

Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland



Zugang zur Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger

- Handreichung zu den rechtlichen Grundlagen -





Inhalt

■ Vorwort	3
■ Aufenthalt von EU-Bürgerinnen und EU-Bürger	4
■ Zugang zur Gesundheitsversorgung	6
■ Gesetzliche Krankenversicherung	6
■ EHIC	8
■ Fehlender Krankenversicherungsschutz	11
■ Leistungen nach dem SGB II/XII (Hartz IV, Sozialhilfe)	15
■ Nicht erwerbsfähige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger	20
■ Notfallversorgung	20
■ Touristen aus dem EU-Ausland	21
■ Quellen und weiterführende Hinweise	22

Vorwort

Der Zugang zu zentralen Lebens- und Versorgungsbereichen wie Arbeitsmarkt, Kita, Schule und Gesundheitsversorgung ist für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger häufig schwierig. Grund hierfür ist zum einen, dass die rechtlichen Grundlagen über mögliche Zugänge zur Gesundheitsversorgung häufig nicht (im Detail) bekannt sind. Dann gibt es vielfach vor Ort weitere Probleme, die es erschweren, dass bestehende Ansprüche geltend gemacht werden können: So kann der Antrag auf Sozialleistungen beim Jobcenter oder Sozialamt beispielsweise daran scheitern, dass den Betroffenen die Anmeldung ihres Wohnsitzes beim örtlichen Einwohnermeldeamt nicht gelingt, weil die Einwohnermeldeämter ihre Anmeldung nicht entgegennehmen.

Über diese Probleme wird derzeit auf vielen politischen Ebenen diskutiert. So wurde beispielsweise von dem bundesweiten Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit¹, der bei der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration angesiedelt ist, der Bedarf für ein »virtuelles Kompetenzzentrum« identifiziert, um den in der Praxis auftretenden komplexen Fragestellungen begegnen zu können. Ziel eines solchen Kompetenzzentrums ist es, die Beraterinnen und Berater fachlich zu unterstützen.

Mit dieser Handreichung sollen die rechtlichen Grundlagen für den »Zugang zur Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger in Deutschland« skizziert werden. Dabei richtet sich die Handreichung sowohl an die Betroffenen selbst als auch an alle Menschen, die sie – im Rahmen ihrer Berufsausübung in Einrichtung und Diensten oder ehrenamtlich – dabei unterstützen. ■

¹ Der Arbeitskreis versteht sich als professionelles Netzwerk, das Fachkräfte aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst und dessen Kooperationspartner verbindet. Das DRK ist Mitglied in diesem Arbeitskreis. Näheres zum Arbeitskreis, siehe ausführlich hierzu: <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/IB/Artikel/Themen/Gesellschaft/Gesundheit/2009-09-01-bundesweiter-arbeitskreis.html>

Aufenthalt von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern

Staatsangehörige aus den EU-Mitgliedsstaaten sind innerhalb der Europäischen Union **freizügigkeitsberechtigt**. Das bedeutet, dass sie kein Visum oder ähnliches benötigen, um nach Deutschland einzureisen und sich hier aufzuhalten. Daher spielen bei EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern aufenthaltsrechtliche Fragestellungen regelmäßig keine Rolle. Dies ist bei Ausländern aus so genannten Drittstaaten, also Nicht-EU-Mitgliedsstaaten anders; sie benötigen bei längerfristigem Aufenthalt einen besonders zu gewährenden Aufenthaltstitel oder Visum.

Das frühere Dokument »Freizügigkeitsbescheinigung« gibt es nicht mehr. Mit der Änderung des Freizügigkeitsgesetz/EU vom 21.01.2013 wurde die **Freizügigkeitsbescheinigung abgeschafft**. EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern trifft nun – wie deutsche Staatsangehörige auch – die allgemeine Meldepflicht bei der örtlichen Meldebehörde (§ 11 Melderechtsrahmengesetz).

Auch in der Vergangenheit war die Freizügigkeitsbescheinigung weder Grundlage noch Voraussetzung für die Frage, ob die EU-Bürgerin oder der EU-Bürger Sozialleistungen erhält. Nach wie vor kann jedoch der Verlust des Rechts auf Freizügigkeit festgestellt werden. Wenn der Verlust der Freizügigkeit bestandskräftig festgestellt worden ist, hat dies zur Folge, dass die EU-Bürgerin bzw. der EU-Bürger verpflichtet ist, auszureisen. Diese Ausreisepflicht ist jedoch nicht mit einer Wiedereinreisesperre verbunden.

Festgestellt werden kann der Verlust der Freizügigkeit zum einen im Zusammenhang mit begangenen Straftaten und zum anderen, wenn der Vorwurf, »Sozialhilfeleistungen übermäßig zu beanspruchen« im Raum steht². Zuständig sind die Ausländerbehörden. Bestandskräftig festgestellt bedeutet, dass die Entscheidung über den Verlust der Freizügigkeit nicht mehr durch Widerspruch oder Klage aufgehoben werden kann. Solange eine



solche Entscheidung nicht ergangen ist, besteht das Aufenthaltsrecht uneingeschränkt fort, selbst wenn eine EU-Bürgerin oder ein EU-Bürger Sozialleistungen in Anspruch nimmt. Zu beachten ist auch, dass der Bezug von Sozialleistungen allein nicht automatisch zum Entzug des Aufenthaltsrechts führen darf.³ ■

2 Siehe hierzu Erwägungsgrund 16 der Unionsbürgerrichtlinie Richtlinie 2004/38/EG des Europäischen Parlaments und des Rats vom 29. April 2004.

3 Der EuGH hat entschieden, dass bei der Entscheidung über die Ausweisung von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern stets der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu beachten ist. Die Unionsbürgerrichtlinie verbietet die Ausweisung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, solange diese ernsthaft und mit Aussicht auf Erfolg eine Beschäftigung suchen. Die Ausweisung kommt damit nur im Ausnahmefall in Betracht.

Zugang zur Gesundheitsversorgung

Im Folgenden sollen die rechtlichen Grundlagen für mögliche Zugänge zur Gesundheitsversorgung für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger skizziert werden.

Auf folgende Anknüpfungspunkte für einen **Zugang zur innerstaatlichen Gesundheitsversorgung** soll hierbei vertieft eingegangen werden:

- Abhängig Beschäftigte und ihre Familienangehörigen
- Abrechnung mit der (noch) bestehenden Krankenversicherung im Herkunftsland (EHIC)
- Freiwillige Versicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- Private Krankenversicherung im Basistarif
- Sonstige private Krankenversicherung
- Keine Krankenversicherung, Sozialhilfeleistungen (Krankenhilfe)

Gesetzliche Krankenversicherung

Möglichkeit einer gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland für abhängig Beschäftigte und ihre Familienangehörigen

Wenn Staatsangehörige aus den EU-Mitgliedsstaaten legal bei einer Arbeitgeberin oder einem Arbeitgeber in Deutschland **abhängig beschäftigt** sind, sind sie **gesetzlich krankenversichert**. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach § 10 SGBV in diesem Fall auch auf die Familienangehörigen (Ehegatten, Lebenspartner, Kinder), und zwar unabhängig davon, ob diese ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik haben.

Für alle 2004 beigetretenen EU-Mitgliedsstaaten (Malta, Slowenien, Ungarn, Litauen, Slowakei, Polen, Tschechien, Estland, Lettland und Zypern) gilt die EU-Arbeitnehmerfrei-



zügigkeit seit Mai 2011 inzwischen uneingeschränkt. EU-Arbeitnehmerfreizügigkeit bedeutet, dass EU-Bürgerinnen und EU-Bürger das Recht haben, in allen Ländern der Europäischen Union unter den gleichen Voraussetzungen wie Inländer zu arbeiten. Das bedeutet insbesondere auch, dass die sonst übliche »Vorrangprüfung« nicht stattfindet; deutsche Staatsangehörige dürfen demzufolge nicht gegenüber den Staatsangehörigen anderer EU-Mitgliedsstaaten hinsichtlich der Aufnahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit bevorzugt werden.

Für Staatsangehörige aus Rumänien und Bulgarien gilt die uneingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit ab dem 01.01.2014; uneingeschränkt gilt sie derzeit bereits für Fachkräfte mit Hochschulabschluss bei entsprechend qualifizierter Beschäftigung, für die Aufnahme betrieblicher Ausbildungen und Saisonbeschäftigungen (näheres siehe §§ 12 a–e Verordnung über die Arbeitsgenehmigung für ausländische Arbeitnehmer) sowie für die Aufnahme einer selbstständigen Beschäftigung. Auch für Staatsangehörige aus Kroatien (EU-Beitritt: 01.07.2013) wird die EU-Arbeitnehmerfreizügigkeit zunächst eingeschränkt. Solange diese Menschen nicht im Genuss der uneingeschränkten EU-Arbeitnehmerfreizügigkeit sind, brauchen sie für eine abhängige Beschäftigung eine »Arbeitsgenehmigung-EU« (siehe § 284 Sozialgesetzbuch III, § 13 Freizügigkeitsgesetz/EU). Diese Genehmigung wird als befristete Arbeitserlaubnis-EU bzw. als unbefristete Arbeitsberechtigung-EU erteilt; Inhaberinnen und Inhaber dieser Arbeitsgenehmigung-EU müssen sich der Vorrangprüfung unterziehen.

Wer jedoch mit einer »Arbeitsgenehmigung-EU« legal abhängig beschäftigt arbeitet, ist – wie alle anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auch – gesetzlich krankenversichert. Zuständig für die Erteilung der Arbeitserlaubnis-EU bzw. einer Arbeitsberechtigung-EU ist die Agentur für Arbeit, in deren Bezirk die Arbeitsstätte ist.

► **Ausgestaltung der Familienversicherung**

Zu beachten ist hierbei, dass die Durchführung der **Familienversicherung** sich nach den Regelungen des Wohnorts der Familie richtet. Wenn z. B. eine polnische Frau in Berlin als Angestellte arbeitet und ihr (nicht erwerbstätiger) Mann und ihre Kinder in Krakau (Polen) leben, ist die Frau als abhängig Beschäftigte in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert. Die in Polen lebenden Familienangehörigen erhalten alle Leistungen zur Gesundheitsversorgung am Wohnort und zwar nach den in Polen geltenden Regeln. Die Kosten für diese Leistungen hat aber der zuständige Träger zu tragen. Dies ist die Krankenkasse der in Deutschland beschäftigten Frau (siehe hierzu Art. 17 VO 883/2004). Die Versicherte und ihre Familienangehörigen müssen sich bei einem Krankenversicherungsträger am Wohnort eintragen lassen. Im Gegenzug wird ihnen vom zuständigen Träger (der deutschen Krankenkasse) ein Dokument ausgestellt, das die Leistungsberechtigung im Wohnstaat (hier Polen) bescheinigt (siehe hierzu Art. 24 VO 987/2009). Darüber hinaus können die Familienangehörigen von Grenzgängern auch Leistungen im zuständigen Staat in Anspruch nehmen, wenn sie sich dort aufhalten. Informationen erteilt die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland (siehe »Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland«, Pennefeldsweg 11–15, 53177 Bonn/Tel.: (02 28) 95 30 - 0, Fax: (02 28) 95 30 - 600/ E-Mail: post@dvka.de).

EHIC

Bringen die EU-Bürgerinnen und EU-Bürger einen Krankenversicherungsschutz mit, der eine Abrechnung über die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) ermöglicht?

a. Hintergrund

Insbesondere bei einem nur vorübergehenden Aufenthalt in Deutschland ist es denkbar, dass EU-Bürgerinnen und EU-Bürger den Krankenversicherungsschutz aus ihrem Herkunftsland mitbringen. So gibt es in einigen Mitgliedsstaaten der EU ein nationales steuerfinanziertes Gesundheitssystem (z. B. in Rumänien und Bulgarien). In diesen Fällen hängt der Krankenversicherungsschutz regelmäßig davon ab, ob es noch einen Bezug zum Herkunftsland gibt, wie z. B. einen Wohnsitz. In anderen Mitgliedsstaaten der EU ist – wie z. B. in Deutschland – die Krankenversicherung durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert, ist

also an abhängige Beschäftigung, registrierte Arbeitslosigkeit bzw. den Bezug von Sozialhilfe gebunden (Informationen zu den Gesundheitssystemen der EU-Mitgliedsstaaten siehe: ► <http://www.aok-bv.de/politik/europa/index.html>).

Rentnerinnen, Rentner und Studierende »bringen« in der Regel eine Krankenversicherung aus ihrem Herkunftsland »mit«. Das heißt, dass sie weiterhin in die Krankenversicherung in ihrem Herkunftsland einzahlen. Der Krankenversicherungsschutz gilt jedoch in Deutschland nicht automatisch, sondern muss bei einer Kasse der gesetzlichen Krankenversicherung angemeldet werden.

b. Handlungsvorschlag

Können die EU-Bürgerinnen und EU-Bürger einen Krankenversicherungsschutz aus ihrem Herkunftsland mitbringen, haben sie eine EHIC (»EHIC« = European Health Insurance Card = Europäische Krankenversicherungskarte). Die EHIC ersetzt den Auslandskrankenschein. Die EHIC kann bei der Gesundheitsbehörde bzw. Krankenkasse im jeweiligen Herkunftsland beantragt werden und ist kostenfrei. In diesem Zusammenhang erforderliche Dokumente, die in einer Amtssprache der EU verfasst sind (z. B. auf Bulgarisch, Ungarisch oder Französisch) müssen nicht übersetzt werden, wenn sie bei einer deutschen Krankenkasse vorgelegt werden (Art. 76 Absatz 7 VO 883/2004).

Bei gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland wird inzwischen die EHIC auf die Rückseite der deutschen Krankenversicherungskarte aufgedruckt.

Es lässt sich **keine allgemeine Aussage** darüber machen, wie lange die **EHIC gültig** ist. Grund hierfür ist, dass die EHIC von dem bestehenden Krankenversicherungsschutz abhängig ist. Endet dieser Krankenversicherungsschutz z. B. durch die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung in einem anderen EU-Mitgliedsstaat, endet damit auch die EHIC. Die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber sind verpflichtet, den Beginn und das Ende einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zu melden (§28a SGB IV). Insofern werden die Krankenkassen unmittelbar informiert, sobald die Beschäftigung und damit der Krankenversicherungsschutz aufgrund einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung enden. Sobald dieser Krankenversicherungsschutz endet, kann demzufolge auch nicht mehr die EHIC genutzt werden. Dabei spielt es keine Rolle, dass die Krankenversicherungskarte möglicherweise für einen längeren Zeitraum ausgegeben wurde. Sie ist nämlich ohne den bestehenden tatsächlichen Krankenversicherungsschutz nur eine leere Hülle, die nicht zu Leistungen berechtigt.

Demzufolge muss die Frage der Gültigkeit, der »Haltbarkeit« der EHIC in jedem Einzelfall **geprüft** werden. Die EHIC hat also kein »Haltbarkeitsdatum«; die verbreitete Behauptung, die EHIC laufe nach drei Monaten grundsätzlich ab, stimmt nicht. Wenn das Krankenversicherungsverhältnis im Herkunftsland aufrechterhalten werden kann, wie z. B. bei Studierenden, ist auch eine längerfristige Gültigkeit denkbar.

Die EHIC eröffnet den leistungsberechtigten Personen also aufgrund ihrer Krankenversicherung aus dem Herkunftsland (z. B. Frankreich, Spanien) einen Zugang zum deutschen öffentlichen Gesundheitssystem.

Allerdings ist zu beachten, dass grundsätzlich nur »**notwendige**« medizinische Behandlungen, die während des Aufenthalts in Deutschland erforderlich sind, genehmigungsfrei erstattet werden. Als notwendig gelten alle Leistungen, die eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verhindern. Damit ist nicht lediglich eine Notfallversorgung gemeint, mit der die Reisefähigkeit wiederhergestellt wird, so dass der Patient oder die Patientin wieder in das Herkunftsland zurückkehren können. Der gesundheitliche Zustand des Patienten oder der Patientin muss vielmehr so wiederhergestellt werden, dass er seinen Aufenthalt im EU-Ausland wie geplant, also auch über die gesamte geplante Dauer fortsetzen kann.

Wenn EU-Bürgerinnen und EU-Bürger allein für eine **geplante medizinische Behandlung** nach Deutschland kommen möchten, müssen sie sich die Behandlung vorher genehmigen lassen (Formular S2, ehemals E112, siehe Artikel 25, 26 EUVO 987/2009, weitere Informationen zu Einzelfällen aus der Beratung erhält man bei der »Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland«, Pennfeldsweg 11–15, 53177 Bonn/Tel.: (0228)9530-0, Fax: (0228)9530-600/E-Mail: post@dvka.de).

Die Krankenkassen dürfen die Genehmigung jedoch nicht ablehnen, wenn die geplante Behandlung im Leistungskatalog des zuständigen Staates enthalten ist. D. h. die Krankenkasse muss auch dann leisten, wenn der oder die Versicherte die Einholung der Genehmigung versäumt hat. Etwas anderes gilt nur bei so umfangreichen Leistungen, dass ein Absehen von der vorherigen Genehmigung das finanzielle Gleichgewicht der Krankenversicherung gefährden würde. Dies hat der EuGH bisher nur für stationäre Behandlungen bejaht und für ambulante Behandlungen, bei denen kostspielige Großgeräte eingesetzt werden müssen.

Umstritten ist z. B., ob eine Entbindung eine »geplante medizinische Behandlung« und damit genehmigungsbedürftig ist. Allerdings müsste eine unmittelbar bevorstehende Ent-



bindung regelmäßig als medizinischer »Eilfall« gewertet werden; in diesen Fällen ist eine vorherige Genehmigung regelmäßig nicht erforderlich. Unfälle und akute Erkrankungen wie z. B. Armbruch, Virusinfektion etc. sind grundsätzlich unvorhergesehene, notwendige medizinische Behandlungen und folglich genehmigungsfrei.

Die Behandlung muss im Rahmen des jeweiligen öffentlichen Gesundheitssystems erfolgen. Im Gegensatz zu den deutschen Krankenkassenkarten ist die EHC jedoch nicht einlesbar. Die Ärztin bzw. der Arzt hat in der Regel das Formular »Muster 81«, das sie bzw. er auch von ihrer bzw. seiner kassenärztlichen Vereinigung anfordern kann. Die betroffenen Patientinnen und Patienten müssen eine deutsche Krankenkasse auswählen (z. B. Barmer, AOK ...) und angeben. Über die kassenärztliche Vereinigung wird dann mit dieser Krankenkasse abgerechnet. Die Krankenkasse wendet sich sodann an die Deutsche Verbindungsstelle »Krankenversicherung Ausland«. Die Verbindungsstelle »organisiert« schließlich die Abrechnung mit der zuständigen Stelle (Krankenkasse, staatliches System) im Herkunftsland. ■

Fehlender Krankenversicherungsschutz

Was ist zu tun, wenn es weder einen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz in Deutschland gibt, noch einen mitgebrachten aus dem Herkunftsland?

a. Hintergrund

Zunächst sollte eingehend geprüft werden, ob wirklich kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz in Deutschland besteht und es auch keinen »mitgebrachten« Krankenversicherungsschutz gibt. Denkbar ist beispielsweise, dass zwar die Krankenversicherung des

Herkunftslands z. B. verlangt, dass ihre Staatsangehörigen noch einen Wohnsitz in ihrem Herkunftsland haben (so z. B. in Rumänien oder Bulgarien). Auf diese »Wohnsitzvoraussetzung« kann jedoch wegen europäischen Rechts verzichtet werden (Art. 7 VO 883/2004/EG). Vorstellbar ist beispielsweise auch, dass die betroffenen Hilfesuchenden nicht krankenversichert sind, jedoch einer irregulären Beschäftigung nachgehen (»schwarz arbeiten«). Dann kann gemeinsam mit den Beraterinnen bzw. Beratern überlegt werden, ob diese Beschäftigung legalisiert und die Betroffenen dadurch auch krankenversichert werden können.

▶ **Beitragsschulden**

Ausgelöst durch z. B. den Beginn oder die Legalisierung einer Beschäftigung, kann es zu Beitragsnachforderungen der gesetzlichen Krankenkasse kommen.

Die Krankenversicherungsbeiträge sind dann rückwirkend für den gesamten Zeitraum der gesetzlich definierten Versicherungspflicht zu zahlen. Damit verbunden sind häufig hohe Geldforderungen der betreffenden Krankenkassen. Es sollte genau geprüft werden, ab welchem Zeitpunkt die oder der Betroffene tatsächlich verpflichtet ist bzw. war, Beiträge zu zahlen. Wer z. B. für einen Zeitraum familienversichert war, ist nicht verpflichtet, sich für diesen Zeitraum gesetzlich zu versichern. Schließlich ist zu beachten, dass es im Ermessen der Krankenkasse liegt, Beitragsschulden zu mindern, zu stunden oder ganz zu erlassen. Die Krankenkassen haben also einen gewissen Ermessensspielraum bei der Frage, wie sie mit den Forderungen gegenüber Beitragsschuldern umgehen.

Durch einen Stundungsantrag sollte versucht werden, weitergehende Säumniszuschläge (nach § 24 Absatz 1a SGB IV) abzuwenden.

Auch sollte geprüft werden, ob der SGB-II-Träger bzw. der SGB-XII-Träger die Beitragsschulden übernehmen kann.

Solange die Beitragsschuld nicht beglichen ist, reduziert sich allerdings für die versicherte Person der Leistungsumfang auf Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie auf die Versorgung im Bereich Schwangerschaft und Geburt. Mitversicherte Familienmitglieder sind von der Leistungseinschränkung nicht betroffen.

(siehe zum Ganzen: § 16 Absatz 3a Satz 2 SGB V)⁴

⁴ Quelle und weiterführende Hinweise: Geiger, Krankenversicherungsschutz mit Schuldenfalle – Probleme der Beitragsbelastung in der Auffangversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, info also 2008, S. 147 ff.

b. Privatversicherung

Besteht jedoch tatsächlich kein Krankenversicherungsschutz, kommen für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger eine Privatversicherung oder eine freiwillige Gesetzliche Versicherung in Betracht (§ 193 Gesetz über den Versicherungsvertrag).

Die Kosten für eine Privatversicherung sind je nach Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen sehr unterschiedlich, mit 250–600 Euro sollte gerechnet werden. Dieser Versicherungsbeitrag kann auf die Hälfte herabgesetzt werden bzw. vom zuständigen Leistungsträger (Jobcenter oder Sozialamt) bezahlt werden, wenn nachgewiesen werden kann, dass der Betroffene hilfsbedürftig im Sinne der Sozialgesetzbücher II und XII ist (§ 12 Absatz 1c Versicherungsaufsichtsgesetz, § 26 SGB II).

Die Privatversicherungen müssen einen »**Basistarif**« mit dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung anbieten. Der Privatversicherungsschutz im Basistarif ist insbesondere für Nichtversicherte und ältere Menschen, kranke Menschen und Personen mit niedrigen Einkommen gedacht. Anders als bei den »normalen« privaten Krankenversicherungsverträgen darf die Versicherung nicht aufgrund der Vorerkrankungen verweigert werden; es besteht ein so genannter Kontrahierungszwang der privaten Versicherung. Die Höhe der Versicherungsprämie darf den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Für Erwachsene ab 21 Jahren kostet der Basistarif monatlich höchstens 610,31 Euro für 2013. Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif müssen identisch mit denen der gesetzlichen Krankenkassen sein.

Ein zentraler Nachteil beim privaten Versicherungsschutz ist, dass es **keine Familienversicherung** gibt. Das bedeutet, dass jede Person einzeln versichert werden muss. Auch verlangen private Versicherer **außerhalb** des Basistarifs grundsätzlich vor der Aufnahme eine Gesundheitsprüfung. Kostengünstige private Versicherungen decken häufig nur ein geringes Leistungsspektrum ab; für die Betroffenen können dadurch erhebliche Zuzahlungen entstehen.

Auch berechnen Ärztinnen und Ärzte in der Regel erhöhte Sätze; erstattet werden im Rahmen des Basistarifs jedoch nur die Sätze der Gesetzlichen Krankenversicherung. Das bedeutet, dass es möglich ist, dass die betroffenen Menschen für medizinische Behandlungen noch weitere Zahlungen, die über den Basistarif hinausgehen, leisten müssen. Hier empfiehlt sich dringend, vor der Behandlung mit der Ärztin oder dem Arzt zu klären, nach welchen Sätzen abgerechnet wird und auf den Basistarif hinzuweisen. Viele Ärztinnen und

Ärzte sind eher bereit, das nach dem Basistarif vorgesehene Abrechnungsverfahren zu akzeptieren, wenn sie im Vorhinein darüber informiert werden.

c. Freiwillige gesetzliche Versicherung/Bürgerversicherung

Eine weitere Möglichkeit für Menschen, die nicht verpflichtet sind, sich zu versichern, ist es, sich freiwillig gesetzlich zu versichern. §9 SGBV legt die Voraussetzungen für eine freiwillige gesetzliche Versicherung im Einzelnen fest.

Diese Möglichkeit schied für die Betroffenen jedoch in der Vergangenheit regelmäßig aus, wenn sie in Deutschland bisher nicht pflichtversichert waren, also keine Vorversicherungszeiten nachweisen konnten. Wenn die Person jedoch in Deutschland wohnt, ist es nunmehr nicht mehr erforderlich, dass die Vorversicherungszeiten in Deutschland geleistet wurden. Angerechnet werden auch die Vorversicherungszeiten aus einem anderen EU-Staat, wenn die Person in Deutschland erwerbstätig ist, ihr Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze übersteigt und die Person in Deutschland wohnt (für das Jahr 2013 beträgt die allgemeine Jahresarbeitsentgeltgrenze 52 200 Euro). Eine entsprechende Anrechnung der Vorversicherungszeiten und damit eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung ist auch für Personen möglich, die hier nicht erwerbstätig sind. (Siehe Art. 5b VO 883/2004; Rundschreiben des GKV-DVKA »EU, Beitritt zur freiwilligen Krankenversicherung« vom 11.05.2010, das beim DVKA, post@dvka.de, angefordert werden kann.)

Für den Fall, dass die Vorversicherungszeiten nicht nachgewiesen werden können, kommt die Bürgerversicherung als Auffangversicherung nach §5 Abs. 1 Nr. 13 SGBV in Betracht. Selbständig Arbeitende müssen jedoch zuvor – in Deutschland bzw. ihrem Herkunftsland – gesetzlich versichert gewesen sein (§5 Abs. 1 Nr. 13b i.V.m. §5 Abs. 5 SGBV) und dies nachweisen. Fehlen ihnen die Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung, müssen sie sich im Basistarif bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichern.

§5 Abs. 11 S. 2 SGBV schließt nichterwerbstätige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger und deren Familienangehörige, von der Bürgerversicherung aus. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, wenn der Aufenthalt von der Existenz einer Krankenversicherung abhängt (§4 Freizügigkeitsgesetz/EU). Der durch §5 Abs. 11 S. 2 SGBV geschaffene Ausschlussbestand zur Bürgerversicherung ist mit Blick auf das vorrangig geltende EU-Recht (Stichwort: Diskriminierungsverbot) fragwürdig.

d. Handlungsvorschlag

Bei EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern ohne gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ist zu prüfen, ob eine freiwillige gesetzliche oder eine private Versicherung (nach dem Basisstarif) in Betracht kommt. Diese Lösung ist aber in Anbetracht der hohen Anforderungen an die Nachweise vergangener Versicherungen bzw. Kosten regelmäßig nicht realisierbar.

Die Rechtmäßigkeit ablehnender Bescheide, die sich auf §5 Abs.1 Nr.13, 11 S.2 SGBV berufen, sollte überprüft werden und es kann hiergegen – gegebenenfalls unterstützt durch Beratungs- bzw. Prozesskostenhilfe – vorgegangen werden. Unter Verweis auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit und das Diskriminierungsverbot sollte dann gegebenenfalls mit anwaltlicher Unterstützung gegen solche Bescheide vorgegangen werden.

Um **Beratungs- bzw. Prozesskostenhilfe** zu erhalten, muss die **Bedürftigkeit** des Antragstellers bzw. der Antragstellerin nachgewiesen werden. So muss u.a. nachgewiesen werden, wie der Lebensunterhalt bestritten wird. Dieser Nachweis ist gerade für bedürftige Menschen, die noch keine Sozialleistungen beziehen, oft unmöglich. Die Betroffenen haben häufig z.B. kein eigenes Konto oder einen regulären Mietvertrag. Empfehlenswert ist es, mit den Behörden zu verhandeln, wenn die geforderten Unterlagen nicht vorhanden sind: Auf die Vorlage könnte verzichtet werden, wenn die Betroffenen eine eidesstattliche Versicherung abgeben und so die Richtigkeit ihrer Angaben bezeugen. ■

Leistungen nach dem SGB II/XII (Hartz IV, Sozialhilfe)

Was ist zu tun, wenn es weder einen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz aufgrund einer abhängigen Beschäftigung in Deutschland gibt, noch einen mitgebrachten aus dem Herkunftsland und die private Krankenversicherung, auch der Basisstarif, zu teuer ist?

Wenn die EU-Bürgerin oder der EU-Bürger weder aufgrund abhängiger Beschäftigung noch durch eine »mitgebrachte« oder eine private Krankenversicherung versichert werden können, ist zu prüfen, ob der Zugang zur Gesundheitsversorgung über den Bezug von Hartz IV bzw. Sozialhilfe realisiert werden kann. Zu beachten ist, dass die EU-Verordnungen wie z.B. die EU-VO 883/2004 in allen EU-Mitgliedsstaaten unmittelbar und uneingeschränkt gelten, auch wenn – wie in Bulgarien und Rumänien – die Arbeitnehmerfreizügigkeit eingeschränkt ist. Das bedeutet, dass die folgenden Ausführungen auch für Staatsangehörige aus Rumänien, Bulgarien und Kroatien gelten. Sofern Leistungsausschlüsse nach § 7 Ab-

satz 1 Satz 2 SGB II europarechtswidrig sind, können sich daher auch die Bürgerinnen und Bürger dieser Staaten darauf berufen.

Allerdings sollte in der Beratung nach Möglichkeit versucht werden, für die Menschen konkrete Beschäftigungsperspektiven zu entwickeln und so einen unmittelbaren Bezug zum Arbeitsmarkt herzustellen. Auch kann ein länger andauernder Bezug von Sozialleistungen zum Verlust des Rechts auf Freizügigkeit führen.

Für Hartz-IV-Leistungen ist der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland eine zentrale Anspruchsvoraussetzung. Für Sozialhilfeleistungen ist bereits der tatsächliche Aufenthalt im Sinne des § 98 SGB XII ausreichend. Entscheidend ist die körperliche Anwesenheit im räumlichen Bereich eines Sozialhilfeträgers.⁵

► **Gewöhnlicher Aufenthalt**

»Gewöhnlicher Aufenthalt« bedeutet nicht, dass die betreffenden Menschen einen festen Wohnsitz haben müssen. Allerdings muss der Leistungsberechtigte durch Wohnungssuche, einen Antrag auf einen Wohnberechtigungsschein oder die Nähe zu Verwandten deutlich nach außen zu erkennen geben, dass er nicht nur vorübergehend an einem Ort verweilen möchte, siehe auch § 30 Abs. 3 S. 2 SGB I.⁶

a. Anspruch auf Hartz IV (SGB-II-Leistungen)

Möglich ist, dass EU-Bürgerinnen und EU-Bürger Anspruch auf Hartz IV haben und aufgrund des Leistungsbezugs auch Krankenversicherungsschutz erhalten.

Denkbar ist auch, dass sie aufgrund ihrer nichtversicherungspflichtigen Beschäftigung (wie z. B. Minijobs) ergänzend Hartz-IV-Leistungen beantragen und dies mit einem Krankenversicherungsschutz verbunden werden kann (siehe § 26 Abs. 1 SGB II).

Umstritten ist der Bezug von Hartz IV (SGB-II-Leistungen) derzeit insbesondere während der **ersten drei Monate des Aufenthalts und bei Aufenthalt allein zum Zweck der Arbeitssuche** (§ 7 Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 und 2 SGB II).

⁵ Siehe Wahrendorf in: Grube/Wahrendorf, SGB XII, 2012, § 98 Rn. 8.

⁶ Brandmayer in: Rolfs, Giesen, Kreikebohm, Udsching, Beck'scher Online Kommentar, Stand: 01.03.2013, Rn. 5 zu § 7 SGB II.



Zu beachten ist, dass während der ersten drei Monate des Aufenthalts arbeitssuchende EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern noch Leistungen der Arbeitslosenversicherung ihres Herkunftsstaates beanspruchen können. Der Zeitraum kann auf sechs Monate ausgedehnt werden, wenn die Arbeitssuche in einem anderen Mitgliedstaat erfolgsversprechend ist (vgl. Art.64 VO 883/2004). Sie sind daher ggf. über die Arbeitslosenversicherung ihres Herkunftsstaats krankenversichert.

Der Aufenthalt allein zum Zwecke der Arbeitssuche liegt nicht vor, wenn sich die Betroffenen auf weitere Aufenthaltsgründe berufen können, beispielsweise auf das Zusammenleben mit Familienangehörigen etc. Diese Leistungsausschlüsse werden mit Blick auf das Europarecht, insbesondere mit Blick auf das Gleichbehandlungsgebot (Artikel 4 VO 883/2004) sowie die Arbeitnehmerfreizügigkeit in Rechtsprechung und Literatur angezweifelt.

In einer EU-Richtlinie (Artikel 24 Absatz 2 RL 2004/38) steht, dass EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern während der ersten drei Monate von Sozialhilfe ausgeschlossen werden dürfen. Der Gesetzgeber beruft sich auf diese Norm als Rechtsgrundlage für den Leistungsausschluss in § 7 SGB II.

Bereits die Rechtsprechung zu der Frage, ob Hartz-IV-Leistungen als Sozialhilfeleistungen oder als Leistungen zum Zugang zum Arbeitsmarkt zu bewerten sind, ist uneinheitlich: Die Landessozialgerichte entscheiden hier sehr unterschiedlich; bisher gibt es keine Grundsatzentscheidung.

Hartz-IV-Leistungen sind beitragsunabhängige Leistungen. Daher gilt auch hier der Grundsatz der Nichtdiskriminierung, also der Gleichbehandlung mit Inländern (Artikel 70 Absatz 2c. VO 883/2004 in Verbindung mit VO 988/2009 Anhang X für Deutschland, Buch-

stabe a.). Das bedeutet, dass für EU-Staatsangehörige der Zugang zu Hartz-IV-Leistungen diskriminierungsfrei erfolgen muss. Die Rechtmäßigkeit ablehnender Bescheide sollte überprüft werden. Unter Verweis auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit, das Diskriminierungsverbot sowie die soeben genannten Vorschriften sollte dann gegebenenfalls mit anwaltlicher Unterstützung gegen solche Bescheide vorgegangen werden.

b. Bedeutung des Europäischen Fürsorgeabkommens für den Leistungsausschluss, der sich auf den Aufenthaltswitzweck »Arbeitssuche« bezieht.

Eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom Oktober 2010 (BSG, Urteil vom 19.10.2010 – B 14 AS 23/10 R) stellte fest, dass der Leistungsausschluss, der sich auf den alleinigen Aufenthaltswitzweck der Arbeitssuche bezieht, für alle Staatsangehörigen eines Vertragsstaats des Europäischen Fürsorgeabkommens nicht anwendbar ist. Das Europäische Fürsorgeabkommen ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der für die Staatsangehörigen der Europaratsstaaten gilt – sofern sie diesen ratifiziert haben. In dem Europäischen Fürsorgeabkommen verpflichten sich die Vertragsstaaten gegenüber den Staatsangehörigen der anderen Vertragsstaaten den gleichen Zugang zu Fürsorgeleistungen zu gewähren wie den eigenen.

Wesentliche Voraussetzung dafür, dass die Regelungen des Europäischen Fürsorgeabkommens auf den Einzelfall Anwendung finden, ist, dass sich die betreffende Person erlaubt in Deutschland aufhält. Dies ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn der Verlust des Rechts auf Freizügigkeit bestandskräftig festgestellt wurde. Mitglied des Europäischen Fürsorgeabkommens neben Deutschland sind Belgien, Dänemark, Estland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich und Türkei.

Allerdings hat die Bundesregierung im Dezember 2011 einen Vorbehalt zum Europäischen Fürsorgeabkommen erklärt, der besagt, dass nunmehr Hartz-IV-Leistungen nicht mehr im Rahmen des Europäischen Fürsorgeabkommens geleistet werden sollen. In Literatur und Rechtsprechung⁷ ist die Rechtmäßigkeit des Vorbehalts stark umstritten. Bei EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern ist zu beachten, dass ohnehin die europarechtlichen Grundsätze (Gleichbehandlungsgebot – Art. 4 VO 883/2004) anzuwenden sind und es auf die Anwendbarkeit des Europäischen Fürsorgeabkommens nicht ankommt.

⁷ Für viele andere: LSG Berlin-Brandenburg: Beschluss vom 10.08.2012 – L 19 AS 1751/12 B ER.

c. Kein Leistungsausschluss wegen fehlender Arbeitsgenehmigung-EU

Rumänische und bulgarische Staatsangehörige, die noch über keine Arbeitsgenehmigung-EU verfügen, sind dennoch grundsätzlich berechtigt, Hartz-IV-Leistungen zu erhalten. Bei Neu-EU-Bürgern wurde vielfach davon ausgegangen, dass sie mangels Arbeitserlaubnis nicht »erwerbsfähig« im Sinne des SGB II seien. Mit der SGB II/XII-Reform 2011 hat der Gesetzgeber jedoch klargestellt, dass auch die Erwerbsfähigkeit im Sinne des SGB II (Hartz-IV-Gesetzes) besteht, wenn eine Beschäftigung erlaubt werden könnte (§ 8 SGB II neu).⁸

Für Staatsangehörige aus Rumänien und Bulgarien gilt die uneingeschränkte Arbeitnehmerfreizügigkeit erst ab dem 01.01.2014; uneingeschränkt gilt sie lediglich für Fachkräfte mit Hochschulabschluss bei entsprechend qualifizierter Beschäftigung, für die Aufnahme betrieblicher Ausbildungen und Saisonbeschäftigungen (näheres siehe §§ 12a–e Verordnung über die Arbeitsgenehmigung für ausländische Arbeitnehmer).

d. Handlungsempfehlung:

Prüfen anderer Sozialleistungen z. B. Kinder- oder Elterngeld, Sozialhilfe

Wenn Sozialleistungen nach dem SGB II (Hartz IV) z. B. wegen der genannten Leistungsausschlüsse abgelehnt werden, sollte gegebenenfalls Widerspruch eingelegt und Klage – unterstützt durch Beratungs- bzw. Prozesskostenhilfe – erhoben werden. Auch sollten Ansprüche auf andere Sozialleistungen wie Kinder- und Wohngeld geprüft werden. Schließlich sollten auch Ansprüche auf Sozialhilfeleistungen ergänzend geprüft werden.

e. Kein Krankenversicherungsschutz und längerfristig kein Bezug zum Arbeitsmarkt

Für EU-Bürgerinnen und EU-Bürger, die nicht im Herkunftsland versichert sind und sich dauerhaft in Deutschland ohne Bezug zum Arbeitsmarkt aufhalten, gibt es widersprüchliche Regelungen. So sind sie von der Pflichtversicherung ausgeschlossen, wenn sie dafür, dass sie in Deutschland wohnen dürfen, die Existenz eines Krankenversicherungsschutzes nachweisen müssten (§ 5 Absatz 11 S. 2 SGB V, § 4 Freizügigkeitsgesetz/EU).

Umstritten ist schließlich auch, ob die Vorschrift § 4 Freizügigkeitsgesetzgesetz/EU (Krankenversicherungsschutz bei fehlender Erwerbstätigkeit) im Einklang mit Europarecht ist. Die Rechtmäßigkeit von ablehnenden Bescheiden in diesem Kontext sollte überprüft werden. Unter Verweis auf den europarechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz sollte dann gegebenenfalls mit anwaltlicher Unterstützung gegen solche Bescheide vorgegangen werden. ■

⁸ Dies hat das Bundessozialgericht mit Urteil vom 30.1.2013 bestätigt (Aktenzeichen B4 AS 54/12 R).

Nicht erwerbsfähige EU-Bürgerinnen und EU-Bürger

Nach §23 Absatz3 SGBXII erhalten nicht erwerbsfähige Ausländerinnen und Ausländer – einschließlich der EU-Bürgerinnen und EU-Bürger – grundsätzlich keine Hilfen bei Krankheit, wenn ihr prägendes Motiv, nach Deutschland zu kommen, war, Arbeit zu suchen oder Sozialhilfe zu erlangen. Tritt dieser Fall ein, bleiben sie jedoch nicht ohne jede Versorgung. Allerdings soll in diesen Fällen Krankenhilfe nur gewährt werden, um einen »akut lebensbedrohlichen Zustand« zu beheben oder »eine unaufschiebbare und unabweisbar gebotene Behandlung einer schweren oder ansteckenden Erkrankung« und im Anschluss daran die Rückkehr ins Herkunftsland zu ermöglichen.

Wird der Hilfebedürftigen bzw. dem Hilfebedürftigen vorgeworfen, er sei nur nach Deutschland eingereist, um Sozialhilfe zu beziehen, ist zu überlegen, ob dies tatsächlich das prägende Motiv der Einreise war.

Es ist zu empfehlen, ablehnende Bescheide zu prüfen und hiergegen dann gegebenenfalls mit Widerspruch und Klage bzw. gegebenenfalls im Wege des Eilrechtsschutzes – unterstützt durch Beratungs- bzw. Prozesskostenhilfe – vorzugehen. ■

Notfallversorgung

Behandelnde Krankenhäuser, die medizinische Notfallversorgung an bedürftige Menschen leisten, haben einen Anspruch auf Kostenerstattung (§25 SGBXII).

Auch gegen ablehnende Bescheide von Sozialämtern auf Kostenerstattung empfiehlt es sich, gegebenenfalls mit Widerspruch und Klage vorzugehen. Problematisch ist hier in der Praxis jedoch oft, die Bedürftigkeit der behandelten Menschen nachzuweisen. Dabei liegt die Beweislast dafür, dass die Patientin oder der Patient bedürftig ist, beim behandelnden Krankenhaus. Das behandelnde Krankenhaus muss ferner nachweisen, dass ein Eilfall vorgelegen hat. Ein Eilfall ist gegeben, wenn und solange es für den Krankenhausträger nicht möglich oder zumutbar ist, das Sozialamt über den Eilfall zu unterrichten.⁹ Wichtig für den Nachweis der Anspruchsvoraussetzung »Eilfall« ist, dass das örtlich zuständige Sozialamt rechtzeitig benachrichtigt worden ist. Schätzt das Krankenhaus z.B. die wirtschaftliche

⁹ Ausführlich hierzu: Siehe Wahrendorf in: Grube/Wahrendorf, SGBXII, 2012, §25 Rn.9ff.



Situation einer Patientin oder eines Patienten zunächst falsch ein und benachrichtigt daher erst einige Werktage nach dem medizinischen Eingriff das Sozialamt, wird der Nachweis »Eilfall« regelmäßig nicht gelingen. Insgesamt führen diese Anforderungen an die Nachweise für »Bedürftigkeit« und »Eilfall« häufig dazu, dass die behandelnden Krankenhäuser für die entstandenen Kosten selbst aufkommen müssen und keine Erstattung der Kosten durch das Sozialamt erhalten. ■

Touristen aus dem EU-Ausland

Anerkannt ist der Anspruch auf Krankenhilfe von bedürftigen Touristen aus anderen EU-Mitgliedsstaaten, wenn sie während ihres Aufenthaltes in Deutschland krank werden (§23 Absatz 1 SGB XII). Der Leistungsumfang orientiert sich an dem Leistungskatalog für den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz. Grundsätzlich und vorrangig kommen jedoch die Leistungen der Krankenversicherung des Herkunftsstaates in Betracht, wie in Art.20 VO 883/2004 vorgesehen (siehe oben).

Für den Einzelnen bedeuten die soeben genannten Unklarheiten Rechtsunsicherheit. Es ist zu empfehlen, ablehnende Bescheide auf Hartz-IV- bzw. Sozialhilfeleistungen genau zu prüfen und gegebenenfalls gegen die behördlichen Bescheide – unterstützt durch Beratungs- und Prozesskostenhilfe – vorzugehen (Widerspruch, Klage, Eilrechtsschutz). ■

Quellen und weiterführende Hinweise

- Ausführliche Hinweise mit weiteren Quellenangaben, siehe Frings, Sozialleistungen für EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern nach VO 883/2004, Stand: März 2012, zu finden unter, siehe
 - ▶ http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Frings_Sozialleistungen_883-2004.pdf
- Hinweise der Berliner Verwaltung, Materialien sowie rechtliche Hinweise zum Herunterladen zum Thema »Roma in Berlin«, Stand: Mai 2012, siehe
 - ▶ http://www.berlin.de/ba-mitte/org/praeventionsrat/ag_roma.html
- Ratgeber in ausländerrechtlichen Fragestellungen
 - ▶ <http://www.berlin.de/lb/intmig/publikationen/recht/index.html>
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Leistungen nach dem SGB II und Zugang zum Arbeitsmarkt für EU-Bürger und ihre Familienangehörigen Stand 2010, siehe
 - ▶ http://www.der-paritaetische.de/uploads/tx_pdforder/Broschuere_A5_projektQ_EU-Buerger_web.pdf
- Caritas, Europäische Union: Freizügigkeit der EU-Bürger und Zugang zu Transferleistungen, Stand: Februar 2013, siehe
 - ▶ <http://www.caritas.de/glossare/freizuegigkeitfuereu-buerger>
- Müller/Steffen, Voraussetzungen des Freizügigkeitsrechts und Zugang zu Sozialleistungen für EU-Bürgerinnen, Stand: 09.03.2010, siehe
 - ▶ <http://www.koelner-fluechtlingsrat.de/download/FreizuegigkeitsrechtSozialleist.pdf>

- Evangelischer Oberkirchenrat Karlsruhe/Fachbereich Migration
Diakonisches Werk Baden/Stabsstelle Migration
Infoblatt zum Zuwanderungsgesetz – Zugang zur Arbeit und zu Sozialleistungen,
Stand: 06.08.2012, siehe
- ▶ <http://www.ekiba.de/download/Infoblatt-Zugang-zur-Arbeit-080812.pdf>

Diese Dienste unterstützen Bürger und Unternehmen in Europa dabei, sich über ihre Rechte im Binnenmarkt zu informieren und diese Rechte wahrzunehmen.

- Your Europe Advice – Ihr Europa Beratung (Spracheinstellung oben rechts auf der Seite)
- ▶ http://ec.europa.eu/citizensrights/front_end/index_de.htm

- Solvit
- ▶ http://ec.europa.eu/solvit/site/about/index_de.htm

- Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland
www.dvka.de

- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)
- ▶ <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de/unser-beratungsangebot.html>

Danksagung:

Ganz herzlich bedanken wir uns bei allen, die uns mit ihrer konstruktiven Kritik bei der Korrektur dieser Arbeitshilfe unterstützt haben:

Stephanie Dufner (VPMK Rechtsanwälte), **Christian Grube** (BERNZEN SONNTAG Rechtsanwälte Steuerberater), **PD Dr. Constanze Janda** (Friedrich-Schiller-Universität Jena)

Impressum

Herausgeber

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Generalsekretariat

Bereich 4/Team 44

Teamleiter Migration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion

Carstennstraße 58

12205 Berlin

Telefon: (030) 854 04 - 0

Telefax: (030) 854 04 - 50

E-Mail: drk@drk.de

Autorin

Melanie Kößler

Gestaltung/Fotos

Dirk Braunheim | Grafikdesign

Druckkoordination

Werbeagentur ikonum, Dresden

www.DRK.de

Herausgeber

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

Generalsekretariat

Bereich 4/Team 44

Teamleiter Migration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion

Carstennstraße 58

12205 Berlin

Telefon: (030) 854 04 - 0

Telefax: (030) 854 04 - 50

E-Mail: drk@drk.de

© Deutsches Rotes Kreuz e.V., Berlin, Juli 2013