

Handlungsanleitung eGK für Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz

Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in Rheinland-Pfalz zwischen dem Land Rheinland-Pfalz, vertreten durch das Ministerium für Gesundheit und Wissenschaft (MWG) und den gesetzlichen Krankenkassen.

Regelungsinhalte der Rahmenvereinbarung

Die Vereinbarung umfasst nur Flüchtlinge, die die Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes Rheinland-Pfalz bereits verlassen haben und den Kreisen und kreisfreien Städten zugewiesen wurden. Jeder Flüchtling erhält eine eigene eGK; insoweit gelten die gleichen Regelungen wie für gesetzlich Versicherte.

Den zuständigen Behörden, das heißt den Kreisen und kreisfreien Städten wird es erleichtert, die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber durch Beitritt zur Rahmenvereinbarung einzuführen. Jede Kommune entscheidet selbst, ob sie der Rahmenvereinbarung beitreten will, oder nicht. Sie wird dabei sicherlich prüfen müssen, ob es sich wirtschaftlich für sie rechnet, an der Rahmenvereinbarung teilzunehmen. Die Rahmenvereinbarung eröffnet ein Angebot an die Kommunen. Diese Vereinbarung ist allerdings mit einzelnen Kommunen, die an der Arbeitsgruppe eGK für Flüchtlinge im Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit teilgenommen haben, im Detail abgestimmt. Darüber hinaus erfolgt nach zwei Quartalen eine Evaluation der Angemessenheit der Verwaltungskosten. Auf der Basis dieses Evaluationsergebnisses wird eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der Verwaltungskosten als nicht sachgerecht darstellen sollte.

Die Erfahrungen in Hamburg und Bremen haben allerdings gezeigt, dass es dort zu Einsparungen in der jeweiligen Verwaltung gekommen ist. Die Kommunen profitieren neben dem Bürokratieabbau außerdem von den Rabattvereinbarungen und anderen Steuerungsinstrumenten der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach ihrem Beitritt zur Rahmenvereinbarung meldet die Kommune die ihr zugewiesenen Flüchtlinge bei der für sie zuständigen Krankenkasse an. Die gesetzliche Krankenkasse schickt die eGK später direkt an die Anschrift der Asylsuchenden.

Die eGK enthält ein geeignetes Lichtbild der jeweiligen leistungsberechtigten Person. Dieses Lichtbild wird den Asylsuchenden vom zuständigen Landkreis oder von der kreisfreien Stadt zur Ausstellung der eGK zur Verfügung gestellt. Zur zeitlichen Überbrückung bis zur Übersendung der eGK stellen die Krankenkassen den Flüchtlingen vorläufige Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Leistungsberechtigten werden über die Nutzung und Anwendung der eGK von den Kreisen und kreisfreien Städten informiert.

Die Rahmenvereinbarung berücksichtigt schon vorliegende Vereinbarungen in anderen Ländern und wird bei Inkrafttreten von Regelungen bzw. Vereinbarungen auf der Bundesebene angepasst (siehe auch § 18 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung).

Entlastung für Flüchtlinge und Kommunen

Bisher müssen Flüchtlinge, die nach einem Aufenthalt in den Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes einer Kommune zugewiesen werden, jeweils zunächst einen Behandlungsschein bei der zuständigen Behörde beantragen, bevor sie eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt aufsuchen können. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kommunen entscheiden dabei über die Behandlungsnotwendigkeit. Das überfordert diese häufig und macht regelhaft eine

Befassung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit dem Anliegen erforderlich. Mit der eGK werden die Asylsuchenden direkt in eine Praxis gehen und eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen können. Dadurch wird der Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung erleichtert und kann schneller erfolgen. Die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen werden durch die Einführung nicht belastet, weil die Kosten wie bisher über Steuermittel finanziert werden.

Die Rahmenvereinbarung bietet den zuständigen Behörden Vorteile in der medizinischen Versorgung der Asylsuchenden, unter anderem beim Personaleinsatz, der Abrechnung medizinischer Leistungen und der medizinischen Betreuung im Rahmen der §§ 4, 6 AsylbLG. Sie hat keine Auswirkungen auf die Erstattungspraxis des Landes Rheinland-Pfalz in Fällen besonders kostenintensiver Behandlungsfälle.

Leistungsumfang (§ 4 in Verbindung mit Anlage 1 der Rahmenvereinbarung)

Der Umfang der medizinischen Versorgung für Flüchtlinge ist im Asylbewerberleistungsgesetz geregelt (akute Erkrankungen und Schmerzzustände). Dieser liegt auch der Rahmenvereinbarung zugrunde. Das bedeutet, es wird auch weiterhin Einschränkungen gegenüber den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte geben. Bei anderen Leistungen, die in der Regel direkt über die eGK abgerechnet werden, sind Asylsuchende anderen Versicherten jedoch grundsätzlich gleichgestellt. Die Vereinbarungspartner 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.

Die Rahmenvereinbarung überlässt beispielsweise bestimmte Genehmigungsverfahren weiterhin den bislang zuständigen Behörden, zum Beispiel die Neuversorgung mit Zahnersatz oder medizinische Vorsorgemaßnahmen nach §§ 23, 24 SGB V.

Die technische Grundlage für eine Kennzeichnung der eGK wurde von der zuständigen gematik kurzfristig gelegt, um Flüchtlingen eine eGK aushändigen zu können. Danach wurde das entsprechende Statusfeld für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz erweitert.

Verwaltungskostenerstattung für die gesetzlichen Krankenkassen (§ 11 der Rahmenvereinbarung)

Die Rahmenvereinbarung regelt die Kostenerstattung für die gesetzlichen Krankenkassen, die in diesem Fall als Dienstleister für die Kommunen tätig werden und dafür eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 8% der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10 Euro pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigten erhalten. Die Kosten werden nach zwei abgerechneten Quartalen evaluiert.

Der Verwaltungsaufwand wird von den Krankenkassen deutlich höher eingeschätzt als bei dem zu betreuenden Personenkreis nach § 264 Abs. 2 SGB V (unter anderem Sozialhilfeempfänger), für den ein gesetzlicher Verwaltungskostensatz von 5% gilt. Diese Mehrbelastungen resultieren aus den hohen Anlaufkosten, der hohen Fluktuation, einer sehr komplexen Versorgungssituation und dem höheren Beratungs- und Informationsbedarf, zum Beispiel wegen sprachlichen Hürden und fehlender Kenntnisse des deutschen Gesundheitssystems. Bei der Festlegung des Verwaltungskostensatzes wurde auf eine Regelung im Bundesvertriebenengesetz abgestellt, nach der der gesetzlichen Krankenversicherung vom Bund ein gleichhoher Satz erstattet wird, siehe § 11 Abs. 6 BVFG.

Verteilungsmechanismus auf die Kommunen (§ 5 Abs. 1 in Verbindung mit Anlagen 2 bis 4 der Rahmenvereinbarung)

Um die Umsetzung zu erleichtern ist geregelt, dass jeder Kreis oder jede kreisfreie Stadt nur von einer gesetzlichen Krankenkasse betreut wird und damit nur einen Ansprechpartner für alle Fragen zur gesundheitlichen Versorgung der Flüchtlinge erhält. Dies reduziert den Aufwand insbesondere für die Kommunen. Die einzelnen Ansprechpartner sind auf Anlage 5 der Rahmenvereinbarung vermerkt.

Das Verfahren und der Schlüssel zur Verteilung der Flüchtlinge auf die beteiligten Krankenkassen wurden zwischen den Krankenkassen erarbeitet. Danach erfolgt eine eindeutige Zuordnung von Kreisen und kreisfreien Städten zu einzelnen Krankenkassen, die in der einzelnen Region besonders vertreten sind (zum Beispiel durch Geschäftsstellen etc.). Alle Kassenarten sind vertreten.

Abrechnung der Leistungsausgaben (§ 10 der Rahmenvereinbarung)

Die jeweilige Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit den zuständigen Landkreisen und kreisfreien Städten ab. Die Gemeinde leistet als Vorauszahlung monatliche Abschlagszahlungen je Leistungsberechtigtem in Höhe von 200 Euro an die zuständige Krankenkasse, die sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für den Personenkreis orientieren und regelmäßig den tatsächlichen Leistungsausgaben angepasst werden. Es erfolgt später eine Spitzabrechnung auf der Grundlage der tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben. Entstandene Überzahlungen werden zurückgezahlt.

Belastung der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV wird nicht mit den Kosten für die Gesundheitsversorgung der Asylsuchenden belastet. Wie im § 264 Abs. 1 SGB V geregelt ist, werden den Krankenkassen die entstandenen Leistungsausgaben sowie deren Verwaltungskosten vollständig erstattet.

Regelung für Hochkostenfälle

Die Regelung im Landesaufnahmegesetz zur Unterstützung der Kommunen bei außergewöhnlich hohen Krankheitskosten im Einzelfall bleibt von der Rahmenvereinbarung unberührt.

Kurzzusammenfassung

- Die eGK wird ein Lichtbild der einzelnen Leistungsberechtigten enthalten. Dieses wird den Krankenkassen vom zuständigen Landkreis oder von der kreisfreien Stadt zur Verfügung gestellt (siehe § 5 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung).
- Bis zur Zustellung der Karte können die Kommunen den Flüchtlingen Abrechnungsscheine der jeweils zuständigen Krankenkasse zur Verfügung stellen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung ohne Wartezeit sicherstellen zu können (vgl. § 6 Abs. 1 Satz 4 der Rahmenvereinbarung).
- Die Krankenkassen rechnen die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen mit der eGK vierteljährlich mit den Kommunen ab (§ 10 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung).
- Für die Übernahme des Verwaltungsaufwandes zur Entlastung der Kommunen erhalten die Kassen eine Aufwandsentschädigung. Nach Abrechnung der ersten beiden Quartale wird die Angemessenheit der Verwaltungskostenerstattung überprüft und ggf. angepasst (vgl. §§ 11 Abs. 1 und 15 Ziffer 2 der Rahmenvereinbarung).
- Eine Kommune wird immer nur von einer Kasse betreut, um die Arbeit der Kommune auf diese Weise deutlich zu erleichtern (§ 5 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung).