

27-15

Ratsmitglied der Gemeinde Nottuln
Jürgen Jendroska
Kampstrasse 27
48301 Nottuln
Tel: (02502) 90 15 61
Fax: (02502) 90 15 62
Email: j.jendroska@dielinke-kreisoesfeld.de
www.die-linke-kreisoesfeld.de

An die
Bürgermeisterin der Gemeinde Nottuln
Manuela Mahnke

Nottuln, 25.11.2015

Gemeinde Nottuln

26. Nov. 2015

Anl. _____ Abt. BH'im / 2

Antrag für eine Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Sehr geehrter Frau Bürgermeisterin,
sehr geehrte Damen und Herren des Gemeinderates Nottuln,

Als Ratsvertreter der Partei DIE LINKE. möchte ich hiermit beantragen:

- 1. Die Verwaltung wird beauftragt Schritte zur Einführung der Gesundheitskarte für Geflüchtete einzuleiten**
- 2. Die Gemeinde Nottuln tritt der Rahmenvereinbarung zwischen dem Land NRW und den in der Vereinbarung genannten Krankenkassen zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach §264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein- Westfalen bei.**

Begründung:

Als erstes Flächenland hat NRW am 28.08.2015 eine Rahmenvereinbarung mit mehreren gesetzlichen Krankenkassen getroffen und damit den Weg für die Einführung der Gesundheitskarte für die Flüchtlinge in den Kommunen frei gemacht.

Dies ermöglicht den Flüchtlingen im Krankheitsfall einen Arzt aufzusuchen, ohne zuvor von der Gemeindeverwaltung einen Behandlungsschein ausgestellt bekommen zu müssen.

Damit fallen bürokratische Hürden vor einem Arztbesuch weg. Außerdem reduziert sich auch der Verwaltungsaufwand innerhalb der Kommunen, da die kooperierende Krankenkasse die Abrechnung (vierteljährlich) übernimmt. Auch die Abrechnung für Ärzte und Krankenhäuser läuft so unbürokratisch über die kooperierende Krankenkasse.

Ebenso ist eine Ausweitung der Leistungen im Vergleich zum Status quo mit der Gesundheitskarte nicht verbunden, da weiterhin das AsylbLG den Rahmen der Versorgung und Kostenerstattung der Kommune definiert. Momentan ist es ja so dass wenn Flüchtlinge Krank werden sich erst auf dem Sozialamt melden müssen und dann eine Bescheinigung bekommen womit sie dann zum Arzt gehen können. Eine Gesundheitskarte verbessert erheblich die Gesundheitsversorgung Wir betrachten diese Vorgehensweise als nicht angebracht und sind der Auffassung, dass wenn man Flüchtlinge Willkommen heißt diese dann auch Menschenwürdig behandelt. Dieses schließt auch den Arztbesuch mit ein. Mit freundlichen Grüßen

Auch die Erfahrungen der Städte Hamburg und Bremen, in den es eine solche Karte bereits seit längerem gibt, zeigen keinen Anstieg der Ausgaben für die Krankenversorgung, sondern im Gegenteil Ersparnis durch wegfallenden Verwaltungsaufwand.

Momentan ist es ja so dass wenn Flüchtlinge Krank werden sich erst auf dem Sozialamt melden müssen und dann eine Bescheinigung bekommen womit sie dann zum Arzt gehen können. Eine Gesundheitskarte verbessert erheblich die Gesundheitsversorgung Wir betrachten diese Vorgehensweise als nicht angebracht und sind der Auffassung, dass wenn man Flüchtlinge Willkommen heißt diese dann auch Menschenwürdig behandelt. Dieses schließt auch den Arztbesuch mit ein.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Jendroska



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) hinausgeht**. 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 -dienstweisungen 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

die IKK classic

- 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 zu Lasten 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.

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.

Ort/Datum	Land NRW, vertreten durch das MGEPA <i>Barbara Meffner</i>
Ort/Datum	AOK Rheinland/Hamburg <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	AOK Nordwest <i>M. L. Meffner</i>
Ort/Datum	Novitas BKK <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	Knappschaft <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	DAK-Gesundheit <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	Techniker Krankenkasse <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	BARMER GEK <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	IKK classic <i>Andreas Meffner</i>