt werden, wenn sie unbehandelt zu akuten Notfällen werden.

Die Krankenbehandlung hat nicht „optimal oder bestmöglich“ zu sein. Dem Gesetz lässt sich dies so nicht unmittelbar entnehmen. Aber es schränkt die eine Behandlungspflicht auslösenden Fälle auf Akuterkrankungen und Schmerzzustände ein. Die ärztliche und zahnärztliche Behandlung ist damit auf die Krankheitssymptome auszurichten; eine

grundlegende und auf Dauer gerichtete Therapie ist folglich grundsätzlich nicht geschuldet. Eine zentrale Begründung gegen die Leistungspflicht ziehen die Gerichte aus der Kurzzeitigkeit des Aufenthalts des Berechtigten. Zwar werden die Gerichte namentlich bei Bürgerkriegsflüchtlingen, geduldeten Ausländern und auch Asylbewerbern immer wieder konkret mit einer sehr langen Dauer des Inlandaufenthalts konfrontiert – dessen ungeachtet greifen sie häufig auf die Argumentation zurück, eine Behandlung komme deshalb nicht in Betracht, weil der Inlandsaufenthalt nur übergangsweise bestehe. Diese Rechtsprechung wird darüber hinaus durch die Auslegung ergänzt, dass Leistungserbringer, die an Flüchtlinge vorläufig leisten, keinen Kostenersatz vom Sozialhilfeträger fordern könnten, weil sie die Leistungen in Kenntnis der fehlenden Leistungsberechtigung der Empfänger erbracht haben und daher vom Sozialhilfeempfänger keinen Kostenersatz beanspruchen könnten.

b. Praktische Umsetzung

Es lässt sich durchaus die Tendenz aus der Rechtsprechung der letzten Jahre ableiten, dass Flüchtlinge einen nur eingeschränkten Schutz bei Krankheit genießen. Dieser bleibt in mehrfacher Hinsicht hinter dem Schutz zurück, den eine im Inlandberechtigte oder sich dauernd aufhaltende Person erhält. Denn er ist gegenständlich auf Akutbehandlung gerichtet, schließt Behandlungsansprüche bei chronischen Krankheiten grundsätzlich aus und ist nur auf Symptombehandlung zur Linderung von Schmerzen beschränkt. Der Anspruch liegt in einem weitreichenden Ermessen der Behörden bzw. bei Nutzung der eGK des behandelnden (Zahn-) Arztes bzw. der behandelnden (Zahn-) Ärztin. Einer zielgerichteten Behandlung wird meist entgegengehalten, dass sie nicht im Inland abgeschlossen werden könnte, weil zuvor eine Ausreise stattfinde. Insofern kann der Schutz bei Krankheit auch als fragmentarisch, punktuell und vorläufig bezeichnet werden.

Die Ausgabe der eGK ändert dabei im Grundsatz nichts. Es wird lediglich mit der Beauftragung der Gesetzlichen Krankenkassen ein transparenter und landesweit einheitlicher Abrechnungsweg festgeschrieben.

Es gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die gegenüber Asylbewerberinnen und Asylbewerbern erbrachten Leistungen müssen ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. **Die Prüfungen auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes sind durch die Leistungserbringer vorzunehmen. Eine nachgelagerte Prüfung durch die Krankenkassen erfolgt nicht. Die Kommunen erstatten den Krankenkassen die auftragsweise erbrachten Leistungen.**

Diese Interpretationshilfe bezieht sich darauf, was nach AsylbLG als „ausreichend“ zu bezeichnen ist.