

## **Erstattung von Leistungen aus dem „Notfallfonds“ für Menschen ohne geregelten Zugang zum Gesundheitssystem**

### ***Präambel***

Auch in Münster, einer Stadt mit breit aufgestellter medizinischer Versorgung, gibt es Menschen mit nur eingeschränktem Zugang zur Gesundheitsversorgung. Grund hierfür ist der fehlende oder ungeklärte Krankenversicherungsschutz oder die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen durch Meldung bei Behörden.

Im Oktober 2016 hat die Clearingstelle „Klar für Gesundheit“ in Trägerschaft der Gemeinnützigen Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V., des Caritasverbandes für die Stadt Münster e.V. und dem Gesundheits- und Veterinäramt der Stadt Münster ihre Arbeit aufgenommen. Sie setzt sich dafür ein, möglichst viele Betroffene in eine Krankenversicherung zu vermitteln und in das medizinische Regelversorgungssystem zu integrieren. Bei gesundheitlichen Beschwerden suchen die Betroffenen oftmals Einrichtungen der solidarischen Gesundheitsversorgung wie die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung oder den Mobilen Dienst des Hauses der Wohnungslosenhilfe auf. Sofern eine medizinische Behandlung dringend erforderlich ist und seitens der Clearingstelle kein Versicherungsschutz in einem medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmen erreicht werden kann, entstehen nicht abgedeckte Kosten. Für die Beteiligung an der Kostenübernahme dieser Behandlungen hat die Stadt Münster daher einen Notfallfonds eingerichtet.

### ***Voraussetzungen für die Kostenübernahme***

Für eine Kostenerstattung über den Notfallfonds müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

#### **Personenbezogene Kriterien**

- kein geregelter Zugang zum Gesundheitssystem bzw. keine Möglichkeit, in einem medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmen einen geregelten Zugang zu erreichen
- bestätigter gewöhnlicher Aufenthalt in Münster seit mindestens 3 Monaten; Möglichkeit zur Abweichungen im Einzelfall, vor allem wenn absehbar ist, dass der/ die Ratsuchende in Zukunft in Münster bleiben wird (z.B. nachgewiesener Arbeitsvertrag als Voraussetzung für die materielle Freizügigkeit; Schwangere, für die nach der Geburt des Kindes ein Aufenthaltsrecht besteht und deren Partner in Münster lebt)
- keine finanziellen Ressourcen
- medizinische Notwendigkeit und Dringlichkeit analog der §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

## Umfang der medizinischen Versorgung

- Leistungsumfang analog der §§ 4 und 6 AsylbLG
- Kostenübernahme für ärztliche Maßnahmen, Materialkosten und Medikamente
- Abrechnung nach Basistarif der privaten Krankenversicherung in Höhe des einfachen Satzes nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. bei stationären Leistungen der entsprechenden Diagnosis Related Groups (DRG)
- keine Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen
- keine Vergütung von Transportkosten
- keine Vergütung von sogenannten Eilfällen gemäß § 25 Sozialgesetzbuch XII (≠ Notfall)

### §25 SGB XII: Erstattung von Aufwendungen Anderer

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

## Verfahren zur Prüfung der Kriterien

Die im Folgenden beschriebenen Verfahrensschritte sind nicht als feste zeitliche Abfolge zu verstehen. Die genannten Akteure arbeiten eng zusammen, so dass ein untereinander abgestimmtes, zum Teil zeitgleiches und damit zeitsparendes Vorgehen möglich ist.

Alle Akteure, die an dem Verfahren beteiligt sind, unterliegen der Schweigepflicht. Dies bedeutet auch, dass keine Meldung an die Ausländerbehörde erfolgt.

- 1) Bestätigung der **medizinischen Notwendigkeit** durch eine Ärztin/ einen Arzt der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung oder des Mobilen Dienstes des Hauses der Wohnungslosenhilfe mit Benennung der zeitlichen **Dringlichkeit** auf der Grundlage des Leistungsumfangs der §§ 4 und 6 AsylbLG.

### § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

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

## § 6 Sonstige Leistungen

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

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Bestehen mit Blick auf den § 6 AsylbLG Unsicherheiten bzgl. der Kostenübernahme über den Notfallfonds, nehmen die Beratenden der Clearingstelle rechtzeitig und **vor der Leistungsdurchführung** Kontakt zum Gesundheitsamt auf. Das Gesundheitsamt entscheidet im Einzelfall.

