



ELEKTRONISCHER BRIEF

Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz
Kaiser-Friedrich-Straße 5a | 55116 Mainz

- An die Landkreise und kreisfreien Städte
Rheinland-Pfalz
- ADD Trier – Referat 24
- Kommunalen Spitzenverbände RLP
- AOK Rheinland-Pfalz
- BKK-Landesverband Mitte
- IKK Südwest
- Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- Knappschaft-Bahn-See
- Landesvertretung des Verbands der
Ersatzkassen
- AGARP
- AK Asyl
- Initiativausschuss für Migrationspolitik RLP

Kaiser-Friedrich-Straße 5a
55116 Mainz
Telefon 06131 16-0
Telefax 06131 16- 2644
Mail: poststelle@mffjiv.rlp.de
www.mffjiv.rlp.de

24. Januar 2017

Mein Aktenzeichen Ihr Schreiben vom Ansprechpartner/-in / E-Mail
Aktenzeichen
Dok.-Nr.: 2017/001259
Referat 726

Sven Laux
Recht726@mffjiv.rlp.de

Telefon / Fax
06131/ 16-5113
06131/ 1617-5113

Rundschreiben zur Umsetzung des § 264 Abs. 2 bis 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für Leistungsberechtigte nach § 2 Abs. 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den vergangenen Monaten erreichten unser Haus wiederholt Anfragen zur Verbindlichkeit der Vorgaben des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V. Die Einschätzung, dass mit Eintritt der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 AsylbLG die Regelungen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V zwingend gelten, hat das Integrationsministerium RP – in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium RP – u.a. bereits mit Rundschreiben vom 27. Februar 2015 sowie 24. Juli 2015 wiederholt zum Ausdruck gebracht.

Hintergrund der bei einigen Leistungsbehörden offenbar bestehenden Unsicherheiten ist ein Schreiben des Landkrestags RP und des Städtetags RP vom 03. Juni 2016 (Az. LKT: 402-500 Mü/Hu - Az. STT: 411-31/00). Darin teilen diese der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion (ADD) in Trier mit, dass die Leistungsbehörden ein Wahlrecht zur Versicherung in „Eigenregie“ zukäme, weshalb die Umsetzung der o.g.

Hinweise des Integrationsministeriums aus verschiedenen Gründen ihren Mitgliedern nicht empfohlen werden könne. Infolgedessen haben verschiedene kommunale Gebietskörperschaften bis heute nicht den gesetzlichen Vorgaben Folge geleistet.

Anlässlich dessen weise ich Sie auf die nachfolgende Stellungnahme des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) vom 16. November 2016 hin, die in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ergangen ist. Auch von Seiten des Bundes wird der Standpunkt des Integrationsministeriums vollumfänglich bestätigt (Hervorhebungen im Text stammen vom Verfasser):

*„BMAS und BMG teilen die Rechtsauffassung, **dass für die zuständigen Leistungsträger kein Wahlrecht besteht**, die Gesundheitsversorgung von Analogleistungsberechtigten nach § 2 Absatz 1 AsylbLG durch die Krankenkassen durchführen zu lassen, wenn die hierfür in § 264 Absatz 2 SGB V geregelten Voraussetzungen vorliegen, also insbesondere kein (gesetzlicher oder privater) Krankenversicherungsschutz gegeben ist und die Bezugsdauer laufender Analogleistungen zum Lebensunterhalt voraussichtlich mindestens einen Monat betragen wird. Auf Leistungsberechtigte nach § 2 Absatz 1 ist das SGB XII entsprechend anzuwenden. Damit finden auch die §§ 23 Absatz 1, 48 SGB XII entsprechende Anwendung.*

*Nach § 48 Satz 2 SGB XII gehen die Regelungen zur Krankenbehandlung nach § 264 SGB V den Leistungen der Hilfe bei Krankheit nach Satz 1 vor. **Nach den klaren gesetzlichen Vorgaben hat die Versorgung durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 2 SGB V somit Vorrang vor der sozialhilferechtlichen Krankenhilfe durch die Träger der Sozialhilfe bzw. des AsylbLG. Ein Ermessensspielraum oder ein „Wahlrecht“, von diesem klaren Vorrangverhältnis abzuweichen, wird in § 48 SGB XII nicht eröffnet.***

Eine solche Abweichungsmöglichkeit ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass § 48 Satz 2 SGB XII über § 2 Absatz 1 AsylbLG nur „entsprechend“ auf den Personenkreis der Analogleistungsberechtigten Anwendung findet. Denn es ist nicht ersichtlich, dass den Leistungsbehörden nach dem AsylbLG durch Besonderheiten dieses Gesetzes oder anderweitige Regelungen im AsylbLG die Befugnis zukäme, trotz Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen von einer (vorrangigen) Versorgung dieser Personen durch die Krankenkassen abzusehen. Hiergegen spricht

auch der Wortlaut des § 264 Absatz 2 SGB V, wonach die Krankenbehandlung (...) Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (...), die nicht versichert sind, vorbehaltlich der Mindestbezugsdauer nach Satz 2, von der Krankenkasse übernommen „wird“.

Auch diese Regelung eröffnet **keinen Ermessensspielraum**. Dies würde auch der klaren gesetzgeberischen Intention widersprechen, die in § 264 Absatz 2 SGB V begünstigten Personengruppen in die Versorgung durch die Krankenkassen einzubeziehen und sie damit leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichzustellen (BT-Drucksache 15/1525, S. 140 f.). **Diese Zielsetzung könnte nicht erreicht werden, wenn die Leistungsträger nach dem AsylbLG eigenständig entscheiden könnten, die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten weiterhin selbst sicherzustellen.**“

Hinsichtlich der praktischen Umsetzung dieser Vorgaben ist weiter zu beachten, dass daher den betroffenen Leistungsempfänger*innen ein **eigenständiges Recht zur Anmeldung** bei einer Krankenkasse nach Wahl zusteht. Hierzu verweise ich ebenfalls auf die Ausführungen des BMAS (Hervorhebungen im Text stammen vom Verfasser):

„Die Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Anmeldung durch den Leistungsträger zu erfolgen hat, regelt § 264 Absatz 3 SGB V. Hiernach hat zunächst **der Leistungsberechtigte das Recht aber auch die Pflicht, sich bei einer Krankenkasse seiner Wahl anzumelden**. Dies hat **unverzüglich** – das heißt ohne schuldhaftes Zögern – zu erfolgen (§ 264 Absatz 2 Satz 1 SGB V). In rechtlicher Hinsicht ist dieser **Aufnahmeantrag eine (öffentlich-rechtliche) empfangsbedürftige Willenserklärung, welche mit Zugang bei der gewählten Krankenkasse wirksam wird**. Die Ausübung des Wahlrechts hat zur Folge, **dass die Krankenkasse zur Übernahme der Krankenbehandlung verpflichtet ist**. (Baierl, in: jurisPK-SGB V, Stand: 18.01.2016, § 264 Rdnr. 93).

Für den Fall, dass der Leistungsberechtigte sein Wahlrecht nicht ausübt, hat der zuständige Leistungsträger die Anmeldung bei der Krankenkasse vorzunehmen (§ 264 Absatz 3 Satz 3 SGB V). Dieser ist in entsprechender Anwendung der § 28i SGB IV und § 175 Absatz 3 Satz 2 SGB V **verpflichtet**, die zu betreuenden Hilfeempfänger, die für sich keine Krankenkasse wählen, **zwei Wochen** nach

Feststellung der Voraussetzungen nach § 264 Abs. 2 SGB V einer Krankenkasse „zuzuweisen“.

*Das Gesetz geht somit davon aus, dass es zunächst den Leistungsberechtigten obliegt, eigeninitiativ die Aufnahme in eine Krankenkasse ihrer Wahl zu beantragen. Erst wenn dies unterbleibt fällt den Leistungsträgern **die Pflicht** zu, die Anmeldung bei einer Krankenkasse vorzunehmen, damit die Versorgung nach § 264 Absatz 2 SGB V aufgenommen werden kann.“*

Umsetzungshinweis für Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach § 2 Abs. 1 AsylbLG

Zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben wird empfohlen, dass die Leistungsbehörden zeitgleich mit der Feststellung der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 AsylbLG bestätigen, dass die Voraussetzungen zur Anmeldung nach § 264 Abs. 2 SGB V vorliegen (Leistungsempfänger*in sowie ggfls. im Familienverbund befindliche Kinder beziehen voraussichtlich länger als für einen Monat ununterbrochene Hilfe nach § 2 Abs. 1 AsylbLG). Zugleich empfiehlt es sich, die Leistungsempfänger*innen auf das Recht und die Pflicht hinzuweisen, innerhalb von zwei Wochen bei einer gesetzlichen Krankenkasse nach Wahl mit diesem Nachweis vorzusprechen.

Die Praxis, dass die Leistungsbehörde im Einverständnis mit dem Leistungsberechtigten dessen Wahlentscheidung nach § 264 Abs. 3 Satz 1 SGB V an die Krankenkasse weiterleitet, ist mit den Vorgaben des § 264 Abs. 2 SGB V vereinbar.

In Fällen, in denen die Bekanntgabe der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 AsylbLG bereits länger als 2 Wochen zurückliegt, hat nunmehr eine umgehende Anmeldung durch die Leistungsbehörde gegenüber einer GKV auf Grundlage des § 264 Absatz 3 Satz 3 SGB V zu erfolgen.

Ich gehe davon aus, dass die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben nunmehr mit Blick auf die eindeutige Rechtslage flächendeckend ab dem 1. März 2017 erfolgen wird.

Abschließend weise ich darauf hin, dass die Verwaltungskosten in Höhe von 5 Prozent nach § 2 Abs. 1 AsylbLG iVm § 264 Abs. 7 SGB V krankheits- bzw.

betreuungsbedingte Aufwendungen im Sinne der §§ 1 und 2 der Landesverordnung über Ausnahmen von der pauschalen Erstattung nach dem Landesaufnahmegesetz (AufnGEAusnV) sind. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der oder die Leistungsberechtigte zu dem in § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 2, 4 bis 7 Landesaufnahmegesetz bezeichneten Personenkreis zählt. Unter diesen Voraussetzungen sind die Verwaltungskosten im gesetzlich definierten Umfang (§ 3 AufnGEAusnV) erstattungsfähig.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Christiane Rohleder
Staatssekretärin