

Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten
Postfach 71 25 | 24171 Kiel

– **Nur per E-Mail** –
(Ober-) Bürgermeister
der kreisfreien Städte

Landrätin und Landräte
der Kreise

Ihr Zeichen: /
Ihre Nachricht vom: /
Mein Zeichen: IV 216-483.0222.140
Meine Nachricht vom: /
Frau Scheffler-Behrens, LL.M. (oec.)
staatsangehoerigkeit@im.landsh.de
Telefon: 0431 988-3272
Telefax: 0431 988-614-3286

Kiel, den 29. Dezember 2015

Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge durch Übertragung der Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen für Leistungsberechtigte nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auf die gesetzlichen Krankenkassen (GKV)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Flüchtlingspakt vom 06. Mai 2015 haben Land und Kommunen gemeinsam die Zielvereinbarung getroffen, das Verfahren für die Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge ab dem Zuzug in die Kommunen landesweit so weit wie möglich an den späteren regulären Versichertenstatus anzunähern. Mit der vorliegenden Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit §§ 1, 1a AsylbLG in Schleswig-Holstein werden die im Rahmen des Flüchtlingspaktes formulierten Zielvereinbarungen erfüllt.

Zur Etablierung eines landesweit einheitlichen Verfahrens ist die anliegende Rahmenvereinbarung gemäß § 264 Abs. 1 Satz 2 SGB V des Landes mit den gesetzlichen Krankenkassen in Schleswig-Holstein (Anlage) ab Januar 2016 umzusetzen. Dabei ist, mit den neu zugewiesenen Leistungsberechtigten zu beginnen und der Altbestand sukzessive in das neue System zu überführen.

Über den Stand des Umsetzungsverfahrens ist mir regelmäßig, erstmalig zum 01. März 2016 zu berichten.

Im Einzelnen:

Rechtsgrundlagen

Mit § 1 Abs. 1 Satz 1 des Gesetzes zur Ausführung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLGAG SH) hat das Land den Kreisen und kreisfreien Städten die „Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung übertragen, Leistungen an die nach dem Asylbewerberleistungsgesetz [...] berechtigten Personen zu erbringen, die nicht oder nicht mehr verpflichtet sind, in den

nach § 44 Abs. 1 und § 46 Abs. 5 des Asylverfahrensgesetzes [...] geschaffenen Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende oder deren zugeordneten Unterkünften zu wohnen“. Hierzu gehört u.a. die Sicherstellung der erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung nach § 4 AsylbLG.

Gemäß der Rahmenvereinbarung wird zur Sicherstellung dieser Leistungen die Krankenbehandlung auf die GKV übertragen. Dabei erfolgt die Übertragung indes nicht vollständig, es verbleiben der Genehmigung durch die Behörden vorbehaltene Leistungsbereiche.

Soweit die Kreise von der nach § 1 Abs. 2 AsylbLGAG SH eingeräumten Möglichkeit der Aufgabenübertragung auf kreisangehörige Städte, Ämter und amtsfreie Gemeinden Gebrauch gemacht haben, sind bestehende Bestimmungen sowie etwaige Richtlinien und Weisungen zur Durchführung der Aufgaben entsprechend zu korrigieren und den Regelungen der Rahmenvereinbarung anzupassen.

Rechte und Pflichten nach der Vereinbarung

a. Leistungsumfang

Der Leistungsumfang richtet sich gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 der Rahmenvereinbarung grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Bestimmte Leistungen beziehungsweise Kostenerstattungsverfahren sind bereits nach dieser Regelung ausgeschlossen. Nähere Konkretisierungen für die Leistungsgewährung enthält Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung. Danach werden unterschieden

- Leistungsbereiche, die direkt über die elektronische Gesundheitskarte bezogen werden (Basisleistungen, Buchst. A).
- Leistungsbereiche, die regelhaft von den GKV im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden (Buchst. B). Hierbei handelt es sich um Leistungen, die bislang durch die Behörden, sofern die (medizinischen) Voraussetzungen vorlagen, regelmäßig zu genehmigen waren. Über derartige Leistungen wird in einem Genehmigungsverfahren durch die GKV entschieden. Das Kriterium der „Aufschiebbarkeit“ wird in diesen Fallgruppen nicht gesondert geprüft.
- Leistungsbereiche, in denen keine unmittelbare Leistungsgewährung durch die GKV erfolgt (Buchst. C), sondern die weiterhin bei den nach § 1 Abs. 2 AsylbLGAG SH zuständigen Behörden zu beantragen und durch diese zu genehmigen sind, insbesondere:
 - Vorsorgekuren,
 - Rehabilitationsmaßnahmen,
 - Leistungen zu psychologischen Langzeit-Therapien,
 - Versorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung.Entsprechende Anfragen bzw. Vorlagen der Ärzteschaft werden seitens der GKV an die Behörden weitergeleitet.

b. Kostenerstattung

Die Kreise und kreisfreien Städte als Kostenträger haben den GKV nach § 2 AsylbLGAG SH i.V.m. § 1 Abs. 3 der Erstattungsverordnung folgende Kosten zu erstatten:

- **Verwaltungskosten (§ 11 Rahmenvereinbarung)**
Pro Leistungsberechtigten betragen die Verwaltungskosten 8% der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,00 Euro pro angefangenen Betreuungsmonat. Eine Evaluierung der Angemessenheit der Höhe der Verwaltungskosten erfolgt nach zwei abgerechneten Quartalen (§ 15 Abs. 2 Rahmenvereinbarung).
- **Krankenbehandlungskosten (§ 4 Abs. 1 Satz 3 Rahmenvereinbarung)**
Die im Rahmen der übertragenen Aufgaben zur Krankenbehandlung anfallenden Behandlungskosten sind den GKV gemäß § 264 Abs. 1 SGB V vollständig zu erstatten. Hiervon unberührt bleibt die Erstattung durch das Land gemäß § 1 Abs. 1 der Erstattungsverordnung.
- **Elektronische Gesundheitskarte (§ 6 Abs. 3 Rahmenvereinbarung)**
Für das Ausstellen der eGK sind pro Person einmalig 10,00 Euro zu erstatten. Damit ist ein einmaliger Ersatz mit abgegolten. Weitere Kartenausstellungen werden mit je 8,00 Euro berechnet.
- **Umlagekosten Medizinischer Dienst (§ 9 Rahmenvereinbarung)**
Für die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes der GKV ist gemäß § 281 SGB V pro Leistungsberechtigtem (am Stichtag 1. Juli) 10,00 Euro jährlich pauschal als Umlagebetrag zu erstatten.
- **Beitrag zur Umlage der GKV (§ 10 Abs. 9 Rahmenvereinbarung)**
Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) ist für Leistungsrechtige bei der Behandlung von Vertragsärzten ein Beitrag zur Umlage der Krankenkassen(verbände) zu zahlen.
- **Monatliche Abschlagszahlungen**
Bis zum 10. eines jeden Monats sind Abschlagszahlungen in Höhe von derzeit 200,00 Euro pro am Monatsersten gemeldetem Leistungsberechtigtem zu leisten. Hiervon umfasst sind alle oben genannten Kostenfaktoren (vgl. § 10 Abs. 7 und 9 Rahmenvereinbarung). Die Höhe der Abschlagszahlungen wird beginnend mit Anfang 2017 anhand der durchschnittlichen Leistungsausgaben zu Beginn eines Kalenderjahres neu ermittelt und gegebenenfalls angepasst (§ 10 Rahmenvereinbarung).

Verfahren

Die Leistungsberechtigten sind unverzüglich nach Ankunft in der Kommune, der sie zugewiesen sind, unter Verwendung des entsprechenden Meldevordrucks bei der sich aus der zwischen Land und GKV abgestimmten Zuordnungsliste ergebenden GKV anzumelden. Zu beachten sind insbesondere die Vorgaben aus § 5 Abs. 3 und 4 Rahmenvereinbarung. Bezüglich des Institutionskennzeichens (IK) erfolgt eine gesonderte Information.

Nach § 5 Abs. 5 Rahmenvereinbarung ist ein Lichtbild beizufügen, das für die Erstellung der eGK geeignet ist. Ein biometrisches Bild oder weitergehende spezifische Vorgaben sind nicht zu beachten. Gängige Praxis sind gleichwohl die für Personalausweise geltenden technischen Hinweise. Damit werden etwaige Unstimmigkeiten vermieden. Auch hierzu erfolgt eine gesonderte Information

Die eGK sowie den Befreiungsschein für Zuzahlungen erhalten die Leistungsberechtigten unmittelbar durch die GKV an die mit der Anmeldung mitgeteilte Anschrift. Bis dahin halten die zuständigen Behörden durch die GKV zur Verfügung gestellte Abrechnungsscheine

vor, so dass die Behandlung unabhängig von der technischen Erstellung und Übersendung der eGK gemäß Rahmenvereinbarung erfolgen kann.

Die technisch festzulegende Gültigkeitsdauer der eGK beträgt abhängig von der voraussichtlichen Dauer des Verbleibens der Leistungsberechtigten im unmittelbaren Anwendungsbereich des AsylbLG entsprechend der Wartefrist gemäß § 2 Abs. 1 AsylbLG bis zu 15 Monate. Soweit im konkreten Einzelfall mit hinreichender Wahrscheinlichkeit erkennbar ist, dass der Leistungsberechtigte nur noch kurze Zeit im Leistungsregime des AsylbLG verbleibt, kann auf die Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte verzichtet und stattdessen die Abrechnung über die von der GKV zur Verfügung gestellten Abrechnungsscheine vorgenommen werden.

Änderungsmeldungen und Abmeldungen aus dem Verfahren erfolgen durch die nach § 1 Abs. 2 AsylbLGAG SH zuständigen Behörden.

Zu beachten ist insbesondere, dass der Einzug sowie die Zuleitung der Karten an die GKV *unverzüglich* nach Beendigung der Leistungsberechtigung erfolgt. Eine nach erfolgter Abmeldung eventuell missbräuchliche Nutzung der Karten geht nach § 8 Abs. 2 Rahmenvereinbarung zu Lasten der Kommunen.

Kommunikation zwischen Kommunen und Krankenkassen

Die Vereinbarung sieht in § 15 Abs. 1 Rahmenvereinbarung ausdrücklich die Verabredung regelmäßiger Gespräche zwischen GKV und zuständigen Behörden vor. Diese umfassen die Entwicklung der Leistungsausgaben sowie Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben, zur Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens sowie zur Klärung von Leistungsansprüchen.

Soweit entsprechende Lösungen zwischen den Verfahrensbeteiligten gefunden werden, können im Rahmen der Vereinbarung auch elektronische Verfahren genutzt werden.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
M. Scheffler-Behrens