Die Kosten für eine **Substitutionsbehandlung** können für **max. 3 Monate** über den Notfallfonds getragen werden. Voraussetzung ist eine **Einschätzung des substituierenden Arztes/ der substituierenden Ärztin, dass die Substitution lebensnotwendig und/ oder zur Sicherstellung des Clearingverfahrens unerlässlich ist**. Diese Einschätzung wird dem Antrag auf Kostenübernahme beim Gesundheitsamt in schriftlicher Form beigelegt.

- 2) Bestätigung der örtlichen Zuständigkeit und der sozialen bzw. **finanziellen Bedürftigkeit** im Einzelfall durch die **Clearingstelle** („Klar für Gesundheit“).

Die Grundlage für die Feststellung der **örtlichen Zuständigkeit** ist die Festlegung gem. § 30 SGB I:

(1) ... gelten für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben. (2) Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts bleiben unberührt. (3) Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird. Den gewöhnlichen Aufenthalt hat jemand dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt.

Das Kriterium „bestätigter gewöhnlicher Aufenthalt in Münster seit mindestens 3 Monaten“ kann im Einzelfall geöffnet werden. Diese Möglichkeit ist vor allem dann vorgesehen, wenn absehbar ist, dass der/ die Ratsuchende in Zukunft in Münster bleiben wird (z.B. nachgewiesener Arbeitsvertrag als Voraussetzung für die materielle Freizügigkeit; Schwangere, für die nach der Geburt des Kindes ein Aufenthaltsrecht

besteht und deren Partner in Münster lebt). Es ist immer für den Einzelfall eine Begründung zur Öffnung des 3-Monatskriteriums seitens der Clearingstelle mit den anderen Formularen beim Gesundheitsamt einzureichen. Das Gesundheitsamt entscheidet dann im Einzelfall.

Aufgabe der Clearingstelle ist darüber hinaus insbesondere die **Prüfung und ggf. Sicherstellung des geregelten Zugangs zum Gesundheitssystem**. Soweit kein geregelter Zugang in einem medizinisch vertretbaren zeitlichen Rahmen erreicht werden kann, wird von der Clearingstelle eine entsprechende Bescheinigung für das Gesundheitsamt ausgestellt. Diese enthält auch die Bestätigung der örtlichen Zuständigkeit (s. Anlage 1). Mit der Klientin/ dem Klienten wird darüber hinaus die Erklärung der Patientin/ des Patienten zur finanziellen Bedürftigkeit sowie zur Schweigepflichtsentbindung ausgefüllt (Anlagen 2 und 3).

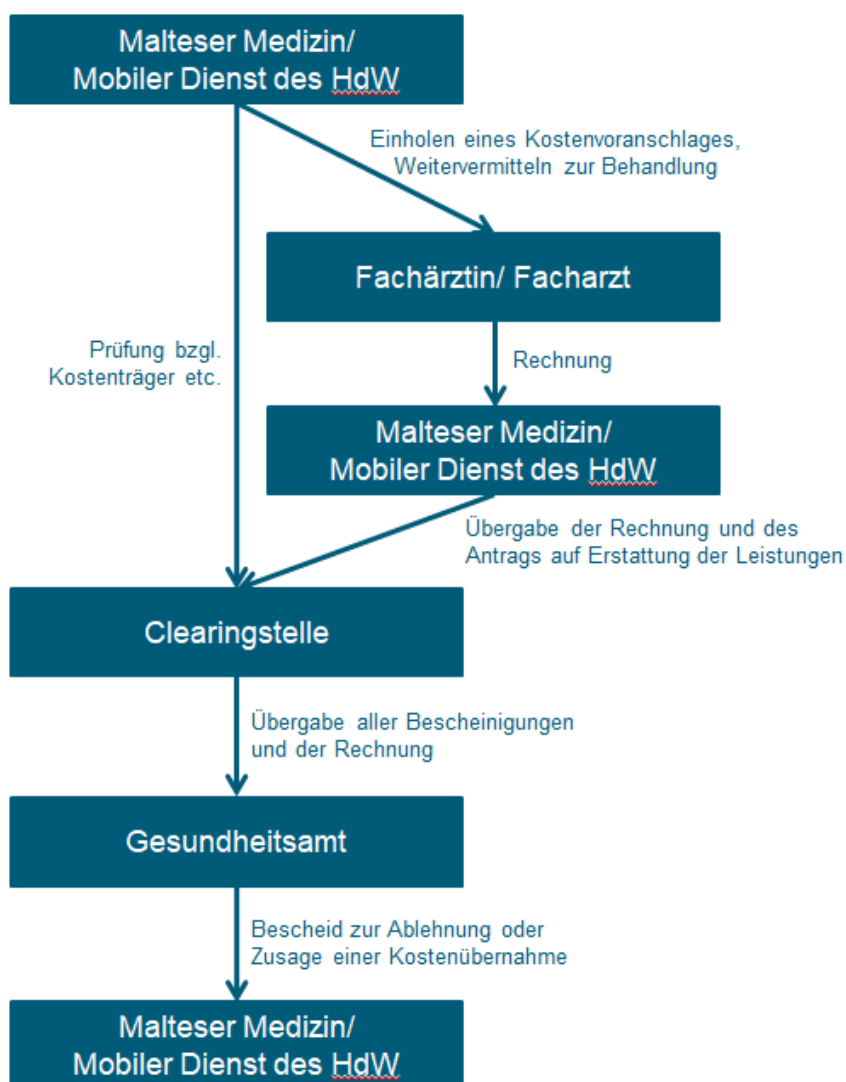
- 3) Die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung bzw. der Mobile Dienst des Hauses der Wohnungslosenhilfe vermittelt zur Abklärung der Kosten für eine Behandlung sowie zur Behandlung an eine Fachärztin/ einen Facharzt weiter. Die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung bzw. der Mobile Dienst des Hauses der Wohnungslosenhilfe senden den Antrag auf Erstattung der Leistungen aus dem Notfallfonds (Anlage 4) einschließlich des Kostenvoranschlags/ der Rechnung der Fachärztin/ des Facharztes bzw. eines Krankenhauses an die Clearingstelle.
- 4) Die Clearingstelle reicht alle Bescheinigungen (Anlage 1-4) einschließlich des Kostenvoranschlags/ der Rechnung der Fachärztin/ des Facharztes bzw. eines Krankenhauses beim Gesundheitsamt ein.
- 5) **Das Gesundheitsamt prüft**, ob alle erforderlichen Bescheinigungen vorliegen und alle Voraussetzungen erfüllt sind (fachliche und formale Prüfung). Sind alle Voraussetzungen erfüllt, erstattet das Gesundheitsamt der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung/ dem Mobilien Dienst des Hauses der Wohnungslosenhilfe Leistungen aus dem Notfallfonds bzw. erteilt eine Kostenzusage in definierter Höhe. In besonders gelagerten Einzelfällen kann es auch bei Nichterfüllen aller Kriterien zur Freigabe der Mittel kommen. Das Gesundheitsamt entscheidet, ob im Einzelfall eine vollumfängliche oder anteilige **Erstattung** der Kosten erfolgt. Hierbei wird berücksichtigt, dass insgesamt max. 25.000 € pro Jahr zur Verfügung stehen und möglichst viele Bedürftige von dem Notfallfonds profitieren sollen. Das Gesundheitsamt informiert die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung/ den Mobilien Dienst des Hauses der Wohnungslosenhilfe und die Clearingstelle über das Ergebnis der Prüfung.

Sofern eine Zuwendung aus dem Notfallfonds gewährt wird, anschließend jedoch ein Kostenträger gefunden wird, der die Behandlungskosten rückwirkend übernimmt, oder der Betroffenen/ dem Betroffenen doch Finanzmittel zur Verfügung stehen, informiert die Clearingstelle die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung/ den Mobilien Dienst des Hauses der Wohnungslosenhilfe und das Gesundheitsamt. Die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung/ der Mobile Dienst des Hauses der Wohnungslosenhilfe ist in diesem Fall verpflichtet, einen Antrag auf

Rückerstattung bei dem entsprechenden Kostenträger zu stellen und dem Gesundheitsamt die erstatteten Gelder zurückzuzahlen.

- 6) Die am Verfahren beteiligten Institutionen tauschen sich regelmäßig aus, **reflektieren** die gemachten Erfahrungen und justieren die oben angeführten Kriterien zur Erstattung von Leistungen aus dem Notfallfonds ggf. nach.
- 7) Einmal jährlich **berichtet** das Gesundheitsamt über die Verwendung der Mittel.

## Übersicht zum Verfahren



## **Anlagen**

- Anlage 1: Befürwortung der Erstattung von Leistungen aus dem „Notfallfonds“ für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz
- Anlage 2: Selbstauskunft für die Erstattung von Leistungen aus dem „Notfallfonds“ für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz
- Anlage 3: Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht
- Anlage 4: Antrag auf Erstattung von Leistungen aus dem „Notfallfonds“ für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz