

<b>Vorlage</b>  Federführende Dienststelle: Fachbereich Soziales und Integration Beteiligte Dienststelle/n:	Vorlage-Nr: FB 50/0114/WP17 Status: öffentlich AZ: Datum: 25.11.2015 Verfasser:						
<b>Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge - Fraktionsübergreifender Ratsantrag vom 04.03.2015-</b>							
Beratungsfolge: <span style="float: right;"><b>TOP:</b></span>  <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Datum</td> <td style="width: 30%;">Gremium</td> <td style="width: 50%;">Kompetenz</td> </tr> <tr> <td>10.12.2015</td> <td>SGA</td> <td>Entscheidung</td> </tr> </table>		Datum	Gremium	Kompetenz	10.12.2015	SGA	Entscheidung
Datum	Gremium	Kompetenz					
10.12.2015	SGA	Entscheidung					

**Beschlussvorschlag:**

Der Ausschuss für Soziales, Integration und Demographie beschließt die Verwaltungspraxis wie in Ziffer 8 der Vorlage (Antragsfreier Krankenschein) beschrieben zum 01.01.2016 umzustellen und die Entscheidung über die Einführung der Gesundheitskarte bis zum Herbst 2016 zurückzustellen.

## finanzielle Auswirkungen

<b>Investive Auswirkungen</b>	Ansatz 20xx	Fortgeschriebe- ner Ansatz 20xx	Ansatz 20xx ff.	Fortgeschriebe- ner Ansatz 20xx ff.	Gesamt- bedarf (alt)	Gesamt- bedarf (neu)
Einzahlungen	0	0	0	0	0	0
Auszahlungen	0	0	0	0	0	0
Ergebnis	0	0	0	0	0	0
<b>+ Verbesserung / - Verslechterun g</b>	<i>0</i>		<i>0</i>			
	Deckung ist gegeben/ keine ausreichende Deckung vorhanden		Deckung ist gegeben/ keine ausreichende Deckung vorhanden			

<b>konsumtive Auswirkungen</b>	Ansatz 20xx	Fortgeschriebe- ner Ansatz 20xx	Ansatz 20xx ff.	Fortgeschriebe- ner Ansatz 20xx ff.	Folgekos- ten (alt)	Folgekos- ten (neu)
Ertrag	0	0	0	0	0	0
Personal-/ Sachaufwand	0	0	0	0	0	0
Abschreibungen	0	0	0	0	0	0
Ergebnis	0	0	0	0	0	0
<b>+ Verbesserung / - Verslechterun g</b>	<i>0</i>		<i>0</i>			
	Deckung ist gegeben/ keine ausreichende Deckung vorhanden		Deckung ist gegeben/ keine ausreichende Deckung vorhanden			

Die tatsächlichen finanziellen Auswirkungen können derzeit nicht beziffert werden. Siehe Punkt 4 der Vorlage.

## **Erläuterungen:**

### **1. Ausgangslage**

Der Ausschuss für Soziales, Integration und Demografie hat sich aufgrund eines gemeinsamen Ratsantrages der Ratsfraktionen zuletzt in seiner Sitzung am 30.04.2015 mit dem Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge beschäftigt.

Die Verwaltung legte dar, welche Optionen zur Sicherstellung des Krankenschutzes für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG zur Auswahl stehen, welche finanziellen Auswirkungen damit verbunden und welche weiteren relevanten Parameter zu berücksichtigen sind.

Es wurde beschrieben, dass die bisherigen Regelungen zum Krankenschutz für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG einer Neuregelung bedürfen und sich Bund und Länder laufend in Abstimmungen zu einer entsprechenden gesetzlichen Regelung befinden. Mit einem Abschluss eines Gesetzgebungsverfahrens wurde zunächst bis zum Sommer 2015 gerechnet.

Der Ausschuss für Soziales, Integration und Demografie hat die Ausführungen der Verwaltung zur Kenntnis genommen und diese beauftragt, ungeachtet der Gespräche auf Bundes- und Landesebene Gespräche mit den Krankenkassen aufzunehmen.

### **2. Aktuelle Situation:**

Die Verwaltung hat zunächst mit der Aachener Geschäftsstelle der AOK Rheinland/ Hamburg Gespräche geführt. Es wurde vereinbart, dass der Rahmenvertrag des Landes abgewartet werden soll.

Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) Nordrhein-Westfalen hat diesen Rahmenvertrag zwischenzeitlich gemeinsam mit den VertreterInnen der AOK, dem BKK-Landesverband Nordwest, der Knappschaft und weiteren Kassen zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen erstellt.

Der Städtetag NRW hat mit beigefügtem Rundschreiben vom 27.08.2015 die Kommunen über den Rahmenvertrag informiert. (sh. Anlage 1)

Gem. §3 des Rahmenvertrages können die Gemeinden in NRW mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn schriftlich gegenüber dem MGEPA ihren Beitritt erklären. Der frühestmögliche Beitritt wäre somit zum 01.04.2016 möglich.

Der Rahmenvertrag sieht nach derzeitigem Kenntnisstand entgegen bisherigen Aussagen des Städtetages keinen zusätzlichen Leistungsumfang vor. Fraglich ist jedoch, wie die Beschränkung des

Leistungsumfang auf die Regelungen der §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes durch die Krankenkassen sichergestellt wird. Eine Kontrolle durch FB 50 oder das Gesundheitsamt ist nicht mehr möglich (sh. Anlage 2 und Anlage 2.1.).

### **3. Bedenken des Deutschen Städtetages (sh. Anlage 3)**

#### Gültigkeitsdauer der Gesundheitskarte

Als problematisch wird die Tatsache angesehen, dass die Gesundheitskarte eine Gültigkeitsdauer von 24 Monaten haben wird. Die tatsächliche Dauer des Leistungsanspruches liegt in aller Regel deutlich niedriger. Eine anschließende missbräuchliche Nutzung kann nicht verhindert werden, wenn der Einzug der Karte nicht gelingt.

Es kommt nicht selten vor, dass eine Abreise erst im Nachhinein von der Verwaltung festgestellt wird. Die Versicherungskarte kann dann nicht eingezogen werden. Auch eine Sperrung wie bei einer Scheckkarte ist nicht möglich.

#### Höhe der Kostenpauschale

Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Kostenpauschale statt der ansonsten üblichen 5% für Flüchtlinge 8% betragen soll. Diese um 60% erhöhte Forderung lässt sich nicht ausschließlich mit einer höheren Fluktuation begründen.

Auch die grundsätzliche Bindung an das Leistungsvolumen wird vom Städtetag als anpassungsbedürftig betrachtet.

Gem. §15 (2) der Rahmenvereinbarung wird die Angemessenheit der Verwaltungskosten überprüft und eine Anpassung erfolgen, falls und insoweit sich deren Höhe als nicht sachgerecht erweisen sollte.

### **4. Finanzielle Auswirkungen**

Nach den derzeit vorliegenden Rahmenbedingungen ist mit folgenden Kosten zu rechnen:

Ab 01.01.2016 und in den Folgejahren ist mit ca. 12 % erhöhten Kosten zu den Ansätzen der PSP-Elemente 4-050202-903-6/53390000 und 4-050202-907-7/53390000 zu rechnen, das sind rund 410.000 € pro Jahr (sh. Anlage 4).

Folgende Kosten können jedoch noch nicht beziffert werden:

- Sprechstundenbedarf
- Verfahrenskosten
- ggfs. Behandlungskosten, die bisher nicht bewilligt wurden.

Derzeit erfolgt die Abrechnung der Krankenhilfekosten über die Kassenärztliche Vereinigung, welche keinerlei Bearbeitungsgebühren fordert.

Eine mögliche Einsparung von Verwaltungskosten kann zurzeit noch nicht abgesehen werden. Es würde sich insbesondere der Bedarf zur ärztlichen Begutachtung durch die Städteregion verringern. In der Buchungsstelle des FB 22 würde der Aufwand für ca. 150 Buchungen pro Monat entfallen.

Die Verwaltung hat darüber hinaus versucht, die personellen Effekte der Gesundheitskarte im FB 50 zu ermitteln:

Der Stellenanteil für die Krankenhilfekostenabrechnung der Personen nach § 3 AsylbLG beträgt aktuell ca. 43% eines VZÄ. Ausgehend davon, dass der Anteil für An- und Abmeldungen und Abrechnungen der Krankenhilfekosten nach § 264 SGB V einen Stellenanteil von 30 % umfasst und die Anzahl der über Krankenkasse abzurechnenden Personen nach § 3 AsylbLG die Anzahl der bisher nach § 264 SGB V abzurechnenden Personen übersteigt, ist davon auszugehen, dass der Arbeitsaufwand bis auf einen 8-10 % Anteil erhalten bleibt.

Für einen Zeitraum von ca. 6 Monaten nach der Umstellung wäre mit nachgehenden Arbeiten nach dem alten System zu rechnen.

Ein überplanmäßiger Mitarbeiter ist zurzeit mit der Annahme von Anträgen und der Ausgabe von Krankenscheinen befasst. Diese Tätigkeit würde weitgehend entfallen. Dafür wären folgende neue Arbeiten erforderlich:

- Aufnahme des Anmeldebogens inklusive Foto des Antragstellers für jede betreute Person
- Ausgabe der Karten und die Weitergabe der Informationen bezüglich der Handhabung der Karte an die betreuten Personen
- Änderungsmeldungen an die Krankenkasse z.B. Änderung der Anschrift
- Abmeldung der Antragsteller
- Einzug der Versichertenkarte

Im Rahmen der Umstellung des Verfahrens käme zunächst ein Mehraufwand auf den Kollegen zu. Nach der Übergangsphase reduziert sich der Arbeitsaufwand ggfs. um ca. 1/3.

Um eine genaue Aussage machen zu können, wäre eine aufwändige Organisationsuntersuchung durch die Personalverwaltung erforderlich. Wegen der unklaren Entscheidungslage wurde darauf zunächst verzichtet.

## **6. Rahmenempfehlung auf Bundesebene**

Im Rahmen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes wurde am 20.10.2015 auch eine Änderung des § 264 SGB V beschlossen. Danach wird auf Bundesebene eine Rahmenempfehlung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der auf Bundesebene bestehenden Spitzenorganisation der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden vereinbart. Diese Bundesrahmenvereinbarung muss auf Landesebene übernommen werden. Der Gesetzgeber weist nochmals ausdrücklich darauf hin, dass der Leistungsumfang der Gesundheitskarte durch die Regelungen der § 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes begrenzt ist (sh. Anlage 5).

## **7. Gesundheitskarte durch private Anbieter**

Die Firma Ordermed GmbH bietet eine „Health-Card“ für Flüchtlinge an, die wie eine Versicherungskarte einer gesetzlichen Versicherung beim Arzt vorgelegt werden kann. Die Abrechnung erfolgt durch die Kommune. Kosten entstehen nur für die Ausstellung der Karte in Höhe von 3 bis 5 Euro. Eine Rückfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung ergab, dass dieses Verfahren derzeit keine Alternative darstellt. Das Verfahren basiert auf einer Abrechnung über ein Online-Verfahren. Da jedoch noch nicht alle Arztpraxen über einen Internetzugang verfügen, ist eine flächendeckende Anwendung einer solchen Karte nicht möglich.

## **8. Änderung der derzeitigen Verwaltungspraxis: Antragsfreier Krankenschein**

Das derzeitige Verwaltungsverfahren wurde in der Sitzung am 30.04.2015 ausführlich beschrieben. Dieses Verfahren könnte dahingehend geändert werden, dass jedem Berechtigten bei Antragstellung bzw. jeweils zu Beginn eines neuen Abrechnungsquartals automatisch ein Krankenschein für einen Arzt ausgestellt bzw. zugesandt wird. Mit diesem Krankenschein kann der Berechtigte innerhalb des Quartals jederzeit einen Arzt (in der Regel den Hausarzt) aufsuchen. Der Krankenschein berechtigt den Arzt nicht nur zur einmaligen Behandlung, sondern auch zu jeder weiteren Behandlung innerhalb des Quartals. Sollte eine Behandlung durch einen Facharzt notwendig sein, so muss die Überweisung zum Facharzt weiterhin durch FB 50 genehmigt werden. Auch Zahnarztkrankenscheine werden nur auf Antrag ausgestellt. Der Berechtigte muss also im Krankheitsfall nicht zunächst beim FB 50 vorsprechen, sondern kann jederzeit einen Arzt aufsuchen. Bei der Verwaltung entstehen durch diese Verfahrensänderung geringfügige Mehrarbeiten im Bereich der Kostenerstattung und der Kostenermittlung, gleichzeitig entstehen geringfügige Zeitersparnisse bei der Ausgabe der Krankenscheine.

## **9. Zusammenfassung und Einschätzung der Verwaltung**

Zusammenfassend werden die beiden derzeit bestehenden Alternativen nachmals gegenübergestellt

### **Gesundheitskarte**

Vorteile:

- Leistungsempfänger können fast alle Leistungen des Gesundheitssystems ohne vorherige Rücksprache mit der Verwaltung in Anspruch nehmen.
- Prüfverfahren durch das Gesundheitsamt nur noch in Einzelfällen erforderlich
- evtl. geringfügige Einsparung von Personal im Bereich des FB 50

Nachteile:

- Hohe Kosten für die Abrechnung der Leistungen durch die Krankenkasse
- Gefahr des Missbrauchs durch lange Gültigkeitsdauer
- keine Kontrolle über die Einhaltung des eingeschränkten Leistungsumfanges
- derzeit noch fehlende Vereinbarung auf Bundesebene

### **Antragsfreier Krankenschein:**

Vorteile:

- Kostenlose Abrechnung der Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung
- Einhaltung des Leistungsumfanges durch Prüfung durch das Gesundheitsamt
- Missbrauch ist ausgeschlossen

Nachteile:

- Leistungsberechtigte müssen Überweisungen zum Facharzt zur Prüfung dem FB 50 vorlegen.

Die Verwaltung ist bemüht, den politischen Willen umzusetzen.

Sie gibt allerdings die benannten Nachteile, insbesondere die zu erwartenden Kosten zu bedenken.

Die Verwaltung schlägt daher vor, die Verwaltungspraxis wie in Ziffer 8 (Antragsfreier Krankenschein) beschrieben zum 01.01.2016 umzustellen und die Entscheidung über die Einführung der Gesundheitskarte bis zum Herbst 2016 zurückzustellen. Bis dahin ist mit einer Vereinbarung auf Bundesebene zu rechnen und die Erfahrung von anderen Kommunen mit der Gesundheitskarte können bei der Entscheidung berücksichtigt werden. Darüber hinaus können auch die Auswirkungen der neuen Verwaltungspraxis in die Betrachtung mit einbezogen werden.

**Anlagen:**

- Anlage 1: Gesundheitskarte Städtetag
- Anlage 2: Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge - Rahmenvereinbarung
- Anlage 2.1: Gesundheitsprogramm für Flüchtlinge – Anlage zur Rahmenvereinbarung
- Anlage 3: Gesundheitskarte Kommunale Spitzenverbände
- Anlage 4: Gesundheitskarte – Kostenschätzung 1
- Anlage 5: Änderung § 264 SGB V

An die

a) Damen und Herren Mitglieder  
des Sozial- und Jugendausschusses

b) Damen und Herren Mitglieder  
des Gesundheitsausschuss

c) Mitgliedstädte  
hier: Leiter und Leiterinnen für die Bereiche  
Gesundheit und Soziales

27.08.2015/rem

Telefon +49 221 3771-0  
Durchwahl 3771-260  
Telefax +49 221 3771-409

E-Mail

andrea.vontz@staedtetag.de

Bearbeitet von

Andrea Vontz-Liesegang

Aktenzeichen

53.08.04 N

Umdruck-Nr.

N 4379

### **Rahmenvereinbarung gem. § 264 SGB für die Krankenversorgung des in § 1, 1 a Asylbewerberleistungsgesetz genannten Personenkreises**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie bereits bekannt, hat das MGEPA des Landes Nordrhein-Westfalen eine Rahmenvereinbarung zur Einführung einer Gesundheitskarte für Empfänger von Leistungen nach den o. g. Vorschriften des Asylbewerberleistungsgesetzes vorbereitet. An den Gesprächen zur Erarbeitung der Rahmenvereinbarung wurden die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände und einiger Mitgliedstädte relativ spät beteiligt. Von Seiten der kommunalen Vertreter wurde insbesondere die vorgesehene Regelung zur Höhe der von den beitretenden Kommunen an die Krankenkassen zu leistenden Verwaltungskostenpauschalen kritisiert. Die Hauptkritikpunkte der kommunalen Spitzenverbände sind dem in der **Anlage 1** beigefügten Schreiben zu entnehmen.

Das Ministerium und die Krankenkassen waren nur zu geringfügigen Änderungen diesbezüglich bereit. Die Kritik der kommunalen Spitzenverbände teilweise aufnehmend, wurde in den nunmehr zum Abschluss gelangten, in der **Anlage 2** beigefügten Entwurf der Rahmenvereinbarung eine Evaluationsklausel in § 15 aufgenommen. Sobald uns die vom Ministerium und den Krankenkassen unterzeichnete Rahmenvereinbarung in ihrer endgültigen Fassung zugehen wird, werden wir Ihnen diese ebenfalls übersenden.

Jede Stadt wird entsprechend ihrer individuellen Situation eine Entscheidung darüber treffen müssen, ob ein Beitritt zur Rahmenvereinbarung unter den in der Vereinbarung näher umrissenen Konditionen für sie sinnvoll und wirtschaftlich ist. Wir erlauben uns den Hinweis darauf, dass das vorgesehene Leistungsspektrum sowie die Verwaltungskosten in Höhe von 8 %, mindestens jedoch 10 Euro pro Monat eventuell zu höheren Ausgaben führen könnten. Hinzuweisen ist auch darauf, dass sich bei der verwaltungspraktischen Umsetzung weitere Detailfragen ergeben könnten. Auch diesbe-

züglich müssen ggf. individuelle Lösungen der beitretenden Städte und der Krankenkassen gefunden werden.

Frau Ministerin Steffens wird am Freitag, dem 28.08.15, die Rahmenvereinbarung im Rahmen einer im Landtag stattfindenden Pressekonferenz vorstellen.

Mit freundlichen Grüßen

In Vertretung

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'V. Göppert', written in a cursive style.

Verena Göppert

Anlagen

# **RAHMENVEREINBARUNG**

**zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für  
nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach**

**§ 264 Absatz 1 SGB V**

**in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz**

**in Nordrhein-Westfalen**

**zwischen**

**dem Land Nordrhein-Westfalen**

**vertreten durch das Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA),**

**dieses vertreten durch die Ministerin**

**- nachstehend MGEPA -**

**und**

**der AOK Rheinland/Hamburg**

**der AOK NORDWEST**

**der Novitas BKK**

**der Knappschaft und**

**der DAK Gesundheit**

**die Techniker Krankenkasse**

**die BARMER GEK**

**- nachstehend Krankenkassen genannt -**

## INHALT

Präambel	Seite 3
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	Seite 3
§ 2 Ziel dieser Vereinbarung	Seite 3
§ 3 Beitrittsrecht der Gemeinden	Seite 4
§ 3a Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen	Seite 4
§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs	Seite 4
§ 5 Meldeverfahren	Seite 5
§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK)	Seite 5
§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht	Seite 6
§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung	Seite 6
§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des MDK	Seite 6
§ 10 Abrechnungsverfahren	Seite 6
§ 11 Verwaltungskosten	Seite 8
§ 12 Widersprüche und Klageverfahren	Seite 8
§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen	Seite 9
§ 14 Datenschutz	Seite 9
§ 15 Evaluation und Qualitätssicherung	Seite 9
§ 16 Meinungsverschiedenheiten	Seite 10
§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel	Seite 10
§ 18 Laufzeit der Vereinbarung	Seite 10

## **Präambel**

Nach den Regelungen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V wird die Gesundheitsversorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Absatz 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, müssen ihren Anspruch auf Leistungen bei Krankheit bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG unmittelbar gegenüber den Gemeinde geltend machen.

Die vertragsschließenden Parteien sind sich einig, dass auch für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung Verbesserungen anzustreben sind.

Mit der Zielsetzung

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer eGK zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und
- die Gemeinden nachhaltig von Verwaltungsaufgaben zu entlasten

hat das Land NRW – bis zu einer gesetzlichen Anpassung des § 264 SGB V – die Krankenkassen gebeten, die Betreuung dieses Personenkreises zu übernehmen. Aus diesen Gründen schließen die Krankenkassen mit dem Land Nordrhein-Westfalen – vertreten durch das MGEPA - eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Abs. 2 SGB IV ab.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich grundsätzlich alle Krankenkassen an der Vereinbarung beteiligen sollen und eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen durch die beitretenden Gemeinden auf die teilnehmenden Krankenkassen anzustreben ist. Aus verwaltungsökonomischen Gründen wird eine Zuordnung der einzelnen Gemeinden zu je einer teilnehmenden Krankenkasse angestrebt.

### **§ 1 Gegenstand der Vereinbarung**

Die Vereinbarung beschreibt die auftragsweise Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern gegenüber den Gemeinden Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben. Die Gesundheitsversorgung wird durch die teilnehmenden Krankenkassen – nach Maßgabe dieser Vereinbarung sichergestellt.

### **§ 2 Ziel dieser Vereinbarung**

- (1) In Nordrhein-Westfalen übernehmen gemäß § 1 des Ausführungsgesetzes des Asylbewerberleistungsgesetzes die Gemeinden die Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben. Mit der Vereinbarung soll die Gesundheitsversorgung dieser Leistungsberechtigten durch eine Krankenkasse übernommen werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Absatz 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Absatz 1 SGB V.
- (2) Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkasse eine professionelle, effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Gemeinden geleistet.

### **§ 3 Beitrittsrecht der Gemeinden**

- (1) Die Gemeinden in NRW können dieser Vereinbarung beitreten.
- (2) Der Beitritt ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn schriftlich gegenüber dem MGEPA zu erklären. Die Regelungen dieser Vereinbarungen gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach Eingang der Erklärung beim MGEPA.
- (3) Der Austritt einer Gemeinde ist mit einer dreimonatigen Frist zum Quartalsende ebenfalls schriftlich gegenüber dem MGEPA zu erklären.
- (4) Der Beitritt oder Austritt einer Gemeinde ist den teilnehmenden Krankenkassen durch das MGEPA unverzüglich anzuzeigen.

### **§ 3a Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen**

- (1) Krankenkassen, die noch nicht Vertragspartner dieser Rahmenvereinbarung sind, zeigen ihren Beitritt unmittelbar gegenüber dem MGEPA NRW an. Der Austritt einer Krankenkasse ist ebenfalls gegenüber dem MGEPA anzuzeigen. Ein Austritt ist mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich.
- (2) Die beigetretene Krankenkasse nimmt mit Beginn des auf die Anzeige folgenden Quartals an dieser Vereinbarung teil.
- (3) Das MGEPA veröffentlicht eine Liste der teilnehmenden Krankenkassen und beigetretenen Gemeinden jeweils auf ihrer Homepage. Die Krankenkassen und beigetretenen Gemeinden stimmen der Veröffentlichung und der jeweiligen Aktualisierung auf der Homepage des MGEPA zu.

### **§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs**

- (1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Gemeinden sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG (vgl. Anlage 1, Buchstabe A und B). Nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Gemeinden erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A und B in Anspruch genommen hat.
- (2) Für die in Anlage 1, Buchstabe C, aufgeführten GKV-Leistungen ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber der Gemeinde zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Gemeinden weitergeleitet und dort in eigener Verantwortung entschieden.
- (3) Der Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Betreuungsverhältnisses beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 AsylbLG (Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG) vorliegen und der Leistungsberechtigte weder in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) noch in einer Zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) untergebracht ist. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Gemeinden. Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) bzw. einer Zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) greifen die Regelungen dieser Vereinbarung nicht.
- (4) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Absatz 3 AsylbLG.

## **§ 5 Meldeverfahren**

- (1) Die Gemeinden melden die Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielgemeinde unverzüglich bei einer teilnehmenden Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.
- (2) Das Land wirkt auf die gleichmäßige Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Krankenkassen hin.
- (3) Die Gemeinden, die dieser Vereinbarung beigetreten sind, teilen der Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der dieser Vereinbarung als Muster beigefügten Meldevordrucke (Anlagen 2 bis 4) mit:
  - a. Separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V
  - b. An- und Abmeldungen des Haushaltsvorstandes (inklusive der Angehörigen)
  - c. Änderung der Personenstandsdaten (z. B. Namensänderung inklusive Anschriftenänderung)
  - d. Ummeldung vom Haushaltsvorstand zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltsvorstandes (inklusive seiner bisherigen Angehörigen)
  - e. Sonstige Änderungsmeldungen (z. B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)
- (4) Die vorgenannten Meldungen sind von der zuständigen Gemeinde zu unterzeichnen und mit Behördenstempel zu versehen, soweit sie nicht elektronisch übermittelt werden. Voraussetzung für die elektronische Übermittlung ist, dass alle Beteiligten ein einheitliches und verbindliches Verfahren abgestimmt haben.
- (5) Auf dem Anmeldevordruck ist der Krankenkasse von der zuständigen Gemeinde für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zugleich bestätigt die Gemeinde mit der Anmeldung, dass das Lichtbild mit der Identität des Leistungsberechtigten übereinstimmt.
- (6) Sind die Meldungen unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an die zuständige Gemeinde zurückgeschickt.

## **§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC**

- (1) Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf 24 Kalendermonate. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer im Sinne der §§ 1896 BGB ff möglich. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen den Gemeinden Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Gemeinden stellen sicher, dass sie die Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK informieren.
- (2) Beim erstmaligen Abhandenkommen oder bei erstmaliger Meldung eines Defekts einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag des Leistungsberechtigten eine neue eGK aus.
- (3) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen Gemeinde für jeden Leistungsberechtigten 10,00 Euro. Damit ist auch die Ausstellung einer weiteren Karte, z. B. bei Verlust oder Ablauf, abgegolten. Werden darüber hinaus weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8,00 Euro an.

## **§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht**

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Die Krankenkassen stellen hierzu einen Befreiungsausweis aus. Der Befreiungsausweis wird den Leistungsberechtigten individuell, nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der jeweiligen Kasse zur Verfügung gestellt.

## **§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung**

- (1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger feststeht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Abmeldung durch die zuständige Gemeinde bei der Krankenkasse. Gleiches gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit der Gemeinde. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 2 bis 4). Mit der Abmeldung ist die Gemeinde verpflichtet, von dem Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat die zuständige Gemeinde zu erstatten.
- (3) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der auftragsweisen Gesundheitsversorgung, obwohl zwischenzeitlich bereits Versicherungspflicht eingetreten ist, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber der zuständigen Gemeinde bestehen. Etwaige Ersatzansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat die Gemeinde gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (4) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort, hat durch die bisher zuständige Gemeinde eine Abmeldung bei der bisher betreuenden Krankenkasse zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch die neue zuständige Gemeinde hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen. Voraussetzung ist, dass die aufnehmende Gemeinde ebenfalls dieser Vereinbarung beigetreten ist.
- (5) Das Betreuungsverhältnis endet mit dem Austritt der Gemeinde aus der Rahmenvereinbarung (§ 3 Abs. 3). Abs. 1 und 2 bleiben davon unberührt.

## **§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen**

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entsprechend der gesetzlichen Regelungen. Die Kosten für die Umlage gemäß § 281 SGB V werden in Höhe von 10,00 Euro jährlich (Stichtag 1. Juli) pro Leistungsberechtigten von den jeweils zuständigen Gemeinden übernommen.

## **§ 10 Abrechnungsverfahren**

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit der zuständigen Gemeinde ab.
- (2) Die zuständige Gemeinde leistet monatlich Abschlagzahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der am Monatsersten gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Absatz 3. Die Abschlagszahlungen beginnen im zweiten Monat des Beitrittsquartals.

- (3) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt. Eine unterjährige Anpassung der Abschlagszahlung ist vorzunehmen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Abschlagszahlung nicht mehr entsprechen.
- (4) Bis zum 31.12.2016 orientiert sich die Höhe der Abschlagszahlung an den durchschnittlichen Ausgaben der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt damit monatlich 200,00 Euro je Leistungsberechtigtem.
- (5) Die Abschlagzahlungen sind jeweils zum Zehnten eines Monats zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse der zuständigen Gemeinde, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagzahlung verrechnet werden können.
- (6) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem zu übermitteln:
- Name
  - Vorname
  - Geburtsdatum
  - Krankenversicherungsnummer
  - Aktenzeichen
  - Rechnungsnummer
  - Leistungsaufwendungen von/bis
  - Betrag
  - Leistungsart
  - Leistungsaufwendung gesamt
- (7) Die Abrechnungen sind nach folgenden Leistungsarten zu differenzieren:
- Arzneimittel
  - Ärztliche Behandlung (jeweils getrennt nach Morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetären Leistungen)
  - Zahnärztliche Leistungen:
    - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1
    - Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen BEMA Teil 2
    - Parodontosebehandlungen BEMA Teil 4
    - Kieferorthopädische Leistungen BEMA Teil 3
  - Krankenhausbehandlung
  - Heilmittel
  - Hilfsmittel
  - Häusliche Krankenpflege
  - Soziotherapie
  - Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
  - Psychotherapie
  - Sozialpädiatrische Leistungen
  - Medizinische Rehabilitation für Mütter
  - Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
  - Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
  - Fahrkosten
  - Gutachterkosten Zahnärzte im Rahmen Kieferorthopädie oder Parodontosebehandlung
  - Gutachterkosten Psychotherapie
  - Verwaltungskosten
  - Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
  - Kosten für Versichertenkarten (eGK)
  - Sprechstundenbedarf

- (8) Die Abrechnung der budgetierten ärztlichen Leistungen erfolgt für diesen Personenkreis – analog des Verfahrens für Betreute nach § 264 Abs. 2 SGB V – in Höhe des sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme ergebenden durchschnittlichen Betrages.
- (9) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung von Vertragsärzten beteiligt sich die zuständige Gemeinde an der Umlage der Krankenkassen(verbände).
- (10) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.
- (11) Die personenbezogenen Abrechnungen der Leistungsberechtigten werden in einer Sammelrechnung in Papierform zusammengefasst. Die Sammelrechnung weist die Gesamtsumme der Leistungen, der Pauschalen und der Verwaltungskosten sowie die Endsumme aus. Die Endsumme ist zum Ablauf des auf die Abrechnung folgenden Kalendermonats an die Krankenkasse zu leisten.
- (12) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden der zuständigen Gemeinde im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V bleibt hiervon unberührt. Die in § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V genannten Anhaltspunkte für Unwirtschaftlichkeit können sich nur auf absolute Ausnahmefälle beziehen, in denen den Gemeinden konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden.
- (13) Krankenkassen und Gemeinden sind sich darüber einig, dass §§ 110, 111 und 113 SGB X keine Anwendung finden. In den Rechtsbeziehungen zwischen Gemeinden und Krankenkassen findet ab dem Zeitpunkt der Bestandskraft eines Verwaltungsaktes bzw. eines Urteils die dreijährige Verjährungsfrist des BGB Anwendung.

### **§ 11 Verwaltungskosten**

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet die zuständige Gemeinde Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,00 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem.
- (2) Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigtem angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt. Maßgeblich für die Quartalszuordnung der Leistungsaufwendungen ist der Tag der Inanspruchnahme. Der sich hieraus prozentual berechnete Betrag wird mit dem quartalsweisen Mindestverwaltungskostenaufwand je Leistungsberechtigtem abgeglichen. Der höhere Betrag ist zu erstatten.

### **§ 12 Widersprüche und Klageverfahren**

- (1) Die Krankenkasse entscheidet – sofern sie nach dieser Vereinbarung für die Leistungsentscheidung zuständig ist – über Widersprüche. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse. Die zuständige Gemeinde als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.

- (2) Die Gemeinde ersetzt der Krankenkasse alle anfallenden Verfahrenskosten (Anwalts- und Gerichtskosten) unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse zum Beispiel von einem Gericht zur Übernahme von Behandlungskosten verurteilt wird, sie ein Anerkenntnis abgibt, sie einen Vergleich schließt bzw. einem Widerspruch stattgibt. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der quartalsweisen Abrechnung gemäß § 10 dieser Vereinbarung.

### **§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen**

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt die zuständige Gemeinde. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie die zuständige Gemeinde zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt der Gemeinde.

### **§ 14 Datenschutz**

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieser Vereinbarung ergebenden Arbeitsteilung sicherzustellen, dass

1. die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung (insbes. § 35 SGB I, §§ 284 ff. Sozialgesetzbuch SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes NRW, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen, Bundesdatenschutzgesetz bzw. Sozialgesetzbuch) erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
2. alle Personen, die mit der Bearbeitung der in der Vereinbarung genannten Tätigkeiten und mit der Erfüllung der sich daraus ergebenden Verpflichtungen befasst sind oder befasst sein können, die unter Ziffer 1 genannten Regelungen und Gesetze kennen und dass bei der Durchführung des Vertrages nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend belehrt, zur Geheimhaltung verpflichtet wurden und auf die Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften hingewiesen sind.

### **§ 15 Evaluation und Qualitätssicherung**

1. Die teilnehmenden Krankenkassen und Gemeinden vereinbaren regelmäßige Gespräche insbesondere zur Entwicklung der Leistungsausgaben. Ziel dieser Gespräche ist es, Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben und der Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens und der Klärung von Leistungsansprüchen zu erörtern und zu vereinbaren.
2. Nach Abrechnung der ersten beiden Quartale wird die Angemessenheit der Verwaltungskosten überprüft. Auf der Basis dieses Evaluationsergebnisses wird eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der Verwaltungskosten als nicht sachgerecht darstellen sollte.

## **§ 16 Meinungsverschiedenheiten**

Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt oder die Auslegung der vorliegenden Vereinbarung werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vereinbarungspartnern in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

## **§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel**

- (1) Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vereinbarungspartnern unterzeichneten Nachtrages.
- (2) Sofern einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein sollten oder Auslassungen enthalten, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung gilt diejenige wirksame Bestimmung als vereinbart, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung entspricht. Im Fall von Auslassungen gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieser Vereinbarung vernünftigerweise vereinbart worden wäre, hätte man die Angelegenheit von vornherein bedacht.
- (3) Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

## **§ 18 Laufzeit der Vereinbarung**

- (1) Die Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung der vertragsschließenden Parteien in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 31.07.2016, schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Soweit sich durch neue bundesrechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Vereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Vereinbarung ein. Das Kündigungsrecht nach § 3 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (4) Unbeschadet des Absatzes 2 kann diese Vereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.

Ort/Datum	Land NRW, vertreten durch das MGEPA
Ort/Datum	AOK Rheinland/Hamburg
Ort/Datum	AOK Nordwest
Ort/Datum	Novitas BKK
Ort/Datum	Knappschaft
Ort/Datum	DAK-Gesundheit
Ort/Datum	Techniker Krankenkasse
Ort/Datum	BARMER GEK

## **Anlage 1**

### **zur Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land NRW zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz vom ...**

Die Krankenkassen und das Land NRW verständigen sich darauf, dass zur Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten (§ 264 Abs. 1 SGB V) zwischen drei Leistungsgruppen differenziert wird:

#### **A. Leistungsbereiche, die direkt über die eGK bezogen werden**

(kein Genehmigungsverfahren)

- Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft; die Leistungen werden auf Basis des § 4 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt.

#### **B. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und für die künftig die Krankenkassen die Versorgung für die Asylbewerber/innen übernehmen sollen**

- Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft.

#### **C. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und bei denen regelmäßig das Kriterium der Aufschiebbarkeit der Leistung greift**

In den nachfolgenden Fällen erfolgt keine Leistungsgewährung durch die Krankenkassen:

1. Vorsorgekuren.
2. Neuversorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung
3. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V
4. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation,
5. strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
6. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
7. Leistungen im Ausland.

Leistungen nach Buchstabe A und B sind den Krankenkassen von den Städten und Gemeinden voll zu ersetzen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre.

Leistungsanträge nach Buchstabe C sind an die Städte und Gemeinden weiterzuleiten. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen  
Frau Ministerialdirigentin Dr. Dorothea Prütting  
Horionplatz 1  
40213 Düsseldorf

E-Mail: [dorothea.pruetting@mgepa.nrw.de](mailto:dorothea.pruetting@mgepa.nrw.de)  
[info@mgepa.nrw.de](mailto:info@mgepa.nrw.de)

nachrichtlich:

Ministerium für Inneres und Kommunales  
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ansprechpartner für den Städtetag:  
Hauptreferentin  
Andrea Vontz-Liesegang  
Tel.-Durchwahl: 0221/3771-260  
E-Mail: [andrea.vontz@staedtetag.de](mailto:andrea.vontz@staedtetag.de)

Aktenzeichen: 53.08.04 N

Ansprechpartner für den Landkreistag:  
Beigeordneter  
Dr. Christian von Kraack  
Tel.-Durchwahl: 0211/300491200  
E-Mail: [kraack@lkt-nrw.de](mailto:kraack@lkt-nrw.de)

Ansprechpartner für den Städte- und Gemein-  
debund NRW  
Hauptreferent Matthias Menzel  
Tel.-Durchwahl.: 0211/4587-234  
E-Mail: [Matthias.Menzel@kommunen-in-nrw.de](mailto:Matthias.Menzel@kommunen-in-nrw.de)

Datum: 27.07.2015

**Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern –Entwurf einer Rahmenvereinbarung  
zur Übernahme der Gesundheitsversorgung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs.  
1 und 7 SGB V**

Sehr geehrte Frau Dr. Prütting,

wir knüpfen an unser Schreiben an Ihr Haus vom 02.06.2015, die Antwort Ihres Hauses vom 26. Juni 2015 sowie die bisherigen Gespräche, zuletzt das Gespräch der Arbeitsgruppe am 08.07.2015. Hiernach haben noch die weiteren Abstimmungsarbeiten sowohl auf kommunaler als auch auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung stattgefunden. Zuletzt wurde uns eine von Seiten der Krankenkassen überarbeitete Version der Rahmenvereinbarung mit Mail von Herrn Süss, AOK-Rheinland/Hamburg am 21.07.2015 übersandt. Wir geben mit diesem Schreiben unsere Einschätzung hierzu und zum derzeitigen Entwicklungs- und Verfahrensstand ab:

Zunächst bedanken wir uns für den konstruktiven Charakter der bisherigen Gespräche trotz teilweise unterschiedlicher Positionen. Ausdrücklich begrüßen wir noch einmal das Engagement aller, an der Vorlage eines Entwurfes einer Rahmenvereinbarung zwischen Land NRW und der zur Übernahme der Versorgung bereiten Krankenkassen, Beteiligten. Interessierte Kommunen können einer solchen Vereinbarung freiwillig beitreten, falls die Konditionen ihnen akzeptabel erscheinen.

Zum aktuellen Stand der Rahmenvereinbarung und der sich stellenden Detailfragen haben wir folgende Anmerkungen:

## **A. Leistungsbereiche**

Zu begrüßen ist grundsätzlich die von den Krankenkassen nunmehr vorgesehene Anpassung in § 10 Abs. 7, in dem nun einzelne Leistungsbereiche aufgeführt sind. Es fällt allerdings auf, dass bei den Leistungsarten Gutachterkosten für Zahnärzte aufgeführt sind. U.E. dürften diese dort nicht aufgeführt werden, weil die Neuversorgung von Zahnersatz von den Kommunen selbst bewilligt wird. Diese Position müsste daher gestrichen werden, es sei denn, die Krankenkassen legten nachvollziehbar dar, dass diese Gutachterkosten bei dem von ihnen erbrachten Leistungsspektrum in notwendiger Weise anfallen.

Zudem fällt auf, dass die Position „Zahnärztliche Behandlung“ nicht weiter aufgeschlüsselt wurde, wie dies in der Hamburger Vereinbarung der Fall ist. Wir schlagen bei der Zahnbehandlung zumindest folgende Differenzierung vor:

- Zahnärztl. Behandlung (Kons.-chirurg. Leistungen, Kopfpauschale)
- Zahnärztl. Leistungen: Parodontosebehandlung
- Zahnärztl. Leistungen: Kieferbruch
- Zahnärztl. Leistungen: Kieferorthopädie

Die Zustimmung der Kassenseite zu unseren Änderungsvorschlägen in Anlage 1 Buchst. C begrüßen wir. Hinsichtlich des Punktes „Zahnersatz“ ist allerdings anzumerken, dass die Kommunen zuständig für die Neuversorgung mit Zahnersatz sind und als bewilligende Stellen auch für die Abwicklung und Bearbeitung eventueller diesbezüglicher Gewährleistungsansprüche zuständig sind. Das sollte in der Rahmenvereinbarung auch so klar gestellt werden.

Zur Vermeidung von evtl. Doppelversorgungen bzw. -zahlungen sollten sich die betreuende Krankenkasse und die Kommune immer über die Versorgung mit Zahnersatz benachrichtigen. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen die Leistungsbezieher nach 15 Monaten in die gesetzliche Regelbetreuung nach § 2 AsylbLG wechseln und dann ggfls. bei einem anderen Zahnarzt eine erneute Neuversorgung beantragen.

## **B. Verjährungsfrage**

In der kassenseitig vorgenommenen Überarbeitung des Rahmenvereinbarungsentwurfs wurde nun die in den Gesprächen problematisierte Verjährungsfrage mit einer Anpassung des § 10 Abs. 13 -mit Verweis auf die allgemeingültigen Regelungen des BGB- aufgenommen. Dies begrüßen wir grundsätzlich, regen allerdings hinsichtlich der Formulierung des o.a. Absatzes zur Vermeidung von eventuellen Streitigkeiten bzw. Irritationen folgende Regelung an:

„In den Rechtsbeziehungen (..) beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist, die dreijährige Verjährungsfrist des BGB.“

Alternativ wäre auch die Formulierung aus Hamburg gem. § 9 Abs. 7 Satz 2 denkbar.

## **C. Kostenpauschale**

Bereits mehrfach und eindringlich haben wir auf die Problematik der nach wie vor unverändert im aktuellen Entwurf vorgesehen Regelungen zu den von den beitretenden Kommunen an die Krankenkassen zu leistenden Zahlungen für den dort entstehenden Verwaltungsaufwand hingewiesen.

Wir halten nach wie vor sowohl die vorgesehene Bindung an das Leistungsvolumen als auch den an sich sehr hohen Prozentbetrag von 8 % für anpassungsbedürftig.

Die Bindung an das Leistungsvolumen könnte wegen fehlender Kalkulierbarkeit eventuell einem Beitritt von Kommunen im Nothaushalt, im Haushaltssicherungskonzept und im Haushaltssanierungsplan entgegenstehen. Die kommunalen Spitzenverbände plädieren daher stattdessen für eine angemessene fixe Pauschale in einem Eurobetrag je Leistungsberechtigtem pro Monat. Dies trägt zum einen der Tatsache Rechnung, dass der Verwaltungsaufwand auf Seiten der Krankenkassen in keinem festen Bezug zum zugebilligten Leistungsvolumen steht. Zum anderen entstände ansonsten angesichts der wahrscheinlichen Erhöhung des möglichen Leistungsumfangs, die sich derzeit nicht kalkulieren lässt, eine kommunalhaushaltsrechtlich schwierige Situation. Allein auf der Basis eines festen Eurobetrags je Leistungsberechtigtem je Monat ließe sich dieses Risiko für die kommunale Seite genauer eingrenzen und zumindest die Kostenbelastung für die Kommunen vorab einschätzbar gestalten. Diesen von uns aufgezeigten Lösungsansatz favorisieren wir nach wie vor, da Kommunen so in ihrer Teilnahmeentscheidung unterstützt werden.

Hinsichtlich der Höhe als solcher ist berücksichtigen, dass dieser Betrag so festzusetzen wäre, dass eine Unterdeckung der Verwaltungskosten auf der Kassenseite ausgeschlossen wird, da ansonsten eine Belastung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen durch ihn nicht abgedeckten Kreis entstände. Die bisherige Argumentation, dies sei erst bei einer Pauschale im Umfang von 8 % des zugebilligten Leistungsvolumens gegeben, können wir ohne Vorlage belastbarer Daten allerdings nach wie vor nicht nachvollziehen. So sieht beispielsweise der Bundesgesetzgeber für die Kreise des § 264 Abs. 2 SGB V in § 264 Abs. 7 SGB V nur eine Verwaltungskostenpauschale von „bis zu 5 %“ vor. Es ist uns nicht bekannt, dass dies vom Bundesversicherungsamt im Rahmen seiner aufsichtsrechtlichen Zuständigkeit bislang als Unterdeckung der Krankenkassen gerügt wurde.

Vielmehr darf es durch die nordrhein-westfälische Rahmenvereinbarung nicht zu einer Überkompensation des Verwaltungsaufwandes der Krankenkassen kommen. Auch die Kommunen sind zu einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung verpflichtet und verwalten öffentliche Gelder. Daher möchten wir die Krankenkassen nochmals bitten, hinsichtlich der Kosten die in Bremen und Hamburg getroffenen Vereinbarungen zu übernehmen oder für den Fall, dass dies mit ihren Aufwandberechnungen nicht übereinstimmt, nachvollziehbare Berechnungen für Abweichungen vorzulegen. Leider wurden diese von den Krankenkassen – trotz mehrfacher Aufforderung von kommunaler Seite – noch immer nicht vorgelegt.

#### **D. Anpassung an die Entwicklung auf Bundesebene**

Im Weiteren möchten wir auf die nach wie vor laufenden Entwicklungen auf Bundes- bzw. Bund-Länder-Ebene, insbesondere die Ergebnisse der Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 18. Juni 2015 hinweisen. Hier ist durch die Aufnahme einer Regelung in der Rahmenvereinbarung sicherzustellen, dass die Entwicklung in Nordrhein-Westfalen mit derjenigen der Bund-Länder-Ebene synchronisiert wird und dass Kommunen durch die Teilnahme an einer NRW-Rahmenvereinbarung nicht schlechter gestellt werden, als eine Bundesregelung dies zukünftig vorsieht.

Abschließend möchten wir anmerken, dass die jüngsten kassenseitigen Änderungen am Entwurf grundsätzlich in eine positive Richtung gehen, die unserem Ziel, der Schaffung einer guten und rasch verfügbaren Rahmenvereinbarung entspricht. Gerade hinsichtlich der schwierigen Kostenfrage sind jedoch noch Änderungen im von uns ausführlich dargelegten Sinne erforderlich. Wegen der damit im Zusammenhang stehenden kommunalhaushaltsrechtlichen Fragestellungen regen wir dringend ein gemeinsames Gespräch mit dem Ministerium für Inneres und Kommunales an.

Abschließend bleibt festzustellen, dass jede Kommune selbst entscheiden wird, ob eine Beteiligung an der Rahmenvereinbarung für sie sinnvoll erscheint. Insbesondere eine Änderung hinsichtlich der bislang vorgesehenen Verwaltungskosten im o.g. Sinne würde eine Entscheidung für einen Beitritt sicherlich begünstigen.

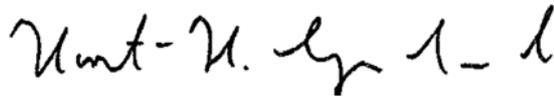
Mit freundlichen Grüßen  
In Vertretung



Verena Göppert  
Beigeordnete  
des Städtetages Nordrhein-Westfalen



Dr. Christian von Kraack  
Beigeordneter  
des Landkreistages Nordrhein-Westfalen



Horst-Heinrich Gerbrand  
Geschäftsführer  
des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen

Kostenschätzung Gesundheitskarte					
		<b>2016</b>			
	Berechnung	Anzahl Personen	x Kosten	<b>Gesamt</b>	
Kosten für die Ausstellung der Karte	Personen 01.01.2016	1769	10,00 €	17.690,00 €	
Zuwachs § 3 pro Monat 90 Personen	12 x 90 (Bruttozuwachs)	1080	10,00 €	10.800,00 €	
Umlagekosten gem. § 9 Rahmenvertr.	Stand 01.07.2016 (1.769 + 6 x 20) (Nettozuwachs)	1889	10,00 €	18.890,00 €	
Verwaltungskosten	Mannmonate 01.01. - 31.12. x 40 % ca. (40% nehmen keine Leistungen in Anspruch)	9115	10,00 €	91.150,00 €	
	Krankenhilfekosten 2016 x 8 % 3.380.000€ x 8%			270.400,00 €	
Sprechstundenbedarf	kann nicht beziffert werden				
Verfahrenskosten	kann nicht beziffert werden				
			Summe	408.930,00 €	
			<b>Gerundet</b>	<b>410.000,00 €</b>	

## „§ 131

Sonderregelung zur  
Eingliederung von Ausländerinnen  
und Ausländern mit Aufenthaltsgestattung

Für Ausländerinnen und Ausländer, die eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz besitzen und aufgrund des § 61 des Asylgesetzes keine Erwerbstätigkeit ausüben dürfen, können bis zum 31. Dezember 2018 Leistungen nach dem Zweiten und Dritten Unterabschnitt des Ersten Abschnitts des Dritten Kapitels sowie Leistungen nach den §§ 44 und 45 erbracht werden, wenn bei ihnen ein rechtmäßiger und dauerhafter Aufenthalt zu erwarten ist. Bei einem Asylbewerber, der aus einem sicheren Herkunftsstaat nach § 29a des Asylgesetzes stammt, wird vermutet, dass ein rechtmäßiger und dauerhafter Aufenthalt nicht zu erwarten ist.

3. Nach § 381 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Durch Satzung kann der Vorstand um ein weiteres Mitglied erweitert werden.“

4. § 421 wird wie folgt gefasst:

## „§ 421

## Förderung der Teilnahme an Sprachkursen

(1) Die Agentur für Arbeit kann die Teilnahme von Ausländerinnen und Ausländern, die eine Aufenthaltsgestattung besitzen und bei denen ein rechtmäßiger und dauerhafter Aufenthalt zu erwarten ist, an Maßnahmen zur Erlangung erster Kenntnisse der deutschen Sprache fördern, wenn dies zu ihrer Eingliederung notwendig ist und der Maßnahmenbeginn bis zum 31. Dezember 2015 erfolgt. Dies gilt auch für Ausländerinnen und Ausländer nach Satz 1, die auf Grund des § 61 des Asylgesetzes eine Erwerbstätigkeit nicht ausüben dürfen. Bei einem Asylbewerber, der aus einem sicheren Herkunftsstaat nach § 29a des Asylgesetzes stammt, wird vermutet, dass ein rechtmäßiger und dauerhafter Aufenthalt nicht zu erwarten ist.

(2) Die Dauer der Teilnahme an der Maßnahme beträgt bis zu acht Wochen. Die Teilnahme kann durch Übernahme der Maßnahmekosten gefördert werden, wenn die Träger die erforderliche Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit besitzen.

(3) Dem Träger werden als Maßnahmekosten erstattet:

1. die angemessenen Aufwendungen für das zur Durchführung der Maßnahme eingesetzte erforderliche Personal sowie für das erforderliche Leitungs- und Verwaltungspersonal,
2. die angemessenen Sachkosten einschließlich der Kosten für Lehr- und Lernmittel und
3. die erforderlichen Fahrkosten der Teilnehmenden.

(4) Die Berechtigung der Ausländerin oder des Ausländers zur Teilnahme an einem Integrationskurs schließt eine Förderung nach Absatz 1 nicht aus.

(5) Die Leistungen nach dieser Vorschrift sind Leistungen der aktiven Arbeitsförderung im Sinne des § 3 Absatz 1 und 2.“

## Artikel 11

Änderung des  
Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Dem § 264 Absatz 1 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Krankenkasse ist zur Übernahme der Krankenbehandlung nach Satz 1 für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes verpflichtet, wenn sie durch die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert wird und mit ihr eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird. Die Vereinbarung über die Übernahme der Krankenbehandlung nach Satz 1 für den in Satz 2 genannten Personenkreis hat insbesondere Regelungen zur Erbringung der Leistungen sowie zum Ersatz der Aufwendungen und Verwaltungskosten nach Satz 1 zu enthalten; die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte kann vereinbart werden. Wird von der Landesregierung oder der von ihr beauftragten obersten Landesbehörde eine Rahmenvereinbarung auf Landesebene zur Übernahme der Krankenbehandlung für den in Satz 2 genannten Personenkreis gefordert, sind die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam zum Abschluss einer Rahmenvereinbarung verpflichtet. Zudem vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den auf Bundesebene bestehenden Spitzenorganisationen der nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständigen Behörden Rahmenempfehlungen zur Übernahme der Krankenbehandlung für den in Satz 2 genannten Personenkreis. Die Rahmenempfehlungen nach Satz 5, die von den zuständigen Behörden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und den Krankenkassen nach den Sätzen 1 bis 3 sowie von den Vertragspartnern auf Landesebene nach Satz 4 übernommen werden sollen, regeln insbesondere die Umsetzung der leistungsrechtlichen Regelungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung der Leistungen sowie den Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten der Krankenkassen nach Satz 1. Bis zum Inkrafttreten einer Regelung, wonach die elektronische Gesundheitskarte bei Vereinbarungen nach Satz 3 zweiter Halbsatz die Angabe zu enthalten hat, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes handelt, stellen die Vereinbarungspartner die Erkennbarkeit dieses Status in anderer geeigneter Weise sicher.“

2. Dem § 291 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Vereinbarungen nach § 264 Absatz 1 Satz 3 zweiter Halbsatz hat die elektronische Gesundheitskarte die Angabe zu enthalten, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach