



ESCHWEILER

mit Energie in die Zukunft!

Stadt Eschweiler Der Bürgermeister

Stadt Eschweiler | Postfach 1328 | 52233 Eschweiler

An die
Mitglieder des
Sozial- und Seniorenausschusses
der Stadt Eschweiler



Dienststelle
Dezernat II

Auskunft erteilt

Stefan Kaever

Zimmer 135/136

Telefon (02403) 71-204

Fax (02403) 60 99 91 38

stefan.kaever@eschweiler.de

Ihr Zeichen

Mein Zeichen Dez. II/Kae.

Datum 11.09.2015

Dienstgebäude

Johannes-Rau-Platz 1

52249 Eschweiler

Telefon-Zentrale 02403/71-0

stadtverwaltung@eschweiler.de

www.eschweiler.de

Öffnungszeiten im Rathaus

Montag-Mittwoch und Freitag

8.30-12.00 Uhr

Donnerstag

14.00-17.45 Uhr

**Sitzung des Sozial- und Seniorenausschusses am 24.09.2015;
TOP 1.5 Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in Eschweiler nach dem
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- Ergänzung zum Sachstandsbericht in der VV Nr. 222/15 -**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegenüber dem mit Verwaltungsvorlage Nr. 222/15 vorgelegten Sachstandsbericht zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen in Eschweiler nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) hat sich zwischenzeitlich durch den Abschluss einer Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und einigen Krankenkassen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber eine veränderte Situation ergeben.

In Ergänzung der o.a. Verwaltungsvorlage füge ich deshalb die nachfolgend aufgeführten Anlagen zu Ihrer Information bei:

- a) Schnellbriefe des Städte- und Gemeindebundes NRW vom 01. und 03.09.2015 „Rahmenvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber“
- b) Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 I SGB V i.V.m. §§ 1, 1 a AsylbLG in NRW (einschl. eigener Anlagen)
- c) Fragen- und Antwortkatalog des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) zur G-Karte NRW

Für die Ausschusssitzung ist neben der Information über die Verwaltungsvorlage ein zusätzlicher Fachvortrag geplant, in dem nunmehr auch die sich aus dem Abschluss der Rahmenvereinbarung und der Beitrittsoption für die Kommunen ergebenden Veränderungen betrachtet werden.

Mit freundlichem Gruß
In Vertretung

Stefan Kaever
Beigeordneter und Stadtkämmerer

Gläubiger-ID

DE 96 001 000 000 808 85

Bankverbindungen

Sparkasse Aachen

IBAN: DE48 3905 0000 0001 2161 00

BIC: AACSD33

Commerzbank AG

IBAN: DE11 3708 0040 0170 2816 00

BIC: DRESDEFF370

Postbank Köln

IBAN: DE07 3701 0050 0003 8245 09

BIC: PBNKDEFF370

Raiffeisen-Bank Eschweiler

IBAN: DE73 3936 2254 2500 1160 16

BIC: GENODED1RSC

VR-Bank eG

IBAN: DE08 3916 2980 6103 9480 19

BIC: GENODED1WUR

ESCHWEILER

hat keinen Platz für Rassismus



Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Der Geschäftsführer

■ Städte- und Gemeindebund NRW • Postfach 10 39 52 • 40030 Düsseldorf

Schnellbrief 183/2015

An die
Mitgliedsstädte und -gemeinden

Postfach 10 39 52 • 40030 Düsseldorf
Kaiserswerther Straße 199-201
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 • 4587-1
Telefax 0211 • 4587-211
E-Mail: info@kommunen-in-nrw.de
pers. E-Mail:
Internet: www.kommunen-in-nrw.de

Aktenzeichen: III/2 - 37.0.2

Ansprechpartner:
Geschäftsführer Horst-Heinrich Gerbrand
Hauptreferent Dr. Matthias Menzel

Durchwahl 0211 • 4587-234

01. September 2015

Rahmenvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber

Sehr geehrte Damen und Herren Bürgermeisterinnen und Bürgermeister,

anliegend übersenden wir Ihnen die Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Nichtversicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in NRW. Die Rahmenvereinbarung zur Einführung der Gesundheitskarte für Asylbewerber wurde geschlossen zwischen dem Land NRW und einigen Krankenkassen. Neben der AOK Nord-West beteiligen sich die AOK Rheinland/Hamburg, die Novitas BKK, die Knappschaft, die DAK-Gesundheit, die Techniker Krankenkasse und die Barmer GEK an der Gesundheitskarte für Asylbewerber. Weitere Kassen können nach Mitteilung des Landes NRW der Vereinbarung beitreten.

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 Leistung bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstigen Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben. In diesen Fällen wird die Gesundheitsversorgung durch die teilnehmende Krankenkasse nach Maßgabe der Rahmenvereinbarung sichergestellt.

Auf der Grundlage der Vereinbarung wird keine Kommune verpflichtet, die Gesundheitskarte für Asylbewerber einzuführen. Vielmehr hat die Stadt / Gemeinde nach § 3 Rahmenvereinbarung ein freiwilliges Beitrittsrecht. Mit dem Beitritt kommen dann in der jeweiligen Kommune die einzelnen Regelungen der Rahmenvereinbarung zur Anwendung. Damit ist die Angelegenheit nach Einschätzung der Geschäftsstelle nicht konnexitätsrelevant.

Die kommunalen Spitzenverbände waren an den Gesprächen zum Abschluss der Rahmenvereinbarung beteiligt. Dabei wurde insbesondere mit den Beteiligten abgestimmt, dass jede beitretende Gemeinde möglichst nur mit einer und nicht mit mehreren Krankenkassen arbeiten muss. Zudem wurde der Leistungsausschlusskatalog der **Anlage 1** der Vereinbarung grundlegend überarbeitet und entschlackt.

Die kommunalen Spitzenverbände hatten sich dafür eingesetzt, dass die Kommunen für die Verwaltungsaufwendungen der Krankenkassen lediglich eine feste Pauschale pro Leistungsberechtigten zu entrichten haben. Dies war allerdings nicht konsensfähig. In § 11 der Rah-

Diesen Schnellbrief und weitere tagesaktuelle Informationen, Gesetzesvorlagen und -texte, Mustersatzungen und -dienstleistungsleistungen etc. aus dem kommunalen Bereich finden Sie im kostenlosen Intranet des StGB NRW. Die Zugangsdaten hierfür erhalten Sie im Hauptamt Ihrer Kommune.

menvereinbarung ist geregelt, dass zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen die zuständige Gemeinde Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Gesundheitsvorsorge gemäß § 264 Abs. 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen leistet, mindestens jedoch 10 Euro pro angefangenen Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem. Die kommunalen Spitzenverbände haben darauf hingewiesen, dass der Betrag zu hoch angesetzt sei, allenfalls 5 % seien angemessen. Der Bundesgesetzgeber selbst sehe in § 264 Abs. 7 SGB V eine Verwaltungskostenpauschale von bis zu 5 % vor.

Bei der 8%-Regelung ist es geblieben, allerdings enthält § 15 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung entsprechend der Forderung der kommunalen Spitzenverbände nunmehr einen Passus, wonach nach Abrechnung der ersten beiden Quartale die Angemessenheit der Verwaltungskosten überprüft wird. Auf der Basis dieser Evolutionsergebnisse wird dann eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der Verwaltungskosten als nicht sachgerecht darstellen sollte.

Wegen der Einzelheiten wird auf die Rahmenvereinbarung verwiesen.

Die Einführung der Gesundheitskarte führt dazu, dass beitretende Kommunen vom Verwaltungsaufwand deutlich entlastet werden. Vor dem Hintergrund der Verwaltungskostenpauschale von 8 %, mindestens jedoch 10 Euro pro angefangenen Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem, muss jede Gemeinde / Stadt für sich selbst entscheiden, ob die Einführung der Gesundheitskarte für Asylbewerber wirtschaftlich vertretbar ist.

Mit freundlichen Grüßen

Horst-Heinrich Gerbrand

Anlage



Städte- und Gemeindebund
Nordrhein-Westfalen

Der Hauptgeschäftsführer

■ Städte- und Gemeindebund NRW • Postfach 10 39 52 • 40030 Düsseldorf

Schnellbrief 184/2015

An die
Mitgliedsstädte und -gemeinden

Postfach 10 39 52 • 40030 Düsseldorf
Kaiserswerther Straße 199-201
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 • 4587-1
Telefax 0211 • 4587-211
E-Mail: info@kommunen-in-nrw.de
pers. E-Mail:
Internet: www.kommunen-in-nrw.de

Aktenzeichen:

Ansprechpartner: III/2 37.0.2
Geschäftsführer Gerbrand
Hauptreferent Dr. Menzel

Durchwahl 0211 • 4587-234

03. September 2015

Rahmenvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber

Sehr geehrte Damen und Herren Bürgermeisterinnen und Bürgermeister,

mit Schnellbrief vom 01.09.2015 (Ifd. Nr. 183/2015) hatten wir Ihnen bereits Informationen über die Rahmenvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerber übermittelt.

Einzelne Mitgliedskommunen haben nunmehr darauf hingewiesen, dass der Leistungsumfang der Gesundheitskarte über den Leistungsumfang des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) hinausgehe. So sehe § 4 AsylbLG nur Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände vor. Aus der Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung ergebe sich aus den Ziffern A, B und C allerdings, dass das Kriterium der Aufschiebbarkeit von den Krankenkassen nicht geprüft werde.

Formal-juristisch sind die Leistungen der E-Card in der Tat weitergehender als in § 4 AsylbLG. Insoweit ist aus Klarstellungsgründen ergänzend auf Folgendes hinzuweisen:

Der Passus in den Ziffern A, B und C der Anlage 1 der Rahmenvereinbarung, dass das Kriterium der Aufschiebbarkeit von den Krankenkassen nicht geprüft werden kann, ist auf Wunsch der an den Gesprächen teilnehmenden Praktiker aus dem Mitgliedsbereich der kommunalen Spitzenverbände aufgenommen worden, nachdem die Kassen erläutert hatten, dass sie die Aufschiebbarkeit mangels ärztlichen Personals nicht überprüfen werden. Die kommunalen Praktiker haben betont, dass die Sozialämter als zuständige Stelle bereits aktuell zumeist nicht in der Lage seien, zu überprüfen, ob eine akute Erkrankung oder Schmerzzustände vorliegen. Daher könne die Regelung des § 4 AsylbLG in der Praxis vielfach nicht eingehalten werden.

Zudem ist der Leistungsausschlusskatalog der Anlage 1 im Rahmen der Gespräche mehrfach überarbeitet worden. Für einzelne ausgeschlossene Bereiche hätte eine kommunale Doppelstruktur vorgehalten werden müssen, was unter dem Aspekt der Kosten- und Verwaltungseffizienz nicht sinnvoll gewesen wäre. Damit musste jedoch zugleich das Risiko hingenommen werden, dass die Nutzung der Gesundheitskarte den Zugriff auf weitere Leistungen ermöglicht. Grundlegender Beweggrund war dabei, dass in vielen Fällen vor Ort die für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach § 1 und 1a AsylbLG geltenden Leistungsbeschränkungen

Diesen Schnellbrief und weitere tagesaktuelle Informationen, Gesetzesvorlagen und -texte, Mustersatzungen und -dienstsanweisungen etc. aus dem kommunalen Bereich finden Sie im kostenlosen Intranet des StGB NRW. Die Zugangsdaten hierfür erhalten Sie im Hauptamt Ihrer Kommune.

aus verwaltungspraktischen Gründen angesichts der Anzahl der Leistungsberechtigten schon jetzt nicht mehr im Umfang des Asylbewerberleistungsgesetzes umgesetzt werden können.

Neben dem Verwaltungskostenersatz von 8 % - s. Schnellbrief vom 01.09.2015 – war dieser Aspekt ein weiterer Grund für die Geschäftsstelle, den Beitritt zur Rahmenvereinbarung nicht zu empfehlen, sondern diesen den Kommunen anheim zu stellen.

Das in der Angelegenheit zuständige Gesundheitsministerium hat der Geschäftsstelle inzwischen die von allen Beteiligten unterzeichnete Endfassung der Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt, die wir Ihnen anliegend zur Kenntnis übersenden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Bernd Jürgen Schneider

Anlage

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 Abschlagszahlungen 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

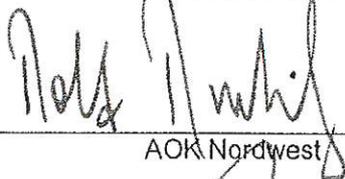
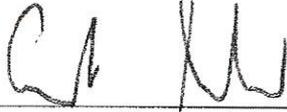
Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt oder die Auslegung der vorliegenden Vereinbarung werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vereinbarungspartnern in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 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 
Ort/Datum	IKK classic 

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.

Anmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Lichtbild
Leistungsberechtigter

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Haushaltsvorstand (immer angeben, auch wenn nur der Familienangehörige gemeldet wurde)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Geschlecht

männlich

weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsland

Postleitzahl

Wohnort

Meldezeitraum

Beginn

Haushaltsvorstand wurde bereits angemeldet

Familienangehöriger

Ehegatte

Kind

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Geschlecht

männlich

weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsland

Postleitzahl

Wohnort

Meldezeitraum

Beginn

Abweichende Zustellung der elektronischen Gesundheitskarte an Betreuer nach dem Betreuungsgesetz:

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)

Stempel und Unterschrift des
Sozialhilfeträgers

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

Abmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Abmeldung für Haushaltsvorstand Ehegatte Kind

Haushaltsvorstand (immer angeben)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte beigefügt ja nein

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte beigefügt ja nein

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte beigefügt ja nein

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)

Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

Veränderungsmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Meldegrund

Namensänderung

Änderung Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers

Anschriftenänderung

Haushaltsvorstand (immer angeben)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Namensänderung (bisheriger Name)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)	Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Nordrhein-Westfalen (G-Karte NRW)

Fragen und Antworten

1) Warum wird die G-Karte NRW für Flüchtlinge eingeführt?

Die Kommunen stoßen angesichts steigender Flüchtlingszahlen an ihre Grenzen – auch bei der medizinischen Versorgung. Für Flüchtlinge ist der Weg zur medizinischen Versorgung bürokratisch und schwierig, worunter oft die Versorgung leidet. Denn bisher

- müssen sich die Flüchtlinge in den ersten Monaten ihres Aufenthaltes (in der Regel bis 15 Monate) erst einen Behandlungsschein bei der Kommune holen, wenn sie krank sind und zu einer Ärztin oder einem Arzt müssen. Dadurch geht Zeit verloren. Mit der G-Karte NRW können Flüchtlinge wie alle anderen Menschen auch, direkt zu einer Ärztin oder einem Arzt gehen, wenn sie akut erkrankt sind.
- müssen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommune – in der Regel ohne medizinische Ausbildung – entscheiden, ob eine akute Erkrankung vorliegt und ein Arztbesuch erforderlich ist und später dann die einzelnen Arztrechnungen prüfen. Auch über die Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit weiterer Maßnahmen im Rahmen der Behandlung muss oft die Kommune entscheiden. Mit der G-Karte NRW entfällt – bis auf sehr wenige Ausnahmen – dieser Entscheidungs- und Prüfaufwand.

2) Welche Flüchtlinge sollen eine G-Karte NRW bekommen?

Die Vereinbarung erfasst nur Flüchtlinge, die die Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes verlassen haben und den Gemeinden zugewiesen wurden.

3) Unterscheidet die Vereinbarung zwischen Flüchtlingen mit guter und schlechter Bleibeperspektive?

Nein. Die Rahmenvereinbarung unterscheidet nicht zwischen den Flüchtlingen mit guter oder schlechter Bleibeperspektive. Generell sollen alle Flüchtlinge von der G-Karte NRW profitieren. Der Gemeinde steht es jedoch frei, in begründeten Einzelfällen Flüchtlinge nicht bei der betreffenden Krankenkasse anzumelden.

4) Wie erhalten die Flüchtlinge die G-Karte NRW?

Zunächst muss die Gemeinde den Beitritt zur Rahmenvereinbarung erklären (siehe Frage 5). Dann meldet sie die ihr zugewiesenen Flüchtlinge bei der für sie zuständigen Krankenkasse (siehe Frage 9) an. Die Krankenkasse schickt die G-Karte NRW später direkt an die Flüchtlinge. Da das ein wenig Zeit beansprucht, stellt die Krankenkasse einen vorläufigen Abrechnungsschein für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung aus. Dieser wird den Flüchtlingen über die Gemeinde ausgehändigt, die die Flüchtlinge bei dieser Gelegenheit über die Nutzung und Anwendung der G-Karte NRW informiert.

5) Ist die Teilnahme der Gemeinden an der Rahmenvereinbarung für diese verpflichtend?

Nein. Jede einzelne Gemeinde entscheidet selbst, ob sie teilnehmen will. Sie wird dabei sicher prüfen, ob es sich wirtschaftlich für sie rechnet, an der Vereinbarung teilzunehmen.

men. Die Rahmenvereinbarung eröffnet ein Angebot an die Gemeinden. Die Vereinbarung ist mit den kommunalen Spitzenverbänden allerdings im Detail abgestimmt.

6) Welche finanziellen Folgen für die Gemeinden sind zu erwarten?

Die Erfahrungen in Hamburg und Bremen haben gezeigt, dass es dort zu Einsparungen in der jeweiligen Verwaltung gekommen ist. Die Gemeinden profitieren außerdem von Rabattvereinbarungen und anderen Instrumenten der gesetzlichen Krankenversicherung. Überdies eröffnet die Rahmenvereinbarung die Evaluation der Ausgabenentwicklung und der an die Kassen zu zahlenden Verwaltungskosten nach einer gewissen Vertragslaufzeit.

7) Wird der Leistungsumfang durch die G-Karte NRW ausgeweitet?

Der Leistungsumfang orientiert sich an den Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Daher wird es auch weiterhin Einschränkungen gegenüber den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte geben. Bei anderen Leistungen, die in der Regel direkt über die Gesundheitskarte abgerechnet werden, sind Asylbewerberinnen und -bewerber anderen Versicherten jedoch grundsätzlich gleichgestellt. Die kommunalen Spitzenverbände und die Krankenkassen haben vor diesem Hintergrund einen Leistungsumfang gemeinsam definiert, der die Bedürfnisse der Flüchtlinge und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt und zugleich ein möglichst unbürokratisches Verfahren der Leistungsgewährung festlegt.

8) Ist für die Leistungserbringer (Ärztinnen, Ärzte, Krankenhäuser) auf der G-Karte NRW erkennbar, ob es sich um Asylbewerberinnen oder -bewerber handelt?

Nein. Von außen erfolgt keinerlei Kennzeichnung auf der G-Karte NRW, intern ist lediglich erkennbar, dass es sich um eine besondere Personengruppe handelt, d.h. nicht um GKV-Versicherte.

9) Wie werden die Flüchtlinge auf die teilnehmenden Krankenkassen verteilt?

Ziel ist eine gleichgewichtige Verteilung auf die teilnehmenden Krankenkassen. Um die Umsetzung zu erleichtern, ist ausdrücklich vorgesehen, dass jede Gemeinde nur von einer Krankenkasse betreut wird und damit nur einen Ansprechpartner erhält. Dies reduziert den Aufwand insbesondere für die Gemeinden.

10) Warum machen nicht alle Krankenkassen mit?

Die Krankenkassen beteiligen sich an der Rahmenvereinbarung auf freiwilliger Basis. Es besteht derzeit noch keine bundesgesetzliche Pflicht für die gesetzlichen Krankenkassen zur Betreuung der Asylbewerberinnen und -bewerber in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts. Der Bund hat Regelungen zur Verpflichtung der Krankenkassen angekündigt, diese stehen aber noch aus. Wann der Bund seine Zusage umsetzt, ist derzeit nicht absehbar. Da das MGEPA nicht warten wollte, hat es mit den Krankenkassen die Rahmenvereinbarung ausgehandelt und mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt. Sollte es noch Vorgaben des Bundes dazu geben, kann die Rahmenvereinbarung angepasst werden.

11) Wird die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung mit Kosten belastet?

Nein. Wie in § 264 SGB V ausdrücklich vorgeschrieben, werden den betreuenden Krankenkassen die entstandenen Leistungsausgaben sowie deren Verwaltungskosten erstattet.

12) Wie erfolgt die Abrechnung der Leistungsausgaben?

Die Krankenkassen rechnen die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit der jeweils zuständigen Gemeinde ab (Spitzabrechnung). Die zuständige Gemeinde leistet als Vorauszahlung monatliche Abschlagszahlungen je Leistungsberechtigtem, die sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für den Personenkreis orientieren und regelmäßig den tatsächlichen Leistungsausgaben angepasst werden.

13) Warum wurde die G-Karte NRW in Nordrhein-Westfalen nicht früher umgesetzt?

NRW ist das erste Flächenland, das eine solche Rahmenvereinbarung abschließt. Für die Stadtstaaten Hamburg und Bremen war die Umsetzung viel einfacher. Das MGEPA hat nach dem Ausbleiben einer bundeseinheitlichen Regelung zeitnah die Verhandlungen mit den Krankenkassen aufgenommen. Nach konstruktiver Zusammenarbeit der teilnehmenden Krankenkassen und der kommunalen Spitzenverbände konnte die Rahmenvereinbarung geschlossen werden.

14) Gibt es für so genannte Hochkostenfälle eine andere Verfahrensweise als für andere Krankheitskosten?

Nein. Die Regelung im Flüchtlingsaufnahmegesetz zur Unterstützung der Gemeinden bei außergewöhnlich hohen Krankheitskosten (derzeit mehr als 70.000 € je Flüchtling im Kalenderjahr) im Einzelfall bleibt davon unberührt. Das kann auch nicht Gegenstand der Rahmenvereinbarung sein.