

Die letzte Leistung, die vom Gesetz als soziale Grundleistung eingestuft wird, ist die Tageseinrichtung für ältere Personen (*nappali ellátás*). Diese Tageseinrichtungen bieten Freizeitprogramme, nach Bedarf und Möglichkeit warmes Essen und verschiedene Beratungsdienste an. Sie geben zudem die Möglichkeit, offizielle Angelegenheiten zu erledigen. Innerhalb der Einrichtungen wird auch die Gründung von Selbsthilfe- und anderweitigen Tätigkeitsgruppen unterstützt.<sup>663</sup>

Die sozialen Fachleistungen umfassen die institutionellen Leistungen in den Pflegeheimen (*ápolást gondozást nyújtó intézmények*) und in den Übergangseinrichtungen für ältere Personen (*átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények*). Das Pflegeheim bietet eine umfassende Pflege für ältere Personen an, deren Zustand eine ständige stationäre ärztliche Behandlung nicht nötig macht.<sup>664</sup> In den Übergangseinrichtungen werden dagegen Personen gepflegt, die wegen Krankheit oder aus anderen Gründen übergangsweise nicht selbstständig für sich sorgen können. Die Pflege ist wie im Pflegeheim umfassend, wird aber nur maximal für ein Jahr gewährt.<sup>665</sup>

### 3. 2. Krankheit und Schwangerschaft

Die Krankheits- und Schwangerschaftsleistungen weisen eine große Vielfalt auf; beide Leistungsarten unterscheiden sich auch anhand ihrer jeweiligen Funktionen. Die Dienstleistungen im Falle einer Krankheit versorgen den Berechtigten entweder direkt mit medizinischer Versorgung, oder es wird indirekt der Zugang zu den Gesundheitsleistungen ermöglicht.<sup>666</sup> Die Geldleistungen ersetzen dagegen das wegen der Erkrankung ausfallende Gehalt der Person.

Die Schwangerschaftsleistungen sind ein Teil der Mutterschaftsleistungen und knüpfen an das Gesundheitssystem an. Obwohl Schwangerschaft keine Krankheit ist, wird die Geburt auch durch medizinische Dienstleistungen begleitet. Die Leistungen, die im Zusammenhang mit der Geburt angeboten werden und an die Behandlung und Versorgung des Fötus bzw. des Neugeborenen und der Mutter anknüpfen, werden hier zusammen mit den Gesundheitsversicherungsleistungen behandelt. Die Mutterschaftsleistungen umfassen jedoch auch staatliche Leistungen, die das durch die Kinderbetreuung ausgefallene Gehalt der Mutter ersetzen. Diese letzteren Leistungen gehören demnach nicht mehr zu den Gesundheitsleistungen, da die medizinische Anknüpfung in diesen Fällen fehlt. Sie werden weitgehend zu den sog. Familienleistungen gerechnet, die im Rahmen dieser Untersuchung unter der Lebenslage Kindererziehung behandelt werden.

663 1993:III.tv. 65/F.§, MK.1993/8 (I.27.); vgl. *Talyigás/Hegyesi/Fekete*, Időskorúak szociális ellátórendszer Budapest XIII.kerületében, Esély 1997/4, S.72-73.

664 1993:III.tv. 68. §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 63. §, MK.2000/2 (I.7.).

665 1993:III.tv. 80-82. §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 85-87. §, MK.2000/2 (I.7.). Vgl. *Marsi*, in: *Bódi*, Helyi szociális ellátórendszer vidéken, 2001, S.44-45; *Hajdú*, in: *Czucz*, Szociális jog II., 2005, S.490-491.

666 Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 10-34. § (2) a),b) MK.1997/68 (VII.25.); 1993:III.tv. 54. §, MK.1993/8 (I.27.).

Die Einteilung in diese zwei Kategorien (Mutterschaftsleistungen mit Schwerpunkt Medizin bzw. Kinderversorgung und Kindererziehung) ist grundsätzlich unproblematisch. Nur die Schwangerschafts-Wochenbetthilfe könnte beiden Gruppen zugeteilt werden, da diese auf Antrag auch vor und während der Geburt gewährt werden kann, zu einem Zeitpunkt also, wo man von einer Versorgung des Kindes noch nicht reden kann. Diese Leistung bildet also eine Art Brücke zwischen den Gesundheitsleistungen und den Familienleistungen. Da die Periode nach der Geburt jedoch den größeren Teil der Leistungsdauer darstellt, wird die Schwangerschafts-Wochenbetthilfe bei den Kindererziehungsleistungen erörtert.<sup>667</sup>

### 3.2.1. Vorsorgeleistungen

Innerhalb der staatlichen Vorsorgeleistungen sind die medizinischen Dienstleistungen (*egészségügyi szolgáltatások*), die auch die medizinischen Unfallleistungen umfassen, und die Geldleistungen (*pénzbeli ellátások*), namentlich das Krankengeld und das Unfallkrankengeld, zu unterscheiden.<sup>668</sup> Die staatlichen Vorsorgeleistungen werden von den Leistungen der freiwilligen privaten Gesundheitskassen ergänzt.

#### 3.2.1.1. Medizinische Dienstleistungen der Gesundheitsversicherung

Das Gesetz teilt die Leistungen der Gesundheitsversorgung anhand der Art der Finanzierung in drei Hauptgruppen ein. Die erste Hauptgruppe umfasst die zuzahlungsfreien<sup>669</sup> Leistungen (Leistungen der Prävention, Heilbehandlungen und sonstige Leistungen – Geburtshilfeversorgung, medizinische Rehabilitation, Krankentransport, Rettung). Die zweite Hauptgruppe bilden Dienstleistungen, die gegen Entgelt, aber gefördert durch eine Unterstützung in genommen werden können (Medikamente, medizinische Hilfsmittel). Die dritte Hauptgruppe beinhaltet die zuzahlungspflichtigen Dienstleistungen (z.B. Gebissregulierung, Zahnschraube). Außer diesen Gruppen gibt es noch zwei spezielle Gebiete, die in den Bereich der Gesundheitsversicherung fallen: Leistungen, die aufgrund einer Ermessensentscheidung der Landesgesundheitskasse gewährt werden und die Unterstützung von Behandlungen im Ausland.<sup>670</sup>

##### 3.2.1.1.1. Zuzahlungsfreie medizinische Dienstleistungen

Die Leistungen der Prävention (*megalőzés*) sind Reihenuntersuchungen, die anhand Altersgruppen und Geschlecht bestimmt werden. Diese Untersuchungen haben eine jeweils verschiedene Natur, wie die Untersuchung der körperlichen, mentalen, emotiona-

667 Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 40. §, MK.1997/68 (VII.25.).

668 Siehe vorher bei Punkt 2.1.2.3.

669 2006 wurde eine zusätzliche Gebühr für die ärztliche Visite und eine Tagesgebühr für Krankenhausaufenthalte eingeführt. Vgl. 2006:CXV.tv. 3. §, MK.2006/156 (XII.18.). Nach dem Referendum im März 2008 wurden diese Gebühren jedoch abgeschafft. Vgl. Erster Hauptteil: 1.2.4.

670 1997:LXXXIII.tv. 10-27. §, MK.1997/68 (VII.25.); vgl. Molnárné Balogh, Társadalombiztosítási jog, 2004, S.190-191; Pogány, in: Czucz, Szociális jog II., 2005, S.31.

len Entwicklung des Kindes und die Vorbeugung von umgebungs- oder genetisch bedingten Krankheiten.<sup>671</sup> Der Gesetzgeber fördert die Teilnahme an diesen Untersuchungen mit der Einordnung in die Gruppe der nicht zuzahlungspflichtigen Leistungen.

Im Bereich der Heilbehandlungen (*gyógykezelés*) wurde in Ungarn im Jahr 1992 das sog. Hausarztmodell eingeführt, das der Grundleistung der Gesundheitsversicherung entspricht.<sup>672</sup> Der Hausarzt und der Hauskinderarzt (beide als Hausarzt, *házi orvos*, bezeichnet) berät den Patienten bezüglich einer gesunden Lebensweise, verfolgt dessen gesundheitlichen Zustand und untersucht und behandelt ihn im Falle einer Krankheit in seiner Praxis oder – in begründeten Fällen – beim Patienten zuhause. Wenn der Gesundheitszustand des Patienten es erfordert, überweist der Hausarzt ihn zu einem Facharzt oder weist ihn in ein Krankenhaus ein.<sup>673</sup> Der Versicherte hat das Recht, seinen Hausarzt frei auszuwählen.<sup>674</sup> Wenn er seinen Hausarzt nicht aufsuchen kann, tritt die territoriale Versorgungspflicht des Arztes ein. Der Patient wird also von dem Arzt behandelt, der in dem Bezirk, in dem der Patient (permanent oder übergangsweise) wohnt, die territoriale Versorgungspflicht zu erfüllen hat.<sup>675</sup>

Die zahnärztliche Behandlung (*fogászati ellátás*) wird nicht vollständig von der Gesundheitsversicherung abgedeckt. Die Grund- und Fachleistungen werden in vollem Umfang nur in bestimmten Fällen, nämlich bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten, während der Ausbildung und des Studiums, während der Schwangerschaft und 90 Tage nach der Geburt und nach Vollendung des 60. Lebensjahres, zuzahlungsfrei gewährt.<sup>676</sup> Jenseits dieser Fälle werden die vom Geltungsbereich erfassten Personen<sup>677</sup>, außer denjenigen, die freiwillig versichert sind, im Bereich der Grundleistungen, der Notfallversorgung und der Zahncirurgie zuzahlungsfrei versorgt. Darüber hinaus werden dieser Personengruppe die Behandlungen der Zahnsteinentfernung und der Zahnfleischerkrankungen gewährt.<sup>678</sup> Den freiwillig Versicherten steht nur die Notfallversorgung zuzahlungsfrei zu.<sup>679</sup>

Die ambulante Behandlung (*járóbeteg-szakellátás*) umfasst fachärztliche Dienstleistungen, die von ambulanten Behandlungszentren, Krankenhäusern und zugelassenen

671 1997:LXXXIII.tv. 10. §, MK.1997/68 (VII.25.).

672 1992:IX.tv. 5. §, MK.1992/25 (III.9.); Vgl. Besze, A háziorvosi ellátás finanszírozása az egészségügyi finanszírozás rendszerében, Polvax 1998/1, S.55-91; Balogh/Szűcs, Alkalmazott társadalombiztosítás-tan, 1998, S.153-155; Nádas, in: Bíró/Nádas/Rab/Prugberger, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.97-98.

673 1997:LXXXIII.tv. 11. § (1), MK.1997/68 (VII.25.).

674 Vgl. 1997:CLIV.tv. 8. §, MK.1997/119 (XII.23.); 1997:LXXXIII.tv. 11. § (2) a), MK.1997/68 (VII.25.), vgl. Nádas, in: Bíró/Nádas/Rab/Prugberger, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.97.

675 1997:LXXXIII.tv. 11. § (2) a,b) MK.1997/68 (VII.25.); Vgl. Balogh/Szűcs, Alkalmazott társadalombiztosítás-tan, 1998, S.153-155; Pogány, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.34-35.

676 Obwohl die zahnärztlichen Dienstleistungen für den genannten Personenkreis zuzahlungsfrei gewährt werden, beinhalten sie jedoch die zahntechnischen Kosten nicht. Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 12. § MK.1997/68 (VII.25.).

677 Siehe Punkt 2.1.1.3.

678 1997:LXXXIII.tv. 12. § MK.1997/68 (VII.25.).

679 1997:LXXXIII.tv. 12. § (2) MK.1997/68 (VII.25.), vgl. Nádas, in: Bíró/Nádas/Rab/Prugberger, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.98-99; Pogány, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.35-36.

Facharztpraxen angeboten werden und die Untersuchung, die Heilbehandlung, die Versorgung mit Medikamenten und Verbandzeug während der Heilbehandlung und die eventuelle Beurteilung der Erwerbsfähigkeit beinhalten. Im Rahmen der ambulanten fachärztlichen Behandlung werden auch Gutachten hinsichtlich des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen von Sozialversicherungs- bzw. Sozialhilfeleistungen erstellt.<sup>680</sup>

Die stationäre Behandlung (*fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás*) erfolgt durch die Einweisung des Hausarztes oder des Facharztes in eine Klinik oder ein Krankenhaus. Im Rahmen der stationären Behandlung hat der Patient einen Anspruch auf eine Untersuchung, die der Bestimmung seiner Krankheit dient, auf Heilbehandlung, darin inbegriffen auch operative Eingriffe und prothetische Mittel, auf Medikamente und Verbandsmaterial während der stationären Behandlung, auf vorübergehende medizinische Hilfsmittel und Anlernen der Benutzung dieser Hilfsmittel, auf Pflege, Fachpflege, Versorgung und Ernährungs- bzw. Lebensführungsberatung. Darüber hinaus werden auch stationäre Untersuchungen durchgeführt, die für die Anfertigung von Gutachten hinsichtlich des Bestehens der Anspruchsvoraussetzungen von Sozialversicherungs- oder Sozialhilfeleistungen bzw. anderen Vergünstigungen erforderlich sind.<sup>681</sup>

Zur dritten Gruppe der zuzahlungsfreien Leistungen gehören die sonstigen im Gesetz bestimmten Leistungen, wie die Entbindungsleistungen, die medizinische Rehabilitation und schließlich der Krankentransport und die Rettung. Entbindungsleistungen (*szülészetitellátás*) sind Leistungen, die die Behandlung des Fötuses, die Entbindung und die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft beinhalten.<sup>682</sup> Im Bereich der medizinischen Rehabilitation (*orvosi rehabilitáció*) hat der Patient einen Anspruch auf Untersuchung, Heilbehandlung, auf Heilmittel und auf Beschäftigungstherapie. Die Rehabilitation kann auch stationär erfolgen. In diesem Fall gelten die Vorschriften der stationären Behandlung (siehe oben). Für Suchtkranke gelten spezielle, hier nicht weiter ausgeführte Regeln. Zudem hat der Versicherte im Falle einer bevorstehenden medizinischen Untersuchung oder Heilbehandlung einen Anspruch auf Krankentransport (*betegszállítás*) in die Einrichtungen des Gesundheitswesens bzw. von dorthin zu seinem regelmäßigen Aufenthaltsort, wenn der Transport des Versicherten anders nicht durchgeführt werden kann und der Krankentransport von einem dazu berechtigten Arzt angeordnet wurde. Der Krankentransport kann auch im Fall einer Kurbehandlung gewährt werden. Auf medizinische Rettung (*mentés*) hat der Versicherte v.a. im Fall einer Lebensgefahr, bei Verdacht einer Lebensgefahr, bei akuter Erkrankung oder einer Gesundheitsschädigung einen Anspruch, wenn das Ausbleiben der ärztlichen Behandlung zur Lebensgefahr oder zu bleibenden Gesundheitsschäden führen kann. Die Rettung kann ebenso bei der Versorgung einer schwangeren Frau und des Neugeborenen ermöglicht werden.<sup>683</sup>

680 1997:LXXXIII.tv. 13.§ MK.1997/68 (VII.25.).

681 1997:LXXXIII.tv. 14.§ MK.1997/68 (VII.25.).

682 1997:LXXXIII.tv. 15.§ MK.1997/68 (VII.25.); vgl. Nádas, in: Biró/Nádas/Rab/Prugberger, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.100. Zur Qualität der stationären Behandlung vgl. Lóránth, Milyen volt a kórházi ellátás 2006-ban? Minőségi mutatók, Kórház 2007/6, S.44-45.

683 1997:LXXXIII.tv. 17.§ MK.1997/68 (VII.25.); 322/2006. (XII.23) Korm.rend. 2.§, MK.2006/161. (XII.23).

### 3.2.1.1.2. Medizinische Sachleistungen mit zum Preis gegebener Unterstützung

Die zweite Hauptgruppe der medizinischen Dienstleistungen umfasst diejenigen Sachleistungen, die gegen Entgelt, aber gefördert durch eine Unterstützung (*árhoz nyújtott támogatással igénybe vehetőszolgáltatások*) in Anspruch genommen werden können. Dies bedeutet, dass der Preis von bestimmten Sachleistungen nur bis zu einem bestimmten Teil von der Sozialversicherung gedeckt wird und der Versicherte den restlichen Anteil zu tragen hat. Dies ist z.B. der Fall bei Medikamenten, welche während der ambulanten Versorgung bzw. bei endgültigen medizinischen Hilfsmitteln<sup>684</sup>, welche während der stationären Behandlung verschrieben worden sind.<sup>685</sup>

### 3.2.1.1.3. Zuzahlungspflichtige medizinische Dienstleistungen

Die dritte Hauptgruppe der Leistungen der Gesundheitsversorgung beinhaltet Dienstleistungen, die zuzahlungspflichtig sind (*részleges térités mellett igénybevehető szolgáltatások*). Diese Leistungen haben eine ähnliche Natur wie die Leistungen in der vorherigen Gruppe. Der Unterschied liegt darin, dass es sich hier um Dienstleistungen handelt. Dazu gehören unter anderem die Gebissregulierung vor dem 18. Lebensjahr, die von der Überweisung abweichende stationäre Behandlung und andere Extra-Leistungen (z.B. spezielle Wünsche bei Speisen, spezielle Komfortleistungen). Mit diesen Leistungen verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, ein höheres Leistungsniveau anzubieten. Er will dabei aber vermeiden, dass Luxusleistungen oder Leistungen, welche in den meisten Fällen der Bequemlichkeit dienen, die Gesundheitskasse belasten.<sup>686</sup>

### 3.2.1.1.4. Ermessensleistungen und Behandlung im Ausland

Die letzten zwei Spezialgebiete, die Ermessensleistungen und die Behandlung im Ausland werden hier nur kurz behandelt. Das Gesetz hält der Landesgesundheitsversicherungskasse mehrere Möglichkeiten offen, in Einzelfällen den Versicherten begünstigende, von der gesetzlichen Regelung abweichende Ermessensentscheidungen zu treffen. Bei diesen Ermessensleistungen (*méltányosságból igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások*) kann die Gesundheitsversicherung die Kostenbeteiligung des Versicherten übernehmen oder eine Unterstützung zu den Sachleistungen, die die gesetzlich bestimmte Höhe überschreiten, geben. Es kann auch der Bereich der unterstützten Medikamente und der medizinischen Hilfsmittel erweitert werden. Die Rahmen für die Er-

684 Bei den medizinischen Hilfsmitteln besteht die Möglichkeit der Miete. Der Mietpreis wird teilweise von der Versicherung gedeckt. 1997:LXXXIII.tv. 26.§ (3) d), MK.1997/68 (VII.25.). Vgl. Pogány, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.56.

685 1997:LXXXIII.tv. 21.§ MK.1997/68 (VII.25.). Vgl. Pogány, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.47-59.

686 Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 23-25.§ MK.1997/68 (VII.25.); Nádas, in: Bíró/Nádas/Rab/Prugberger, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.103-104; Pogány, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.62-63.

messensausübung werden im Haushalt des Gesundheitsversicherungsfonds festgelegt.<sup>687</sup>

Die Unterstützung von Behandlungen im Ausland (*külfölön történő gyógykezelés*) verkörpert einerseits nach ihrer Struktur eigentlich eine Kostenerstattung der Gesundheitsversicherung, die aufgrund einer im Ausland<sup>688</sup> durchgeföhrten medizinischen Behandlung für den Versicherten und unter bestimmten Umständen für dessen Ehepartner und seine Kinder in medizinischen Notfällen geleistet wird. Die Kosten werden allerdings nicht vollständig erstattet.<sup>689</sup> Anderseits gehören zu dieser Kategorie auch von der Gesundheitsversicherung unterstützte Behandlungen, die nur aus dem Grund im Ausland durchgeführt werden, weil sie in Ungarn nicht möglich sind.<sup>690</sup>

### 3.2.1.2. Medizinische Unfallleistungen

Vor der Beschreibung der medizinischen Unfallleistungen bedarf es zunächst einer Erläuterung der Begriffe des Unfalls und des Berufsunfalls.

#### 3.2.1.2.1. Begriff des Unfalls

Medizinische Unfallleistungen unterscheiden sich von den „normalen“ medizinischen Dienstleistungen darin, dass bei dieser Leistungsform ein kausaler Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall oder einer Berufskrankheit und der gewährten Leistung besteht. Das Gesetz bestimmt die Begriffe Betriebsunfall und Berufskrankheit für alle Unfallleistungen einheitlich.<sup>691</sup>

Allgemein kann ein Unfall als eine einmalige äußerliche Einwirkung (mechanischer, thermischer, physischer Natur usw.) auf den menschlichen Organismus verstanden werden, die unabhängig vom Willen der Person plötzlich oder innerhalb einer kurzen Zeit erfolgt<sup>692</sup> und eine Verletzung, Vergiftung, andere Gesundheitsschädigung oder den Tod verursacht. Der Unfall muss unerwartet und unabwendbar auftreten.<sup>693</sup> Nicht alle Unfälle werden vom Unfallversicherungssystem anerkannt. Ein Unfall begründet nur dann einen Anspruch auf Unfallleistungen, wenn er als Betriebsunfall qualifiziert wird.

---

687 Vgl. dazu auch 1997:LXXXIII.tv. 26. § MK.1997/68 (VII.25.).

688 Als Ausland gelten die Staaten des EWR (Europäischer Wirtschaftsraum) und die Staaten, die gemäß einem Vertrag mit den Staaten der EU oder des EWR die gleiche Rechtsstellung genießen.

689 Vgl. dazu auch 1997:LXXXIII.tv. 27. § MK.1997/68 (VII.25.), vgl. Balogh/Szűcs, Alkalmazott társadalombiztosítás-tan, 1998, S.156; Pogány, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.68.

690 1997:LXXXIII.tv. 28. § MK.1997/68 (VII.25.).

691 Diese Regelungen finden also auch bei den anderen Unfallleistungen Anwendung, wie Unfallkrankengeld, Unfallinvalidenrente, Unfallinvalidengeld, Unfallwaisen-, Witwen- und Elternrente. Vgl. Erster Hauptteil:3.2.1.4.; 3.3.1.2.; 3.3.1.3. und 3.5.1.4.

692 Dies kann sich von ein paar Sekunden bis zur Dauer einer Schicht oder eines Arbeitstages hinziehen. Vgl. Jakab/Molnárné Balogh, Baleseti biztosítás, 2004, S.65.

693 1993:XCIII.tv. 87. § 1/A., MK.1993/160 (XI.3.); vgl. Balogh/Szűcs, Alkalmazott társadalombiztosítás-tan, 1998, S.163-167; Jakab/Molnárné Balogh, Baleseti biztosítás, 2004, S.63-66; Czúcz, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.132-133.

Als Betriebsunfall gelten Unfälle, die während der Arbeit oder im Zusammenhang damit bzw. auf dem Weg von der Wohnung (Unterkunft) des Versicherten in die Arbeit oder von der Arbeit in die Wohnung (Unterkunft) eintreten (Wegeunfall).<sup>694</sup> Des Weiteren umfasst der Begriff des Betriebsunfalls auch die Unfälle, welche bei der Verrichtung gemeinnütziger Arbeit oder während der Inanspruchnahme bestimmter Sozialversicherungsleistungen geschehen.<sup>695</sup> Dagegen liegt kein Betriebsunfall vor, wenn der Unfall ausschließlich infolge der Trunkenheit des Versicherten oder während unerlaubter Arbeit bzw. Fahrzeugbenutzung eintritt. In der Kategorie des Wegeunfalls zählt ein Unfall nicht als Betriebsunfall, wenn der Versicherte ohne ausreichenden Grund nicht den kürzeren Weg nimmt oder unbegründet den Weg unterbricht. Derjenige, der den Betriebsunfall mit Absicht verursacht oder den Unfall absichtlich spät meldet, hat keinen Anspruch auf Unfallleistungen.<sup>696</sup>

Eine Berufskrankheit liegt vor, wenn die Krankheit durch die besondere Gefährlichkeit der Arbeit entstanden ist. Dies ist also, im Gegensatz zum Unfall, ein für einen längeren Zeitraum fort dauernder Zustand.<sup>697</sup>

Als sog. Quasi-Berufs unfälle<sup>698</sup> gelten die Fälle, in denen der Auszubildende während der praktischen Ausbildung, die geistes- bzw. suchtkranke Person während der soziotherapeutischen Beschäftigung, der Inhaftierte während der Beschäftigung in Haft oder eine andere Person während der zu öffentlichen Zwecken verrichteten bzw. der gemeinnützigen Arbeit einen Unfall erleidet.<sup>699</sup>

### 3.2.1.2.2. Medizinische Unfallleistungen

Die medizinischen Unfallleistungen decken einen Teil des Bereichs ab, in dem die Gesundheitsversicherung keine zuzahlungsfreien Leistungen anbietet. Dementsprechend hat der Versicherte im Fall eines Berufs unfalls einen Anspruch auf eine Preisunterstützung für Medikamente und medizinische Hilfsmittel i.H.v. 100% des Preises, vorausgesetzt, dass auch die Gesundheitsversicherung auf die Medikamente und medizinischen Hilfsmittel eine – wenn auch minimale – Unterstützung gewährt. Das heißt also, dass jene Kosten für Medikamente und medizinische Hilfsmittel, die von der Sozialversicherung nicht unterstützt werden, auch im Fall eines Berufs unfalls nicht erstattet werden.<sup>700</sup>

---

694 1997:LXXXIII.tv. 52.§ (1)(2), MK.1997/68 (VII.25.).

695 Darunter fallen Untersuchungen, die zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit oder der Behinderung bzw. zum Zwecke der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit angeordnet worden sind. Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 52.§ (2), MK.1997/68 (VII.25.).

696 1997:LXXXIII.tv. 53.§ (1)(2), MK.1997/68 (VII.25.).

697 1997:LXXXIII.tv. 52.§ (3), MK.1997/68 (VII.25.); vgl. *Balogh/Szűcs*, Alkalmazott társadalombiztosítás-tan, 1998, S.163-167; *Jakab/Molnárné Balogh*, Baleseti biztosítás, 2004, S.77; *Prugberger*, in: *Biró/Nádas/Rab/Prugberger*, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.182-183, 188-189.

698 Vgl. Erster Hauptteil: 2.1.1.3.2.1.

699 217/1997. (XII.1.) Korm.r. 32.§ (1).

700 1997:LXXXIII.tv. 54.§ (1)(2), MK.1997/68 (VII.25.), vgl. *Balogh/Szűcs*, Alkalmazott társadalombiztosítás-tan, 1998, S.167; *Czúcz*, in: *Czúcz*, Szociális jog II., 2005, S.141-142.

Darüber hinaus werden im Rahmen der medizinischen Unfallleistungen auch bestimmte zahnärztliche Behandlungen zuzahlungsfrei gewährt, wenn die Behandlung mit dem Berufsunfall unmittelbar zusammenhängt.<sup>701</sup>

Die zuzahlungsfreien medizinischen Unfallleistungen werden erst dann gewährt, wenn das Vorliegen eines Berufsunfalls anhand des Berufsunfallprotokolls offiziell festgestellt wurde. Erfolgt dies erst nach der notwendigen Behandlung, muss der Versicherte die Behandlungskosten vorstrecken.<sup>702</sup>

### 3.2.1.3. Krankengeld

Die Gesundheitsversicherung gewährt im Krankheitsfall eine einkommensabhängige Geldleistung, das Krankengeld (*táppénz*). Gemäß dem Gesundheitsversicherungsgesetz (GVG) hat der Versicherte einen Anspruch auf das Krankengeld, wenn er während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses<sup>703</sup> erwerbsunfähig wird und verpflichtet ist, einen Gesundheitsversicherungsbeitrag zu zahlen.<sup>704</sup>

Die Einteilung des Krankengeldes erfolgt durch den Begriff der Erwerbsunfähigkeit. In Ungarn<sup>705</sup> wird die Erwerbsfähigkeit vom Begriff der Arbeitsfähigkeit unterschieden. Die Erwerbsfähigkeit bezieht sich immer auf die aktuelle Arbeit. Es wird also untersucht, ob der Gesundheitszustand des Versicherten es ermöglicht, dass er seinen Pflichten aus seinem derzeit bestehenden Arbeitsverhältnis nachgehen kann.<sup>706</sup> Demge-

701 1997:LXXXIII.tv. 54.§ (3), MK.1997/68 (VII.25.).

702 Vgl. Jakab/Molnárné Balogh, Baleseti biztosítás, 2004, S.110.

703 Wenn der Versicherte mehrere Versicherungsverhältnisse hat, müssen diese voneinander getrennt behandelt werden. 1997:LXXXIII.tv. 43.§ (2), MK.1997/68 (VII.25.).

704 1997:LXXXIII.tv. 43.§ (1), MK.1997/68 (VII.25.). Das sog. passive Krankengeld (*passzív jogon járó táppénz*), das bei einer Erwerbsunfähigkeit bis zum dritten Tag nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses gewährt wurde, wurde ab 1.7.2011 abgeschafft. 2011:LXXXI.tv. 11.§ c), MK.2011/74 (VI.30.). Der Versicherte konnte nach der früheren Rechtslage entweder durch „aktives“ Rechtsverhältnis oder aufgrund von „passivem“ Recht den Anspruch erlangen. Hinter dem Anspruch auf Krankengeld aufgrund passiven Rechts steht der Gedanke, dass Krankheiten nicht immer sofort entdeckt werden können. Diese Regel schützt die ehemaligen Versicherten in Fällen, in denen sie noch während des Bestehens der Versicherung krank (erwerbsunfähig) geworden sind, die Krankheit (die Erwerbsunfähigkeit) aber erst in den darauf folgenden Tagen festgestellt wurde. In den letzten Jahren wurde das passive Krankengeld bereits des öfteren Einschränkungen unterworfen, da die Leistung oft ihren Zweck nicht erfüllte und von Berechtigten als Quasi-Arbeitslosenleistung betrachtet wurde. Diesem Tendenz folgte auch dessen Abschaffung. Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 46.§ (1) a), MK.1997/68 (VII.25.); 2003:CXVI.tv. 98.§ (2), MK.2003/152 (XII.22.); 2006:CXXI.tv. 15.§ (4), MK.2006/157 (XII.19.); Czícz, in: Czícz, Szociális jog II., 2005, S.99, 107.

705 Die Begriffe Erwerbsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit sind auch in anderen Staaten bekannt, werden aber international betrachtet nicht einheitlich benutzt. So wird z.B. in Deutschland und in der Schweiz bezüglich des Anspruchs auf das Krankengeld (Tagegeld) der Begriff Arbeitsunfähigkeit verwendet. Vgl. Schnapp, in: Ebsen, Invalidität und Arbeitsmarkt, 1992, S.13-23; Meyer-Blaser, in: Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, 1999, S.20-21; Kieser/Senn, Invalidität, 2004, S.20-22. In der Arbeit werden diese zwei Begriffe der wortwörtlichen Bedeutung entsprechend benutzt.

706 Es kann also vorkommen, dass der Versicherte, der über mehrere Versicherungsverhältnisse verfügt, hinsichtlich des einen Arbeitsverhältnisses als erwerbsunfähig, hinsichtlich des anderen

genüber wird bei der Arbeitsunfähigkeit die allgemeine Fähigkeit zum Arbeiten geprüft.<sup>707</sup> Der Gesetzgeber bestimmte drei Gruppen der Erwerbsunfähigkeit. Als erstes erlangt der Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld, wenn er wegen seiner eigenen Krankheit seine Arbeit nicht verrichten kann.<sup>708</sup> Dazu gehört auch der Fall, dass er stationär behandelt werden muss, um die Krankheit festzustellen oder zu heilen.<sup>709</sup> Die zweite Gruppe umfasst die Erwerbsunfähigkeit, die mit der Schwangerschaft oder mit der Versorgung des Kindes zusammenhängt. Erwerbsunfähigkeit liegt also auch dann vor, wenn die Frau wegen der Schwangerschaft oder der Entbindung nicht arbeiten kann, oder wenn die Mutter ihr Kind, das sein erstes Lebensjahr noch nicht vollendet hat und unter stationärer Behandlung steht, stillt. Zu dieser Gruppe der Erwerbsunfähigkeit gehört auch der Fall, dass ein Elternteil wegen der Pflege eines kranken Kindes die Arbeit nicht verrichten kann. Die dritte, letzte Gruppe beinhaltet die Fälle, in denen der Versicherte wegen einer Epidemiegefahr oder wegen angeordneter Quarantäne seiner Arbeit nicht nachgehen kann. Die Erwerbsunfähigkeit wird von einem mit der Gesundheitsversicherung im Vertragsverhältnis stehenden Arzt festgestellt.<sup>710</sup>

Die Dauer des Anspruchs auf Krankengeld hängt davon ab, welcher Typ der Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Als Hauptregel gilt, dass das Krankengeld für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit gezahlt wird. Um die Kosten des Krankengelds zu begrenzen und um Missbrauch zu vermeiden, bestimmt das Gesetz eine Höchstleistungsdauer von einem Jahr. Dies gilt für die oben genannte erste<sup>711</sup> und die dritte Gruppe. Bei der zweiten Gruppe – Versorgung und Pflege des Kindes – sind die Vorschriften hinsichtlich der Dauer der Leistung differenzierter. Wenn die Erwerbsunfähigkeit wegen des Stillens des stationär versorgten Säuglings vorliegt, kann das Krankengeld bis zum ersten Lebensjahr des Kindes gewährt werden. Im Fall der Erkrankung eines Kindes, das zwischen 1 und 12 Jahren alt ist, werden drei Altersgruppen gebildet und anhand des Alters und der familiären Situation des Kindes (ob der Elternteil alleinstehend ist oder nicht) wird die Dauer der Leistung auf einen Zeitraum von 14 bis 84 Tagen pro Jahr und pro Kind bestimmt. Versicherte, die weniger als ein Jahr Versicherungszeit vorweisen können, bekommen das Krankengeld entsprechend der Zeit, während derer sie kontinuier-

---

Rechtsverhältnisses als erwerbsfähig betrachtet wird. Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 45.§, MK.1997/68 (VII.25.).

707 Die Arbeitsfähigkeit bzw. der Grad des Arbeitsfähigkeitsverlustes wird beim Anspruch auf Invalidenleistungen untersucht. Obwohl der Gesetzgeber im Jahr 2007 im Rahmen der Reform der Invalidenleistungen den Begriff des Gesundheitsschadens einführte, wurde bei einigen Leistungen die Kategorie des Arbeitsfähigkeitsverlustes beibehalten. Vgl. Erster Hauptteil: 3.3.

708 1997:LXXXIII.tv. 44.§ a), MK.1997/68 (VII.25.).

709 1997:LXXXIII.tv. 44.§ f), MK.1997/68 (VII.25.).

710 1997:LXXXIII.tv. 44.§ c) e) g), MK.1997/68 (VII.25.); vgl. *Balogh/Szűcs*, Alkalmazott társadalombiztosítás-tan, 1998, S.159-160.

711 Die Zahlung des Krankengeldes erfolgt erst nach dem Erschöpfen des jährlichen Krankenurlaubs, der 15 Werkstage beträgt. Der Arbeitgeber muss während des Krankenurlaubs 80% des Lohnes weiterzahlen. Mehr dazu vgl. 1992:XXII. tv. 137.§, MK.1992/45 (V.4.).

lich versichert waren.<sup>712</sup> Wenn der Versicherte innerhalb eines Jahres vor dem ersten Tag der Erwerbunfähigkeit bereits Krankengeld erhielt, ist die aktuelle Leistungsdauer um diese Tage zu kürzen.<sup>713</sup>

Die Höhe des Krankengeldes wird anhand zweier Faktoren bestimmt, nämlich anhand des Tagesdurchschnittsgehalts des Versicherten sowie der Länge und der Kontinuität seiner Versicherungszeit. Die Leistungshöhe hängt also von der Höhe des beitragspflichtigen Durchschnittseinkommens ab, das der Versicherte in dem Kalenderjahr unmittelbar vor dem Entstehen des Anspruchs verdiente. Diese Regelung birgt ein Problem, und zwar im Zusammenhang mit der Krankengeldzuschusszahlungspflicht des Arbeitgebers. Wenn der Versicherte in dem vorherigen Arbeitsverhältnis ein höheres Einkommen bekommen hat und das Krankengeld anhand dieses Einkommens festgestellt wird, muss der Arbeitgeber eine im Verhältnis höhere Summe an Krankengeldzuschuss zahlen als bei reiner Betrachtung des von ihm gewährten Gehalts.<sup>714</sup> Das Gesetz beschreibt außerdem weitere Hilfsregeln für die Fälle, in denen im Kalenderjahr vor der Feststellung des Anspruchs kein Zeitraum von mindestens 180 Tagen mit Einkommensbezug vorhanden ist.<sup>715</sup> Die Länge und die Kontinuität der Versicherungszeit gibt den Prozentsatz an, aus dem sich das Verhältnis des Krankengeldes zum Durchschnittsgehalt ergibt. Wenn der Versicherte über eine mindestens zweijährige kontinuierliche Versicherungszeit verfügt, ist die Höhe des Krankengeldes 60% des Tagesdurchschnittseinkommens des Versicherten. Bei einer kontinuierlichen Versicherungszeit von unter zwei Jahren beträgt die Leistungshöhe 50%. Als Ausnahmeregel gilt die stationäre Behandlung. Auch in diesen Fällen wird das Krankengeld i.H.v. 50% des Tagesdurchschnittseinkommens des Versicherten gewährt.<sup>716</sup> Die niedrigere Leistungshöhe kann mit den erweiterten Dienstleistungen im Rahmen einer stationären Behandlung erklärt werden. Als neue Regelung wurde beim Krankengeld eine Obergrenze i.H.v. 200% des Mindestgehalts eingeführt.<sup>717</sup>

### 3.2.1.4. Unfallkrankengeld

Der Versicherte hat einen Anspruch auf Unfallkrankengeld, wenn er während des Bestehens des Versicherungsverhältnisses oder spätestens am dritten Tag nach der Be-

712 Das Gesetz unterscheidet zwischen zwei Begriffen: kontinuierliche Versicherungszeit (*folyamatos biztosítási idő*) und ununterbrochene Versicherungszeit (*megszakítás nélküli biztosítási idő*). Die Versicherungszeit ist kontinuierlich, wenn die Unterbrechung 30 Tage nicht überschreitet. Diese Regel lässt Raum für kleine Pausen, die öfters bei Arbeits- oder Berufswechsel auftreten. Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 46.§ (1)(5) (7), MK.1997/68 (VII.25.).

713 Es werden aber von den früheren Leistungszeiten diejenigen einbezogen, die von den oben genannten Gruppen zu demselben Typ gehören. Vgl. 1997:LXXXIII.tv. 48.§ (2)-(5), MK.1997/68 (VII.25.).

714 Vgl. *Futó*, Társadalombiztosítás 2007, 2007, S.123; zu den Regeln des Krankengeldzuschusses siehe Erster Hauptteil: 2.1.2.2.

715 Vgl. dazu 1997:LXXXIII.tv. 48.§ (3)-(7), MK.1997/68 (VII.25.).

716 1997:LXXXIII.tv. 48.§ (8), MK.1997/68 (VII.25.).

717 Auch hier rechnet das Gesetz in Tagen und gibt die Tagesobergrenze als ein Dreißigstel des 200%-igen Mindestgehalts an. 1997:LXXXIII.tv. 48.§ (8), MK.1997/68 (VII.25.).

endigung des Versicherungsverhältnisses wegen eines Berufsunfalls erwerbsunfähig wird.<sup>718</sup> Bezuglich des Unfallkrankengeldes ist der Versicherte erwerbsunfähig, wenn er aufgrund seines im Zusammenhang mit dem Berufsunfall eingetretenen, behandlungsbedürftigen Gesundheitszustandes oder wegen Fehlens eines medizinischen Hilfsmittels seine Arbeit nicht ausüben kann.<sup>719</sup>

Eine Versicherungszeit wird – anders als beim Krankengeld – nicht als Anspruchs voraussetzung vorgeschrieben. Das Unfallkrankengeld wird für ein Jahr gezahlt, kann aber um ein Jahr verlängert werden. Die Vorschriften des Krankenurlaubs gelten im Fall des Unfallkrankengeldes nicht, womit das Unfallkrankengeld ab dem ersten Tag der Erwerbsunfähigkeit gezahlt wird.<sup>720</sup>

Auch hinsichtlich der Höhe des Unfallkrankengeldes bestehen Unterschiede zum Krankengeld. Als das der Leistung zugrunde liegende Gehalt wird nur jenes Gehalt berücksichtigt, das der Versicherte bei demjenigen Arbeitgeber, bei dem sich der Betriebsunfall ereignete, verdiente. Die Summe des Unfallkrankengeldes ist höher als die des Krankengeldes. Sie beträgt 100% des Tagesdurchschnittsgehaltes das der Versicherte in dem Kalendermonat vor dem Unfall verdiente. Beim Wegeunfall werden 90% des oben genannten Tagesdurchschnittsgehaltes gewährt. Wenn der Versicherte in dem oben genannten Monat kein Gehalt hatte, bestimmt sich das Durchschnittseinkommen nach dem vor dem Unfall tatsächlich verdienten Gehalt. Beim Fehlen eines tatsächlichen Gehalts wird das im Arbeitsvertrag festgelegte Gehalt berücksichtigt.<sup>721</sup> Im Übrigen gelten für das Unfallkrankengeld die Vorschriften des Krankengeldes.<sup>722</sup>

### 3.2.1.5. Leistungen der freiwilligen Gesundheitskasse

Die Gesundheitskasse organisiert und finanziert Programme, die dem Schutz der Gesundheit dienen und übernimmt die Kosten für Leistungen des Gesundheitswesens. Die Leistungen ergänzen einerseits die Leistungen der staatlichen Gesundheitsversicherung – andererseits bieten sie aber auch Leistungen zur Förderung der gesunden Lebensführung an. Als Ergänzung der staatlichen Gesundheitsversicherung werden Leistungen unterstützt, die von der Gesundheitsversicherung nicht oder nur teilweise finanziert werden. Dazu gehören die Unterstützung der häuslichen Pflege, die heiltherapeutische Behandlung, die Heilbehandlung im öffentlichen Heilbad, der Kururlaub und die Unterstützung von sportlichen Aktivitäten. Für Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit werden auch die Kosten spezieller Geräte – inbegriffen auch diejenigen, die mit der Haltung eines Blindenhundes zusammenhängen – erstattet. Die Kasse kann auch eine Preisunterstützung zu Arzneimitteln und medizinischen Hilfsmitteln geben und bei einer

718 1997:LXXXIII.tv. 55.§ (1), MK.1997/68 (VII.25.).

719 1997:LXXXIII.tv. 55.§ (2), MK.1997/68 (VII.25.).

720 1997:LXXXIII.tv. 55.§ (3)(5), MK.1997/68 (VII.25.) Vgl. Jakab/Molnárné Balogh, Baleseti biztosítás, 2004, S.110-113; Prugberger, in: Bíró/Nádas/Rab/Prugberger, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.189; Czúcz, in: Czúcz, Szociális jog II., 2005, S.142-148.

721 1997:LXXXIII.tv. 55.§ (6)(7), MK.1997/68 (VII.25.).

722 1997:LXXXIII.tv. 56.§ (4), MK.1997/68 (VII.25.).

krankheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit des Kassenmitglieds einen vollständigen oder teilweisen Ersatz für sein ausfallendes Einkommen gewähren. Im Falle des Todes eines Kassenmitglieds leistet die Kasse Unterstützung für Hinterbliebene. Im Bereich der Leistungen zur Förderung gesunder Lebensführung wird die damit verbundene Teilnahme an Naturheil- und Kurbehandlungen bzw. der Erwerb von Medikamenten und medizinischen Hilfsmitteln unterstützt.<sup>723</sup>

### *3.2.2. Entschädigungsleistung: Gesundheitsversorgung*

Kriegsinvaliden haben einen Anspruch auf gebührenfreie Gesundheitsversorgung. Dies beinhaltet die Grundleistungen der Gesundheitsversicherung, die stationäre Behandlung in staatlichen Einrichtungen (im Krankenhaus, Sanatorium, Heilbad, auch in Verbindung mit therapeutischen Leistungen), die zahnärztliche Behandlung und die Versorgung in staatlichen sozialen Einrichtungen. Der Anspruch besteht bei jeder Erkrankung, nicht nur bei Erkrankungen, die auf die Kriegsverletzung zurückzuführen sind.<sup>724</sup>

Neben der Gesundheitsversorgung ist der Kriegsinvaliden zuzahlungsfrei zum künstlichen Ersatz des Körperteils berechtigt, das infolge der Kriegsverletzung funktionsunfähig wurde oder das der Kriegsinvaliden beim Einsatz verlor. Darüber hinaus stehen dem Kriegsinvaliden medizinische Hilfsmittel zu, wenn dadurch seine Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt oder verbessert werden kann. Auch die Reparatur und der Ersatz dieser medizinischen Hilfsmittel werden zuzahlungsfrei gewährt.<sup>725</sup>

### *3.2.3. Hilfs- und Fördersystem*

Zum Hilfs- und Fördersystem gehört zunächst eine Mutterschaftsleistung, nämlich das Mutterschaftsgeld (*anyasági támogatás*). Die Behandlung dieser Leistung unter diesem Punkt kann damit begründet werden, dass das Mutterschaftsgeld eine einmalige Leistung ist und an die Geburt, und nicht an die Kindererziehung anknüpft.<sup>726</sup> Das Pflegegeld (*ápolási díj*) ermöglicht die häusliche Pflege von dauerhaft kranken Personen. Außerdem finden sich zwei Leistungen, die einen Anspruch auf medizinische Dienstleistungen der Gesundheitsversicherung für nichtversicherte, bedürftige Personen be-

723 1993:XCVI.tv. 2.§ (6) c)-d), 10.§ (1) (2), MK.1993/176 (XII.6); vgl. Molnár, Az egészségpénztár gazdálkodása és szolgáltatásai, 1999, S.25-32. Nach dem Berichts der PSZÁF wurde die auf dem Konto des Mitglieds gesammelte Summe in den meisten Fällen für Medikamentenkosten (39,14% der Gesamtleistungen) oder für Kosten von medizinischen Hilfsmitteln (21,20%) und Sportgeräte (13,02%) in Anspruch genommen. Für medizinische Dienstleistungen wurden 12,91% der Gesamtleistungen ausgegeben. Vgl. PSZÁF, Összefoglaló a pénztárak 2005. éves beszámolónak a feldolgozásáról, 2006, S.9.

724 1994:XLV.tv. 17.§, MK.1994/48 (V.6.); 113/1994. (VIII.31.) Korm.r. 9.§, MK.1994/87 (VIII.31.) Zum Inhalt dieser Leistungen vgl. Erster Hauptteil: 3.2.1.1.

725 1994:XLV.tv. 18.§, MK.1994/48 (V.6.); 113/1994. (VIII.31.) Korm.r. 10-13/A.§, MK.1994/87 (VIII.31.).

726 Vgl. Erster Hauptteil: 3.2.

gründen. Dies sind die sog. öffentliche Gesundheitsversorgung (*közgyógyellátás*) und die sog. Anspruchsbegründung auf medizinische Dienstleistungen (*egészségi szolgáltatásra való jogosultság*).<sup>727</sup> Zuletzt werden die Vorschriften der kranken Personen gewährten sozialen Dienstleistungen (*szociális szolgáltatások*) erörtert.

### 3.2.3.1. Mutterschaftsgeld

Zweck des Mutterschaftsgelds (*anyasági támogatás*) ist es, die regelmäßige ärztliche Untersuchung der schwangeren Frau zu fördern, da der Anspruch auf Mutterschaftsgeld nur dann besteht, wenn sie während der Schwangerschaft mindestens vier Mal an der Untersuchung der Schwangerschaftsfürsorge teilgenommen hat. Wenn die leibliche Mutter vor der Beantragung der Leistung verstirbt, wird das Mutterschaftsgeld dem Ehemann, oder der Person, die für das Kind sorgt, ausgezahlt. Auch Adoptiveltern können einen Anspruch auf die Leistung haben, wenn die Adoption innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt bewilligt wird. Dieselben Regeln gelten auch für den Vormund, wenn sich das Kind innerhalb des oben genannten Zeitraums aufgrund eines rechtskräftigen Bescheids in seiner Obhut befindet.<sup>728</sup>

Das Mutterschaftsgeld kann nur innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt beantragt werden.<sup>729</sup>

Das Mutterschaftsgeld ist eine Einmalleistung, seine Höhe beträgt 225%, bei Zwillingen pro Kind 300% des Mindestbetrags der Altersrente. Dies entspricht im Jahr 2010 64.125 HUF (233 Euro) und 85.500 HUF (310 Euro).<sup>730</sup>

### 3.2.3.2. Pflegegeld

Das ungarische System der sozialen Sicherheit unterscheidet sich vom deutschen System u.a. darin, dass es in Ungarn keine Pflegeversicherung gibt. Der Pflegebedürftige wird in staatlichen sozialen Einrichtungen oder innerhalb seiner Familie versorgt. Neben den Leistungen für den Versorgten unterstützt der Staat auch die pflegenden Angehörigen in Form des Pflegegeldes, wenn sie wegen der Pflegetätigkeit Einschränkungen in ihrem Beruf auf sich nehmen müssen. Die Unterstützung der Pfleger wird im SozHG und in kommunalen Verordnungen geregelt. Ein Pflegefall kann nach dem ungarischen Recht sowohl bei dauerhaft kranken Personen, als auch bei Behinderten auftreten. Da sich das Gesetz am Vorliegen der Pflegebedürftigkeit orientiert, werden beide Personengruppen vom Leistungsberechtigtenkreis des Pflegegeldes umfasst. Diese Untersuchung gliedert die Leistungen jedoch nach Lebenslagen, womit die Darstellung des Pflegegeldes an beiden Stellen, also neben den krankheitsbedingten Leistungen auch bei den Leistungen für Invalide, ergänzt jeweils um die Vorschriften hinsichtlich des Berechtigtenkreises, erfolgt.<sup>731</sup>

727 Vgl. 1993:III. tv. 49-54. §, MK. 1993/8 (I.27.).

728 1998:LXXXIV.tv. 29-30. §, MK.1998/117 (XII.24.).

729 1998:LXXXIV.tv. 32. §, MK.1998/117 (XII.24.).

730 1998:LXXXIV.tv. 31. §, MK.1998/117 (XII.24.).

731 Vgl. Erster Hauptteil: 3.3.4.6.

Das Pflegegeld wird dem volljährigen Angehörigen gewährt, der eine dauerhaft kranke Person voraussichtlich mindestens drei Monate lang pflegt. Bei der Pflege von Minderjährigen besteht ein subjektives Recht auf die Leistung und die individuelle Bedürftigkeit wird nicht untersucht.<sup>732</sup> Aus diesem Grund kann festgestellt werden, dass der Fördercharakter bezüglich der Anspruchsvoraussetzungen bei minderjährigen Personen stärker ist als der Hilfecharakter.

In Anbetracht der volljährigen, dauerhaft kranken Personen gewährt das Gesetz kein subjektives Recht auf das Pflegegeld. Das SozHG legt die Befugnis der Abgeordnetenkörperschaft der kommunalen Selbstverwaltung fest, durch eine Verordnung der Selbstverwaltung den Anspruch auf Pflegegeld feststellen zu können. Die Abgeordnetenkörperschaft kann also die Leistung aufgrund ihrer Ermessensentscheidung gewähren. Als zusätzliche Anspruchsvoraussetzung gilt bei volljährigen Personen, dass in der Familie das pro Person berechnete Durchschnittseinkommen den Mindestbetrag der Altersrente (bei Alleinstehenden 150% davon) nicht erreichen darf.<sup>733</sup> Da also hier die Bedürftigkeit an eine Einkommenobergrenze anknüpft, stellt das Pflegegeld in diesen Fällen eine Hilfeleistung dar.

Der Anspruch auf das Pflegegeld besteht nicht, wenn die pflegebedürftige Person unter stationärer Heilbehandlung steht, in Einrichtungen der Sozialhilfe untergebracht ist oder eine Schule besucht bzw. studiert.<sup>734</sup> Auch das Beziehen einer Geldleistung oder ein Beschäftigungsverhältnis mit einer Arbeitszeitregelung von über 4 Stunden pro Tag schließt die Gewährung des Pflegegeldes aus.<sup>735</sup>

Die Leistungshöhe knüpft an den Mindestbetrag der Altersrente an. Der Unterschied zwischen dem Pflegegeld für die Pflege Minderjähriger bzw. Volljähriger besteht jedoch auch in den Bestimmungen zur Leistungshöhe. Bei Kranken, die ihr 18. Lebensjahr vollendet haben, entspricht das Pflegegeld 80% der Minimalrente, bei Minderjährigen wurde die Leistungshöhe mit 100% der Minimalrente angesetzt. Wenn der Anspruchsberechtigte eine andere regelmäßige Geldleistung bezieht, beträgt die Höhe des Pflegegeldes die Summe, die sich aus der Differenz zwischen der regelmäßigen Geldleistung und der im Gesetz bestimmten Höhe des Pflegegeldes ergibt.<sup>736</sup> Diese Regelung stellt bei beiden Krankengruppen den Hilfecharakter in den Vordergrund.

### 3.2.3.3. Öffentliche Gesundheitsversorgung

Die öffentliche Gesundheitsversorgung (*közgyógyellátás*) wird für bedürftige Personen gewährt, um die mit der Bewahrung oder Wiederherstellung des gesundheitlichen

732 1993:III. tv. 41.§ (1) b), MK. 1993/8 (I.27.).

733 1993:III. tv. 43/B.§ (1), MK. 1993/8 (I.27.).

734 Das Gesetz bestimmt Ausnahmeregeln, vgl. 1993:III. tv. 42.§ (1) aa)-ac), MK. 1993/8 (I.27.).

735 1993:III. tv. 42.§ (1) b)-d), MK. 1993/8 (I.27.).

736 1993:III. tv. 44.§, MK. 1993/8 (I.27.).

Zustandes zusammenhängenden, von der bedürftigen Person zu tragenden Kosten zu verringern.<sup>737</sup>

Die Berechtigten werden in drei Kategorien eingeteilt. Als erstes bestimmt das Gesetz Personengruppen, die ein subjektives Recht auf die öffentliche Gesundheitsversorgung haben. Dazu gehören Kinder in staatlicher Pflege, Personen mit gesundheitlichem Schaden, die einen Anspruch auf regelmäßige Sozialhilfe haben, Empfänger von Leistungen für Kriegsopfer, Personen, die einen Anspruch auf zentrale Sozialhilfe, Behinderertenrente, Invalidenrente oder Unfallinvalidenrente<sup>738</sup> haben, und als letztes Personen, deren Behinderung oder Krankheit den Anspruch auf ein erhöhtes Kindergeld begründet. In diesen Fällen hat die Leistung eher ein Fördercharakter.<sup>739</sup>

In die zweite Gruppe gehören Personen, bei denen die monatlichen Kosten der regelmäßigen Heilbehandlungen 10% der Minimalrente überschreiten und das Einkommen der Familie, pro Person berechnet, die Minimalrente (bei alleinstehenden 150% der Minimalrente) nicht erreicht. In diesem Fall verkörpert die öffentliche Gesundheitsversorgung eine sog. normative Hilfeleistung, die einerseits von der Bedürftigkeit abhängt, andererseits aber auch ein subjektives Recht besteht. Hier tritt also wegen der umfassenden Bedürftigkeitsprüfung das Hilfselement stärker hervor.<sup>740</sup>

Der dritten Personengruppe unterfallen Bedürftige, die einen Anspruch auf die öffentliche Gesundheitsversorgung aufgrund der gemäß der Verordnung der kommunalen Selbstverwaltung ergangenen Ermessensentscheidung des Gemeindenotars erhalten.<sup>741</sup> An diesem Punkt ist der klassische Hilfeleistungscharakter am stärksten, da hier auch das subjektive Recht auf die Leistung fehlt.

Der Anspruch auf die öffentliche Gesundheitsversorgung wird von dem Gemeindenotar in Anbetracht der Bescheinigung des Hausarztes und der amtlichen Stellungnahme der Gesundheitsversicherung festgestellt und wird für ein Jahr gewährt. Der Anspruch wird durch einen Ausweis bescheinigt.

Die öffentliche Gesundheitsversorgung beinhaltet eine Kostenunterstützung für Medikamente, medizinische Hilfsmittel und bestimmte Heilbehandlungen. Bezuglich der Medikamentenkosten verfügt jeder Berechtigter über einen Finanzierungsrahmen für die chronischen Erkrankungen (persönlicher Medikamentenrahmen) und einen Rahmen für die akuten Erkrankungen (akuter Medikamentenrahmen). Diese beiden Rahmen werden anhand des gesundheitlichen Zustandes des Berechtigten bestimmt. Der persönliche Medikamentenrahmen darf im Jahr 2011 monatlich maximal 12.000 HUF (44 Euro)

737 Vgl. 1993:III. tv. 49.§ (1), MK.1993/8 (I.27.); *Marsi*, in: *Bódi*, Helyi szociális ellátórendszer vidéken, 2001, S.42-43; *Hajdú*, in: *Czúcz*, Szociális jog II., 2005, S.464-465.

738 Bei der Invalidenrente und der Unfallinvalidenrente muss die Invalidität der I. oder II. Gruppe vorliegen (Siehe Erster Hauptteil: Punkte 3.3.1.1.; 3.3.1.3.).

739 1993:III. tv. 50.§ (1) a)-h), MK.1993/8 (I.27.); vgl. *Farkas*, A szociális igazgatás jogi alapkérdései I., 2005, S.36-39; *Hajdú*, in: *Czúcz*, Szociális jog II., 2005, S.465.

740 1993:III. tv. 50.§ (2), MK.1993/8 (I.27.); vgl. *Rab*, in: *Bíró/Nádas/Rab/Prugberger*, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.200; *Farkas*, A szociális igazgatás jogi alapkérdései I., 2005, S.37.

741 1993:III. tv. 50.§ (3), MK.1993/8 (I.27.).

betragen.<sup>742</sup> Die höchste Summe des akuten Medikamentenrahmens beträgt im Jahr 2009 jährlich maximal 6.000 HUF (22 Euro).<sup>743</sup>

Die von dem behandelnden Arzt verschriebenen medizinischen Hilfsmittel und die bestimmten Heilbehandlungen werden bis zu einem öffentlich anerkannten Preis von der öffentlichen Gesundheitsversorgung übernommen.<sup>744</sup> Die Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung haben also einen gemischten Charakter, denn sie umfassen sowohl Sachleistungen (Medikamente, medizinische Hilfsmittel) als auch Dienstleistungen (Heilbehandlungen). Sie ergänzen die Leistungen der Gesundheitsversicherung und decken jenen Teil der Kosten ab, den der Versicherte selbst tragen müsste.

### 3.2.3.4. Anspruchsbegründung auf medizinische Dienstleistungen

Die Anspruchsbegründung auf medizinische Dienstleistungen (*egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság*) unterscheidet sich von der oben genannten öffentlichen Gesundheitsversorgung darin, dass hier den nicht versicherten Bedürftigen ein Anspruch auf die regulären medizinischen Dienstleistungen der Gesundheitsversicherung gewährt wird. Der Leistungsempfänger wird also in Anbetracht dieser Leistungen in den Status des Versicherten versetzt. Die öffentliche Gesundheitsversorgung sichert dagegen eine über den regulären Versichertenstatus hinausgehende Begünstigung.<sup>745</sup>

Der Anspruch auf medizinische Dienstleistungen wird aufgrund der Bedürftigkeit des Antragstellers vom Bürgermeister festgestellt. Bedürftig ist in diesem Fall derjenige, der kein Vermögen hat und bei dem das pro Person berechnete Einkommen in der Familie 120% der Mindestrente (bei alleinstehenden Personen 150% der Mindestrente) nicht überschreitet. Der Anspruch wird durch einen Ausweis bescheinigt, der für ein Jahr gültig ist.<sup>746</sup>

### 3.2.3.5. Soziale Dienstleistungen für Kranke

Im Rahmen der sozialen Dienstleistungen werden – neben anderen Personengruppen<sup>747</sup> – auch für kranke Personen verschiedene Grund- und Fachleistungen angeboten. Die Gewährung von warmem Essen, häuslicher Pflege, häuslicher Notdiensthilfe wurde bereits oben unter dem Punkt 3.1.2.2. beschrieben. Als Ergänzung muss noch erwähnt

742 1993:III. tv. 50/A.§ (7)-(8), MK.1993/8 (I.27.).

743 1993:III. tv. 50/A.§ (9)-(10), MK.1993/8 (I.27.); 2010:CLXIX.tv. 65.§, MK.2010/200 (XII.30.).

744 1993:III. tv. 50/A.§ (6), MK.1993/8 (I.27.).

745 Vgl. Erster Hauptteil: 3.2.3.3.

746 1993:III. tv. 54.§, MK.1993/8 (I.27.), vgl. Rab, in: *Bíró/Nádas/Rab/Prugberger*, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.200; Farkas, A szociális igazgatás jogi alapkérdései I., 2005, S.39-40; Hajdú, in: *Cziicz*, Szociális jog II., 2005, S.466.

747 Vgl. zu den Leistungen für Ältere: Erster Hauptteil 3.1.2.2; zu den Leistungen für Invalide: 3.3.4.7. und zu den Leistungen für Bedürftige: 3.7.2.4.

werden, dass die Leistungen an die Bedürfnisse der Kranken (besonders der psychisch Kranken und der Suchtkranken) angepasst werden müssen.<sup>748</sup>

Spezielle Leistungen für psychisch Kranke und Suchtkranke sind die sog. Gemeinschaftsleistungen (*közösségi ellátások*), bei denen die Pflege und die psycho-soziale Rehabilitation der psychisch Kranken bzw. die Pflege und die Einleitung (sowie die fortdauernde Begleitung) der Änderung der Lebensweise der Suchtkranken im eigenen Zuhause erfolgen. Die Leistungen umfassen also ein breites Spektrum von Dienstleistungen, welche die Problemanalyse, die Problemlösung, die Entwicklung der Fähigkeiten für die selbständige Lebensführung und die psycho-soziale Rehabilitation bezwecken.<sup>749</sup>

Die als Grundleistung geltenden Tageseinrichtungen für psychisch Kranke (*pszichiátriai betegek nappali intézménye*) und die Tageseinrichtungen für Suchtkranke (*szenvedélybetegek nappali intézménye*) unterstützen, auf freiwilliger Basis, die Reintegration der Patienten in die Gesellschaft durch verschiedene (Einzel-, Gruppen- oder Paar-) Therapien, Beratung, Schulungen, Arbeitsvermittlung und auch durch die für die Familie des Patienten offenen Kultur- und Freizeitprogramme. Die gesundheitliche Versorgung gehört nicht zur Aufgabe der Tageseinrichtung. Sie hält nur durch den beschäftigten Sozialarbeiter Kontakt zum behandelnden Arzt.<sup>750</sup>

Innerhalb der sozialen Fachleistungen werden die bei der Versorgung der Älteren bereits beschriebenen Pflegeheime und Übergangseinrichtungen durch die Rehabilitationsseinrichtungen (*rehabilitációs intézmények*) ergänzt.

In einem Pflegeheim für Suchtkranke (*szenvedélybetegek otthona*) werden Personen untergebracht, die zu einer selbständigen Lebensführung nicht bereit sind, deren Zustand aber eine ständige stationäre ärztliche Behandlung nicht benötigt.<sup>751</sup> In das Pflegeheim für psychisch Kranke (*pszichiátriai betegek otthona*) kann diejenige chronisch kranke Person aufgenommen werden, die für sich nicht sorgen kann, jedoch nicht gefährdet ist und eine akute, stationäre, ärztliche Behandlung nicht benötigt.<sup>752</sup>

Für die Übergangseinrichtungen für Suchtkranke (*szenvedélybetegek átmeneti otthona*) und für psychisch Kranke (*pszichiátriai betegek átmeneti otthona*) gelten die Regeln, die bei den Einrichtungen für ältere Personen beschrieben wurden. In den Heimen werden auch Programme angeboten, welche die selbständige Lebensführung der Suchtkranke bzw. der psychisch Kranken unterstützen sollen (Training zur Arbeitsuche, Stressbewältigung, Freizeitbeschäftigung usw.).<sup>753</sup>

748 1993:III.tv. 56., 62-63, §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 28.§, MK.2000/2 (I.7.); vgl. *Marsi*, in: *Bódi*, Helyi szociális ellátórendszer vidéken, 2001, S.30-31, 43; *Hajdú*, in: *Czúcz*, Szociális jog II., 2005, S.468-469.

749 Vgl. 1993:III.tv. 65/A.§, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 39/F-39/L.§, MK.2000/2 (I.7.).

750 1993:III.tv. 65/F.§, MK.1993/8 (I.27.).

751 1993:III.tv. 67,71/A. §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 63, 67.§, MK.2000/2 (I.7.).

752 1993:III.tv. 67,71. §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 63, 67.§, MK.2000/2 (I.7.).

753 1993:III.tv. 80-82. §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 85-87.§, MK.2000/2 (I.7.). Vgl. *Marsi*, in: *Bódi*, Helyi szociális ellátórendszer videken, 2001, S.44-45; *Hajdú*, in: *Czúcz*, Szociális jog II., 2005, S.490-491.

Die Rehabilitationsheime bieten komplexe Rehabilitationsprogramme für Personen an, deren Behandlung ambulant nicht möglich ist oder bei denen dies zu Mehrkosten führen würde. In ein Rehabilitationsheim für psychisch Kranke (*pszichiátriai betegek rehabilitációs otthona*) dürfen Personen, die ihr 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, aufgenommen werden. Bei den Rehabilitationsheimen für Suchtkranke (*szenvedélybetegek rehabilitációs otthona*) ist die Altersgrenze das vollendete 16. Lebensjahr. Das Heim entwickelt einen Rehabilitationsplan, der an das Alter, die mentale Verfassung und den Gesundheitszustand des Suchtkranken oder des psychisch Kranken angepasst ist.<sup>754</sup>

Die Pflegeheime und die Rehabilitationsheime können als sog. Wohnheime (*lakóotthon*) organisiert werden. In diesen Wohnheimen erfolgt die Unterbringung und die Verpflegung unter familienähnlichen Verhältnissen in kleinen Wohneinheiten, in denen 6-12 Patienten zusammenleben.<sup>755</sup>

### *3.3. Behinderung und Invalidität*

Der Gesetzgeber verwendet mehrere Begriffe (Behinderung, Invalidität, Gesundheitsschaden), um die Leistungsvoraussetzungen zu konkretisieren und die Leistungsbe rechtigten zu differenzieren. Zuerst bedarf es daher einer Erläuterung, welche begrifflichen Unterschiede und Zusammenhänge zwischen Invalidität, Behinderung und Gesundheitsschaden bestehen.

Der Begriff der Invalidität (*rokkantság*) kann als ein Zustand betrachtet werden, der lange andauernde, gesundheitliche, körperliche oder geistige Schäden umfasst und die beruflichen Aussichten der invaliden Person beeinträchtigt.<sup>756</sup> Nach den neuen Vorschriften liegt eine Invalidität vor, wenn ein Gesundheitsschaden von mindestens 50% vorliegt und aufgrund dessen eine Beschäftigung in dem vorherigen Aufgabenkreis oder der Qualifikationen entsprechend ohne Rehabilitation nicht möglich ist, jedoch eine Rehabilitation nicht empfohlen wird. Entscheidend sind also die beruflichen Einschränkungen und die damit verbundenen, verringerten Einkommensmöglichkeiten, die der Invalide hinnehmen muss.<sup>757</sup>

Auch der Begriff der Behinderung (*fogyatékosság*) knüpft an den gesundheitlichen Zustand an. Das Gesetz bestimmt den Begriff des Behinderten folgendermaßen: Behindert ist, wer wegen der erheblichen oder vollständigen Beeinträchtigung seiner Sinnesorgane (vor allem Seh- und Hörvermögen), seines Bewegungsapparates oder wegen geistiger bzw. psychischer Störungen in seiner Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

754 1993:III.tv. 72-74/A. §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 68-73. §, MK.2000/2 (I.7.); vgl. Rab, in: Bíró/Nádas/Rab/Prugberger, Európai és magyar szociális jog, 2004, S.206.

755 1993:III.tv. 85/A. §, MK.1993/8 (I.27.); 1/2000. (I.7.) SzCsM r. 88-101/E. §, MK.2000/2 (I.7.).

756 Vgl. Czucz, in: Czucz, Szociális jog II., 2005, S.235-237; Schnapp, in: Ebsen, Invalidität und Arbeitsmarkt, 1992, S.13-23; Kieser/Senn, Invalidität, 2004, S.22-23.

757 Vgl. die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen der Invalidenrente: Erster Hauptteil: 3.3.1.1; 1997:LXXXI.tv. 36/A. § (1) a), MK. 1997/68 (VII.25.).