

Gutachten

Verfasser: Wolf Buchmann
Telefon: 0177/ 3422478
Mailadresse: w.buchmann@gmx.de
(für Rückfragen)

Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge Analyse der Auffassung der Verwaltung

Anlagen: 1. Stellungnahme der Verwaltung vom 13.06.2016
2. Vorlage 283/ 2016
3. Rahmenvereinbarung für das Land Rheinland-Pfalz
4. Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung
5. Antwort des Integrationsministeriums vom 15.07.2016 (Lichtbilder)

1. Grundsätzliche Überlegungen

1.1. Begründung des weiteren Ermittlungsbedarfs

Auf seiner Sitzung vom 07.07.2016 hat der Steuerungsausschuss beschlossen, den TOP 10 „Gesundheitskarte für Flüchtlinge“ von der Tagesordnung zu nehmen und den Fraktionen Gelegenheit gegeben, weitere Informationen einzuholen, insbesondere ein Gespräch mit einem Vertreter des Gesundheitsministeriums zu führen und die Angelegenheit noch einmal zu beraten.

Grund für den Wunsch der Fraktionen von CDU, SPD, GRÜNEN, FWG und LINKEN war, dass die Stellungnahme der Verwaltung vom 13.06.2016 nicht überzeugen konnte. Zur Vorbereitung des Gesprächs mit dem Gesundheitsministeriums, aber auch um die beteiligten Fraktionen in die Lage zu versetzen, die Beschlussvorlage 283/ 2016 beurteilen zu können, erfolgt hier die schriftliche Zusammenfassung der Ergebnisse der Prüfung der Position der Verwaltung. Diese konnte in Folge der Absetzung im Steuerungsausschuss nicht vorgetragen werden.

Die Stellungnahme der Verwaltung vom 13.06.2016 geht von unzutreffenden, unpräzisen und teilweise spekulativen Annahmen aus. Dies wird im Folgenden darzustellen sein. Die Vorlage des Stadtvorstandes 283/ 2016 ist zwar in einigen Punkten präziser als die Stellungnahme vom 13.06.2016, kann die grundsätzlichen Bedenken gegen die Argumente der Verwaltung jedoch nicht beseitigen.

1.2. Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

- (1) Die Verwaltung berücksichtigt in ihrer Analyse den Aufwand der Verwaltung, der im Ergebnis dadurch entsteht, dass die Verwaltung Sachverhalte, die von der Krankenkasse abschließend geprüft werden, ein weiteres Mal überprüft. Die Annahme, dass die Kommune zu einer doppelten Prüfung gezwungen ist, erscheint weder plausibel noch wurde es seitens der Verwaltung begründet (Abschn. 2).
- (2) In Folge dieses grundsätzlich falschen Ansatzes ignoriert die Verwaltung das vorhandene Einsparvolumen konsequent (Abschn. 2. und 4.).
- (3) Alleine im Bereich der Prüfung von rechtlichen Voraussetzungen der Ansprüche der Leistungsberechtigten und der Abrechnung ergibt sich **ein Einsparvolumen von 8,6 Prozent** (Abschn. 3.3.).
- (4) Es fehlt an einer qualitativen Beschreibung und quantitativen Analyse der Arbeitsprozesse. Die vorgelegte Beschreibung der Veränderungen im Verfahren ist bestenfalls unpräzise, es werden aber auch Arbeitsvorgänge als „zusätzlicher Aufwand“ deklariert, obwohl sie vollkommen unabhängig von der Einführung der eGK erfolgen müssen (Abschn. 4.1. ff.).
- (5) Die Annahmen über die Höhe der an die Krankenkasse zu zahlenden Verwaltungskosten sind rein spekulativ. Bekannte und insofern fundierte Zahlen wurden ignoriert (Abschn. 3.1.).

Zur Gewährleistung einer Vergleichbarkeit der Zahlen gehen alle Berechnungen in diesem Gutachten von durchschnittlich 1.000 leistungsberechtigten Asylbegehrenden pro Monat aus, da diese Zahl auch Grundlage der Vorlage 283/ 2016 ist.

2. Prüfungsaufwand der kommunalen Verwaltung

Es springt sofort ins Auge, dass die Verwaltung, obwohl eine Aufgabe nach außen verlagert wird, einem zusätzlichen Arbeitsaufwand feststellt. Die Ursache hierfür war aus den mündlichen Schilderungen der Dezernentin nicht zu ersehen. Erst durch die schriftliche Stellungnahme vom 13.06.2016 an die Fraktionen ist der grundsätzliche Fehler der Verwaltung offenbar geworden.

2.1. Prüfungsumfang nach den Regeln der Rahmenvereinbarung

Die Verwaltung geht davon aus, dass sie die Abrechnungen, die ihr von der KKH vorgelegt werden, im gleichen Umfang prüfen müsse wie derzeit die Abrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Diese Annahme ist unzutreffend. Selbstverständlich vergibt man eine Aufgabe an einen externen Anbieter, um diese nicht mehr selbst wahrnehmen zu müssen. Wenn man, wie die Trierer Verwaltung argumentiert, die Prüfung der KKH noch einmal prüft, ergibt sich natürlich ein zusätzlicher und tatsächlich unsinniger doppelter Aufwand. Es ist aber keinerlei Grund erkennbar und auch nicht seitens der Verwaltung vorgetragen worden, warum eine solche Aufgabendopplung erforderlich ist.

Im Gegenteil gibt § 10 Abs. 13 RV eindeutige Hinweise darauf, dass das Land, welches letztlich auch die Rechtsaufsicht über die Kommunen führt, als Vertragspartner der Rahmenvereinbarung den Prü-

fungsaufwand der Kommunen so gering wie möglich halten möchte. Nach S. 2 dieser Vorschrift werden die Belege den Kommunen überhaupt nicht zur Verfügung gestellt. Nach S. 3 soll sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Kommunen auf absolute Ausnahmen beschränken, wenn eine unwirtschaftliche Verwendung der Mittel evident ist. Daher beschränkt sich der gesamte Verwaltungsaufwand im Ergebnis darauf, dass der in der Sammelabrechnung (§ 10 Abs. 12 RV) ausgewiesene Gesamtbetrag an die KKH überwiesen wird. Aufgrund der vom Land geschlossenen Rahmenvereinbarung kann die Stadt auch sicher sein, dass dieses Vorgehen zukünftig nicht vom Landesrechnungshof beanstandet werden wird.

2.2. Kostenübernahme durch das Land nach § 3 Abs. 3 LAufnG

Nach § 3 Abs. 3 LAufnG kann das Land einen Teil der Kosten für stationäre Aufenthalte und chronische Erkrankungen übernehmen, wenn diese die pauschalen Sätze nach § 3 Abs. 1 LAufnG deutlich übersteigen. Von dieser Möglichkeit hat das Land im Wege einer Rechtsverordnung Gebrauch gemacht (wobei die aktuelle Fassung online derzeit nicht verfügbar zu sein scheint). Die Verwaltung verweist auf dieses Verfahren. Wäre es tatsächlich so, dass das Land die Ergebnisse der Prüfung der KKH nicht akzeptiert und eine erneute Prüfung durch die Kommune verlangt, wäre dies tatsächlich ein Problem. Allerdings erscheint es eine eher theoretische Möglichkeit, dass das Land eine Rahmenvereinbarung schließt, deren Verfahren mit den Anforderungen des Kostenerstattungsverfahrens des Landes nicht kompatibel ist. Wahrscheinlicher ist eher, dass es die Vorlage der personenbezogenen Abrechnung der Krankenkasse mit den in § 10 Abs. 6 RV aufgeführten Angaben als Nachweis der Kosten ausreichen lässt.

Einer der wesentlichen Gründe, weshalb ein Gespräch mit einem Vertreter des Gesundheitsministeriums erforderlich erscheint, ist daher, dass die Fraktionen die Sicherheit haben müssen, dass das Land die Prüfungsergebnisse der KKH vollumfänglich als richtig akzeptiert und die Kommune insofern zu keiner eigenständigen Prüfung zwingt.

Entfällt die Notwendigkeit einer Mehrfachprüfung durch die Kommune, dann entfällt das Argument, das eGK-Verfahren führe zu zusätzlichem Aufwand vollständig, sofern sich die Verwaltung auf die Notwendigkeit einer tatsächlichen oder rechtlichen Prüfung beruft.

2.3. Prüfung krankensicherungsrechtlicher Tatbestände

Im Hinblick auf die Prüfung versicherungsrechtlicher Tatbestände verbleibt lediglich die Prüfung der Übernahme der Behandlungskosten nach Anlage 1 C zur RV sowie die Prüfung der dazugehörigen Abrechnungen der KV bei den Kommunen (§ 4 Abs. 2 RV). Dabei handelt es sich um Ausnahmefälle:

1. Medizinische Vorsorgemaßnahmen (§§23,24 SGB V)
2. Neuversorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung, Paradontosebehandlungen und kieferorthopädische Behandlungen,
3. Haushaltshilfen 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. Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung und weitere Selektivverträge, 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.

Alle übrigen Fälle und Prüfungen i.S.d. § 4 Abs. 1 RV i.V.m. Anlage 1 A und B werden ausschließlich von der Krankenkasse geprüft. Sie erreichen die Stadt überhaupt nicht mehr. Schon aus der o.g. Liste der von der Kommune zu prüfenden Fälle wird ersichtlich, dass eine entsprechende Behandlung, da offensichtlich aufschiebbar, in aller Regel überhaupt nicht beantragt werden wird. Sie machen daher allenfalls einen minimalen Bruchteil der Fälle aus und dürften einen Anteil von einem Prozent nicht überschreiten. 99 Prozent der Aufgaben werden daher zukünftig von der Krankenkasse wahrgenommen.

2.4. Keine Zweifelsfälle

Auch die von der Verwaltung in der Stadtratsvorlage behaupteten zahlreichen Zweifelsfälle sind nicht existent. Denn die Zuordnung zu den beiden Fallgruppen § 4 Abs. 1 RV und § 4 Abs. 2 RV ist einfach und eindeutig. Über diese Zuordnung wird häufig die Krankenkasse entscheiden, wenn sie die Anträge erhält, entsprechend zuordnet und an die Kommune weiter leitet (§ 4 Abs. 2 S. 2 RV). Lediglich in der sehr kleinen Gruppe der nach § 4 Abs. 2 RV i.V.m. Anlage 1 C zu prüfenden Fälle mag es wiederum einige wenige geben, bei denen die Verwaltung prüfen muss, ob ausnahmsweise eine Behandlung nicht aufgeschoben werden kann.

2.5. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gerade nicht von einer Erhöhung des Personalbedarfs, sondern einer erheblichen Reduzierung desselben ausgegangen werden. Es werden 99 Prozent der Aufgaben, welche bis zur Überweisung des abgerechneten Betrages an die Krankenkasse entstehen, ersatzlos wegfallen.

3. Angemessenheit der Verwaltungskosten nach § 11 Abs. 1 RV

Die Auffassung der Verwaltung, dass die Berechnung der Verwaltungskosten mit 8 Prozent der Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,- € monatlich (§ 11 Abs. 1 RV) nicht angemessen sei, hält einer Prüfung nicht stand.

3.1. Höhe der Verwaltungskosten

Die Verwaltung hat keine belastbaren Zahlen zur Höhe der Verwaltungskosten vorgelegt. Dabei hätte sie anhand der Rahmenvereinbarung (RV) die Möglichkeit gehabt, zumindest eine konkrete Prognose zu erstellen, die ihrer Natur nach vorläufig, aber hilfreicher als bloße Spekulation gewesen wäre.

Nach § 10 Abs. 3 RV entrichtet die Kommune eine Abschlagszahlung an die KKH, deren Höhe sich an den zu erwartenden Leistungsaufwendungen der KKH orientiert. Nach § 10 Abs. 4 RV wird bis 31.12.2016 davon ausgegangen, dass die Leistungsaufwendungen durchschnittlich 200,- € pro Leistungsberechtigtem und Monat betragen. Da die Krankenkassen bspw. aus Hamburg und Bremen über mehrjährige Erfahrung verfügen und ihnen darüber hinaus weiteres statistisches Material zur Verfügung steht, kann angenommen werden, dass diese Zahl nicht willkürlich geraten, sondern fundiert ermittelt worden ist.

Daraus ergibt sich, dass die durchschnittlichen Verwaltungskosten pro Leistungsberechtigtem 16,- € betragen würden. Dieser Wert ist sicherlich nicht exakt und Veränderungen sind bspw. durch die Regelung eines Mindestbetrags von 10,- € zu erwarten. Für den Zweck einer vergleichenden Prognose erscheint er aber hinreichend konkret bestimmt zu sein.

3.2. Vergleichbarkeit der Kosten

Daher stellt sich die Frage, ob die Stadt Trier in der Lage wäre, die Leistungen, die die KKH erbringt, für einen durchschnittlichen Betrag von 16,-€ pro Fall und Monat zu erbringen. Dies ist sehr unwahrscheinlich. Dabei darf man natürlich nicht die reinen Personalkosten (Arbeitszeit des Mitarbeiters in Minuten) zu Grunde legen. Denn die Krankenkassen müssen bei der Berechnung ihrer Kosten neben den reinen Bearbeitungskosten auch alle weiteren Kosten berücksichtigen, da sie ansonsten die Gesundheitskarte für Flüchtlinge aus Beiträgen ihrer Versicherten quersubventionieren würden.

Daher setzen sich die Kosten der Kommune für die Bearbeitung in eigener Zuständigkeit aus mehreren Faktoren zusammen:

- Bearbeitungszeit i.e.S. (Arbeitszeit des MA)
- Arbeitsplatzkosten (Büro, Büroausstattung, Reinigung, Strom, Wasser usw.)
- Verbrauchskosten (Papier, Toner, Porto, Telefon)
- Personalverwaltungskosten
- Personalführungskosten
- Fortbildungskosten
- Abwesenheitskosten (Krankheit, Urlaub u.a.)

Die Stadt gibt die jährlichen Personalkosten in der Entgeltgruppe E 10 mit 70.000,- € an. Welche der oben beschriebenen Kosten darin enthalten sind, ist nicht bekannt.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die o.b. Vergleichsrechnung Grundlage quasi jeder externen Vergabe ist. Der generelle Erfahrungssatz ist, dass die externe Vergabe von speziellen Aufgaben zu erheblichen Einsparungen führt. Es erschließt sich nicht, warum diese Annahme

ausgerechnet im Fall der Gesundheitskarte falsch sein soll. Um dies begründen zu können, bedürfte es einer erheblich umfangreicheren und sorgfältigeren Prüfung durch die Verwaltung.

3.3. Angemessenheit der Verwaltungskosten

Aufgrund des oben beschriebenen Wegfalls der allermeisten Aufgaben der Verwaltung kann entgegen der Annahmen der Verwaltung davon ausgegangen werden, dass statt einer Stellenaufstockung insgesamt drei Stellen auf Basis der Berechnung des LRH (siehe dazu auch Abschn. 5) eingespart werden können. Dies entspricht 210.000,- €. Bei 1.000 Leistungsberechtigtem im Monat (12 Monate x 1.000 x 16,- €) stehen dem dann an die KKH zu zahlenden Verwaltungskosten von 192.000,- € gegenüber. Dies entspricht einer Einsparung von immerhin 8,6 Prozent.

Aus diesen Erwägungen folgt, dass die Regelung der Verwaltungskosten zumindest nicht wie behauptet, von vorne herein unangemessen ist. In jedem Fall können Personalstellen eingespart und durch Sachaufwand ersetzt werden, der sich anders als bereits eingestelltes Personal immer an den aktuellen Flüchtlingszahlen orientiert. Personelle Veränderungen aufgrund sich ändernder Zahlen sind nicht erforderlich.

Zusammenfassend kann darauf verwiesen werden, dass die Angemessenheit der Verwaltungskosten nach § 15 Abs. 2 RV nach Abrechnung von zwei Quartelen überprüft werden soll.

3.4. Umlage für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)

3.4.1. Nach § 9 RV entrichtet die Kommune eine Umlage von 0,83 € pro angefangenem Monat und Leistungsberechtigtem. Diese dient dazu, die Beauftragung des MDK nach § 275 SGB V im Umlageverfahren zu finanzieren. Allerdings schweigt sich die Vorlage dazu aus, welche konkrete Leistung für diesen Betrag durch den MDK erbracht wird und ob diese Leistung im derzeitigen Verfahren ebenfalls kostenpflichtig eingekauft oder durch das von der Stadt mitfinanzierte Gesundheitsamt Trier-Saarburg erbracht werden muss.

3.4.2. Der MDK erbringt im Auftrag der Krankenkasse zwei Dienstleistungen:

- (1) Vor Beginn einer Behandlung kann er damit beauftragt werden, zu prüfen, ob eine bestimmte Behandlung erforderlich ist oder welche Therapie erstattungsfähig ist. Diese Aufgabe wird im derzeitigen Verfahren vom Gesundheitsamt Trier-Saarburg erledigt.
- (2) Nach Durchführung einer Behandlung kann der MDK damit beauftragt werden, zu prüfen, ob die für diese Therapie abgerechneten Sätze zutreffend waren oder ob seitens des Leistungserbringers ein zu hoher Satz abgerechnet wurde. Die Verwaltung hat derzeit keine tatsächliche oder rechtliche Möglichkeit, derartigen Kontrollen auszuführen.

Insbesondere vor dem Hintergrund des Punktes (2), also einer zusätzlichen Kontrolle der Leistungsanbieter ist die Investition von 0,83 € pro Leistungsberechtigtem und angefangenem Monat fiskalisch nicht nur geboten, sondern dringend notwendig.

4. Prozessanalyse

Die Neuerungen im Verwaltungsverfahren nach Einführung einer eGK hätten einer sorgfältigen und detaillierten Prozessanalyse bedurft, um zu ermitteln, ob und in welchem Umfang ggf.

- (1) Vereinfachungen im Verfahren und Synergieeffekte zu Einsparungen führen und
- (2) zusätzlicher Verwaltungsaufwand anfällt.

Eine solche ist, da die einzelnen Verfahrensschritte in der Rahmenvereinbarung festgelegt sind, in qualitativer und quantitativer Hinsicht verhältnismäßig einfach. Die Annahme der Verwaltung, das neue Verfahren führe zu einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand hält einer Prüfung ebenfalls nicht stand.

4.1. Aufnahmeverfahren

4.1.1. Kommt ein Flüchtling erstmalig nach Trier, muss ein standardisiertes Verfahren abgearbeitet werden. Dies bedeutet, dass eine Akte angelegt und alle relevanten Daten in der elektronischen Datenbank erfasst werden müssen. Darüber hinausgehende Tätigkeiten wie bspw. Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung oder die Vermittlung von Sprachkursen spielen für das eGK-Verfahren keine Rolle.

Nach § 5 Abs. 1 RV sind die Leistungsberechtigten unverzüglich der Krankenkasse zu melden. Diese Meldung erfordert

- (1) einen Anmeldebogen, der Angaben enthalten muss, die ohnehin im System der Stadt Trier gespeichert sind. Diese können vollautomatisch in die Vorlage der KKH eingefügt werden. Der Anmeldebogen muss ausgedruckt, unterschrieben und mit dem Behördensiegel versehen werden.
- (2) die Übermittlung eines Lichtbildes in einem von der KKH zur Verfügung gestellten Anforderungsbogen an die KKH.

Die Meldung eines Leistungsberechtigten umfasst also das Überspielen vorhandener Datensätze, deren Ausdruck und Übersendung an die KKH. Es bleibt völlig unklar, worin hier der überbordende Verwaltungsaufwand bestehen soll.

4.1.2. Auch die Annahme der Verwaltung, sie müsse mit hohem Kostenaufwand ein Lichtbild herstellen, erweist sich als nicht zutreffend. Dies hat eine Nachfrage beim rheinland-pfälzischen Integrationsministerium ergeben (Anlage 5). Zwar kann das Land den Sozialämtern keine Bilder unmittelbar zur Verfügung stellen, Bilder in Passbildqualität werden jedoch seit dem 2. Quartal 2016 über das

Ausländerzentralregister (AZR) elektronisch bereit gestellt. Die Ausländerbehörden sind berechtigt, diese Bilder an andere Stellen der Verwaltung weiter zu geben. Für ältere Fälle haben die Ausländerbehörden selbst Fotografien angefertigt, die sie im AZR eingestellt haben. Auch diese können den Sozialämtern elektronisch zur Verfügung gestellt werden. Nach Einschätzung des Integrationsministeriums gibt es nur noch eine geringe Anzahl von Personen, von denen kein Lichtbild in geeigneter Qualität existiert. Diese müssten dann noch gemacht werden, wobei diese Aufgabe sicherlich auch durch die Ausländerbehörde übernommen und das AZR jeweils aktualisiert werden könnte.

4.1.3. Die eGK wird durch die KKH versandt. Die Überlegung der Verwaltung in ihrer Stellungnahme vom 13.06.2016, die eGK unmittelbar an die Leistungsberechtigten auszuhändigen, ist allenfalls theoretisch gut gemeint, aber völlig überflüssig. Es bestehen auch Zweifel daran, dass die Mitarbeiter das letztlich komplexere Krankenscheinverfahren ausführlich erläutern. Die Idee, die eGK persönlich auszuhändigen, erscheint daher wie der durchsichtige Versuch, den Zeitaufwand argumentativ künstlich in die Höhe zu treiben, obwohl die Flüchtlinge durch diesen Verfahrensschritt keinen oder allenfalls geringfügigen Vorteil hätten.

4.2. Änderungsmeldungen

In § 5 Abs. 2 RV sind in den Buchstaben a) bis e) fünf meldepflichtige Tatbestände genannt, für die jeweils ebenfalls Vordrucke vorhanden sind. Auch insofern erfordern die der Meldepflicht zu Grunde liegenden Tatbestände bereits im heutigen Verfahren eine Änderung der elektronischen Datenbank. Diese Eingaben erfolgen also ohnehin. Auch insofern gilt, dass die Änderungsmeldung an die KKH in wenigen Sekunden durch Bedrucken des entsprechenden Formulars erfolgen kann.

4.3. Abmeldeverfahren (§ 8 RV)

Das Abmeldeverfahren führt anders als von der Verwaltungsseite dargestellt, ebenfalls nicht zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand. Die Verwaltung übersieht, dass sie im Fall eines Umzugs in einer andere Kommune oder der Anerkennung des Leistungsberechtigten die Sache ohnehin zwecks Abgabe an die aufnehmende Kommune oder an das Job-Center in die Hand nehmen und bearbeiten muss. Zusätzlich zu den jetzigen Arbeitsabläufen sind daher nur zwei Arbeitsschritte notwendig. Das automatisierte Ausfüllen des Abmeldeformulars und das Erstellen eines Standardschreibens an den Leistungsberechtigten mit der Aufforderung, eGK und Befreiungsnachweis abzugeben. Im weiteren Verlauf müssen dann ggf. noch eine Erinnerung an die Abgabe versandt und die abgegebene eGK zurück an die KKH geschickt werden.

4.4. Effizienz durch elektronische Datenübermittlung

Das Verfahren kann erheblich effizienter gestaltet werden, wenn die unter 4.1. bis 4.3. dargestellten Arbeitsschritte nicht postalisch, sondern elektronisch erledigt werden. Insbesondere gilt dies auch vor dem Hintergrund, dass nach dem derzeitigen Verfahren jährlich 4.000 Quartalscheine postalisch verschickt werden müssen. Die Verwaltung behauptet, der Aufwand für die Einrichtung einer sicheren Datenleitung wäre erheblich. Richtig ist jedoch, dass eine sichere Datenübermittlung durch ver-

schlüsselten Mailverkehr erfolgen kann. Dazu ist lediglich die Einrichtung einer Punkt-zu-Punkt-Verschlüsselung auf Basis des TSL-Verfahrens erforderlich. Abgesehen davon, dass sich die Frage stellt, ob die Verwaltung nicht ohnehin über entsprechende Programm verfügt, da ja auch in anderen Bereichen u.U. sicherer Mailverkehr erforderlich ist, stellt die Einrichtung dieses Standardverfahrens keinerlei größere Herausforderung für die in der Verwaltung eingesetzten IT-Fachleute dar.

4.5. Neuordnung des Verwaltungsverfahrens

Es stellt sich auch die Frage, wie das Verwaltungsverfahren derzeit geordnet ist. Dazu enthalten weder die Stellungnahme vom 13.06.16 noch die Stadtratsvorlage Angaben. Konkret geht es darum, wer im derzeitigen Verfahren die Quartalsscheine ausstellt. Ist das der Mitarbeiter, der für die Bewilligung der übrigen Leistungen nach dem AsylbLG zuständig ist oder wird diese Aufgabe von Mitarbeitern erledigt, die innerhalb des Sozialamts für die Gesundheitsversorgung zuständig sind?

Im eGK-Verfahren sind keine Gründe ersichtlich, warum der Mitarbeiter, der für die allgemeinen Leistungsentscheidungen zuständig ist, nicht auch die automatisierten Vordrucke der KKH bezüglich Anmeldungen, Änderungsmitteilungen und Abmeldungen ausfüllen und (elektronisch) versenden soll. Damit könnte ggf. ein auf derzeit zwei Personen verteiltes Verfahren auf eine konzentriert werden, was zu erheblichen Effizienzsteigerungen führen würde. Hier fehlt es an einer ausführlichen Darstellung seitens der Verwaltung.

Dazu müssen die Einsparungen gerechnet werden, die durch den Wegfall des postalischen Versands der 4.000 Quartalsscheine entstehen. Geht man von lediglich 5,- € Gesamtkosten für einen Verwaltungsbrief aus, so bedeutet der Wegfall der Quartalsscheine eine Einsparung von 20.000,- € im Jahr.

Daran wird deutlich, dass die Mehrkosten von 10.000,- € für das Ausstellen der eGK durch die KKH mehr als kompensiert werden.

5. Berechnungen des Landesrechnungshofs

Vor diesem Hintergrund sind die Berechnungen des Landesrechnungshofs in keiner Weise nachvollziehbar. Es wird eher der Eindruck erweckt, die Verwaltung habe in ihren gegenüber dem LRH geäußerten Annahmen über die Änderungen im Verwaltungsverfahren den Aufwand wie oben beschrieben künstlich aufgebläht. Insbesondere ist nicht schlüssig, wie beim Wegfall des größten Teils der Aufgaben keine Entlastung der Mitarbeiter eintreten soll.

Dass die Vorgehensweise der Verwaltung nicht seriös ist, wird an folgendem Griff in die Mottenkiste der Statistiktricks erkennbar. Die Verwaltung behauptet, den Mehrbedarf anhand von 1.000 Leistungsberechtigten zu berechnen. Danach würden aus 2,5 Mitarbeitern derzeit zukünftig 4,5 Mitarbeiter. Multipliziert man aber die 2,5 Mitarbeiter mit den 280 Fällen, die derzeit jeder Mitarbeiter pro Monat bearbeiten kann, so ergeben sich lediglich 700 und nicht 1.000 Fälle. Es wird also ein Ist-

Bestand mit einem zukünftigen Soll-Bestand verglichen und verschwiegen, dass die Bezugsgrößen unterschiedliche sind. Formal ist der entsprechende Satz übrigens durchaus korrekt formuliert, aber die Herangehensweise ist manipulativ und suggestiv. Dies sollte im Verhältnis von der Verwaltung zum Rat nicht vorkommen. Denn die Ratsmitglieder sollten sich darauf verlassen können, dass Zahlen klar, eindeutig und transparent sind. Diese Voraussetzung ist nicht gegeben, wenn man die Zahlen in den Vorlagen erst noch nachrechnen muss, um ihren tatsächlichen Aussagegehalt erfassen zu können. In der Vorlage für den Stadtrat (283/ 2016) hat die Verwaltung den Taschenspielertrick dann auch eliminiert und den Sachverhalt rechnerisch, wenn auch nicht sachlich (vgl. Abschn. 2.1.), zutreffend dargestellt.

6. Risiko des Missbrauchs

Die Verwaltung hat immer wieder auf die Möglichkeit des Missbrauchs hingewiesen. Abgesehen davon, dass eine missbräuchliche Verwendung Ausnahmen im Einzelfall und deshalb kein größeres Problem darstellen, übersieht die Verwaltung, dass das Risiko des Missbrauchs durch Einführung der eGK reduziert wird. Denn auch die derzeit ausgegebenen Quartalsscheine können an Unbefugte weiter gegeben werden, da Ärzte sich in der Regel weder Reisepass noch Personalausweis zur Identitätsfeststellung vorlegen lassen. Durch das Foto auf der eGK wird es daher schwieriger als bisher, als Unbefugter von einem Arzt behandelt zu werden.

7. Zusammenfassung

Die oben aufgezeigten erheblichen Mängel bei der Analyse und Bewertung der Folgen einer Einführung der eGK durch die Stadt Trier lassen den Schluss zu, dass die Verwaltung von vorne herein nicht bereit war, die Gesundheitskarte tatsächlich einzuführen. Anstatt den Versuch zu unternehmen, möglicherweise tatsächlich bestehende Probleme zu lösen, hat sie einseitig Argumente gegen die eGK zusammen getragen, ohne die positiven Effekte insbesondere auch im Hinblick darauf, dass das Verfahren nicht nur für die Verwaltung, sondern auch für Flüchtlinge und Ärzte deutlich einfacher wird, zu berücksichtigen.

Es kann daher weiter davon ausgegangen werden, dass die Gründe, die den Beschluss des Stadtrats zur Einführung der eGK getragen haben, unter dem Vorbehalt der Auswertung der Ergebnisse des Gesprächs mit dem Gesundheitsministerium, Gültigkeit besitzen.

Wolf Buchmann



Anlage 1:
Stellungnahme der Verwaltung
vom 13.06.2016

**Dezernat für Bildung, Soziales,
Jugend, Wohnen und Arbeit**

Rathaus Trier
Am Augustinerhof
54290 Trier

13.06.2016

Elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge – Überblick

Die Landesrahmenvereinbarung wurde am 02.02.2016 unterzeichnet. Die Landkreise und kreisfreien Städte haben nunmehr die Möglichkeit diese zu prüfen und zu entscheiden, ob sie der Vereinbarung beitreten.

Die Erstattungspraxis des Landes Rheinland-Pfalz in Fällen kostenintensiver Behandlungen bleibt von den Rahmenvereinbarungen unberührt (vgl. Landesaufnahmegesetz).

Inhaltlich sind folgende Regelungen in den Rahmenvereinbarungen (RV) bzw. nach Rücksprache mit der der Stadt Trier zugewiesenen Krankenkasse getroffen worden:

Eine Kommune wird immer nur von einer Krankenkasse betreut. Für die Stadt Trier ist dies die kaufmännische Krankenkasse (KKH). Die Anmeldung bei den Krankenkassen würde unmittelbar nach Beitritt zur Rahmenvereinbarung erfolgen. In den Vorgesprächen mit der KKH wurde diskutiert, die Gesundheitskarten in Trier nicht unmittelbar an die Asylbegehrenden sondern zunächst an die Stadtverwaltung Trier auszugeben. Die MitarbeiterInnen des Sozialamtes bzw. die SozialarbeiterInnen würden den Asylbegehrenden die Karten anschließend aushändigen. Dadurch würde sichergestellt, dass dem Amt die Versicherungsnummern bekannt sind und, dass die Möglichkeit zur Erläuterung der Handhabung der eGK bestünde.

Die eGK würde mit einem einfachen Lichtbild versehen, um Missbrauch vorzubeugen. Das Foto wäre von den Kommunen zu erstellen (§ 5 Abs. 4 RV) und es müsste ein entsprechendes EDVgestütztes Programm an den Arbeitsplätzen vorgehalten werden, um die Bilder in die Dokumente einzufügen und versenden zu können.



Telefon (0651) 718-0
Fax (0651) 718-4100

Gläubiger-ID:

Sparkasse Trier Kto 900 001 BLZ 585 501 30
IBAN: DE19 5855 0130 0000 9000 01
Swift-BIC: TRISDE55XXX
DE22ZZZ00000004811

Volksbank Trier Kto 119 036 BLZ 585 601 03
IBAN: DE69 5856 0103 0000 1190 36
Swift-BIC: GENODED1TVB



Die Krankenkassen würden den Kommunen bis zur Zustellung der Gesundheitskarte einen Abrechnungsschein zur Verfügung stellen (§ 6 Abs. 1 S. 4 RV). Die Abrechnung mit den Krankenkassen würde vierteljährlich (§ 10 Abs. 1 RV) erfolgen.

Die Kommune würde eine pauschale Vorauszahlung in Höhe von monatlich 200,- € je Leistungsberechtigtem zahlen, die anschließende Abrechnung würde anhand der tatsächlich entstandenen Leistungsausgaben erfolgen. Überzahlungen würden rückerstattet. Die KKH hatte in den Vorbesprechungen mit der Stadtverwaltung Trier angeboten, auf die vorab zu zahlende monatliche Pauschale zu verzichten und stattdessen erst im Nachgang die tatsächlich entstandenen Kosten abzurechnen.

Die Krankenkassen erhalten für die Übernahme der Verwaltungsaufnahme eine Aufwandsentschädigung (§ 11 Abs. 1 und 15 Ziff. 2 RV). Die Verwaltungsgebühr beträgt 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,- € pro angefangenen Betreuungsmonat je Leistungsberechtigten. Die Krankenkassen erhalten eine Pauschale von 8,- € pro gefertigter Karte (§ 6 RV). Bei Verlust der Karte fallen ebenfalls 8,- € Gebühren an.

Die Prüfung der Abrechnungen bzw. Kostenerstattung beim Land Rheinland-Pfalz verbleibt im Amt. Der Landesrechnungshof Rheinland-Pfalz hat für die Abrechnung mit Krankenscheinen einen Personalschlüssel von 280 Fällen pro MitarbeiterIn, mit der eGK von 220 Fällen pro MitarbeiterIn erstellt. Daher müsste bei Einführung der eGK in Trier mehr Personal bei der Stadtverwaltung Trier vorgehalten werden, als mit der derzeitigen Abrechnungsform. Statt der derzeit 2,5 Stellen wären bei 1000 zugewiesenen Asylbegehrenden 4,5 Stellen erforderlich.

Ein großes Problem stellt der immense Verwaltungsaufwand dar. Die Karten sind 15 Monate gültig. Bei Wegfall der Berechtigung müssen die Karten wieder bei den Asylbegehrenden eingesammelt und der KKH übermittelt werden. Die MitarbeiterInnen müssen daher genau darauf achten, wenn jemand den Status wechselt oder ausgewiesen wird, um einem Missbrauch der Karten vorzubeugen. Dazu müssen Informationen und Daten vorgehalten und ausgetauscht werden. Dies ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht ganz unproblematisch.

Im Dezernatsausschuss II vom 02.06.2016 hatte Frau Birk den Sachverhalt ausführlich dargelegt und die Schwierigkeiten im Hinblick auf die Umsetzung des vorliegenden Stadtratsbeschlusses erläutert.

Das Dezernat II sieht vor, dem Stadtrat am 14.07.2016 eine Entscheidungsvorlage zu unterbreiten (27.06. StV, 30.06. DA II, 07.07. StA, 14.07. StR). Hier sollten Anregungen und Bedenken der Fraktionen einfließen. Um Ihre Stellungnahme bis zum 21.06.2016 wurde daher gebeten.



Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Beratungsfolge: **Stadtvorstand**
 Steuerungsausschuss
 Stadtrat

Vorlage-Nr.: **283/2016**

Zuständig: **Dezernat II**
 Amt für Soziales und Wohnen

Berichterstatter: **Bürgermeisterin Birk**

Datum: **06.06.2016**

Antrag:

Der Beschluss des Stadtrates mit Datum vom 06.10.2015 (DS 395/2015) zur Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge wird aufgehoben.

Begründung:

Eine zentrale Aufgabe der Stadtverwaltung Trier ist, die Gesundheitsversorgung der in Trier untergebrachten Asylbegehrenden zu gewährleisten. Alle Asylbegehrenden verfügen in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland über einen eingeschränkten Leistungszugang nach den §§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz. Aktuell geben Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Amtes für Soziales und Wohnen dafür pro Quartal Krankenscheine aus.

Mit Beschluss vom 06.10.2015 hat der Stadtrat die Stadtverwaltung Trier beauftragt, mit den zuständigen Krankenkassen Verhandlungen zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V zu führen.

Ziel war der Abschluss einer Vereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber im Zuständigkeitsbereich der Stadt Trier nach dem „Bremer Modell“, um einen diskriminierungsfreien und schnellen Zugang zur medizinischen Versorgung sicherzustellen. Die Stadtverwaltung Trier sollte sich demnach weiterhin auf Landesebene dafür einsetzen, dass landesweite Rahmenverträge mit den Krankenkassen geschlossen werden, auf deren Grundlage dann auch andere Kommunen die Gesundheitskarte einführen könnten.

Bereits im Sommer 2015 hatte sich die Sozialdezernentin Angelika Birk an die Gesundheitsministerin gewandt, um die Einführung der Gesundheitskarte zu erbitten. Im Oktober 2015 trat die Stadtverwaltung, namentlich die Sozialdezernentin Angelika Birk, in die Verhandlungen bezüglich einer Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge, § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz zwischen dem Land Rheinland-Pfalz, den Krankenkassen, der kassenärztlichen Vereinigung und den Kommunen ein, bei denen sie an fünf von sechs Verhandlungstagen teilnahm. Im Anschluss daran wandte sich Frau Birk mit schriftlichen Anregungen an die Ministerin.

Am 02. Februar 2016 wurde die Rahmenvereinbarung von allen Vertragspartnern unterzeichnet, wobei wesentliche von Frau Birk eingebrachten Hinweise und Anregungen nicht aufgenommen wurden.

Gemäß des Auftrags des Stadtrats und zur Prüfung und Klärung der Vereinbarung zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber, haben zwischen Februar und Mai 2016 verschiedene Verhandlungsgespräche mit der der Stadt Trier zugewiesenen Krankenkasse (KKH) stattgefunden.

Wegen der umfassenden Thematik wurde die Diskussion zur elektronischen Gesundheitskarte nochmals in den Dezernatsausschuss II am 02. Juni 2016 verwiesen. Frau Birk fasste für die Mitglieder nochmals die grundsätzlichen Fakten zusammen:

- Bisher bekommt jeder Flüchtling mit dem Tag der Ankunft in der Verantwortung der Stadt Trier einen Krankenschein vom Amt für Soziales und Wohnen der Stadt Trier ausgehändigt. Für jedes weitere Quartal erhalten Asylbegehrende automatisch einen neuen Krankenschein. Die SachbearbeiterInnen benötigen für die Erstellung der Krankenscheine etwa 2-3 Minuten pro Fall, da sie sich die benötigten personenbezogenen Daten aus ihren Registern ziehen können. Hiermit kann der Asylbegehrende bei Bedarf alle Kassenleistungen (im Sinne des eingeschränkten Leistungszugangs nach den §§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz) erhalten. Alle Leistungen, die mit Zuzahlungen verbunden sind, werden nicht von der Kommune übernommen.
- Die Kassenärztliche Vereinigung – die zentrale Rechnungsverarbeitungsstelle zwischen gesundheitlichen Leistungserbringern und Krankenkassen bzw. im Fall der Asylbegehrenden die Kommunen – erstellt dann im Nachhinein, ca. neun Monate

später, die Abrechnung der angefallenen Behandlungskosten. Der Verwaltung liegen daher von dort bis heute noch keine verlässlichen Zahlen über die Kosten der Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge aus dem Jahr 2015 vor.

- Die Rahmenvereinbarung des Landes Rheinland-Pfalz hat jeder Gebietskörperschaft verbindlich eine zuständige Krankenkasse zugeordnet und sieht vor, dass die Krankenkassen (für Trier: die KKH) zusätzlich zu den krankheitsbedingten Kosten eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,- € pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem von der jeweiligen Kommune erhalten.

Aufgrund der weiterhin kontroversen Diskussionen im Dezernatsausschuss II bat Frau Birk abschliessend alle Fraktionen darum, ihr bis zum 21.6.2016 eine Rückmeldung zu geben, wie sie sich im Hinblick auf die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte positionieren.

Um im Verhältnis zur aktuellen Situation den zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Stadtverwaltung Trier so gering wie möglich zu halten, wurden intensive Verhandlungen mit der KKH zur Senkung des Prozentsatzes unter den vom Land vorgegebenen Rahmen von 8 %, z.B. auf 5%, geführt, die aber erfolglos waren. Die KKH hat lediglich angeboten, dass keine Vorauszahlungen von 200,- € je Karteninhaber pro Monat fällig werden.

Bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte würden der Stadtverwaltung Trier demnach folgende zusätzliche Verwaltungskosten entstehen:

- eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 8 % der tatsächlich entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,- € pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem,
- Kosten für die Herstellung der Karten, die Erstellung von Passbildern,
- Kosten für datensichere Leitungen, ggfls. für Anpassungen von IT-Anwendungen,
- Kosten für einen zusätzlichen Personaleinsatz zur Prüfung schwieriger Grenzfälle und zur Prüfung der Abrechnungen (bei eventuellen Rechtstreitigkeiten müssen diese von der Kommune selbst geführt werden).

Konkret:

Die SachbearbeiterInnen hätten bei der Beantragung der elektronischen Gesundheitskarte durch die Anfertigung von Fotos und das Ausfüllen der Anträge einen höheren zeitlichen Aufwand, als bei der Ausstellung eines Krankenscheines.

Im Bereich Hilfen zur Gesundheit wäre trotz Krankenkasse ein höherer Prüfaufwand nötig: Das Fachamt muss die Sicherstellung des eingeschränkten Leistungszugangs der §§ 4, 6 AsylbLG gewährleisten und entsprechende Grenzfälle prüfen. Hierzu ist das Einschalten des Gesundheitsamtes notwendig. Damit verbleibt ein erheblicher Verwaltungsaufwand beim Fachamt. Die gewünschte und geforderte Entlastung der Verwaltung tritt nicht ein.

Darüber hinaus wird ein Teil der Gesundheitskosten vom Land refinanziert, nämlich die sehr kostenintensiven Fälle. Da die Abrechnung mit den Krankenkassen gebündelt für ein Quartal erfolgt, ohne Einzelfallabrechnung und Anamnese, muss im Nachgang geprüft werden, in welchen Fällen eine Refinanzierung möglich ist. Die Aufstellung der einzelnen Kosten für eine Person samt Anamnese kann von den Krankenkassen nur auf Anfrage erstellt werden und erfolgt nicht automatisch. Auch hierfür ist demnach ein zusätzlicher Personalaufwand nötig, denn bei der Ausgabe von Krankenscheinen – wie derzeit praktiziert – kann bereits mit Beantragung beim Amt für Soziales und Wohnen der Kostenübernahme ermittelt werden, ob ein Fall der Refinanzierung vorliegen könnte.

Unter diesem Gesichtspunkt hat der Landesrechnungshof für die Abrechnungen folgenden Personalschlüssel ermittelt:

- 280 Fälle pro Mitarbeiter bei Erstellung von Krankenscheinen in Papierform,
- 220 Fälle pro Mitarbeiter bei Einführung der Gesundheitskarte.

Somit müssten im Amt für Soziales und Wohnen – nach aktuellem Sachstand (siehe unten die Tabelle)- alleine für den Bereich Hilfen zur Gesundheit zwei neue MitarbeiterInnen eingestellt werden.

Für die Stadtverwaltung Trier wird es nach eingehender Prüfung durch das Fachamt (Amt für Soziales und Wohnen) und durch das Dezernatsbüro II keine personelle und finanzielle Entlastung geben.

Das Dezernat II geht bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte von zusätzlichen Verwaltungskosten – für eigene MitarbeiterInnen und für die Übernahme der Verwaltungsgebühren der Krankenkasse – im sechsstelligen Bereich aus und lehnt aus den vorgenannten Gründen die Einführung der Gesundheitskarte für die Stadt Trier ab.

In der Zwischenzeit hat sich zudem auch die Zahl der zugewiesenen Flüchtlinge deutlich reduziert sowie die Bearbeitung der Anträge durch das neu eingerichtete Ankunftszentrum beschleunigt, so dass die anerkannten Flüchtlinge schneller in den Leistungsbezug des Jobcenters überführt werden können und die Gesundheitsversorgung damit den übrigen Leistungsbeziehern gleichgestellt ist.

Die elektronische Gesundheitskarte hat jedoch jeweils eine Gültigkeit von 15 Monaten und kann nach Aussage der KKH nicht vor Ablauf dieser Frist gesperrt werden. Mit dem Wechsel in den Leistungsbezug des Jobcenters, oder mit einer Rückführung von Asylbegehrenden verbliebe ggfls. eine hohe Restlaufzeit der ausgegebenen Karten, zu Lasten des Sozialamtes. Das Sozialamt zeichnete dann auch laute der Rahmenvereinbarung verantwortlich, die ausgegebenen Karten der anerkannten Asylbegehrenden wieder einzusammeln und an die Krankenkassen zu übermitteln bzw. die Kosten für den Verlust von Karten zu tragen.

Finanzielle Auswirkungen:

Die Kosten der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen lassen sich derzeit aufgrund fehlender Abrechnungen nicht genau beziffern. Folgende Übersicht dient daher nur der groben Einschätzung der Kosten. Die Tabelle stellt zwei Varianten dar:

- Variante A = Der Zugang erfolgt weiterhin über die Krankenbehandlungsscheine
- Variante B = Der Zugang erfolgt über die elektronische Gesundheitskarte

Die Kosten beziehen sich immer auf ein Jahr. Es werden hier 1.000 Flüchtlinge, die versorgt werden müssen, zugrunde gelegt.

A. Personalaufwand

	Variante A	Variante B
Personalkosten der Verwaltung	3,5 Vollzeitkräfte E10 245.000,- €	4,5 Vollzeitkräfte E10 315.000,- €
Der Landesrechnungshof setzt folgenden Schlüssel an:	1,0 Vollzeitkraft auf 280 Asylbewerber	1,0 Vollzeitkraft auf 220 Asylbewerber

Eine Vollzeitkraft in der E 10 verursacht Personal- und Sachkosten in Höhe von ca. 70.000,- €. Derzeit sind im Amt für soziales und Wohnen 2,5 Stellen mit der Abrechnung betraut. Setzt man den Schlüssel des Landesrechnungshofes an, fehlt bereits bei Variante A eine Vollzeitkraft. Wird die Gesundheitskarte eingeführt, werden zwei zusätzliche Vollzeitkräfte benötigt.

B. Verwaltungskosten

	Variante A	Variante B
Verwaltungskosten Krankenkasse	0,- €	148.000,- € (Minimum)

Die Verwaltungskosten der Krankenkassen (hier: KKH) setzen sich wie folgt zusammen:

Verwaltungskosten KK	8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens aber 10,- € je Person und Monat (mindestens 120.000,- € pro Jahr)
Ausstellung Karten	8,- € pro Karte (Bei Kartenverlust fallen je Ersatzkarte 8,- € an)
Lichtbilder für Karten	10,- € pro Person
Umlage MDK	0,83 € monatlich pro Leistungsberechtigtem und pro angefangenem Monat (ca. 10,- € im Jahr pro Person)

C. Kosten der medizinischen Versorgung

Variante A	Variante B
2.400.000,- €	2.400.000,- €

Die medizinischen Kosten wurden mit einer Pauschale von 200,- € pro Person/ Monat berechnet (wie die KKH diese aktuell ansetzt). Die genauen Kosten können noch nicht dargestellt werden, da bisher noch nicht alle Abrechnungen vorliegen. Auf eine Abschlagszahlung als Vorab-Pauschale würde die KKH ggfls. verzichten, um stattdessen erst am Ende eines Quartals (derzeit mit einem Verzug von ca. 9 Monaten) die Spitz-Abrechnung durchzuführen. Die Kosten würden aber in jedem Fall anfallen, dann eben nur verzögert und schlechter im Haushalt der Stadtverwaltung Trier abbildbar.

Berichterstatte(r): Bürgermeisterin Birk					
Federführendes Amt	ZD/20	Amt 50	Dezernatsbüro	Fachdezernent/in	Oberbürgermeister

RAHMENVEREINBARUNG

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

§ 264 Absatz 1 SGB V

in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz

in Rheinland-Pfalz

zwischen

dem Land Rheinland-Pfalz,

**vertreten durch das Ministerium für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD),**

**dieses vertreten durch die
Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler**

- nachstehend MSAGD -

und

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg
BKK Landesverband Mitte, Siebstraße 4, 30171 Hannover
BARMER GEK Rheinland-Pfalz/Saarland, Pfulgasse 28, 56068 Koblenz
DAK-Gesundheit, Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 32, 55130 Mainz
Handelskrankenkasse - hkk, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Wilhelm-
Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
HEK – Hanseatische Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz,
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
IKK Südwest, Isaac-Fulda-Allee 7, 55124 Mainz
Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625
Hannover
Knappschaft, Verwaltungsstelle Saarbrücken, St. Johanner Straße 46-48, 66111
Saarbrücken
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Nikolaus-Otto-
Straße 5, 55129 Mainz

**- nachstehend
Krankenkassen genannt -**

INHALT

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

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 dem zuständigen Leistungsträger 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 Landkreise und kreisfreien Städte nachhaltig von Verwaltungsaufgaben zu entlasten
- hat das Land Rheinland-Pfalz die Krankenkassen gebeten, die Betreuung dieses Personenkreises zu übernehmen. Aus diesen Gründen schließen die Krankenkassen mit dem Land Rheinland-Pfalz – vertreten durch das MSAGD eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Abs. 2 SGB IV ab.

Eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen durch die beitretenden Landkreise und kreisfreien Städte auf die teilnehmenden Krankenkassen erfolgt gemäß Anlage 5.

§ 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 Landkreisen und kreisfreien Städten Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. auf 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 Rheinland-Pfalz ist gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 des Landesaufnahmegesetzes die Durchführung des AsylbLG den Landkreisen und kreisfreien Städte als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung übertragen. Hiervon ist auch die Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, umfasst. Mit der Vereinbarung soll die Gesundheitsversorgung dieser Leistungsberechtigten durch eine gesetzliche 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 Landkreisen und kreisfreien Städten geleistet.

§ 3 Beitritts- und Austrittsrecht der Landkreise und kreisfreien Städte

- (1) Die Landkreise und kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz können dieser Vereinbarung beitreten.
- (2) Der Beitritt ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn schriftlich gegenüber dem MSAGD zu erklären. Die Regelungen dieser Vereinbarungen gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach Eingang der Erklärung beim MSAGD.
- (3) Der Austritt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt ist mit einer dreimonatigen Frist zum Quartalsende ebenfalls schriftlich gegenüber dem MSAGD zu erklären.
- (4) Der Beitritt oder Austritt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt ist den teilnehmenden Krankenkassen durch das MSAGD innerhalb einer Woche schriftlich mitzuteilen.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis der für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften zulasten der Landkreise und kreisfreien Städte 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, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Mutterschaftsgeld), Satzungsmehrleistungen (z.B. nach § 11 Abs. 6 SGB V) sowie Leistungen nach dem SGB XI und der Eingliederungshilfe. Die Landkreise und kreisfreien Städte erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die die oder 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 den Landkreisen und kreisfreien Städte zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge schriftlich bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Landkreise und kreisfreien Städte 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) im Sinne des § 44 Asylgesetz (AsylG) oder einer Außenstelle untergebracht ist. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Landkreise und kreisfreien Städte. Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) bzw. einer Außenstelle 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 Landkreise und kreisfreien Städte melden alle Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielgemeinde unverzüglich bei der für sie nach Anlage 5 zuständigen Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.
- (2) Die Landkreise und kreisfreien Städte, 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)
- (3) Die vorgenannten Meldungen sind von dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt 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.
- (4) Vom zuständigen Landkreis oder von der kreisfreien Stadt ist der zuständigen Krankenkasse für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des oder der Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zur Übermittlung des Lichtbildes wird der kassenindividuelle Anforderungsbogen zur Ausstellung einer eGK genutzt und der Kasse vollständig ausgefüllt mit dem Anmeldevordruck übermittelt. Dieser Anforderungsbogen wird dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt durch die zuständige Krankenkasse blanko zur Verfügung gestellt. Bei Krankenkassen, die keinen kassenindividuellen Anforderungsbogen zur Verfügung stellen, ist das Lichtbild in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Anmeldung anzubringen. Zugleich bestätigt der Landkreis oder die kreisfreie Stadt mit der Anmeldung, dass das Lichtbild mit der Identität des oder der Leistungsberechtigten übereinstimmt.
- (5) Sind die Meldungen nach Absatz 2 bis 4 unvollständig, unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an den zuständigen Landkreis oder kreisfreie Stadt zurückgeschickt.

§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC

- (1) Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf 15 Kalendermonate. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten bzw. die Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer/eine Betreuerin im Sinne der §§ 1896 BGB ff möglich. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Leistungsberechtigten werden über die Nutzung und Anwendung der eGK von den Landkreisen und kreisfreien Städten informiert.
- (1) Bei Meldung über den Verlust bzw. den Defekt einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag des zuständigen Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt eine neue eGK aus.
- (2) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse vom zuständigen Landkreis bzw. von der kreisfreien Stadt für jeden Leistungsberechtigten 8 Euro. Werden darüber hinaus weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8 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 bzw. dessen Betreuer individuell, nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der jeweiligen Kasse zur Verfügung gestellt. Die Leistungsberechtigten werden über die Nutzung und Anwendung des Befreiungsausweises von den Landkreisen und kreisfreien Städten informiert

§ 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 den zuständigen Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt bei der zuständigen Krankenkasse. Gleiches gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit des Landkreises oder der kreisfreien Stadt. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 2 bis 4). Mit der Abmeldung ist der Landkreis oder die kreisfreie Stadt verpflichtet, von dem bzw. der Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis anzufordern und an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat der zuständige Landkreis oder die kreisfreie Stadt zu erstatten. Maßgeblich ist der Tag der erstmaligen Leistungsanspruchnahme bzw. der Aufnahmetag.
- (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 dem zuständigen Landkreis oder kreisfreien Stadt bestehen. Etwaige Erstattungsansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat der Landkreis oder kreisfreie Stadt gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (4) Verlegt ein Leistungsberechtigter bzw. eine Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort, hat durch den bisher zuständigen Landkreis oder die bisher zuständige kreisfreie Stadt eine Abmeldung bei der bisher betreuenden Krankenkasse zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch die neue zuständige Leistungsbehörde hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen. Voraussetzung ist, dass der aufnehmende

Landkreis oder die aufnehmende kreisfreie Stadt ebenfalls dieser Vereinbarung beigetreten ist.

- (5) Das Betreuungsverhältnis endet mit dem Austritt des Landkreises oder der kreisfreien Stadt 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 gem. § 275 SGB V. Die Kosten für die Umlage gemäß § 281 SGB V werden in Höhe von 0,83 Euro monatlich pro Leistungsberechtigten bzw. Leistungsberechtigter und pro angefangenem Monat von den jeweils zuständigen Landkreisen oder kreisfreien Städten übernommen.

§ 10 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit den zuständigen Landkreisen und kreisfreien Städten ab.
- (2) Die zuständigen Landkreise und kreisfreien Städte leisten quartalsweise eine Abschlagszahlung je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der am Quartalsersten gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Absatz 3 und Abs. 4. 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 für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt monatlich 200 Euro je Leistungsberechtigtem.
- (5) Die Abschlagszahlungen sind jeweils zum 15.02., 15.05., 15.08. und 15.11. des Jahres zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagszahlung 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 und Psychotherapie inkl. Gutachterkosten
- Zahnärztliche Leistungen:
 - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1
 - Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen BEMA Teil 2
- Krankenhausbehandlung
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Soziotherapie
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- Sozialpädiatrische Leistungen
- Medizinische Rehabilitation für Mütter/Väter
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
- Fahrkosten
- Verwaltungskosten
- Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Kosten für Versichertenkarten (eGK)
- Sprechstundenbedarf

(8) Die Abrechnung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen für diesen Personenkreis erfolgt auf der Grundlage des EBM bzw. des BEMA als Einzelleistungsvergütung in Höhe des regional vereinbarten Punktwertes für die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen.

(9) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung durch Vertragsärzte beteiligt sich der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt gemäß den geltenden Bestimmungen in Rheinland-Pfalz.

(10) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.

(11) Die Vertragsärzte / -zahnärzte und Vertragsärztinnen/-zahnärztinnen rechnen ihre Leistungen quartalsweise über die KV RLP / KZV RLP ab. Die KV RLP / KZV RLP ist berechtigt für die Abrechnung der Leistungen die jeweils gültigen Verwaltungskostensätze von den Vertragsärzten und Vertragsärztinnen zu erheben; es werden keine Verwaltungskosten gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht. Die KV RLP / KZV RLP erstellt für jedes Kalendervierteljahr eine Abrechnung für die Krankenkasse. Der Umfang der Datenlieferung im Rahmen der Rechnungslegung entspricht den Vorgaben des § 295 SGB V; es gelten die vereinbarten Regelungen zum Datenaustausch analog.

(12) 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 unter Berücksichtigung der Vorschusszahlung zum Ablauf des auf die Abrechnung folgenden Kalendermonats an die Krankenkasse zu leisten.

(13) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden dem zuständigen Landkreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt 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 Landkreisen und kreisfreien Städten konkrete

Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden.

- (14) Krankenkassen, Landkreise und kreisfreie Städte sind sich darüber einig, dass §§ 110 und 111 SGB X keine Anwendung finden. In den Rechtsbeziehungen zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten sowie den Krankenkassen findet ab dem Zeitpunkt der Bestandskraft eines Verwaltungsaktes bzw. eines Urteils die vierjährige Verjährungsfrist des § 113 SGB X Anwendung.

§ 11 Verwaltungskosten

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem.
- (2) Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigtem angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt. 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. Der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.
- (2) Der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt 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 der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie den zuständigen Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt dem zuständigen Landkreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt.

§ 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. SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes Rheinland-Pfalz, Landkreise und kreisfreien Städte und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Landesdatenschutzgesetz Rheinland-Pfalz, 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 das MSAGD vereinbaren regelmäßige Gespräche mit den an dieser Rahmenvereinbarung teilnehmenden Landkreisen und kreisfreien Städten, 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

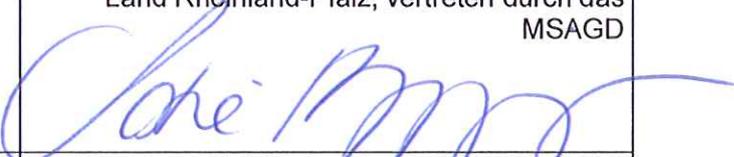
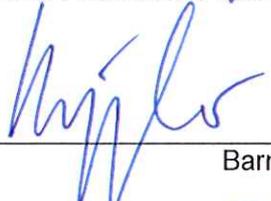
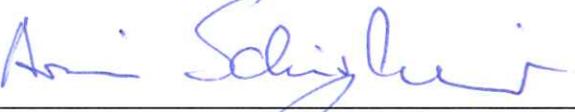
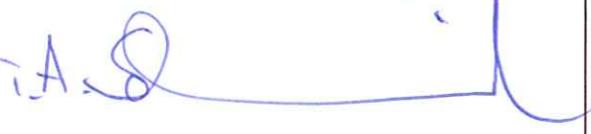
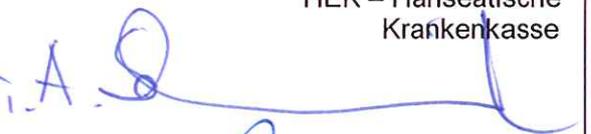
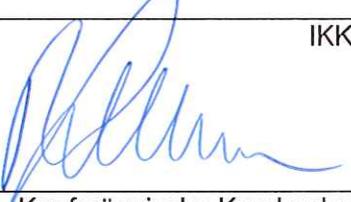
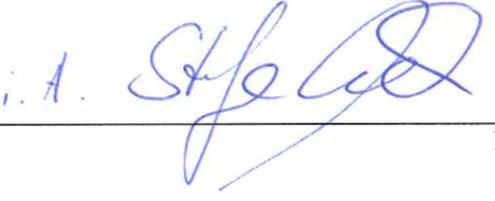
Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt oder die Auslegung der vorliegenden Vereinbarung werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vereinbarungspartnern nach Möglichkeit in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 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 1 bis 5 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 30.06.2016, 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. § 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 Mainz, 02.02.2016	Land Rheinland-Pfalz, vertreten durch das MSAGD 
Ort/Datum Eisenberg, 01.02.2016	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland 
Ort/Datum Mainz 2.2.16	Barmer GEK 
Ort/Datum Mainz 2.2.16	BKK Landesverband Mitte 
Ort/Datum Mainz, 02/02/16	DAK-Gesundheit 
Ort/Datum Mainz, 2.2.2016	Handelskrankenkasse - hkk 
Ort/Datum Mainz, 2.2.2016	HEK - Hanseatische Krankenkasse 
Ort/Datum Mainz, 2.2.2016	IKK Südwest 
Ort/Datum Kernow, 05.02.2016	Kaufmännische Krankenkasse - KKH 
Ort/Datum Mainz, 02.02.2016	Knappschaft 
Ort/Datum Mainz 2.2.16	Techniker Krankenkasse 

Anlage 1

zur Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land Rheinland-Pfalz zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz

Die Krankenkassen und das Land Rheinland-Pfalz 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 sondern die Weiterleitung der Leistungsanträge an die zuständigen Landkreise bzw. kreisfreien Städte zur Prüfung und ggf. Genehmigung:

1. Medizinische Vorsorgemaßnahmen (§§ 23, 24 SGB V)
2. Neuversorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädische Behandlung,
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. Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung und weitere Selektivverträge, 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 zuständigen Landkreisen und den zuständigen kreisfreien Städte voll zu ersetzen. Die Kosten-erstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre oder medizinisch nicht erforderlich ist.

Von: "Stein, Hannah (MFFJIV)" <Hannah.Stein@mffjiv.rlp.de>
Betreff: AW: eGK für Flüchtlinge: Bitte um eine Information
Datum: 15. Juli 2016 um 12:35:53 MESZ
An: "Wolf C. Buchmann" <w.buchmann@gmx.de>
Kopie: "Tesfamariam, Musgana (MFFJIV)" <Musgana.Tesfamariam@mffjiv.rlp.de>,
"Becker, Anke (MFFJIV)" <Anke.Becker@mffjiv.rlp.de>

Sehr geehrter Herr Buchmann,

Frau Ministerin Spiegel dankt Ihnen für Ihre Nachricht. Ihr Anfrage
beantworten wir wie folgt:

Vorbemerkung:

Es gibt verschiedene Wege, wie im Rahmen des Asylverfahrens Bilder
getätigt werden/wurden:

**a) Für das PIC-System (Neues BAMF-Registrierungssystem seit 2.
Quartal 2016):**

Die Bilder werden von der Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende in
Passbildqualität angefertigt und das Ausländerzentralregister (AZR)
übermittelt. Die kommunale Ausländerbehörde hat Zugriff auf diese
Bilder, nicht das Sozialamt. Es ist jedoch rechtlich möglich, dass die
Ausländerbehörde diese Bilder an das Sozialamt elektronisch
weiterreicht.

b) Altfälle, vor PIC:

Bei den Altfällen wurden in den Aufnahmeeinrichtungen ebenfalls Bilder
gemacht, diese sind jedoch nicht von einer ausreichenden Qualität um
für die Erstellung der elektronischen Gesundheitskarte verwendet
werden zu können. Die Ausländerbehörde fertigt daher Bilder an, um die
Altfälle ins AZR zu übermitteln. Über diesen Weg können die Bilder
ebenfalls den Sozialbehörden zur Verfügung gestellt werden.

c) Personen ohne Bilder:

Es gibt Fälle, in denen die Personen nicht mit Bildern erfasst wurden.
Diese sind jedoch von geringer Anzahl. Wenn eine kommunale Behörde
(Ausländerbehörde oder Sozialamt) nachträglich Bilder erstellen, so
können diese ebenfalls untereinander weitergereicht werden

Vor diesem Hintergrund beantworte ich Ihre Fragen wie folgt:

**1. Werden diese [Bilder] entweder vom BAMF oder der EAE im
Rahmen der Verteilung auf die Kommunen diesen zur Verfügung
gestellt?**

Nein, die Verteilentscheidung ergeht als schriftlicher Bescheid an die Kommunen. Die Übersendung eines Lichtbildes ist nicht notwendig, da die Antragstellerinnen und Antragsteller dann bereits über einen Ankunftsnachweis/BÜMA verfügen und sich so ausweisen können.

2. Wenn ja, erfolgt dies elektronisch bspw. als JPG Datei?

3. Falls nein: Könnte das Land das ggf. veranlassen?

Eine Weiterreichung der Bilder durch das Land an die Kommunen ist nicht notwendig, da die Kommunen über die Ausländerbehörde mittels des AZR bereits Zugriff erhalten können.

Die Durchführung des AsylbLG ist den Kommunen als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung übertragen, d.h. es liegt grundsätzlich in der Zuständigkeit der Kommunen, alle im Zusammenhang mit der Durchführung des AsylbLG notwendigen Schritte selbst in die Wege zu leiten. Dies beinhaltet auch die Weiterleitung des Fotos an die zu betreuenden Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach § 5 Abs. 4 Satz 1 der Rahmenvereinbarung.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Hannah Stein
Persönliche Referentin der Ministerin

MINISTERIUM FÜR FAMILIE, FRAUEN, JUGEND,
INTEGRATION UND VERBRAUCHERSCHUTZ
RHEINLAND-PFALZ

Kaiser-Friedrich-Straße 5a
55116 Mainz
Telefon 06131 - 16 5637
Hannah.Stein@mffjiv.rlp.de
www.mffjiv.rlp.de