

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

Bezirksämter von Berlin
Geschäftsbereiche Soziales
LaGeSo

Geschäftszeichen (bei Antwort bitte angeben)

I A 22

Bearbeiter/in:

Frau Schemmerling

Zimmer:

4119

Telefon:

(030) 9028 (Intern: 928) 2293

Telefax:

(030) 9028 (Intern: 928) 2082

Datum:

23.02.2011

Umsetzung des § 25 SGB XII Krankenhäuser als Nothelfer

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

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

Der ausgefüllte Fragebogen ist von den Krankenhäusern dem Kostenübernahmeantrag beizufügen.

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

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

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

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

Im Auftrag
Wolf

Beglaubigt: Schemmerling

Dienstgebäude:
Oranienstraße 106
10969 Berlin



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

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

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

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

Geldinstitut
Postbank Berlin
Berliner Bank AG
Landesbank Berlin
LZB Berlin

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

Hinweise zur Umsetzung des § 25 SGB XII Krankenhäuser als Nothelfer

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

Im Folgenden sind

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

und

2. Hinweise zum Verfahren

aufgeführt.

Zu 1.

1.1. Kostenübernahme wegen vorrangiger Ansprüche nicht möglich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Kostenübernahme möglich

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

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

Bei Patienten aus Drittstaaten, die

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

- eine Fiktionsbescheinigung nach § 81 Abs. 3 Aufenthaltsgesetz mit dem Zusatz „gilt Abschiebung als ausgesetzt“,
 - eine Grenzübertrittsbescheinigung mit ausführlicher Belehrung oder
 - eine Pässeinzugsbescheinigung
- vorlegen, kommt eine Kostenübernahme durch den Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes in Betracht. Die Zuständigkeit für Personen mit Aufenthaltsgestattung liegt überwiegend bei der Zentralen Leistungsstelle für Asylbewerber, für die übrigen genannten Personengruppen bei den Bezirksämtern von Berlin (nach Geburtsdatenschlüssel).

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

Auch für Patienten, die aus dem Abschiebegewahrsam zur Notbehandlung aufgenommen werden, kommt eine Kostenübernahme durch Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes, in diesem Falle den Bezirksämtern von Berlin, in Betracht.
Dasselbe gilt für Patienten aus Drittstaaten, die bei den Behörden bislang nicht gemeldet sind.

1.3. Allgemeines

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

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

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

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

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

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

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

Zu 2. Verfahren

2.1. Frist

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

2.2. Vordrucke

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

2.3. Amtsermittlung, Bescheiderteilung

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

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

Anlagen:

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

Name, Anschrift des Krankenhauses

Fragebogen
Anlage zum Antrag auf Übernahme von Kosten einer Krankenhausbehandlung im Rahmen von § 25 SGB XII

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

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> und ausfüllen

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

um prüfen zu können, ob bei Ihnen die Voraussetzungen zur Übernahme der aufgrund Ihrer Krankenhausbehandlung entstandenen Kosten durch den Träger der Sozialhilfe vorliegen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurückzugeben. Sollte der vorgegebene Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, setzen Sie diese auf einem gesonderten Blatt fort. Ihre Daten werden der Ausländerbehörde weder durch das Krankenhaus noch das Sozialamt übermittelt (§ 88 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz).

I. Angaben zur Person und den Angehörige

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

Bei minderjährigen Patienten persönliche Angaben der Eltern

	Name	Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Vater				
Mutter				

II. Identitätsnachweis		
Bitte Kopie des Passes oder eines anderen Identitätsnachweises beifügen!		
Die Vorlage einer Kopie der o. g. Nachweise ist nicht möglich, weil		
III. Einreise und Aufenthalt		
Aus welchen Gründen sind Sie nach Deutschland gekommen?		
Wurde vor Ihrer Einreise gegenüber der Ausländerbehörde oder einer Auslandsvertretung eine Verpflichtungserklärung abgegeben? (Wollte jemand in Deutschland für Ihren Lebensunterhalt sorgen?)		
Ja	Name, Anschrift	Nein
Bis wann wollen Sie in Deutschland bleiben?		
Seit wann halten Sie sich in Berlin auf?		
Wo haben Sie sich vor dem Zuzug nach Berlin aufgehalten?		
Wenn Sie als Tourist nach Deutschland gekommen sind, sich aber schon länger als 3 Monate hier aufhalten, nennen Sie bitte die Gründe dafür:		
IV. Angaben zur Krankenversicherung		
Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe - oder Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland krankenversichert?		
Ja	Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben →	Bitte Kopie eines Nachweises beifügen
Nein		
Besteht für Sie die Möglichkeit einer Familienversicherung, obgleich Sie volljährig sind?		
Ja	Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben →	Bitte Kopie eines Nachweises beifügen
Nein		
Haben Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in in Ihrem Herkunftsland eine Reisekrankenversicherung abgeschlossen?		
Ja	Name der Versicherung/Sitz/Versicherungsland bitte angeben →	Bitte Kopie eines Nachweises beifügen
Nein		

Sind Sie oder waren Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in in Deutschland krankenversichert?		
<input type="checkbox"/> Ja	Name und Sitz der Versicherung bitte angeben →	Bitte Kopie eines Nachweises beifügen
<input type="checkbox"/> Nein		
Bei Schwangerschaft oder Entbindung: Name und Anschrift des Kindesvaters		
V. Sicherung des Lebensunterhalts, Einkommen und Vermögen		
Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in Ihrer Heimat?		
Wovon bestritten Sie Ihren Lebensunterhalt in Deutschland vor dem Krankenhausaufenthalt?		
Haben Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. – bei minderjährigen Patienten - Ihre Eltern Sozialleistungen beantragt?		
<input type="checkbox"/> Ja	Name der Behörde →	Bitte Kopie eines Nachweises beifügen
<input type="checkbox"/> Nein		
Beziehen Sie bzw. Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. – bei minderjährigen Patienten - Ihre Eltern Einkommen?		
<input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von _____ EUR monatlich		<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung		
<input type="checkbox"/> aus einer selbständigen Beschäftigung		
<input type="checkbox"/> aus Sozialleistungen		
Besitzen Sie Vermögen (Bargeld, Sparguthaben, Grundbesitz, PKW usw.) in Ihrer Heimat, in Deutschland oder einem anderen Land?		
<input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von _____ EUR		<input type="checkbox"/> Nein
Besitzt Ihr/e Ehe-/Lebenspartner/in bzw. – bei minderjährigen Patienten - Ihre Eltern Vermögen?		
<input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von _____ EUR		<input type="checkbox"/> Nein
Zahlen Sie Miete für die oben genannte Wohnung?		
<input type="checkbox"/> Ja , in Höhe von _____ EUR monatlich		<input type="checkbox"/> Nein, <input type="checkbox"/> ich wohne mietfrei <input type="checkbox"/> die Miete wird bezahlt von Name und Anschrift
Wie viele Personen leben in der oben genannten Wohnung?		

Erklärung der Patientin/des Patienten

Ich versichere, die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

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

Datum, Ort, Unterschrift d. Patienten/Patientin –bei minderjährigen– des/der gesetzlichen Vertreters/in