

Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz¹

- aktualisierte Version, Stand Mai 2012 -

von Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin²

Inhalt

- Nach dem AsylbLG anspruchsberechtigte Ausländer - auch "Illegale"
- Nach dem SGB XII (Sozialhilfe) anspruchsberechtigte Ausländer
- Materielle Notlage und Versicherungsschutz
- Anspruchseinschränkung bei Einreise zum Sozialhilfebezug und zur Arbeitsuche
- Welches Sozialamt ist zuständig?
- § 25 SGB XII - Nothelferparagraf
- Datenschutz bei "illegalem" Aufenthalt? Der "Denunziationsparagraf"
- Kann medizinische Hilfe strafbar sein? Der Schlepperparagraf
- Behandlungsanspruch nach AsylbLG nur bei akuter Krankheit?
- Anspruch Schwangerer nach dem AsylbLG
- Anspruch auf Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nach dem AsylbLG
- Feststellung des Behandlungsbedarfs
- Behandlung chronischer Krankheiten nach dem AsylbLG
- Nach vier Jahren AsylbLG: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung
- Zuzahlungen und Eigenleistungen in Folge der Gesundheitsreform 2004
- Ärztliche Begutachtung und Abschiebeschutz
- Forderungen
- Literatur
- Materialien und Arbeitshilfen unter www.fluechtlingsrat-berlin.de
- Rechtsprechungübersicht

Nach dem AsylbLG anspruchsberechtigte Ausländer - auch "Illegale"

Anspruchsberechtigt nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind **Asylbewerber** sowie Ausländer mit einer **Duldung**, aber auch sonstige "**ausreisepflichtige Ausländer**", die sich mit oder ohne Kenntnis der Behörden, mit abgelaufenem Aufenthaltstitel, Grenzübertrittbescheinigung usw. oder ganz ohne Papiere "illegal" hier aufhalten (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 AsylbLG).

Zudem fallen auch manche Ausländer mit **humanitärem Aufenthaltstitel** (Aufenthaltsurlaubnis nach 25 Abs. 4 Satz 1, § 25 Abs. 4 a oder b, § 25 Abs. 5 AufenthG) unter das AsylbLG.³

Die Bezeichnung "Asylbewerberleistungsgesetz" ist demnach irreführend, denn für die Anspruchsbe-
rechtigung ausreisepflichtiger Ausländer nach dem AsylbLG spielt es keine Rolle, ob zuvor Asyl bean-
tragt wurde. Auch Ausländer, die in keiner Hinsicht als "Flüchtlinge" anzusehen sind, fallen unter das
AsylbLG, sobald sie ausreisepflichtig sind - beispielsweise Touristen ohne gültiges Visum.

Da die Sozialämter verpflichtet sind, der Ausländerbehörde den Aufenthaltsort (und dazu kann auch der
nächste Sozialamtstermin gehören...) eines "illegalen" Ausländer zu melden, und somit Folge des Sozi-
alhilfeantrags die Abschiebung bzw. Abschiebehaft wäre, wird der Anspruch "Illegaler" in der Praxis nur
relevant, wenn entweder eine Abschiebung (und folglich auch die Abschiebehaft) aktuell nicht durchführ-
bar oder rechtlich unzulässig ist (Herkunftsland verweigert Rücknahme, fehlende Verkehrsverbindung,
Abschiebestopp für das betreffende Land, Mutterschutzfrist, etc.), oder wenn eine schwere akute oder
chronische Erkrankung eine unabweisbare stationäre medizinische Akutversorgung erforderlich macht.

¹ Dieser Text ist erhältlich unter www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylbldg_doc. Der hier aktualisier-
te und um eine Rechtsprechungübersicht ergänzte Beitrag 'Krankenhilfe nach dem AsylbLG' wurde erstmals veröffentlicht im
Asylmagazin 11/2000, S. 11 ff., www.asyl.net

² Georg Classen, Flüchtlingsrat Berlin, Georgenkirchstr 69-70, 10249 Berlin, Tel. 030-24344-5762, Fax -5763,
georg.classen@gmx.net, www.fluechtlingsrat-berlin.de

³ Nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG fallen darüber hinaus Ausländer mit "wegen des Krieges" erteilter Aufenthaltserlaubnis nach
§ 23 Abs. 1 oder nach § 24 AufenthG unter das AsylbLG. Aufenthaltserlaubnisse nach § 24 werden derzeit in der Praxis nicht
erteilt. Aufenthaltserlaubnisse nach § 23 Abs. 1 werden in der Praxis regelmäßig nicht "wegen des Krieges", sondern aus nur
anderen Gründen (Bleiberechts- oder Altfallregelung) erteilt. Ausländer mit Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG
fallen daher regelmäßig nicht unter das AsylbLG und haben Anspruch auf Leistungen nach SGB II oder SGB XII.

Nach dem SGB II/XII⁴ (Sozialhilfe/Alg 2) anspruchsberechtigte Ausländer

Ist der Aufenthalt des Ausländers (noch) **legal**, und gehört der Antragsteller auch sonst zu keiner unter das AsylbLG fallenden Ausländergruppe (vgl. § 1 AsylbLG), richtet sich sein Anspruch auf medizinische Versorgung nicht nach dem AsylbLG, sondern nach dem Sozialhilferecht, § 23 Abs. 1 i.V.m. **§ 48 SGB XII**. Eine Zuständigkeitslücke gibt es nicht - fällt ein Ausländer wegen seines Aufenthaltstatus nicht (mehr) unter das SGB XII, hat er automatisch Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem AsylbLG (vgl. § 23 Abs. 2 SGB XII).

Somit muss der Antragsteller letztendlich nicht entscheiden, auf welcher Rechtsgrundlage er seine medizinische Versorgung beantragt, er kann schlicht "Sozialhilfe" bzw. einen "Krankenschein für... / die Kostenübernahme für ... nach SGB XII bzw. AsylbLG" beantragen. Maßgeblich ist allein, dass er beim Sozialamt seine materielle Notlage sowie seinen Behandlungsbedarf glaubhaft macht.

Ein Verweis auf die Zuständigkeit des Jobcenters ist möglich, wenn ein Anspruch auf **Arbeitslosengeld II** (Alg 2) besteht. Mit der Gewährung von ALG II ist in der Regel (Ausnahme: Selbständige) eine Pflichtversicherung bei einer Gesetzlichen Krankenkasse verbunden. Ein Verweis auf das Jobcenter kommt nicht in Betracht für Ausländer, die gemäß §§ 7 und 8 SGB II ohnehin kein ALG II beanspruchen könnten, weil sie unter das AsylbLG fallen, oder keinen Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben (Touristen), oder weder eine Arbeitserlaubnis besitzen noch eine solche erhalten könnten, oder 65 Jahre oder älter sind, oder voraussichtlich länger als 6 Monate erwerbsunfähig sind.

Ein Verweis auf eine Pflichtversicherung über das ALG II kommt auch nur dann in Betracht, wenn **bereits ALG II bezogen** wird oder es sich um eine entsprechend aufschiebbare Behandlung handelt. Besteht kein Anspruch auf ALG II oder ist es nicht möglich, diesen Anspruch rechtzeitig zu realisieren, muss die Krankenhilfe gemäß § 48 SGB XII vom Sozialamt erbracht werden.⁵

Materielle Notlage und Versicherungsschutz

Voraussetzung für die Anspruchsberechtigung von Ausländern auf "Sozialhilfe" zur medizinischen Versorgung nach SGB XII oder AsylbLG ist allein die materielle Notlage (kein - ausreichendes und tatsächlich verfügbares - Einkommen oder Vermögen; kein Krankenversicherungsschutz) sowie die "tatsächliche" (physische) Anwesenheit in Deutschland (§ 1 Abs. 1 AsylbLG; § 23 Abs. 1 SGB XII).

Die materielle **Notlage** (kein Geld, um die Behandlung selbst zu bezahlen...) wie auch den **fehlenden Krankenversicherungsschutz** sollte der Antragsteller - bei Notaufnahme ins Krankenhaus ggf. das Krankenhaus für ihn - dokumentieren bzw. **glaubhaft machen**. Dazu gehört auch eine Erklärung, wovon man bisher gelebt hat, und ob es unterhaltspflichtige und -fähige Angehörige gibt. Zu prüfen ist zudem, ob eine Versicherung im Herkunftsland besteht, die nach internationalen Abkommen auch in Deutschland gültig ist (EU-Staaten, Norwegen, Island, Liechtenstein, Schweiz, Türkei, alle Länder des ehem. Jugoslawien)⁶, oder ob die Krankenbehandlung nach anderen Gesetzen zu übernehmen ist. Die gesetzliche Unfallversicherung muss im Falle eines Wege- oder Arbeitsunfalls beispielsweise auch dann leisten, wenn der Arbeitgeber keine Sozialversicherungsbeiträge abgeführt hat ("Schwarzarbeit"), und zwar auch dann, wenn der Ausländer ohne Aufenthalts- und/oder Arbeitsgenehmigung beschäftigt wurde.

Eine - z.B. zwecks Erhalt eines Visums abgegebene - "**Verpflichtungserklärung**" nach § 68 AufenthG⁷ steht einem Anspruch auf Krankenhilfe (und auf Leistungen zum Lebensunterhalt) nach AsylbLG oder SGB XII nicht entgegen, solange der Leistungsberechtigte vom Unterzeichner der Verpflichtungserklärung "tatsächlich" nicht die nötige Hilfe erhält. Der Leistungsberechtigte könnte aus der Erklärung auch gar keine Ansprüche gegen den Verpflichteten gelten machen. Unabhängig davon ist aber zu prüfen, ob das Sozialamt vom Verpflichteten Kostenersatz für die gewährte Krankenhilfe fordern kann, dieser sollte dann ggf. anwaltliche Hilfe in Anspruch nehmen, da in jedem Fall die Reichweite der Erklärung zu prüfen ist und diese z.B. auch "sittenwidrig" und deshalb unwirksam sein kann.

Zu Anbietern **befristeter Krankenversicherungen** für ausländische Touristen siehe www.google.de, die Behandlung von Vorerkrankungen ist jedoch ausgeschlossen, zudem gelten weitere Einschränkungen.

⁴ Das SGB XII - Sozialhilfe - ersetzt seit 1.1.2005 das frühere BSHG (Bundessozialhilfegesetz)

⁵ BSG B 8 SO 4/08 R, U.v.19.05.09 www.bundessozialgericht.de Wurde trotz Anspruchs kein ALG II beantragt, ist die Krankenhilfe nach § 48 SGB XII weder nach § 5 SGB II noch nach § 21 SGB XII ausgeschlossen.

⁶ Die Sozialabkommen sind zu finden auf den Seiten der Deutschen Verbindungsstelle der Krankenversicherung Ausland www.dvka.de.

⁷ Das Aufenthaltsgesetz ersetzt seit 1.1.2005 das frühere Ausländergesetz.

Anspruchseinschränkungen bei Einreise zum Sozialhilfebezug und zur Arbeitsuche

Ausländer, die eingereist sind, **um hier Sozialhilfe zu beanspruchen**, haben keinen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 1a AsylbLG / § 23 Abs. 3 SGB XII). Diese Regelung wird in der Praxis vor allem auf Touristen angewandt, die ihre Notlage fahrlässig durch mangelnde finanzielle Vorsorge verursachen, teilweise aber auch auf Kriegsflüchtlinge - denen machen Sozialämter im einem oft unglaublichen Zynismus vorhalten, in ihrer Heimat habe es weder Krieg noch bzw. Schikanierung oder Vertreibung durch Polizei- und Armee gegeben.

Die Anspruchseinschränkung gilt nicht für eine unvorhergesehene, erst in Deutschland aufgetretene Notlage, wie beispielsweise eine erst hier aufgetretene Krankheit oder einen Unfall in Deutschland. In diesen Fällen ist uneingeschränkte Krankenhilfe nach § 48 SGB XII bzw. §§ 4 und 6 AsylbLG zu leisten.

Auch wenn der Vorwurf der Einreise, um Sozialhilfe bzw. Krankenhilfe zu erhalten zutrifft, muss in verfassungskonformer Auslegung (Art. 1 und 20 GG) des SGB XII bzw. des AsylbLG jedem Fall zumindest die "unerlässliche" Krankenbehandlung (§ 1a AsylbLG) bzw. die "unabweisbare Behandlung einer schweren oder ansteckenden Krankheit" (§ 23 Abs. 3 SGB XII) geleistet werden.

Unionsbürger erhalten vielfach weder ALG II noch Sozialhilfe, weil ihr Aufenthaltsrecht sich nach Auffassung der Behörden „allein aus der Arbeitsuche“ ergibt, § 7 Abs. 1 Satz 2 SGB II, § 23 Abs. 3 SGB XII. Derartige Ablehnungen sind häufig fehlerhaft, weil Unionsbürger nach dem FreizügG/EU und/oder dem AufenthG neben der Arbeitsuche oft auch ein anderes Aufenthaltsrecht besitzen, z.B. als Arbeitnehmer oder Selbständiger mit einer nicht nur völlig unwesentlichen legalen Erwerbstätigkeit (mindestens ca. 300 €/Monat an mind. ca. 10 Std/Woche), als verbleibeberechtigter Arbeitnehmer oder Selbständiger nach § 2 Abs. 3 FreizügG/EU bei unfreiwillig eingetretener Arbeitslosigkeit nach 12 Monaten legaler Erwerbstätigkeit bzw. für bis zu 6 Monate auch nach kürzerer Erwerbstätigkeit, als Familienangehörige eines Deutschen oder eines hier z.B. als Arbeitnehmer/Selbständigen/Verbleibeberechtigten lebenden Unionsbürgers oder Drittstaaters, oder weil der EU-Bürger (nach 5 Jahren legalem Aufenthalt) das an keine weiteren Voraussetzungen mehr geknüpfte Daueraufenthaltsrecht besitzt.⁸ Umstritten ist zudem, ob der Ausschluss europarechtlich zulässig ist, weil er gegen den für alle Unionsbürger geltenden Gleichbehandlungsgrundsatz nach Art. 18 AEUV und Art. 4 VO 883/2004 EG verstößt. Dies gilt insbesondere für einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten ab Einreise oder bei Eintritt der Hilfebedürftigkeit erst einige Zeit nach Einreise.⁹

Wenn sich das Aufenthaltsrecht eines Unionsbürgers tatsächlich „allein aus der Arbeitsuche“ ergibt, entfällt möglicherweise der ALG II-Anspruch. Das Sozialamt bleibt jedoch verpflichtet, trotz des grundsätzlichen Ausschlusses Erwerbsfähiger von der Sozialhilfe (§§ 5 SGB II, 21 SGB XII) in verfassungskonformer Auslegung (Art. 1 und 20 GG) des SGB XII als letztes soziales Netz eine Ermessensentscheidung über die Sozialhilfegewährung zu treffen und zumindest die unabweisbare Krankenbehandlung als Sozialhilfeleistung nach § 48 SGB XII, ggf. aber auch Leistungen zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel des SGB XII im „unabweisbaren Umfang“ zu erbringen. Dabei darf das Sozialamt in Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens das Niveau der unabweisbaren Leistungen nach § 1a AsylbLG nicht unterschreiten.¹⁰ Im Zweifelsfall sollten Unionsbürger daher zusätzlich zum ALG II - Antrag immer auch einen Antrag auf Sozial- und Krankenhilfe beim örtlich zuständigen Sozialamt stellen!

Welches Sozialamt ist zuständig?

Nach **SGB XII** ist in der Regel das Sozialamt am "tatsächlichen Aufenthaltsort" zuständig (§ 98 SGB XII).

Die Zuständigkeit nach **AsylbLG** ist komplizierter, weil im Falle einer erfolgten ausländerrechtlichen oder asylverfahrenrechtlichen Zuweisung an einen bestimmten Wohnort (meist verbunden mit einer sog "Residenzpflicht") das Sozialamt am Zuweisungsort zuständig ist (§ 10a Abs. 1 Satz 1 AsylbLG). Fehlt eine solche Zuweisung, ist auch nach AsylbLG das Sozialamt am "tatsächlichen Aufenthaltsort" zuständig (§ 10a Abs. 1 Satz 2 AsylbLG). Im Einzelfall kann offen sein, ob eine frühere Zuweisung noch wirk-

⁸ Vgl. dazu Classen, Leitfaden Sozialleistungen für Ausländer nach SGB II und SGB XII, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/SGB-II-XII-Leitfaden.pdf, sowie Frings, Sozialleistungen für Unionsbürger, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings_SGB2_Unionsbuengerger.pdf

⁹ Siehe dazu ausführlich mit weiteren Nachweisen Classen, Sozialleistungen für MigrantInnen nach SGB II, SGB XII und AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsyblLG.pdf

¹⁰ so LSG NRW L 9 B 80/07 AS ER, www.sozialgerichtsbarkeit.de

sam ist, etwa für einen ehemaligen Asylbewerber, der sich inzwischen mit einer Duldung oder illegal an einem anderen Ort aufhält, weshalb dann auch die Zuständigkeit des Sozialamts unklar ist.

Komplizierter wird es im Falle einer **stationären Behandlung**. Nach § 98 Abs. 2 SGB XII ebenso wie nach § 10a Abs. 2 AsylbLG ist dafür das Sozialamt an dem Ort zuständig, wo der Hilfeempfänger zuletzt seinen gewöhnlichen Aufenthalt hatte oder in den letzten zwei Monaten vor Aufnahme gelebt hat. Durch diese Regelung sollen die Sozialämter am Ort des Krankenhauses entlastet werden. Handelte es sich jedoch um einen medizinisch unabweisbaren "Eifall", muss auch bei stationärer Behandlung das Sozialamt am tatsächlichen Aufenthaltsort vorleisten, das dann einen Erstattungsanspruch gegen das eigentlich zuständige Sozialamt hat (§ 10a Abs. 2 Satz 3, § 10b Abs. 1 AsylbLG). In manchen Fällen, insbesondere bei Ausländern ohne legalen Status, ist der letzte "gewöhnliche" Aufenthaltsort kaum feststellbar. Anknüpfungspunkt ist dann der tatsächliche Aufenthaltsort. Wenn eine frühere "Zuweisung" nach AufenthG oder AsylVfG noch fortwirkt, ist jedoch das Sozialamt am Zuweisungsort zuständig.

Bei **nicht feststellbarem Wohnsitz** und gewöhnlichen Aufenthalt gilt als "tatsächlicher Aufenthaltsort" nicht immer der Ort des Krankenhauses. Handelt es sich z.B. um einen Unfall auf der Autobahn, kommt als zuständiger Träger am "tatsächlichen Aufenthaltsort" das **Sozialamt am Ort des Unfalls** in Betracht, da an diesem Ort (und nicht im Krankenhaus) die Hilfebedürftigkeit erstmals eingetreten ist.

Im Zweifelsfall ist zu empfehlen, die Kosten - unter Hinweis auf die mehrfachen Anträge - **bei allen ggf. in Frage kommenden Ämtern schriftlich zu beantragen**. Wenn ein Sozialamt sich für unzuständig hält, muss es nach § 18 Abs 1 SGB XII bzw. § 16 SGB I den Antrag an das zuständige Amt weiterleiten.

Normalerweise ist zur Antragstellung eine **persönliche Vorsprache** des Antragstellers beim Sozialamt erforderlich. Ist dies aus gesundheitlichen Gründen und/oder wegen Aufenthalts an einem anderen Ort nicht möglich ist, muss es reichen, den Antrag z.B. über den Sozialdienst des Krankenhauses oder das Sozialamt am tatsächlichen Aufenthaltsort stellen zu lassen und die Antragsunterlagen z.B. per Post zu übermitteln, soweit nicht ohnehin bei Notaufnahmen das Erstattungsverfahren nach § 25 SGB XII greift.

§ 25 SGB XII - Nothelferparagraf

Ist dem Kranken ein Antrag auf die Sozialhilfeleistung beim Sozialamt nicht mehr möglich, was regelmäßig bei einer Notaufnahme ins Krankenhaus der Fall ist, hat die im Notfall Hilfe leistende Person bzw. Institution (z.B. das Krankenhaus) einen Erstattungsanspruch gegen das Sozialamt. Dabei muss es sich auch medizinisch gesehen um einen unabweisbaren "**Eifall**" handeln, der unverzügliches Handeln erforderlich macht, so dass ein Verweis auf die vorherige Antragstellung bei Sozialamt angesichts der Umstände nicht möglich ist.

Der Erstattungsanspruch setzt voraus, dass das Sozialamt zur Hilfe verpflichtet gewesen wäre. Das Krankenhaus muss daher im Rahmen seiner Möglichkeiten durch Befragung des Patienten prüfen, ob Versicherungsschutz vorhanden ist und eine **materielle Notlage** vorliegt, und dieses soweit möglich für das Sozialamt dokumentieren (Kopien der Nachweise). Voraussetzung für den Erstattungsanspruch des Krankenhauses ist zudem, dass es den Anspruch "innerhalb angemessener Frist" geltend macht, was von der Rechtsprechung streng ausgelegt wird, d.h. der Erstattungsanspruch des Krankenhauses nach § 25 SGB XII (bis 31.12.2004: § 121 BSHG) sollte - auch wenn er wegen der noch nicht abgeschlossenen Behandlung der Höhe nach noch nicht bezifferbar ist - umgehend, d.h. innerhalb von etwa 14 Tagen nach Aufnahme des Kranken beim Sozialamt geltend gemacht werden.¹¹

Obwohl im **AsylbLG** eine § 25 SGB XII entsprechende Regelung fehlt, ist in der Rechtsprechung allgemein anerkannt, dass § 25 SGB XII (bzw. bis zum Jahr 2004 § 121 BSHG) auch auf Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG entsprechend anwendbar ist.¹²

Zu empfehlen ist zudem, dass baldmöglichst auch **der Kranke selbst** (mit Hilfe des Sozialdienstes) Sozialhilfe für die Krankenhausbehandlung beantragt, da rechtlich umstritten ist, ob das Krankenhaus einen Erstattungsanspruch gegen das Sozialamt auch noch für Zeiträume hat, in denen der Kranke selbst wieder handlungsfähig und das Sozialamt erreichbar war.

¹¹ Vgl. zum Verfahren die Hinweise und Antragsformulare der Senatssozialverwaltung Berlin www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Antrag_Nothilfe_P25_SGBXII_Berlin.pdf

¹² vgl. OVG Berlin 6 B 17.02, U.v. 25.11.04, FEVS 2005, 425 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2043.pdf, OVG Berlin 6 B 9.02, U.v. 25.11.04, FEVS 2005, 545, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2042.pdf

Neben der Krankenbehandlung ist auch der Transport mit dem **Rettungswagen** oder Rettungshubschrauber eine Nothilfeleistung, die in dem Fall der zuständige Träger (z.B. Feuerwehr) nach § 25 SGB XII beim Sozialamt geltend zu machen hat.

Liegt offensichtlich ein Nothilfefall vor, da der Kranke angibt mittellos und nicht krankenversichert zu sein oder aber von Sozialleistungen zu leben, obliegt es dem Krankenhaus, die entsprechenden Ansprüche beim Sozialamt geltend zu machen. Es kann sich nicht darauf berufen, einen privatrechtlichen Behandlungsvertrag geschlossen zu haben und die Behandlung dem Patienten in **Rechnung** stellen.¹³

Datenschutz bei "illegalem" Aufenthalt? Der "Denunziationsparagraf"

Sowohl der Antrag des Kranken selbst als auch ein nach 25 SGB XII bzw. AsylbLG gestellter Kostenerstattungsantrag des Krankenhauses können dazu führen, dass ein illegaler Aufenthalt des Patienten dem Sozialamt bekannt wird. Anders als Ärzte (Schweigepflicht) und Krankenhausverwaltung (Datenschutz) ist das Sozialamt berechtigt und auch verpflichtet, den gegenwärtigen und künftigen Aufenthaltsort eines „illegalen“ Ausländers der **Ausländerbehörde** zu melden (§ 87 AufenthG; § 68 SGB X).

Hierzu wurde durch die VwV AufenthG vom 26.10.2010¹⁴ klargestellt, dass das Sozialamt die aus einem Nothilfeantrag des Krankenhauses erhaltene Information über einen „illegalen“ Ausländer nicht der Ausländerbehörde melden darf. In einem solchen Fall gilt die **verlängerte ärztliche Schweigepflicht** nach § 203 StGB nicht nur für die die Daten erhebenden ärztlichen Gehilfen im Krankenhaus (Krankenhausverwaltung), sondern auch für das Sozialamt, und verbietet die Information der Polizei bzw. Ausländerbehörde. Für das Sozialamt gilt dies aber nur, wenn tatsächlich ein Nothilfefall vorliegt, das Sozialamt die Vorschriften der VwV AufenthG kennt, und sich daran auch hält.¹⁵

Hingegen bleibt das Sozialamt gegenüber der Ausländerbehörde meldepflichtig, wenn der sich illegal aufhaltende Ausländer selbst beim Sozialamt eine medizinische Behandlung beantragt. Zudem sehen in jedem Fall § 11 Abs. 3 AsylbLG sowie weitere sozial- und ausländerrechtliche Regelungen vor, dass das Sozialamt mit der Ausländerbehörde einen Datenabgleich bezüglich des Aufenthaltsstatus vornimmt.

Die Rechtslage bezüglich der Datenweitergabe bleibt somit unklar. Die Angst vor der Meldung an die Ausländerbehörde ist der Hauptgrund für die extrem zurückhaltende Inanspruchnahme medizinischer Hilfen durch "Illegale" und entsprechend verschleppte Krankheiten.

Bei längerandauernden Behandlungen bzw. Erkrankungen kann ggf. die Realisierung einer zumindest vorübergehenden "**Duldung**" wegen Krankheit durch Attestierung des dringenden stationären Behandlungsbedarfes (sowie der **Reiseunfähigkeit**) seitens der behandelnden Ärzte erreicht werden.

Der Leistungsberechtigte kann einer Festnahme vorbeugen, in dem er zurückhaltend ist bei Angaben zu seiner derzeitigen bzw. (nach Entlassung) künftigen Wohnanschrift. Er könnte zwar auch versuchen, die Daten einer anderen (versicherten) Person anzugeben, allerdings macht er sich hierbei strafbar.

Da Sozialhilfe grundsätzlich nicht für die Vergangenheit gewährt wird, wird ein nach Entlassung vom Leistungsberechtigten selbst gestellter Erstattungsantrag beim Sozialamt in der Regel abgelehnt. Auch eine Abtretung des Anspruch an das Krankenhaus zwecks Abrechnung ist nach dem Sozialhilferecht nicht zulässig (§ 17 Abs. 1 SGB XII)

Notwendig wäre ein **strafgesetzliches Verbot** der Übermittlung von Daten an die Ausländerbehörde durch medizinische Dienstleister, Sozialleistungsträger und weitere Beteiligte im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.

Kann medizinische Hilfe strafbar sein? Der Schlepperparagraf

Gemäß § 96 AufenthG ("Schlepperparagraf"), wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer andere zu den in § 95 AufenthG (**illegaler Aufenthalt**) bezeichneten Handlungen anstiftet oder ihnen dazu Hilfe leistet und dafür einen Vermögensvorteil erhält oder wiederholt und zugunsten mehrerer handelt.

¹³ LSG Berlin-Brandenburg, L 23 B 27/06 AY PKh, B.v. 30.03.07 www.sozialgerichtsbarkeit.de

¹⁴ Allgemeine Verwaltungsvorschriften des Bundesinnenministeriums zum AufenthG www.vwvbund.juris.de/pdf/BMI-MI3-20091026-SF-A001.pdf Rn 88.2.3, 88.2.4. Vgl. Erläuterungen des Kath. Forum Illegalität, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Kath_Forum_VwV_AufenthG.pdf

¹⁵ Vgl. die Rundschreiben der Berliner Senatsverwaltung hierzu an Krankenhäuser und Sozialämter www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/VwV87AufenthG_SenSozGes_Sozamt_Krhs.pdf

"Anstiftung" läge vor, wenn Ärzte ihre Patientinnen vorsätzlich dazu veranlassen, sich illegal in Deutschland aufzuhalten. "Beihilfe" wäre gegeben, wenn es Zweck der medizinischen Behandlung wäre, den illegalen Aufenthalt zu ermöglichen, zu erleichtern, zu intensivieren oder abzusichern. Der Vermögensvorteil müsste sich dabei auf die Förderung des rechtswidrigen Aufenthalts beziehen, die Zahlung der Behandlungskosten fällt nicht darunter. Wenn Mediziner wiederholt mehrere erkrankte Ausländer behandeln, könnte argumentiert werden, dass es sich um Beihilfe zum illegalen Aufenthalt handele, da dieser durch die medizinische Behandlung schließlich erleichtert werde.

Dagegen stehen allerdings gewichtige Rechtfertigungsgründe für das ärztliche Handeln, vor allem der **rechtfertigende Notstand** (§ 34 StGB), der eine Behandlung zumindest bei akuten Notfällen rechtfertigt und auch gebietet. Es hängt hier also von der Schwere der Erkrankung ab. Um diese beurteilen zu können, muss zuerst in jedem Fall eine medizinische Untersuchung erfolgen.¹⁶

Hinzu tritt die **ärztliche Ethik**. ÄrztInnen geloben bei ihrer Approbation: "Ich werde mich bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten meinen Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder sozialer Stellung" (Genfer Gelöbnis - in Anlehnung an den Hippokratischen Eid vom Weltärztebund 1948 beschlossene Neufassung der ärztliche Berufspflichten). In der Berufsordnung der Ärzte ist festgelegt: "Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können."¹⁷

In einem Schreiben vom 31.07.2003 an den Jesuiten-Flüchtlingsdienst hat **Berlins Innensenator Körtling** in Absprache mit Justizsenatorin Schubert festgestellt, dass die "gesundheitliche Versorgung eines sich unerlaubt im Bundesgebiet aufhaltenden Ausländers unter keine ausländerrechtliche Strafbestimmung" fällt. Maßgebend sei dafür, dass der Ausländer seinen weiteren Aufenthalt nicht allein von der medizinischen Behandlung abhängig mache und der Arzt aus humanitären Gründen handele.

Darüber hinaus können dem Arzt im Falle unterlassener medizinischer Hilfeleistung auch strafrechtliche Konsequenzen drohen (**unterlassene Hilfeleistung** - § 323c StGB). Zur Problematik der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen wurde auf der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 1998 in Ottawa beschlossen, "dass Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten unabhängig von seinem Status die notwendige Versorgung zukommen zu lassen und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung, noch die Pflicht des Arztes zu helfen einschränken".

Behandlungsanspruch nach AsylbLG nur bei akuter Krankheit?

Die in der Praxis dokumentierten Fälle von Einschränkungen des Behandlungsanspruchs durch Sozialämter und Amtsärzte (Verweigerung von Krankenscheinen, Verweigerung von Rollstühlen für spastisch behinderte Kinder, Verweigerung lebensnotwendiger Lebertransplantationen etc.) sind fast immer gesetzes-, zumeist auch verfassungswidrig. Nach unserer Erfahrung mit der Begutachtung durch Amtsärzte muss festgestellt werden, dass diese in aller Regel die Rechtsgrundlagen des AsylbLG und SGB XII nicht kennen, was häufig zu rechtswidrigen Ablehnungen führt.

Unzutreffend ist insbesondere die weit verbreitete Annahme, dass Leistungsberechtigte nach AsylbLG nur bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen behandelt werden dürften.

Richtig ist, dass regelmäßig dann ein uneingeschränkter Behandlungsanspruch besteht, einschl. der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, wenn eine Krankheit **entweder "akut" oder "schmerzhaft"** ist (§ 4 AsylbLG). Ein uneingeschränkter Anspruch auf Krankenbehandlung besteht daher z.B. auch bei schmerzhaften chronischen Erkrankungen.

Der aus § 4 AsylbLG häufig gezogene Umkehrschluss, dass wegen des dort geregelten Behandlungsanspruch bei "akuter" Erkrankung ein Anspruch (jedenfalls nach § 4) bei "chronischer" Krankheit nicht bestehe, ist schon deshalb fragwürdig, weil in vielen Fällen eine medizinisch sinnvolle Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Krankheit gar nicht möglich ist, oder jedenfalls bei Nichtbehandlung ein

¹⁶ vgl. Lehmann, J., ZAR 2008, 24, Ärztliche Hilfe für "Illegale": eine Straftat nach dem AufenthG? Lehmann geht davon aus, dass sich Stellen der öff. Verwaltung bei akuter Hilfebedürftigkeit des Kranken auf § 34 StGB berufen können. Privaten und kirchlichen Organisationen erlaube § 34 StGB auch eine darüber hinausgehende gesundheitliche Betreuung von Personen ohne Aufenthaltsrecht.

¹⁷ Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, die Regelung wurde in die Berufsordnungen der Landesärztekammern übernommen

akuter Krankheitszustand droht. Angesichts dessen, dass kein Arzt einem über Krankheit oder Schmerzen klagenden Patienten Diagnose und Behandlung verweigern darf, kann das Kriterium "akute Krankheit" allein im Sinne von "akuter Behandlungsbedarf" zur Heilung, Linderung oder Verhinderung von Krankheit interpretiert werden (Meyer/Röseler, § 4 Rn 7).

Unaufschiebbarkeit, Unabweisbarkeit oder Unerlässlichkeit oder sonstwie gesteigerte Formen der Notwendigkeit einer Krankenbehandlung sind daher nach § 4 nicht erforderlich, solange die Krankheit entweder Schmerzen verursacht oder aber ein akuter Krankheitszustand bzw. ein akuter Behandlungsbedarf vorliegt. Es reicht die "Notwendigkeit" der Behandlung analog der Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei hat die Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst zu erfolgen. Nach § 4 sind z.B. auch orthopädische Einlagen bei schmerzhaften Plattfüßen (VG Osnabrück 6 B 61/99 v. 22.11.1999, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1515) oder orthopädische Schuhe (VGH Baden-Württemberg 7 S 920/98 v. 4.5.1998, FEVS 1999, 33, www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&docid=MWRE100089900&psml=bsbawueprod.psml&max=true) zu leisten. In solchen Fällen stattdessen z.B. Schmerzmittel zu verabreichen, wäre medizinisch falsch und daher unzulässig.

Einschränkungen gibt es nach § 4 beim **Zahnersatz**. Unaufschiebbar im Sinne von § 4 ist Zahnersatz, wenn Folgeschäden bei Nichtbehandlung drohen oder bereits eingetreten sind (Verlust von weiteren Zähnen; Magenerkrankung durch fehlende Kaufähigkeit etc.). Die Einschränkungen des § 4 beziehen sich nicht auf Zahnbehandlungen, bei denen kein Zahnersatz geleistet wird. Hier reicht es, dass die Zahnerkrankung akut behandlungsbedürftig oder schmerzhaft ist. Kariesbehandlungen, Wurzelbehandlungen etc. sind daher ohne Einschränkung zu leisten.

Anspruch Schwangerer nach dem AsylbLG

Schwangere haben nach § 4 Abs. 2 AsylbLG wie gesetzlich Versicherte einen uneingeschränkten Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen, Leistungen zur Entbindung, Pflege, Hebammenhilfe etc.

Anspruch auf Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen nach dem AsylbLG

Nach § 4 Abs. 3 AsylbLG besteht - auch ohne Vorliegen einer akuten oder sonstigen Erkrankung - Anspruch auf Krankenscheine für "medizinisch gebotene" **Vorsorgeuntersuchungen**. Was geboten ist, richtet sich nach den Regeln der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. dazu im Einzelnen §§ 20 bis 26 und 30 SGB V). Zahnkrankenscheine können zum Zweck der Vorsorge unter 18 Jahren alle 6 Monate, danach jährlich beansprucht werden. Krankenscheine für ärztliche Vorsorgeuntersuchungen können Schwangere, kleine Kinder (U1 bis U10), Frauen (gynäkologische Untersuchung), Menschen ab 35 (Gesundheitsuntersuchung alle 2 Jahre), Frauen ab 20 und Männer ab 45 (Krebsvorsorge jährlich), sowie neu eingereiste Flüchtlinge ohne Asylantrag (eine freiwillige Untersuchung dürfte analog § 62 AsylVfG regelmäßig geboten sein) beanspruchen.

Nach § 4 Abs. 3 besteht zudem Anspruch auf "amtlich empfohlene **Schutzimpfungen**". Neben den üblichen Kinderimpfungen haben auch Erwachsene Anspruch auf Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Polio sowie nach individuellem Risiko weitere Impfungen. Zudem besteht Anspruch auf alle im Hinblick auf die Situation im Herkunftsland anzurathenden Impfungen. Als amtliche Empfehlungen im Sinne von § 4 Abs. 3 sind die Empfehlungen der STIKO (Ständige Impfkommision) beim Robert Koch Institut Berlin anzusehen, im Internet unter www.rki.de -> Infektionsschutz -> Impfen.

Krankenscheinvergabe und Feststellung des Behandlungsbedarfs

Möchte ein Flüchtling einen Krankenschein, reicht die Angabe von Schmerzen oder diffusen Krankheitssymptomen, da ein Verwaltungssachbearbeiter¹⁸ beim Sozialamt regelmäßig nicht in der Lage ist, eine **Diagnose** zu stellen und über den Behandlungsbedarf zu entscheiden. Hierüber kann auch ein Arzt erst nach Durchführung einer Untersuchung entscheiden. Schon zur Feststellung des Behandlungsbedarfs ist also der Krankenschein erforderlich. Für den Anspruch auf einen Krankenschein reicht es aber auch, wenn der Flüchtling zur Begründung angibt, er/sie möchte eine der vorgenannten Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen erhalten.

¹⁸ In der Praxis maßen sich teilweise Verwaltungssachbearbeiter, Heimleiter, Wachschatzmitarbeiter, Sanitäter, Krankenpfleger usw. an, ohne Hinzuziehen eines Arztes Diagnosen zu stellen und über den Behandlungsbedarf zu entscheiden. Hier sollte Strafanzeige erwogen werden.

Das Verfahren zur **Krankenscheinvergabe** ist vielerorts schikanös. Erst wenn man bereits akut erkrankt ist, darf man an einem Sprechtag beim Sozialamt um einen Krankenschein bitten. Bis dahin wird die Behandlung verschleppt, oder man versucht es bei der Erste-Hilfe-Stelle eines Krankenhauses. Durch verschleppte Behandlung müssen Flüchtlinge unnötig Schmerzen erleiden, Krankheiten verschlimmern sich, auch Todesfälle sind dokumentiert. Selbst manche Gerichte decken solche Verstöße gegen die Menschenwürde.¹⁹

Es gibt aber auch positive Beispiele: In **Berlin** sind seit Ende 2010 Krankenscheine **quartalsweise vorab** auszugeben.²⁰ **Bremen** und **Hamburg** geben aufgrund von Verträgen nach § 264 Abs. 1 SGB V mit der AOK an AsylbLG-Berechtigte auch den ersten vier Jahren **Krankenversichertenkarten** nach §§ 4 und 6 AsylbLG aus - und sparen damit viel Geld, denn unnötige Doppelbehandlungen bei Erste-Hilfe-Stellen und die Verschleppung von Krankheiten wird vermieden.²¹

Behandlung chronischer Krankheiten nach dem AsylbLG

Nur bei einer Krankheit, bei der keine der beiden Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 AsylbLG gegeben ist, die also weder akut bzw. akut behandlungsbedürftig noch schmerzhaft ist, darf der Behandlungsanspruch gegenüber dem sonst üblichen Umfang überhaupt eingeschränkt werden. Nur in solchen Fällen reduziert sich der Anspruch auf Leistungen, die "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sind (§ 6 AsylbLG). Die Behandlung einer chronischen Krankheit dürfte im Regelfall "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich" sein, womit dann ein Anspruch auf Behandlung nach § 6 AsylbLG besteht. Eine Behandlung ist "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich", wenn bei Nichtbehandlung eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Folgeerkrankungen oder dauerhafte (nicht wieder gutzumachende) gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen.

Zu den medizinischen Leistungen nach § 6 AsylbLG können beispielsweise auch ambulante **Psychotherapien**²² einschl. der in diesem Zusammenhang notwendigen Fahrt- und/oder Dolmetscherkosten oder die Unterbringung in einer **Behinderteneinrichtung**²³ gehören. Auch die Hilfsmittelversorgung ist, soweit sie nicht bereits nach § 4 im Rahmen der Behandlung von Schmerzen bzw. akuter Krankheit erforderlich ist, nach § 6 zu leisten, z.B. Rollstühle, Prothesen, Brillen, Hörgeräte etc. Mobilität, Sehen, Hören, Sprechen sind menschliche Grundbedürfnisse. Der Menschenwürdegrundsatz gebietet es, diese Bedürfnisse im Rahmen des medizinisch möglichen auch für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sicherzustellen.

Zu beachten sind der Auslegung des eingeschränkten Leistungsumfangs nach §§ 4 und 6 AsylbLG die Regeln der **ärztlichen Ethik** sowie die von Verfassung wegen gebotenen, auch für Ausländer geltenden Grundsätze der **Menschenwürde** und des **Rechts auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit** (Artikel 1 und 2 Grundgesetz). Der Behandlungsumfang ist damit in fast allen Fällen identisch mit dem Behandlungsanspruch Deutscher. Einschränkungen sind im Ergebnis vor allem beim Zahnersatz in den ersten drei Jahren des Leistungsbezugs möglich - wobei allerdings auch hier regelmäßig das medizinisch Unaufschiebbar geleistet werden muss.

Nach vier Jahren AsylbLG: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung möglich

Asylbewerber erhalten nach mindestens **vier Jahren Bezugs von Leistungen nach AsylbLG** gemäß § 2 AsylbLG Leistungen zum Lebensunterhalt und zur medizinischen Versorgung, deren Umfang und Höhe der Sozialhilfe für Deutsche entspricht. Geduldete können nach vier Jahren ebenfalls die besseren Leistungen nach § 2 AsylbLG beanspruchen, allerdings nicht in jedem Fall: Wenn sie zu irgendeinem

¹⁹ Vgl. Classen, Das AsylbLG und das Grundrecht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum, Stellungnahme zur Anhörung im Bundestagsausschuss für Arbeit und Soziales am 07.02.2011, Kapitel 6, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsyblLG_Verfassung.pdf

²⁰ Schreiben StS Fritsch an Sozialämter, Krankenscheine zum Quartalsbeginn auszugeben, um zeitnahe Versorgung spontan auftretender Erkrankungen sicherzustellen, <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenscheine-quartalsweise-vorab.pdf>

²¹ Bremer Modell Krankenversichertenkarten nach §§ 4 und 6 AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsyblLG.pdf

²² OVG Lüneburg 4 M 3551/99 v. 22.9.99, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1463.pdf; VG Berlin 8 A 366/97 vom 4.7.1997, IBIS e.V.: C1347; VG Braunschweig 3 B 67/00 v. 13.4.00, Asylmagazin 7-8/2000, 62, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1540

²³ VG Freiburg 5 K 1594/98 v. 1.9.98, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1456.pdf; VG Hildesheim 3 B 1553/97 Hi v. 9.12.1997; ZfF 2000, 16, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1349.pdf

Zeitpunkt ihre Aufenthaltsdauer rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, erhalten sie und ihre Kinder dauerhaft nur Leistungen nach §§ 4/6 AsylbLG.²⁴

Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG und nach SGB XII erhalten gemäß **§ 264 SGB V** Chipkarten und Leistungen einer **gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Wahl**. Damit besteht Anspruch auf Krankenbehandlung wie für deutsche gesetzlich Krankenversicherte, so dass beispielsweise auch Einschränkungen beim Zahnersatz unzulässig sind.

Zuzahlungen und Eigenleistungen²⁵

Leistungsberechtigte nach **§ 2 AsylbLG** oder nach **SGB XII**, die gemäß § 264 SGB V Leistungen einer gesetzlich **Krankenversicherung** erhalten, müssen - ebenso wie Sozialhilfeberechtigte, die reguläre Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind - **Zuzahlungen** (10.- € bei Arzt, Apotheke, Krankenhaus etc.) in Höhe von bis zu 2 % des Sozialhilferegelsatzes im Jahr leisten. Seit 01.01.2012 beträgt die 2 % Obergrenze für Alleinstehende und Haushaltsgemeinschaften gleichermaßen 89,76 € (374,- € Regelleistung x 12 Monate x 2 %). Ist der Betrag erreicht, muss die Kasse für den Rest des Jahres einen Befreiungsausweis ausstellen und evtl. geleistete Überzahlungen erstatten.

Gravierender als die Zuzahlungen ist die Tatsache, dass viele Leistungen (nichtverschreibungspflichtige Medikamente, Fahrtkosten zu ambulanter Behandlung, Brillen für Erwachsene u.a.) seit der "Gesundheitsreform" 2004 weder von der Krankenversicherung noch vom Sozialamt übernommen werden sollen. Der Patient soll diese Kosten im Normalfall als **Eigenleistungen** aus seinem Sozialhilfe- bzw. Alg 2-Regelsatz bezahlen. Daraus können sich verfassungsrechtlich problematische Lücken in der Gesundheitsversorgung ergeben. Handelt es sich um einen fortlaufenden unabweisbaren Bedarf, kann dieser als Mehrbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II bzw. § 27a Abs. 4 SGB XII übernommen werden. Ein erheblicher einmaliger unabweisbarer Bedarf kann ggf. nach § 73 SGB XII beim Sozialamt beantragt werden.

Anders ist die Situation bei der Krankenhilfe nach **§§ 4 und 6 AsylbLG**, bei der zwar der Behandlungsumfang selbst in problematischer Weise eingeschränkt ist, aber mangels rechtlicher Grundlage im AsylbLG auch **keine Zuzahlungen oder Eigenleistungen** verlangt werden dürfen! Sofern ein Anspruch auf Behandlung der Krankheit nach §§ 4 oder 6 AsylbLG besteht, sind beispielsweise auch im Zusammenhang mit der Behandlung notwendige **nichtverschreibungspflichtige Medikamente** und medizinisch notwendige Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung als Leistung nach AsylbLG zu übernehmen.

Ärztliche Begutachtung und Abschiebeschutz

Sowohl zur Durchsetzung eines Anspruchs auf Krankenbehandlung nach dem AsylbLG oder SGB XII als auch zur Geltendmachung eines vorübergehenden oder auch dauerhaften Abschiebungshindernisses nach dem Aufenthaltsgesetz (§ 25 III - V, § 60 AufenthG, vgl. auch die Beispiele in der u.g. Rechtsprechungsübersicht) kann eine qualifizierte fachärztliche Begutachtung erforderlich sein. Diese sollte - je nach Zweck der Begutachtung - für einen medizinischen Laien (der beim Sozialamt, Ausländerbehörde, Verwaltungsgericht tätig) verständlich formuliert folgende Angaben enthalten

- Darstellung von Vorbefunden und eigener Befunderhebung, vor allem bei psychiatrischer Begutachtung: wurde ein Dolmetscher hinzugezogen und wenn ja wer?, **Diagnose**, Entstehung, bisherige Behandlung, langfristige Prognose, mögliche Komplikationen, Schwere der Erkrankung, konkrete physische und psychische Krankheitsfolgen für den Patienten,
- Definition aller voraussichtlich erforderlichen Maßnahmen zur medizinischen Versorgung (Art und Häufigkeit der notwendigen **Behandlungen**, Kontrolluntersuchungen und dazu ggf. nötige technische Einrichtungen, Medikamente, Hilfsmittel, Angewiesensein auf fremde Hilfe im Alltag, Notwendigkeit einer besonderen Ernährung, zu vermeidende Belastungen etc., ggf. Kosten der Medikamente in Deutschland in €)
- ggf. Prognose im Falle ganz oder teilweise unterbliebener Behandlung (für Ansprüche nach AsylbLG/SGB XII), ggf. Aussage was in diesem Fall normalerweise von der gesetzlichen Krankenkasse geleistet würde
- ggf. **Reisefähigkeit** (Flugtauglichkeit etc.)

²⁴ Vgl. dazu Classen, Eckpunkte zu § 2 AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/eckpunkte_paragraf2_asylblg.doc

²⁵ Zur Problematik der seit 2004 verlangten Zuzahlungen und Eigenleistungen (§§ 61, 62 SGB V; § 38 BSHG, § 48 SGB XII) siehe ausführlich Classen, Die Gesundheitsreform und die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Kommentar_GMG.pdf

- ggf. **Prognose** im Falle ganz oder teilweise fehlender **unterbliebener Behandlung**, Medikamenteneinnahme, Kontrolluntersuchungen usw.
- ggf. **Prognose bei psychischer Erkrankung** für den Fall einer Abschiebung ins Herkunftsland, ob (insbesondere im Falle einer posttraumatischen Belastungsstörung) die Abschiebung als solche (zwangsweise Rückkehr an den Ort des traumaauslösenden Ereignisses) trotz ggf. vorhandener Reisefähigkeit in der Folge zu einer ggf. lebensbedrohlichen Retraumatisierung führt²⁶
- auf Aussagen zu den medizinischen Umständen und Standards im Herkunftsland sollte verzichtet werden, da sonst das Gutachten insgesamt unglaubwürdig wird! (Ausnahme: der Gutachter kennt die aktuellen Verhältnisse im Herkunftsland nachweislich aus persönlicher medizinischer Expertise vor Ort!)

Für die Feststellung eines Abschiebehindernisses ist das Vorhandensein der benötigten **medizinischen Versorgung im Herkunftsland** zu prüfen, sowie die konkrete Zugänglichkeit dieser Leistungen für den Rückkehrer (Frage der Zugänglichkeit für Personen mit normalem/geringem Einkommen, z.B. über kostenlose staatliche Angebote oder ein für den Rückkehrer zugängliches Krankenversicherungssystem etc., ggf. Zugänglichkeit in einer bestimmten Region bzw. für eine bestimmte ethnische Gruppe etc.). **Diese Fragen sind von hier tätigen Ärzten im Regelfall nicht zu beurteilen!** Behörden und Gerichte ziehen hierzu die jeweiligen Lageberichte des Auswärtigen Amtes heran. Darüber hinausgehende Einschätzungen sind ggf. über Berichte und Stellungnahmen einschlägige in den Herkunftsländern tätige Fachleute bzw. Organisationen in Erfahrung zu bringen (Recherche unter www.ecoi.net).

Ein weiteres Problem ist - vor allem bei hier geborenen Kindern und Personen mit langjährigem Aufenthalt in Deutschland - **fehlende Immunabwehr** gegen im Herkunftsland verbreitete, für Personen ohne entsprechende Immunabwehr lebensbedrohliche Krankheiten (z.B. Malaria). Hier wäre ggf. zu prüfen, ob gegen diese Krankheiten durch Impfungen der erforderliche Schutz erreicht werden kann, und deshalb - vor einer Abschiebung - zunächst diese Impfungen durchzuführen sind (vgl. § 4 Abs. 3 AsylbLG, sowie die Empfehlungen der Impfkommision STIKO unter www.rki.de). In manchen Fällen - z.B. Malaria - gibt es keinen wirksamen Impfschutz, so dass eine Prognose anzustellen ist, mit welcher Wahrscheinlichkeit es durch die fehlende Immunabwehr zu einer lebensbedrohlichen Situation kommt.

Forderungen

- Leistungsberechtigten nach AsylbLG müssen wie gesetzlich Versicherten **Versichertenkarten** vorab zur Verfügung gestellt werden (Bremer Modell)²⁷
- Hilfsweise sind auch ohne Vorliegen einer konkreten Erkrankung Krankenscheine quartalsweise vorab zur Verfügung zu stellen. Hierdurch werden unnötige Verzögerungen von Krankenbehandlungen und die weit überdurchschnittliche (und kostenträchtige) Inanspruchnahme von ärztlichen Notdiensten und Krankenhäusern durch AsylbLG-Berechtigte vermieden. Sozialamtssachbearbeiter sind regelmäßig nicht in der Lage, über einen Krankenbehandlungsbedarf zu entscheiden, dies können auch Ärzte erst nach (gründlicher) Untersuchung und Stellung der Diagnose, bereits hierzu sind aber Krankenscheine unerlässlich.
- Krankenscheine dürfen keine (in der Praxis regelmäßig missverständliche, weil juristisch auslegungsbedürftige) einschränkende Kennzeichnungen des Behandlungsumfanges enthalten.
- Der **Behandlungsumfang** nach AsylbLG muss gesetzlich klargestellt werden, anstelle der bisherigen (missverständlichen) Formulierungen soll ein Verweis auf das SGB V erfolgen.

²⁶ vgl zur Traumabegutachtung Lindstedt, BAFI-Asylpraxis Bd. 7, S. 97, www.bamf.de/template/publikationen/asylpraxis_pdf/asylpraxis_band_7_teil_06.pdf; Treiber, ZAR 2002, 282 ff.; Wenk-Ansohn u.a. in BAFI-Einzelentscheiderbrief 8-9/2002, S. 3, www.bamf.de/template/publikationen/ee_brief_2002/content_eebrief_2002_08_09.htm - Anforderungen an Gutachten; Ganten-Lange u. a., best-practice-Empfehlungen, Standards für ärztliche/psychotherapeutische Stellungnahmen bei traumatisierten Flüchtlingen, IBIS M4948, www.asyl.net/Magazin/Docs/2004/M-4/4948.pdf; Projektgruppe 'Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen - SPBM, IBIS M1863, www.asyl.net/Magazin/Docs/2002/M-2/1863.doc

²⁷ Bremer Modell Krankenversichertenkarten nach §§ 4 und 6 AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsyblLG.pdf

- **Jakober, H.**, Zur ausländerrechtlichen Beurteilung medizinisch-psychologischer Begutachtungen traumatisierter Ausländer, ZAR 2005, 152
- **Lehmann, J.**, Ärztliche Hilfe für "Illegale": eine Straftat nach dem Aufenthaltsgesetz? ZAR 2008, 24
- **Müller, Doreen**, Recht auf Gesundheit? Medizinische Versorgung illegalisierter MigrantInnen zwischen exklusiven Staatsbürgerrechten und universellen Menschenrechten, Zeitschrift des Flüchtlingsrates Niedersachsen, Sonderheft 101, September 2004, 6 € zzgl. Versand, www.nds-fluerat.org
- **Neumann, V.**, Das medizinische Existenzminimum, NZS 2006, 393
- **Robert-Koch-Institut**, Stellungnahme zu den gesundheitlichen Risiken für HIV-positive MigrantInnen bei Ausreise in afrikanische Länder, März 2003, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/RKI_Aidsasyl.pdf
- **Schwarz, K.** Erstattung von Behandlungskosten nach der Eilfallregelung des § 25 SGB XII, Das Krankenhaus (Fachzeitschrift) 11/2009, 1022
- **UNHCR Berlin**, August 2003, Verpflichtung zur Registrierung von neugeborenen Kindern Asylsuchender und Flüchtlinge, www.unhcr.de/unhcr.php/cat/25/aid/837, ZAR 2003, 333

Materialien unter www.fluechtlingsrat-berlin.de

- **Adressbuch Flüchtlingsberatung Berlin** www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/adrflueberatung.pdf
- **Anträge auf Leistungen** nach AsylbLG, SGB II und SGB XII, SGB V: Formularanträge auf Leistungen, Mehrbedarf, Unterkunft, Krankenhilfe, Kleidung, Schwangerschaftsbedarf, Fahrtkosten u.a.; Leistungen der Krankenkasse www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Antraege_AsyblLG_SGBII_XII.pdf
- **Bremer Modell** Krankenversichertenkarten nach § 4 AsylbLG, Chipkarten für alle Asylbewerber, Vertrag nach § 264 Abs. 1 SGB V mit AOK Bremen, ebenso in Hamburg ab Juli 2012 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asyblg/Bremer_Modell_Medizin_AsyblLG.pdf
- **Classen, G.** Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz. Umfang der Krankenhilfe nach AsylbLG; Zuständigkeit; Krankenhilfe für MigrantInnen ohne Aufenthaltsstatus (*=dieser Text!*) www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asyblg.doc
- **Classen, G.** Psychotherapie für Flüchtlinge, Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge einschl. Fahrt- und Dolmetscherkosten nach AsylbLG, SGB V, SGB XII, SGB VIII, OEG, Februar 2011, pdf www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf
- **Classen, G.** Rechtsprechungsübersicht zum Flüchtlingssozialrecht www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/Urteile2.pdf
- **Classen, G.** Sozialleistungen für MigrantInnen nach SGB II, SGB XII und AsylbLG, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Classen_SGB_II_XII_AsyblLG.pdf
- **Flüchtlingsrat Berlin:** Medizin in der Abschiebungshaft - Alternativen zum Polizeiarztlichen Dienst, Mai 2010, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asyblg/Medizin_Abschiebungshaft.pdf
- **Kath. Forum Illegalität** zu Strafbarkeit, Schweigepflicht und Datenschutz bei der med. Versorgung "Illegaler": VwV AufenthG, ärztliche Schweigepflicht und Verbot der Datenweitergabe, keine Strafbarkeit wegen Beihilfe zu unerlaubtem Aufenthalt, Okt. 2009 http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Kath_Forum_VwV_AufenthG.pdf
- **SenSoz Berlin:** AsylbLG-Krankenscheine quartalsweise vorab, Schreiben v. 02.11.2010 an Sozialämter www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenscheine-quartalsweise-vorab.pdf
- **Sen Soz Berlin**, Erstattung von Krankenhausbehandlung in Notfällen nach § 25 SGB XII. Hinweise und Antragsformulare. März 2011, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Antrag_Nothilfe_P25_SGBXII_Berlin.pdf
- **SenSoz Berlin** und **SenGes Berlin** Rundschreiben an Krankenhäuser und Sozialämter zur med. Versorgung "illegal" aufhältiger Ausländer: Verbot der Datenübermittlung nach VwV AufenthG bei der Notfallbehandlung, Dez. 2009 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/VwV87AufenthG_SenSozGes_Sozamt_Krhs.pdf
- **Sen Ges Berlin** und **Sen Inn Berlin:** Duldung, Geburtsurkunden, Behördenzuständigkeit für Schwangere ohne legalen Aufenthalt drei Monate vor und nach der Geburt. Februar 2011 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Duldung_Schwangere_Berlin.pdf

Rechtsprechung und Materialien zur medizinischen Versorgung von asylsuchenden und ausreisepflichtigen Ausländern

Auszug aus Classen, "Rechtsprechungsübersicht zum Flüchtlingssozialrecht" mit über 3000 seit 1993 erfasste Entscheidungen - einschließlich der hier vorgestellten Entscheidungen - auf ca. 650 Seiten, als Datei "Urteile2.pdf" ca. 6 MB, Stand Mai 2010

- www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/Urteile2.pdf

Inhalt

Forderungen von Krankenhäusern	13
Leistungsumfang: akute, schmerzhaft Krankheit; zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Behandlung	14
Glaubhaftmachung eines "akuten" Behandlungsbedarfs nach § 4 AsylbLG und eines "dringenden" Entscheidungsbedarfs im Eilverfahren nach § 123 VwGO	17
Psychotherapiekosten	18
Behandlung chronischer Erkrankungen	22
Zahnbehandlung	24
Pflegegeld für Schwerstbehinderte analog § 61 ff. SGB XII / § 68ff. BSHG	24
Dolmetscherkosten	25
Einzelunterkunft statt Gemeinschaftsunterkunft bei Krankheit	28
AIDS-Behandlung für als Touristin eingereiste Ausländerin trotz § 23 Abs. 3 SGB XII / § 120 Abs. 3 BSHG	29
Erstattungsanspruch des Krankenhauses I - das Krankenhaus als "Nothelfer" analog § 25 SGB XII / § 121 BSHG	29
Erstattungsanspruch des Krankenhauses II - örtliche Zuständigkeit	33
Erstattungsanspruch des Krankenhauses III - keine analoge Anwendbarkeit des § 18 SGB XII / § 5 BSHG (keine Leistung ohne Kenntnis des Sozialamts) -	35
Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 6 AsylbLG	36
SGB V - gesetzliche Krankenversicherung	39
Anerkennung als Schwerbehinderter - § 2 SGB IX / § 1 SchwbG	46
§§ 25, 60, 60a AufenthG / §§ 53/54/55 AuslG - Duldung und Aufenthaltserlaubnis wegen Krankheit, Traumatisierung, Schwangerschaft/Mutterschaft	49
§§ 25, 60, 82 AufenthG / §§ 53, 55, 70 AuslG - ärztliche Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge	62
Untersuchung durch Ärztin des Vertrauens in der Abschiebehaft	67
Bezugsquellen	68
Abkürzungsverzeichnis	68

Forderungen von Krankenhäusern

Forderungsausfälle von Krankenhäusern bei der Behandlung von Asylbewerbern. Schreiben des **BMA V c 3-3176-1 v. 03.08.01**, in **Sozialrecht aktuell 2002, 35, IBIS C1706**.

Das BMA stellt sinngemäß fest: Die Beurteilung der Frage, **was (im Sinne des AsylbLG) medizinisch notwendig** ist, liegt in der Zuständigkeit des Arztes. Das Krankenhaus hat dem zuständigen Kostenträger die Notwendigkeit der Durchführung einer bestimmten medizinischen Maßnahme zur Behandlung einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustandes vor dessen Durchführung anzuzeigen.

Kann die Anzeige aus zeitlichen Gründen nicht vor Durchführung der Behandlung erfolgen, erhält der Leistungserbringer seine Aufwendungen auf Antrag **entsprechend § 121 BSHG** erstattet. Eine § 121 BSHG vergleichbare Vorschrift gibt es im AsylbLG nicht. § 121 BSHG ist jedoch nach Auffassung des BMA im Rahmen des AsylbLG entsprechend anzuwenden.

Wenn der betreffende Ausländer nicht zum Kreis der nach AsylbLG Leistungsberechtigten zählt oder die med. Versorgung über den Leistungsrahmen der §§ 4 und 6 AsylbLG hinausgeht, kann eine Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger nicht erfolgen.

Dasselbe gilt, wenn sich nicht klären lässt, ob die Leistungsvoraussetzungen des AsylbLG gegeben sind, insbesondere mangels erforderlicher Auskünfte der Betroffenen zu **Einkommen und Vermögen** und/oder, vor allem bei sich **illegal aufhaltenden Ausländern, zur Identität**. Auch in diesen Fällen kann die Behörde die Leistungsvorausset-

zungen nicht einfach unterstellen, so dass eine Kostenübernahme nicht möglich ist. Im Hinblick auf illegal sich aufhaltende Ausländer wäre es auch kontraproduktiv, ohne Aufdeckung der Identität die Kosten zu übernehmen und damit die von Staats wegen nicht akzeptable Illegalität zu unterstützen.

LSG Berlin-Brandenburg, L 23 B 27/06 AY PKh, B.v. 30.03.07 www.sozialgerichtsbarkeit.de zu stationären Krankenbehandlungskosten nach §§ 4, 6 AsylbLG. Kein Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten für seine Behandlung im W-Klinikum. Dem Kläger sind Kosten einer **stationären Behandlung** schon nicht entstanden. Die Leistungen nach § 4 und 6 AsylbLG sind **Sachleistungen, die der Beklagte nach Abschluss der Behandlung nicht mehr erbringen kann**.

Die Übernahme von Kosten für den Behandlungszeitraum bis zur Kenntniserlangung der Beklagten vom Hilfebedarf ist ausgeschlossen. Die ärztliche Behandlung ist erfolgt, der diesbezügliche Bedarf gedeckt. Das Klinikum kann sich in analoger Anwendung des § 121 BSHG (jetzt § 25 SGB XII) bei Vorliegen der dort genannten Voraussetzungen mit seinem eigenen Anspruch an den Hilfeträger wenden.

Für den Behandlungszeitraum ab Kenntnis der Beklagten ist ein Kostenübernahmeanspruch des Klägers ebenfalls ausgeschlossen. **Nur wenn der Kläger den Hilfebedarf** in diesem Zeitraum, weil ihm ein Abwarten auf die Entscheidung nicht zumutbar gewesen wäre, **durch Einsatz eigener Mittel selbst gedeckt hätte**, stände ihm aus Gründen der Effektivität der Gewährung des Anspruchs auf Hilfe ein **Aufwendungsersatzanspruch** zu (vgl. Grube/Wahrendorf, SGB XII, Einl. Rz. 130 f.).

Kosten sind dem Kläger durch seine Behandlung nicht entstanden. Vielmehr ist der Träger des Krankenhauses davon ausgegangen, einen Vergütungsanspruch nicht gegen den erkennbar mittellosen Kläger, sondern nur gegen den Beklagten als Träger der Leistungen nach dem AsylbLG zu haben. **Der Kläger ist keine Zahlungsverpflichtung** gegenüber dem Krankenhaus eingegangen. Insbesondere ist kein bürgerlich-rechtlicher Vertrag (Behandlungsvertrag, Krankenhausaufnahmevertrag), in dem der Kläger sich verpflichtet hätte, für die Kosten der benötigten Behandlung ggf. selbst aufzukommen, geschlossen worden.

Das Krankenhaus ist vielmehr davon ausgegangen, dass dem Kläger eine Behandlung zu Lasten der Beklagten gewährt werde, und hat mit der Übernahme der Behandlung gerade kein auf eine Entgeltverpflichtung des Klägers gerichtetes Vertragsangebot unterbreitet, das dieser durch Entgegennahme der gewährten Leistungen hätte annehmen können.

Der Kläger schuldet der Trägerin des Krankenhauses auch weder eine Vergütung aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 BGB) noch aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB). Eine **Behandlung als Privatpatient** mit der Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, entsprach weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Klägers noch seinem Interesse. Damit haben die Voraussetzungen des § 683 Satz 1 BGB nicht vorgelegen (vgl. zur Behandlung von Asylbewerbern OLG Köln 5 U 145/94, U.v. 22.08.94, VersR 1995, 1102).

Ein Bereicherungsanspruch (§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB) scheitert daran, dass zwischen dem Kläger und dem Klinikum in Bezug auf die in Rede stehende Behandlung kein Leistungsverhältnis bestand. Leistender wäre vorliegend der Beklagte, denn das Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen der §§ 4 oder 6 AsylbLG unterstellt – hätte dieser dem Kläger die von den Krankenhausärzten für erforderlich gehaltene Behandlung als Sachleistung gewährt. Auch ein etwaiger Bereicherungsausgleich müsste sich deshalb nicht zwischen Krankenhaus und Kläger, sondern zwischen Krankenhaus und Beklagtem vollziehen (vgl. BSG B 1 KR 6/01 R, U.v. 09.10.01 m. w. N.).

Ob der Krankenhausträger ggf. einen Anspruch auf Kostenübernahme gegen den Beklagten aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag (vgl. OLG Köln, a. a. O.) oder als Nothelfer gemäß § 121 BSHG analog (vgl. OVG Berlin 6 B 17.02, U. v. 25.11.04, FEVS 56, 425) hat, ist nicht Gegenstand der Klage vor dem Sozialgericht.

Leistungsumfang: akute, schmerzhaftes Krankheit; zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Behandlung

VG Mainz 1 L 1062/99.MZ, B.v. 27.10.99, GK AsylbLG § 3 Abs. 2 VG Nr. 3 Die außerhalb einer (Erst)Aufnahmeeinrichtung untergebrachte geduldete Antragstellerin leidet seit 1997 an einer **Multiple-Sklerose**-Erkrankung und ist - wie sich aus Bescheinigungen ihrer behandelnde Ärzte ergibt - zumindest seit August 1999 weder reise- noch transportfähig. Sie hat gemäß § 3 Abs. 2 Anspruch auf Grundleistungen in Form von Geldleistungen (wird ausgeführt, siehe bei Entscheidungen zu § 3 AsylbLG) sowie auf Leistungen bei Krankheit nach § 4 glaubhaft gemacht. Ferner steht der Antragstellerin ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit zu, da sie **aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung stets akut behandlungsbedürftig** ist.

VGH Baden-Württemberg, Urteil 7 S 920/98 v. 4.5.98, IBIS C1348, FEVS 1999, 33; GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VGH Nr. 2. Leitsatz: "Die Regelung des § 4 Abs. 1 AsylbLG eröffnet Hilfeleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen und schließt Ansprüche nur bei chronischen Krankheiten ohne Schmerzzustände aus. Dem-

gemäß ist es einem Leistungsberechtigten, der an einer chronischen Erkrankung leidet, unbenommen, Maßnahmen zur Linderung seines Schmerzzustandes (hier: **orthopädische Schuhe**) in Anspruch zu nehmen."

Sachverhalt: Der Kläger leidet an einer alten entzündlichen Knochenveränderung des Beines, wodurch die Gehfähigkeit stark eingeschränkt wird. Das Sozialamt hatte die Leistung abgelehnt, weil die vorgesehene orthopädische Versorgung ohne gesundheitliche Gefährdung aufgeschoben werden könne. Eine dringende Erforderlichkeit bzw. Lebensnotwendigkeit der Behandlung sei nicht gegeben.

Gründe: Der Kläger hat Anspruch auf die Leistungen. Dabei ist unerheblich, ob die Beschwerden eine akute oder eine chronische Erkrankung darstellen. Denn der Kläger kann jedenfalls die orthopädischen Schuhe zur Behandlung seiner Schmerzzustände verlangen. Eine solche Behandlung ist im Gegensatz zu dem im § 4 Abs. 1 AsylbLG aufgeführten Tatbestandsmerkmal der akuten Erkrankungen nach dem Sinn der gesetzlichen Regelung nicht an das Erfordernis eines akuten Stadiums geknüpft. Die gesetzliche Regelung eröffnet also Leistungen bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen (vgl. Hailbronner, Ausländerrecht, B 12 Rn 65) und schließt Ansprüche nur bei chronischen Erkrankungen ohne Schmerzzustände aus (Röseler in Huber HdA, § 4 AsylbLG Rn 4).

Demgemäß ist es einem Leistungsberechtigten, der an einer chronischen Krankheit leidet, unbenommen, Maßnahmen zur Linderung seines Schmerzzustandes in Anspruch zu nehmen. Nicht zuletzt aus verfassungsrechtlichen Gründen kann es keinen Unterschied machen, ob der erforderlicherweise zu behandelnde Schmerzzustand chronischer, d.h. langsam wachsender, oder akuter, d.h. schnell wachsender Natur ist.

Angesichts der ärztlichen Befunde muss davon ausgegangen werden, dass der Kläger trotz des Abklingens der 1996 aufgetretenen Entzündung des Kniegelenks als Folge einer schweren Arthrose nach wie vor unter Schmerzen mittlerer bis starker Intensität leidet. Als einzige Linderungsmöglichkeit kommen nur orthopädische Schuhe in Frage. Eine kurzfristige Besserung des Schmerzzustandes durch Medikamente ist zwar nach Angaben von Dr. A. möglich, jedoch dem Kläger auf längere Zeit nicht zuzumuten und scheidet daher als Maßnahme zur Linderung der Krankheitsfolgen und des Schmerzzustandes aus.

VG Osnabrück 6 B 61/99 v. 22.11.1999, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1515 Anspruch auf orthopädische **Schuheinlagen** (Preis lt. Kostenvoranschlag 160,-) als "**erforderliche**" **Schmerzbehandlung** im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG. Das Sozialamt hatte die Ablehnung mit der Stellungnahme des Amtsarztes begründet, nach der die Versorgung mit den Einlagen "zwar sehr wünschenswert, aber medizinischerseits nicht zwingend erforderlich" sei.

Die behandelnden Ärzte haben dem Kläger akute Beschwerden bescheinigt, die eine weitere Wartezeit nicht zuließen. Dies genügt dem Gericht für die Glaubhaftmachung der Eilbedürftigkeit. Ausweislich der fachärztlichen Stellungnahme sind die Einlagen zur Linderung der akuten Schmerzzustände des Antragstellers geeignet und erforderlich. Dem steht die amtsärztliche Stellungnahme nicht entgegen. Die dort getroffene Formulierung impliziert eine grundsätzliche Erforderlichkeit, indem durch die Hinzufügung des Adjektivs "zwingend" lediglich ein besonderer Steigerungsgrad verneint wird. **§ 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG** knüpft als Tatbestandsmerkmal jedoch allein an die "erforderlichen Leistungen" an und **verlangt keine gesteigerte Form der Erforderlichkeit**.

Dies ergibt auch eine Auslegung des § 4 AsylbLG nach seiner inneren Systematik: Während § 4 Abs. 1 Satz 1 für den Bereich der Krankenhilfe die "erforderlichen Leistungen" gewährt, setzt Satz 2 der Norm für den Bereich der Versorgung mit Zahnersatz das Tatbestandsmerkmal der Unaufschiebbarkeit. Der Gesetzgeber hat also für den Bereich der Versorgung mit Zahnersatz eine weitere Einschränkung vorgenommen. Hieraus folgt, dass eine solche Einschränkung bei den Hilfen nach Satz 1 über den Maßstab der Erforderlichkeit hinaus vom Gesetzgeber nicht gewollt war. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch einen Vergleich mit § 120 Abs. 3 BSHG; die letztgenannte Norm regelt einen Fall der stark eingeschränkten Krankenhilfe für Ausländer und zeigt damit ebenfalls auf, dass der Gesetzgeber eine solche weitergehende Einschränkung bei den Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG gerade nicht vornehmen wollte.

VG Stade 4 A 917/01, U.v. 14.03.02, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 7 Nach §§ 4 und 6 AsylbLG besteht - anders als nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung - kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine **In-Vitro-Fertilisation**, da es sich bei der Leistung zur Erfüllung des Kinderwunsches weder um eine Akutkrankheitsbehandlung nach § 4 Abs.1, noch eine Leistung für werdende Mütter nach § 4 Abs. 2, noch eine zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Maßnahme nach § 6 handelt.

• **Anmerkung:** nach § 2 AsylbLG besteht ein Anspruch, soweit die Leistung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört

VG Gera 6 K 1849/01 GE, U.v. 07.08.03, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 8 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2053.pdf Kein Anspruch nach §§ 4 und 6 AsylbLG auf Implantation **künstlicher Hüftgelenke** trotz schwerer Hüftkopfnekrose beidseits mit fortgeschrittener Zerstörung der Hüftgelenke und andauernden starken Schmerzen. Der Kläger ist zeitweise auf einen Rollstuhl angewiesen. Das Gericht hält jedoch an Stelle einer Operation die Gabe von **Opiaten zur Schmerzbehandlung** für ausreichend, deren Suchtpotential bei Langzeiteinnahme lt. ärztlichem Gutachten "nicht höher als in der Normalbevölkerung" einzuschätzen sei.

- **Anmerkung** Das Urteil ist juristisch mehr als mangelhaft. Einen Asylbewerber jahrelang an starken Schmerzen leiden zu lassen und ihn offenbar allein aus Kostengründen statt einer ursächlichen Behandlung durch Operation auf die symptomatische Behandlung durch abhängig machende Schmerzmittel zu verweisen, obwohl die Operation ärztlicherseits dringend angeraten wurde und medizinisch ohne weiteres möglich wäre und, **verstößt gegen verfassungs- und menschenrechtliche Grundprinzipien** der Menschenwürde und körperlichen Unversehrtheit.

Abgesehen davon ist die Entscheidung bereits deshalb insgesamt falsch, weil es das Gericht versäumt hat, das Vorliegen der Voraussetzungen des **§ 2 AsylbLG** zu prüfen, die der Antragsteller jedoch nach über 3 Jahren Aufenthalt als Asylbewerber mit durchgängigem Leistungsbezug erfüllt. Sein Behandlungsanspruch richtet sich deshalb nicht, wie vom Gericht angenommen, nach §§ 4 und 6 AsylbLG, sondern nach § 37 BSHG und entspricht somit dem, was auch gesetzlich krankenversicherten Deutschen zusteht.

OVG Mecklenburg-Vorpommern, 1 O 5/04 1, B.v. 28.01.04, FEVS 2005, 162; EZAR 463 Nr. 12; IBIS M5919, Asylmagazin 1/2005, 45 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/5919.pdf

(Vorinstanz VG Schwerin 6 A 3240/02, B.v. 03.12.03). **Keine Nierentransplantation für einen Asylbewerber**, da es sich hierbei um eine medizinisch nicht eindeutig indizierte bzw. aufschiebbare Behandlungsform handelt. Die Argumentation des Klägers, die Auslegung des Gesetzes durch Sozialamt und VG sei offensichtlich untragbar, weil sich bei seiner chronischen Erkrankung die kurzfristig tödlichen Symptome gerade nicht in Schmerzzuständen äußern, greift zu kurz.

Vor dem Hintergrund dessen, dass die Vorschrift des § 6 AsylbLG als Ausnahme und Auffangvorschrift eng auszulegen ist und nur der Verwirklichung der Einzelfallgerechtigkeit dient, besteht - wenn nicht schon nach § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG - nach § 6 Satz 1 AsylbLG Anspruch auf Behandlung in Form der Dialyse, die der Kläger auch erhält.

Nach Lage der Dinge sind hinsichtlich der Behandlungsform "Nierentransplantation" die Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG und erst recht die des § 6 Satz 1 AsylbLG offensichtlich nicht erfüllt. Dabei ist unschädlich, dass sich Behörde und Verwaltungsgericht nicht mit dieser Vorschrift auseinandergesetzt haben.

Der Kläger trägt in Übereinstimmung mit den ärztlichen Stellungnahmen vor, dass die **Nierentransplantation - im Gegensatz zur Dialyse - aufschiebbar** sei. Die Nierentransplantation ist insoweit nicht die "erforderliche" Behandlung der Erkrankung des Klägers im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG.

Das Kostenargument, wonach die zu erwartenden Dialysenkosten höher als die der begehrten Nierentransplantation ausfallen sollen, ist im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen der §§ 4, 6 AsylbLG gänzlich irrelevant, da es ausschließlich um die medizinische Indikation einer bestimmten Behandlungsart geht. Dieser Gesichtspunkt kann folglich keine Berücksichtigung finden. Wie vorstehend dargestellt, liegen die Voraussetzungen der §§ 4 Abs. 1 Satz 1, 6 Satz 1 AsylbLG nicht vor; dabei kommt es auf den Kostengesichtspunkt nicht an. Ein Sachverständigen-gutachten ist deshalb nicht einzuholen. Im Übrigen ist die Einholung eines Sachverständigen-gutachtens auch deshalb nicht angezeigt, da mögliche Komplikationen und daraus resultierende Folgekosten einer Transplantation naturgemäß nicht im Voraus absehbar und kalkulierbar sind.

- **Anmerkung:** Das Urteil des OVG Greifswald liest sich wie ein "**Todesurteil**". Es ist an Menschenverachtung und Zynismus kaum zu überbieten. Man ist bereit, den Asylbewerber mit der Dialyse zu quälen, bis er stirbt, selbst wenn das teurer wird als eine Transplantation, Geld spielt keine Rolle. Das AsylbLG lässt nicht nur eine andere Auslegung zu, eine Entscheidung zugunsten der beantragten Transplantation ist im Hinblick auf die Grundrechte - Menschenwürde, Recht auf Leben - die einzig zulässige Entscheidung. Der Fall erinnert an das - in dem Beschluss zitierte - **berüchtigte "Todesurteil" der 6. Kammer des VG Frankfurt/Main** (VG Frankfurt am Main, B.v. 09.04.97, 8 G 638/97 [1], NDV-RD 1997, S. 138, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2054.pdf). In dessen Folge war der betroffene kurdische Asylbewerber, dem die Frankfurter Verwaltungsrichter seinerzeit unter Verweis auf § 4 AsylbLG die dringend benötigte Lebertransplantation verweigerten, an seiner Lebererkrankung gestorben.

LSG Ba-Wü L 7 AY 6025/06 PKH-B, B.v. 11.01.07 www.sozialgerichtsbarkeit.de

Hinsichtlich der **beantragten Kostenübernahme für einen stationären Aufenthalt** der Klägerin im Deutschen Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie in Garmisch-P. liegen weder die Voraussetzungen des § 4 noch des § 6 AsylbLG vor.

Dass die Behandlung der Klägerin, die an einer seltenen Stoffwechselstörung im Sinne einer familiären Synovitis [schmerzhafte chronische Entzündung der inneren Schicht der Gelenkkapseln] leidet, in G. erforderlich ist, d.h. unter dem Blickwinkel der Schmerzzustände medizinisch eindeutig indiziert oder unaufschiebbar ist und **kostengünstigere Behandlungsmöglichkeiten** nicht bestehen, lässt sich nicht bejahen. Denn ein - jedenfalls vorläufiger Erfolg - konnte auch durch die bereits eingeleiteten Maßnahmen (z.B. Schmerzmittelmedikation, Krankengymnastik/Physiotherapie und stationäre Akutbehandlungen einschließlich einer Operation im Klinikum K) erreicht werden; einen Anspruch auf eine optimale und bestmögliche Versorgung im Rahmen des § 4 AsylbLG gibt es nicht.

Zu beachten ist, dass die Klägerin, deren Duldungen derzeit wegen der beim VG K noch anhängigen Eil- und Klageverfahren jeweils um einen Monat befristet verlängert werden, mit einem längeren oder nur mittelfristigen Aufenthalt nicht rechnen kann; Behandlungen, die wegen der **voraussichtlich nur kurzen Dauer des Aufenthalts** nicht abgeschlossen werden können, vermögen eine Leistungsverpflichtung nicht auszulösen. So erscheint der

Fall hier, denn nach **Stellungnahme der Dr. H.** werden zur Durchführung des G-Therapiekonzepts mindestens einmal jährliche stationäre Aufenthalte von drei- bis vierwöchiger Dauer für erforderlich gehalten.

Auch die Voraussetzungen des **§ 6 AsylbLG** von "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlichen Leistungen" sind nicht gegeben. Eine Bedarfsdeckung ist nur dann unerlässlich, wenn die ins Auge gefassten Leistungen zur Sicherung der Gesundheit und des Lebens des Leistungsberechtigten unumgänglich, also unverzichtbar sind. Letzteres ist für eine erneute stationäre Behandlung im DZKJR indes schon deswegen zu verneinen, weil - wie oben aufgezeigt - auch andere Behandlungsmaßnahmen bei der Klägerin hinreichend vorhanden sind; eine optimierte und bestmögliche Versorgung kann auch über § 6 nicht erstrebt werden.

Hier kommt hinzu, dass ausweislich des **Berichts des Chefarztes** nach der derzeitigen Datenlage hinsichtlich des sehr seltenen Krankheitsbildes der Klägerin **keine gesicherten, durch entsprechende Studien belegte Therapieverfahren**, insbesondere auch keine gezielte medikamentöse Therapie, zur Verfügung stehen, sodass nach medizinischem Erkenntnisstand mit dem G-Therapiekonzept nur der **Versuch** einer Verbesserung des Zustands unternommen werden kann.

SG Gießen S 18 AY 6/06, Gerichtsbescheid v. 10.08.06, SAR 06/2007 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2039.pdf Eine ärztlich verordnete **Krankengymnastik/Physiotherapie** und **Wärmebehandlung** ist zur Schmerzlinderung erforderlich und unterfällt damit hinsichtlich der Pflicht zur Kostenübernahme dem § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG.

Anmerkungen:

- siehe zum Behandlungsumfang nach §§ 4 und 6 auch die unter "**Fahrtkosten, Psychotherapiekosten**" genannten Entscheidungen
- siehe auch die unter "**§ 37 BSHG - Krankenhilfe**" - genannten Entscheidungen und Materialien (unabweisbare AIDS-Behandlung u.a.)
- zum **Sicherstellungsauftrag nach § 4 Abs. 3 AsylbLG** und zum Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine nicht zuvor beantragte **nicht Notfallmäßige Krankenhausbehandlung** vgl. auch VG Oldenburg 3 A 2274/98, U. v. 05.04.00, GK AsylbLG § 4 Abs. 3 VG Nr. 1 (unter "analoge Anwendbarkeit des § 5 BSHG - keine Leistung ohne vorherigen Antrag").
- siehe auch die weiter unten bei "**§§ 53, 55 AusIG** - Anspruch auf Erteilung einer **Duldung wegen Krankheit**" - genannten Entscheidungen

Glaubhaftmachung eines "akuten" Behandlungsbedarfs nach § 4 AsylbLG und eines "dringenden" Entscheidungsbedarfs im Eilverfahren nach § 123 VwGO

OVG NRW 16 B 603/00, B.v.29.05.00, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 OVG Nr. 5 Das OVG lehnt die Übernahme des die Wirbelsäule des Antragstellers korrigierenden und stabilisierenden Eingriffs ab, da der Antragsteller es bislang versäumt hat, die im Rahmen des Eilverfahrens nach § 123 VwGO wie auch der Akutkrankenbehandlung nach § 4 AsylbLG geforderte **Dringlichkeit anhand ärztlicher Stellungnahmen überzeugend darzulegen**. Trotz der von Dr. M. genannten "Schwere" des Falles und der bevorzugten Berücksichtigung des Antragstellers wird kommentarlos eine Wartezeit für den Eingriff von über einem Jahr angekündigt und demnach auch als medizinisch nicht unvertretbar angesehen. Die Aussage, es sei eine "alsbaldige" Behandlung in einer Spezialklinik erforderlich und die Bezeichnung der Operation als "Akutbehandlung" ist vor diesem Hintergrund zu relativieren. Soweit Herr P. in seiner Stellungnahme eine Gefahr für Leib und Leben des Antragstellers annimmt, bezieht sich das ausdrücklich nur auf den Fall des völligen Unterbleibens der Operation, ein zeitliches Maß der Dringlichkeit geht daraus nicht hervor. Im Übrigen hat das OVG Bedenken, die Annahme eines akuten Behandlungsbedarf i.S.v. § 4 Abs. 1 AsylbLG bzw. einen Anordnungsgrundes i.S.v. § 123 VwGO auf ärztliche Stellungnahmen zu stützen, deren Abgabe bei Beantragung einstweiligen Rechtsschutzes bereits drei Monate zurücklag ...

VG Lüneburg 6 A 150/97, U.v. 18.08.99, GK AsylbLG § 4 Abs. 3 VG Nr. 0.1 Kein Anspruch auf Krankenhilfe bzw. Erstattung der entstandenen Kosten, weil die Antragstellerin sich zur Behandlung direkt in ein Krankenhaus begeben hat, ohne Einweisung des behandelnden Facharztes und ohne vorherigen Antrag beim Sozialamt. Die Notwendigkeit der durchgeführten Krankenhausbehandlung wurde im vorliegenden Fall vom behandelnden Facharzt gegenüber dem Sozialamt angezweifelt.

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nach § 4 Abs. 3 AsylbLG durch die zuständige Behörde erfolgt in der Praxis in zulässiger Weise nicht in Form einer Behandlung durch Amtsärzte, sondern durch die Ausgabe von Krankenbehandlungsscheinen. Dies bedeutet, dass **der Antragsteller sich vor Behandlung an die zuständige**

Behörde wenden muss. Eine Verpflichtung der Behörde zur nachträglichen Kostenübernahme könnte sich allenfalls dann ergeben, wenn es der Klägerin vor der Klinikbehandlung nicht möglich gewesen wäre, sich an die Behörde zu wenden. Davon kann jedoch keine Rede sein, da es sich **um eine längerfristige Erkrankung und nicht um akute**, sofort behandlungsbedürftige Schmerzzustände gehandelt hat. Das gleiche Ergebnis ergäbe sich, wenn auf die Klägerin nicht das AsylbLG, sondern das BSHG angewendet würde. Dann würde der Anspruch an § 5 BSHG scheitern.

Psychotherapiekosten

VG Berlin 8 A 84.97 v. 25.02.97, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1101.pdf Anspruch auf "Berlin-Karten-S" gemäß § 6 AsylbLG als sonstige, zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Leistung für den Antragsteller und für seine Ehefrau für die **Fahrtkosten** zur Behandlung im **Behandlungszentrum für Folteropfer**. Die Behandlung findet kontinuierlich an zwei Terminen pro Woche in Anwesenheit der Ehefrau statt. Der Antragsteller ist nach fachärztlicher Stellungnahme aus Angst immer noch nicht in der Lage, sich allein in der Stadt zu bewegen, daher ist glaubhaft, daß er und seine Frau nicht mit dem allenfalls für zehn Fahrten anzusetzenden Taschengeldanteil von 40.- DM (vgl Rdschr. Sen Soz Berlin VII Nr. 32/96 v. 23.8.96) auskommen können. Das folgt daraus, daß an manchen Tage allein für die Behandlung 4 Fahrscheine gekauft werden müssten. Dazu kommen die für den allgemeinen Lebensunterhalt und aus sonstigen persönlichen Gründen notwendigen Fahrten.

Anmerkung: Die "Berlin-Karte-S" (auch "**Sozialkarte**") ist selbst kein Fahrausweis, berechtigt aber zum Kauf einer verbilligten Monatsnetzmarke bei den Berliner Verkehrsbetrieben zum Preis von 40.- DM. Die Verkehrsbetriebe erhalten dann die Differenz zum vollen Preis vom Land Berlin erstattet. Aufgrund von Sparmaßnahmen wird die Karte seit Mitte 1996 von den Sozialämtern nur noch an nach BSHG unmittelbar Leistungsberechtigte, aber nicht mehr an Berechtigte nach AsylbLG (außer im begründeten Einzelfall) ausgegeben.

VG Berlin 8 A 366/97 vom 4.7.1997, **GK AsylbLG § 6 VG Nr. 3**, <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1347.pdf> Als sonstige Leistung nach §§ 4 bzw. 6 AsylbLG sind **Fahrtkosten zur Krankenbehandlung** (hier: zweimal wöchentliche **Psychotherapie** im Behandlungszentrum für Folteropfer) zu übernehmen. Vorliegend sind die einen Eigenanteil von 10.- DM monatlich (=Anteil in den 80.- Taschengeld für Fahrtkosten) überschreitenden Kosten einer Monatskarte für den öffentlichen Nahverkehr zu übernehmen. Die Annahme der Senatssozialverwaltung, das Taschengeld enthalte einen Fahrtkostenanteil von 40.- DM, ist unzutreffend (wird ausgeführt).

• **Anmerkung:** vgl dazu auch **OVG Berlin 6 S 49.98**, B.v. 03.04.01, IBIS e.V. C1620 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1620.pdf (weiter unten!)

OVG Lüneburg 4 M 3551/99 v. 22.09.99, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1463.pdf Das Sozialamt wird verpflichtet, die Kosten für eine ambulante **Psychotherapie** durch die Diplom-Psychologin A. im Umfang von 15 Stunden für die Antragstellerin zu 1) und von 12 Stunden für den Antragsteller zu 2) zu übernehmen. Der Senat lässt offen, ob Rechtsgrundlage des Anspruchs § 4 oder § 6 AsylbLG ist. Zumindest bei dem Antragsteller zu 2) spricht Vieles dafür, dass die Psychotherapie auch zur Behandlung eines akuten Schmerzzustandes i.S. d. § 4 erforderlich ist. Hierzu hat die Amtsärztin ausgeführt: "Schmerzen spielen bei Herrn Z. im Rahmen der depressiven Störung ebenfalls eine gewisse Rolle. Gravierender ist allerdings die Gesamtheit der psychischen Symptomatik der Depression, nach übereinstimmender fachlicher Meinung sind depressive Leidenszustände in der Regel mindestens ebenso quälend und beeinträchtigend wie erhebliche körperliche Schmerzen." Dass aufgrund dieser und der anderen ärztlichen Stellungnahmen eine Psychotherapie notwendig ist, hat auch das Sozialamt anerkannt. Seine Bedingung, vor einer Auftragserteilung an Frau A. sei der Nachweis zu erbringen, dass mehrere geeignete nach den Richtlinien der Krankenkassen arbeitende Verhaltenstherapeuten die Behandlung abgelehnt haben, ist seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 1.1.99 überholt. Danach sind neben Ärzten auch approbierte psychologische Therapeuten zur Behandlung zugelassen. Der Senat unterstellt, dass Frau A. nach §§ 1, 2 oder 12 PsychThG diese Approbation erhalten hat. Der Senat hält den maßgeblichen Ablehnungsgrund des VG, dass die Antragsteller trotz wiederholten Aufforderungen des Gerichts ein "nachvollziehbares Therapiekonzept" nicht vorgelegt hätten, und dass deshalb nicht festgestellt werden könne ob bzw. welche psychotherapeutische Behandlung als erfolgversprechend angesehen werden könne und ob die Therapie zur Sicherung der Gesundheit dringend geboten sei, nicht für zutreffend. Den beiden Schreiben von Frau A. an das VG ist zu entnehmen, dass es sich um eine "Kurzzeittherapie" handelt, an die sich - je nach erreichtem Stand und amtsärztlicher Billigung - eine "Langzeittherapie" anschließen kann. Soweit das VG für diese Kurzzeittherapie ein "nachvollziehbares" und möglichst erfolgversprechendes "Therapiekonzept" verlangt, überspannt es die von einem Psychotherapeuten zu erfüllenden Anforderungen.

VG Braunschweig 3 B 67/00 v. 13.4.00, **Asylmagazin 7-8/2000, 62**; **GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 4**; **IBIS e.V. C1540**, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1540 Anspruch auf **ambulante Psychotherapie** als Behandlung einer akuten Erkrankung nach § 4 AsylbLG.

Das Sozialamt wird verpflichtet, die Fahrtkosten von 88.- DM pro Fahrt (abzüglich eines aus dem Barbetrag einzusetzenden Eigenanteils von 10 DM) für die einmal wöchentlich stattfindenden - kostenfreien - Therapiesitzung im psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Refugio Bremen zu übernehmen. Das Gericht folgt nicht der im Gutachten des Amtsarztes vertretenen Auffassung, dass es sich vorliegend nicht um eine akute Erkrankung im Sinne des § 4 AsylbLG handele. § 4 Abs. 1 eröffnet Hilfeleistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen und schließt Ansprüche bei nur chronischen Krankheiten aus. Damit ist aber nicht gemeint, dass kein Anspruch auf Krankenhilfe besteht, wenn es sich um einen **akuten Krankheitszustand** handelt, **der auf einer chronischen Krankheit beruht** (vgl. VGH Ba-Wü, 7S 920/98 v. 4.5.98 =IBIS C1348, =FEVS 1999, 33).

Auf Grundlage der vorliegenden Atteste der Klinik für Psychiatrie und des psychosozialen Zentrums Refugio kommt die Kammer zu der Auffassung, dass die Therapiesitzungen in Bremen der Behandlung eines akuten Leidenszustandes dienen, der aus einer chronifizierten posttraumatischen Belastungssituation resultiert. Die nach Auffassung der genannten Gutachten ohne Behandlung drohende Dekompensation ist einem Schmerzzustand i.S.d. § 4 AsylbLG gleichzusetzen, da depressive Leidenszustände in der Regel mindestens ebenso quälend und beeinträchtigend sind wie erhebliche körperliche Schmerzen (vgl. OVG Nds, 4 M 3551/99 v. 22.9.99 = IBIS e.V. C1463). Dies folgt auch daraus, dass der Antragsteller in einen Zustand geriet, der stationäre Behandlung notwendig machte. Zwar ist im psychiatrischen Krankenhaus in relativ kurzer Zeit eine Stabilisierung erreicht worden, im Gutachten des Krankenhauses ist aber ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass der Antragsteller in die weitere ambulante Betreuung des Zentrums Refugio entlassen worden ist. Es wird auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die hergestellten sozialen Bezüge hier wesentlich sind. Als ein solcher sozialer Bezug ist die Betreuung im Refugio zu werten.

Das Gericht sieht auch keine konkrete Veranlassung, an der Tatsache zu zweifeln, dass der Antragsteller gefoltert worden ist. Zum einen ist dies auch im amtsärztlichen Gutachten nicht bezweifelt worden, zum anderen hat auch die überschlägige Durchsicht der Akten über das Asylverfahren nicht ergeben, dass der Vortrag des Antragstellers bezüglich der Folterungen unglaubwürdig ist.

Anmerkung: Zwar geht es in dieser Entscheidung "nur" um die Fahrtkosten zu einer kostenlosen Therapie, der Beschluss lässt aber keine Zweifel, dass aus den dargelegten Gründen ggf. ebenso auch die Kosten einer notwendigen ambulanten Psychotherapie gemäß § 4 Abs. 1 AsylbLG zu übernehmen sind.

OVG Berlin 6 S 49.98, B.v. 03.04.01, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 OVG Nr. 6; www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1620.pdf (Vorinstanz: VG Berlin 8 A 647.97 und VG 8 A 84.97 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1101.pdf). Der Antragsteller hat Anspruch auf **Fahrtkosten zum Behandlungszentrum für Folteropfer** nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Im Unterschied zur Auffassung des VG darf er zur Deckung dieses krankheitsbedingten Sonderbedarfs auch nicht teilweise auf die ihm sonst zustehenden Leistungen nach AsylbLG verwiesen werden. §§ 4 und 6 AsylbLG ist nicht zu entnehmen, dass die darin vorgesehenen erforderlichen bzw. unerlässlichen Leistungen nur teilweise zu gewähren sind. Nach Ausstellung der Berlin-Karte S kann der Antragsteller daher nicht darauf verwiesen werden, die Kosten für die zur Benutzung dieser Karte erforderliche Wertmarke zum Preis von 40 DM aus dem Barbetrag nach § 3 AsylbLG aufzubringen. Mit der Ausstellung der Berlin-Karte S ist der Anspruch auf Deckung der Kostender mit der Behandlung verbundenen Fahrten zum Behandlungszentrum für Folteropfer (noch) nicht gedeckt. Die Erfüllung des Anspruchs für den in der Vergangenheit liegenden Zeitraum ist daher nur noch in der Weise möglich, dass das Sozialamt Mittel zum Erwerb der Wertmarke zur Verfügung stellt.

Der Senat verkennt nicht, dass Leistungsberechtigte wegen der Möglichkeit der Nutzung über den behandlungsbedingten Beförderungsbedarf hinaus Interesse am Besitz der Berlin-Karte S haben. Das Sozialamt kann dies jedoch vermeiden, indem es für den anerkannten Sonderbedarf gegen Nachweis der entsprechenden Aufwendungen Sachleistungen in Form von Einzelfahrscheinen oder möglicherweise auch entsprechende Mittel gewährt. Denn Berechtigte nach §§ 4,6 AsylbLG haben keinen Anspruch darauf, dass der genannte Sonderbedarf gerade durch die Ausstellung einer Zeitkarte befriedigt wird.

OVG NRW 16 B 603/00, B.v.29.05.00, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 OVG Nr. 5 Das OVG lehnt die Übernahme des die Wirbelsäule des Antragstellers korrigierenden und stabilisierenden Eingriffs ab, da der Antragsteller es bislang versäumt hat, die im Rahmen des Eilverfahrens nach § 123 VwGO wie auch der Akutkrankenbehandlung nach § 4 AsylbLG geforderte **Dringlichkeit anhand ärztlicher Stellungnahmen überzeugend darzulegen**. Trotz der von Dr. M. genannten "Schwere" des Falles und der bevorzugten Berücksichtigung des Antragstellers wird kommentarlos eine Wartezeit für den Eingriff von über einem Jahr angekündigt und demnach auch als medizinisch nicht unvertretbar angesehen. Die Aussage, es sei eine "alsbaldige" Behandlung in einer Spezialklinik erforderlich und die Bezeichnung der Operation als "Akutbehandlung" ist vor diesem Hintergrund zu relativieren. Soweit Herr P. in seiner Stellungnahme eine Gefahr für Leib und Leben des Antragstellers annimmt, bezieht sich das ausdrücklich nur auf den Fall des völligen Unterbleibens der Operation, ein zeitliches Maß der Dringlichkeit geht daraus nicht hervor. Im Übrigen hat das OVG Bedenken, die Annahme eines akuten Behandlungsbedarf i.S.v. § 4 Abs. 1 AsylbLG bzw. einen Anordnungsgrundes i.S.v. § 123 VwGO auf ärztliche Stellungnahmen zu stützen, deren Abgabe bei Beantragung einstweiligen Rechtsschutzes bereits drei Monate zurücklag ...

VG Lüneburg 6 A 150/97, U.v.18.08.99, ZfF 2001, 63; GK AsylbLG § 4 Abs. 3 VG Nr. 0.1 Kein Anspruch auf Krankenhilfe bzw. Erstattung der entstandenen Kosten, weil die Antragstellerin sich zur Behandlung direkt in ein Krankenhaus begeben hat, ohne Einweisung des behandelnden Facharztes und ohne vorherigen Antrag beim So-

zialamt. Die Notwendigkeit der durchgeführten Krankenhausbehandlung wurde im vorliegenden Fall vom behandelnden Facharzt gegenüber dem Sozialamt angezweifelt.

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nach § 4 Abs. 3 AsylbLG durch die zuständige Behörde erfolgt in der Praxis in zulässiger Weise nicht in Form einer Behandlung durch Amtsärzte, sondern durch die Ausgabe von Krankenbehandlungsscheinen. Dies bedeutet, dass **der Antragsteller sich vor Behandlung an die zuständige Behörde wenden** muss. Eine Verpflichtung der Behörde zur nachträglichen Kostenübernahme könnte sich allenfalls dann ergeben, wenn es der Klägerin vor der Klinikbehandlung nicht möglich gewesen wäre, sich an die Behörde zu wenden. Davon kann jedoch keine Rede sein, da es sich **um eine längerfristige Erkrankung und nicht um akute**, sofort behandlungsbedürftige Schmerzzustände gehandelt hat. Das gleiche Ergebnis ergäbe sich, wenn auf die Klägerin nicht das AsylbLG, sondern das BSHG angewendet würde. Dann würde der Anspruch an § 5 BSHG scheitern.

OVG NRW 16 B 2140/02, B.v. 20.08.03; GK AsylbLG § 4 Abs. 1 OVG Nr. 7 www.ovg.nrw.de, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/M4358.pdf Ein eiliger Regelungsbedarf (Anordnungsanspruch) gemäß § 123 VwGO für die beantragte Psychotherapie besteht weder nach § 4 noch nach § 2 AsylbLG i.v.m. § 37 f. BSHG.

Die Voraussetzungen des **§ 4 AsylbLG** sind nicht erfüllt. Es erscheint zwar zweifelhaft, ob das schon daraus folgt, dass kein muttersprachlicher Psychotherapeut zur Verfügung steht.. Die Stellungnahme des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge Düsseldorf deutet darauf hin, dass eine Psychotherapie auch unter Einschaltung von Sprachmittlern erfolgreich praktiziert werden kann. Unabhängig von dieser Frage scheitert ein Anspruch aus § 4 aber, weil das **depressive Syndrom keine akute Erkrankung** im Sinne des § 4 ist. Von einer akuten Erkrankung kann nur bei einem plötzlichen Auftreten bzw. einem heftigen und kurzfristigen Verlauf ausgegangen werden (OVG NRW 16 A 3897/99, B.v. 07.02.00). Anderenfalls handelt es sich um eine chronische Erkrankung, für die abgesehen von der Schmerzbehandlung kein Leistungsanspruch besteht.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz wird dann zu machen sein, wenn chronische Erkrankungen **zu akuten, konkret behandlungsbedürftigen Krankheitszuständen** führen. Einen darüber hinausgehenden Behandlungsbedarf bei chronischen Leiden erfasst § 4 nicht. Dafür sprechen neben dem Wortlaut die Gesetzesmaterialien, aus denen sich ergibt, dass langfristige Therapien, wie sie bei chronischen Erkrankungen typischerweise angezeigt sind, und selbst unaufschiebbare Maßnahmen zur Behandlung chronischer Erkrankungen keine Leistungspflicht auslösen sollen (BT-Drucks. 12/4451, S. 9 ; BT-Drs. 12/5008, S. 14)

Bei dem der Antragstellerin attestierten **depressiven Syndrom** handelt es sich um eine dauerhafte und damit chronische Krankheit. Die erstrebte Psychotherapie dient der Ermittlung und Aufarbeitung der Ursachen dieser Erkrankung, nicht bloß der Behandlung der sich im Zuge des chronischen Verlaufs akut einstellenden Symptome, die gesondert medikamentös behandelt werden. Eine Übernahme der Therapiekosten scheidet demgemäß aus.

An diesem Ergebnis ändert sich auch dann nichts, wenn der Anspruch gemäß **§ 2 AsylbLG** entsprechend § 37 f. BSHG iVm §§ 27 f. SGB V zu beurteilen ist. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V gewährt einen Anspruch auf Krankenbehandlung, falls diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung in diesem Sinne umfasst auch die psychotherapeutische Behandlung.

Dass im Fall der Antragstellerin die angestrebte **Psychotherapie eine taugliche Behandlungsmaßnahme** wäre, ist nicht mit dem gebotenen hohen Grad an Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht. Ausweislich zweier amtsärztlicher Stellungnahmen ist die psychische Störung der Antragstellerin zwar dringend behandlungsbedürftig, wobei der Arzt in seiner ersten Stellungnahme auf eine **medikamentöse Therapie** verweist. Eine Psychotherapie erachtet er seiner zweiten Stellungnahme nur unter der Voraussetzung für sinnvoll, dass der Aufenthalt in Deutschland langfristig gesichert ist, weil ein vorzeitiger Therapieabbruch zur Retraumatisierung und damit zu einer schweren psychischen Krise führen könnte.

Mit dieser Einschätzung deckt sich die Stellungnahme des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge insofern, als auch darin "**eine langfristige aufenthaltsrechtliche Sicherheit**" als "**Voraussetzung für einen langfristigen Therapieerfolg**" bezeichnet wird; anderenfalls könne es bei dem Patienten "zur Verstärkung der Abwehrmechanismen, zu einer Verschärfung der Symptomatik und im ungünstigsten Fall zu einer Chronifizierung" kommen. Andererseits wird in der genannten Stellungnahme betont, eine Psychotherapie sei auch bei einem aufenthaltsrechtlich unsicheren Status "sinnvoll und effektiv", da in der nach dem anfänglichen Prozess der Vertrauensbildung zwischen Patient und Therapeut folgenden Stabilisierungsphase Schritte unternommen werden könnten, "um die physische und psychische Gesundheit ... zu verbessern, eine Chronifizierung des Beschwerdebildes und eine mögliche Dekompensation zu vermeiden". Diese unterschiedlichen Feststellungen lassen sich ohne weitere Begründung, die in der Stellungnahme nicht enthalten ist, nicht miteinander in Einklang bringen.

Von einem langfristig gesicherten Aufenthalt, ohne den hiernach die Tauglichkeit und Zweckmäßigkeit der Therapie nicht als glaubhaft gemacht anzusehen ist, kann nicht ausgegangen werden. Die Antragstellerin verfügt nur über eine befristete Duldung. Das in Betracht zu ziehende Abschiebungshindernis wegen der medizinischen und medikamentösen Versorgungslage im Heimatland der Antragstellerin hängt ab vom Fortbestand der dortigen aktuellen Verhältnisse und kann deshalb keinen auf Dauer gesicherten Aufenthaltstatus vermitteln.

• **Anmerkung:** Der Beschluss verdeutlicht die **Problematik psychologischer Gutachten**, die versuchen, die gerade wegen einer psychischen Erkrankung gebotene dauerhafte Sicherung des Aufenthaltes, zugleich aber auch die Unerlässlichkeit (und Zweckmäßigkeit) einer Psychotherapie auch während eines unsicheren, nur geduldeten

Aufenthaltes zu begründen.

Rechtlich gesehen weist die Entscheidung Mängel auf, weil sie es unterlässt, den Anspruch auf medizinische Leistungen nach § 6 AsylbLG zu prüfen, und zudem die Gesetzesmaterialien falsch zitiert (aus denen sich jedenfalls nicht entnehmen lässt, 'dass selbst unaufschiebbare Maßnahmen zur Behandlung chronischer Erkrankungen keine Leistungspflicht auslösen').

VG Aachen 1 L 2469/03 B.v. 08.01.04, IBIS M4627; GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 9

www.asyl.net/Magazin/Docs/2004/M-4/4627.pdf Anspruch auf Psychotherapie als Krankenbehandlung nach § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG. Entgegen der Auffassung des Sozialamts lässt sich der Anspruch nicht deshalb verneinen, weil die Erkrankung nicht akut sei. Zwar kann von einer **akuten Erkrankung** nur bei einem plötzlichen Auftreten bzw. einem heftigen und kurzfristigen Verlauf ausgegangen werden. Andernfalls handelt es sich um eine chronische Erkrankung, für die - abgesehen von der Schmerzbehandlung - kein Leistungsanspruch besteht. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz wird allerdings dann zu machen sein, wenn chronische Erkrankungen zu **akuten, konkret behandlungsbedürftigen Krankheitszuständen** führen (vgl. **OVG NRW 16 B 2140/02**, B.v. 20.08.03). Eine solche Konstellation ist hier gegeben. Bei der der Antragstellerin attestierten schweren reaktiven Depression, wegen der die Antragstellerin bereits seit August 2003 in Behandlung ist, dürfte es sich nach summarischer Prüfung zwar um eine dauerhafte und damit chronische Krankheit handeln. Die erstrebte Behandlung dient indes - anders als in dem vom OVG a.a.O. entschiedenen Fall - nicht nur der Ermittlung und Aufarbeitung der Ursachen dieser Erkrankung, sondern zugleich auch der Behandlung der sich im Zuge des chronischen Verlaufs akut einstellenden lebensbedrohlichen Symptome der Krankheit. Bei Absetzen der derzeitigen psychiatrischen und medikamentösen Behandlung ist nach den Angaben der behandelnden Ärztin in den Attesten vom 4. und 12.12.02 nämlich ein Suizid der Antragstellerin zu befürchten.

OVG Lüneburg 12 ME 209/04, B.v. 06.07.2004, FEVS 2005, 267, IBIS M5594,

www.asyl.net/Magazin/Docs/2004/M-4/5594.pdf Ein Anspruch auf Psychotherapie lässt sich vorliegend weder aus § 4 AsylbLG noch § 6 AsylbLG herleiten. § 4 eröffnet einen Anspruch auf Hilfeleistungen bei akuten Erkrankungen oder bei Schmerzzuständen, schließt hingegen Ansprüche bei chronischen Erkrankungen ohne Schmerzzustände aus (VGH Ba-Wü 7 S 920/98, U. v. 04.05.98, FEVS 49, 33; GK-AsylbLG, § 4, Rn. 18, 27 f; Oesterreicher/Schelter/Kunz, BSHG, § 4 AsylbLG, Rn. 5).

Vorliegend sieht das OVG eine posttraumatische Belastungsstörung als nicht glaubhaft gemacht an. So geht das Fachgutachten des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie e.V. (DIPT) von 2003 gestützt allein auf die Angaben des Antragstellers davon aus, dass dessen Schilderungen über Folterungen und Misshandlungen in der Türkei in 1993 der Wahrheit entsprechen, ohne sich damit auseinander zu setzen, dass das Asylverfahren des Antragstellers nicht zum Erfolg geführt hat. Weiterhin weist der Antragsgegner darauf hin, dass die posttraumatische Belastungsstörung ihren Niederschlag in der Krankengeschichte erst lange Zeit nach Einreise findet. Schließlich ist im Bericht des Nds. Landeskrankenhauses von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht die Rede, obwohl den Ärzten bekannt war, dass eine solche Störung bestätigt worden war. Der Antragsteller war im Landeskrankenhaus im Zuge einer Unterbringung nach dem NPsychKG im Hinblick auf eine depressive Symptomatik medikamentös therapiert und nach einer ausreichenden psychischen Stabilisierung bzw. Distanzierung von Suizidalität und nicht gegebenen Anhaltspunkten für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung entlassen worden.

Nicht glaubhaft gemacht ist ein durch die Psychotherapie zu behandelnder Schmerzzustand im Sinne des § 4 AsylbLG. Zwar wird in der Rspr. (OVG Nds 4 M 3551/99, B. v. 22.09.99 und VG Braunschweig 13 B 67/00, B.v. 13.04.00, beide in GK-AsylbLG zu § 4 Abs. 1) darauf hingewiesen, dass depressive Leidenszustände ebenso quälend sein können wie erhebliche körperliche Schmerzen. Jedoch ist das Gutachten des DIPT insoweit nicht ergiebig. Was den durch das Gutachten konstatierten Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma und die berichteten Schmerzen in Kopf, Rücken und Beinen anbelangt, ist nicht ersichtlich, dass insoweit eine Linderung (nur) durch die in Rede stehende Psychotherapie herbeigeführt werden könnte.

Insoweit ist nicht glaubhaft gemacht, dass ein Erfolg nicht auch durch eine medikamentöse Behandlung erreicht werden könnte. Eine solche ist jedenfalls nach dem Bericht des Niedersächsischen Landeskrankenhauses während der dortigen Behandlung als ausreichend angesehen worden. Der Antragsteller hat auch nicht glaubhaft gemacht, dass sich für ihn ein Anspruch aus § 6 AsylbLG ergeben könnte. Dies kann jedoch, da sich eine derartige Maßnahme in der Regel über einen längeren Zeitraum erstreckt, mit nicht unerheblichen Kosten verbunden und häufig auch der dem AsylbLG prinzipiell fremden Eingliederungshilfe zuzurechnen ist, nur ausnahmsweise geschehen. Erforderlich hierfür ist, dass fachärztlich attestiert wird, dass gleichwertige, kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen nicht zur Verfügung stehen. Dies lässt sich den vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten nicht entnehmen.

LSG Thüringen L 8 AY 383/05 ER, B.v. 22.08.05, www.sozialgerichtsbarkeit.de Kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine ambulante, ggf. stationäre psychotherapeutische Behandlung im Falle einer leichten chronifizierten Depression, die durch einen Facharzt für Psychiatrie im medizinisch erforderlichen und ausreichendem Umfang behandelt werden kann. Der **Amtsarzt** bezweifelt für das LSG nachvollziehbar und schlüssig die im Gutachten der T. vom 8. März 2005 gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bei der Antragstellerin.

Dem **Gutachten** der T. lässt sich nicht entnehmen, wer die Antragstellerin untersucht hat und an der Begutachtung beteiligt war, das heißt, wer das Gutachten letztlich abgefasst und erstellt hat. Zum zweiten wurden im Gutachten die Aktenlage nicht berücksichtigt und die bekannten Falschangaben des Namens und der Geburtsdaten der Antragstellerin im Hinblick auf eine Beurteilung ihrer Glaubwürdigkeit nicht hinterfragt. Das Gutachten setzt sich auch nicht mit den Vorbefunden auseinander und berücksichtigt nicht, dass die Antragstellerin frühestens im Mai 2004 dem Dipl.Med. S. von traumatischen Erlebnissen berichtet hat, obwohl sie bei diesem bereits etwa vier Jahre in Behandlung war und – so Dipl.Med. S. – mehrfach und ausdrücklich danach befragt worden war.

SG Aachen S 20 AY 110/08 ER, B.v. 02.06.08 (nicht rechtskräftig) www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2200.pdf Kein Anspruch auf **ambulante Kurzzeitpsychotherapie** von bis zu 25 Stunden nach der "allein in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des § 4 AsylbLG."

Laut psychiatrischem Attest besteht eine **schwere depressive Episode** ohne psychische Symptome und Verdacht auf eine instabile Persönlichkeitsstörung. Ohne die beantragte ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sei mit einer Verschlechterung des psychischen Zustandes zu rechnen und **eigen- und fremdgefährdendes Verhalten** nicht auszuschließen.

Das Gericht lehnt den Antrag ab. Der Antragsteller räume selbst ein, dass seine psychiatrische Erkrankung keine akute ist. Im Hinblick auf seine psychiatrische Erkrankung kann allenfalls insoweit von einem Akutzustand ausgegangen werden, als diese Krankheit Höhen und Tiefen kennt und der Facharzt eine "schwere depressive Episode" diagnostiziert hat. Soweit der Arzt **ambulante psychiatrische Behandlung** für notwendig erachtet hat, ist das Sozialamt bereit, diese zu gewähren.

Dagegen ist weder aus dem Attest noch aus dem Befundbericht erkennbar, dass **darüber hinaus eine psychotherapeutische (Kurzzeit-)Behandlung** sofort und umgehend erforderlich ist. Auf Frage des Gerichts hat der Facharzt nicht bestätigt, dass auch bei Inanspruchnahme der bewilligten Leistungen unmittelbar ein eigen- oder fremdgefährdendes Verhalten droht. Er hat lediglich dargelegt, dass er eine Kurzzeitpsychotherapie für dringend erforderlich hält, "um eine schnelle Stabilität seines psychischen Zustandes herzustellen". Dies genügt nicht, um eine Kurzzeitpsychotherapie zu gewähren.

Zu diesem Ergebnis kommt das Gericht auch aus folgender Erwägung: Sollte der Antragsteller obwohl dem Befundbericht hierzu keine Ausführungen zu entnehmen sind, akut suizid gefährdet sein, so bietet das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (**PsychKG**) Hilfen an, die der Antragsteller in Anspruch nehmen könnte. Die dort genannten Maßnahmen reichen von der Aufforderung der unteren Gesundheitsbehörde, in der **Sprechstunde des sozialpsychiatrischen Dienstes** zu erscheinen, über **Hausbesuche** bei den Betroffenen bis hin zur **Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus**. Aus § 9 Abs. 5 PsychKG ergibt sich, dass derartige Maßnahmen auch in Eilfällen in Betracht kommen. Im Hinblick darauf sind die Voraussetzungen für den Erlass der beantragten einstweiligen Anordnung gegen den Ag. nicht gegeben.

Anmerkungen:

- siehe auch die unter "**§ 6 AsylbLG - Eingliederungshilfe** für behinderte Kinder und Erwachsene analog § 39 ff. BSHG" genannten Entscheidungen
- zu notwendigen **Dolmetscherkosten** zur Durchführung einer Psychotherapie vgl. weiter unten VG Saarland und OVG Niedersachsen unter "Dolmetscherkosten"!

Behandlung chronischer Erkrankungen

OVG Münster 24 B 1290/94 v. 28. 6. 94, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1203.pdf: Ein hörbehindertes Kind hat keinen Anspruch auf **Hörgeräte**. Die Hörbehinderung ist keine "akute Erkrankung oder Schmerzzustand" und kann deshalb nicht nach § 4 AsylbLG versorgt werden. Es ist nicht ersichtlich, dass die ärztlich verordneten Hörgeräte zur Deckung besonderer Bedürfnisse des Antragstellers als Kind nach § 6 AsylbLG geboten sind. Auch nach § 2 AsylbLG werden keine Hörgeräte gewährt, da auf die Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 120.1 BSHG für Ausländer kein Anspruch besteht.

Anmerkung: Der Beschluss offenbart Rassismus gepaart mit Behindertenfeindlichkeit: Eine Hörbehinderung kann - als typischerweise gerade bei sehr wohl eine akute, ggf. auch schmerzhaftes Erkrankung sein. Offensichtlich ist, dass es für die sprachliche wie schulische Entwicklung ein unabweisbares Bedürfnis von Kindern ist, mit den erforderlichen Hörgeräten versorgt zu werden.

VG Frankfurt/M 8 G 638/97(1) v. 9.4.97, NDV-RD 1997, 138 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2054.pdf (mit kritischer Anmerkung Sauer) Ein kurdischer Asylbewerber, der an einer akut lebensbedrohlichen Leberzirrhose infolge einer chronischen Hepatitis leidet, hat keinen Anspruch auf Kostenübernahme für die von der Universitätsklinik als einzig mögliche lebensrettende Maßnahme dringend angeratene **Lebertransplantation**. Dies folgt daraus, dass es sich bei der Hepatitis um eine chronische Erkrankung handelt, § 4 AsylbLG aber nur die Behandlung akuter Erkrankungen zulässt. Hieran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Asylklage nicht ohne Aussicht auf

Erfolg ist, da dem Antragsteller möglicherweise wegen Gruppenverfolgung, aber auch aus gesundheitlichen Gründen (§ 53 AuslG) ein Bleiberecht zustehen wird.

Anmerkung: Das Gericht setzt sich in dieser skandalösen Entscheidung an keiner Stelle mit dem Anspruch des Antragstellers nach § 6 AsylbLG auseinander, ebensowenig mit Artikel 1 und 2 GG (Menschenwürde, Recht auf Leben). Im Ergebnis handelt es sich um eine Art Todesurteil. Erst nachdem ARD-Monitor über den Fall berichtete, hat der verantwortliche Hochtaunuskreis seine Entscheidung korrigiert und die Kostenübernahme zugesichert. Der betroffene Flüchtling erhielt die Transplantation so erst zu einem späten Zeitpunkt, er ist in der Folge gestorben.

VGH Baden-Württemberg, Urteil 7 S 920/98 v. 4.5.98, IBIS e.V.: C1348, FEVS 1999, 33 Leitsatz: "Die Regelung des § 4 Abs. 1 AsylbLG eröffnet Hilfeleistungen bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen und schließt Ansprüche nur bei chronischen Krankheiten ohne Schmerzzustände aus. Demgemäß ist es einem Leistungsberechtigten, der an einer chronischen Erkrankung leidet, unbenommen, Maßnahmen zur Linderung seines Schmerzzustandes (hier: **orthopädische Schuhe**) in Anspruch zu nehmen."

Sachverhalt: Der Kläger leidet an einer alten entzündlichen Knochenveränderung des Beines, wodurch die Gehfähigkeit stark eingeschränkt wird. Das Sozialamt hatte die Leistung abgelehnt, weil die vorgesehene orthopädische Versorgung ohne gesundheitliche Gefährdung aufgeschoben werden könne. Eine dringende Erforderlichkeit bzw. Lebensnotwendigkeit der Behandlung sei nicht gegeben.

Gründe: Der Kläger hat Anspruch auf die Leistungen. Dabei ist unerheblich, ob die Beschwerden eine akute oder eine chronische Erkrankung darstellen. Denn der Kläger kann jedenfalls die orthopädischen Schuhe zur Behandlung seiner Schmerzzustände verlangen. Eine solche Behandlung ist im Gegensatz zu dem im § 4 Abs. 1 AsylbLG aufgeführten Tatbestandsmerkmal der akuten Erkrankungen nach dem Sinn der gesetzlichen Regelung nicht an das Erfordernis eines akuten Stadiums geknüpft. Die gesetzliche Regelung eröffnet also Leistungen bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen (vgl. Hailbronner, Ausländerrecht, B 12 Rn 65) und schließt Ansprüche nur bei chronischen Erkrankungen ohne Schmerzzustände aus (Röseler in Huber HdA, § 4 AsylbLG Rn 4).

Demgemäß ist es einem Leistungsberechtigten, der an einer chronischen Krankheit leidet, unbenommen, Maßnahmen zur Linderung seines Schmerzzustandes in Anspruch zu nehmen. Nicht zuletzt aus verfassungsrechtlichen Gründen kann es keinen Unterschied machen, ob der erforderlicherweise zu behandelnde Schmerzzustand chronischer, d.h. langsam wachsender, oder akuter, d.h. schnell wachsender Natur ist.

Angesichts der ärztlichen Befunde muss davon ausgegangen werden, dass der Kläger trotz des Abklingens der 1996 aufgetretenen Entzündung des Kniegelenks als Folge einer schweren Arthrose nach wie vor unter Schmerzen mittlerer bis starker Intensität leidet. Als einzige Linderungsmöglichkeit kommen nur orthopädische Schuhe in Frage. Eine kurzfristige Besserung des Schmerzzustandes durch Medikamente ist zwar nach Angaben von Dr. A. möglich, jedoch dem Kläger auf längere Zeit nicht zuzumuten und scheidet daher als Maßnahme zur Linderung der Krankheitsfolgen und des Schmerzzustandes aus.

VG Osnabrück 6 B 61/99 v. 22.11.1999, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1515 Anspruch auf orthopädische **Schuheinlagen** (Preis lt. Kostenvoranschlag 160,-) als "**erforderliche**" **Schmerzbehandlung** im Sinne von § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG. Das Sozialamt hatte die Ablehnung mit der Stellungnahme des Amtsarztes begründet, nach der die Versorgung mit den Einlagen "zwar sehr wünschenswert, aber medizinischerseits nicht zwingend erforderlich" sei.

Die behandelnden Ärzte haben dem Kläger akute Beschwerden bescheinigt, die eine weitere Wartezeit nicht zuließen. Dies genügt dem Gericht für die Glaubhaftmachung der Eilbedürftigkeit. Ausweislich der fachärztlichen Stellungnahme sind die Einlagen zur Linderung der akuten Schmerzzustände des Antragstellers geeignet und erforderlich. Dem steht die amtsärztliche Stellungnahme nicht entgegen. Die dort getroffene Formulierung impliziert eine grundsätzliche Erforderlichkeit, indem durch die Hinzufügung des Adjektivs "zwingend" lediglich ein besonderer Steigerungsgrad verneint wird. **§ 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG** knüpft als Tatbestandsmerkmal jedoch allein an die "erforderlichen Leistungen" an und **verlangt keine gesteigerte Form der Erforderlichkeit**.

Dies ergibt auch eine Auslegung des § 4 AsylbLG nach seiner inneren Systematik: Während § 4 Abs. 1 Satz 1 für den Bereich der Krankenhilfe die "erforderlichen Leistungen" gewährt, setzt Satz 2 der Norm für den Bereich der Versorgung mit Zahnersatz das Tatbestandsmerkmal der Unaufschiebbarkeit. Der Gesetzgeber hat also für den Bereich der Versorgung mit Zahnersatz eine weitere Einschränkung vorgenommen. Hieraus folgt, dass eine solche Einschränkung bei den Hilfen nach Satz 1 über den Maßstab der Erforderlichkeit hinaus vom Gesetzgeber nicht gewollt war. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch einen Vergleich mit § 120 Abs. 3 BSHG; die letztgenannte Norm regelt einen Fall der stark eingeschränkten Krankenhilfe für Ausländer und zeigt damit ebenfalls auf, dass der Gesetzgeber eine solche weitergehende Einschränkung bei den Leistungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG gerade nicht vornehmen wollte.

VG Mainz 1 L 1062/99.MZ, B.v. 27.10.99, GK AsylbLG § 3 Abs. 2 VG Nr. 3 Die außerhalb einer (Erst)Aufnahmeeinrichtung untergebrachte geduldete Antragstellerin leidet seit 1997 an einer **Multiple-Sklerose**-Erkrankung und ist - wie sich aus Bescheinigungen ihrer behandelnde Ärzte ergibt - zumindest seit August 1999 weder reise- noch transportfähig. Sie hat gemäß § 3 Abs. 2 Anspruch auf Grundleistungen in Form von Geldleistungen (wird ausgeführt, siehe bei Entscheidungen zu § 3 AsylbLG) sowie auf Leistungen bei Krankheit nach § 4 glaubhaft gemacht. Ferner steht der Antragstellerin ein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit zu, da sie **aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung stets akut behandlungsbedürftig** ist.

Zahnbehandlung

VG Hannover - Kammern Hildesheim - 3 B 600/95 HI v. 28.4.95, IBIS e.V.: C1204. Der Antragsteller, dem insgesamt acht Zähne fehlen und dem deshalb ein Abbeißen bzw. Abscheren von Speisen nicht mehr möglich ist, hat Anspruch auf **Zahnersatz** nach § 2 AsylbLG i.V. mit § 120.1 und § 37.1 BSHG. Ihm kann nicht entgegengehalten werden, dass die Zahnlosigkeit im wesentlichen bereits im Herkunftsland bestanden habe und deshalb die Behandlung grundsätzlich aufschiebbar sei. § 27 Abs. 2 SGB V in V. m. § 2 AsylbLG legt für Asylsuchende im Anschluss an die einjährigen Einschränkungen der zahnmedizinischen Versorgung nach § 4 AsylbLG keine erneute einjährige Wartefrist für die zahnmedizinische Versorgung nach § 2 AsylbLG fest, denn Asylsuchende sollen nach § 2 AsylbLG nach Ablauf von zwölf Monaten so wie ein sozialhilfesuchender Deutscher behandelt werden.

VG Chemnitz 5 K 2317/95 v. 15.2.96, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1100.pdf: Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG haben Anspruch auf Krankenhilfe entsprechend § 37 BSHG und nicht nach § 4 AsylbLG. Der Erlass des sächsischen Innenministeriums, der eine Differenzierung zwischen Leistungsberechtigten nach § 2 AsylbLG und Leistungsberechtigten nach BSHG unmittelbar vornimmt, ist für die Behörde nicht bindend, denn er verstößt gegen den ausdrücklichen Wortlaut des § 2 AsylbLG. Vorliegend wurde der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wg. einer Zahnprothese dennoch abgelehnt, weil die Eilbedürftigkeit (negative Folgen für benachbarte Zähne und Magenerkrankung infolge verzögerter Behandlung) nicht nachgewiesen war.

Pflegegeld für Schwerstbehinderte analog § 61 ff. SGB XII / § 68ff. BSHG

VGH Bayern 12 CE 94.278 v.23.1.95 - IBIS e.V.: C 1205, FEVS 46/96, 141. Geduldete Kriegsflüchtlinge haben regelmäßig Anspruch auf Leistungen nach § 2 AsylbLG. Dies schließt aufgrund § 2 AsylbLG i.V. mit § 120.1 BSHG und § 69 BSHG Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 das **Pflegegeld** für das außergewöhnlich pflegebedürftiges erheblich geistig behinderte Kind der Antragsteller mit ein.

VG Regensburg RN 4 K 99.01063, U.v. 29.06.00, GK AsylbLG § 6 VG Nr. 9 Im Rahmen der Leistungen nach § 6 AsylbLG in der seit 01.06.97 geltenden Fassung kann auch ein **Pflegegeld analog § 69a BSHG** gewährt werden. Das Pflegegeld lässt sich zwar keiner der drei im Gesetz ausdrücklich genannten Fallgruppen zuordnen, durch die seit 01.06.97 geltende Formulierung "können insbesondere" wurde aber klargestellt, dass die Vorschrift als "leistungsrechtliche Auffangklausel" in Beachtung des Sozialstaatsprinzips auf alle solche Fälle Anwendung findet, in denen außergewöhnliche Einzelfallumstände vorliegen. Dabei kommt es vorliegend nicht darauf an, ob statt der pflegenden Schwägerin auch ein näher stehender Angehöriger (hier: der Vater der beiden erwachsenden, körperlich und geistig schwer behinderten Kläger) die Pflege leisten könnte (vgl. LPK BSHG, § 69a Rn 1). Das Sozialamt muss nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden und dabei auch berücksichtigen, ob durch die Pflege durch nahe stehende Angehörige möglicherweise teure Kosten für einen ambulanten Pflegedienst vermieden werden.

VGH Bayern 12 B 00.3269, U.v.06.04.01, FEVS 2002, 45; BayVBI 2002, 23; IBIS e.V.: C1682 § 2 AsylbLG scheidet vorliegend als Anspruchsgrundlage für ein Pflegegeld analog § 69ff. BSHG aus. An der **Verfassungsmäßigkeit** der Neufassung des § 2 AsylbLG zum 01.06.97 bestehen keine Zweifel, die Stichtagsregelung des § 2 verstößt nicht gegen das Verbot der Rückwirkung (wird ausgeführt).

Aus § 6 AsylbLG ergibt sich **kein Anspruch auf Pflegegeld analog § 69ff. BSHG**. Den Klägern wird nicht der Anspruch auf Pflege als solcher versagt, sondern nur der hierauf gerichtete Anspruch auf Geldleistung. **Pflegesachleistungen können ggf. nach § 6 Satz 1 gewährt werden**, sind vorliegend jedoch nicht beantragt. Dass allein durch Geldleistungen die erforderliche Pflege zu leisten gewesen wäre ist weder ersichtlich noch substantiiert dargelegt, ein besonderer Umstand i S des § 6 Satz 2 liegt somit nicht vor. Vielmehr wird vorliegend die erforderliche Pflege durch Familienmitglieder erbracht.

BVerwG 5 B 50.01, B.v. 20.07.01, FEVS 2002, 1; IBIS e.V.: C1682 Der VGH Bayern hat zu Recht entschieden, dass vorliegend das BSHG nicht nach § 2 AsylbLG entsprechend anzuwenden ist. Demgegenüber kann **Pflegegeld nach § 6 Satz 2 AsylbLG** nur gewährt werden, wenn **besondere Umstände** vorliegen. Eine Geldleistung als Hilfe zur Pflege nach § 6 Satz 2 AsylbLG kommt ggf. auch dann in Betracht, wenn eine begehrte **Pflegesachleistung vom Leistungsträger nicht rechtzeitig erbracht** und deshalb vom Hilfebedürftigen entgeltlich durch Dritte beschafft wird. Diese Frage stellt sich hier aber nicht, weil der Kläger in der streitgegenständlichen Zeit unstreitig unentgeltlich von Angehörigen gepflegt worden ist.

- **Anmerkung:** die festgestellte Einschränkung des § 6 AsylbLG auf Pflegesachleistungen, die auch nur dann beansprucht werden können wenn die Pflege nicht durch Angehörige sichergestellt werden kann, gilt nicht für Leistungsberechtigte nach **§ 2 AsylbLG** (=Anspruch auf Leistungen analog BSHG nach mindestens 36 Monaten Leistungsbezug nach AsylbLG und den weiteren in § 2 genannten Voraussetzungen). Leistungsberechtigte nach § 2 können gemäß § 120 Abs. 1 BSHG auch das Pflegegeld analog § 69ff BSHG beanspruchen. Die Pflegegeldstufen und die Höhe des Pflegegeldes nach § 69 ff. BSHG entsprechen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

VG Köln 21 L 2099/00, B.v. 19.09.00, GK AsylbLG § 2 Abs. 1 VG Nr. 10 Im Rahmen der Leistungen nach **§ 2 AsylbLG** ist das von der AOK als Pflegekasse gewährte Pflegegeld von 1300.- DM weder beim Pflegebedürftigen noch (als weitergegebenes Pflegegeld) bei der im gemeinsamen Haushalt lebenden Pflegeperson berücksichtigungsfähiges Einkommen. Ob das Pflegegeld im Rahmen der Leistungen nach §§ 3-6 AsylbLG angerechnet werden kann, bleibt im vorliegenden Verfahren unentschieden.

Die **sozialpolitische Zweckbestimmung des Pflegegeldes** würde durch eine Anrechnung vereitelt. Bei bestimmungsgemäßer Verwendung und Zuwendung an eine nahestehende Pflegeperson ist das Pflegegeld kein Entgelt, seine Einstufung als Einkommen stünde der Funktion als zusätzliches Mittel zur Erhaltung der Pflegebereitschaft entgegen (vgl. BVerwG 5 C 82/88, U.v.04.06.92; OVG NRW 8 A 1148/87, U.v. 08.11.88; VGH Hessen, DÖV 1996, 299f.; VG Dresden 6 K 3438/96, U.v. 25.02.97)

Dolmetscherkosten

Bundesverwaltungsgericht, Urteil 5 C 20.95 v. 25.1.96 - IBIS e.V.: C1136 , ZfSH/SGB 11/96, 589; EZAR 460 Nr. 15; NJW 1996, 3092; FEVS 47/97, 54: Leitsatz. "Krankenilfe nach § 37 BSHG umfasst auch die Übernahme von Kosten sprachlicher Hilfeleistungen durch eine Begleitperson ("**Dolmetscherkosten**")", wenn und soweit der Anspruch auf **Krankenilfe** ohne sprachliche Hilfestellung nicht erfüllt werden kann."

Mangelnde Deutschkenntnisse dürfen nicht zu einer Verkürzung der für die Krankenbehandlung notwendigen Hilfeleistungen führen. Zu berücksichtigen ist, dass es Fälle gibt, in denen das Vorliegen einer Erkrankung oder ihr Schweregrad ohne Sprachmittler nicht festgestellt werden können. Mit den Aufgaben der Krankenilfe nach BSHG wäre daher nicht vereinbar, die Übernahme von Dolmetscherkosten auf Ausnahmefälle wie die einer schweren, akut lebensbedrohlichen Erkrankung zu beschränken.

Ob und in welchem Umfang Dolmetscherkosten erforderlich sind, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles. Maßgeblich ist, ob der Antragsteller sich in deutsch oder einer anderen Sprache mit dem Arzt verständigen kann und wie intensiv die Verständigung nach Art und Schwere der Erkrankung und nach Art der Behandlung sein muss, um eine effektive Hilfe zu gewährleisten. Sprachmittlerkosten entstehen nicht notwendigerweise, da in aller Regel Vertrauenspersonen wie Angehörige oder sonst Nahestehende als Sprachmittler zur Verfügung stehen werden, da diese Hilfe typischerweise unentgeltlich erbracht wird können im Einzelfall Aufwendungen wie die Fahrtkosten der Begleitperson vom Krankenhilfeanspruch mit umfasst sein.

Dass das Bundessozialgericht die Übernahme von Dolmetscherkosten aus Mitteln der Krankenversicherung abgelehnt hat (BSG v. 10.5.95, 1 RK 20/94, MDR 1995, 1045, betr. Gebärdendolmetscher), steht dem nicht entgegen. Der Umfang der Krankenilfe nach BSHG entspricht zwar "in der Regel" den Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung, kann aber in einem Ausnahmefall wie hier auch weitergehend sein als die Leistungen nach SGB V.

VG Saarland 4 K 66/99, U.v. 29.12.00, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 6 Zur Übernahme von **Dolmetscherkosten zur Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung.**

Sachverhalt: Die Klägerin ist Asylbewerberin türkischer Staatsangehörigkeit. Sie beantragte die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung. In der Stellungnahme des Gesundheitsamtes heißt es, die Klägerin leide an einer psychoreaktiven Störung mit Somatisierung; es bestehe die Gefahr, dass die Erkrankung sich ohne psychotherapeutische Behandlung verschlechtere. Das Sozialamt lehnte den Antrag ab, weil eine Psychotherapie wegen Verständigungsschwierigkeiten nicht durchführbar und eine Therapeutin mit kurdischkenntnissen nicht vorhanden sei. Die Übernahme der Kosten eines Dolmetschers lehnte das Sozialamt ebenfalls ab. Auf den Widerspruch der Klägerin bewilligte das Sozialamt die Übernahme der Kosten einer Psychotherapie in Höhe der Leistungen der Krankenkassen. Die Dolmetscherkosten lehnte das Sozialamt weiterhin ab. Zur Begründung ist unter Hinweis auf ein **Urteil des BSG** vom 10. 5. 1995 - 1 RK 20/94 - ausgeführt, das Tätigwerden eines Dolmetschers im Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung sei keine nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 i. V. m. § 28 Abs. 1 S. 1 SGB V zu übernehmende Leistung.

Zur Begründung ihrer Klage trägt die Klägerin vor, die Psychotherapie sei unstreitig notwendig und, da Verwandte als Sprachmittler nicht zur Verfügung stünden, ohne Dolmetscher nicht durchführbar gewesen. Das Urteil des BSG sei nicht einschlägig. Insoweit verweist die Klägerin auf das **Urteil des BVerwG** vom 25. 1. 1996 - 5 C 20/95. Sie

habe an insgesamt acht psychotherapeutischen Sitzungen teilgenommen. Hierbei habe sie sich einer vereidigten Dolmetscherin bedient, die ihr 844,48 DM in Rechnung gestellt habe. Die Klage hatte Erfolg.

Gründe: Die Klägerin hat Anspruch auf Übernahme der entstandenen Dolmetscherkosten. Rechtsgrundlage ist § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG. Unumstritten ist, dass die Klägerin leistungsberechtigt nach AsylbLG ist und ausweislich der Stellungnahme des Gesundheitsamtes an einer psychoreaktiven Erkrankung litt, die der ärztlichen Behandlung im Sinne des § 4 AsylbLG bedurfte. Hieraus ergibt sich zwangsläufig aber auch ein Anspruch auf Übernahme der zur Durchführung der Behandlung erforderlichen Lohnschmerkosten. **Die Inanspruchnahme einer Dolmetscherin gehört nämlich zu den "sonstigen Leistungen" i. S. d. § 4 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 AsylbLG**, deren Kosten zu übernehmen sind, wenn und soweit der Anspruch auf ärztliche Behandlung anders nicht erfüllt werden kann (GK-AsylbLG, § 4 Rn. 81). Insoweit gilt im Rahmen des § 4 AsylbLG nichts anderes als für die Krankenhilfe nach § 37 BSHG (GK AsylbLG a.a.O. mit Hinweis auf das zu Dolmetscherkosten nach § 37 BSHG ergangene Urteil des BVerwG 5 C 20/95 v. 25.01.96, FEVS 47, 54ff.)

Dem kann der Beklagte nicht die Rspr. des BSG entgegenhalten, wonach **Dolmetscherdienste nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen zu tragenden Leistungen** gehören. Zum einen ist der Wortlaut des § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V, auf den das BSG in seinem Urteil maßgeblich abstellt, nicht inhaltsgleich mit §§ 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG und 37 Abs. 2 S. 1 BSHG. § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V erfasst nur die Hilfeleistungen, die vom Arzt angeordnet und von ihm zu verantworten sind. Aus diesem Wortlaut zieht das BSG im Zusammenhang mit der Entstehungsgeschichte der Vorschrift den Schluss, dass unter § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V nur diejenigen Tätigkeiten fallen, die ihrer Natur nach unmittelbar zur ärztlichen Behandlung zählen und die der Arzt auf Grund seines Fachwissens verantworten, das heißt überwachen und leiten kann. Demgegenüber erfassen die §§ 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG und 37 Abs. 2 S. 1 BSHG insoweit übereinstimmend alle Leistungen, die zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung der Krankheit oder der Krankheitsfolgen erforderlich sind, ohne die in § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V genannte Einschränkung.

Hiergegen kann auch nicht eingewandt werden, Empfänger von Sozialhilfe oder Asylbewerberleistungen dürften nicht besser gestellt werden als Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein solcher Vergleich verbietet sich schon aufgrund der Wesensverschiedenheit der Leistungen. Der Krankenversicherungsschutz muss nicht umfassend sein, vielmehr gibt es Leistungen, die - auch wenn sie notwendig sind - der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (§ 2 Abs. 1 S. 1 SGB V), beispielsweise der Eigenanteil zum notwendigem Zahnersatz. Demgegenüber ist die Krankenhilfe in der Sozialhilfe - dasselbe muss für die Leistungen nach § 4 AsylbLG gelten - nicht von krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften abhängig, die den Leistungsrahmen der Höhe nach oder für bestimmte Personengruppen einschränken (BVerwG 5 C 11/91, U. v. 17.06.93, DVBl 1993, 1275; Nds. OVG 4 M 4495/98, B. v. 30.11.98 -, FEVS 49, 405). Ziel der Sozialhilfe ist es gemäß § 1 Abs. 2 S. 1 BSHG, dem Empfänger der Hilfe ein Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Hierzu ist es unter anderem erforderlich, dem Hilfe Suchenden die Maßnahmen zu ermöglichen, die zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheitsfolgen notwendig sind (§ 37 Abs. 2 S. 1 BSHG). Eben hierauf besteht auch nach § 4 AsylbLG ein Anspruch. Ist - wie im vorliegenden Fall unstreitig - eine ärztliche Behandlung notwendig im Sinne der genannten Vorschriften und kann diese Behandlung sinnvoll und erfolgversprechend nur unter Zuhilfenahme eines Sprachmittlers durchgeführt werden, so sind dessen notwendige Kosten ebenfalls im Rahmen der Krankenhilfe zu übernehmen.

Anders als im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Leistungsberechtigten die (teilweise) Eigenfinanzierung einer Leistung vom Gesetzgeber zugemutet wird und möglich ist, würde eine Ablehnung der genannten Nebenleistung im Recht der Sozialhilfe und der Asylbewerberleistungen darauf hinauslaufen, dem Hilfe Suchenden eine ärztliche Behandlung, obgleich deren Notwendigkeit zur Ermöglichung eines der Würde des Menschen entsprechenden Lebens anerkannt wird, gänzlich zu verweigern, da der Hilfe Suchende auf Grund seiner Mittellosigkeit eben nicht die Möglichkeit hat, die ärztliche Behandlung durch eigenverantwortliche Finanzierung der notwendigen Begleitmaßnahme zu realisieren. Ein solches Ergebnis wäre mit den Zielen der Sozialhilfe und der Asylbewerberleistungen nicht zu vereinbaren.

Auch im vorliegenden Fall macht es aus der Sicht der Klägerin keinen Unterschied, ob ihr die Übernahme allein der Dolmetscherkosten oder der Behandlungskosten schlechthin versagt wird. In beiden Fällen kann sie die notwendige Behandlung überhaupt nicht in Anspruch nehmen, es sei denn, es tritt jemand in Vorlage, was hier offensichtlich - und zwar nach dem für die Sozialhilfegewährung entscheidenden Zeitpunkt des § 5 BSHG [=nach Bekanntwerden des Bedarfs beim Sozialamt] und somit nicht mit anspruchvernichtender Wirkung - der Fall war.

Zunächst steht zur Überzeugung des Gerichts fest, dass eine **Behandlung ohne Sprachmittler nicht zum notwendigen Erfolg** geführt hätte. Unstreitig ist, dass die Klägerin nicht über die notwendigen deutschen Sprachkenntnisse verfügt hat, um sich einer psychotherapeutischen Behandlung unterziehen zu können, welche ihrer Natur nach wesentlich geprägt ist von dem Gespräch zwischen Arzt und Patientin. Des Weiteren steht außer Streit, dass es im erreichbaren Umfeld der Klägerin keinen Therapeuten mit ausreichenden kurdischen Sprachkenntnissen gab. Das Sozialamt selbst ist daher davon ausgegangen, dass die von der Klägerin benötigte ärztliche Behandlung nicht durchführbar sei, und hat aus diesem Grunde die Kostenabnahme zunächst gänzlich abgelehnt.

Aus den dargelegten rechtlichen Erwägungen folgt indes, dass das Sozialamt angesichts der nicht anders lösbaren sprachlichen Schwierigkeiten für die Verfügbarkeit eines Sprachmittlers hätte Sorge tragen müssen, um die notwendige ärztliche Behandlung der Klägerin zu ermöglichen. Zwar ist der Hilfe Suchende insoweit **vorrangig** darauf zu verweisen, die Möglichkeit einer **unentgeltlichen Sprachvermittlung**, insbesondere durch **Verwandte, Freunde oder sonst nahe Stehende**, auszuschöpfen, bevor er die zu vergütende Hilfe eines Berufsdolmetschers sucht.

(BVerwG, U. v. 25.01.96, a. a. O.). Die Klägerin hat indes, ohne dass das Sozialamt dem entgegengetreten wäre, nachvollziehbar und glaubhaft dargelegt, dass für sie eine der kurdischen Sprache mächtige Person, deren Sprachmittlerdienste sie unentgeltlich hätte in Anspruch nehmen können, nicht verfügbar war. Dabei ist, wie die Klägerin mit Recht betont - hier die Besonderheit zu beachten, dass die Dienste eines Sprachmittlers zum Zwecke der Durchführung einer psychotherapeutischen Behandlung erforderlich waren und daher auf Grund der höchstvertraulichen Natur der im Rahmen einer solchen Behandlung geführten Gespräche allein die Hinzuziehung einer - hier nicht verfügbar gewesenen - Person engsten Vertrauens oder eines von Berufs wegen zur Geheimhaltung verpflichteten Dolmetschers in Betracht kam. Unter diesen Umständen durfte der Beklagte die von der Klägerin beantragte Leistung nicht versagen.

OVG Nds 4 MA 1/02, B. v. 11.01.02, NVwZ-Beilage I 2002, 49, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1718.pdf
Leitsatz: " Übernimmt die **Krankenkasse** die Kosten einer tiefenpsychologisch fundierten **Psychotherapie** (hier: zur Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung nach erlittener Folter), kann der Träger der **Sozialhilfe** verpflichtet sein, (hier: im Rahmen der Leistungen **nach § 2 AsylbLG**) Eingliederungshilfe oder Krankenhilfe durch Übernahme der Kosten für einen (gewerblichen Fremdsprachen-) **Dolmetscher** zu gewähren, der zur Durchführung der Psychotherapie herangezogen werden muss."

Die Antragstellerin hat Anspruch auf die Kosten für eine/n Dolmetscher/in aus Mitteln der Sozialhilfe für die von der Krankenkasse notwendig anerkannten und finanzierten Therapiesitzungen. Die Antragstellerin leidet an psychischen Störungen, die unstreitig eine psychotherapeutische Behandlung erfordern. Ob es sich dabei um eine "**Behinderung**" im Sinne des Rechts der Rehabilitation handelt oder um eine **Krankheit**, kann offen bleiben.

Handelt es sich um eine **Behinderung**, ergibt sich der Anspruch aus **§ 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG**. Nach **§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX** sind Menschen (u.a.) behindert, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate vom für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Diese Voraussetzung ist bei einem posttraumatischen Belastungssyndrom hinsichtlich der zeitlichen Komponente als auch hinsichtlich der sozialen Beeinträchtigung in vielen Fällen erfüllt.

Gemäß **§ 39 Abs. 1 Satz 1 BSHG** ist Personen, die durch eine Behinderung i.S.v. **§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX** wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt sind, Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe, eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern (**§ 39 Abs. 3 Satz 1 BSHG**), erfüllt werden kann. Diese Aussicht besteht im Fall der Antragstellerin nach Angaben der behandelnden Psychotherapeutin jedenfalls dann, wenn die begonnene Psychotherapie unter Heranziehung einer geeigneten Übersetzungskraft fortgeführt wird.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind gemäß **§ 40 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BSHG** "vor allem" Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach **§ 26 Abs. 2 und 3 SGB IX**, die den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen (**§ 40 Abs. 1 Satz 2 BSHG**). **Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehört nach § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX Psychotherapie** als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung. Diese Leistung der medizinischen Rehabilitation erbringt gemäß **§§ 5 Nr. 1, 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX** und **§§ 11 Abs. 2, 40 Abs. 1 SGB V** (auch) die Krankenversicherung.

Die Leistungspflicht der Krankenversicherung geht der Leistungspflicht des Sozialhilfeträgers vor. Eine Leistungspflicht der Krankenversicherung hinsichtlich der Dolmetscherkosten ergibt sich jedoch weder aus dem SGB IX noch dem SGB V. Insoweit hat sich die Rechtslage durch die Einführung des SGB IX nicht geändert. Das BSG (1 LK 20/94, U.v. 10.05.95, NJW 1996, 806) hat entschieden, dass Krankenversicherte auch wenn eine Verständigung mit dem Arzt nicht möglich ist, nicht verlangen könnten, dass auf Kosten der Krankenkasse ein Dolmetscher hinzugezogen werde. Es hat ausgeführt, dass insoweit auch keine Gesetzeslücke bestehe. Dies gilt auch nach der Einführung des SGB IX, wie sich aus der Begründung zur Änderung des **§ 38 BSHG** ergibt (BT-Drucks. 14/5531 i.V.m. BT-Drucks. 14/5074). Es heißt dort u.a.: "Die Übernahme nur eines Teils der Kosten im Sinne des Abs. 2 Nr. 2 liegt auch vor, wenn die Krankenversicherung Leistungen nicht gewährt, die unabdingbare Voraussetzung zur Durchführung notwendiger Maßnahmen sind (z.B. Dolmetscherkosten)."

Die **Aufzählung der Eingliederungshilfen in § 40 Abs. 1 BSHG ist nur beispielhaft**, wie sich aus den Worten "vor allem" ergibt. Die Gewährung anderweitiger Leistungen ist geboten, wenn sie zur Erreichung des Zwecks der Eingliederungshilfe notwendig ist. **In Betracht kommen deshalb auch von der Krankenversicherung nicht umfasste ergänzende Leistungen**, die die Durchführung der von der Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen erst ermöglichen. Das ist im vorliegend die Übernahme der Dolmetscherkosten. Dass die Antragstellerin auf die Hinzuziehung einer Übersetzungshilfe angewiesen ist, ist unstreitig. Andere Möglichkeiten, die Therapie weiter zu führen, sind nicht ersichtlich. Um die weitere von der Krankenversicherung als notwendig anerkannten Therapie überhaupt zu ermöglichen und damit dem Ziel der Eingliederungshilfe, die seelische Behinderung oder ihre Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die Antragstellerin wieder in die Gesellschaft einzugliedern, zu entsprechen, hat der Antragsgegner deshalb die Dolmetscherkosten zu übernehmen.

Handelt es sich hingegen bei der psychischen Beeinträchtigung um eine **Krankheit**, ergibt sich der Anspruch auf Dolmetscherkosten aus **§§ 37 Abs. 1, 38 Abs. 2 BSHG**. Nach **§ 37 Abs. 1 BSHG** werden, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend SGB V gewährt. **§ 38 Abs. 2 BSHG** bestimmt, dass die Krankenhilfe nach BSHG den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen muss, wenn finanzielle Eigenleistungen der Versicherten, insbesondere die Zahlung von Zuschüssen, die Übernahme nur eines Teils der Kosten, oder eine

Zuzahlung vorgesehen sind und nach §§ 61, 62 SGB V eine Befreiung durch die Krankenkasse nicht erfolgt. Die Behandlung durch die Krankenkasse umfasst nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 und 6 SGB V sowohl die ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung als auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Dass nach **§ 38 Abs. 2 Satz 1 BSHG** die Sozialhilfe bei Krankheit den notwendigen **Bedarf in voller Höhe** befriedigen muss, wenn die Krankenversicherung den Bedarf nicht vollständig deckt, **bedeutet, dass die Sozialhilfe im Einzelfall über den Leistungsrahmen der Krankenversicherung hinaus gehen muss** und insoweit der Nachrang der Sozialhilfe (§ 2 BSHG) nicht zum Tragen kommt (so auch die Begründung zur mit dem SGB IX vorgenommenen Änderung des § 38 BSHG, BT-Drs. 14/5531, BT-Drs. 14/5074). Da die psychotherapeutische Behandlung unstreitig notwendig und die Hinzuziehung einer/es Dolmetschers/in erforderlich ist und die Krankenversicherung die Kosten für einen Dolmetscher nicht übernimmt, hat die Sozialhilfe diese Kosten als Hilfe bei Krankheit zu übernehmen (so ausdrücklich zu dieser Fallkonstellation auch die vorstehend zitierte Begründung zur Änderung des § 38 BSHG a.). Das entspricht im übrigen der Rechtslage vor Inkrafttreten des SGB IX (BVerwG 5 C 20.95, U. v. 25.01.96, NJW 1996, 3092).

Auch die Auffassung des Sozialamts, Dolmetscherkosten würden von § 57 SGB V erfasst, ist unzutreffend. § 57 SGB V betrifft die Unterstützung sprach- und hörbehinderter Menschen. Weder vom Wortlaut noch vom Sinn der Vorschrift her fallen darunter Aufwendungen für Sprachmittler für Fremdsprachen.

Einzelunterkunft statt Gemeinschaftsunterkunft bei Krankheit

VG Osnabrück 6 B 66/00, B.v. 28.11.00, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 5 Die Antragstellerin befand sich wg. einer posttraumatischen Belastungsstörung wiederholt in stationärer psychiatrischer Behandlung. Sie beantragt die Unterbringung außerhalb der Gemeinschaftsunterkunft, in der eine Besserung der Erkrankung nicht zu erwarten sei. Ihre behandelnden Ärzte haben insoweit keine befürwortenden Stellungnahmen abgegeben.

Das VG hat den **Anspruch auf Bereitstellung einer Einzelunterkunft durch das Sozialamt** als "sonstige Leistung" nach § 4 Abs. 1 AsylbLG bestätigt. Bei § 4 Abs. 1 handelt es sich insoweit um eine Auffangregel, die nicht eng zu verstehen ist und insbesondere nicht lediglich Heil- und Hilfsmittel umfasst. Dem Anspruch kann die Gemeinde nicht mit dem Einwand begegnen, dass ihr eine andere Wohnung nicht zur Verfügung stehe. Dass entsprechende Bemühungen - unter Einbeziehung der Nachbargemeinden - erfolglos bleiben müssten, ist nicht ersichtlich. Bei alledem verkennt die Kammer nicht, dass die Beschaffung einer geeigneten Unterkunft mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden ist, Dies ist jedoch hinzunehmen, weil es um die Erfüllung der der Gemeinde obliegenden Aufgabe geht, die Asylbewerber ihren gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechend unterzubringen.

Anmerkung: Die Übernahme der Mietkosten für eine selbst gemietete Wohnung ist gemäß § 3 Abs. 2 AsylbLG möglich (Ermessen, wobei neben der Frage der Kosten vor allem Krankheitsgründe maßgeblich sein können), in begründeten Fällen wie dem vorliegenden dürfte ein Rechtsanspruch bestehen.

VG Freiburg 1 K 2104/02, U.v. 18.12.03, IBIS M4697, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/4697.pdf Anspruch auf Wohnung statt Gemeinschaftsunterkunft wegen Krankheit (PTBS).

Die Ausländerbehörde hat bei ihrer Entscheidung darüber, ob sie einen **Asylbewerber einer Gemeinschaftsunterkunft** oder im Einzelfall einer Einzelunterkunft zuweist, die privaten Belange des jeweils betroffenen Ausländers gegen das öffentliche Interesse abzuwägen. Der durch § 53 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG mit der Regelunterbringung in Gemeinschaftsunterkünften verbundene Eingriff in die Freiheitssphäre des Asylbewerbers ist nur dann und nur insoweit zulässig, als er zum Schutz öffentlicher Interessen unerlässlich ist und die gewählten Mittel in einem vernünftigen Verhältnis zum angestrebten Erfolg stehen.

Der **Zweck der Gemeinschaftsunterkunft** ist u. a. der, den Asylbewerbern vor Augen zu führen, dass mit dem Asylantrag vor dessen Stattgabe kein Aufenthalt zu erreichen ist, wie er nach allgemeinem Ausländerrecht eingeräumt wird. Daraus folgt, dass Asylbewerber die mit der Gemeinschaftsunterkunft typischerweise verbundenen Nachteile hinnehmen müssen, wozu - in den Grenzen der Menschenwürde - eine gewisse räumliche Beengtheit gehört. Dem stellt das Gesetz in § 53 Abs. 1 Satz 2 AsylVfG die Belange des Ausländers entgegen. Hierbei sind insbesondere durch die Gemeinschaftsunterkunft drohende oder bereits eingetretene gesundheitliche Schäden sowie Nachwirkungen der Verfolgung, etwa bei Opfern von Folterungen oder Gruppenrivalitäten von besonderem Gewicht (vgl., jeweils m. w. N. aus der Rspr. des BVerfG, des BVerwG und der Obergerichte: VG Gera, Gerichtsbescheid v. 19.03.99 - 5 K 20646/98 GE; VG Göttingen, Urt. v. 10.05.96 - 4 A 4049/96).

Vorliegend überwiegen die privaten Belange des Klägers die öffentlichen Interessen derart, dass er - und wg. Art. 6 GG auch seine Frau und Kinder - einen Anspruch hat, in einer Privatunterkunft zu wohnen. Die behördlich veranlasste Untersuchung hat die schwere chronifizierte PTBS bestätigt. Die amtsärztliche Stellungnahme äußert sich dahin, dass die in der Gemeinschaftsunterkunft typischen und regelmäßigen Umgebungsreize (Lärm, Hellhörigkeit, Kasernenatmosphäre, Schmutz) zu einem wiederholten Erleben durch den Kläger in der Haft erlitte-

ner Traumata führen und dessen weitere Chronifizierung herbeiführen. Die psychische Belastung des Klägers steht ferner in Wechselwirkung mit den **Verhaltensauffälligkeiten seiner Kinder**. Die Amtsärztin hat keinen Zweifel daran, dass die Krankheit des Klägers bereits auch die Gesundheit seiner Kinder beeinträchtigt hat und ihre psychosoziale Integration gefährdet.

Die Auffassung der Behörde, weder die Krankheit des Klägers noch die Hyperaktivität und Konzentrationsschwäche seiner Kinder sei mit genügender Wahrscheinlichkeit auf die Unterbringungsform zurückzuführen, kann das Gericht vor diesem Hintergrund nicht teilen. Bereits die mögliche, nicht ganz fernliegende Gefährdung der Gesundheit, die erkennbar auch im Zusammenhang mit der Gemeinschaftsunterbringung steht, erfordert es in Anbetracht des **Grundrechts des Klägers auf körperliche Unversehrtheit** aus Art. 2 Abs. 2 GG, seinem Begehren stattzugeben. Einer strengen, gewissermaßen alle Zusatzwirkungen und synergetische Bedingungen ausschließenden medizinischen Indikation kann es im grundrechtsrelevanten Bereich nicht bedürfen (i. d. S. auch VG Gera und VG Göttingen, a. a. O.).

Hinzu kommt, dass das Asylverfahren sehr wahrscheinlich nicht in absehbarer Zeit zu einem Abschluss kommen wird. Aus dem zuvor Dargelegten ergibt sich im Zusammenhang mit dem **Wiederaufgreifen des unanfechtbaren Verwaltungsverfahrens** zugleich ein Anspruch auf **Aufhebung der Wohnsitzauflage**.

- **Anmerkung:** vgl. auch **VG Osnabrück 6 B 66/00, B.v. 28.11.00, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 5** Anspruch auf Bereitstellung einer Einzelunterkunft durch das Sozialamt als Maßnahme der Krankenbehandlung nach § 4 AsylbLG

AIDS-Behandlung für als Touristin eingereiste Ausländerin trotz § 23 Abs. 3 SGB XII / § 120 Abs. 3 BSHG

VG Köln 5 L 2128/00, B. v. 13.09.00, InfAusIR 2001, 233, IBIS e.V. C1597, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1597.pdf Anspruch auf AIDS-Behandlung für als Touristin mit einem Schengen-Visum eingereiste Ausländerin. Die Behandlung ist unaufschiebbar und unabweisbar geboten, so dass es nicht darauf ankommt, ob ein Tatbestand nach § 120 Abs. 3 BSHG vorliegt. Der Verweis des Sozialamts auf eine Behandlungsmöglichkeit in Belgien (Aussteller des Visums) oder England (für das die Antragstellerin ein Visum besitzt) ist unzulässig, da nicht geklärt ist, ob dort eine Behandlung sozial- und ausländerrechtlich sichergestellt ist.

- **Anmerkung:** vgl. auch **Robert-Koch-Institut**, Schreiben v. 24.03.03, IBIS M3603, www.proasyl.de/texte/mappe/2003/78/5.pdf Zu den gesundheitliche Risiken HIV-positiver MigrantInnen bei Ausreise in afrikanische Länder.

Erstattungsanspruch des Krankenhauses I - das Krankenhaus als "Nothelfer" analog § 25 SGB XII / § 121 BSHG

VG Aachen 2 K 2100/96 v. 10.12.1996, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1545.pdf Ein **Krankenhausträger hat als "Nothelfer"** in analoger Anwendung des **§ 121 BSHG** Anspruch auf Erstattung der Kosten einer als Eilfall (sofort behandlungsbedürftige schwere Verletzung) erfolgten stationären Krankenhausaufnahme außerhalb der Öffnungszeiten des Sozialamtes. Das AsylbLG verweist zwar nicht ausdrücklich auf die analoge Anwendung des § 121 BSHG, enthält insoweit aber eine durch die Rechtsprechung zu schließende Regelungslücke.

Obwohl der Asylbewerber sich außerhalb seines Zuweisungsortes aufgehalten hat, ist der Sozialhilfeträger am tatsächlichen Aufenthaltsort zuständig und leistungspflichtig, da es sich bei der Eilfallbehandlung um eine "unabweisbar gebotene Hilfe" gemäß **§ 11 Abs. 2 AsylbLG** handelt. Auf die diesem Aufenthalt entgegenstehende Zuweisung kommt es nicht an (vgl. BVerwG 5 B 53/96 V. 2.9.96, JURIS Doknr. 666313).

VG Aachen 1 K 2832/96 v. 28.10.1999, GK AsylbLG, § 10a VG Nr. 4 Der Patient reiste unerlaubt nach Deutschland ein und wurde bei einem Überfall auf einem Supermarkt in S. von der Polizei angeschossen. Anhaltspunkte, dass der Patient nicht bedürftig i.S.d. AsylbLG war, liegen nicht vor. Anspruchsgrundlage für den **Erstattungsanspruch des Krankenhauses** gegen das Sozialamt in S. ist § 121 BSHG, das AsylbLG weist insofern eine Lücke auf, die durch **§ 121 BSHG** zu schließen ist (vgl. VG Aachen 2 K 5321/94 v. 3.12.1996). Ein Eilfall nach § 121 war gegeben, denn der Patient musste auf der Intensivstation behandelt werden, ein Abwarten bis zum Einschalten des Sozialhilfeträgers war nicht möglich. Die Beurteilung, wann es dem Nothelfer zumutbar oder möglich ist, den

Sozialhilfeträger in Kenntnis zu setzen, hat sich an der tatsächlichen Lage auszureichen (vgl. OVG Münster, NVwZ-RR 1998, 756).

VG Stuttgart 9 K 937/99 v. 26.8.99, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 3 Die Regelung über den Erstattungsanspruch des Nothelfers (**§ 121 BSHG**) findet unmittelbar Anwendung auch für Hilfeleistungen gegenüber Leistungsberechtigten nach AsylbLG, Anspruchsinhaber ist allerdings nicht der Leistungsberechtigte nach AsylbLG, sondern der Nothelfer (= vorliegend das Krankenhaus).

VG Frankfurt/M 7 E 990/97, U. v. 24.9.99, GK AsylbLG § 2 Abs. 1 VG Nr. 5 Für den Personenkreis des § 2 AsylbLG findet **§ 121 BSHG** entsprechende Anwendung. Das Tatbestandsmerkmal Eilfall i.S.d. § 121 BSHG ist unter Berücksichtigung des § 11 Abs. 2 AsylbLG im Sinne einer unabweisbaren Hilfeleistung auszulegen.

OVG NRW 22 A 3164/99, U.v. 05.12.00, IBIS e.V.: C1654, Sozialrecht aktuell (Fachzeitschrift) 2001, 109 mit Anmerkung Frings.

Bei **Notaufnahme** kann das aufnehmende Krankenhaus als "Nothelfer" (vorliegend: für eine psychiatrische Behandlung) für die nach AsylbLG aufgewendeten Behandlungskosten umgehend einen **Erstattungsanspruch beim örtlich zuständigen Sozialamt in analoger Anwendung des § 121 BSHG** geltend machen. Zwar ist nach dem AsylbLG § 121 BSHG für Leistungen nach § 4 AsylbLG weder direkt noch entsprechend anwendbar. Es spricht jedoch viel dafür, dass hinsichtlich der Nothilfe Dritter an nach § 1 AsylbLG leistungsberechtigte Ausländer eine offene, dem Plan des Gesetzgebers widersprechende **Regelungslücke** besteht, die durch eine analoge Anwendung des §121 BSHG zu schließen ist. Der Gesetzeszweck des § 121 BSHG gibt einem Dritten als sogenanntem Nothelfer einen strikten öffentlich-rechtlichen Aufwendungsersatzanspruch gegen den für die Hilfestellung zuständigen Leistungsträger, um durch die Gewährleistung eines zahlungskräftigen Schuldners die Hilfsbereitschaft Dritter im Notfall zu erhalten und zu stärken (vgl. OVG NRW 22 A 1560/97 v. 16.05.00). Der dadurch bezweckte Schutz des Rechts auf Leben und Gesundheit (Art 2 Abs. 2 S. 1 GG) gilt allen in Not geratenen Bedürftigen gleichermaßen, und zwar ohne Ansehen des Grundes ihrer jeweiligen Fürsorgeberechtigung (Art 3 Abs. 1 GG).

Das Krankenhaus hat vorliegend dennoch **keinen Erstattungsanspruch**, da der beklagte Sozialhilfeträger (am Ort des Krankenhauses, an dem sich der Asylbewerber nicht aufhalten durfte, wohin er jedoch von seinen Verwandten gebracht wurde, da diese am Zuweisungsort kein psychiatrisches Krankenhaus kannten) in **örtlicher Hinsicht unzuständig** ist. Dies ergibt sich aus § 3 VwVfG NRW (wird ausgeführt; die zum 1.6.1997 in Kraft getretene Zuständigkeitsregelung § 10a und 10b AsylbLG ist vorliegend nicht einschlägig, da die Krankenhausbehandlung bereits in 1995 erfolgte). Zuständig ist stattdessen der Sozialhilfeträger am Ort der Zuweisung des Asylbewerbers. Die örtliche Zuständigkeit des Sozialhilfeträger am Ort des Krankenhauses lässt sich auch nicht auf § 11 Abs. 2 AsylbLG stützen, da nach § 11 Abs. 2 ein unzuständiger Träger am tatsächlichen Aufenthaltsort im Rahmen einer (Not-)Zuständigkeit nur die nach den Umständen unabweisbare Hilfe leisten muss.

BVerwG 5 C 20/00, U.v. 31.05.01, NVwZ-RR 2001, 765; FEVS 2002, 102; IBIS C1694 Unterbleibt eine rechtzeitige Benachrichtigung des Sozialhilfeträgers nicht aus Gründen der Unvorhersehbarkeit und Eilbedürftigkeit der Hilfe, sondern infolge einer Fehleinschätzung der wirtschaftlichen Lage des Hilfeempfängers durch das Krankenhaus (vorliegend: es handelte sich zwar um eine Notaufnahme, das Krankenhaus war jedoch zunächst infolge einer Fehleinschätzung davon ausgegangen, der Kranke sei in der Lage seine Behandlung selbst zu zahlen), so schließt dies einen „Eilfall“ und damit einen Erstattungsanspruch des Krankenhauses gegen das Sozialamt nach § 121 BSHG aus.

VG Hannover 3 A 4893/01, U.v. 25.02.03 zur Kostenerstattung nach **§ 121 BSHG**

1. Die Kammer folgt dem BVerwG (U.v. 31.05.01 - 5 C 20.00 - in FEVS 53, 102, 104) dahin, dass die Klärung der Kostendeckung zu den Obliegenheiten eines ordnungsgemäßen Krankenhausbetriebs gehört.

2. Der Krankenhausträger hat, sobald berechtigte Zweifel entstehen oder bei einem ordnungsgemäßen Ablauf entstehen müssten, ob die angenommene Kostendeckung tatsächlich vorhanden ist, den Träger der Sozialhilfe von dem Fall unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

3. Dabei sind solche Zweifel im Regelfall bereits dann angebracht, wenn die angegebene Krankenkasse die Kostenübernahme ablehnt. Es ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass ohne Vorlage besonderer Umstände ein Patient in der Lage ist, seine Behandlungskosten ohne den Eintritt einer Krankenkasse zu begleichen.

Das VG wies die Klage des Krankenhauses wegen des erst 6 Monate nach erfolgter Behandlung bei Sozialamt beantragten Erstattungsanspruchs ab.

VGH Hessen 1 UZ 4118/99 B.v. 09.05.01, GK AsylbLG § 2 Abs. 1 VGH Nr. 28 § 121 BSHG findet entsprechend Anwendung auf den Anspruch eines einem Leistungsberechtigten nach § 2 Abs. 1 AsylbLG Hilfe in einem Eilfall leistenden Nothelfers. Es handelt sich bei § 121 BSHG um eine spezialgesetzliche Regelung des allgemeinen Rechtsinstituts der Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA), die im Interesse des Hilfebedürftigen die Bereitschaft des Nothelfers zur Hilfe fordert, ohne die unterschiedlichen Interessen des Hilfesuchenden, des Nothelfers und des Leistungsträgers außer Acht zu lassen.

Unabhängig davon ist vorliegend ist ein Anspruch nach § 121 BSHG bereits deshalb nicht gegeben, weil der Kläger **für den streitbefangenen Zeitraum ab 14. 4. 1994 nicht (mehr) anspruchsberechtigter Nothelfer** i. S. d. § 121 BSHG

war. Denn leistet jemand einem anderen Hilfe auch noch nach dem Zeitpunkt, zu dem der Träger der Sozialhilfe auf Grund einer Mitteilung des "jemand" von dem möglichen Hilfefall bereits Kenntnis erhalten hatte, dann kann der "jemand" ab diesem Zeitpunkt einen Anspruch auf Erstattung seiner entstandenen Aufwendungen nicht mehr aus § 121 BSHG herleiten (BVerwG, U. v. 02.04.87 - 5 C 67/84). Eine Nothilfesituation i. S. d. § 121 BSHG, die dem Nothelfer Ansprüche aus dieser Vorschrift gibt, endet, wenn der Träger der Sozialhilfe Kenntnis von den Umständen erhält, die die Gewährung der Hilfe rechtfertigen. Sie setzt sich nicht deshalb fort, weil der Sozialhilfeträger trotz Kenntnis der Hilfsbedürftigkeit - aus welchen Gründen auch immer - nicht tätig wird (VGH Hessen 9 UE 1136/92, U. v. 04.10.94, Schellhorn, BSHG, 15. A. § 121 Rn. 15).

Vom Zeitpunkt der Kenntniserlangung ab ist allein der Hilfebedürftige berechtigt, seine aus dem Sozialrechtsverhältnis erwachsenen Ansprüche geltend zu machen und allein der Leistungsträger zur Regelung des Sozialhilfefalles nach Maßgabe der im BSHG bestimmten sachlichen und örtlichen Zuständigkeit verpflichtet.

Forderungsausfälle von Krankenhäusern bei der Behandlung von Asylbewerbern. Schreiben des **BMA V c 3-3176-1 v. 03.08.01, in Sozialrecht aktuell 2002, 35, IBIS C 1706.**

Das BMA stellt sinngemäß fest: Die Beurteilung der Frage, **was (im Sinne des AsylbLG) medizinisch notwendig** ist, liegt in der Zuständigkeit des Arztes. Das Krankenhaus hat dem zuständigen Kostenträger die Notwendigkeit der Durchführung einer bestimmten medizinischen Maßnahme zur Behandlung einer akuten Erkrankung oder eines Schmerzzustandes vor dessen Durchführung anzuzeigen.

Kann die Anzeige aus zeitlichen Gründen nicht vor Durchführung der Behandlung erfolgen, erhält der Leistungserbringer seine Aufwendungen auf Antrag **entsprechend § 121 BSHG** erstattet. Eine § 121 BSHG vergleichbare Vorschrift gibt es im AsylbLG nicht. § 121 BSHG ist jedoch nach Auffassung des BMA im Rahmen des AsylbLG entsprechend anzuwenden.

Wenn der betreffende Ausländer nicht zum Kreis der nach AsylbLG Leistungsberechtigten zählt oder die med. Versorgung über den Leistungsrahmen der §§ 4 und 6 AsylbLG hinausgeht, kann eine Kostenerstattung durch den Sozialhilfeträger nicht erfolgen.

Dasselbe gilt, wenn sich nicht klären lässt, ob die Leistungsvoraussetzungen des AsylbLG gegeben sind, insbesondere mangels erforderlicher Auskünfte der Betroffenen zu **Einkommen und Vermögen** und/oder, vor allem bei sich **illegal aufhaltenden Ausländern, zur Identität**. Auch in diesen Fällen kann die Behörde die Leistungsvoraussetzungen nicht einfach unterstellen, so dass eine Kostenübernahme nicht möglich ist. Im Hinblick auf illegal sich aufhaltende Ausländer wäre es auch kontraproduktiv, ohne Aufdeckung der Identität die Kosten zu übernehmen und damit die von Staats wegen nicht akzeptable Illegalität zu unterstützen.

OVG Lüneburg 4 LB 583/02, U.v. 11.06.03, GK AsylbLG § 1 Abs. 1 OVG Nr. 7 Leitsatz: "§ 121 BSHG ist im Rahmen des AsylbLG entsprechend anzuwenden."

Sachverhalt: Der klagende Träger eines Krankenhauses und begehrt als Nothelfer von der Beklagten die Erstattung seiner Aufwendungen für die stationäre Behandlung des rumänischen Staatsangehörigen G. Herr G. wurde, nachdem er auf der Straße gestürzt und **von der Polizei zum Krankenhaus der Klägerin gebracht** worden war, dort wegen einer Knochenfraktur vom 23.09. bis 02.10.99 stationär behandelt. **Er gab an, illegal eingereist und ohne Geld und Unterkunft zu sein.** Am 02.10.99 hat er das Krankenhaus eigenmächtig verlassen, wurde aber wenig später von der Polizei aufgegriffen und anschließend abgeschoben. Am 05.10.99 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Übernahme der Kosten als „Eilfall nach § 8 AG/BSHG“. Den Antrag lehnte die Beklagte mit der Begründung ab, Herr G. sei leistungsberechtigt nach dem AsylbLG, weshalb ein Anspruch des Nothelfers nach § 121 BSHG nicht bestehe.

Gründe: Die Lücke, die im Recht der Fürsorgeleistungen für Ausländer (vgl. § 120 BSHG) als Folge der Sonderregelungen für vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer im AsylbLG dadurch entstanden ist, dass für diesen Rechtsbereich eine § 121 BSHG entsprechende Regelung zum Erstattungsanspruch eines Nothelfers nicht geschaffen worden ist, ist durch analoge Anwendung des § 121 BSHG zu schließen (vgl. VG Gera 6 K 739/01, U.v. 18.06.02, NVwZ-Beilage 2003, 37; OVG NRW 22 A 3164/99, U.v. 05.12.00, FEVS 53, 353). Denn der in § 121 BSHG geregelte Tatbestand ist dem hier zu beurteilenden Sachverhalt der Fürsorgeleistungen an vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer gleich zu bewerten. Das verdeutlicht der Umstand, dass in den Fällen des § 2 AsylbLG auch § 121 BSHG entsprechend anwendbar ist und nach der Intention des AsylbLG für den Nothilfeanspruch ein Grund für die Unterscheidung und Berücksichtigung der Dauer des Aufenthaltes des ausreisepflichtigen Ausländers nicht gegeben ist (vgl. OVG NRW, a.a.O.).

Die danach entscheidungserheblichen weiteren Voraussetzungen für eine entsprechende Anwendung des § 121 BSHG sind als erfüllt zu beurteilen. Ein Eilfall im Sinne des § 121 BSHG hat bei der Aufnahme des Herrn G. und bis zu dessen 'Selbstentlassung' vorgelegen. Ein Eilfall im Sinne des § 121 BSHG ist eine Sachlage, in der der Sozialhilfeträger nicht rechtzeitig handeln kann (vgl. OVG Nds. 4 L 5250/98, U. v. 19.01.99, FEVS 51, 94). Diese Voraussetzung ist vorliegend erfüllt: Herr G. bedurfte - unstreitig - sofort ärztlicher Behandlung im Sinne des § 4 Abs. 1 AsylbLG. Diese hätte bei rechtzeitiger Kenntnis die Beklagte ihm gewährt oder gewähren müssen. Hierfür kann eine weitere Aufklärung unterbleiben, ob Herr G. über einzusetzendes Einkommen oder Vermögen verfügte. Jedenfalls war wegen der insoweit ungeklärten Verhältnisse die Beklagte verpflichtet, vorläufig einzutreten. Vorläufige Hilfe gehört wegen der Umstände des Einzelfalles zur Hilfe i.S.d. § 121 BSHG, die bei rechtzeitiger Kenntnis gewährt worden wäre (vgl. OVG Nds. a.a.O.).

Die Klägerin hat die Kostenerstattung auch 'innerhalb angemessener Frist' i.S.d. § 121 Satz 2 BSHG beantragt. Der Antrag wurde drei Tage nach Ende der Behandlung des Patienten gestellt; dafür, dass die Klägerin zu einer früheren Antragstellung und/oder eigenen Nachforschungen nach dem Patienten nach dessen 'Selbstentlassung' oder nach für ihn verfügbarem Einkommen oder Vermögen verpflichtet gewesen wäre, sind Anhaltspunkte nicht ersichtlich.

Der Zinsanspruch folgt hier aus § 291 BGB a.F., der im öffentlichen Recht entsprechend Anwendung findet.

VG Karlsruhe 8 K 143/02, U.v.26.09.03, GK AsylbLG § 10a VG Nr. 11 § 121 BSHG (Anspruch des "Nothelfers" auf Erstattung der in einem Notfall für einen Hilfebedürftigen aufgewendeten Kosten durch den Sozialhilfeträger, wenn der Sozialhilfeträger bei rechtzeitiger Kenntnis hätte leisten müssen) ist im Bereich des AsylbLG entsprechend anwendbar. Der Erstattungsanspruch des Krankenhauses ist jedoch nach dem Wortlaut des **§ 121 BSHG** ab dem Zeitpunkt abzuweisen, ab dem der Sozialhilfeträger (hier: durch Mitteilung des Erstattungsanspruchs nach § 121 BSHG analog vom Klinikum an den Sozialhilfeträger) Kenntnis von der Behandlung hatte. Es ist insoweit Aufgabe des Klinikums als Nothelfer, den Hilfeberechtigten dazu anzuhalten, selbst seinen Anspruch beim Sozialhilfeträger geltend zu machen. Dies ist aber insbesondere einem Klinikum durchaus zumutbar.

OVG Berlin 6 B 17.02, U.v. 25.11.04, FEVS 2005, 425 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2043.pdf, vgl. auch **OVG Berlin 6 B 9.02, U.v. 25.11.04, FEVS 2005, 545, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2042.pdf**

Die Klägerin als Trägerin des Berliner Universitätsklinikums V. hat gegen das Sozialamt Berlin-M. einen Anspruch auf Erstattung von ca. 50.000.- DM für die Behandlung des sich illegal in Berlin aufhaltenden **polnischen** Herrn S. S. hielt sich seit 1989 wiederholt **zum Zweck illegaler Arbeit** im Bundesgebiet auf und wurde 1991 ausgewiesen. Am 15.12.97 zog er sich bei der Flucht vor einer polizeilichen Überprüfung durch einen **Sturz in den Hof eines Wohnhauses schwere Verletzungen** zu (Bruch beider Beine, des Beckens sowie incompletter Querschnitt). Er wurde im Universitätsklinikums V. vom 15.12.97 bis zu seiner Verlegung am 23.01.98 in ein Krankenhaus in Polen behandelt. Nach einer Erklärung gegenüber dem Generalkonsulat Danzig ist er seither ein Pflegefall.

Herr S. gab bei der **"Aufnahmeverhandlung für das Krankenhaus"** am 17.12. an, seinen Lebensunterhalt in Polen von Gelegenheitsarbeiten bestritten und sich seit dem 12.12.97 in Berlin besuchsweise aufgehalten zu haben.

Die Klägerin stellte am 08.01.98 beim Sozialamt M. unter Hinweis auf die Unabweisbarkeit der Behandlung einen **Antrag auf Kostenübernahme "wegen vermuteter Hilfebedürftigkeit"**. Mit Kurzmitteilung vom 13.3.98 lehnte das Sozialamt den Antrag ab und verwies darauf, Herr S. habe in M. keine Sozialhilfe bezogen. Die Klägerin bemühte sich erneut um Übernahme der Kosten und reichte ein Schreiben des Herrn S. ein, in dem dieser unter Hinweis auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse darum bat, davon abzusehen, vom ihm die Kosten einzufordern. Das Sozialamt lehnte mit Schreiben vom die Kostenübernahme wegen der seines Erachtens undurchsichtigen Verhältnisse des Herrn S. erneut ab. Die Klägerin verwies darauf, das Sozialamt habe bereits auf das Schreiben vom 8.1.98 die Möglichkeit gehabt, während seiner Liegezeit Kontakt mit Herrn S. aufzunehmen und ggf. selbst die Bedürftigkeit zu prüfen. Zur Begründung ihrer Klage hat die Klägerin ein Aktenkonvolut des deutschen Generalkonsulates in Danzig zu den wirtschaftlichen Verhältnissen des Herrn S. vorgelegt.

Zwischen den Beteiligten ist unstrittig, dass Herr S. sich im fraglichen Zeitraum **unerlaubt in Deutschland aufgehalten** hat und im Fall der Mittellosigkeit kein Anspruch nach dem BSHG, sondern nach **§ 1 Abs. 1 Nr. 5, § 4 AsylbLG** gehabt hätte, wenn er nicht wegen der Eilbedürftigkeit seiner Behandlung an einer rechtzeitigen Antragstellung beim Sozialamt gehindert gewesen wäre.

Das VG hat zu Recht festgestellt dass hier für die Erstattung der Aufwendungen für die Notfallhilfe **§ 121 BSHG entsprechend** anzuwenden ist und die Voraussetzungen dieser Vorschrift erfüllt sind. Zwar besteht in der Regel kein Anlass, auf Vorschriften des BSHG zurückzugreifen, auf die im AsylbLG nicht Bezug genommen wird. Hier geht es jedoch nicht um Ansprüche eines hilfebedürftigen Ausländers, die mit dem AsylbLG besonders geregelt worden sind, sondern um Ansprüche eines Dritten, der nach Art der Geschäftsführung ohne Auftrag in einem dringenden Notfall die Leistungen erbracht hat, die der Träger der Leistungen nach dem AsylbLG nach § 4 AsylbLG selbst hätte gewähren müssen. **Sinn und Zweck des AsylbLG** gebieten es in einem solchen Fall nicht, von einer entsprechenden Anwendung des § 121 BSHG abzusehen und den Dritten schlechter zu stellen als im Recht der Sozialhilfe nach dem BSHG. Sinn des § 121 BSHG ist es, die spontane Hilfsbereitschaft von Nothelfern im Interesse von in Not geratenen Menschen zu erhalten und zu stärken (BT-Drs. III/1799 S. 617 zu § 114 sowie BVerwG NVwZ 1993, 994).

Nach den eigenen Angaben des Herrn S. sowie den Berichten des dt. Generalkonsulats ist nicht ernstlich zweifelhaft, dass dieser seinerzeit weder krankenversichert noch aus eigenen Mitteln in der Lage war, die Krankenbehandlung zu bezahlen. Die Klägerin hat den Antrag auch innerhalb angemessener Frist gestellt (wird ausgeführt).

BVerwG 5 C 67.03 v. 25.11.04 www.bverwg.de/media/archive/2624.pdf Die Zuständigkeit für die Erstattung von **Nothilfekosten nach § 121 BSHG** trifft den Sozialhilfeträger, der bei rechtzeitiger Kenntnis die Sozialhilfe zu gewähren gehabt hätte. Bei einem **in einem medizinischen Notfall erforderlich werdenden Krankentransport** in ambulante medizinische Behandlung ist dies gemäß § 97 Abs. 1 Satz 1 BSHG der Träger der Sozialhilfe, in dessen Bereich sich der Hilfeempfänger zur Zeit der erforderlichen Nothilfe tatsächlich aufhält. Diese Zuständigkeit gilt

auch bei Sozialhilfeempfängern aus dem Bereich eines anderen Trägers, die sich nur vorübergehend im Bereich des Trägers am Ort der Nothilfe aufhalten.

Anmerkungen:

- Die o.g. Rspr. zur analogen Anwendbarkeit des § 121 BSHG auf Fälle nach AsylbLG hat sich zur gesicherten Rechtsprechung entwickelt. Zu begrüßen ist insbesondere das sehr ausführlich begründete Urteil des OVG NRW, weil dort im Grundsatz der Erstattungsanspruch des Krankenhausträgers analog § 121 BSHG auch bei der Notaufnahme nach AsylbLG Leistungsberechtigter bestätigt wird. **Es kann nur empfohlen werden, bei unklarer Zuständigkeit alle denkbaren Kostenträger** - am aktuellen Aufenthaltsort, am (ausländer-/asylrechtlichen) Zuweisungsort wie auch an weiteren möglicherweise nur vorübergehenden Aufenthaltsorten - unverzüglich (dies ist gesetzliche Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch nach § 121 BSHG!) schriftlich (per FAX) über die Tatsache der Notfallbehandlung zu informieren und (ggf. später näher zu spezifizierende) sozialhilferechtliche/asylbewerberleistungsrechtliche Erstattungsansprüche zu stellen.

BSG B 8 SO 4/08 R, U.v.19.05.09 www.bundessozialgericht.de Ein Erstattungsanspruch des Krankenhauses gegen den Sozialhilfeträger nach **§ 25 SGB XII** besteht auch bei Notfallbehandlung eines nicht krankenversicherten Patienten, wenn der Patient zwar **dem Grunde nach leistungsberechtigt nach dem SGB II** ist, aber trotz Anspruchs kein ALG II beantragt hat. Die Gewährung von Hilfen zur Gesundheit nach dem Fünften Kapitel des SGB XII ist dann weder nach § 5 SGB II noch nach § 21 SGB XII ausgeschlossen.

Erstattungsanspruch des Krankenhauses II - örtliche Zuständigkeit

VG Aachen 1 K 2832/96 v. 28.10.1999, GK AsylbLG, § 10a VG Nr. 4 Der aus Rumänien stammende Patient reiste aus Belgien kommend unerlaubt nach Deutschland ein und wurde bei einem **Überfall auf einem Supermarkt in S. von der Polizei angeschossen**. Anspruchsgrundlage für den Erstattungsanspruch des Krankenhauses gegen das Sozialamt in S. ist § 121 BSHG, das AsylbLG weist insofern eine Lücke auf, die durch § 121 BSHG zu schließen ist (vgl. VG Aachen 2 K 2100/96 bei Entscheidungen zur analogen Anwendbarkeit des § 121 BSHG weiter unten).

Soweit sich der Beklagte auf § 11 Abs. 2 AsylbLG beruft, wonach der Sozialhilfeträger am Ort des Krankenhauses örtlich zuständig sei, kann dem nicht gefolgt werden. Nach AsylbLG in der bis 31.5.97 geltenden Fassung richtete sich die Zuständigkeit nach § 3 der jeweiligen Verwaltungsverfahrensgesetze (vgl. GK AsylbLG, § 10a Rn 1), demnach ist die Behörde zuständig, in deren Bereich der Anlass für die Amtshandlung hervortritt. Da der **Patient keinen gewöhnlichen Aufenthalt (g.A.) in Deutschland** hatte, ist das Sozialamt am Ort des Einbruchs zuständig, da der Patient sich dort zum Zeitpunkt des Eintretens der Hilfebedürftigkeit befand. *Anlass* für die Amtshandlung i.S.d. § 3 Abs. 1 Nr. 4 war die Schussverletzung, ohne die Verletzung hätte das Krankenhaus nicht anstelle des Beklagten Sozialamts Nothilfe leisten müssen. Diese Feststellung wird durch die zum 1.6.1997 neu in das Gesetz aufgenommenen § 10a und 10 b AsylbLG bestätigt. Nach § 10a Abs. 2 S. 1 ist für Leistungen in Einrichtungen zur Krankenbehandlung die Behörde an dem Ort zuständig, wo der Leistungsberechtigte seinen g.A. im Zeitpunkt der Aufnahme hat. Kann ein g.A. nicht festgestellt werden, bestimmt sich die örtliche Zuständigkeit subsidiär nach dem tatsächlichen Aufenthaltsort - § 10a Abs. 1 S. 2. Eine solche Fallgestaltung kann etwa bei einem illegal sich in Deutschland aufhaltenden Ausländer eintreten, der zu keinem Zeitpunkt einen g.A. im Bundesgebiet begründet hat (vgl. GK AsylbLG, § 10a Rn 61). **OVG Thüringen 2 KO 715/95 v. 1.7.97, IBIS e.V.: C1294, FEVS 1998, 105; ThürVBI 1998, 21, GK AsylbLG § 2 Abs. 1 OVG Nr. 13.** Für die Unterbringung und Verpflegung unanfechtbar abgelehnter, geduldeter Asylbewerber ist das Land zuständig. Schuldner der einzelnen sich aus Art 16a GG i.V. m. Art. 83 und Art. 84 Abs. 1 GG herleitenden Leistungsverpflichtungen im Lauf des Asylverfahrens ist der Staat. Die Unterbringung von Asylbewerbern unterfällt weder dem Obdachlosenrecht noch dem allgemeinen Sicherheits- und Ordnungsrecht, deren Durchführung den Gemeinden obliegt. Die Zuständigkeit darf nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes auf die Gemeinden übertragen werden, Verwaltungsvorschriften (Erlasse) genügen insoweit nicht. Bis zum Inkrafttreten der ThürVO zur Durchführung des AsylbLG vom 11.11.1994 war deshalb die Zuständigkeit nicht geregelt, das Land muss daher die Kosten für die von der Stadt Erfurt erbrachten Asylbewerberleistungen gemäß § 9 Abs. 3 AsylbLG i.V.m. § 105 Abs. 1 SGB X erstatten.

OVG Münster 16 B 738/00 v. 23.6.00, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1554.pdf Die örtliche Zuständigkeit für Leistungen zur Unterbringung, Versorgung und Pflege in einer **Einrichtung zur Krankenbehandlung** richtet sich nach dem gewöhnlichen Aufenthaltsort (g.A.) zum Zeitpunkt der Aufnahme (§ 10a Abs. 2 Satz 1). Diese § 97 Abs. 2 BSHG nachgebildete Regelung dient dem Schutz des Anstaltsortes. Dieser Schutz ist nur gewährleistet, wenn auf den Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung abgestellt wird und nicht auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der 1. AsylbLG Novelle (neuer § 10a) oder auf den Zeitpunkt der Begründung der Leistungsberechtigung nach AsylbLG.

Auch wenn der Antragsteller bei bzw. vor seiner Aufnahme in die Kliniken für Psychiatrie wahrscheinlich in Deutschland keinen g.A. hatte und § 10a Abs. 2 ausdrücklich nur jeweils auf den g.A. abstellt, so dürfte **in den**

Fällen des Fehlens eines g.A. hilfsweise auf den tatsächlichen Aufenthalt abzustellen sein; denn insofern dürfte die in §10a Abs. 1 Satz 2 bestimmte Auffangklausel, die an Stelle des g.A. auf den tatsächlichen Aufenthalt abstellt, entsprechend anzuwenden sein. Der tatsächliche Aufenthalt vor der erstmaligen Aufnahme in die Einrichtung war offensichtlich die Gemeinde W., **jedenfalls nicht der Anstaltsort**. Die Zuständigkeit des Anstaltsortes dürfte sich auch nicht aus § 10a Abs. 2 Satz 3 ergeben, denn zurzeit kann auch nicht vom Vorliegen eines Eilfalles ausgegangen werden.

VG Ansbach AN 4 E 98.01563 v. 4.11.98, InfAuslR 1999, 315, IBIS e.V.: C1498 Sachverhalt: Die Antragstellerin besitzt nach rechtskräftig negativ abgeschlossenem Asylverfahren eine Grenzübertrittsbescheinigung. Sie ist wegen ihres psychischen Zustands mit Zustimmung des Ausländeramts der **Stadt A., der sie im Rahmen ihres Asylverfahrens zugewiesen** war, von A. **zu ihrer Schwester nach B. gezogen**. Die in einem anderen Bundesland gelegene Stadt B. hat einer Umverteilung nicht zugestimmt. Die Antragstellerin hat bei der Stadt A Grundleistungen nach § 3 ohne Unterkunftskosten sowie Krankenhilfe für eine stationäre Behandlung nach § 4 beantragt. Die Stadt A. lehnt jede Hilfe ab.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist im wesentlichen begründet, denn **die örtliche Zuständigkeit der Stadt A. für die Leistungen ist gegeben**. Die Stadt A. kann nicht auf die Zuständigkeit der Stadt B. verweisen. Maßgeblich ist § 10a Abs. 1 S. 1. Danach ist die Behörde zuständig, in deren Bereich der Leistungsbechtigte zugewiesen oder verteilt worden ist. Die Zuweisungsentscheidung ist durch den rechtskräftig negativen Abschluss des Asylverfahrens nicht aufgehoben worden. Zu Unrecht beruft sich die Stadt A. auf § 10a Abs. 1 S. 2, denn diese Vorschrift setzt einen ausländer- und asylrechtlich erlaubten, d.h. rechtmäßigen tatsächlichen Aufenthalt in B. voraus. Dem hat die Stadt B. nicht zugestimmt. Folgerichtig nimmt das Ausländeramt A. nach wie vor seine Zuständigkeit an, wie sich aus den von ihr mehrfach verlängerten Ausreisefristen auf der Grenzübertrittsbescheinigung ergibt.

Die Grenzübertrittsbescheinigung bedeutet nur, dass der Aufenthalt an einem anderen Ort nicht strafbedroht ist. Tatsächlich hält die Antragstellerin sich in B. nur "gastweise", jedenfalls nicht rechtmäßig auf, was die Zuständigkeit der Stadt A. unberührt lässt. B. wäre nur im Rahmen des § 11 Abs. 2 für die nach den Umständen unabwendbar gebotene Hilfe zuständig. Eine solche eingeschränkte Hilfe begehrt die Antragstellerin aber nicht, vielmehr geht es ihr um den Erhalt der Normalleistungen gemäß §§ 3 und 4, und für diese ist die Stadt A. zuständig. Die Auslegung der Stadt A. dass § 10a Abs. 1 S. 2 immer dann greife, wenn das Asylverfahren negativ abgeschlossen ist, ist unrichtig. Satz 2 betrifft lediglich (ehemalige) Asylsuchende, die sich etwa mit Duldung rechtmäßig tatsächlich woanders aufhalten. Dies gilt auch für vollziehbar ausreisepflichtige ehemalige Asylbewerber die sich - aber auch nur dann - rechtmäßig woanders aufhalten. Deshalb wäre es Sache der Stadt A. und der Stadt B., für die Übereinstimmung von rechtmäßigem und tatsächlichem Aufenthalt der Antragstellerin zu sorgen.

Da die Stadt A. ihre Verpflichtung bestreitet, und die Antragstellerin offensichtlich sofort Hilfe benötigt, sich andererseits nicht auf § 11 Abs. 2 verweisen lassen muss, war dem Anspruch stattzugeben.

BVerwG 5 C 21/00, U.v. 14.06.01, FEVS 2002, 97; IBIS C1704 In einem Eilfall (§ 121 BSHG) richtet sich die örtliche Zuständigkeit für die Erstattung der notfallmäßigen Krankenbehandlung nach **BSHG** (nicht AsylbLG!) eines zuvor nicht im Leistungsbezug stehenden Hilfebedürftigen nach der § 97 Abs. 2 Satz 3 BSHG (Eilfallzuständigkeit). Zuständig ist dann nicht das Sozialamt am Wohnort, sondern am Ort des **Krankenhauses**.

VG Karlsruhe 8 K 2308/99, U.v. 16.11.01, GK AsylbLG § 10a VG Nr. 6 Der Anspruch der wegen akuter urogenitaler Tuberkulose behandelten Antragstellerin auf Erstattung der Krankenhausbehandlungskosten *unmittelbar* gegen die beklagte Behörde wurde abgewiesen, da nicht die Beklagte, sondern, da ein (medizinischer) **Eilfall** im Sinne des § 10a Abs. 2 Satz 3 vorlag und deshalb **die Behörde am Ort des Krankenhauses örtlich zuständig** ist.

Das Merkmal Eilfall in § 10a Abs. 2 Satz 3 bezieht sich auf die Entstehung des Bedarfs und nicht auf die Übernahme der Kosten (wird ausgeführt). Der Ausgleich erfolgt dann später gemäß § 10 b Abs. 1 dadurch, dass die nach § 10a Abs. 2 Satz 1 zuständige Behörde der Behörde am Ort des Krankenhauses die Kosten erstatten muss.

VG Magdeburg 6 A 489/01 MD, U. v. 13.02.02, GK AsylbLG § 10a VG Nr. 7 Unter die Zuständigkeitsregelung des § 10a Abs. 2 AsylbLG und die entsprechende Erstattungsregelung in § 10b AsylbLG fallen stationäre, nicht aber ambulante Krankenhausaufenthalte. Das Land Berlin hat deshalb keinen Anspruch auf **Erstattung der Kosten für eine ambulante Erste-Hilfe-Behandlung** im Krankenhaus für einen Asylbewerber, der sich einer asylverfahrensrechtlichen beschränkung zuwider in Berlin aufhielt.

Auch ein Erstattungsanspruch nach § 9 Abs. 3 AsylbLG i.V.m. § 102 Abs. 1 SGB X scheidet aus. Berlin hat keine vorläufigen (und deshalb nach § 1902 SGB X erstattungsfähigen) Leistungen nach § 43 SGB I erbracht, da § 43 SGB I für den bereich des asylbLG nicht anwendbar ist. Überdies handelt es sich bei der Leistung um eine durch Berlin in eigener Zuständigkeit erbrachte Hilfe nach **§ 11 Abs. 2 AsylbLG**. Für nicht unter § 10a fallende, der Höhe nach meist geringe Hilfen nach § 11 Abs. 2 AsylbLG hat der Gesetzgeber jedoch keinen Erstattungsanspruch der Leistungsträger untereinander vorgesehen.

VG Karlsruhe 8 K 143/02, U.v.26.09.03, GK AsylbLG § 10a VG Nr. 11 Die örtliche Zuständigkeit des Leistungsträgers am **Zuweisungsort** des Asylbewerbers (hier: Asylfolgeantragstellers) ist auch im Falle **notfallmäßiger Aufnahme ins Krankenhaus** an einem anderen Ort gegeben.

Dem steht die Regelung in **§ 11 Abs. 2 AsylbLG** über den Anspruch auf unabweisbare Leistungen am tatsächlichen Aufenthaltsort bei Aufenthalt außerhalb des Zuweisungsortes nicht entgegen, da diese Regelung jedenfalls nach Einfügung des § 10a AsylbLG nicht mehr die Bedeutung einer Zuständigkeitsregelung hat, vielmehr hat sie allein noch leistungsbegrenzenden Inhalt (vgl. VG Karlsruhe 8 K 2941/01, U.v. 15.07.03; ebenso VGH Ba-Wü 7 S 313/00, B.v. 19.04.00, FEVS 52, 74, DÖV 2000, 648).

Einschlägig für die örtliche Zuständigkeit bei einer Krankenbehandlung ist vielmehr der dem § 97 BSHG nachgebildete **§ 10a Abs. 2 AsylbLG**, wonach der Leistungsträger am Ort des "gewöhnlichen Aufenthalts" des Hilfebedürftigen zuständig ist. § 10 a Abs. 3 Satz 4 bestimmt für Leistungsberechtigte, die an einen bestimmten Ort zugewiesen oder verteilt wurden (§ 10a Abs. 1 Satz 1 AsylbLG), diesen Ort als Ort des gewöhnlichen Aufenthalts. § 10a Abs. 2 Satz 3, der die Zuständigkeit für eine Krankenbehandlung im Eilfall regelt, steht dem nicht entgegen, weil diese Regelung ebenfalls auf § 10a Abs. 1 verweist, wonach die Behörde am Zuweisungsort des Asylbewerbers zuständig ist.

SG Gelsenkirchen S 2 AY 20/05, U.v. 29.05.06, www.sozialgerichtsbarkeit.de Die Regelung über den **Nothelfer** in § 25 SGB XII ist für den Bereich des AsylbLG entsprechend anwendbar.

Die **örtliche Zuständigkeit** bestimmt sich allein nach **§ 10 a AsylbLG** und **nicht nach § 11 Abs. 2 AsylbLG**. § 11 Abs. 2 AsylbLG enthält keine Zuständigkeitsregelung, sondern regelt ausschließlich den Umfang der bei einem unerlaubten Aufenthalt zu erbringenden Leistungen. Einschlägig ist vorliegend § 10 a Abs. 2 AsylbLG. Für derartige Hilfen ist der für den gewöhnlichen Aufenthaltsort des Hilfsbedürftigen maßgebende Träger zuständig (§ 10 a Abs. 2 Satz 1 AsylbLG). Das AsylbLG hat die Bestimmung dieses Trägers dadurch vereinfacht, dass es bei Ausländer, die durch Behörden verteilt oder zugewiesen wurden, den gewöhnlichen Aufenthaltsort mit dem Bereich der Verteilung der Zuweisung gleichsetzt (§ 10 a Abs. 3 Satz 4 AsylbLG).

Auch besteht keine Verpflichtung des Trägers am tatsächlichen Aufenthaltsort gemäß **§ 10 a Abs. 2 Satz 3 AsylbLG zur vorläufigen Hilfe in einem Eilfall**. § 10 Abs. 2 Satz 3 AsylbLG ordnet als Rechtsfolge an, dass die nach Abs. 1 zuständige Behörde unverzüglich zu entscheiden und vorläufig einzutreten hat. Denn nach Abs. 1 ist zunächst der Träger des Bereichs des zugewiesenen Aufenthaltsorts des Ausländers örtlich zuständig und erst im übrigen die Behörde des tatsächlichen Aufenthaltsorts.

Erstattungsanspruch des Krankenhauses III - keine analoge Anwendbarkeit des § 18 SGB XII / § 5 BSHG (keine Leistung ohne Kenntnis des Sozialamts) -

VG Oldenburg 3 A 2274/98, U.v. 05.04.00, GK AsylbLG § 4 Abs. 3 VG Nr. 1, bestätigt durch OVG Niedersachsen 4 LB 1109/01 U.v. 17.10.01

Tatbestand: Die Klägerin hatte aufgrund ambulantärztlicher Verabredung eine Operation (Entfernung der Gebärmutter u.a.) im Krankenhaus durchführen lassen. Der über das Krankenhaus zwei Tage nach Aufnahme der Klägerin gestellte Antrag auf Kostenerstattung wurde vom Sozialamt abgelehnt, da dem Anspruch auf Krankenhilfe § 5 BSHG entgegenstehe: Die **Behandlung sei durchgeführt worden, bevor das Sozialamt Kenntnis von der Erkrankung** gehabt habe. Nach § 5 BSHG setze die Sozialhilfe aber erst ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe bekannt werde, dass die Voraussetzungen für ihre Gewährung vorliegen. § 5 BSHG sei als sozialhilferechtliches Prinzip auch auf Leistungen nach AsylbLG entsprechend anwendbar.

Gründe: § 4 Abs. 3 AsylbLG verpflichtet das Sozialamt zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung, was grundsätzlich durch Amtsärzte, durch beauftragte Ärzte oder (wie vorliegend) durch die Ausgabe von Krankenbehandlungsscheinen an den Leistungsberechtigten oder an den behandelnden Arzt möglich ist. Bei der Krankenbehandlung auf "Gutschein" kann das Sozialamt die erforderlichen Leistungen naturgemäß in geringerem Maße als bei einer Behandlung durch Amtsärzte bzw. beauftragte Ärzte beeinflussen.

Die Voraussetzungen des § 4 Abs. 1 AsylbLG - Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung zur Behandlung eines akuten Schmerzzustandes - liegen unstrittig vor. Ein **Anspruch auf eine Leistung nach § 4 Abs. 1 AsylbLG setzt nicht voraus, dass das Sozialamt sie immer oder in bestimmten Fällen (Krankenhaus, Brille oder sonstige Hilfsmittel, Krankengymnastik u.ä.) vorher genehmigt**. Im Wortlaut des AsylbLG findet die Auffassung des Sozialamtes, dass wegen fehlender vorheriger Genehmigung des Krankenhausaufenthaltes der Klägerin diese Kosten nicht zu übernehmen seien, keine Stütze. Es mag zwar im eigenen Interesse des Leistungsberechtigten nach AsylbLG liegen, sich vor der Behandlung zu vergewissern, dass das Sozialamt die Kosten übernimmt. Er ist hierzu aber nicht verpflichtet. Wenn sich nicht mehr nachweisen lässt, dass eine Behandlung nach Maßgabe des § 4 notwendig gewesen ist, so

geht dies ggf. zu Lasten des Antragstellers und möglicherweise letztlich zu Lasten des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses.

Etwas anderes legt auch nicht die Systematik der Krankenhilfe nach § 4 nahe. Das Sozialamt räumte der Klägerin durch nicht näher spezifizierte Krankenscheine das **Recht ein, sich von einem Arzt ihrer Wahl** behandeln zu lassen. Der Vergütungsanspruch des Arztes wird ggf. lediglich der Höhe nach durch § 4 Abs. 3 S. 2 der Höhe nach auf die vertraglich mit den Krankenkassen vereinbarten Sätze begrenzt. Dass vor der Behandlung als weitere Voraussetzung noch die zuständige Behörde mit dem Schmerzzustand des Leistungsberechtigten zu befasen ist, liegt nach der Systematik der Vorschrift fern. Daran ändert auch der auf den Krankenschein aufgedruckte, u.a. Überweisungen zu Fachärzten und Krankenhauseinweisungen betreffende entsprechende Vorbehalt nichts.

Das AsylbLG enthält **keine § 5 BSHG entsprechende Vorschrift**. Es ist kein Teil des BSHG, nach dem klaren Willen des Gesetzgebers gilt für das Verfahrensrecht auch das SGB X nicht, es sind vielmehr die Verwaltungsverfahrensgesetze der Ländern anzuwenden. Nach § 1 NdsVwVfG gilt vorliegend insoweit das VwVfG des Bundes. Dort ist eine mit § 5 BSHG vergleichbare Regelung nicht getroffen (vgl. § 22 VwVfG). Die Tätigkeit der Behörden nach AsylbLG setzt auch nicht auf Antrag, sondern (jedenfalls ganz überwiegend) von Amts wegen ein, beispielsweise bei der Gewährung von Sachleistungen nach § 3 AsylbLG in Aufnahmeeinrichtungen nach § 44 AsylbLG. Die Pflicht zum Aufenthalt in den Aufnahmeeinrichtungen korrespondiert mit der Bereitstellung der das Existenzminimum sichernden Grundleistungen nach § 3.

§ 5 BSHG ist auch nicht im Wege der **Analogie** anwendbar. Man mag zwar das AsylbLG als Teil des Sozialverwaltungsrechts der BR Deutschland ansehen. Die Feststellung einer planwidrigen Regelungslücke im AsylbLG ist aber nicht möglich. Dies erforderte aber, dass § 5 BSHG ein allgemeiner Rechtsgrundsatz von allgemeiner Bedeutung im gesamten Sozialverwaltungsrecht der BR Deutschland ist. Das ist aber nicht der Fall. Leistungen für in der Vergangenheit liegenden Zeiträume werden durchaus gewährt, bei Sozialleistungen außerhalb des BSHG gilt beispielsweise ein Monatsprinzip (vgl. etwa § 15 Abs. 1 BAföG).

Auch der vom Widerspruchsbescheid hervorgehobene Aspekt, dass das AsylbLG lediglich ein "**Spezialsozialhilferecht**" sei, rechtfertigt es nicht, § 5 BSHG auf Ansprüche nach § 4 Abs. 1 AsylbLG anzuwenden. Generell unterscheiden sich AsylbLG und BSHG von ihren Zwecken. Mit dem AsylbLG wollte der Gesetzgeber ein eigenständiges Regelwerk schaffen mit dem Ziel, vereinfacht auf die Bedürfnisse eines in aller Regel nur kurzen, vorübergehenden Aufenthalts abgestellte Leistungen zu erbringen und - anders als das vom Individualisierungsgrundsatz ausgehende und auf Gewährleistung eines sozial integrierten Lebens in der BR Deutschland ausgerichtete BSHG - wesentlich dem Ausländer und Asylrecht anzupassen. Mit dem Individualisierungsgrundsatz des BSHG steht die persönliche Hilfe und Beratung gemäß § 8 BSHG im engen Zusammenhang, womit wiederum in sachlichem Zusammenhang die Pflicht des Hilfeempfängers steht, gemäß § 5 BSHG das Sozialamt rechtzeitig mit seinem Hilfsfall zu befasen. Mit § 8 BSHG vergleichbare Beratungspflichten kennt das AsylbLG nicht, insoweit ist es nur folgerichtig, dass § 5 BSHG entsprechende Regelungen dort nicht getroffen sind.

Soweit der **Runderlass** des MI Nds. zum AsylbLG vom 14.08.95 § 5 BSHG für anwendbar hält, ginge das über eine nähere Festlegung zum Verfahren nach § 10 AsylbLG hinaus, insoweit würde nämlich (unzulässig) materiell regelnd in die Ansprüche nach AsylbLG selbst eingegriffen.

Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 6 AsylbLG

VG Hildesheim 3 B 1553/97 Hi v. 9.12.1997; ZfF 2000, 16; www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1349.pdf

Die Kosten für die stationäre Unterbringung eines schwer mehrfachbehinderten Kindes in einer **Behinderteneinrichtung** sind nach § 6 AsylbLG vom Sozialamt zu übernehmen. Der 7jährige Junge ist schwerstbehindert, es liegt eine schwere stato- und psychomotorische Retardierung infolge frühkindlichen Hirnschadens, verbunden mit psychomotorischer Unruhe, nächtlichen Erregungszuständen und Inkontinenz. Das Kind ist nicht in der Lage zu gehen, die Fortbewegung geschieht kriechend, wobei entsprechend dem Entwicklungsstand die Umgebung mit dem Mund erforscht wird. Kontaktaufnahme zu anderen Personen erfolgt ausschließlich durch Berührung, selbständige Nahrungsaufnahme ist nicht möglich. Laut sozialhygienischer Stellungnahme wird häusliche Pflege unter diesen Umständen als problematisch angesehen. Das schwer mehrfach behinderte Kind benötigt kontinuierliche Pflege und Betreuung, die auf Dauer vom Vater und der Schwester nicht erbracht werden könne. Die Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung sei deshalb erforderlich. In einer weiteren amtsärztlichen Stellungnahme heißt es, aus ärztlicher Sicht werde die Unterbringung des Kindes in einer Institution, in der für die Betreuung und Pflege sowie Anleitung Behinderter ausgebildetes Personal tätig sei, für sehr dringend gehalten.

Mit der Neufassung des § 6 AsylbLG werden auch über die bisherige Vorschrift hinausgehende sonstige Leistungen ermöglicht. Dass die zur Milderung der Behinderung (vgl. § 39 Abs. 3 BSHG) begehrte Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung geboten ist, wird durch zwei amtsärztliche Stellungnahmen glaubhaft gemacht, wonach die Unterbringung für erforderlich und die Betreuung durch geschultes Personal für dringend gehalten wird.

Angesichts dieser Aussagen ist nach § 6 allein die Gewährung der Leistung ermessensgerecht. Es heißt in den Stellungnahmen, dass Vater und Schwester die erforderliche Pflege nicht erbringen können. Auch die Mitarbeit von Sozialarbeitern in der Gemeinschaftsunterkunft stellt dies nicht in Frage. Zu deren Aufgaben mag eine (gele-

gentliche) Kinderbetreuung gehören. Was für den Antragsteller erforderlich ist, geht - jedenfalls auf Dauer - weit darüber hinaus.

VG Schleswig 13 B 159/98 v. 21.8.98, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1267.pdf Anspruch auf **Integrationsmaßnahme für ein behindertes Kind im Kindergarten** als Leistung nach § 6 AsylbLG "zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern". Die Antragstellerin (das behinderte Kind) weist einen hochgradigen Entwicklungsrückstand auf. Diesen aufzuholen oder zumindest zu verringern ist Ziel der Maßnahme, deren Notwendigkeit das Gesundheitsamt ohne weiteres bejaht hat; aus der Stellungnahme des Gesundheitsamtes ergibt sich gleichzeitig auch die Geeignetheit der Maßnahme. Die Notwendigkeit des Ausgleichs von Entwicklungsstörungen tritt gerade bei Kindern auf; nach dem Kindesalter sind Entwicklungsschäden häufig nicht mehr einzuholen oder zu mildern. Das Bedürfnis, einen Entwicklungsrückstand in einem integrativen Kindergarten aufzuholen oder wesentlich abzumildern, tritt gerade oder nur bei Kindern auf. Das Tatbestandsmerkmal des § 6 AsylbLG ist daher erfüllt.

Bei der Abwägung dieses Bedürfnisses mit dem Gesichtspunkt, dass möglichst keine Maßnahmen eingeleitet werden sollen, die **bei einer Ausreise ggf. wieder abgebrochen** werden müssten und deshalb von vornherein das hohe Risiko des Leerlaufs tragen, ist zu berücksichtigen, dass die jetzt 5 1/2 jährige Antragstellerin 1999 das Schulpflichtalter erreicht. Die Möglichkeit der Förderung in einem integrativen Kindergarten endet dann ohnehin. Ist einerseits die Maßnahme für ein Kind geboten, kann dieses aber andererseits nur noch relativ kurze Zeit die Maßnahme wahrnehmen, so kann nicht auf eine Hauptsacheentscheidung verwiesen werden. Das Risiko, dass die Maßnahme ggf. abgebrochen werden muss, muss demgegenüber zurücktreten. Dies um so mehr, als es sich nicht um eine Maßnahme von vornherein vorgegebener Dauer handelt, die deshalb entweder ganz oder gar nicht durchgeführt werden kann. Auch eine gewisse Zeit der Förderung in einem Kindergarten wäre kein Leerlauf und könnte die Entwicklung der Antragstellerin schon erheblich fördern.

OVG Schleswig 98/98 v. 9.9.98, FEVS 1999, 325 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1267.pdf bestätigt die o.g. Entscheidung des VG Schleswig und führt ergänzend aus: Aus der Verwendung des Wortes "**insbesondere**" in der Neufassung des § 6 AsylbLG ergibt sich, dass die Fälle sonstiger Leistungen in § 6 nicht abschließend, sondern lediglich beispielhaft aufgeführt sind, so dass sich nicht die Frage stellt, ob der geltend gemachte Bedarf unter einen der aufgeführten Beispielfälle (VG: "Zur Sicherung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten", Sozialamt: (allenfalls) "zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich") subsumieren lässt. Nach der Gesetzesbegründung soll die Neufassung gerade auch die Gewährung über die bisher klar bestimmten Fälle hinausgehender sonstiger Leistungen ermöglichen.

Der Senat teilt auch nicht die Auffassung, dass **Eingliederungshilfe nur Ausländern mit längerfristigem oder dauerhaften Aufenthalt gewährt werden könne**, weil nur diese in die hiesige Gesellschaft eingegliedert werden könnten und sollten. Zweck und Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, die Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und dem Behinderten damit die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen (vgl § 39 Abs. 3 BSHG). Ob das letztlich die deutsche oder die türkische Gemeinschaft sein wird, dürfte unerheblich sein, wenn der Eingliederungshilfebedarf, wie nach den zutreffenden Feststellungen des VG im vorliegenden Fall, jetzt besteht und jetzt erfüllt werden muss.

VG Freiburg 5 K 1594/98 v. 01.09.98, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1456.pdf Der Landkreis Konstanz wird zur Weitergewährung von Leistungen für die Unterbringung einer **19jährigen geistig behinderten geduldeten Kovovo-Albanerin in einer Behinderteneinrichtung** verpflichtet.

Das Sozialamt hat die Ablehnung der weiteren Kostenübernahme damit begründet, dass das Asylverfahren der Antragstellerin und ihrer hier lebenden Eltern beendet sei, mit einer Rückführung der Antragstellerin nach Jugoslawien sei daher zu rechnen. Dazu solle sie schrittweise wieder in ihre (ebenfalls hier lebende) Familie reintegriert werden, ihre Betreuung werde künftig durch den Einsatz eines Familienhelfers gewährleistet.

Die Behinderteneinrichtung hat dieser Einschätzung unter Hinweis auf den sehr schwierigen Verlauf zweier versuchsweiser Aufenthalte der Antragstellerin in ihrer Familie widersprochen. Eine Rückkehr in ihre Familie sei eigentlich nicht vorstellbar und würde erneut zu einer massiven psychischen Krise führen. Nach einem vom Prozessbevollmächtigten der Antragstellerin vorgelegten jugendpsychiatrischen Gutachten ergibt sich das Bild einer mittelgradig geistig behinderten Frau mit Verhaltensauffälligkeiten mit Sach- und Fremdaggressionen, Schreiatacken, zwanghaftem Verhalten, Einkoten und Kotschmierer, starken Stimmungsschwankungen und zeitweiligen Weglauftendenzen mit einhergehender erhöhter Selbstgefährdung. Die Antragstellerin benötige dringend für sie passende milieutherapeutische Rahmenbedingungen sowie eine intensive psychologische, psychiatrische und heilpädagogische Behandlung, die vermutlich noch einige Jahre notwendig sein werde. Das Gericht schließt aus dem Gutachten, dass den der Antragstellerin drohenden Gefahren auch durch das vom Sozialamt angebotene eigene Zimmer und einen Familienhelfer, zumal dieser nicht rund um die Uhr zur Verfügung steht, nicht ausreichend begegnet werden kann.

Die Kostenübernahme nach § 2 AsylbLG analog § 39 BSHG kommt ab 1.6.1997 infolge der Novellierung des AsylbLG nicht mehr in Frage. Die Heimunterbringung erscheint aber vorerst zur Sicherung der Gesundheit der Antragstellerin gemäß § 6 AsylbLG unerlässlich. Die Gewährung von Leistungen nach § 6 steht grundsätzlich im Ermessen der Behörde. Jedenfalls solange das vom Sozialamt angeforderte amtsärztliche Gutachten nicht vorliegt, erscheint es dem Gericht ermessensfehlerfrei nicht begründbar, die Übernahme der Unterbringungskosten abzulehnen. Zur Klarstellung wird darauf hingewiesen, dass die Frage des Vorliegens von Abschiebungshindernissen, insbesondere nach § 53 Abs. 6 AuslG, unter Wiederaufgreifen des abgeschlossenen Asylverfahrens Gegenstand eines gesondert bei Gericht anhängigen Klageverfahrens ist.

Die Entscheidung wurde durch **VGH Ba-Wü 7 S 2492/98 v. 20.10.98** www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1456.pdf **bestätigt**, da der Antragsgegner es unterlassen hat, den Beschwerde Zulassungsantrag innerhalb einer Frist von 14 Tagen (§ 146 Abs. 5 VwGO) inhaltlich zu begründen.

VG Augsburg Au 3 K 99.1236, U.v. 17.10.00, NVwZ-Beilage I 2001, 46; IBIS e.V.: C1643. Anspruch auf **vollstationäre Unterbringung** in einem Krankenhaus bzw. einem **Heim für psychisch Kranke** als sonstige Leistung nach § 6 AsylbLG für eine geduldete ehemalige Asylbewerberin, die an einer schweren psychischen Krankheit leidet und mehrere Suizidversuche hinter sich hat. Nach **ärztlichem Gutachten** ist die Antragstellerin auf Grund ihrer Störung nicht in der Lage, sich mit Unterstützung oder so weit selbst zu versorgen, dass sie in ambulanten oder teilstationären Rahmen betreut werden könnte. Die Defizite in ihren alltäglichen Verrichtungen seien so groß, dass nur eine stationäre Einrichtung in Frage komme. Bei Veränderungen der derzeit stationär untergebrachten Antragstellerin bestehe die Gefahr von Selbstbeschädigungstendenzen und suizidalem Verhalten. Die Antragstellerin sei nicht reise- und transportfähig und es sei nicht zu erwarten, dass sich dies in absehbarer Zeit ändern werde.

Nach § 6 AsylbLG kann im Einzelfall eine **Ermessensreduzierung auf Null** gegeben sein, d.h. jede andere als die beantragte Hilfe wäre nicht rechtmäßig. Vorliegend ist - wie sich aus den Gutachten ergibt - die Antragstellerin nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen und - auch nicht teilweise - selbständig zu leben, sie ist zwingend auf vollstationäre Unterbringung angewiesen, so dass sie - ausnahmsweise - Anspruch auf die Leistung nach § 6 AsylbLG hat. Als **Hilfe analog § 40 Abs. 1 Nr. 1 BSHG (Eingliederungshilfe für Behinderte)** wird diese Hilfe auch nicht durch eine entgegenstehende, Hilfen analog § 40 Abs. 1 Nr. 3-8 BSHG ausschließende Mitteilung des bayerischen Sozialministeriums vom 16.02.98 ausgeschlossen (ein pauschaler Ausschluss bestimmter Eingliederungshilfen per Erlass ist im übrigen auch rechtswidrig, Anmerkung G.C.).

Dem Anspruch steht auch nicht der voraussichtlich **nur vorübergehende Aufenthalt in Deutschland** entgegen (vgl. Begründung zur 1. AsylbLG-Novelle, BT-Drs 13/2746). Für das AsylbLG hat wie für das BSHG der tragende Grundsatz zu gelten, dass mit den gewährten Leistungen ein menschenwürdiges Leben ermöglicht werden soll. Der **Schutz der Menschenwürde** (Art. 1 GG) wie auch das **Sozialstaatsgebot** (Art. 20, 28 GG) - an die auch das Sozialamt gebunden ist - bezwecken für den nach § 1 AsylbLG anspruchsberechtigten Personenkreis, dass durch die dort genannten Leistungen (gleichlautend § 1 Abs. 2 Satz 1 BSHG) dem Empfänger die Führung eines Lebens ermöglicht werden soll, das der Würde des Menschen entspricht. Dabei kann dem Ansatz des Sozialamts nicht gefolgt werden, dass die beantragten Leistungen auf Dauer angelegt seien, während das AsylbLG nur Leistungen regelt, die typischerweise vorübergehend erbracht werden. Die zur Sicherung eines menschenwürdigen Lebens der Klägerin erforderlichen Leistungen müssen solange gewährt werden, wie dies im Einzelfall erforderlich ist. Auf Grund der psychischen Krankheit bzw. seelischen Behinderung, der nicht ersichtlichen Besserung des Zustandes und der nicht absehbaren Reisefähigkeit ist vorliegend die Hilfe für die Klägerin auf unbestimmte Dauer erforderlich. Eine Versagung der Hilfe würde dazu führen, dass die Klägerin nicht in der Lage ist, sich selbst zu versorgen, was zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und möglicherweise erneuten akuten Suizidgefahr führen würde, was dem Grundsatz der Menschenwürde und dem Sozialstaatsprinzip widersprechen würde.

OVG Lüneburg 12 L 3799/98, Urteil v. 25.2.99, NVwZ-Beilage I 1999, 54; InfAusIR 1999, 247; www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1412.pdf Nach **§ 6 AsylbLG** kann das Sozialamt verpflichtet sein, Leistungen für den Schulbesuch zu erbringen, wenn nur durch diese Leistungen der Besuch einer Schule oder einer gleichwertigen Einrichtung (hier: Tagesbildungstätte der Lebenshilfe) gesichert wird. Nach Stellungnahme des Gesundheitsamtes besteht "eine mittelgradige Beeinträchtigung der geistigen Entwicklung", nach Stellungnahme des Schulaufsichtsamtes liegt "ein sonderpädagogischer Förderungsbedarf" vor. Weder vom Sozialamt noch vom Schulaufsichtsamt wurde eine andere Möglichkeit, der Schulpflicht nachzukommen, aufgezeigt.

Asylbewerber sowie Kinder von Asylbewerbern sind **schulpflichtig**, da ein gewöhnlicher Aufenthalt im Sinne § 63 Abs. 1 NdsSchulG bereits durch einen kurzen Aufenthalt begründet wird (vgl. Seyderhelm/Nagel/Brockmann, § 63 Rn 2.2; Erlass Nds. MK v. 4.2.1993, n.v.). In Birk, LPK BSHG, § 6 Rn 5 wird zu Recht die Auffassung vertreten, die Vorschrift sei auch dazu geschaffen worden, den Schulbesuch von Kindern, auch von behinderten Kindern zu sichern. Eine Auslegung dahin, dass Asylbewerbern, die der Schulpflicht unterliegen, der Schulbesuch ermöglicht wird, ist auch im Hinblick auf das **Übereinkommen über die Rechte des Kindes** vom 20.11.1989 (BGBl II 1992, 122) geboten. Dieses Übereinkommen, dem die Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist, sieht in Art. 23 vor, dass ein geistig oder körperlich behindertes Kind ein erfülltes und menschenwürdiges Leben unter den Bedingungen führen soll, welche die Würde des Kindes wahren, seine Selbständigkeit fördern und seine aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erleichtern. Art. 28 sichert den unentgeltlichen Besuch einer Grundschule. Dahin stehen kann, ob § 6 AsylbLG F. 1993 der Behörde Ermessen einräumt. Vorliegend wäre das **Ermessen auf Null** reduziert, da dem Kläger Hilfe zum Besuch einer Schule oder einer gleichwertigen Einrichtung gewährt werden musste.

VG Sigmaringen 5 K 781/02, U.v. 02.04.03, GK AsylbLG § 6 VG Nr. 14 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1763.pdf Anspruch auf **Eingliederungshilfe** zum Besuch einer **Internatsschule für hochgradig Sehbehinderte**.

Sachverhalt: Die 1995 geborene Antragstellerin reiste im August 2000 mit ihren Eltern ein und wird derzeit **geduldet**. Es existiert eine bestandskräftige Ausreiseaufforderung, weitere aufenthaltsbeendende Maßnahmen wurden - soweit ersichtlich - nicht eingeleitet. Die Klägerin ist hochgradig sehbehindert mit der Prognose zur Blindheit.

Nach Aussage des Gesundheitsamtes sei eine Zurückstellung vom Schulbesuch nicht sinnvoll, da eine intensive blindenspezifische Förderung im Kindergarten nicht möglich sei. Das Gesundheitsamt empfahl eine vollstationäre Betreuung in einer Heimsonderschule für Blinde und Sehbehinderte zwecks Vermittlung einer adäquaten Schulbildung, da ambulante und teilstationäre Angebote in einer täglich anfahrbaren Distanz nicht vorhanden seien, zumal ihre Familienangehörigen gleichfalls blind seien.

Gründe: Zutreffend ist der Antragsgegner von § 6 AsylbLG als allein in Betracht kommender Anspruchsgrundlage ausgegangen. Die Maßnahme ist eine "sonstige Leistung" nach § 6, über die nach Ermessen zu entscheiden ist. Der Antragsgegner geht bei seinen der Ablehnung der Leistung zugrunde liegende Ermessensabwägungen bereits unzutreffend davon aus, dass das Kind nicht schulpflichtig sei. Dass der gewöhnliche Aufenthalt im Sinne des § 73 Abs. 1 SchulG BaWü und damit die **Schulpflicht** auch für längerfristig geduldete Kinder gilt, ist in den Kommentierungen des BaWü Schulrechts anerkannt (vgl. Hochstetter/Muser, SchulG BaWü, 20. A. § 72 Rn2; zu Kindern von Asylbewerbern BayVGH 7 B 94.1063, BayVBL. 1997, 48). Auch sie halten sich nämlich gewöhnlich in BaWü auf, wenn sie über einen Zeitraum von (wenigstens) einem Jahr geduldet werden.

Dass das beklagte Land erklärt hat, die Familie werde in Kürze abgeschoben, ändert daran nichts, zumal der Zeitpunkt der Abschiebung nicht feststeht. Zudem besteht derzeit ein bundesweiter Abschiebestopp für die Antragsteller als **Roma aus dem Kosovo**, auch dürfte nach Auffassung des VG in hohem Maße fraglich sein, ob die siebenjährige stark sehbehinderte Klägerin und ihre völlig erblindeten Eltern in den nächsten Jahren überhaupt in ihre Heimat abgeschoben werden oder zurückkehren können. Zu dieser Frage hat der Antragsgegner in seinem Widerspruchsbescheid nicht Stellung genommen, was nach Auffassung des VG aber geboten wäre, zumal auch der Antragsgegner wohl der Auffassung ist, dass der Erfolg der begehrten Maßnahme auch von ihrer Dauer abhängt und bei mehrjährigem Aufenthalt eine Kostenübernahme in Betracht käme.

Erweist sich der Widerspruchsbescheid als ermessensfehlerhaft, stellt sich die Frage, ob eine andere Entscheidung in Frage kommt. Das ist nicht der Fall. Die Belange der Klägerin wiegen schwer. Sie finden ihre Stütze in der vom Gesetzgeber besonders hervorgehobenen Fallgruppe des § 6 "**zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten**" (vgl. OVG Nds 12 L 3799/98, U.v. 25.02.99; GK AsylbLG, § 6 Rn 192ff. m.w.N. zur Rspr.). Hinzu kommt die Stellungnahme der Schule, die davon ausgeht, dass die Klägerin in jedem Falle von der Maßnahme profitieren könne, da Grundlagen im Erlernen von Kulturtechniken, Selbständigkeit in der Orientierung und Mobilität zum jetzigen Zeitpunkt erfolgen müssten und einmal gemachte Erfahrungen auf keinen Fall nutzlos seien und ins Leere liefen. Das VG hält dies für nachvollziehbar und plausibel, der Internatsschulbesuch ist damit auch eine "**zur Sicherung des Gesundheit unerlässliche**" Maßnahme im Sinne des § 6 AsylbLG.

Eine Auslegung des § 6 dahingehend, Kindern von Asylbewerbern, die der Schulpflicht unterliegen, auch nach Ablehnung des Asylantrags den Schulbesuch zu ermöglichen, ist auch im Hinblick auf **Art. 23 und 28 UN-Kinderrechtskonvention** (UN-KRK) geboten. Art. 23 UN-KRK sieht vor, dass ein geistig oder körperlich behindertes Kind ein erfülltes und menschenwürdiges Leben unter den Bedingungen führen soll, welche die Würde des Kindes wahren, seine Selbständigkeit fördern und seine aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erleichtern. Art. 28 sichert den unentgeltlichen Besuch einer Grundschule.

Das Ermessen ist vorliegend auf Null reduziert. Die Eignung der von der Klägerin besuchten Schule wurde vom Antragsgegner nicht bezweifelt und der Besuch einer anderen Schule nie vorgeschlagen. Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass eine andere Gelegenheit für die Klägerin, ihrer Schulpflicht nachzukommen, nicht besteht. Dabei verkennt die Kammer nicht, dass der Schulbesuch mit erheblichen Kosten verbunden ist. Dieser Umstand kann aber der unerlässlichen und gebotenen Hilfe im konkreten Fall nicht entgegengesetzt werden.

VG Sigmaringen 5 K 1035/02, U.v. 30.07.03, GK AsylbLG § 2 Abs. 1 VG Nr. 38 Der Anspruch auf Leistungen analog BSHG setzt nicht nur den Ablauf der **36 monatigen Wartefrist** voraus, sondern den **tatsächlichen Leistungsbezug** während dieses Zeitraums.

Das VG verneint den Anspruch auf **Eingliederungshilfe zum Schulbesuch** (integrative Ganztageseinrichtung, Betriebsteil Schulkindergarten, mtl. Kosten von 408 DM/mtl.) nach § 40 Abs. 1 Nr. 4 BSHG für ein behindertes Kind mit einer Duldung, weil der Vater derzeit **erwerbstätig** ist und deshalb noch keine 36 Monate Leistungen nach § 3 AsylbLG bezogen hat. Eine Leistungsberechtigung nach § 2 AsylbLG besteht somit nicht und eine Kostenübernahme käme nur nach § 6 AsylbLG in Betracht. Dafür sind aber nicht die höheren Einkommensgrenzen nach dem BSHG, sondern die Einkommensgrenzen nach § 7 AsylbLG maßgeblich, wonach der Vater die Kosten jedoch aus eigenem Einkommen tragen kann. Auf das Vorliegen der weiteren Tatbestände des § 2 AsylbLG (Ausreisehindernisse) kommt es vorliegend nicht mehr an.

• **Anmerkung:** Denkbar wäre hier eine Kostenbefreiung oder -ermäßigung wegen geringen Einkommens im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe nach **§ 90 SGB VIII**. Dies wurde vom Gericht jedoch nicht geprüft.

SGB V - gesetzliche Krankenversicherung

§ 10 SGB V – Familienversicherung für Asylsuchende und Geduldete; Sozialabkommen Jugoslawien

BSG 12 RK 29/96 v. 30.4.97, IBIS C1313, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1313.pdf

Die geduldete Ehefrau eines pflichtversicherten erwerbstätigen geduldeten Bosniers (beide Kriegsflüchtlinge) hat Anspruch auf Feststellung des Bestehens einer Familienkrankenversicherung nach § 10 SGB V.

Dies ergibt sich aus dem **Abkommen zwischen der BR Deutschland und der SFR Jugoslawien über soziale Sicherheit** vom 12.10.1968 (BGBl II 1969, 1438), da wie alle zwischen der BR Deutschland und der SFR Jugoslawien geschlossenen Verträge im Verhältnis zwischen der BR Deutschland und der Republik Bosnien und Herzegowina weiter anzuwenden ist (Bekanntmachung über die Fortgeltung der dt.-jugosl. Verträge im Verhältnis zwischen der BR Deutschland und der Republik Bosnien und Herzegowina v. 16.11.92 - BGBl II 1992, 1196) - wird ausgeführt -.

Unabhängig davon ist die Ehefrau aber auch nach innerstaatlichem deutschen Recht familienversichert. Sie hatte ihren **gewöhnlichen Aufenthalt** i.S.d. § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB V und § 30 Abs. 3 SGB I im Inland. Die Ehefrau hielt sich seit November 1992 als **Bürgerkriegsflüchtling mit einer Duldung** in Deutschland auf. Im Zeitpunkt der Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung durch den Ehemann (Juni 1993) waren Anhaltspunkte für ein kurzes Verweilen der Ehefrau im Inland nicht erkennbar und ein Ende der kriegerischen Auseinandersetzungen in Bosnien nicht absehbar. Der gewöhnliche Aufenthalt der Ehefrau war nicht ausgeschlossen, weil ihr Aufenthalt nur geduldet war.

Der Senat hat in Bestätigung der bisherigen Rechtsprechung zu § 205 Abs. 1 RVO (=Familienkrankenhilfe in der bis zum Inkrafttreten des SGB V am 1.1.1989 geltenden Fassung) entschieden, dass **Asylbewerber** ihren **gewöhnlichen Aufenthalt** im Inland haben können, auch wenn ihr Aufenthalt nur zur Durchführung des Asylverfahrens gestattet ist (**BSG 12 RK 30/96 v. 30.4.97**). Ein ausländerrechtlich beständiger (zukunftsöffener) Aufenthaltsstatus ist für die Annahme eines gewöhnlichen Aufenthaltes i.S.d. § 10 Abs. 1 SGB V nicht erforderlich. Es genügt, dass der Familienversicherte einen ausländerrechtlich ebenso beständigen Aufenthaltsstatus hat wie das Mitglied. Dies gilt in gleicher Weise für geduldete Bürgerkriegsflüchtlinge.

BSG 12 RK 30/96 v. 30.4.97, IBIS C1314, FEVS 1998, 136, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1314.pdf

Die Ehefrau des bei der AOK pflichtversicherten Klägers - beide sind **Asylbewerber** - hat Anspruch auf Leistungen der Familienversicherung. Ein **gewöhnlicher Aufenthalt** im Sinne des § 30 SGB I liegt vor, denn der Aufenthalt war wegen der Dauer des Asylverfahrens auf unbestimmte Zeit ausgerichtet. Der Senat hält an seiner Rspr. zur Familienhilfe nach § 205 RVO fest (BSG, InfAuslR 1985,77), obwohl schon nach damaliger Rspr. des BSG zum Bundeskindergeldgesetz Asylbewerber keinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland im Sinne des § 1 Nr. 1 BKGG hatten.

Aus der Entstehungsgeschichte des SGB V ergibt sich nicht, dass mit der Änderung des Wortlauts von "sich gewöhnlich ... aufhalten" in § 205 RVO zu "Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt" in § 10 SGB V eine Änderung des Kreises der geschützten Angehörigen beabsichtigt war (BT-Drs 11/2237 S. 161).

Ist dem Stammversicherten der Zugang zu einer Beschäftigung aufgrund einer Arbeitserlaubnis eröffnet, so kann der abgeleitete Zugang eines Angehörigen, der hier tatsächlich nicht nur vorübergehend verweilt, nicht von einem qualifizierteren Status abhängig gemacht werden, als ihn der Stammversicherte hat. Die Familienversicherung geht vom Grundsatz aus, dass der Stammversicherte Versicherungsschutz für seine Angehörigen hat, es sei denn aufgrund eigener Versicherung, Alters oder Einkommens der Angehörigen ist eine solche Versicherung nicht notwendig (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 bis 5, Abs. 2 und Abs. 3 SGB V). Als Ausnahme von diesem Grundsatz wird die Voraussetzung des Wohnsitzes und gewöhnlichen Aufenthaltes gefordert, um die Krankenversicherung davor zu schützen, von den Angehörigen eines Mitglieds in Anspruch genommen zu werden, die **nur zum Zweck der Behandlung - d.h. um die Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen - ins Inland reisen**, im übrigen aber im Ausland leben, d.h. Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt dort haben. Ist der Aufenthalt des Angehörigen im Hinblick auf die voraussichtliche Dauer und ausländerrechtlich mit dem des Mitglieds vergleichbar, so wird der Inlandsaufenthalt regelmäßig nicht zum Zwecke der Krankenbehandlung begründet worden sein.

Der Senats weicht mit seiner Entscheidung nicht von den Entscheidungen des BSG zum gewöhnlichen Aufenthalt im Bereich des Kindergeldes, des Erziehungsgeldes und der Kindererziehungszeiten ab (wird ausgeführt).

LSG NRW L 16 Kr 239/94, U.v. 13.06.96 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2035.pdf

Auch kurzfristig (mit Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis für jeweils 2 Monate) beschäftigte **jugoslawische Kriegsflüchtlinge** unterliegen der **Sozialversicherungspflicht** gemäß § 5 SGB V, § 1 SGB IV, § 168 AFG. Bei einem Verdienst von mehr als 500 DM/Monat handelt es sich um keine geringfügige Beschäftigung.

BSG v. 28.6.84 - 3 RK 27/83, IBIS e.V.: C1148, InfAuslR 1984,322; EZAR 401.1 - Dem gewöhnlichen Aufenthalt steht nicht entgegen, daß sich die Ehefrau als Asylbewerberin aufhält. Ihr Anspruch ergibt sich auch aus dem Zweck der Familienkrankenhilfe. Der Versicherte erhält mit dem Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis den

Schutz vor Belastungen, die ihm aus Krankheiten seiner Angehörigen erwachsen. Dabei handelt es sich um aktuelle Ereignisse. Die Versicherung wirkt sofort, und der Schutz vor dem Risiko der Krankheit eines Angehörigen kann ebenfalls nicht von lange dauernden Gegebenheiten abhängen.

BSG v. 23.10.84 - 8 RK 12/84, IBIS e.V.: C1149, InfAusIR 1985,77 - Mit dem Tatbestand des "sich gewöhnlich im Inland Aufhaltens" soll bezweckt werden, daß Familienkrankenhilfeleistungen nicht ins Ausland erbracht werden, auch nicht an Familienangehörige, die im Ausland leben und sich nur kurzfristig, etwa besuchsweise, im Inland aufhalten oder gar zu dem Zweck, sich eine Leistung der deutschen Krankenversicherung zu verschaffen. Das ist aber nicht der Fall, wenn die Ehefrau zusammen mit dem Versicherten in der Bundesrepublik lebt und das Schicksal des Ehemannes auch weiterhin teilen will. Insoweit können für die Ehefrau keine höheren Anforderungen gelten als für den Versicherten, dessen Versicherungspflicht bereits aufgrund seines Beschäftigungsverhältnisses besteht und für den der gewöhnliche Aufenthalt nicht gefordert wird. Es muß in solchen Fällen reichen, daß der Familienangehörige unter den gleichen Umständen wie der unterhaltspflichtige Versicherte in Deutschland lebt, jedenfalls solange der Aufenthalt nicht illegal ist.

- Vgl. zur Familienversicherung nach § 10 SGB V **Schlikker, M.** Diskriminierung von Ausländern im Bereich der sozialen Sicherheit..., in Barwig, K. u.a., Vom Ausländer zum Bürger, Baden-Baden 1994, S. 531ff.
- Vgl. dazu auch Stellungnahme der **AOK Berlin** vom Januar 2006 zur Frage der **Familienkrankenversicherung** für Ausländer mit einer Duldung, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2036.pdf

Gesundheitsreform 2004, Versicherung nach § 264 SGB V, Zuzahlungen und Eigenleistungen

VG Hannover 7 B 1907/04, B.v. 29.04.04, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2103.pdf Das Sozialamt wird verpflichtet, **Fahrtkosten zur ambulanten Krankenbehandlung** (hier: Fahrten des Antragstellers von Hildesheim nach Lehrte zur Methadonbehandlung) zu übernehmen, abzüglich eines zu leistenden Eigenanteils ("Zuzahlung") von 5 € je Fahrt bis zum Erreichen der zumutbaren Belastungsgrenze des § 62 SGB V.

Der Antragsteller hat Anspruch auf Übernahme von Fahrtkosten zur Methadonbehandlung, weil fußläufig kein Arzt erreichbar ist, der diese Behandlung durchführt. Der Anspruch könnte sich aus dem SGB V, aber auch aus dem BSHG ergeben. Das Sozialamt wird als zuerst angegangener Leistungsträger verpflichtet, bis zur abschließenden Klärung der Zuständigkeit zwischen Sozialhilfeträger und Krankenkasse gemäß § 43 SGB I vorläufig zu leisten. Zwar handelt es sich bei der Substitutionsbehandlung mit Methadon nicht um Eingliederungshilfe sondern eine Krankenbehandlung (OVG Berlin, NJW 1996, 803), so dass hier § 44 BSHG nicht anwendbar ist. Nach § 43 SGB I hat jedoch der zuerst angegangene Leistungsträger vorläufig Leistungen zu erbringen, wenn die Zuständigkeit zwischen mehreren Leistungsträgern streitig ist.

Nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat die **Krankenkasse** Fahrtkosten zu übernehmen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Als Fahrtkosten werden dabei nicht nur Transporte mit den Krankenwagen oder einer Taxe, sondern auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln anerkannt, § 60 Abs. 3 Nr. 1 SGB V. Bei der Methadonbehandlung handelt es sich allerdings um eine ambulante Behandlung. Hier ist die Einschränkung des § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V zu beachten. Die Erstattung von Fahrtkosten ist nach § 60 SGB V auf die in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelten Fälle begrenzt. Fällt die Behandlung unter die in der genannten Richtlinie geregelten Fälle, ist die Krankenkasse zuständig.

Fällt sie nicht darunter, ist das **Sozialamt** zuständig. Zwar ist nach der Neuregelung der Krankenhilfe im BSHG keine Krankenhilfe mehr zu leisten, weil die Krankenhilfe nach dem BSHG nicht mehr Leistungen umfasst, als sich aus dem SGB V ergibt. Da die Fahrtkosten mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Methadonbehandlung jedoch zum notwendigen Lebensunterhalt zählen, der im Regelsatz enthaltene Anteil für Fahrtkosten und medizinische Leistungen jedoch bei weitem nicht ausreichend ist, diesen Bedarf zu decken, wäre in diesem Fall das Sozialamt gehalten, den erhöhten Bedarf durch eine **abweichende Bemessung des Regelsatzes gemäß § 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG** Rechnung zu tragen.

Allerdings besteht in Fällen wie den vorliegenden eine **Leistungspflicht der Krankenkassen**. So heißt es in den § 60 SGB V konkretisierenden **Richtlinien** des Gemeinsamen Bundesausschusses **über die Verordnung von Krankenfahrten** i.d.F. vom 22.01.04 (§ 8 Abs. 2), dass Voraussetzung u.a. ist, dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und dass diese Behandlung oder der zur zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Seele unerlässlich ist. Nach Ansicht des Gerichts sind diese Voraussetzungen hier gegeben. Zwar ist die Substitutionsbehandlung nicht in Anlage 2 zu dieser Bestimmung aufgeführt. Die Aufzählung ist jedoch nicht ab-

schließlich. Der Umstand, dass öffentliche Verkehrsmittel ausreichen, führt nicht zur mangelnden Zuständigkeit der Krankenkasse. Vielmehr ist insoweit eine Anwesenheitsbescheinigung nach § 7 Abs. 4 der Richtlinien vorzulegen.

Einen Anspruch, dass auch die **unterhalb der Belastungsgrenze liegende Zuzahlung** vom Sozialamt übernommen wird, hat der Antragsteller nicht. Ein Anspruch auf Übernahme der Zuzahlungen besteht nur insoweit, als der Bedarf nicht durch den Regelbedarf abgegolten ist. Regelbedarf ist der ohne Besonderheiten des Einzelfalles (§ 22 Abs. 1 Satz 2 BSHG) bei vielen Hilfeempfängern gleichermaßen bestehende Bedarf nach § 1 Abs. 1 RegelsatzVO. Die Abgrenzung, was zum Regelbedarf gehört, hat der Normgeber in § 22 BSHG i.V.m. § 1 RegelsatzVO festgelegt. Durch Art. 29 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I, S. 2190 hat er in § 1 Abs. 1 Satz 2 RegelsatzVO die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und bei sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach §§ 36 bis 38 BSHG übernommen werden, in den Regelsatz aufgenommen. Aufgrund der Änderungen des § 38 BSHG durch Artikel 28 des GMG (Aufhebung des bisherigen Abs. 2) werden diese Leistungen nicht zusätzlich übernommen. Damit hat der Gesetzgeber die nach dem SGB V zu leistenden Eigenanteile zum Regelbedarf erklärt.

Die entgegengesetzte Ansicht des **VG Braunschweig** (B.v. 14.01.04 - 4 B 64/04 -) überzeugt nicht. Dem Gesetzgeber ist es unbenommen, auch ohne Erhöhung der Regelsätze Empfängern von Sozialhilfe zusätzlich den Eigenanteil für Medikamente und sonstige Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze aufzubürden. Schließlich wird dies auch Beziehern von kleinen Einkommen knapp über dem Sozialhilfebedarf zugemutet, ohne dass sich deren Einkommen erhöht haben. Die Empfängern von Sozialhilfe werden gegenüber den Beziehern kleiner Einkommen sogar besser gestellt. Denn bei Ihnen fällt nur eine Zuzahlung bis zur Höhe von 2 v.H. des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes - bei chronisch Erkrankten von 1 v.H. - an. Bei Beziehern kleiner Einkommen ist hingegen das gesamte Bruttoeinkommen, also auch die Einkommensteile, die zur Deckung von Unterkunftskosten und des Bedarfs an einmaligen Leistungen verwendet werden, bei der Belastungsgrenze anzusetzen. Insoweit hat der Gesetzgeber die besonderen Verhältnisse von Sozialhilfeempfängern gesehen und durch eine relativ gesehen sehr entgegenkommende Regelung berücksichtigt.

Die „normale“ **Belastungsgrenze** von 2 v.H. ist bei einem **Zuzahlungsbetrag von 71,04 €** erreicht, bei einer chronischen Erkrankung (1 v.H.) bereits bei 35,52 €. Bis zu diesem Betrag muss auch ein Sozialhilfeempfänger seine Eigenanteile aus dem Regelsatz bestreiten. Es kann durchaus sein, dass bei schweren Erkrankungen die Belastungsgrenze bereits im Laufe des ersten Monats eines Jahres erreicht wird. Dann aber braucht für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr geleistet werden.

OVG Lüneburg 4 M E 224/04, B.v. 13.08.04, FEVS 2004, 522

www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1234 Einmalige Beihilfe der **Sozialhilfe für eine Brille** (hier: 90 € für Brillengläser und -gestell nach einem Angebot der Fa. Fielmann).

Angesichts der eindeutigen Regelungen in §§ 36 bis 38 BSHG in der durch das GMG geänderten Fassung kommt die Krankenhilfe nach BSHG für die Beschaffung von Brillen nicht mehr in Betracht. Ein medizinisch begründeter Bedarf kann aber auch **Bestandteil des notwendigen Lebensunterhalts (§ 12 BSHG)** sein. Die Aufzählung der Bedarfsgruppen in § 12 Abs. 1 S. 1 BSHG ist nicht abschließend. Dass nach der Vorstellung des Gesetzgebers medizinisch begründete Bedürfnisse zum notwendigen Lebensunterhalt gehören können, ergibt sich aus der **Änderung der Regelsatzverordnung** (VO zu § 22 BSHG) durch Art. 29 GMG. Danach umfassen die Regelsätze nunmehr auch „die Leistungen für Kosten bei Krankheit, bei vorbeugender und sonstiger Hilfe, soweit sie nicht nach den §§ 36 bis 38 [BSHG] übernommen werden“.

Sowohl vom Begriff her als auch von der Sache her können allerdings Kosten für Brillen **nicht von den zur Deckung des laufenden Bedarfs bestimmten Regelsatzleistungen mit umfasst** sein. Aus der Begründung des Gesetzgebers zur Änderung des § 38 BSHG wird deutlich, dass auch der Gesetzgeber die Härten für einen Hilfeempfänger im Blick hatte, die dadurch entstehen, dass dieser in einem kurzen Zeitraum Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze nach § 62 SGB V aufzubringen hat. So heißt es in der Begründung zu Artikel 28 GMG (BT-Drs. 15/1525 S. 167): „Auf Grund der Neuregelung der Zuzahlungen und Belastungsgrenzen für Sozialhilfeempfänger im SGB V musste § 38 Abs. 2 BSHG gestrichen werden. Damit werden Sozialhilfeempfänger bei den Zuzahlungen des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt. Sollte die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V in Einzelfällen innerhalb eines kurzen Zeitraumes erreicht werden, können Sozialhilfeträger Kosten darlehensweise übernehmen.“

Demnach umfasst der Regelsatz zwar anteilig die im SGB V vorgesehenen Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze des § 62 SGB V, indes nicht Aufwendungen für Heilmittel, die nach dem SGB V vom Leistungsumfang der Krankenversicherung ausgeschlossen sind.

Zum anderen sind Brillen in unregelmäßigen und meist größeren zeitlichen Abständen zu beschaffen bzw. zu ersetzen. Schließlich sind die Aufwendungen für Brillen und Brillengestelle so hoch, dass sie nicht aus den Regelsätzen bestritten werden können. Daraus folgt, dass die Anschaffung einer Brille (Gläser und/oder Brillengestell) des Hilfesuchenden vom Sozialhilfeträger durch Gewährung einer **einmaligen Beihilfe nach § 21 Abs. 1 a Nr. 6 BSHG** zu decken ist.

VGH Bayern 12 CE 04.979, B.v. 12.09.04, FEVS 2005, 92; info also 2004, 263

www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1276

Anspruch auf eine **einmalige Beihilfe nach § 21 BSHG für Brillengläser** in bedarfsdeckender Höhe nach Inkraft-

reten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (hier: 212 € für die anlässlich einer Schlägerei am 01.01.2004 zerbrochenen Gläser einer Bifocalbrille).

VG Hessen 10 TG 3128/04 v. 22.11.04, ZFSH/SGB 2005, 547 Anspruch auf eine einmalige Beihilfe nach § 21 Abs. 1a BSHG für die Anschaffung einer **Gleitsichtbrille**.

LSG Sachsen L 3 B 30/05 AS/ER, B.v. 14.04.05, www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1475

Der in der Familienversicherung nicht versicherbare eheähnliche Partner hat bei Bedürftigkeit Anspruch auf Krankenbehandlung durch eine gesetzliche **Krankenkasse seiner Wahl** und Übernahme der Kosten durch das Sozialamt gemäß **§ 264 SGB V**. Der Antragsteller kann nicht auf Krankenhilfe vom Sozialamt nach § 48 SGB XII verwiesen werden. Aus dem Auffangcharakter der Krankenhilfe nach § 48 SGB XII, ergibt sich, dass auch derjenige Leistungsempfänger im Sinne des § 264 Abs. 2 SGB V ist, der **ausschließlich Hilfen bei Krankheit** beanspruchen kann, die ihm aber wegen des Vorrangs der Versicherung nach § 264 Abs. 2 SGB V tatsächlich nicht gewährt werden müssen (Grube/Wahrendorf, aaO., § 48, Rz. 15).

VG Stuttgart 7 K 3055/04, B.v. 06.09.04, ZFSH/SGB 2005, 667 Der Anspruch auf Leistungen der **Sozialhilfe für die** nach § 29 SGB V vorgesehene **Zuzahlung bzw. Eigenbeteiligung bei kieferorthopädischer Behandlung** ist durch die Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG a.F. zum 1.1.2004 nicht betroffen. An Stelle des § 38 Abs. 2 BSHG a.F. ist nunmehr § 37 Abs. 1 S. 2 BSHG getreten, der bestimmt, dass die Leistungen zur Krankenbehandlung nach § 264 SGB V der Hilfe bei Krankheit nach BSHG vorgehen. § 264 SGB V Abs. 4 S. 1 regelt, dass die Zuzahlungsregelungen des § 61 und 62 SGB V entsprechend gelten. § 264 SGB V bestimmt aber keine entsprechende Anwendbarkeit der § 29 Abs. 2 und 3 SGB V, der die Eigenbeteiligung bei der kieferorthopädischen Behandlung regelt.

Das VG ist der Auffassung, dass die Verweisung des § 37 Abs. 1 S. 2 BSHG auf die vorrangigen Leistungen des § 264 SGB V nicht nur für nicht versicherte Hilfeempfänger gilt, sondern in einem umfassenderen Sinne zu verstehen ist. Eine an Art. 3 GG orientierte Auslegung ergibt, dass auch für krankenversicherte Hilfeempfänger nur die Zuzahlungsregelungen der §§ 61, 62 SGB V vorrangig sind. Über diese Zuzahlungen hinausgehende finanzielle Eigenleistungen sollten Versicherten durch die Streichung des § 38 Abs. 2 BSHG nicht aufgebürdet werden. Für diese Auslegung spricht auch die Gesetzesbegründung (BT-Drs 15/1525 S. 167). Dort wird darauf hingewiesen, dass **mit dem Wegfall des § 38 Abs. 2 BSHG nur die Gleichstellung bei den Zuzahlungen nach dem 9. Abschnitt, also nach § 61, 62 SGB V erreicht werden sollten** und keine darüber hinaus gehende Schlechterstellung gegenüber nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfängern beabsichtigt war.

LSG Niedersachsen-Bremen L 4 KR 212/04 ER, B.v. 12.08.04, FEVS 2005, 418, Anspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung auf Übernahme einer Monatskarte (hier "Mobilcard" für die ÜSTRA Hannover) zur Substitutionstherapie. Nach § 60 Abs., 1 SGB V i.V.m. § 8 Krankentransportrichtlinien ist für die ausnahmsweise Übernahme von **Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung durch die Krankenversicherung** u.a. Voraussetzung, dass die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung **zur Vermeidung von Schäden an Leib und Leben** unerlässlich ist. Diese Voraussetzungen können bei der **Substitutionstherapie**, für die der Patient täglich den behandelnden Arzt aufsuchen muss und hierzu auf öff. Verkehrsmittel angewiesen ist und deren Kosten er (hier: als Sozialhilfeempfänger) nicht aus eigenen Mitteln begleichen kann, erfüllt sein.

SG Lüneburg S 30 AS 328/05 ER, B.v. 11.08.05, info also 2005, 225,

www.alg-2.info/info_argumente/sg-lueneburg0508.pdf Die Antragstellerin benötigt zur Behandlung ihrer **Neurodermitis** für eine konsequente Dauertherapie bestimmte **rezeptfreie Medikamente und Hautpflegeprodukte** sowie für die Reinigung der Kleidung von ca. 240.- € monatlich. Hinzu kommen Kosten für die Anschaffung spezieller Kleidung und eine spezielle Ernährung. Die Antragstellerin war seit 2004 dreimal zu einem längeren stationären bzw. Kuraufenthalt in der Klinik. Das Jobcenter bewilligte nach § 21 Abs. 5 SGB II einen Mehrbedarf für Ernährung von 25,56 € monatlich und lehnte weitere Leistungen ab.

Das Gericht sprach der Antragstellerin den Anspruch in Höhe von 240.- € bzw. der tatsächlich nachgewiesenen Kosten zu. Die Stellungnahme ablehnende des **amtsärztlichen Dienstes** lässt eine medizinisch begründete Auseinandersetzung mit den vorgelegten Attesten der behandelnden Ärzte nicht erkennen. Darüber hinaus wurde die Stellungnahme nach Aktenlage ohne Untersuchung der Antragstellerin abgegeben. Die Antragstellerin hat mit den Attesten glaubhaft gemacht, dass ihr der Bedarf entsteht. Angesichts der Höhe der Ausgaben ist offensichtlich, dass die Regelleistungen zur Bedarfsdeckung nicht ausreichen, weil sie die üblicherweise anzusetzenden Beträge für derartige Produkte weit überschreiten.

Die Leistungen sind nach § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB II als **Darlehen** zu erbringen. Allerdings erscheint problematisch, dass das Darlehen durch laufende Aufrechnung mit dem Regelsatz zu tilgen ist. Im Hinblick auf die Höhe der Leistung könnte darin ein **Verfassungsverstoß** liegen. Im SGB II fehlt der dem früheren § 3 BSHG entsprechende, in § 9 SGB XII enthaltene Individualisierungsgrundsatz, eine Öffnung der Regelleistung für individuelle Bedarfe ist damit weitgehend verhindert. Da es jedoch in Einzelfällen vorkommen kann, dass die Regelleistung das soziokultu-

relle Existenzminimum nicht mehr abdeckt, ist in diesen Fällen in verfassungskonformer Auslegung im Einzelfall ein höherer Bedarf anzuerkennen (Eichler/Spellbrink, SGB II, § 20 Rn 8; LPK-SGB II, § 20 Rn 23). In der Rückforderung des Darlehens könnte möglicherweise ein Verfassungsverstoß liegen. Wenn die zusätzlichen Leistungen für längere Zeit - etwa mehr als ein Jahr - benötigt werden, wird das Jobcenter daher zu prüfen haben, im Wege der Ermessensausübung von einer Aufrechterhaltung abzuweichen.

Die von der Antragstellerin favorisierte Heranziehung des **§ 48 SGB XII** (Krankenhilfe als Sozialhilfeleistung) kommt nicht in Betracht, da danach nur im selben Umfang wie von der Krankenversicherung Leistungen gewährt werden können.

Die Anwendung des **§ 73 SGB XII** scheitert daran, dass die hier fraglichen Leistungen dem Lebensunterhalt und nicht der Hilfe in besonderen Lebenslagen zuzuordnen sind.

§ 28 SGB XII kann nicht herangezogen werden, da nach § 5 Abs. 2 SGB II diese Leistung für Empfänger der Grundsicherung für Arbeitsuchende ausgeschlossen ist.

SG Stuttgart S 4 KR 3735/04, U.v. 25.08.05, InfAusIR 2005, 478 (bestätigt durch BSG B 1 KR 5/07 R, U.v. 22.04.08, s.u.)

Sachverhalt: der Kläger ist als **Arbeitnehmer pflichtversichert**, sein Arbeitsentgelt beträgt 665 €/Monat, dazu erhält er mit seiner Familie (Ehefrau und 3 Kinder) 448 €/Monat **ergänzende Leistungen nach § 3 AsylbLG**. Die Krankenkasse war der Auffassung, sein Eigenanteil an den zu leistenden Zuzahlungen betrage gemäß § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V 71,28 €/Jahr.

Gründe: **Der Kläger hat keine Zuzahlungen zu leisten.** § 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V ist auf ihn nicht anwendbar, da er keine der dort genannten Sozialleistungen (Sozialhilfe, Grundsicherung für Arbeitsuchende) bezieht und insbesondere auch nicht zum Personenkreis des § 264 SGB V gehört, da er keine Leistungen nach § 2 AsylbLG erhält.

Bei der Ermittlung der **Belastungsgrenze** des Klägers **nach § 62 Abs. 1 SGB V** ergibt sich jedoch **ein negatives Einkommen**, so dass hiervon auch **keine 1 bzw. 2 % als Zuzahlung** geleistet werden können. Nach § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB V sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für den ersten Angehörigen um 15 % und für jeden weiteren Angehörigen um 10 % der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV zu mindern. Nach § 62 Abs. 2 Satz 3 SGB V sind für jedes Kind die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 S. 1 und 2 EStG ergebenden Kinderfreibetrag zu mindern, die nach Satz 2 vorgesehene Berücksichtigung entfällt.

Schon der Wortlaut des § 62 SGB V spricht dafür, dass Versicherte mit negativem Einkommen keine Zuzahlungen zu leisten haben. § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V ist auch nicht etwa als Grundregel bzw. Auffangtatbestand formuliert, so dass jeder mindestens die dort genannten Zuzahlungen zu leisten hätte.

Anmerkungen:

1. Zur Berechnung siehe www.steuerrat24.de/data/spezial/kvzuzahlung-belastgrenze.htm

- 15 % der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV = **4.410 €/Jahr** (Betrag für 2006)
- **Kinderfreibetrag** nach § 32 Abs. 6 S. 1 und 2 EStG = **3.648 €/Jahr** (Betrag für 2006)

2. Empfänger von Leistungen nach § 3 AsylbLG, die nicht oder nur geringfügig erwerbstätig und daher nicht pflichtkrankenversichert sind, erhalten Krankenhilfe nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Für sie kommt das SGB V insgesamt nicht zu Anwendung, so dass sie - da das AsylbLG keine dem §§ 61, 62 SGB V vergleichbare Zuzahlungsregelung enthält - ebenfalls vollständig von Zuzahlungen befreit sind.

LSG Baden-Württemberg L 5 KR 4134/05, U.v. 14.02.07 (aufgehoben durch BSG B 1 KR 5/07 R, U.v. 22.04.08, s.u.), www.sozialgerichtsbarkeit.de Als Arbeitnehmer **pflichtkrankenversicherte Empfänger von ergänzenden Leistungen nach § 3 AsylbLG** sind nicht von der Zuzahlungspflicht zur GKV ausgenommen. Der Kläger hätte als Sozialhilfeempfänger, obwohl dann sogar ein noch höheres negatives Einkommen vorliegen würde, nach § 62 Abs. 2 Satz 5 SGB V dennoch Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze in Höhe von 2 % in Höhe von 71,28 €/Jahr zu tragen.

Aus welchen Gründen ausgerechnet die Bezieher von Leistungen nach § 3 AsylbLG gegenüber Beziehern von Hilfe nach dem BSHG bzw. SGB XII privilegiert werden sollten, ist weder aus der gesetzlichen Regelung noch aus der Gesetzesbegründung erkennbar. Es würde auch dem in der Einführung des AsylbLG 1993 dokumentierten Willen des Gesetzgebers, die "Einwanderung in die Sozialsysteme der Bundesrepublik Deutschland" möglichst unattraktiv zu machen, widersprechen. Hätte der Gesetzgeber also diese Gruppe der Empfänger von Leistungen nach dem AsylbLG von der Zuzahlungspflicht generell befreien wollen, hätte er dies ausdrücklich in die gesetzliche Regelung auch hineingeschrieben.

BSG B 1 KR 5/07 R, U.v. 22.04.08 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2192.pdf (Vorinstanzen SG Stuttgart S 4 KR 3735/04, U.v. 25.08.05, LSG Ba-Wü L 5 KR 4134/05 U.v. 14.02.07).

Das Urteil des LSG ist aufzuheben, denn das SG hat zutreffend festgestellt, dass der Kläger in 2004 von Zuzahlungen befreit ist. Bei der Berechnung der Belastungsgrenze ist es nicht zulässig, zu Lasten des Klägers einen fik-

tiven Regelsatz nach dem BSHG zu berücksichtigen. Entscheidend sind vielmehr die rechtlich erfassten, **tatsächlichen Bruttoeinnahmen** zum Lebensunterhalt **ohne Kindergeldzahlungen** als zweckbezogene Zuwendungen. Das waren nach Anrechnung der Abzüge **null €**.

LSG NRW L 1 B 7/07 AS ER, B.v. 22.06.07, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2110.pdf 150 €/Monat nach § 73 SGB XII für nicht rezeptpflichtige Arznei- und Pflgemittel wg. Neurodermitis für ALG-II-Empfänger

LSG Berlin-Brandenburg L 1 B 336/07 KR ER, B.v. 07.01.08 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2140.pdf
Die Antragsgegnerin (gesetzliche Krankenkasse) wird verpflichtet, die Antragstellerin **freiwilliges Mitglied** zu führen. Die Antragstellerin war von Januar 2005 bis März 2007 Mitglied wegen des Bezuges von Alg II. Seitdem bezieht sie Grundsicherung nach dem Vierten Kapitel SGB XII und erhält **Krankenversorgung nach § 264 SGB V**. Sie hat der Krankenkasse ihren Anspruch auf freiwillige Mitgliedschaft rechtzeitig angezeigt und macht deren Feststellung geltend.

Das SG hat den Anspruch bejaht, da die Antragstellerin wegen des Bezuges von Alg II versicherungspflichtig war und die Zwölfmonatsfrist des § 9 Abs. 1 SGB V ebenso erfüllt wie die Dreimonatsfrist des § 9 Abs. 2. Die Frage, ob Alg II rechtswidrig bezogen wurde, hat der Träger der Arbeitslosenversicherung zu prüfen. Solange ein Bewilligungsbescheid besteht, ist er für die Krankenkassen beachtlich. Auch ein Anordnungsgrund ist gegeben, da die Antragstellerin wegen Schwangerschaft und HIV-Infektion laufend Leistungen benötigt.

Das LSG hat den Anspruch bestätigt. § 264 Abs. 1 SGB V bringt die Subsidiarität der Leistung deutlich zum Ausdruck. Danach gilt die Regelung "für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind". Der Anspruch nach § 264 SGB V stellt keinen gleichwertigen Anspruch dar wie der als freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse. Gemäß § 264 Abs. 5 SGB V hat der Sozialhilfeträger den Leistungsempfänger abzumelden, wenn er nicht mehr bedürftig ist. Ist die Antragstellerin auch nur vorübergehend durch eine kleinere Zuwendung, eine Erbschaft, ein Geschenk, den Verkauf von Gegenständen nicht mehr bedürftig, wäre dies dem Sozialhilfeträger mitzuteilen, der sie bei der Krankenkasse abzumelden hat. Die zeigt, dass hier kein gleichwertiger Leistungsanspruch besteht, sondern eine zumindest latente fortdauernde Unsicherheit darüber, ob entsprechende Leistungen in Anspruch genommen werden können.

- **Anmerkung:** die Entscheidung bezieht sich nicht auf nicht gesetzlich krankenversicherte Empfänger von Leistungen nach § 3 AsylbLG, die Leistungen der Krankenhilfe nach § 4 und 6 AsylbLG vom Sozialamt unmittelbar erhalten und (mangels spezialgesetzlicher Regelung im AsylbLG) von den für gesetzlich Krankenversicherte nach SGB V geltenden Zuzahlungen befreit sind.

Literatur und Materialien zur Gesundheitsreform 2004

- **Classen, G.** Gesundheitsreform 2004 - Zuzahlungen, Befreiungen und Regelungslücken. Zu den Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die medizinische Versorgung von Sozialhilfeberechtigten und Flüchtlingen. Rechtsgrundlagen und Erläuterungen.
www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Kommentar_GMG.pdf

Abgrenzung § 48 SGB XII - § 264 SGB V - § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V - Krankenhilfe vom Sozialamt oder Krankenkasse

LSG Sachsen L 3 B 30/05 AS/ER, B.v. 14.04.05, www.tacheles-sozialhilfe.de/harry/view.asp?ID=1475 Der in der Familienversicherung nicht versicherbare eheähnliche Partner hat bei Bedürftigkeit Anspruch auf Krankenbehandlung durch eine gesetzliche **Krankenkasse seiner Wahl** und Übernahme der Kosten durch das Sozialamt gemäß § 264 SGB V. Der Antragsteller kann nicht auf Krankenhilfe vom Sozialamt nach § 48 SGB XII verwiesen werden. Aus dem Auffangcharakter der Krankenhilfe nach § 48 SGB XII, ergibt sich, dass auch derjenige Leistungsempfänger im Sinne des § 264 Abs. 2 SGB V ist, der **ausschließlich Hilfen bei Krankheit** beanspruchen kann, die ihm aber wegen des Vorrangs der Versicherung nach § 264 Abs. 2 SGB V tatsächlich nicht gewährt werden müssen (Grube/Wahrendorf, aaO., § 48, Rz. 15).

SG Frankfurt/M., S 18 KR 416/07 ER, B.v. 30.07.07, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2078.pdf (aufgehoben durch **LSG Hessen L 8 KR 244 /07, B.v. 11.02.08, s.u.**) Die bosnische Antragstellerin hält seit 1992 in Deutschland auf. Seit Dezember 2005 ist sie im Besitz einer Aufenthaltserlaubnis nach **§ 23 Abs. 1 AufenthG**. Die Antragstellerin wohnt im Haushalt ihrer Tochter und wird von ihr finanziell unterstützt. Sie ist nicht erwerbstätig. bezieht keine Leistungen nach AsylbLG oder nach dem 3., 4., 6. und 7. Kapitel SGB XII und wurde bis 31.03.07 von der beklagten Krankenkasse **gemäß § 264 SGB V mit Krankenversicherungsleistungen versorgt**.

Am 03.05.07 zeigte die Antragstellerin der Krankenkasse nach Beratung durch das Sozialamt die Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V an. Sie besitzt eine auf mehr als 12 Monate befristete Aufenthaltserlaubnis, ist

bisher nicht versichert und nach dem AufenthG nicht verpflichtet, ihren Lebensunterhalt selbst sicherzustellen, so dass die Voraussetzungen des § 5 Abs. 11 SGB V erfüllt sind.

Die **Frage nach der Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V** spitzt sich darauf zu, ob die Antragstellerin einen "**anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall**" hat. Das Sozialamt lehnt die weitere Krankenbehandlung nach § 264 SGB V ab, weil es der Auffassung ist, dass ab 01.04.07 aufgrund des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V eine Pflichtversicherung besteht.

In der Gesetzesbegründung BT-Drs 16/3100 heißt es: "**Ohne Anspruch auf anderweitige Absicherung im Krankheitsfall sind insbesondere nicht ... krankenversicherte Personen, die keinen Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 SGB VIII, § 48 SGB XII, 264 SGB V, ...haben**, die nicht beihilfeberechtigt sind... und auch keinen Anspruch auf ... vergleichbaren Regelungen haben. Für Leistungsberechtigte nach AsylbLG besteht ein anderweitiger Anspruch ... nach § 4 AsylbLG."

Die Auslegung, wonach § 264 SGB V nur greift, wenn keine gesetzliche Krankenversicherung besteht, wird dem Zweck des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht gerecht, wonach die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V voraussetzt, dass kein Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 264 SGB V besteht. Demnach sind **Leistungen nach § 264 SGB V vorrangig vor der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Die Antragstellerin ist somit anderweitig abgesichert, weshalb die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht eintritt.**

Soweit das **SG Speyer (B.v. 19.04.07, S 11 ER 164/07 KR, B.v. 23.04.07, S 7 ER 162/07 KR und B.v. 25.04.07, S 7 ER 163/07 KR, juris)** eine andere Auffassung vertritt, wird dies nicht geteilt. In der Gesetzesbegründung ist nicht von durchgängiger Subsidiarität der Sozialhilfe die Rede, vielmehr soll eine Pflichtversicherung nur eingreifen, wenn ein anderweitiger Schutz im Krankheitsfall nicht besteht, so dass die Betroffenen die Aufwendungen bei Krankheit selbst tragen müssten. Dies ist nicht der Fall, wenn die Sozialhilfe die Krankenbehandlung nach § 264 SGB V übernimmt.

Die Intention spiegelt sich auch in der Gesetzessystematik, wonach § 5 Abs. 8 a SGB V nicht mehr greift, wenn die Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V nicht vorliegen, weil die Person wie hier einen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hat. Dass § 5 Abs. 8 a SGB V eine abschließende und umfassende Ausschlussregelung von der Versicherungspflicht für die Fälle der Leistungen nach dem SGB XII trifft (mit der Konsequenz, dass im Umkehrschluss Empfänger von Leistungen nach den dort nicht genannten Kapiteln des SGB XII in die Versicherungspflicht einzubeziehen sind), ist daher ebenfalls nicht zwingend.

Nach dem klaren Wortlaut des § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in Verbindung mit teleologischer und systematischer Auslegung sieht das Gericht daher keinen Raum für eine abweichende Auslegung. **Der Antragstellerin ist es zuzumuten, sich hinsichtlich der Weitergewährung von Leistungen nach § 264 SGB V an das Sozialamt zu wenden.** Sollte das Sozialamt bei seiner Rechtsauffassung verbleiben, so dass der Zuständigkeitsstreit auf dem Rücken der Antragstellerin ausgetragen würde, wäre ein erneutes Anrufen des Sozialgerichts zulässig und das Sozialamt ggf. beizuladen.

LSG Hessen L 8 KR 244 /07, B.v. 11.02.08 (hebt **SG Frankfurt S 18 KR 416/07 v. 30.07.07** auf) www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2288.pdf **Anspruch auf Aufnahme in die GKV nach Gesundheitsreform 2007** für 85jährige Bosnierin mit Aufenthaltserlaubnis nach § 23 I AufenthG aufgrund der Bleiberechtsregelung 2000. Aufgrund § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG fiel sie nicht unter das AsylbLG, die Gewährung von Krankenhilfe erfolgte daher auch nicht nach § 4 AsylbLG. § 5 Abs. 8a S. 2 SGB V besagt, dass bei Bezug laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des SGB XII und für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG der Träger dieser Leistungen für die Absicherung im Krankheitsfall zuständig bleibt.

Bei **alleiniger Gewährung von Krankenhilfe** nach dem **fünften Kapitel SGB XII** (§ 48 SGB XII bzw. wg. chronischer Erkrankung nach § 264 SGB V) besteht kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz im Sinne von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V. Reine Krankenhilfefälle gehen somit **zum 01.04.2007** in die Zuständigkeit der Krankenkasse über, wenn zuvor ein versicherungsfreier Zustand oder eine frühere Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand (**so auch SG Speyer S 11 ER 164/07 KR, B.v. 19.04.07; vgl. Schreiben BMG v. 26.04.07, Az. 222-44031-3/6**).

Anerkennung als Schwerbehinderter - § 2 SGB IX / § 1 SchwbG

LSG Bayern v. 18.2.1999, L 18 B 141/98 SB PKH, Breithaupt 1999, 807; IBIS e.V.: C1450 Dem Antragsteller, der als abgelehnter Asylbewerber eine **Duldung** besitzt, wird Prozesskostenhilfe für das Klageverfahren wegen Anerkennung als Schwerbehinderter gewährt. Ein Obsiegen des Klägers im Hauptsacheverfahren ist nach summarischer Prüfung nicht unwahrscheinlich. Der Auffassung, der Antrag sei abzulehnen, weil der Kläger bei einer Duldung gemäß § 55 AuslG keinen rechtmäßigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne des § 1 SchwbG habe, begegnet unter Berücksichtigung der hierzu ergangenen Rspr. des BSG erheblichen Bedenken. Asylbewerber, die voraussichtlich auch nach Ablehnung des Asylantrags nicht abgeschoben werden können, haben nämlich ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen

Aufenthalt in Deutschland (BSGE 63,47 = SozR 5870 § 1 Nr. 14). Eine Prognose, ob eine Abschiebung zu erwarten ist, gehört als Feststellung zu den Aufgaben des Tatsachengerichts. Der Kläger hält sich seit 1991 in Deutschland auf, ihm steht möglicherweise im Hinblick auf die Schwere seiner Erkrankung Abschiebungsschutz wegen fehlender medizinischer Versorgung im Heimatland zu. Das SG wird diesen Sachverhalt weiter aufzuklären haben.

LSG Berlin L 11 Vs 6/97 v. 17.12.1988, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1494.pdf (Vorinstanz zu BSG B 9 SB 1/99 R v. 1.9.99, s.u.) Anspruch auf Schwerbehindertenanerkennung für eine **geduldete Albanerin aus dem Kosovo**, die seit November 1992 in Berlin lebt, infolge einer Granatexplosion an beiden Oberschenkeln amputiert und auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen ist - erfüllt die Voraussetzungen des § 1 SchwbG. Sie ist als Schwerbehinderte mit einem Grad der Behinderung von 100 und den Nachteilsausgleichen "aG" und "B" anzuerkennen. Die Klägerin hat ihren **gewöhnlichen Aufenthalt** (g.A.) rechtmäßig in der BR Deutschland. Die Frage des g.A. lässt sich nur im Wege einer vorausschauenden Betrachtungsweise entscheiden, wobei alle für die Beurteilung der künftigen Entwicklung bei Beginn eines streitigen Zeitraumes erkennbaren Umstände zu berücksichtigen sind. Nach einer längeren tatsächlichen Verweildauer wird aber regelmäßig schon diese Tatsache den g.A. begründen; ist die weitere Verweildauer ungewiss, so genügt, dass ein weiteres Verweilen in Betracht kommt.

Der g.A. der Klägerin ist auch als **rechtmäßig** i.S.d. § 1 SchwbG anzusehen. Im Unterschied zu einer Aufenthaltsgenehmigung wird die Aufenthaltsgestattung oder auch die Duldung formell als rechtmäßig, im Hinblick auf die fortbestehende Ausreisepflicht (§§ 42 Abs. 1, 56 Abs. 1 AuslG) materiell aber als unberechtigter Aufenthalt angesehen. Dieser Auffassung vermag der Senat nicht zu folgen, denn bei der Duldung, wie sie gemäß § 55 AuslG der Klägerin fortlaufend seit September 1992 erteilt worden ist, handelt es sich um ein ebenfalls von der Rechtsordnung gebilligtes Verweilen in der BR Deutschland. Der Gesetzgeber hat im Schwerbehindertenrecht - anders als beim Kinder- und Erziehungsgeld - keinen qualifizierten Aufenthaltstitel als Anspruchsvoraussetzung normiert. Hervorzuheben ist, dass sich § 6 SchwbAV auch auf die Aufenthaltsgestattung nach AsylVfG und die Arbeitserlaubnis bezieht. Geduldeten Ausländer kann eine Arbeitserlaubnis erteilt werden (§ 19 AFG/§ 284 SGB III i.V.m. § 5 AEVO), von dieser Möglichkeit hat die Arbeitsverwaltung bei geduldeten jugoslawischen Bürgerkriegsflüchtlingen wiederholt Gebrauch gemacht. Es kann aber nicht entscheidend für die Annahme des rechtmäßigen Aufenthaltes sein, ob eine Arbeitserlaubnis erteilt wird oder - wie im vorliegenden Fall - ob eine derartige Erteilung ausscheidet, weil der Ausländer wegen seiner schweren Behinderung nicht in den Arbeitsprozess eingegliedert werden kann.

Eine auf den Besitz bestimmter Aufenthaltstitel begrenzte Auslegung entspricht auch nicht dem Sinn und Zweck des SchwbG. Während andere Sozialleistungen (vgl. die Rspr. des BSG zum Kinder- und Erziehungsgeld und zum Rentenrecht) zweckgebunden sind, wird das Schwerbehindertenrecht von humanitären Gesichtspunkten getragen, für die zu gewährenden Hilfen in Form von Rechten und Nachteilsausgleichen werden Gegenleistungen nicht erwartet. Im übrigen wird aus § 6 SchwbAV deutlich, dass der Ausländer selbst bei befristetem Aufenthalt dem Schutzbereich des SchwbG unterliegt. Von daher erachtet der Senat die Duldung nach § 55 AuslG als ausreichend zur Begründung eines rechtmäßigen g.A. i.S.v. § 1 SchwbG. Abgesehen davon dürften bei der Klägerin die Voraussetzungen für eine Aufenthaltsbefugnis aus humanitären Gründen vorliegen, da sie seit mindestens zwei Jahren eine Duldung besitzt. Die Angewiesensein auf Sozialhilfe muss hierbei außer Betracht bleiben, § 30 Abs. 1 i.V.m. § 7 Abs. 2 AuslG. Ihrer freiwilligen Ausreise wie einer Abschiebung stehen nicht von ihr zu vertretenden Hindernisse entgegen. Diese ergeben sich aus der schweren Behinderung, dem Angewiesensein auf Unterstützung im Alltag sowie auf eine dauerhafte medizinische Versorgung, die auf unabsehbare Zeit in ihrem Heimatland wegen der dortigen Bürgerkriegszustände nicht gesichert ist.

BSG B 9 SB 1/99 R v. 1.9.99, InfAusIR 1999, 510; EZAR 471 Nr. 1; Breithaupt 2000, 184 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1464.pdf

Die Revision des beklagten Landes Berlin gegen das Urteil LSG Berlin L 11 Vs 6/97 (s.o.) wird zurückgewiesen. Die Klägerin, eine **geduldete Albanerin aus dem Kosovo**, hat ihren **gewöhnlichen Aufenthalt** (g.A.) im Geltungsbereich des Gesetzes und hält sich hier auch rechtmäßig im Sinne der genannten Vorschrift auf. Dem steht nicht entgegen, dass die Ausländerbehörde ihr bisher nur jeweils auf drei bis sechs Monate befristete Duldungen nach § 55 Ausländergesetz (AuslG) erteilt hat. Der Grund für die Duldung ihres Aufenthaltes im Bundesgebiet ist bisher nicht entfallen. Deshalb muss nach den Feststellungen des LSG davon ausgegangen werden, dass die Behördenpraxis sich in absehbarer Zeit nicht ändern wird.

Auch wenn die Duldung die Ausreisepflicht nicht aufhebt (§ 56 Abs. 1 AuslG), sind geduldete Ausländer - jedenfalls nach längerem Aufenthalt im Bundesgebiet - bei der Anwendung des Schwerbehindertenrechts denjenigen gleichzustellen, die sich auch ausländerrechtlich rechtmäßig im Bundesgebiet aufhalten, wenn sie - wie die Klägerin - die Voraussetzungen für die Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis nach § 30 Abs. 3 AuslG erfüllen. Der Begriff "**rechtmäßig**" in § 1 SchwbG muss in diesem Sinne verfassungskonform ausgelegt werden, weil die Eingliederung Schwerbehinderter in die Gesellschaft - und das gilt auch für Ausländer, die ihren g.A. im Geltungsbereich des SchwbG haben - verfassungsrechtlich geboten ist.

Ohne Erfolg wendet der Beklagte ein, die Klägerin halte sich als geduldete Ausländerin in Deutschland - anders als in § 1 SchwbG gefordert - nicht rechtmäßig auf und habe hier nicht ihren g.A. Nach § 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I hat jemand seinen g.A. dort, wo er sich unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Diese Definition gilt für alle sozialen Leistungsbereiche des SGB, soweit sich nicht aus seinen übrigen Büchern etwas anderes ergibt (§ 37 Satz 1 SGB I). Für das Schwerbehindertenrecht besteht zwar keine Ausnahmeregelung (BSG v. 24.4.80 - 9 BvVs 16/79 - VersorgB 1980, 119). Wegen des Vorbehalts abweichender Regelungen und der unterschiedlichen Funktion des Begriffs innerhalb einzelner Regelungsbereiche geht die Rechtsprechung des BSG allerdings davon aus, dass der Begriff des g.A. nur hinreichend

unter Berücksichtigung des Zwecks des jeweiligen Gesetzes bestimmt werden kann. Die Frage, wann ein Ausländer seinen g.A. im Inland hat, ist deshalb für den Bereich verschiedener Sozialgesetze unterschiedlich beantwortet worden (vgl. BSGE 71, 78 = SozR 3-2600 § 56 Nr 2; SozR 3-1200 § 30 Nr 15; BSGE 80, 209 = SozR 3-2500 § 10 Nr 12; BSGE 82, 23 24 = SozR 3-2600 § 56 Nr 11).

Die **Klägerin hat ihren g.A. im Geltungsbereich des SchwbG**, weil hier der Mittelpunkt ihrer Lebensbeziehungen ist und sie sich in Deutschland bis auf weiteres (nicht nur vorübergehend) im Sinne eines zukunfts offenen Verbleibs aufhält. Ein nicht nur vorübergehendes Verweilen nach § 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I setzt zwar regelmäßig eine ausländerrechtliche Aufenthaltsposition voraus, die beim Ausländer so offen ist, dass sie - wie bei einem Inländer - einen Aufenthalt auf unbestimmte Zeit möglich macht. Denn andernfalls hätte es der Ausländer trotz faktisch andauerndem Verbleiben und einem entsprechenden Bleibewillen nicht in der Hand, über die Dauer seines Aufenthalts im Inland frei zu bestimmen. Ein Ausländer wird sich deshalb regelmäßig nicht gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn sein Aufenthalt hier nur gestattet oder geduldet ist. Indem die Aufenthaltsgestattung und die Duldung an einen vorübergehenden Zweck anknüpfen (Durchführung des Asylverfahrens) bzw. in der Absicht erteilt werden, den Aufenthalt mit Wegfall des zeitweise bestehenden Hindernisses zu beenden, sollen sie gerade keinen Aufenthalt auf Dauer möglich machen (vgl. BSGE 82, 23, 25 = SozR 3-2500 § 26 Nr 11). Ein nicht nur vorübergehendes Verweilen liegt bei Asylbewerbern wie bei geduldeten Ausländern aber dennoch vor, wenn andere Umstände ergeben, dass sie sich gleichwohl auf unbestimmte Zeit in Deutschland aufhalten werden.

Einen solchen Umstand hat die Rspr. angenommen, wenn ein **Asylbewerber auch bei endgültiger Ablehnung seines Asylantrages nicht mit Abschiebung zu rechnen** braucht (BSGE 63, 47 = SozR 5870 § 1 Nr 14; SozR 3-1200 § 30 Nr 15). Hier liegt es ebenso. Wie das LSG festgestellt hat, stehen einer freiwilligen Ausreise der Klägerin in ihr Heimatland ebenso wie auch ihrer Abschiebung Hindernisse entgegen, die sie nicht zu vertreten hat: Eine dauerhafte medizinische Versorgung ist im Kosovo auf unabsehbare Zeit nicht gesichert. Damit steht von vornherein fest, dass die Klägerin auch nach Ablauf der jeweils für drei bis sechs Monate erteilten Duldungen nicht abgeschoben werden wird. Der Beklagte hat die insoweit vom LSG getroffenen Feststellungen nicht mit zulässigen und begründeten Verfahrensrügen angegriffen. Die Feststellungen sind deshalb für den Senat bindend (§ 163 SGG). Soweit der Beklagte unter Hinweis auf Rspr. des BSG (BSGE 82, 23, 28 f = SozR 3-2500 § 26 Nr 11) geltend macht, es lasse sich nicht einschätzen, ob eine Abschiebung der Klägerin auf Dauer nicht in Betracht kommt, legt er lediglich den vom BSG in der zitierten Entscheidung gefundenen Rechtsmaßstab dar, wonach ein **"Abschiebehindernis auf unabsehbare Zeit"** nicht schon dann vorliegt, "wenn sich die dafür maßgebliche Situation insoweit nicht einschätzen lässt". Genau hierzu hat sich das LSG - im Unterschied zu dem zitierten Fall - in der Lage gesehen.

Der Senat lässt offen, ob das Schwerbehindertenrecht einen nicht nur vorübergehenden Aufenthalt iS des § 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I allgemein auch dann annimmt, wenn der weitere Verbleib nach dem ausländerrechtlichen Status nicht zukunfts offen ist. Auf eine solche "Einfärbung" des Begriffs g.A. im Schwerbehindertenrecht könnte § 6 Abs. 5 der **Schwerbehindertenausweisverordnung** hinweisen. Danach ist die Gültigkeitsdauer eines Schwerbehindertenausweises bei nichtdeutschen Schwerbehinderten, deren Aufenthaltsgenehmigung, Aufenthaltsgestattung oder Arbeitserlaubnis befristet ist, bis zum Ablauf des Monats der Frist zu befristen. Damit scheinen Asylbewerber generell in den Geltungsbereich des SchwbG einbezogen zu sein, obwohl ihnen eine Aufenthaltsgestattung nach § 55 AsylVfG nur für das - zeitlich begrenzte - Asylverfahren erteilt wird und sie damit nicht über ein auf Dauer gesichertes Aufenthaltsrecht verfügen.

Die Klägerin hält sich auch **rechtmäßig** im Geltungsbereich des SchwbG auf (es folgen Ausführungen insbesondere zur Rechtsnatur der Duldung im Ausländerrecht •••). Dieser Konstruktion des AuslG, die einem Ausländer den Aufenthalt in Deutschland ohne Gesetzesverstoß ermöglichen soll (BVerwG 59, 13, 17; BVerwG, NVwZ 1984, 591), aber einen solchen Aufenthalt gleichwohl als nicht rechtmäßig qualifiziert, folgt das Schwerbehindertenrecht nur eingeschränkt. Anders als das Opferentschädigungsrecht (vgl § 1 Abs. 5 Satz 2 OEG) koppelt sich das Schwerbehindertenrecht zwar nicht ausdrücklich vom Verständnis nur des nach ausländerrechtlichen Bestimmungen genehmigten Aufenthaltes als eines rechtmäßigen ab. Das SchwbG würde aber zu seinen eigenen Zielen in unlösbar Widerspruch geraten, wenn es eine bestimmte Gruppe auf unabsehbare Zeit in Deutschland lebender ausländischer Behinderter wegen ihrer fremden Staatsangehörigkeit auf Dauer von Hilfen zur Eingliederung in die Gesellschaft ausschliesse. Das wäre auch nicht mit der Verfassung vereinbar.

Aus dem **Sozialstaatsprinzip** des GG ergibt sich die Verpflichtung der staatlichen Gemeinschaft, körperlich oder geistig behinderte so weit wie möglich in die Gesellschaft einzugliedern. Dies gehört zu den sozialen Leitvorstellungen des SGB (§ 10 Abs. 1 SGB I) und diesem Ziel dienen die Hilfen und Vergünstigungen des SchwbG, wie sich aus den Materialien (BT-Drs 7/656, S. 20) und dem programmatischen Titel "Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft" ergibt. Aus dem Kreis der danach Berechtigten dürfen Ausländer weder generell noch bestimmte Gruppen von Ausländern für einen unvertretbar langen Zeitraum ausgeschlossen werden. Denn das Grundgesetz fordert die Eingliederung Behinderter ohne Unterschied für Deutsche und für Ausländer. Es lässt dem Gesetzgeber im Rahmen seiner Gestaltungsfreiheit zwar die Wahl, mit welchen Mitteln, mit welcher Intensität und in welchem Umfang er die Eingliederung Behinderter betreibt. Der gesetzgeberischen Gestaltungsfreiheit bei Erfüllung des grundgesetzlichen Förderungs- und Inetgrationsauftrages sind aber insbesondere aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Satz 1, Art 3 Abs. 1 und Art. 20 Abs. 1 GG Grenzen gezogen. Es widerspricht der Zielvorstellung sozialer Gerechtigkeit als einem leitenden Prinzip aller staatlichen Maßnahmen, den Kreis der einzugliedernden Behinderter ohne sachlichen Grund zu begrenzen. Der dauerhafte Ausschluss auf un-

absehbare Zeit in Deutschland lebender ausländischer Behinderter von den Vergünstigungen des SchwbG wäre in diesem Sinne sachwidrig.

Bei der **gesellschaftlichen Integration Behinderter** handelt es sich um eine Aufgabe, die nur durch unverzügliche, umfassende und dauernde Maßnahmen bewältigt werden kann. Die Eingliederung Behinderter lässt sich insoweit mit der Erziehungshilfe vergleichen, auf die ausländische Jugendliche nach § 6 Abs. 2 SGB VIII auch dann Anspruch haben, wenn sie sich nicht rechtmäßig, aber aufgrund einer ausländerrechtlichen Duldung gewöhnlich im Inland aufhalten. Die Regelung ist im Gesetzgebungsverfahren damit begründet worden, dass Jugendliche, die nach ihrem ausländerrechtlichen Status (Duldung) oder wegen der tatsächlichen Gegebenheiten noch nicht abgeschoben werden können, nicht jahrelang ohne die für sie notwendige Erziehung gelassen werden können (BT-Drs 11/5948, 124). Ebensowenig können in Deutschland geduldete Behinderte nach dem aufgezeigten Zweck des SchwbG jahrelang nur deshalb ohne die für die notwendigen Eingliederungshilfen bleiben.

Deshalb ist die Forderung des § 1 SchwbG nach einen "**rechtmäßigen**" gewöhnlichen Aufenthalt von Ausländern - abweichend vom AuslG - nicht erst erfüllt, wenn die Ausländerbehörde eine Aufenthaltsgenehmigung erteilt hat. Gleichzustellen ist der jahrelang geduldete Aufenthalt eines Ausländers, dessen Abschiebung nicht abzusehen ist und bei dem die Rechtsvoraussetzungen für die Erteilung einer Aufenthaltsbefugnis nach § 30 Abs. 3 AuslG vorliegen. Denn in einem solchen Fall ist die **Duldung zu einem Aufenthaltsrecht "zweiter Klasse" entfremdet** worden, mit dem anstelle der Aufenthaltsgenehmigung humanitär motivierte und/oder politisch erwünschte Daueraufenthalte von Ausländern möglich gemacht werden. Funktionell steht die Duldung dann - für das Schwerbehindertenrecht - einer Aufenthaltsgenehmigung gleich.

Wie sich aus den Materialien zum AuslG 1990 ergibt (vgl. BT-Drs. 11/6321, 76) sollte die Duldungserteilung nach neuem Recht von bestimmten benannten Voraussetzungen abhängig gemacht werden und das herkömmlich ausländerrechtliche Institut der Duldung auf seine eigentliche Zweckbestimmung zurückgeführt werden: Anders als sehr häufig in der Vergangenheit sollte die Duldung nicht mehr die Funktion eines minderen Ersatzes für einen aufenthaltsrechtlichen Titel darstellen. Diese Vorhaben des Gesetzgebers hätte angesichts der in § 55 Abs. 3 AuslG unvermeidlich sehr weit und allgemein beschriebenen Voraussetzungen in der Praxis nur dann - ausnahmslos - gelingen können, wenn das zugleich neu geschaffene Rechtsinstitut der Aufenthaltsbefugnis genutzt und die dort eingeräumten Ermessensspielräume genutzt würden. Bei sehr restriktiver Praxis der Ausländerbehörden übernimmt auch die Duldung nach neuem Recht wider die Funktion eines zweitklassigen aufenthaltsrechtlichen Titels.

Jedenfalls ist bei der Klägerin das Aufenthaltsrecht in diesem Sinne gehandhabt worden. Ihr Aufenthalt war bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung im Mai 1996 seit mehr als dreieinhalb Jahren geduldet, die Ausländerbehörde hat trotz einer anderslautenden Empfehlung ihrer Härtefallkommission keine Aufenthaltsbefugnis erteilt und nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG stehen einer freiwilligen Ausreise der Klägerin ebenso wie ihrer Abschiebung auf nicht absehbare Zeit von ihr nicht zu vertretenden Hindernisse entgegen. Angesichts dieser Besonderheiten des vorliegenden falls brauchte der Senat nicht zu entscheiden, wie lange die Zeit des geduldeten Aufenthalts mindestens sein muss, bevor der Ausländer in den Schutzbereich des SchwbG einbezogen wird und ob diese Frist etwa nach dem Vorbild des § 1 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 OEG oder des § 2 AsylbLG mit drei Jahren bemessen werden kann (vgl zur verfassungsrechtlichen Diskussion GK AsylbLG, § 2 Rn 37 ff.; Sieveking in Barwig 1996, 295 ff.; jeweils mwN.).

§§ 25, 60, 60a AufenthG / §§ 53/54/55 AuslG - Duldung und Aufenthaltserlaubnis wegen Krankheit, Traumatisierung, Schwangerschaft/Mutterschaft

§ 60 AufenthG, §§ 53/54/55 AuslG - Abschiebehindernis Krankheit, Trauma, Schwangerschaft/Mutterschaft

OVG Koblenz 10 A 10902/97 v. 3.4.98, IBIS C1328, NVwZ-Beilage 1998, 85 Die Erkrankung an einer akuten **Leukämie** hindert gemäß § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG im allgemeinen die Abschiebung eines abgelehnten Asylbewerbers nach Zaire, da im Heimatland die erforderliche Behandlung nicht sichergestellt ist. Hinzu kommt, dass der Kranke in Zaire nicht versichert ist und er oder seine Angehörigen auch nicht in der Lage wären, selbst die Behandlungskosten aufzubringen.

BVerwG 9 C 58/96 v. 25.11.97, IBIS C1398, NVwZ 1998, 524 1. Die Entscheidung über alle zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse, die ein Asylsuchender geltend macht, obliegt des Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge. 2. Die Gefahr, dass sich die **Krankheit** eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat verschlimmert, weil die Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend sind, kann ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG sein.

BVerwG 9 C 13/97 v. 27.4.98, IBIS e.V. C1399, NVwZ 1998, 973, InfAusIR 1998, 409 Die drohende Verschlimmerung einer Krankheit wegen ihrer nur unzureichenden medizinischen Behandlung im Zielstaat der Abschiebung kann ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG sein. Bei weit verbreiteten Erkrankungen wie **AIDS** kann allerdings eine allgemeine Gefahr i.S.v. § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG vorliegen, die eine ausländerpolitische Leitentscheidung nach § 54 AuslG erfordert.

EGMR 146/1996/767/964 v. 2.5.97 (D. ./ Vereinigtes Königreich) InfAusIR 1997, 381, IBIS C1432. Die Abschiebung eines an **AIDS** im Endstadium erkrankten Ausländers in ein Entwicklungsland (St. Kitts), in dem die medizinische und soziale Versorgung unzureichend ist, seine verbliebene Lebensqualität erheblich verschlechtert und seine Lebenserwartung verkürzt würde, stellt eine unmenschliche Behandlung im Sinne von Art. 3 EMRK dar.

EGMR 47/1998/950/1165 v. 7.9.98 (B. ./ Frankreich) InfAusIR 1999, 1, mit Anmerkung Zander; IBIS C1433. Aufgrund der Zusicherung des ausweisenden Staates, einen an **AIDS** erkrankten straffälligen Ausländer nicht abzuschicken, kann die Beschwerde als beigelegt betrachtet werden. Dies gilt auch, wenn die Ausweisung noch in Kraft ist, der Kranke jedoch aufgrund einer Aussetzung der Vollstreckung bleiben kann (ein der deutschen Duldung vergleichbarer Status) und Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung hat. Es steht dem Gerichtshof frei, bei einer Änderung der Umstände die Beschwerde erneut aufzugreifen. (Anmerkung: die EU-Kommission hatte festgestellt, dass die Abschiebung des an HIV Infektion in bereits wiederholte Krankenhausaufenthalte erforderndem fortgeschrittenem Stadium leidenden Antragstellers in die DR Kongo Art. 3 EMRK verletzen würde, da die im Empfangsstaat zur Verfügung stehenden Einrichtungen unzureichend seien).

EGMR 46553/99 v. 15.02.00 (S. ./ Schweden), InfAusIR 2000, 421, mit Anmerkung Zander. Die Abschiebung einer an **HIV** infizierten Ausländerin nach Sambia stellt keine unmenschliche Behandlung im Sinne von Art. 3 EMRK dar. Die HIV-Behandlung der Antragstellerin hat kürzlich begonnen. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung des Gesundheitszustandes, die HIV-Diagnose als solche ist nicht allein entscheidend. Dem Bericht der schwedischen Botschaft zufolge ist eine AIDS-Behandlung in Sambia möglich. Die Antragstellerin hat dort Familienangehörige.

Dazu **Anmerkung Zander in InfAusIR 2000, 422** mit einer Zusammenstellung weiterer Entscheidungen des EGMR und der EU-Kommission zur Vereinbarkeit der Abschiebung schwer Erkrankter mit der EMRK.

EGMR 44599/98 v. 06.02.01 (B. ./ Vereinigtes Königreich), InfAusIR 2001, 364. Der EGMR gewährte einem **psychisch schwerkranken** Algerier keinen Abschiebeschutz nach Art. 3 EMRK. Zwar erfasst **Art. 3 EMRK** auch eine weder mittelbar noch unmittelbar **vom Empfangsstaat zu verantwortende unmenschliche Behandlung**. Art. 3 EMRK kann grundsätzlich auch die Schwierigkeit eine notwendige medizinische Behandlung zu erhalten und eine daraus resultierende ernstliche Gefährdung der Gesundheit erfassen. Art. 3 EMRK verlangt jedoch insbesondere in den Fällen, in denen der Vertragsstaat nicht unmittelbar für die Zufügung des Leides verantwortlich ist, eine hohe Schwelle. Die tatsächliche Gefahr einer Art. 3 EMRK zuwiderlaufenden Behandlung muss hinreichend sicher und darf nicht hypothetisch sein. Der Fall muss vielmehr, so wie im Fall D. gegen Vereinigtes Königreich, besonders **außergewöhnliche Umstände** aufweisen.

OVG Lüneburg 11 M 2608/99 v. 9.7.99, IBIS R3803 Anspruch auf eine Duldung für **traumatisierte Bosnierin** aufgrund § 53 Abs. 6 AuslG. Nach dem Lagebericht des Auswärtigen Amtes vom 12.5.99 ist die Behandlung von traumatisierten Personen in Bosnien-Herzegowina zwar grundsätzlich möglich, es fehlen aber Kapazitäten schon für die Versorgung der derzeit dort lebenden Personen. Insbesondere sind die auf die Behandlung von Frauen spezialisierten Zentren in Zenica und Tuzla überlastet.

OVG Koblenz 7 B 12213/98 v. 2.11.98 (Datum nicht sicher) **Keine Abschiebung in der Mutterschutzfrist.** Eine ausländische Mutter darf in den ersten acht Wochen nach der Geburt ihres Kindes regelmäßig nicht abgeschoben werden. Im Hinblick auf die mit der Geburt einhergehenden gesundheitlichen Belastungen einerseits und die mit der Betreuung des Neugeborenen verbundenen Anstrengungen andererseits ist ein besonderes Maß an Rücksichtnahme geboten. Daraus folgt ein vorübergehendes, in der Regel acht Wochen nach der Geburt währendes Abschiebungshindernis. In dieser Zeitspanne, die sich an das arbeitsrechtliche Beschäftigungs- und Dienstleistungsverbot anlehnt, können einer Mutter die Strapazen der Abschiebung nicht zugemutet werden.

VG Münster 3 K 3481/97.A v. 21.08.00, IBIS C1575 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1575.pdf Duldung nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG für schwerbehindertes Kind (**Epilepsie** sowie spastische **Cerebralparese** mit statomotorischer Entwicklungsretardierung, laufende Medikamentierung und Behandlung erforderlich) wegen real fehlender Behandlungsmöglichkeiten in der **Türkei**. Nach Sachverständigengutachten wird das Kind "gleichsam verfallen", wenn die bisher geleistete Behandlungsmaßnahmen nicht fortgeführt oder auch nur einzelne Maßnahmen für 3 Monate unterbrochen würden werden. Eine Behandlung in der Türkei wäre - wenn überhaupt möglich - für die Eltern aus **finanziellen Gründen jedenfalls nicht erreichbar**, dies gilt auch für den Zugang zu einer **Krankenversicherung** (wird ausgeführt).

VG München M 26 K 98.51783, Urteil v. 08.09.2000, IBIS R8643 Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG für an **Aids** erkrankten Asylbewerber aus **Äthiopien**, da nach dem Lagebericht des AA v. 03.04.00 in Äthiopien eine antiretrovirale Therapie legal nicht zugänglich ist, der Kläger diese Medikamente laut ärztlichem Attest

aufgrund einer fortgeschrittenen HIV Erkrankung mit bereits mehreren schweren Infektionen jedoch benötigt, eine Beendigung der Behandlung würde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit innerhalb kürzester Zeit zu weiteren schweren Aids-definierenden Erkrankungen, einem erhöhten Mortalitätsrisiko und einer verkürzten Lebenserwartung führen. Ohne Behandlung würde der Kläger gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod ausgeliefert, so dass aufgrund verfassungskonformer Auslegung die Sperrwirkung des § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG nicht greift (vgl. zuletzt BVerwG v. 26.01.99, 9 B 617/98).

Anmerkung: VG-Entscheidungen zu unzureichenden Aids-Behandlungsmöglichkeiten liegen auch vor zu Ghana, DR Kongo, Uganda, Eritrea, Burkina Faso und Kroatien; Fundstellen s. Müller, HIV/AIDS im Aufenthaltsrecht, Asylmagazin 12/2000, 9.

OVG Münster 17 B 454/99 v. 11.09.2000, IBIS R8653 Vorläufiger Abschiebeschutz nach **§ 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG** für an **Epilepsie** erkrankten Flüchtling aus **Bosnien**, solange die Behandlungsmöglichkeiten nicht geklärt sind. Auf die Beschaffung der benötigten Medikamente auf dem Importwege kann nur verwiesen werden, wenn dies realistisch, d.h. für den Antragsteller finanzierbar wäre, was er nachvollziehbar in Abrede stellt. Problematisch sind auch die Kosten der erforderlichen regelmäßigen fachärztlichen Untersuchung und Kontrolle, da der Anspruch registrierter Rückkehrer auf Gesundheitsversorgung ambulante fachärztliche Behandlung nicht umfasst (UNHCR Sarajewo, "Besonders anfällige Personen - die Notwendigkeit fortgesetzter internationaler Unterstützung...", November 1999, www.proasyl.de/texte/mappe/2000/26/anlage4.pdf). Die Ehefrau ist im Wege einstweiliger Anordnung eine Duldung nach § 55 Abs. 3 AuslG zu erteilen, da sie zur Vermeidung einer Lebensgefahr bei Krampfanfällen ggf. sofort ärztliche Hilfe rufen können muss, die der Antragsteller nicht selbst herbeirufen kann. Eine zwangsweise Beendigung des Aufenthaltes der Kinder ohne ihre Eltern ist nicht zumutbar.

VG Gelsenkirchen 15a K 6740/96.A v. 04.09.2000 IBIS R8622 Abschiebeschutz nach **§ 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG** für auf **Dialyse** angewiesenen albanischen Asylbewerber aus **Kosovo**. Eine Abschiebung in die übrige BRJ kommt wegen der dortigen Gruppenverfolgung für Kosovo-Albaner nicht in Frage (OVG NRW 14 A 3334/94.A v. 5.5.00, S. 11ff.). Ausreichende Dialysemöglichkeiten stehen nach Auskunft des UNHCR im Kosovo nicht zur Verfügung, die vorhandenen Geräte sind in sehr schlechtem Zustand und eigentlich erneuerungsbedürftig, und die Stromversorgung ist mangels Notstromaggregaten nicht zuverlässig. Zudem sind nach den Äußerungen des UNHCR auch die neben der Dialyse erforderliche Medikamentenversorgung und regelmäßigen Laborkontrollen nicht gesichert. Bei der im Kosovo weiter problematischen Lebensmittelversorgung (vgl. ad-hoc Lagebericht AA v. 18.5.00; Auskunft UNHCR) scheint auch die Einhaltung der krankheitsbedingten **Diätvorschriften** problematisch.

VGH Ba-Wü 11 S 1080/00 v. 28.06.00, InfAuslR 2000, 438; VBIBW 2001, 68. Keine Regelausweisung eines an **HIV** und **Hepatitis B, C und D** erkrankten Straftäters, solange die Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland Tschechische Republik nicht geklärt sind.

VG Stuttgart 16 K 6364/98 v. 12.04.00, InfAuslR 2000, 441 Keine Regelausweisung eines Straftäters nach **Tunesien**, weil dies den Abbruch der medikamentösen **AIDS**-Therapie bedeuten würde (zwingendes Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG).

OVG Hamburg 3 Bs 369/99 B.v. 13.10.00, InfAuslR 2001, 132; NVwZ-Beilage I 2001, 31; EZAR 043 Nr. 48. Einem **AIDS-Kranken** (HIV Infektionsstadium III) ist vorläufig Schutz vor Abschiebung zu gewähren, wenn zweifelhaft und weiterer Aufklärung im Klagverfahren bedürftig ist, ob er in seinem Heimatstaat (hier: **Ecuador**) Zugang zu einer medizinischen Behandlung hat, die im gegenwärtigen Stadium seiner Erkrankung erforderlich ist, oder ob er von ihr wegen fehlender finanzieller Mittel ausgeschlossen ist.

OVG Koblenz 10 A 10344/00 v. 08.03.00. Für ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG ist es von untergeordneter Bedeutung, ob ein zur **Krankenbehandlung** benötigtes Medikament im Zielstaat überhaupt erhältlich oder ob es für den Antragsteller **wegen fehlender finanzieller Möglichkeiten** oder fehlender Privilegien aufgrund der Ausgestaltung des Gesundheitswesens dort **nicht erhältlich** ist. In jedem Fall steht es ihm nicht zur Verfügung und ihm droht eine zielstaatsbezogene konkrete Gefahr für Leib und Leben. Der gegenteiligen Ansicht des VGH Bayern v. 25.11.96, 10 CS 96.2972 - die Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung sei eine sozialpolitische Aufgabe des Herkunftsstaates und könne nicht im Wege des Abschiebungshindernisses auf Deutschland abgewälzt werden - bewegt sich im rechtspolitischen Raum, die von Wortlaut und Sinn des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG losgelöst ist. Sie steht nicht mit dem gebotenen Verständnis der Grundrechte aus GG Art. 1 Art. 2 Abs. 2 S. 1 im Einklang.

BVerwG 1 C 6.99 v. 07.09.99, IBIS e.V. R4587 Freies **Wiederaufgreifen** des Verfahrens durch das Bundesamt bei zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen nach § 53 AuslG / Berücksichtigung einer **Krankheitsverschlimmerung** als zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis.

Ein "Antrag auf Wiederaufgreifen" nach **§ 51 VwVfG**, beschränkt auf die Feststellung von Abschiebungshindernissen nach § 53 AuslG, bei dem man in der Praxis ausdrücklich vermerken muss "kein Asylfolgeantrag", ist in all den Fällen richtig, in denen aufgrund der Rechtsprechung zum Erfordernis der (Quasi-) Staatlichkeit ehemals keine Anerkennungschancen bestehen.

- **Anmerkung:** Vgl. dazu ausführlich **Hofmann/Kohler**, zum "Wiederaufgreifen von Verfahren, Asylmagazin 7/2000, 15ff. , www.asyl.net/magazin/mag7-8-2000.htm#wiederaufgreifen

VGH Ba-Wü 13 S 2540/99, B.v.22.12.00, VBIBW 2001, 228, IBIS e.V. C1652 Anspruch auf Duldung nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG für einen **Bosnier mit Epilepsie und spastischer Tetraparese**. Zwar sind beide Krankheiten für sich genommen in Bosnien unter bestimmten Voraussetzungen behandelbar, mit dieser isolierten Bewertung berücksichtigt die Ausländerbehörde jedoch nicht die schwere Mehrfachbehinderung.

Unter einer Leibesgefährdung i.S.d. § 53 Abs. 6 S. 1 sind auch Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit ohne Verletzungen der äußeren Integrität des Leibes zu verstehen (vgl. VGH Ba-Wü A 13 S 348/97 v. 22.11.00; GK AuslR § 53 RN 235f). Hierzu gehören die von der Schule für Körperbehinderte beschriebenen tief greifenden negativen Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung der Antragstellerin. Hinzu kommt, dass die gewonnene emotionale Stabilisierung im Falle der Abschiebung verloren zu gehen droht und infolgedessen die Gefahr schädlicher Rückwirkungen auf das epileptische Anfallsleiden besteht.

Der Anspruch auf Erteilung einer Duldung ist nach dem vom VGH Ba-Wü in seinem Beschluss 13 S 2026/99 vom 10.03.00 (InfAuslR 2000, 378) dargelegten Grundsätzen im Eilverfahren nach § 123 VwGO sicherungsfähig. Der Antragsteller braucht sich nicht darauf verweisen zu lassen, die Ausländerbehörde lediglich dazu verpflichtet zu lassen, einstweilig die Durchführung der Abschiebung auszusetzen, ohne eine förmliche Duldung zu erteilen (wird ausgeführt).

VG Berlin 18 F 28.01 v. 23.05.01, IBIS C1660, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1660.pdf Anspruch auf Erteilung einer Duldung für **traumatisierte Bosnier**, die erstmals in 2001 einen Nachweis der Traumatisierung vorgelegt haben. Ob der Anspruch sich auf § 55 Abs. 2 i.V.m. § 53 Abs 6 Satz 1 AuslG oder auf § 55 Abs 3 AuslG stützt kann offen bleiben. Zur Glaubhaftmachung mittels fachärztlicher Atteste.

VG Berlin 29 F 10.01 v. 14.03.01, IBIS C1661, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1661.pdf Anspruch auf Erteilung einer Duldung für eine **traumatisierte Kosovo-Albaner**in gemäß § 53 Abs 6 Satz 1 AuslG. Nach Stellungnahmen der Caritas und des **UNHCR** fehlen im Kosovo noch jegliche Kapazitäten für eine psychologische und psychiatrische Langzeitbehandlung von schweren und chronischen psychischen Leiden, einige örtliche Krankenhäuser betreiben lediglich psychiatrische Abteilungen für Notfälle - ohne Therapiekonzepte und behandeln psychische Erkrankungen ausschließlich medikamentös. Dem Ehemann und den mdj. Kindern ist wegen Art und Schwere der Erkrankung eine Duldung nach § 55 Abs 3 zu erteilen.

VGH Ba-Wü 11 S 389/01, B.v. 07.05.01, EZAR 045 Nr. 17, InfAuslR 2001, 384 Unter dem Gesichtspunkt der rechtlichen Unmöglichkeit der Abschiebung kann ein Duldungsgrund nach **§ 55 Abs. 2 AuslG i.V.m. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG** in Gestalt eines inlandsbezogenen Vollstreckungshindernisses anzunehmen sein, wenn **die Abschiebung als solche** bei dem von der Zwangsmaßnahme betroffenen Ausländer mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit **zu einem Gesundheitsschaden führt** bzw. einen vorhandenen Gesundheitsschaden weiter verfestigt (**posttraumatische Belastungsstörung**).

VG Hamburg 8 VG 1961/2000, U.v. 05.04.01, InfAuslR 2001, 387 Leidet ein Ausländer an einer Krankheit (hier: **psychisch schwer kranke Serbin aus der Krajina/Kroatien**) und besteht die konkrete und erhebliche Gefahr, dass sich sein Gesundheitszustand im Falle seiner Rückkehr erheblich verschlechtern würde, stellt dies ein Abschiebungshindernis i.S.d. § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG dar. Ist in einem 6 Monate deutlich überschreitenden Zeitraum nicht mit dem Wegfall des Abschiebungshindernisses zu rechnen, spricht vieles für eine Ermessensreduzierung dahingehend, dass allein die Erteilung einer **Aufenthaltsbefugnis** rechtmäßig ist.

VG Oldenburg 5 B 3320/01, B.v. 18.10.01, IBIS M1209 Die Abschiebung nach **Vietnam** ist auszusetzen, um zu klären, ob dort das für den Diabetes erkrankten Antragsteller lebensnotwendige **Insulin** erreichbar ist. Zwar ist seine Erkrankung auch in Vietnam behandelbar, der Antragsteller hat aber geltend gemacht nicht über die hierfür erforderlichen **finanziellen Mittel** zu verfügen. Wäre er nicht in der Lage, sich das Insulin zu verschaffen, führte das in kürzester Zeit zu seinem Tod (Abschiebehindernis nach § 53 Abs. VI AuslG).

VG Göttingen 4 B 4109/00, B.v. 20.09.01, IBIS e.V. M1252, Asylmagazin 12/2001, 10. Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. VI AuslG für **psychisch kranke Bosnierin** wegen drohender Retraumatisierung und unzureichender Behandlungsmöglichkeiten.

VGH Mannheim 1 I S 389/01 B.v. 07.05.01, NVwZ-Beilage I 2001, 107, IBIS C1691

Unter dem Gesichtspunkt der rechtlichen Unmöglichkeit der Abschiebung kann ein Duldungsgrund nach § 55 Abs. 2 AuslG i.V. mit Art 2 Abs. 2 S. 1 GG in Gestalt eines inlandsbezogenen Vollstreckungshindernisses anzunehmen sein, wenn **die Abschiebung als solche bei dem von der Zwangsmaßnahme betroffenen Ausländer mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit zu einem Gesundheitsschaden führt** bzw. einen vorhandenen Gesundheitsschaden weiter verfestigt (hier: **posttraumatische Belastungsstörung, Türkei**).

VG Regensburg RN 9 E 01.-21 09, B.v. 08.01.02, IBIS M1450 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/M1450.pdf
Abschiebungsschutz für Vater eines Neugeborenen bis vier Wochen nach Geburt.

VG Sigmaringen A 2 K 10891/00, U.v. 13.11.01 IBIS M1420. Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG für **Kosovo-Albaner** wegen schwerer **posttraumatischer Belastungsstörung** und schwerer **dissoziativer Störung**; keine Möglichkeit der Behandlung im Kosovo.

VG Frankfurt/M 15 E 4901/99A(1), U.v. 22.06.01, NVwZ-Beilage I 2002, 29 Abschiebungsschutz wegen **Traumatisierung** für eine **Kurdin aus der Türkei**. Die Gefahr, dass sich die Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatland verschlimmert, weil die **Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend** sind, kann ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG darstellen. Laut Auswärtigem Amt ist von einer fast völligen Ausweglosigkeit bestimmter betroffener Gruppen psychisch kranker Menschen in der Türkei auszugehen, adäquate Behandlungsmethoden und Verfahren in Anspruch nehmen zu können. Hierzu gehören unter anderem traumatisierte Menschen, **vergewaltigte Frauen** und Menschen mit Angsttraumata nach Misshandlungen.

BVerwG 1 B 326.01, B.v. 30.01.02, IBIS C1710, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1710.pdf (vgl. www.proasyl.de/texte/mappe/2002/62.htm) Das BVerwG hat dem Beweisantrag des Klägers auf Einholung eines **Sachverständigengutachtens** hinsichtlich gesundheitlicher Risiken wegen mangelnder Anpassungsmöglichkeiten des Immunsystems für Angolaner mit langjährigem Auslandsaufenthalt stattgegeben und deshalb das Verfahren an den VGH Hessen zurückverwiesen.

Der Kläger hatte beantragt, "durch Einholung eines Sachverständigengutachtens Beweis darüber zu erheben, dass er im Falle einer Rückkehr [nach **Angola**] wegen seiner nicht **mehr vorhandenen Anpassungsmöglichkeit im Immunsystem an die dortigen Infektions- und Erkrankungsrisiken** auf dem Hintergrund des heruntergewirtschafteten Gesundheits- und Sozialwesens in Angola in nahem zeitlichen Zusammenhang mit der Abschiebung bzw. bald danach schwerwiegend an einer der dort vorkommenden Tropenerkrankungen (wie Typhus, Hepatitis, Malaria usw.) mit der Folge schwerster gesundheitlicher Schäden bis hin zum Tod erkranken werde."

Der VGH Hessen ist dem nicht nachgekommen und hat dies damit begründet, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Kläger, der immerhin bis zu seinem 27. Lebensjahr in Angola gewohnt habe, bei einer Abschiebung nach sehenden Auges dem sicheren Tod entgegen ginge. Der Kläger sei nicht gesundheitlich vorbelastet, sodass erwartet werden könne, dass er sich den Lebensbedingungen in Angola und insbesondere auch den schwierigen gesundheitlichen Bedingungen wieder werde anpassen können. Die Ablehnung des Beweisbegehrens durch den VGH erachtete das BVerwG als verfahrensfehlerhaft.

Anmerkung Pro Asyl: Der Beschluss des BVerwG gibt Anlass zur Hoffnung, dass Beschlüsse des Hessischen VGH in ähnlichen Verfahren angolanscher und kongolesischer Staatsangehöriger möglicherweise ebenfalls mangels Sachkunde (des VGH) vom BVerwG für unvertretbar gehalten werden.

VG Regensburg RN 9 E 01.2109, B.v. 08.01.02, IBIS M1450, InfAusIR 2002, 241 Wegen bevorstehender Niederkunft der etwa in der 34. - 36. Schwangerschaftswoche befindlichen Ehefrau wurde die **Abschiebung des Ehemannes bis 4 Wochen nach der Entbindung ausgesetzt**. Die Eheleute sind geduldete Kosovo-Albaner. Da es keine Verwandten oder Bekannten gibt, die die Ehefrau unterstützen könnten, erfordert die Versorgung des Haushalts und Betreuung der beiden im August 1999 und im Oktober 2000 geborenen Kinder die tatkräftige Mithilfe des Antragstellers. Im übrigen muss er für seine Frau als Dolmetscher fungieren können.: "Spätestens vier Wochen nach der Entbindung hat sich nach allgemeiner Lebenserfahrung unter normalen Umständen das innerfamiliäre Leben dergestalt an die durch das Hinzutreten eines weiteren Familienmitglieds veränderten Umstände angepasst und sich die Ehefrau des Antragstellers körperlich so weit regeneriert, dass sie allein mit drei kleinen Kindern zurecht kommen kann. Ein weitergehender Schutz ist durch **Artikel 6 GG, Artikel 8 EMRK** nicht geboten. Diese Vorschriften vermitteln einen Anspruch auf Erteilung einer Duldung nur insoweit als selbst eine vorübergehende Trennung der Familienangehörigen unzumutbar erscheint." An den gesetzlichen Mutterschutzfristen muss man sich nicht orientieren, da diese den Schutz werdender Mütter im Rahmen ihrer Berufstätigkeit gewährleisten sollen. Im vorliegenden Falle geht es jedoch lediglich um eine Schwangerschaft ohne Bezug zu einer beruflichen Tätigkeit. Eine Aussetzung der Abschiebung bis acht Wochen nach der Entbindung oder gar bis zu einer Entscheidung des Gerichts in der Hauptsache ist deshalb abzulehnen.

VG Düsseldorf 25 K 948/00.A, U.v. 05.04.02, IBIS M1893. Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG wegen **posttraumatischer Belastungsstörung**. Laut Lagebericht des Auswärtigen Amtes vom 20.03.02, Seite 46-47 i.V.m. der Anlage "medizinische Versorgung psychisch kranker Menschen in der Türkei", Nr. 2.6 ist in der **Türkei** die medizinische Grundversorgung für behinderte und psychisch kranke Menschen gesichert, weiterführende Therapien können aus fachlichen und finanziellen Gründen im Allgemeinen jedoch nicht angeboten werden. Die therapeutische Behandlung von aus Westeuropa zurückkehrenden Patienten kann auf Grund der unterschiedlichen Behandlungskonzepte in diesen Ländern oft schwierig oder gar ausgeschlossen sein. Dies trifft auch für die Weiterbehandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen zu.

Nach dem Lagebericht Seite 47 kommt es ferner darauf an, in welche Region der Türkei die Person zurückkehren wird. In Istanbul, Ankara oder Izmir sei die direkte medizinische Versorgung im Rahmen privatärztlicher Behandlung nach Klärung der Kostenfrage grundsätzlich möglich. Eine derartige privatärztliche Behandlung kommt indes

für die Kläger aus eben diesen Kostengründen ersichtlich nicht in Betracht. Sie würden zudem nicht in die genannten Metropolen, sondern in ihre Herkunftsregionen in der Osttürkei zurückkehren.

VG Saarland, 5 K 236/01.A, U.v. 13.05.02, IBIS M1952 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/M1952.pdf Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG wegen fortgeschrittener **AIDS**-Erkrankung; Behandlung in der **Türkei** nicht gesichert, da Engpässe in der Medikamentenversorgung bestehen und Kontrolluntersuchungen nur in sehr gut ausgestatteten Uni-Kliniken möglich ist.

VG Braunschweig 1 A 67/01, U.v.21.05.02, IBIS M2088, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/M2088.pdf Abschiebungshindernis gem. § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG für **dialysepflichtige Libanesen**. Das Gericht ist überzeugt, dass die Kläger trotz staatlicher Gesundheitsfürsorge nicht darauf vertrauen können, die notwendige Behandlung und Medikation zeitgerecht zu erhalten. Auch wenn im Libanon Dialysemöglichkeiten zu Verfügung stehen, werden nach vorliegenden Stellungnahmen (medico international; Deutsches Orient-Institut) doch in der Praxis Zuzahlungen von 10 bis 15 % der Kosten, ca. 100 DM pro Dialyse gefordert. Eine konkrete Gefährdung für Leib und Leben gem. § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG liegt auch dann vor, wenn die drohende Gefährdung durch eine befristete Unterstützung staatlicher Stellen (etwa durch den Nachweis eines Dialyseplatzes durch den Vertrauensarzt der Deutschen Botschaft und die Mitgabe eines **Jahresvorrats an Medikamenten**) zeitlich nur verlagert würde.

VG Berlin 34 X 51.02 U.v. 17.07.02, IBIS C1737 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1737.pdf Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG für **Palästinenserin aus dem Libanon** mit medikamentös behandlungsbedürftigem **Bluthochdruck** und **Zuckerkrankheit**. Im Falle einer Rückkehr wäre ohne die erforderliche Behandlung mit einer schweren Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis hin zum lebensgefährlichen Schlaganfall oder Zuckerkoma zu rechnen. Zwar ist der Libanon ein Land mit recht hohem Niveau medizinischer Versorgung. Palästinensische Flüchtlinge erhalten aber keine Unterstützung des libanesischen Staates für notwendige Behandlungen, sondern werden lediglich von der UNWRA im Rahmen des Möglichen versorgt (vgl. Lagebericht AA v. 27.06.01, S. 19). Die UNWRA kann aber nur die allernotwendigste Versorgung mit bescheidenen Mitteln sicherstellen (vgl. FR v. 11.07.97). **Eine medizinische Versorgung ist damit letztlich nur mit ausreichenden eigenen Mitteln hinreichend gewährleistet**, wobei die Kosten von Arzneimitteln und ärztlichen Konsultationen mindestens dieselben Kosten wie in Deutschland zu veranschlagen sind (vgl. Auskunft medico international an die Asylberatung Heilig Kreuz Kirche Berlin v. 01.04.99). Über diese Mittel in Höhe von immerhin gut 800 € pro Jahr verfügt die 66jährige Klägerin nicht.

VG Karlsruhe A 4 K 10066/02, B.v. 18.03.02, InfAuslR 2003, 38 Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG wegen **posttraumatischer Belastungsstörung**, da diese im **Kosovo** nach wie vor kaum zuverlässig behandelt werden kann.

BVerwG 1 C 1.02 U.v. 29.10.02, IBIS M3149, Asylmagazin 3/2003, 33, www.asyl.net/Magazin/Docs/2003/M-3/3149.doc Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG bei **tatsächlich nicht erreichbarer medizinischer Behandlung**. Leitsatz: Eine krankheitsbedingte zielstaatsbezogene Gefahr im Sinne des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG kann sich im Einzelfall auch daraus ergeben, dass der erkrankte Ausländer eine an sich im Zielstaat verfügbare medizinische Behandlung tatsächlich nicht erlangen kann (hier: wegen fehlender Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit der Behandlung und fehlender Betreuung durch Bezugspersonen oder Betreuungseinrichtungen bei heftiger **Psychose**).

VG Augsburg Au 3 S 02.30782, B.v. 24.09.02, IBIS M3179, Asylmagazin 3/2003, 35 Kein Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG bei Betäubungsmittelabhängigkeit

Sollte der Antragsteller nach Russland zurückkehren und dort weder **Drogentherapie** erhalten noch den Drogenkonsum fortsetzen, wäre die Zeit des "kalten Entzugs" von begrenzter Dauer. Selbst bei Heroinabhängigkeit halten die Entzugerscheinungen, die etwa 36 bis 72 Stunden nach der letzten Verabreichung der Droge beginnen, etwa fünf bis acht Tage an (Pschyrembel, 257. Aufl. 1994, S. 616). Die in dieser Zeit zu erduldenen Unbillen stellen keine so erhebliche Gefahr für seine Gesundheit dar, dass sie den Tatbestand des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG erfüllen würden (VG Braunschweig vom 7.6.1999, NVwZ-Beilage I 1999, 109/111).

VG Frankfurt M. 3 E 31080/97.A(1), U.v. 27.11.02, IBIS M2899 www.asyl.net/Magazin/Docs/2003/M-3/2899.PDF Kein Abschiebungshindernis gem. § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG, wenn dringend benötigte, **im Zielland nicht erreichbare Medikamente** von einem in Deutschland lebenden unterhaltsverpflichteten Angehörigen zur Verfügung gestellt werden können.

VG Frankfurt M. 1 G 1130/01(2) B.v. 12.04.03, IBIS M3288. Die Unterbrechung einer **psychotherapeutischen Behandlung** durch Abschiebung kann eine unmenschliche Behandlung gem. § 53 Abs. 4 AuslG darstellen und ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis begründen.

Robert-Koch-Institut, Schreiben v. 24.03.03, IBIS M3603, www.proasyl.de/texte/mappe/2003/78/5.pdf Zu den **gesundheitliche Risiken HIV-positiver MigrantInnen bei Ausreise in afrikanische Länder**. Nach der Stellungnahme ist vom medizinischen Standpunkt aus bei HIV-PatientInnen immer von der Notwendigkeit einer Therapie auszugehen. Insofern können aus medizinischer und humanitärer Sicht keine Bedingungen definiert werden, unter denen eine Abschiebung in eine Land vertretbar sein könnte, in dem die Möglichkeit einer antiretroviralen Behandlung nicht zur Verfügung steht oder nicht für jeden Einzelnen zugänglich sind. In jedem Fall würde dem Betroffenen dann im Zielstaat eine erhebliche Verschlimmerung der Erkrankung drohen.

Die von Ausländerbehörden bzw. vom Bundesamt geforderte **Differenzierung** ist grundsätzlich möglich **auf Grundlage des klinischen Zustands, der CD4 Zellzahl und der Viruslast**. Diese Parameter jedoch als Kriterien zur Beurteilung der Abschiebefähigkeit heranzuziehen halten wir für problematisch. Die Definition von Behandlungsindikationen, wie sie in den aktuellen HIV-Therapierichtlinien (Deutsch-Österreichische Richtlinien zur Antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion, Stand: Juli 2002, www.rki.de) vorgenommen wird, geht von der grundsätzliche Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten aus. Zur Beurteilung der Zulässigkeit einer Abschiebung können sie u.E. nicht herangezogen werden, weil sie sich auf eine Situation beziehen, in der **eine Behandlung grundsätzlich verfügbar ist** und lediglich eine Abwägung darüber vornehmen, zu welchem Zeitpunkt der Einsatz der Medikamente beim Infizierten ein Optimum an Lebensverlängerung und Lebensqualität verspricht. Sobald die Alternative nur noch heißt, Therapie jetzt oder nie, würde sich aus medizinischer Sicht **immer eine Therapieindikation** ergeben.

Die Anerkennung einer nach ärztlichem Urteil behandlungsbedürftigen HIV-Infektion als Abschiebungshindernis so lange wie im Herkunftsland des Patienten eine angemessene medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist, würde daher de facto der Mehrzahl dieser Menschen erlauben zu überleben, es würde die Ernsthaftigkeit des deutschen Engagements bei der weltweiten Bekämpfung von Aids unterstreichen und müsste keineswegs zu einer die deutschen Sozialsysteme über Gebühr beanspruchenden Belastung durch gezielte Zuwanderung aus stark von Aids betroffenen Regionen führen. Nicht zuletzt würde es denen in die Verfahren involvierten deutschen Staatsbürgern eine Situation ersparen, in der sie das Lebensrecht von hilfsbedürftigen Personen mit zweierlei Mass messen müssen.

VG Minden 3 K 208/02.A U.v. 07.08.02, IBIS M2553 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/M2553.pdf § 53 Abs. 6 S. 1 AuslG wegen schwerer **posttraumatischen Belastungsstörung**, obwohl im Herkunftsland (hier: **Georgien**) behandelbar, weil Rückführung an den Ort des Leidens zu einer Verschlimmerung führen würde; fachärztliche Diagnose setzt eine ausführliche Schilderung der Entstehungsgeschichte, den Verlauf und die Auswirkungen der posttraumatischen Belastungsstörung durch den Betroffenen sowie eine nachvollziehbare Aussage des Facharztes über Ursache und Auswirkung sowie diagnostische Feststellung zum weiteren Verlauf der Behandlung voraus.

VG Chemnitz 4 K 151/02, B.v. 26.2.02, IBIS M2678 Aussetzung der Abschiebung wegen Suizidgefahr; Glaubhaftmachung einer **Suizidgefahr** entweder durch Anhaltspunkte für autoaggressives Verhalten oder durch Vorlage einer ärztlichen Einschätzung und durch substantiierten Vortrag der Umstände; zu den Anforderungen an ein fachärztliches Gutachten über eine posttraumatische Belastungsstörung.

OVG Thüringen 3 EO 438/02, B.v. 15.11.02, InfAuslR 2003, 144

Duldung wegen **Pflege der psychisch und krebserkrankten Mutter**. Die von einem Ausländer erbrachte Lebenshilfe gegenüber einem zum Aufenthalt in Deutschland berechtigten Elternteil kann auf Grund der durch Art. 6 GG entfalteten Schutzwirkung ein zwingendes rechtliches Abschiebehindernis nach § 55 Abs. 2 AuslG sein, wenn der Elternteil im Rahmen der familiären Beistandsgemeinschaft auf diese Hilfestellung (z.B. wegen Krankheit) angewiesen ist. Eine schutzwürdige Beistandsgemeinschaft liegt in der Regel nur vor, wenn die geleistete Lebenshilfe eine wesentliche ist (vgl. BVerfG 2 BvR 377/88, B.v. 14.12.89, NJW 1990, 895).

UNHCR Deutschland, Stellungnahme vom 15.03.04, IBIS M4810, zur Behandelbarkeit von PTBS in lokalen Gesundheitszentren im Kosovo. Die Stellungnahme nimmt Bezug auf VG Gießen 10 E 1634/02.A, U.v. 02.02.04

Im Urteil des VG Gießen heißt es: 'Es wird jedoch nicht nur Sache der Ausländerbehörde sein, die Suizidgefahr der Klägerin zu berücksichtigen, sondern auch im Falle einer Betreibung der Rückführung dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen des Zustimmungsverfahrens zur Rückführung in das Kosovo geklärt wird, dass der Klägerin die Möglichkeit eröffnet wird, unmittelbar in einen Ort zu kommen, in dem sich ein 'mental health care centre' befindet, um die vorhandenen psychischen Probleme aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung verarbeiten zu können. Ein entsprechender Hinweis ist in dem Übernahmesuchen an die UNMIK-Verwaltung mit aufzunehmen.'

Dazu UNHCR: "Gegen diese Ausführungen gibt es nicht nur deswegen erhebliche Bedenken, weil eine posttraumatische Belastungsstörung in einem 'Mental Health Care Centre' im Kosovo nicht angemessen behandelt werden kann und ein Übernahmesuchen von UNMIK schon aus diesem Grunde abgelehnt werden müsste.

Vielmehr werden die Möglichkeiten - insbesondere der UNMIK - vor Ort völlig überschätzt. Sofern das Gericht davon ausgeht, dass die UNMIK oder eine andere internationale (Hilfs-)Organisation die Klägerin unterbringen oder ihr bei der Beschaffung einer Unterkunft helfen könnte, ist bereits dieser Ausgangspunkt unzutreffend. Vielmehr ist es so, dass Personen nach ihrer Abschiebung regelmäßig völlig auf sich allein gestellt sind bzw. nur mit Unterstützung durch den Familienverbund rechnen können. UNMIK hat auch keine Kenntnis davon und keinerlei Einfluss darauf, an welchen Ort sich Personen nach ihrer Rückkehr in das Kosovo begeben. UNMIK kann daher Personen

auch keinen Ort zuweisen. In der Praxis werden Personen daher in aller Regel an ihren Herkunftsort zurückkehren (müssen), da sie allenfalls dort notwendige Unterstützung finden können."

VG Sigmaringen A 5 K 11176/03, U.v. 13.08.03, IBIS M4290, Asylmagazin 1/2002, 42,
www.asyl.net/Magazin/1_2_2004c.htm - G6 § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG wegen fehlender Finanzierbarkeit von Krankenbehandlung für den **Pakistan** kommenden Antragsteller, der an einer schweren **Wirbelsäulenverkrümmung** leidet. Vgl. BVerwG 1 C 1/02, U.v. 29.10.02, Asylmagazin 3/2003, S. 33 www.asyl.net/Magazin/3_2003c.htm - H1 , wonach ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis sich trotz an sich verfügbarer medikamentöser und ärztlicher Behandlung auch aus Umständen im Zielstaat ergeben kann, die dazu führen, dass der betroffene Ausländer diese medizinische Versorgung tatsächlich nicht erlangen kann.

VG Sigmaringen A 7 K 12248/03, U.v. 27.11.03, Asylmagazin 3/2004, 32, IBIS M4692,
www.asyl.net/Magazin/3_2004c.htm - F2 Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG für wegen **Bluthochdruckerkrankung** auf das Medikament Enalapril angewiesenen Kläger aus dem Kosovo. Es reicht nicht, dem Kläger einen **Medikamentenvorrat für 2 Jahre** mitzugeben, dies wäre nur dann möglich, wenn mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit absehbar ist, dass nach Ablauf der genannten Frist der erneute Eintritt der gleichen Gefahr für die Gesundheit des Klägers nicht mehr wahrscheinlich ist.

VG Gelsenkirchen 13a K 2157/02.A, U.v. 04.12.03, IBIS M4527, Asylmagazin 1/2004, 24,
www.asyl.net/Magazin/1_2_2004b.htm - E6 Abschiebungsschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG bezüglich **Kosovo** wegen **posttraumatischer Belastungsstörung**

VG Gelsenkirchen 7a L 224/04.A, B.v. 24.02.04, IBIS M4877, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/4877.pdf § 53
Abs. 6 S. 1 AuslG wegen **posttraumatischer Belastungsstörung**, da diese im **Kosovo** nicht behandelt werden kann.

VG Oldenburg 12 A 2267/02, U.v. 12.02.04, IBIS M4908, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/4908.pdf Eine besonders aufwändige Behandlung von **Diabetes mellitus** im **Kosovo** nicht möglich; aus dem Kosovo stammende Personen können nicht auf medizinische Behandlungsmöglichkeiten im übrigen Serbien und Montenegro verwiesen werden.

VG Sigmaringen A 7 K 11003/03, U.v. 07.01.04, IBIS M4982, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/4982.pdf § 53
Abs. 6 AuslG bei **posttraumatischer Belastungsstörung** wegen Gefahr der Retraumatisierung; Erkrankung des Klägers ist im **Kosovo** nicht behandelbar, weil er voraussichtlich nicht in der Lage sein wird, dort eine Gesprächstherapie durchzuführen; generell keine ausreichende Behandlungsmöglichkeit für posttraumatische Belastungsstörung im Kosovo.

VGH Hessen 12 UE 2397/02A., U.v. 08.09.03, EZAR 043 Nr. 60 Eine Versorgung von **Dialysepatienten** ist in der Türkei landesweit gewährleistet und kann auch mit der **'Yesil Kart'** in Anspruch genommen werden. Die bis zur Erteilung der 'Yesil Kart' drohende Gesundheits- und Lebensgefahr wäre ausgeräumt, wenn die deutschen mit den türkischen Behörden vereinbaren, dass die 'Yesil Kart' rechtzeitig vor Abschiebung von Deutschland aus beantragt werden kann oder die Behandlungskosten vorübergehend von der Ausländerbehörde übernommen werden.

VG Gelsenkirchen 9a K 4962/00.A, U.v. 04.11.03, IBIS M4474, Asylmagazin 1/2004, 32,
www.asyl.net/Magazin/1_2_2004b.htm - E11 . Der Kläger hat mangels **Zugang zu medizinischer Versorgung in der Türkei** Anspruch auf Abschiebeschutz gem. § 53 Abs. 6 AuslG.

Der 12-jährige Kläger leidet an einer schweren psychomotorischen Entwicklungsverzögerung sowie an **Epilepsie**, die auf eine schwere cerebrale Schädigung zurückzuführen sind. Bleibt ihm der Zugang zu regelmäßiger fachärztlicher Betreuung und Medikamentenversorgung nicht erhalten, droht eine Exazerbation des Anfallsleidens, die als existenzbedrohlich eingestuft werden muss.

Angesichts der **Arbeitsmarktsituation** in der Türkei (Lagebericht AA Türkei v. 12.08. 03) kann nicht erwartet werden, dass die Eltern des Klägers auch nur mittelfristig eine ausreichend bezahlte Arbeitsstelle erlangen werden. Nur in den großen Städten des Westens der Türkei ist eine ausreichende medizinische Versorgung gewährleistet. Kurdische Flüchtlinge leben dort unter elenden Bedingungen, ohne eine Möglichkeit zu arbeiten. Ferner kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Kläger und seine Eltern die notwendigen Behandlungskosten aus einer Krankenversicherung bestreiten könnten. In den Genuss der türkischen **Sozialversicherung** kommen grundsätzlich nur Staatsbeamte sowie sozialversicherungspflichtig beschäftigte Angestellte und Arbeiter (Lagebericht, a.a.O.).

Die medizinische Behandlung kann der Kläger ferner nicht über die sog. **'Yesil-Kart'** (Grüne Karte) nach dem 'Gesetz bezüglich der Übernahme der mittellosen Staatsbürgern entstehenden Behandlungskosten durch den Staat' erreichen. Nach dem Lagebericht beträgt die Wartezeit mindestens sechs bis acht Wochen nach Antragstellung. Weitere Erkenntnismitteln zufolge wird die 'Yesil-Kart' - zumal in den kurdisch besiedelten Teilen der Türkei - nur

willkürlich vergeben und berechtigt auch nur zu einer absoluten Notfallbehandlung (so Dr. med. Gisela Penteker, Auskunft an das VG Stuttgart v. 11.11.01).

Hiernach ist es beachtlich wahrscheinlich, dass allein in der Wartezeit bis zum Erhalt der 'Yesil-Kart' durch eine Unterbrechung der Behandlung irreversible Schäden aufgrund des Auftretens von Krampfanfällen eintreten. Nach Kaya, Gutachten an das VG Wiesbaden, haben Medien in der Türkei über Dutzende von Fällen berichtet, in denen Arme und Schwerkranke nicht in Krankenhäuser aufgenommen wurden. Unabhängig hiervon nötig eine Gesamtwürdigung der in das Verfahren eingeführten Gutachten, Auskünfte und Stellungnahmen zu der Feststellung, dass die 'Yesil-Kart' **lediglich eine stationäre Behandlung** ermöglicht, nicht jedoch - worauf der Kläger indes vorrangig angewiesen ist - die Versorgung mit den erforderlichen **Medikamenten** im Rahmen einer ambulanten Behandlung.

VGH Hessen 7 UE 3606/99.A, U.v. 24.06.03, IBIS M4340, Leitsatz: 'Ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis im Sinne des § 53 Absatz 6 Satz 1 AuslG kann sich im Einzelfall auch daraus ergeben, dass ein Ausländer wegen einer schweren Erkrankung eines **Medikaments** bedarf, das im Zielstaat nicht im Rahmen des öffentlichen Gesundheitswesens in Apotheken erhältlich ist, sondern **aus dem Ausland mit hohem Kostenaufwand beschafft werden muss**, wenn der Betroffene aus persönlichen Gründen nicht in der Lage ist, den damit verbundenen finanziellen und organisatorischen Aufwand zu leisten. (Anschluss an BVerwG 1 C 1.02, U.v. 29.10.02, Asylmagazin 3/2003, S. 33, DVBl. 2003, 463).'

Der Klägerin wurde Abschiebeschutz für Serbien-Montenegro einschließlich ihres Herkunftsgebietes Kosovo zugesprochen. Sie leidet an einer schweren, seltenen und erblich bedingten **Hauterkrankung** (Cornel-Netherton-Syndrom), die in Deutschland bereits zu einer stationären Behandlung geführt hat und ständiger ambulanter Behandlung mit dem Medikament Neotigason 25 bedarf. Dieses Medikament ist nach Auskunft des Vertrauensarztes der Dt. Botschaft derzeit im Kosovo nicht im Rahmen des offiziellen Gesundheitssystems bzw. in öffentlich zugänglichen Apotheken erhältlich. Wegen der schwerwiegenden Erkrankungen sowohl des Klägers (**Blindheit**) als auch der Klägerin kann nicht als wahrscheinlich angesehen werden, dass sie über die finanziellen Mittel für eine Beschaffung der Medikamente aus dem Ausland verfügen können. Es fehlt aber auch an den organisatorischen Voraussetzungen für eine Beschaffung der benötigten Medikamente.

Abgesehen davon, dass das insoweit angekündigte Schuldanerkenntnis nicht vorgelegt worden ist, würde selbst eine auf Dauer angelegte **Zahlungsbereitschaft der Sozialhilfebehörde**, für die eine rechtliche Grundlage nicht ohne Weiteres ersichtlich ist, nicht die organisatorischen Probleme lösen, vor die sich die Kläger im Falle einer Rückkehr in ihr Heimatland hinsichtlich der Medikation der Klägerin gestellt sähen.

VG Koblenz 1 K 1487/03.KO, U.v. 19.09.03, IBIS M4353, , Asylmagazin 12/2003, 24, www.asyl.net/Magazin/12_2003b.htm - D9 Abschiebungsschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG für die 13jährige, ethnisch albanische Klägerin, die seit 12 Jahren in Deutschland lebt und an einer Mitralklappeninsuffizienz, Mitralklappenprolaps und Herzrhythmusstörungen leidet, mangels **Zugang zur Gesundheitsversorgung** für ethnische Minderheiten in **Serbien-Montenegro**.

OVG Nds 10 LA 30/03, B.v. 20.03.03, IBIS M3709, Asylmagazin9/2003, 42, www.asyl.net/Magazin/9_2003c.htm - G2 Kein Abschiebungsschutz nach Ghana bei **HIV-Infektion im Stadium 1 (A 2)**.

Eine extreme Gefahrenlage wird im Fall einer HIV-Infektion im Allgemeinen erst in deren Stadium 3 (AIDS) nach der CDC-Klassifikation erwogen (so OVG Hamburg 3 Bs 369/99, B v. 13.10.00, InfAuslR 2001, 132). Eine extreme Gefahrenlage ist aber auch für das fortgeschrittene Stadium 2 (B 2 und B 3) der HIV-Infektion angenommen worden (VG Dresden A 12 K 31312/99, U.v. 28.05.02 und VG Gelsenkirchen 9a K 1157/00.A, U.v. 25.11.02), wenn der Ausländer bei Rückkehr die Kosten für die erforderliche **Kombinationstherapie** nicht aufbringen kann, was dazu führen würde, dass er an lebensgefährlichen Begleitinfektionen erkrankt und verstirbt. Insbesondere bei bereits aufgetretenen Komplikationen hätte der Abbruch der medikamentösen Therapie eine rasch erfolgende lebensbedrohliche Erkrankung und den Tod des Ausländers zu Folge. Dagegen werden die strengen Voraussetzungen für die Gewährung von Abschiebungsschutz gemäß § 53 Abs. 6 AuslG als nicht erfüllt angesehen, wenn sich die HIV-Infektion nach der CDC-Klassifikation im Stadium 1 (A 2) befindet, also bei Abbruch der Behandlung noch ca. 5 bis 7 Jahre vergehen würden, bevor es zu AIDS-assoziierten beziehungsweise AIDS-definierten Erkrankungen kommen würde (VG Schwerin 11 A 2343/96 As, U.v. 16.04.02).

OVG Koblenz 10 A 10168/03, U. v. 15.07.04, NVwZ Beilage I 2004, 11 Abschiebungsschutz nach § 53 VI AuslG für eine **kurdische Familie aus der Türkei** mit sechs Kindern, weil ein 7jähriges Kind an einem **Herzfehler** (nicht korrigierbares zyanotisches Herz) leidet, der nur in einer der drei Universitätskliniken im westen der Türkei behandelbar wäre. Die Familie könnte dort nur in einem Armutsquartier wohnen und würde keine Existenzgrundlage finden, zumal der Vater bisher in der Landwirtschaft tätig war, nur begrenzt türkisch versteht und nur unzureichend lesen und schreiben kann. Der Erhalt der grundsätzlich den Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglichenden **Grünen Karte** (Yesil Kart) setzt ein bis zu zwei Monate dauerndes bürokratisches Verfahren und diverse Bescheinigungen voraus, und selbst mit der Karte ist der Zugang zu einer Universitätsklinik erst nach Überweisung durch ein staatliches Krankenhaus möglich, wodurch in einem akuten Notfall zusätzliche Zeit verloren ginge, auch ist für die Ausstellung der Karte eine Gebühr zu entrichten, und die Krankenhäuser bestehen gelegentlich dennoch auf einer finanziellen Mitbeteiligung der Patienten.

VG Düsseldorf 20 K 7882/03.A, U.v. 05.11.04, IBIS M6136, Asylmagazin 4/2005, 31,
www.asyl.net/Magazin/Docs/2005/M-5/6136.pdf

Abschiebungsschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG, da die benötigte **ambulante Behandlung** (Insulin, Kontrollen) für das an **Diabetes mellitus** Typ I erkrankte Kind nicht zu erhalten ist, da sie monatlich mindestens 300 Mio Türkische Lira = ca. 180.- € kostet, was in etwa dem Monatslohn eines einfachen Arbeiters entspricht, und die "Grüne Karte" ("Yesil Kart") nur stationäre Behandlung deckt.

VG Potsdam 14 K 714/02.A, U.v. 20.08.04, EZAR 043 Nr. 65 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/5764.pdf

Die Abschiebung eines Ausländers nach Kamerun, der an einer **HIV-Infektion** in fortgeschrittenem Stadium leidet, ist ausgeschlossen.

OVG Rheinland-Pfalz 7 A 11060/03.OVG, U.v. 28.09.04, IBIS M6001. www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/6001.pdf

Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG wegen **Diabetes mellitus**, da Behandlung im **Kosovo** nicht finanzierbar und im übrigen Serbien und Montenegro nicht zugänglich ist.

VG Sigmaringen A 7 K 10400/04, U.v. 20.12.04, IBIS M5992 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/5992.pdf

Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG wegen **posttraumatischer Belastungsstörung**, da im **Kosovo** mit Retraumatisierung zu rechnen ist und Therapie im Kosovo sowie im übrigen Serbien und Montenegro nicht erreichbar ist.

VG Braunschweig 6 A 161/02, U.v. 27.09.04, IBIS M5822 www.asyl.net/Magazin/Docs/2004/M-4/5822.pdf

Abschiebeschutz nach § 53 Abs. 6 AuslG wegen Gefahr der **Retraumatisierung** im **Kosovo**; die Behandelbarkeit der posttraumatischen Belastungsstörung ist daher nicht entscheidungserheblich; traumatisierte Personen im Kosovo sind keine "Bevölkerungsgruppe" i. S. d. § 53 Abs. 6 S. 2 AuslG, für die ein Abschiebeschutz nur eingeschränkt gilt.

VG Darmstadt 7 G 763/03(2), B.v. 16.11.04, IBIS M6029, Asylmagazin 3/2005, 23,

www.asyl.net/Magazin/3_2005b.htm - F7 Abschiebungsschutz nach § 55 Abs. 2 AuslG für einen - möglicherweise - traumatisierten Flüchtling wegen fehlender Behandlungsmöglichkeiten im **Kosovo**.

Zwar genügen die vorliegenden Atteste nicht den **Qualitätsstandards für Traumagutachten** (vgl. hierzu Lindstedt in Asylpraxis, Bd. 7, S. 97 ff., www.bamf.de/template/publikationen/asylpraxis_pdf/asylpraxis_band_7_teil_06.pdf; Treiber, ZAR 2002, 282, 287; Wenk-Ansohn u.a. in BAFI-Einzelentscheiderbrief Heft 8-9/2002, S. 3, www.bamf.de/template/publikationen/ee_brief_2002/content_eebrief_2002_08_09.htm - Anforderungen an Gutachten; Ganten-Lange u. a., best-practice-Empfehlungen, Standards für ärztliche/psychotherapeutische Stellungnahmen bei traumatisierten Flüchtlingen, IBIS M4948, www.asyl.net/Magazin/Docs/2004/M-4/4948.pdf; Projektgruppe 'Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen - SPBM, Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen', IBIS M1863, www.asyl.net/Magazin/Docs/2002/M-2/1863.doc), geben aber hinreichend Anlass zur weiteren Aufklärung bzw. Prüfung.

OVG NRW 8 A 1242/03.A, U.v. 18.01.05, InfAusIR 2005, 281 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/6366.pdf

Über das System der "Yesil kart" sowie Einrichtungen von Menschenrechtsstiftungen ist die Behandlung psychisch Kranker in der **Türkei** auch bei Mittellosigkeit grundsätzlich sichergestellt. Der Antragsteller, der an einer **paranoid-halluzinatorischen Psychose** leidet, erhält dennoch Abschiebungsschutz nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG, da er aufgrund seines Krankheitsbildes und mangels in der Türkei lebender Angehöriger wegen fehlender Überwachung und Betreuung die notwendigen Medikamente und Behandlungsmöglichkeiten tatsächlich nicht in Anspruch nehmen kann.

OVG NRW 21 A 2152/03.A, U.v. 15.04.05, EZAR NF 51 Nr. 7 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/6644.pdf

PTBS sind in Sri Lanka behandelbar und begründen regelmäßig kein Abschiebungshindernis nach § 60 VII AufenthG. Denn es ist davon auszugehen, dass posttraumatische Belastungsstörungen in Sri Lanka jedenfalls soweit behandelbar sind (wird ausgeführt). Es gibt auch keine Erkenntnisse, dass die genannten Einrichtungen vom **Tsunami** zerstört wurden. Im Übrigen ist anzunehmen, dass Opfer der Flutkatastrophe nicht in erheblicher Zahl medizinische Hilfe in Anspruch nehmen werden. Insoweit ist auf die in Sri Lanka verbreitete Zurückhaltung zu verweisen, sich wegen psychischer Erkrankungen in Behandlung zu begeben. Zum anderen ist Colombo vom überwiegenden Teil der betroffenen Gebiete weit entfernt.

Das Vorliegen eines Abschiebehindernisses kann daher auch bei einer PTBS allenfalls in spezifischen Umständen des **Einzelfalls** begründet sein. Vorliegend wird ein solcher Einzelfall anerkannt. Die Klägerin wird nämlich nach Einschätzung des OVG unter den Bedingungen in Sri Lanka überhaupt nicht in der Lage sein, sich die in ihrem Fall dringend erforderliche und grundsätzlich zugängliche Behandlung zu beschaffen. Unter diesen Umständen besteht die konkrete Gefahr, dass es bei ihr im Heimatland zu schweren psychischen Beeinträchtigungen bis hin zu existenzbedrohenden Zuständen kommt.

OVG Nds 8 LA 322/04, B.v. 03.11.05, InfAusIR 2006, 63, EZAR NF 51 Nr. 11

www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/7623.pdf Abschiebungshindernis nach § 60 Abs. 7 AufenthG. Für **mittellose Personen aus dem Kosovo** (hier: Roma) besteht in Serbien-Montenegro außerhalb des Kosovo mangels Möglichkeiten der Registrierung usw. faktisch keine Zugangsmöglichkeit zu kostenloser medizinischer Versorgung.

VG Ansbach AN 14 K 04.31848, B.v. 09.02.06, Asylmagazin 4/2006, 22,

www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/7920.pdf Anspruch auf Abschiebungsschutz wegen Krankheit nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG trotz Zusage der Ausländerbehörde (ZRS Nordbayern), **für 12 Monate die Kosten für Medikamente und Laboruntersuchungen** im Heimatland Vietnam zu übernehmen.

Das BAMF vertritt die Auffassung, dass eine konkrete Gefahr für Leben und Gesundheit des Klägers nicht vorliegt, weil die Gefahr für den Kläger, an den Folgen seiner lebensbedrohlichen Erkrankung zu sterben, für den Zeitraum eines Jahres aufgeschoben wird.

Durch die Zusicherung der ZRS Nordbayern entfällt jedoch nach Auffassung des Gerichts nicht konkrete Gefährdung des Klägers, bei einer Rückkehr nach Vietnam an den Folgen seiner **HIV-Infektion** alsbald zu sterben.

Die **Kostenzusicherung ist als unbeachtlich** zu behandeln. Sie enthält keine Ausführungen oder Tatsachen dazu, auf welche Weise der Erhalt der für den Kläger erforderlichen Geldmittel in Vietnam sichergestellt wird und die Möglichkeit hat, diese Mittel auch zweckgerichtet für seine Gesundheit einzusetzen.

Die Zurverfügungstellung von Mitteln zur Überwindung von konkreten Gefahren i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG kann wohl nur dann berücksichtigt werden, wenn es der Ausländer von einer **heilbaren Krankheit** betroffen ist, es um eine Anschubfinanzierung bis zur Erreichung erträglicher Verhältnisse geht und **praktische Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Erlangung der Mittel** nach menschlichem Ermessen ausgeschlossen werden können. Diese Voraussetzungen sind vorliegend jedoch nicht gegeben, weil davon auszugehen ist, dass der Kläger bei Abschiebung nach Vietnam in eine extreme allgemeine Gefahrenlage gebracht würde, die sich für ihn persönlich mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit und in Bälde lebensbedrohlich auswirken würde.

Darüber hinaus bestehen gegen die Verwertung der Kostenzusicherung der ZRS Nordbayern weitere Bedenken. Hält man die Kostenzusicherung für einen Verwaltungsakt, so ist er nichtig im Sinne des § 44 Abs. 2 Nr. 6 VwVfG, da er **gegen die guten Sitten verstößt**. Sittenwidrigkeit bedeutet, dass der Verwaltungsakt das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden verletzt (Kopp, VwVfG, Rn 49 zu § 44). Gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden verstößt jedenfalls ein Verwaltungshandeln, durch welches einer Person ein kurzfristiger Vorteil zu dem Zweck zugewendet wird, eine Situation herbei zu führen, in welcher die Person nach Ablauf des Vorteils im Ergebnis unweigerlich auf Grund einer Erkrankung dem Tode verfällt. Sollte die Kostenzusicherung nicht als Verwaltungsakt, sondern als behördeninterner Vorgang zu sehen sein, verböte sich eine Berücksichtigung auf Grund entsprechender Anwendung des § 138 BGB (sittenwidriges Rechtsgeschäft), dessen Rechtsgedanken auch im öffentlichen Recht zu beachten sind.

VG München M 26 K 05.50731, U.v. 21.08.06, Asylmagazin 10/2006, 21,

www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/8780.pdf zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis § 60 VII Satz 1 AufenthG wg. **Aids/Äthiopien**, extreme Gefahrenlage, medizinische Versorgung nicht sichergestellt, Mitgabe von Medikamenten nicht ausreichend

VG Ansbach AN 19 K 05.31526, U.v. 23.05.06, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/8777.pdf zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis § 60 VII Satz 1 AufenthG wg. **Aids/Sudan**, Medikamente vor Ort nicht erhältlich, Mitgabe von Medikamenten lässt mangels Zugang zu ärztlicher Versorgung vor Ort die Gefahr nicht entfallen.

BVerwG 1 B 118.05 v. 24.05.06, InfAusIR 2006, 485 bverwg.de/media/archive/3798.pdf

Das OVG NRW hatte unterstellt, dass die Klägerin "trotz bestehender Zweifel" an einer posttraumatische Belastungsstörung mit schwerer depressiver Symptomatik leidet, diese Krankheit im Kosovo aber soweit behandelbar sei, dass sie bei der gebotenen Mitwirkung der Klägerin (dortigen Standards entsprechende medikamentöse Behandlung) auf dem gegenwärtigen „Niveau“ gehalten werden könne, „mit dem sie im Zufluchtsland Deutschland erkennbar ohne existentielle Gefährdungen leben kann“.

Das BVerwG hat klargestellt, dass das OVG NRW die dieser Annahme zugrunde liegenden **medizinischen Wertungen, für die es selbst nicht ausreichend sachkundig war**, nicht ohne weitere Aufklärung vornehmen konnte und durfte. Vielmehr hätte es hierzu von Amts wegen ein aktuellen wissenschaftlichen Mindeststandards entsprechendes **Sachverständigengutachten** einholen müssen (vgl. Haenel/Wenk-Ansohn, Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, 1. A. 2004).

Für die medizinischen Fachfragen, wie Diagnose von Art und Schwere der Erkrankung sowie Therapiemöglichkeiten, einschließlich Einschätzung des Krankheitsverlaufs bzw. der gesundheitlichen Folgen je nach Behandlung,

gibt es keine eigene, nicht durch entsprechende medizinische Sachverständigengutachten vermittelte Sachkunde des Richters.

BVerwG 1 C 18.05, U.v. 17.10.06 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/9299.pdf Abschiebungsschutz für einen an **Sarkoidose** erkrankten Asylbewerber aus Angola.

Der Kläger hatte im Asylfolgeverfahren mit ärztlichen Attesten geltend gemacht, ihm drohe bei Rückkehr eine wesentliche Verschlimmerung seiner Erkrankung. Er könne die erforderlichen Cortisonpräparate dort nicht erhalten und werde im Falle einer zusätzlichen Infektion wegen seiner Vorerkrankung bei nicht prompter Behandlung in eine lebensbedrohliche Lage geraten.

Bei einer individuellen Krankheit wie Sarkoidose liegen die Voraussetzungen für ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG schon dann vor, wenn dem Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr dadurch droht, dass sich seine **Erkrankung** aufgrund der Verhältnisse im Herkunftsstaat **wesentlich verschlimmert**. Eine **extreme, lebensbedrohende Gefahr** ist dafür **nicht erforderlich**.

Etwas anderes gilt lediglich bei Gefahren, denen die Bevölkerung oder eine **Bevölkerungsgruppe** im Heimatland allgemein ausgesetzt ist, weil dann zunächst die Innenministerien über die Gewährung von Abschiebungsschutz zu entscheiden haben und eine Einzelfallentscheidung nur bei extremen Allgemeingefahren zulässig ist (§ 60 Abs. 7 Satz 2, § 60 a Abs. 1 AufenthG).

Entgegen der Ansicht des OVG Nds sind ferner **sämtliche Umstände im Herkunftsstaat**, die zu einer Verschlimmerung der Erkrankung beitragen können, in die Gefahrenprognose mit einzubeziehen, also auch ein mögliches **höheres Infektionsrisiko für den Kläger in Angola**.

VG Chemnitz A 5 K 89/07, U.v. 21.02.07, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/9633.pdf

Abschiebehindernis nach § 60 VII AufenthG, da die **medizinische Versorgung** für die an Brustkrebs erkrankte und dialysepflichtige Klägerin, die zur Volksgruppe der **Roma** gehört, in **Serbien** nicht gesichert ist.

VG Stuttgart A 7 K 295/06, U.v. 15.11.06 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/9702.pdf

Abschiebehindernis nach § 60 VII AufenthG, da in **Nigeria** zwar die umfassende med. Behandlung, auch von **HIV/Aids** möglich ist, der Kläger aber die **Kosten selbst tragen** müsste, da es keine freie Gesundheitsfürsorge gibt. Die auf 2 Jahre und eine Höhe von 35 €/Monate beschränkte Kostenübernahmeerklärung des Landratsamtes ist schon wegen der genannten Beschränkungen nicht geeignet, die Annahme einer extremen Gefahr für den Kläger auszuräumen.

VG Stuttgart A 11 K 497/06, U.v. 03.07.06 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/9093.pdf Abschiebungsschutz gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG für Flüchtling aus dem **Kosovo** wg. mehreren Erkrankungen und Notwendigkeit zahlreicher Medikamente.

Das VG widerspricht der Auffassung, im Allgemeinen könne man davon ausgehen, dass ein in Not geratener Ausländer **Hilfe durch seine Familienangehörige** zu erwarten habe.

Die Botschaftsberichte des Auswärtigen Amtes (Verbindungsbüros) über die Verfügbarkeit bestimmter Medikamente können nicht verallgemeinert werden. Denn im Kosovo können hinsichtlich einzelner **Medikamente** jederzeit Versorgungslücken auftreten; inwieweit Medikamente tatsächlich immer verfügbar sind, lässt sich nicht genau bestimmen und kann variieren (vgl. Bundesamt, Informationszentrum Asyl und Migration, Serbien und Montenegro/Kosovo, 9. Gesundheitswesen, Dez. 2005, S. 43).

Der Kläger ist mittellos und lebt im Bundesgebiet von Sozialhilfe. Aufgrund seiner Erkrankung wird der Kläger angesichts einer Arbeitslosenquote von geschätzten 57 % (vgl. Lagebericht AA) auch nicht in der Lage sein, seinen **Lebensunterhalt** im Kosovo aus eigener Erwerbstätigkeit zu bestreiten.

Ein **Krankenversicherungssystem**, das die Kosten der Behandlung des Klägers übernimmt, existiert im Kosovo noch nicht (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH, Die med. Versorgungslage im Kosovo, 24.05.04, S. 17). Der Kläger wäre somit im Kosovo völlig auf sich alleine gestellt. Die Inanspruchnahme med. Leistungen im öff. Gesundheitswesen ist seit 2003 nicht mehr kostenfrei. Für einen Behandlungstermin sind zwischen 2,- und 3,- € zu zahlen, für einen stationären Aufenthalt täglich ca. 10,- €. Für Medikamente der essential drugs list des Gesundheitsministeriums, die bislang kostenfrei bezogen werden konnten, wird nun eine Eigenbeteiligung von 0,50 bis 1,- € erhoben (vgl. Lagebericht AA v. 22.11.2005). Außerdem sind für diese Medikamente vielfach **informelle Zahlungen** an das Klinik- oder Apothekenpersonal zu leisten (vgl. Lagebericht aaO; SFH aaO).

OVG NRW 18 E 274/06, B.v. 22.01.07, InfAusIR 2007, 174 Eine durch die Ausländerbehörde zugesicherte **Finanzierung erforderlicher Medikamente für einen Übergangszeitraum** nach der Rückkehr ins Heimatland lässt ein Abschiebungsverbot nach § 60 VII AufenthG nur entfallen, wenn mit hinreichender Sicherheit erwartet werden kann, dass **danach die erforderliche weitere Behandlung im Zielstaat** dem Ausländer zur Verfügung steht.

Die Kläger haben Anspruch auf PKH für das Klageverfahren auf Verlängerung der aus humanitären Gründen erteilten Aufenthaltserlaubnisse, die wegen "Identitätstäuschung" nicht mehr verlängert wurden.

Es ist schon unklar, ob der Kläger neben Cystagon ebenso dringend der anderen in der von ihm vorgelegten ärztlichen Bescheinigung aufgeführten Medikamente weiter bedarf, wovon es abhängt, ob die Kosten für die Medikamente monatlich wie von der Ausländerbehörde angeboten 672 € oder wie in der ärztlichen Bescheinigung ausgeführt 4.570 € betragen. Hierzu ist weiter aufzuklären, welche Auswirkungen es für den Kläger hätte, wenn mit Ausnahme des Cystagon bzw. eines vergleichbaren Medikaments die übrigen Medikamente entweder abgesetzt oder durch in der Türkei erhältliche preiswertere Medikamente ersetzt würden.

Zudem fehlt es an genaueren Erkenntnissen dazu, inwieweit die Familie des Klägers bei einer Rückkehr in die Türkei in der Lage sein wird, durch Erwerbstätigkeit oder mit Hilfe ihrer Verwandten die Kosten für die Medikamente aufzubringen. Selbst unter Berücksichtigung dessen, dass die Kläger für die anspruchsbegründenden Voraussetzungen darlegungs- und beweispflichtig sind, ist der Hinweis darauf, es könne von einem solidarischen, die Finanzierung der Medikamente sicher stellenden Familienverband ausgegangen werden, auch bei monatlichen Kosten von 672 € so nicht allein tragfähig.

BayVG 9 B 06.30682, U.v. 06.03.07 www.asyl.net/Magazin/Docs/2007/M-7/9952.pdf Abschiebungsschutz wegen HIV-Infektion/Äthiopien. Der Kläger bedarf einer antiretrovirale Therapie unter regelmäßiger und engmaschiger ärztlicher Betreuung mit entsprechenden Kontrollen der Immunparameter. **Im Falle einer Therapieunterbrechung könnte der immungeschwächte Körper den immer vorhandenen Krankheitserregern nicht mehr widerstehen.** In Äthiopien sind die Krankheitserreger wegen der unhygienischen Verhältnisse noch zahlreicher als in Deutschland. Der Tod träte mit hoher Wahrscheinlichkeit typischer Weise durch eine der folgenden Krankheiten ein: Hepatitis B und C, Tuberkulose, Pneumocystis-carinii-Pneumonie, cerebrale Toxoplasmose, Soorbefall des Verdauungstrakts, CMV-Retinitis, Mycobakteriose (Dr. Götz 'Basis-Information zu HIV und Aids in Abschiebungsverfahren', Asylmagazin 12/2000, 13). Diese schwersten Gesundheitsbeeinträchtigungen und der Tod alsbald innerhalb von Monaten, eintreten. Denn der Kläger ist im Stadium CDC B 2 des Krankheitsverlaufs und würde in Äthiopien keine Behandlung seiner HIV-Infektion erhalten.

Zwar ist nach der Auskunft des Auswärtigen Amtes der **Wirkstoff Efavirenz** in Äthiopien erhältlich. Die Wirkstoffe Emitricitabin und Tenofovir kann man in Äthiopien dagegen nicht kaufen. Außerdem ist fraglich, ob die Medikamente, die der Kläger bei der nächsten Therapieumstellung benötigt, in Äthiopien verfügbar sein werden. Therapieumstellungen sind bei der Behandlung von HIV typisch und notwendig.

Medizinische Behandlungsplätze sind in Äthiopien für ca. 1,3 % der HIV-Patienten vorhanden. In den Genuss der Therapieplätze kommen nur Äthiopier, welche die Kosten selbst aufbringen können. Die Kosten betragen nach Auskunft des Auswärtigen Amtes zwischen 20 bis 30 € und nach Auskunft von DIFÄM vom 22.3.2006 an VG Ansbach zwischen 70 und 230 US Dollar monatlich. Der Kläger hat weder in Äthiopien noch in Deutschland Ersparnisse oder Geldgeber zur Finanzierung der Therapie. Als schwerkranker Mann hätte er in Äthiopien **nicht die Möglichkeit, das notwendige Geld zu erarbeiten.** Der monatliche Durchschnittslohn eines Arbeiters (mit Familie) liegt in Äthiopien bei umgerechnet 20.

Durch die Zusicherung der Zentrale Rückführungsstelle Nordbayern zur **Bezahlung von Medikamenten und Behandlung für die Dauer von 6 Monaten** wäre die konkrete Gefahr noch nicht beseitigt, weil die Wirkstoffe, mit denen der Kläger derzeit therapiert wird, in Äthiopien nicht auf dem Markt sind. Die Zusicherung ist zudem ausschließlich für die Überbrückung der schwierigen Zeit gedacht, bis der Abgeschobene in seinem Heimatland wieder selbst für alles Notwendige sorgen kann. Dies entspricht nicht der Realität. Auch in sechs Monaten ist nicht zu erwarten, dass der Kläger für die von ihm benötigte ART und zusätzlich für seinen Lebensunterhalt wird aufkommen können.

VG Göttingen 3 A 462/07, U.v. 02.04.08, www.asyl.net/Magazin/Docs/07/M-9/13012.pdf Abschiebungsverbot nach **Kamerun** wegen extremer Gefahrenlage i. S. d. verfassungskonformen Auslegung des § 60 Abs. 7 AufenthG wegen **HIV-Erkrankung** im Stadium CDC C3.

OVG Berlin 2 M 55/07, B.v. 11.03.08 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2196.pdf Die Sperrwirkung des **§ 10 Abs. 3 AufenthG** greift nicht, wenn aufgrund § 25 Abs 5 AufenthG ein **Rechtsanspruch** auf eine Aufenthaltserlaubnis besteht (hier: wg. inländischem Abschiebehindernis **Krankheit**). Vom Nachweis der Lebensunterhaltssicherung kann nach § 5 Abs. 3 AufenthG abgesehen werden.

OVG Rh-Pfalz 1 A 10433/07.OVG, U.v. 30.04.08, Asylmagazin 6/2008, 27 www.asyl.net/Magazin/Docs/2007/M-9/13195.pdf Gefahren durch Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis sind keine Ausländern aus einem Land **allgemein drohende Gefahren** i. S. d. § 60 Abs. 7 S. 3 AufenthG.

Der Gefahr einer **Retraumatisierung** kann nicht durch eine Behandlung im Zielstaat der Abschiebung (hier: Kosovo) begegnet werden.

VG Göttingen 4 A 96/11, B.v. 06.12.11 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2380.pdf Abschiebungshindernis

nach § 60 Abs. 7 AufenthG für einen schwerkranken Kosovaren trotz Kostenübernahmeerklärung der Ausländerbehörde, weil seine Krankheiten im Kosovo nicht angemessen versorgt und die Medikamente nicht bezahlt werden können. Der Kläger kann nicht auf die befristete ausländerbehördliche Übernahmeerklärung vom 05.12.11 bezüglich einer medikamentösen Behandlung verwiesen werden. *"Die Erklärung ist für die medikamentöse und vor allem ärztliche Behandlungsnotwendigkeit des Klägers unzureichend. Eine **Kostenübernahme für einen Übergangszeitraum** könnte nur dann ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG entfallen lassen, wenn mit hinreichender Sicherheit erwartet werden könnte, dass **danach die erforderliche weitere medizinische und medikamentöse Versorgung für den Ausländer im Zielstaat zur Verfügung steht.**"*

Literatur und Materialien:

- **Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge**, aktuelle Rechtsprechungsübersicht Abschiebungshindernis Krankheit, Stand Juli/August 1999 sowie Stand 01.09.2000
- **Christ, G.**, Krankheit als rechtliches Abschiebehindernis (Rechtsprechungsübersicht), Asylmagazin 6/2000, 37, IBIS e.V. R6395 (3 Seiten).
- **Christ, G.**, Erkrankte Flüchtlinge - Duldung/Aufenthaltsbefugnis (Rechtsprechungsübersicht vom 8.6.2000), IBIS e.V. R7009 (11 Seiten).
- **Gözl, J.**, Basisinformation zu HIV und AIDS im Abschiebungsverfahren, Asylmagazin 12/2000, 13
- **Hoffmann, H.**, Wer? Wann? Worüber? Zu den formellen und materiellen Voraussetzungen bei Abschiebungs- und Vollstreckungshindernissen, Asylmagazin 7-8/2001, 8.
Zur Zuständigkeit von Bundesamt und Ausländerbehörde für die Feststellung von Abschiebungshindernissen nach § 53 AuslG und einer diesbezüglichen **Dienstanweisung des BAFL** (IBIS e.V. M0875) vom August 2002.
- **Müller, K.**, HIV-Infizierung/AIDS im Aufenthaltsrecht, Asylmagazin 12/2000, 9
- **Schweizerische Flüchtlingshilfe, Bericht v. 21.08.03 'Die medizinische Versorgungslage in der Türkei'** www.sfh-osar.ch/imgupload/gutachten_laenderberichte/Tuerkei030813_Medizin.pdf, auszugsweise in Asylmagazin 9/2003, 33, www.asyl.net/Magazin/9_2003b.htm - D11. Der Bericht legt dar, dass auch das System der Grüne Karte (Yesil Kart) keinen allgemeinen und ausreichenden Zugang zu medizinischer Versorgung sicherstellt, und nimmt Stellung zu Behandlungsmöglichkeiten von Infektionskrankheiten, HIV/AIDS, chronische Erkrankungen, psychischen Krankheiten u.a.
- **Zander, C.**, InfAuslR 2000, 422 Anmerkung zu EGMR 46553/99 v. 15.02.00, mit einer Zusammenstellung von Entscheidungen des EGMR und der EU-Kommission zur Vereinbarkeit der Abschiebung schwer Erkrankter mit der EMRK.

§§ 25, 60, 82 AufenthG / §§ 53, 55, 70 AuslG - ärztliche Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge

VG Berlin 35 F 41.99 v. 16.8.99, IBIS e.V.: C 1457, NVwZ-Beilage I 2000, 53 Das VG hat beschlossen: Es soll ein **Sachverständigengutachten eingeholt werden zu der Frage, ob die Antragstellerin an einem Kriegstrauma mit Krankheitswert** leidet, ob der Umfang der Traumatisierung bestimmt werden kann, ob bereits eine Chronifizierung vorliegt und mit welchen Folgen bei einer Abschiebung nach Bosnien bzw. Kroatien gerechnet werden muss. Zum Sachverständigen wird der Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. A bestimmt. Außerdem soll eine Auskunft der kroatischen Behörden zu der Frage eingeholt werden, ob die Antragsteller die kroatische Staatsbürgerschaft besitzen.

Die Antragsteller und ihre Kinder sind 1993 nach Berlin eingereiste kroatische Volkszugehörige aus **Bosnien-Herzegowina**. Am 25.2.99 wurde die Verlängerung der Duldungen abgelehnt und die Antragsteller wurden aufgefordert in einen ihrer beiden Heimatstaaten auszureisen, da sie nach Auffassung der Ausländerbehörde neben der bosnischen auch über die kroatische Staatsangehörigkeit verfügten. Die Antragstellerin zu 2. legte im August 1998 sowie im Mai 1999 jeweils ein Gutachten ihres behandelnden Facharztes für Neurologie und Psychiatrie vor, in dem erhebliche körperliche und psychische Gesundheitsstörungen und eine posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) als Folge der traumatisierenden Kriegsereignisse benannt werden.

Am 1.6.99 wurde die Antragstellerin auf Veranlassung der Ausländerbehörde von der Polizeiärztin Frau L. untersucht. Bei der Untersuchung wurde die 8jährige Tochter der Antragstellerin als Dolmetscherin eingesetzt. Die Antragstellerin erklärte nach der Untersuchung ihrer Anwältin, dass ihr diese Art der Befragung sehr peinlich gewesen sei und sie eigentlich nicht in Gegenwart ihrer Tochter über die Kriegserlebnisse und sonstiges habe reden wollen. Frau L. übersandte der Ausländerbehörde einen Untersuchungsbericht, der folgenden Wortlaut hat. "Frau B. wurde am 1.6.99 untersucht. Eine durch Kriegsereignisse hervorgerufene psychische Störung konnte nicht erkannt werden."

Am 25.6.99 beantragten die Antragsteller im Wege vorläufigen Rechtsschutzes die Verpflichtung der Ausländerbehörde zur Erteilung von Aufenthaltsbefugnissen, da für den Heilungsprozess der Antragstellerin ein sicherer Aufenthaltsstatus erforderlich sei.

Das Gericht hat den Beweisbeschluss erlassen, da der Sachverhalt weiterer Aufklärung bedarf. Nach den vorgelegten Attesten leidet die Antragstellerin an einer posttraumatischen Belastungsstörung, nach der polizeiärztlichen Untersuchung kann eine Kriegstraumatisierung mit Krankheitswert nicht erkannt werden. Der polizeiärztliche Befund bedeutet nach seinem Wortsinn allerdings nicht, dass ein Kriegstrauma mit Krankheitswert nicht existiert. Der Prozessvertreter der Ausländerbehörde hat hierzu jedoch ausgeführt, dass die Formulierung so zu verstehen sei, dass ein Kriegstrauma mit Krankheitswert überhaupt nicht besteht.

Das Ergebnis der polizeiärztlichen Untersuchung ist nicht geeignet, die privatärztlichen Befunde zu widerlegen, da **die polizeiärztliche Untersuchung in mehrfacher Hinsicht verfahrensfehlerhaft durchgeführt** worden ist. Die Ausländerbehörde stützt die Verpflichtung zur Mitwirkung an der Untersuchung auf **§ 70 Abs. 1 AuslG**. Ob diese gesetzliche Pflicht die Antragstellerin zur Mitwirkung verpflichtet, erscheint jedoch zweifelhaft, da es sich hier um eine psychiatrische Untersuchung handelt. Diese von der Ausländerbehörde eingeleitete Untersuchung **verlangt die Offenbarung höchstpersönlicher Angelegenheiten** und intimer Erlebnisse (beispielhaft sexueller Missbrauch) sowie die Offenlegung geistig-seelischer Einstellungen zu diesen Erlebnissen. derartige Untersuchungen greifen so tief in die Privatsphäre ein, dass sie nur aufgrund einer ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung durchgeführt werden dürfen (Bay. OLG, MDR 1972, 871; BGH v. 24.4.52, IV ZR 158/51, LM § 32 EheG Nr. 3). Das Persönlichkeitsrecht und die Menschenwürde (Art. 1 und 2 GG) führen dazu, dass in die Freiheit der Person und ihre körperliche Integrität nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden darf (Art. 2, Art. 104 GG). Die Anordnung einer psychiatrischen Untersuchung ist zudem nur rechtmäßig, wenn gewichtige Gründe hierfür vorliegen (VGH Ba-Wü, DVBl 1988, 358; VGH Kassel, NVwZ-RR 1995, 47), eine solche Anordnung ist wegen des Eingriffs in das Persönlichkeitsrecht entgegen § 44a VwGO auch isoliert anfechtbar.

Der Gesetzgeber hat nur in sehr begrenztem Umfang den Grundsatz durchbrochen, dass sich niemand gegen seinen Willen ärztlich untersuchen lassen muss. Soweit eine Pflicht zur Duldung einer ärztlichen Untersuchung besteht, wird dies inzwischen ausdrücklich gesetzlich geregelt, vgl. z.B. § 17 WPfIG, § 4 BPolG, § 42 BBG, § 3 StVzO, § 62 SGB I, § 32 BSeuchG, § 81a StPO, § 372a ZPO. Das AuslG enthält eine solche Regelung jedoch nicht. Ob sich eine Verpflichtung zu einer psychiatrischen Untersuchung aus § 70 Abs. 1 AuslG (Mitwirkung des Ausländers) ergibt, erscheint zweifelhaft.

Selbst wenn man davon ausgeht, dass diese Vorschrift eine ausreichende Ermächtigung zur psychiatrischen Untersuchung von Kriegsflüchtlingen, die eine Traumatisierung geltend machen, darstellt, ist die Verfahrensweise der Ausländerbehörde rechtswidrig und die Ergebnisse der Untersuchung dürfen nicht verwertet werden. Die von der Ausländerbehörde inzwischen bei allen Antragstellern, die eine Kriegstraumatisierung geltend machen, veranlasste polizeiärztliche Untersuchung ist wegen mangelndem Grundrechtsschutz und auch deshalb rechtswidrig, weil sie in der jetzigen Form zu keinem sachgerechten Ergebnis führen kann.

Die 30 bis 60 minütige Untersuchung berücksichtigt nicht die besondere Situation traumatisierter Flüchtlinge, die anderen Menschen, insbesondere aber staatlichen Funktionsträgern, mit äußerstem Misstrauen, Vorsicht und Angst begegnen. Die polizeiärztliche Untersuchung stellt eine echte Angstsituation dar, auch weil die Flüchtlinge davon ausgehen müssen, dass ein negatives Ergebnis der Untersuchung schon von vornherein feststeht. Die im Innenausschuss vorgelegten Zahlen (vgl. Berliner Zeitung v. 23.3.99) lassen erkennen, dass 80 bis 90 % der Flüchtlinge, denen durch privatärztliches Attest eine PTSD bescheinigt wird, nach Auffassung des Polizeiarztes dieses Krankheitsbild nicht haben.

Diese Zahlen stehen im krassen Widerspruch zu allen bisherigen Erkenntnissen über die Zahl der kriegstraumatisierten bosnischen Flüchtlinge. Nach einer neueren Studie der Harvard Medical School leidet jeder vierte Flüchtling des Bosnienkrieges unter einem dauerhaften psychischen Schaden (vgl. Focus v. 9.8.1999, S. 120). Nach anderen Erkenntnissen (Mohr, Traumatisierte Flüchtlinge und Bürgerkriegsflüchtlinge in Deutschland) muss bei etwa 20 % aller Flüchtlinge von einer Traumatisierung ausgegangen werden. Bei einer Gesamtzahl von 30.000 bosnischen Flüchtlingen in Berlin wurde die Zahl der Traumatisierten bisher auf 2.000 bis 3.000 geschätzt, also noch unter 10 % der Gesamtzahl. Die inzwischen durchgeführten polizeiärztlichen Untersuchungen ergeben hingegen eine Zahl, die sich im Bereich zwischen 1 und 2 % bewegt und daher allen anderen Erkenntnisquellen vollständig widerspricht. Sie erklärt sich zur Überzeugung des Gerichts aus einem in Ansatz und Durchführung fehlerhaftem Untersuchungsverfahren.

Dass die eingesetzten Ärzte - gelegentlich wird auch eine Sportärztin zur Traumaprüfung eingesetzt (vgl. Verfahren VG 35 A 3194.97) - die erforderliche fachliche Qualifikation für eine solche Untersuchung besitzen, kann nicht festgestellt werden. Dass die untersuchende Polizeiärztin die erforderliche Qualifikation auf dem Fachgebiet der PTSD besitzt, konnte der Vertreter der Ausländerbehörde nicht bestätigen, dies ist zur Überzeugung des Gerichts im Hinblick auf die Art der Durchführung der Untersuchung auszuschließen. Die Untersuchung unter Einsatz der 8jährigen Tochter als Dolmetscherin muss als offensichtlicher, durch nichts zu rechtfertigender **ärztlicher Kunstfehler** angesehen werden. Die Vorstellung, die Tochter müsste eine von der Mutter erlebte Vergewaltigung übersetzen - in Bosnien wurden mehr als 20.000 Frauen vergewaltigt (Der Spiegel v. 19.6.99, S. 56) - ist so ungeheuerlich, dass ein sachkundiger Facharzt eine solche Situation von vornherein vermeiden würde. Dass kein fachlich ausgewiesener Sprachmittler eingesetzt wurde, lässt erhebliche Zweifel an der fachlichen Kompetenz und an dem Willen, eine ernstgemeinte Untersuchung durchzuführen, entstehen. Es ist eine eiserne Regel aller Behand-

lungszentren für Folteropfer, gerade Verwandte und Bekannte wegen der emotionalen Verbindung zu den Patienten - auch bei einer Krisenintervention - keinesfalls als Sprachmittler einzusetzen.

Die Rechtswidrigkeit der polizeiärztlichen Traumaprüfung folgt auch daraus, dass bei der Untersuchung kein **qualifizierter Dolmetscher** anwesend war. Die Ausländerbehörde bittet in ihrem Aufforderungsschreiben den Flüchtling, selbst einen Dolmetscher mitzubringen. Schon diese Aufforderung ist rechtswidrig, denn die Ausländerbehörde ist gemäß § 23 Abs. 1 VwVfG verpflichtet, für einen Sprachmittler zu sorgen, wenn der Ausländer nicht ausreichend deutsch spricht, wovon im Hinblick auf den komplizierten Untersuchungsgegenstand auszugehen ist (einhellige Auffassung, vgl. Kopp VwVfG § 23 Rn 2, sowie weitere Fundstellen...). Zwar kann als Dolmetscher jede Person hinzugezogen werden, auch Verwandte sind kraft Gesetzes nicht ausgeschlossen, jedoch muss im Einzelfall berücksichtigt werden, welche Angaben mit welcher Bedeutung Gegenstand eines Gesprächs bzw. einer Untersuchung zwischen Behörde und Bürger sind. Bei einer psychiatrischen Untersuchung, die in ihren Folgen durchaus einer Anhörung beim Bundesamt für ausländische Flüchtlinge gleichzusetzen ist, muss wegen der Bedeutung der Befragung jeglicher Übersetzungsfehler ausgeschlossen werden, was nur durch Beteiligung eines vereidigten Dolmetschers erfolgen kann. Ggf. ist ein Dolmetscher heranzuziehen, der für den Gesundheitsbereich qualifiziert ist.

Dass ein Flüchtling, der Leistungen nach AsylbLG erhält, keinen vereidigten (Berufs)-Dolmetscher beauftragen kann, liegt auf der Hand. Wenn die Ausländerbehörde einen Antragsteller, der ohne Dolmetscher erscheint, weschickt, verstößt sie gegen das VwVfG. Soweit der Vertreter der Ausländerbehörde auf die mit der Einschaltung vereidigter Dolmetscher verbundenen Kosten verweist, ist darauf hinzuweisen, dass die Beachtung von Grundrechten, um die es hier geht, nicht unter dem Vorbehalt der fiskalischen Realisierbarkeit steht. Eine Behörde kann kostspielige Ermittlungen nur unterlassen, wenn sie zu Gunsten des Bürgers entscheidet.

Die Verfahrensweise der Ausländerbehörde bei der Prüfung der PTSD ist auch deshalb rechtswidrig, weil sie ohne jede Risikoabwägung erfolgt. Auch die Gefahr eines psychischen Schadens macht eine solche Untersuchung unzulässig (OLG Koblenz, NJW 1976, 379; allgemeine Auffassung, vgl. weitere Fundstellen). Bei der gegenwärtigen Verfahrensweise besteht in nicht hinnehmbarem Maße die Gefahr einer Retraumatisierung, weil in 80 bis 90 % der Fälle trotz fachärztlichen Attestes und damit vielfach zu Unrecht die Traumatisierung angezweifelt oder negiert wird. Dass eine solche Gefahr nicht nur theoretischer Natur ist, zeigt der Fall einer dreiköpfigen Familie, deren von dem umstrittenen Polizeiarzt Oberbauer (vgl. Berliner Zeitung v. 19.3.99) durchgeführte Untersuchung zur Folge hatte, dass ein kollektiver Selbstmord der Familie nur durch eine massive Krisenintervention der behandelnden Ärzte abgewendet werden konnte.

Die Entscheidung die bis Ende 1997 praktizierte Überprüfung von fachärztlichen Attesten durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, die im Vergleich zum Polizeiarzt ein umgekehrtes Verhältnis von Anerkennung und Ablehnung zur Folge hatte, abzuschaffen, weil sich die Verwaltungen nicht über die Kosten einigen konnten, bringt keinen Spareffekt. Die rechtswidrige polizeiärztliche Praxis macht es immer häufiger erforderlich, durch ein mit erheblich höheren Kosten verbundenes gerichtliches Gutachten die PTSD überprüfen zu lassen. Alle bisher vorliegenden Sachverständigengutachten haben die geltend gemachte Traumatisierung bestätigt.

Der polizeiärztliche Befund ist auch deshalb nicht geeignet, die fachärztlichen Atteste zu widerlegen, weil er inhaltlich ohne jede Substanz ist. Eine polizeiärztliche Befunderhebung muss detaillierte Angaben über die Untersuchungsmethode, die erhobenen Befunde und das Ergebnis der Untersuchung enthalten, wenn hierdurch die privatärztliche Untersuchung widerlegt werden soll.

Da inzwischen eine Abschiebung nach Kroatien beabsichtigt ist, ist auch die **Staatsangehörigkeit der Antragsteller zu klären**, nachdem die **kroatische Botschaft** für beide Passersatzpapiere (putni list) ausgestellt hat. Der Antragsteller zu 1 besitzt zwar einen kroatischen Pass, stammt allerdings aus Bosnien-Herzegowina. Nach Mitteilung des UNHCR vom 27.1.99 hat der Besitz eines kroatischen Passes für bosnische Kroaten nicht automatisch den Erwerb der kroatischen Staatsbürgerschaft zur Folge (vgl. ebenso VG Berlin 11 F 1.98 v. 24.2.99). Die Kammer hat in ständiger Rspr. bosnischen Kroaten mit kroatischem Pass und Wohnsitz in Bosnien eine Duldung als Bosnier zugesprochen (vgl. Fundstellen, zuletzt VG 35 F 2.98 v. 16.2.98). Hinsichtlich der Antragstellerin zu 2. stellt sich die Frage nach der Staatsangehörigkeit um so mehr, als sie nie einen kroatischen Pass besessen hat, und deshalb **die Ausstellung einer putni list für sie nicht zu erklären ist**, weil nicht erkennbar ist, wodurch sie die kroatische Staatsangehörigkeit erworben haben könnte.

VG Berlin 35 F 82.99 v. 21.12.99, IBIS e.V. C1513 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1513

Der Antragsteller wurde zum Polizeiarzt vorgeladen, um die von ihm vorgelegten psychologischen und fachärztlichen Gutachten zu überprüfen, obwohl er bereits mehrere **Suizidversuche** und in diesem Zusammenhang im Frühjahr 1999 einen siebenwöchigen Aufenthalt in der Krisenstation eines Krankenhauses hinter sich hatte. Der Antragsteller ist nicht beim Polizeiarzt erschienen. Darauf wiederief die Ausländerbehörde die Duldung und ordnete die Zwangsvorführung beim Polizeiarzt an. Dies hatte einen weiteren Suizidversuch zur Folge. Das VG stellte die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs gegen die Aufhebung der Duldung wieder her. Mit ähnlicher Begründung wie im Beschluss VG Berlin 35 F 41.99 v. 16.8.99, IBIS C1457 und unter Verweis auf Entscheidungen **sechs weiterer Kammern des VG Berlin**, in denen aufgrund der aufgezeigten Mängel die polizeiärztlichen Untersuchungen keinen Bestand hatten, wird die angeordnete polizeiärztliche Untersuchung im Ergebnis für unzulässig erklärt. Das VG geht dabei davon aus, dass auch der von der Ausländerbehörde angedrohte Abschiebung nach **Kroatien** - der aus Bosnien stammende Antragsteller besitzt auch einen kroatischen Pass - wegen der auch dort zu befürchtenden gravierenden Verschlechterung seines Gesundheitszustandes durch Retraumatisierung ein Duldungsanspruch nach § 53 Abs. 6 Satz 1 bzw. nach § 55 Abs. 3 AuslG entgegensteht. Dem Kind und der Ehefrau wurde im

Hinblick auf die Traumatisierung und den Duldungsanspruch ihres Vaters ein abgeleiteter Duldungsanspruch zugesprochen.

VG Berlin 35 F 10.00 v. 12.01.2000, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1507.pdf Dem Antragsgegner wird im Wege der Zwischenverfügung untersagt, Abschiebungsmaßnahmen gegen die Antragsteller (die offenbar der Ladung zum **Polizeiarzt** zwecks Traumaprüfung nicht gefolgt sind) einzuleiten. Dem Antragsgegner wird aufgegeben, binnen drei Wochen substantiiert darzulegen, **ob und ggf. welche Zweifel er an der Richtigkeit der eingereichten fachärztlichen Atteste** hat.

Ob die Voraussetzungen für eine Duldung erfüllt sind, bleibt der Sachentscheidung vorbehalten. Jedenfalls ist Abschiebungsschutz geboten, weil vieles für einen Duldungsanspruch nach Art. 1 C Nr. 5 Abs. 2 Genfer Flüchtlingskonvention i.V.m. Abschnitt IV.1 der Weisung B.54.1. der Ausländerbehörde spricht. Der Antragsteller zu 1. hat durch Vorlage verschiedener Atteste niedergelassener Fachärzte eine **Traumatisierung** mit Krankheitswert nachgewiesen. Der amtsärztliche Dienst des Bezirksamts bestätigte eine "gesundheitliche Gefährdung" und die "Gefahr einer Dekompensation". Der Antragstellerin zu 2. wurden von einer Fachärztin die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nachgewiesen. Anhaltspunkte, an der Richtigkeit dieser Atteste zu zweifeln, bestehen nach Aktenlage nicht und sind vom Antragsgegner bislang auch nicht vorgetragen worden. Insbesondere liegen dem Gericht keine Erkenntnisse vor, dass die behandelnden Fachärzte, die alle die Muttersprache der Antragsteller beherrschen, auch nur ein einziges Mal in einem Parallellfall ein sachlich unzutreffendes Gefälligkeitsattest ausgestellt hätten. Eine Begutachtung durch den Polizeiarzt ohne vereidigten Dolmetscher ist demgegenüber zu einer Überprüfung weder geeignet noch erforderlich, jedoch wird die Kammer die Beauftragung eines gerichtlichen Sachverständigen erwägen, sobald der Antragsgegner die Auflage zu 2. erfüllt hat.

VG Berlin 27 F 83.99 v. 3.4.00, Asylmagazin 7-8/2000, 59; www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1535.pdf Die **Aufforderung zur polizeiärztlichen Untersuchung** ist kein mit Widerspruch anfechtbarer **Verwaltungsakt** im Sinne von § 35 Satz 1 VwVfG, eine Klage hiergegen unstatthaft im Sinne von § 44a VwGO. Rechtsbehelfe gegen behördliche Verfahrenshandlungen können nur gleichzeitig mit den gegen die Sachentscheidung (=Verweigerung der Duldung) zulässigen Rechtsbehelfen geltend gemacht werden.

Die behördlich verordnete polizeiärztliche Untersuchung stellt vorliegend einen unzulässigen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, hierzu BVerfG, DVBl 1993, 995), da aus den beigebrachten privatärztlichen Attesten bereits hinreichend zuverlässig auf die eine weitere Duldung rechtfertigende Kriegstraumatisierung geschlossen werden kann. Das Gericht hat keinen Anhaltspunkt für irgendeine "Bescheinigung aus Gefälligkeit" entdecken können. Eine abstrakte Regelung, dass der polizeiärztliche Dienst in allen Fällen eine eigenständige Untersuchung des Betroffenen vornehmen dürfte, wäre wegen der Grundrechtsrelevanz der Untersuchung rechtswidrig. Hieraus folgt, dass die Ausländerbehörde die Atteste dem Polizeiarzt zu einer Plausibilitätskontrolle vorzulegen hat, der sich seinerseits eigenverantwortlich ggf. an die Aussteller der jeweiligen Belege wendet.

OVG Berlin 8 SN 3.00 v. 23.2.00, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1539.pdf Die Wirksamkeit einer vom Rechtsuchenden selbst in eigenen Namen vorgenommenen Prozesshandlung wird nicht dadurch berührt, dass die entsprechenden Anträge von einer Asylberatungsstelle möglicherweise unter Verstoß gegen das **Rechtsberatungsgesetz** formuliert worden sind. Das Verfahrensrecht sanktioniert nur das Auftreten ungeeigneter Personen in der mündlichen Verhandlung (wird ausgeführt).

Das VG hat auf Grundlage der §§ 55 Abs. 2, 54 AuslG i.V.m. der Weisung der Ausländerbehörde, die detaillierte Verfahrensregelungen enthält, die nach Maßgabe des allgemeinen Gleichheitssatzes verbindlich sind, da sie die behördliche Praxis bestimmen, zu Recht angenommen, dass die vorliegenden Atteste eine Traumatisierung mit Krankheitswert ergeben und damit ein Abschiebehindernis im Sinne der Weisung vorliegt.

Dies wird durch die polizeiärztliche Untersuchung nicht ernsthaft in Frage gestellt. Schon der **Gutachtauftrag geht im Kern an der Sache vorbei, wenn nur die Flug- bzw. Reisefähigkeit** untersucht werden sollte. Um Flug- und Reisefähigkeit geht es im Falle der Antragstellerin allenfalls sekundär. Auch versteht es sich nicht von selbst, dass Personen, deren Traumatisierung Krankheitswert hat, deshalb überhaupt flug- und reiseunfähig sind. Der Polizeiarzt hat sich auch nicht zu der vorgelegten eingehenden psychologischen Stellungnahme geäußert. Eine "Überprüfung" durch den Polizeiarzt selbst aber voraus, dass alle vorliegenden Atteste zur Kenntnis genommen wurden und wenigstens im Wesentlichen erkennbar wird, warum ihrer Diagnose nicht gefolgt wird, polizeiärztlicherseits vielmehr bessere Erkenntnisse gewonnen worden sind, die eine andere Diagnose rechtfertigen.

VG Sigmaringen A 7 K 12635/02, U.v. 08.10.03, IBIS M4578, Asylmagazin 1/2004, 38, www.asyl.net/Magazin/1_2_2004c.htm - G4 Zu den Anforderungen an **ärztliche Gutachten bei psychischen Erkrankungen**.

Anders als im somatisch-medizinischen Bereich geht es bei der PTBS um ein inner-psychisches Erlebnis, das sich einer Erhebung äußerlich-objektiver Befundtatsachen weitgehend entzieht. Schon deshalb kommt es entscheidend auf die **Glaubhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit** eines geschilderten inneren Erlebens und der zu Grunde liegenden faktischen äußeren Erlebnistatsachen an. Gerichte müssen deshalb die Feststellungen und Schlussfolgerungen des Gutachters im Rahmen ihrer tatrichterlichen Würdigung unter Berücksichtigung aller Umstände, der eigenen Sachkunde und der allgemeinen Lebenserfahrung selbstverantwortlich auf Schlüssigkeit überprüfen und nachvollziehen.

Grundvoraussetzung ist eine einschlägige fachärztliche Kompetenz, die nur von Fachärzten für Psychiatrie oder Psychotherapeutische Medizin erfüllt werden kann. Der Facharzt muss sich über einen längeren Zeitraum mit dem Patienten befassen. Tragfähige Aussagen zur Traumatisierung sind regelmäßig erst nach **mehreren Sitzungen** (mindestens 3 bis 4) über eine längere Zeit möglich.

Im Anschluss daran ist ein **detailliertes Gutachten** zu erstellen, das anhand der Kriterien des ICD-10 nachvollziehbare Aussagen über Ursachen und Auswirkungen der PTBS sowie diagnostische Feststellungen zum weiteren Verlauf der Behandlung enthält. Dabei muss das Gutachten transparent und nachvollziehbar sein. Die verwandten Testverfahren und **Explorationsmethoden** müssen im Gutachten genau bezeichnet werden.

Die **Befundtatsachen** müssen auch getrennt von ihrer Interpretation dargestellt werden. Alle Unterlagen über erhobene Informationen müssen aufbewahrt und bei Aufklärungsbedarf vorgelegt werden. Mitentscheidend für die Brauchbarkeit eines Gutachtens ist, dass bei Interpretationen und Schlussfolgerungen angegeben wird, auf welche Befundtatsachen sich diese stützen. Notwendig dafür ist auch, dass die Exploration schriftlich festgehalten wird, da nur auf dieser Grundlage eine sorgfältige inhaltsanalytische Bearbeitung möglich ist. Ein bloß zusammenfassender Bericht reicht insoweit nicht aus.

Wesentlicher Bestandteil der Begutachtung ist die inhaltliche Analyse der vom Facharzt selbst erhobenen Aussage in Bezug auf das Vorliegen von **Glaubhaftigkeitsmerkmalen**. Dabei muss die Ausprägung der Glaubhaftigkeitsmerkmale in einer Aussage in Bezug gesetzt werden zu den individuellen Fähigkeiten und Eigenarten eines Patienten.

Die **Konsistenzanalyse** bezieht sich auf den Vergleich von Aussagen, die ein Patient zu verschiedenen Zeitpunkten über denselben Sachverhalt gemacht hat. Beim Vergleich müssen im Einzelnen Übereinstimmungen zwischen den Aussagen ebenso wie Widersprüche, Auslassungen und Ergänzungen festgestellt werden. Abweichungen zwischen den Aussagen müssen daraufhin geprüft werden, ob sie sich auf Grund gedächtnispsychologischer Erkenntnisse auch dann erwarten ließen, wenn die Aussage erlebnisfundiert ist.

Mit der **Kompetenzanalyse** wird das Niveau der für eine Aussage relevanten kognitiven Funktion eines Patienten erfasst. Zu berücksichtigen ist die allgemeine und sprachliche intellektuelle Leistungsfähigkeit, das autobiographische Gedächtnis, die Phantasieleistung sowie der persönliche Darstellungsstil eines Patienten. Erst wenn die Leistungsfähigkeit in diesen Bereichen bekannt ist, kann die Qualität einer Aussage angemessen beurteilt werden. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Begutachtung ist die Klärung der Aussageentstehung und Aussageentwicklung. Dazu dienen Angaben der Erstaussageempfänger sowie eventuell weiterer Empfänger von Aussagen.

Bei der **Motivationsanalyse** geht es darum, zu rekonstruieren; welche Motivation den Patienten zu seinem Vorbringen veranlasst hat. Wesentlich sind methodische Vorkehrungen zur Verhinderung interessengeleiteter Aussagen und Angaben des Patienten im Hinblick auf einen weiteren Aufenthalt in Deutschland.

BVerwG 1 B 118.05 v. 25.05.06, InfAusIR 2006, 485, <http://bverwg.de/media/archive/3798.pdf>

Das OVG NRW hatte unterstellt, dass die Klägerin "trotz bestehender Zweifel" an einer posttraumatische Belastungsstörung mit schwerer depressiver Symptomatik leidet, diese Krankheit im Kosovo aber soweit behandelbar sei, dass sie bei der gebotenen Mitwirkung der Klägerin (dortigen Standards entsprechende medikamentöse Behandlung) auf dem gegenwärtigen „Niveau“ gehalten werden könne, „mit dem sie im Zufluchtsland Deutschland erkennbar ohne existentielle Gefährdungen leben kann“.

Das BVerwG hat klargestellt, dass das OVG NRW die dieser Annahme zugrunde liegenden **medizinischen Wertungen, für die es selbst nicht ausreichend sachkundig war**, nicht ohne weitere Aufklärung vornehmen konnte und durfte. Vielmehr hätte es hierzu von Amts wegen ein aktuellen wissenschaftlichen Mindeststandards entsprechendes **Sachverständigengutachten** einholen müssen (vgl. Haenel/Wenk-Ansohn, Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, 1. A. 2004).

Für die medizinischen Fachfragen, wie Diagnose von Art und Schwere der Erkrankung sowie Therapiemöglichkeiten, einschließlich Einschätzung des Krankheitsverlaufs bzw. der gesundheitlichen Folgen je nach Behandlung, gibt es keine eigene, nicht durch entsprechende medizinische Sachverständigengutachten vermittelte Sachkunde des Richters.

VGH Bayern 24 B 06.1175, U.v. 13.10.06 www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/9263.pdf Zur **Beweiswürdigung medizinischer Gutachten** bei der Prüfung eines Anspruchs auf Aufenthaltserlaubnis nach § 25 V AufenthG. Selbst wenn man dem VG - wofür vorliegend indes keinerlei Anhaltspunkte bestehen - zugesteht, die Aussagen mehrerer fachlich kompetenter Gutachter in Zweifel zu ziehen, kann es dies nicht - wie geschehen - den Klägern anlasten und diesen einen bestehenden Anspruch verweigern.

Vielmehr wäre es gehalten gewesen, einen **weiteren Gutachter zu beauftragen** oder zumindest die behandelnden Ärzte im Rahmen einer mündlichen Verhandlung anzuhören. All dies ist nicht erfolgt. Eine vertretbare Beweiswürdigung durch das VG liegt damit nicht vor.

BVerwG 10 C 8.07, U.v. 11.09.07, www.asyl.net/dev/M_Doc_Ordner/12108.pdf zu den Mindestanforderungen an **fachärztliche Atteste** zur Substantiierung eines Sachverständigenbeweisanspruchs zum Vorliegen einer behandlungsbedürftigen **PTBS**. Unter den genannten Voraussetzungen (Vorlage eines ausreichend substantiierten Attests) muss das **Gericht ggf. ein psychologisches Sachverständigengutachten** in Auftrag geben und auch

bezahlen.

Aus dem fachärztlichen Attest muss sich nachvollziehbar ergeben, auf welcher Grundlage der Arzt zu seiner Diagnose gelangt ist und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt. Dazu gehören etwa Angaben darüber, seit wann und wie häufig sich der Patient in ärztlicher Behandlung befunden hat und ob die von ihm geschilderten Beschwerden durch die erhobenen Befunde bestätigt werden. Des Weiteren sollte das Attest Aufschluss über die Schwere der Krankheit, deren Behandlungsbedürftigkeit sowie den bisherigen Behandlungsverlauf (Medikation und Therapie) geben. Wird das Vorliegen einer PTBS auf traumatisierende Erlebnisse im Heimatland gestützt und werden die Symptome erst längere Zeit nach der Ausreise aus dem Heimatland vorgetragen, ist in der Regel auch eine Begründung dafür erforderlich, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht worden ist. Diese Anforderungen an die Substantiierung ergeben sich aus der Pflicht des Beteiligten, an der Erforschung des Sachverhalts mitzuwirken (§ 86 Abs. 1 Satz 1 Halbs. 2 VwGO), die in besonderem Maße für Umstände gilt, die in die eigene Sphäre des Beteiligten fallen (BVerwG 1 B 205.93, B.v. 16.02.95 - Buchholz 451.20 § 14 GewO Nr. 6)."

Literatur und Materialien:

- **Birck, A.**, InfAusIR 2000, 209, Wie krank muss ein Flüchtling sein, um von der Abschiebung ausgenommen zu werden? Vergleich von Stellungnahmen des Polizeiarztlichen Dienstes in Berlin und jenen von niedergelassenen Ärzten und Psychologen.
- **RAin Ganten-Lange, Dr. med. Fiedler, Dr. Neitzel, RiOVG Wilke:** Kurze Leitlinien für das Verfassen von ärztlichen und psychotherapeutischen Stellungnahmen bei traumatisierten Flüchtlingen. Aktualisierte Fassung 2005, IBIS M6955, www.asyl.net/Magazin/Docs/2005/M-5/6955.doc
- **Müller, K.** Posttraumatische Belastungsstörung, Asylmagazin 03/2003, 5, [www.asyl.net/Magazin/3_2003a.htm - C1](http://www.asyl.net/Magazin/3_2003a.htm-C1)
- **Wolff, T.**, Die Bedeutung der posttraumatischen Belastungsstörung für Aufenthalt und Rückkehr von Flüchtlingen. Asylmagazin 6/2002, 10, [www.asyl.net/Magazin/6_2002a.htm - D1](http://www.asyl.net/Magazin/6_2002a.htm-D1)
- **Wolff, T.** Glaubwürdigkeitsbeurteilung bei traumatisierten Flüchtlingen. Asylmagazin 7/2002, 11, [www.asyl.net/Magazin/7_8_2002a.htm - D1](http://www.asyl.net/Magazin/7_8_2002a.htm-D1)

Untersuchung durch Ärztin des Vertrauens in der Abschiebehaft

VG Berlin 14 A 89.00 v. 13.4.00, InfAusIR 2000, 295; www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1544 Das Land Berlin, vertreten durch den Polizeipräsidenten, wird verpflichtet, der Antragstellerin seine Zustimmung zur **Untersuchung durch die Ärztin ihres Vertrauens** zu erteilen sowie dieser Einblick in die die Antragstellerin betreffenden **Krankenakten** im Polizeigewahrsam Kruppstraße zu gewähren. Der Anspruch der Antragstellerin folgt aus ihrer durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützten allgemeinen Handlungsfreiheit.

Nach § 11 des Gesetzes über das Abschiebegewahrsam im Land Berlin haben Abschiebungshäftlinge Anspruch auf notwendige ärztliche Behandlung durch den für den Abschiebegewahrsam bestellten (polizei)ärztlichen Dienst. Im Gegensatz zur Ansicht des Landespolizeiverwaltungsamtes schränkt diese Vorschrift die Zuziehung von Ärzten auf Wunsch und auf Kosten eines Abschiebehäftlings nicht ein. Nach § 2 des Gesetzes dürfen im Abschiebegewahrsam nur die Beschränkungen auferlegt werden, die der Zweck der Abschiebehaft nach § 57 AuslG oder die Sicherheit oder Ordnung im Abschiebegewahrsam erfordern. Darüber hinaus sind solche Beschränkungen am Maßstab der Verhältnismäßigkeit zu messen. Dies entspricht der Rechtslage nach § 119 StPO für die Untersuchungshaft. Beschränkungen sind danach nur zulässig, um eine reale Gefahr im Sinne der in § 119 Abs. 3 und 4 StPO genannten öffentlichen Interessen abzuwehren und dieses Ziel nicht mit weniger eingreifenden Maßnahmen erreicht werden kann.

Die Antragstellerin hat ein dringendes persönliches Interesse an der Untersuchung durch eine Ärztin glaubhaft gemacht. Sie verweigert seit einigen Wochen die Aufnahme von Nahrung und offensichtlich seit Tagen die Aufnahme von Flüssigkeit. Ihr Gesundheitszustand ist erheblich geschwächt, was sich allein daran zeigt, dass sie inzwischen ins Haftkrankenhaus verlegt wurde. Zwar ergeben die Unterlagen keine Anhaltspunkte für die Annahme, dass der Antragsgegner nicht die erforderliche medizinische Versorgung zur Verfügung stellt. Das Begehren der Antragstellerin ist jedoch nicht auf die Durchführung medizinischer Behandlung gerichtet, für die der Antragsgegner originär zuständig ist. Sie will lediglich ihren Gesundheitszustand durch die Ärztin ihres Vertrauens untersuchen lassen. Dieses Vertrauen bringt sie den behandelnden Ärzten nicht entgegen. Deswegen ist ihr durch Art. 2 Abs. 1 GG geschütztes Verlangen noch nicht erfüllt.

In die Rechtsstellung Art 2. Abs. 1 GG kann nur zum Zweck der Abschiebungshaft nach § 57 AuslG und zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung im Abschiebungsgewahrsam eingegriffen werden. Die Polizei hat keine durchgreifenden Gründe für die Annahme vorgetragen, dass die Untersuchungen den Zweck oder die Ordnung der Abschiebungshaft beeinträchtigen würde. Die Polizei befürchtet im wesentlichen, dass die Ärztin in einem nicht fachgerechten Gutachten feststellen könnte, dass die Antragstellerin reise- und haftunfähig sei, und damit den Vollzug der Abschiebung

behindern könnte. Er verkennt dabei, dass es in der Zuständigkeit des Polizeipräsidenten und des Landeseinwohneramtes verbleibt, über den Vollzug der Haft und der Abschiebung zu entscheiden. Streitigkeiten über die Haftfähigkeit sind ggf. vor dem Amtsgericht auszutragen. Die Frage, ob wegen Reiseunfähigkeit eine Duldung zu erteilen ist, ist evtl. vor dem Verwaltungsgericht zu klären. **Einschränkungen der allgemeinen Handlungsfreiheit können nicht damit begründet werden, dass die Antragstellerin andernfalls in diesem Verfahren möglicherweise Erfolg haben könnte.** Aus der grundgesetzlich geschützten Rechtsstellung folgt nämlich auch, dass die Antragstellerin nicht gehindert werden darf, ihre Verfahrensrechte zur Durchsetzung dieser Rechte wahrzunehmen.

Diese Ergebnis widerspricht auch nicht die Ordnung über das Abschiebegewahrsam (die allerdings nicht zu der Schrankentrias des Art 2 Abs. 1 GG zählt, da es sich um eine Verwaltungsvorschrift handelt), denn auch danach ist die Zuziehung eines frei praktizierenden Arztes auf eigene Kosten des Häftlings zulässig. Eine Entscheidung darüber hat der Gewahrsamsleiter nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Wie ausgeführt, ist eine Ablehnung im vorliegenden Fall unverhältnismäßig.

Eine fachgerechte Untersuchung setzt auch voraus, dass die Ärztin die Möglichkeit erhält, **Einblick in die** bei der Polizei vorhandenen **Krankenunterlagen** zu nehmen. Nur so erscheint eine ausreichende Beurteilung des Gesundheitszustandes möglich. Die Antragstellerin hat Anspruch auf Einsicht in die objektiven Feststellungen über ihre körperliche Befindlichkeit und die Aufzeichnung über die Umstände und den Verlauf der ihr zuteil gewordenen Behandlung, die durch eine Vertrauensperson durchgeführt werden kann. Dies ergibt sich schon aus dem durch die grundrechtliche Wertung geprägten Selbstbestimmungsrecht und der personalen Würde, die es verbietet, ihr im Rahmen der Behandlung die Rolle eines bloßen Objektes zuzuweisen (BGH, NJW 1983, 328 (329) m.w.N.). Dieser vom BGH für das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient entwickelte Grundsatz muss um so mehr gelten, wenn die ärztliche Maßnahme im Rahmen eines Freiheitsentziehungsverfahrens erfolgt. Der Antragsgegner hat keine Gründe vorgetragen, die dem Recht auf Einsichtnahme entgegenstehen könnten. Im Kern befürchtet er lediglich Schwierigkeiten bei der rechtlichen Durchsetzung der Abschiebung, die, wie bereits ausgeführt, Einschränkungen des Grundrechts nicht rechtfertigen

Anmerkungen: Die Ukrainerin befand sich wegen fehlender Papiere seit Oktober 1999 in Abschiebehaft. Am Tag der VG- Entscheidung befand sie sich seit 55 Tagen im Hungerstreik und seit drei Tagen im Haftkrankenhaus. Zusätzlich hatte sie 5 Tage einen Durststreik durchgeführt. Der Ärztin ihres Vertrauens wurde von der Polizei die Untersuchung verweigert, sie konnte mit der Ukrainerin nur durch eine Trennscheibe sprechen. Trotz Schweigepflichtentbindung verweigerte der polizeiärztliche Dienst der Ärztin sowie deren Rechtsanwältin auch die Einsicht in die Krankenakte.

VG Bremen 4 V 163/08, B.v. 21.01.08 und 4 V 349/08, B.v. 06.02.08 www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2155.pdf (bestätigt durch OVG Bremen 1 B 50/08, B.v. 07.02.08, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C2191.pdf) Recht auf **freie Arztwahl im Polizeiabschiebegewahrsam** (hier zum Zweck einer psychiatrischen Untersuchung durch einen Arzt bzw. einen Psychotherapeuten). Selbst gewählten Ärzten ist der Zugang zu den Patienten zu gewähren. Die übliche Praxis, die Häftlinge bei Verdacht auf psychische Krankheiten der Polizeiärztin als Amtsärztin vorzustellen, die dann über eine evtl. Überweisung an einen Facharzt zu entscheiden hat, wurde insoweit relativiert (vgl. auch VG Berlin, InfAuslR 2000, 295, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1544).

Bezugsquellen

Die unter einer **IBIS e.V.**-Nummer erfassten Entscheidungen sind in der Rechtsprechungsdatenbank unter www.asyl.net abrufbar und/oder gegen Erstattung der Kosten über IBIS e.V. zu bestellen: IBIS e.V., Donnerschwerstr. 12, 26123 Oldenburg, Tel. 0441-884016, FAX 0441-9849606, ibisev.ol@t-online.de

Abkürzungsverzeichnis

a.A.	anderer Ansicht
Abs.	Absatz
ANA-ZAR	Anwaltsnachrichten Ausländer- und Asylrecht (Beilage zur Fachzeitschrift ZAR)
Art.	Artikel
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AuAS	Ausländer- und Asylrechtlicher Schnelldienst (Fachzeitschrift)
AuslG	Ausländergesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
AV	Ausführungsvorschrift
B.	Beschluss
Ba-Wü	Baden-Württemberg

BayVBI	Bayrische Verwaltungsblätter (Fachzeitschrift)
BGH	Bundesgerichtshof
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKGG	Bundeskindergeldgesetz
BMI	Bundesinnenministerium
BMA, BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
Breithaupt	Breithaupt, Sammlung von Entscheidungen der Sozialversicherung, Versorgung und Arbeitslosenversicherung (Fachzeitschrift)
BRJ	Bundesrepublik Jugoslawien
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BSG	Bundessozialgericht
BT-Drs	Bundestagsdrucksache
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DÖV	Die Öffentliche Verwaltung (Fachzeitschrift)
EFA	Europäisches Fürsorgeabkommen
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten v. 4.11.1950
EUGH	Europäischer Gerichtshof
EZAR	Entscheidungssammlung zum Ausländer- und Asylrecht (Loseblattsammlung)
FEVS	Fürsorgerechtliche Entscheidungen der Verwaltungs- und Sozialgerichte (Fachzeitschrift)
FreizügG/EU	Gesetz über die allgemeine Freizügigkeit von Unionsbürgern
GG	Grundgesetz
GK; GFK	Genfer Flüchtlingskonvention (Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge v. 28.7.1951, als Bundesgesetz gültig: BGBl II 1953, S. 559 und BGBl II 1954, S. 619)
GK AsylbLG	Hohm, Gemeinschaftskommentar zum Asylbewerberleistungsgesetz, Neuwied 1998/99
Hrsg.	Herausgeber
Huber HdA	Huber, Handbuch des Ausländer- und Asylrechts (Loseblattsammlung, Beck Verlag)
IBIS	IBIS ##### = Dokumentnummer der ZDWF, die unter einer IBIS-Nummer erfassten Entscheidungen sind in der Rechtsprechungsdatenbank unter www.asyl.net abrufbar und/oder gegen Kostenerstattung zu bestellen bei: IBIS e.V., Alexanderstraße 45, 26121 Oldenburg, Tel. 0441-884016, ibisev.ol@t-online.de , www.ibis-ev.de
i.V.m.	in Verbindung mit
InfAusIR	Informationsdienst Ausländerrecht (Fachzeitschrift)
info also	Informationen zum Arbeitslosen- und Sozialhilferecht (Fachzeitschrift)
JZ	Juristen-Zeitung (Fachzeitschrift)
LSG	Landessozialgericht
LPK-SGB II	Lehr- und Praxiskommentar zum SGB II (Nomos-Verlag)
LPK-SGB XII	Lehr- und Praxiskommentar zum SGB XII (Nomos-Verlag)
MI	Innenministerium
Nds	Niedersachsen
NDV	Nachrichtendienst des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (Fachzeitschrift)
NDV-RD	Nachrichtendienst des dt. Vereins für öff. u. private Fürsorge - Rechtsprechungsdienst (Fachzeitschrift)
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NRW	Nordrhein - Westfalen
NWVBI.	Nordrhein-westfälische Verwaltungsblätter (Fachzeitschrift)
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht (Fachzeitschrift)
NVwZ-RR	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht - Rechtsprechungs-Rundschau (Fachzeitschrift)
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
OEG	Opferentschädigungsgesetz
OVG	Oberverwaltungsgericht
RL	Richtlinie (insbesondere RL der Europäischen Union)
Rn	Randnummer bzw. Randzeichen (im Kommentar zum Gesetz)
Rspr.	Rechtsprechung
RVO	Reichsversicherungsordnung
SächsVBI	Sächsische Verwaltungsblätter (Fachzeitschrift)
SAR	Sozialhilfe- und Asylbewerberleistungsrecht (Fachzeitschrift)
SG	Sozialgericht
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit (Fachzeitschrift)
SGB I	Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch- Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch - Arbeitsförderung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch Achtes Buch - Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Verwaltungsverfahren
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe
ThürVBI	Thüringer Verwaltungsblätter (Fachzeitschrift)
UNHCR	Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen

U.	Urteil
VG	Verwaltungsgericht
VGH	Verwaltungsgerichtshof
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung
VwVfG	Verwaltungsverfahrensgesetz
VSSR	Vierteljahresschrift für Sozialrecht (Fachzeitschrift)
ZAR	Zeitschrift für Ausländerrecht
ZDWF	Zentrale Dokumentationsstelle der freien Wohlfahrtspflege, = seit 1999: Infoverbund Asyl e.V., Greifswalder Str. 4, 10405 Berlin, Fax 030/46793329, www.asyl.net
ZfF	Zeitschrift für das Fürsorgewesen (Fachzeitschrift)
ZfS	Zeitschrift für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung (Fachzeitschrift)
ZfSH/SGB	Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (Fachzeitschrift)
ZuwG	Zuwanderungsgesetz

© Georg Classen 2011