

ÖFFENTLICHE BESCHLUSSVORLAGE

Amt/Eigenbetrieb:

55 Fachbereich Jugend und Soziales

Beteiligt:

Betreff:

Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Beratungsfolge:

15.09.2015 Sozialausschuss

Beschlussfassung:

Sozialausschuss

Beschlussvorschlag:

Der Sozialausschuss beschließt, der Rahmenvereinbarung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und den Krankenkassen nicht beizutreten.

Kurzfassung

Am 28.08.2015 hat das MGEPA NRW eine Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge gegen Kostenerstattung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch V mit den Verantwortlichen von sieben Krankenkassen unterzeichnet.

Der Beitritt zur Rahmenvereinbarung ergibt durch pflichtige Verwaltungskosten-erstattungen an die Krankenkassen jährliche Zusatzkosten von etwa 215.000 € für die Stadt Hagen.

Die Verwaltung empfiehlt, aus Kostengründen dem Rahmenvertrag nicht beizutreten.

Begründung

Am 28.08.2015 hat das MGEPA NRW eine Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge gegen Kostenerstattung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Verbindung mit dem Sozialgesetzbuch V mit den Verantwortlichen von sieben Krankenkassen unterzeichnet (AOK Rheinland/ Hamburg, AOK Nordwest, Novitas BKK, Knappschaft, DAK Gesundheit, Techniker Krankenkasse, Barmer GEK).

Die Rahmenvereinbarung zwischen dem NRW-Gesundheitsministerium und den Kassen über die Gesundheitskarte NRW regelt u.a. die Kostenerstattung für die Krankenkassen, die in diesem Fall als Dienstleister für die Kommunen tätig werden. Die Krankenkassen rechnen nach der Rahmenvereinbarung die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen mit der Gesundheitskarte NRW mit den Kommunen ab. Für die Ausführung sind in NRW die Städte und Gemeinden zuständig (Gesetz zur Ausführung des AsylbLG).

Jede Kommune muss eine Entscheidung für oder gegen einen Beitritt zu dieser Rahmenvereinbarung treffen. Ein Beitritt ist nach § 3 der Rahmenvereinbarung mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn möglich, mithin frühestens zum 01.01.2016.

Aufgrund der prekären wirtschaftlichen Situation der Stadt Hagen sind die finanziellen Auswirkungen, die durch einen Beitritt ausgelöst würden, besonders beachtlich. Es ergeben sich folgende besonders zu beachtende Aspekte:

- 1.) Den Krankenkassen sind die Aufwendungen für Krankheitskosten durch die Kommune zu erstatten. Daneben sind 8% des Leistungsvolumens an die Krankenkassen als Verwaltungskostenerstattung zu zahlen (zum Vergleich sind im SGB XII-Bereich 5% der Krankheitskosten zu erstatten).
Für das Jahr 2015 wird ein Volumen von rd. 1,2 Mio. € an Krankenkosten erwartet. Hieraus würde sich eine Verwaltungskostenerstattung von 96.000 € ergeben.

- 2.) Neben den tatsächlichen Aufwendungen für Krankheitskosten sind monatlich 10 € je Leistungsberechtigten von der Kommune an die Krankenkasse zu erstatten.
Bei derzeit rund 1.000 Personen, die der Stadt Hagen als Flüchtlinge/ Asylbewerber zugewiesen sind, ergeben sich monatliche Kosten in Höhe von rund 10.000 € oder jährlich rund 120.000 € (ohne dass ein Leistungsfall eingetreten ist).
- 3.) Nach § 4 AsylbLG ist bisher der Leistungsumfang für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen auf dringend notwendige Leistungen eingeschränkt.
Nach der Rahmenvereinbarung fällt die Beschränkung weg. Damit ist faktisch der Zugriff auf das gesamte Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnet. Eine Steigerung der Leistungen der Krankenhilfe ist vorherzusehen.
- 4.) Für die Umlage der Kosten des Medizinischen Dienstes sind weiterhin 10,00 € jährlich pro Leistungsberechtigten von der Kommune zu zahlen. Es ergäbe sich eine Jahressumme von 10.000 €.
- 5.) Für die Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschließlich Impfkosten) muss sich die Kommune an der Umlage der Krankenkassenverbände beteiligen. Die Kosten können derzeit nicht beziffert werden.
- 6.) Die Ausgabe der Gesundheitskarten erfolgt durch die Krankenkasse. Nach der Rahmenvereinbarung ist jedoch die Kommune für die Einziehung der Gesundheitskarte und des Befreiungsausweises zuständig.
Ebenso ist auch die Kommune für die An- und Abmeldungen nach der Rahmenvereinbarung zuständig.
Aufgrund der häufigen Fluktuation beim Personenkreis der Flüchtlinge und Asylbewerber entsteht ein nicht unerheblicher Verwaltungsaufwand bei der Kommune.
- 7.) Wenn Gesundheitsleistungen mit der Gesundheitskarte nach bereits erfolgter Abmeldung von dem Flüchtling in Anspruch genommen werden, haftet die Kommune in vollem Umfang für die entstandenen Kosten.
Auch wenn zwischenzeitlich bereits bei dem Flüchtling eine gesetzliche Versicherungspflicht eingetreten ist und trotzdem die Gesundheitskarte noch in Anspruch genommen wird, haftet nach der Rahmenvereinbarung (§ 8) die Kommune. Die Kommune muss dann selbst Erstattungsverfahren durchführen.
- 8.) Nach der Rahmenvereinbarung (§ 10) muss die Kommune eine monatliche Abschlagszahlung von 200,00 € pro Leistungsberechtigten erbringen. Dies erfolgt unabhängig von einer Inanspruchnahme der Gesundheitskarte. Insofern muss die Kommune den Zinsverlust in Kauf nehmen.

- 9.) Den Kommunen wird ein Belegeinsichtsrecht verwehrt (§ 10 XII). Auch können die Kommunen die Krankenkassen praktisch nicht wegen Unwirtschaftlichkeit belangen (§ 10 XII). Damit wird ein Kontrollrecht der Kommunen praktisch ausgeschlossen.
- 10.) Wenn die Krankenkassen Erstattungsansprüche gegenüber den Kommunen geltend machen, sollen die Verjährungsregeln nicht gelten (§ 10 XIII). D. h. die Krankenkassen könnten auch nach Eintritt der gesetzlich geregelten Verjährung Ansprüche gegen die Kommune durchsetzen.
- 11.) In Gerichtsverfahren sollen die entstehenden Gerichts- und Rechtsanwaltskosten an die Krankenkasse erstattet werden (§ 12) und zwar unabhängig vom Ausgang des Verfahrens.
- 12.) Erstattungsansprüche bei Unfallkosten (Verkehrsunfall, Schule usw.) werden von der Krankenkasse nicht verfolgt. Die Krankenkassen sind auch nicht grundsätzlich verpflichtet, solche Schadensereignisse den Kommunen mitzuteilen. Nur wenn die Krankenkasse „Kenntnis“ hat, teilt sie dies der Kommune mit. Die Kommune muss selbst die Schadensregelung durchführen.
- 13.) Die bisherige Einzelabrechnung von erbrachten Leistungen z.B. Krankentransporten o.ä. kann entfallen. Die Einsparung dürfte sich hier im Bereich von etwa 0,1 Stelle bei der Abrechnung bewegen (Personalkosten von etwa 6.000 €).

Fazit:

Die häufig im Zusammenhang mit der Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge und Asylbewerber angenommene Verwaltungskosteneinsparung dürfte angesichts der den Kommunen übertragenen zusätzlichen Aufgaben tatsächlich nicht eintreten. Dies gilt auch für die Stadt Hagen, da eine Zustellung quartalsbezogener Krankenscheine bei der Leistungsgewährung für Flüchtlinge automatisiert und obligatorisch ist.

Bedingt durch diese Hagener Verwaltungspraxis ist auch die Vorteilhaftigkeit der Zurverfügungstellung einer Gesundheitskarte für die Flüchtlinge und Asylbewerber eingeschränkt.

Es muss hingegen mit einer deutlichen Kostensteigerung gerechnet werden. Dies bedingt zum einen durch die Ausweitung des Leistungskataloges und zum anderen und zuvorderst durch die an die Krankenkassen zu entrichtenden Verwaltungskostenerstattungen.

Die Verwaltung empfiehlt, aus Kostengründen (es entstehen Mehrkosten von rd. 215.000 € p.a.) dem Rahmenvertrag nicht beizutreten.

Hinweis:

Unabhängig davon arbeitet das BMAS derzeit an einer bundeseinheitlichen Regelung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Gleichzeitig wird in diesem Zusammenhang die notwendige Anpassung an die EU-Aufnahmerichtlinie erfolgen. Das BMAS wird voraussichtlich dann auch die Höhe der Kostenerstattung an die Krankenkassen gesetzlich regeln (wie diese derzeit bereits für Sozialhilfeempfänger im § 264 SGB V existiert). Möglicherweise wird sich der Bund – wie teilweise gefordert - im Rahmen dieser anstehenden Neuregelung auch an den Kosten der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge beteiligen.

Finanzielle Auswirkungen

(Bitte ankreuzen und Teile, die nicht benötigt werden löschen.)

- Es entstehen keine finanziellen und personellen Auswirkungen

gez. Margarita Kaufmann
Beigeordnete

Verfügung / Unterschriften

Veröffentlichung

Ja

Nein, gesperrt bis einschließlich _____

Oberbürgermeister

Gesehen:

**Erster Beigeordneter
und Stadtkämmerer**

Amt/Eigenbetrieb:

Stadtsyndikus

**Beigeordnete/r
Die Betriebsleitung
Gegenzeichen:**

Beschlussausfertigungen sind zu übersenden an:

Amt/Eigenbetrieb: _____ **Anzahl:** _____

RAHMENVEREINBARUNG
zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für
nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach
§ 264 Absatz 1 SGB V
in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz
in Nordrhein-Westfalen

zwischen
dem Land Nordrhein-Westfalen
vertreten durch das Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA),
dieses vertreten durch die Ministerin

- nachstehend **MGEPA** -

und

der AOK Rheinland/Hamburg
der AOK NORDWEST
der Novitas BKK
der Knappschaft und
der DAK Gesundheit
die Techniker Krankenkasse
die BARMER GEK
die IKK classic

- nachstehend **Krankenkassen** genannt -

I N H A L T

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

Präambel

Nach den Regelungen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V wird die Gesundheitsversorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Absatz 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, müssen ihren Anspruch auf Leistungen bei Krankheit bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG unmittelbar gegenüber den Gemeinde geltend machen.

Die vertragsschließenden Parteien sind sich einig, dass auch für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung Verbesserungen anzustreben sind.

Mit der Zielsetzung

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer eGK zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und
- die Gemeinden nachhaltig von Verwaltungsaufgaben zu entlasten

hat das Land NRW – bis zu einer gesetzlichen Anpassung des § 264 SGB V – die Krankenkassen gebeten, die Betreuung dieses Personenkreises zu übernehmen. Aus diesen Gründen schließen die Krankenkassen mit dem Land Nordrhein-Westfalen – vertreten durch das MGEPA - eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Abs. 2 SGB IV ab.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich grundsätzlich alle Krankenkassen an der Vereinbarung beteiligen sollen und eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen durch die beitretenden Gemeinden auf die teilnehmenden Krankenkassen anzustreben ist. Aus verwaltungsökonomischen Gründen wird eine Zuordnung der einzelnen Gemeinden zu je einer teilnehmenden Krankenkasse angestrebt.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Die Vereinbarung beschreibt die auftragsweise Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern gegenüber den Gemeinden Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben. Die Gesundheitsversorgung wird durch die teilnehmenden Krankenkassen –nach Maßgabe dieser Vereinbarung sichergestellt.

§ 2 Ziel dieser Vereinbarung

- (1) In Nordrhein-Westfalen übernehmen gemäß § 1 des Ausführungsgesetzes des Asylbewerberleistungsgesetzes die Gemeinden die Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben. Mit der Vereinbarung soll die Gesundheitsversorgung dieser Leistungsberechtigten durch eine Krankenkasse übernommen werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Absatz 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Absatz 1 SGB V.
- (2) Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkasse eine professionelle, effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Gemeinden geleistet.

§ 3 Beitrittsrecht der Gemeinden

- (1) Die Gemeinden in NRW können dieser Vereinbarung beitreten.
- (2) Der Beitritt ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn schriftlich gegenüber dem MGEPA zu erklären. Die Regelungen dieser Vereinbarungen gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach Eingang der Erklärung beim MGEPA.
- (3) Der Austritt einer Gemeinde ist mit einer dreimonatigen Frist zum Quartalsende ebenfalls schriftlich gegenüber dem MGEPA zu erklären.
- (4) Der Beitritt oder Austritt einer Gemeinde ist den teilnehmenden Krankenkassen durch das MGEPA unverzüglich anzuseigen.

§ 3a Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen

- (1) Krankenkassen, die noch nicht Vertragspartner dieser Rahmenvereinbarung sind, zeigen ihren Beitritt unmittelbar gegenüber dem MGEPA NRW an. Der Austritt einer Krankenkasse ist ebenfalls gegenüber dem MGEPA anzuseigen. Ein Austritt ist mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist jeweils zum Ende des Kalenderjahres möglich.
- (2) Die beigetretene Krankenkasse nimmt mit Beginn des auf die Anzeige folgenden Quartals an dieser Vereinbarung teil.
- (3) Das MGEPA veröffentlicht eine Liste der teilnehmenden Krankenkassen und beigetretenen Gemeinden jeweils auf ihrer Homepage. Die Krankenkassen und beigetretenen Gemeinden stimmen der Veröffentlichung und der jeweiligen Aktualisierung auf der Homepage des MGEPA zu.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Gemeinden sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG (vgl. Anlage 1, Buchstabe A und B). Nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Gemeinden erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A und B in Anspruch genommen hat.
- (2) Für die in Anlage 1, Buchstabe C, aufgeführten GKV-Leistungen ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber der Gemeinde zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Gemeinden weitergeleitet und dort in eigener Verantwortung entschieden.
- (3) Der Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Betreuungsverhältnisses beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 AsylbLG (Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG) vorliegen und der Leistungsberechtigte weder in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) noch in einer Zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) untergebracht ist. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Gemeinden. Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) bzw. einer Zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) greifen die Regelungen dieser Vereinbarung nicht.
- (4) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Absatz 3 AsylbLG.

§ 5 Meldeverfahren

- (1) Die Gemeinden melden die Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielgemeinde unverzüglich bei einer teilnehmenden Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.
- (2) Das Land wirkt auf die gleichmäßige Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Krankenkassen hin.
- (3) Die Gemeinden, die dieser Vereinbarung beigetreten sind, teilen der Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der dieser Vereinbarung als Muster beigefügten Meldevordrucke (Anlagen 2 bis 4) mit:
 - a. Separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V
 - b. An- und Abmeldungen des Haushaltvorstandes (inklusive der Angehörigen)
 - c. Änderung der Personenstandsdaten (z. B. Namensänderung inklusive Anschriftenänderung)
 - d. Ummeldung vom Haushaltvorstand zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltvorstandes (inklusive seiner bisherigen Angehörigen)
 - e. Sonstige Änderungsmeldungen (z. B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)
- (4) Die vorgenannten Meldungen sind von der zuständigen Gemeinde zu unterzeichnen und mit Behördenstempel zu versehen, soweit sie nicht elektronisch übermittelt werden. Voraussetzung für die elektronische Übermittlung ist, dass alle Beteiligten ein einheitliches und verbindliches Verfahren abgestimmt haben.
- (5) Auf dem Anmeldevordruck ist der Krankenkasse von der zuständigen Gemeinde für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zugleich bestätigt die Gemeinde mit der Anmeldung, dass das Lichtbild mit der Identität des Leistungsberechtigten übereinstimmt.
- (6) Sind die Meldungen unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an die zuständige Gemeinde zurückgeschickt.

§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC

- (1) Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf 24 Kalendermonate. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer im Sinne der §§ 1896 BGB ff möglich. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen den Gemeinden Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Gemeinden stellen sicher, dass sie die Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK informieren.
- (2) Beim erstmaligen Abhandenkommen oder bei erstmaliger Meldung eines Defekts einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag des Leistungsberechtigten eine neue eGK aus.
- (3) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen Gemeinde für jeden Leistungsberechtigten 10,00 Euro. Damit ist auch die Ausstellung einer weiteren Karte, z. B. bei Verlust oder Ablauf, abgegolten. Werden darüber hinaus weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8,00 Euro an.

§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Die Krankenkassen stellen hierzu einen Befreiungsausweis aus. Der Befreiungsausweis wird den Leistungsberechtigten individuell, nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der jeweiligen Kasse zur Verfügung gestellt.

§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung

- (1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger feststeht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Abmeldung durch die zuständige Gemeinde bei der Krankenkasse. Gleichermaßen gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit der Gemeinde. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 2 bis 4). Mit der Abmeldung ist die Gemeinde verpflichtet, von dem Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat die zuständige Gemeinde zu erstatten.
- (3) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der auftragsweisen Gesundheitsversorgung, obwohl zwischenzeitlich bereits Versicherungspflicht eingetreten ist, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber der zuständigen Gemeinde bestehen. Etwaige Ersatzansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat die Gemeinde gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (4) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort, hat durch die bisher zuständige Gemeinde eine Abmeldung bei der bisher betreuenden Krankenkasse zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch die neue zuständige Gemeinde hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen. Voraussetzung ist, dass die aufnehmende Gemeinde ebenfalls dieser Vereinbarung beigetreten ist.
- (5) Das Betreuungsverhältnis endet mit dem Austritt der Gemeinde aus der Rahmenvereinbarung (§ 3 Abs. 3). Abs. 1 und 2 bleiben davon unberührt.

§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entsprechend der gesetzlichen Regelungen. Die Kosten für die Umlage gemäß § 281 SGB V werden in Höhe von 10,00 Euro jährlich (Stichtag 1. Juli) pro Leistungsberechtigten von den jeweils zuständigen Gemeinden übernommen.

§ 10 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit der zuständigen Gemeinde ab.
- (2) Die zuständige Gemeinde leistet monatlich Abschlagzahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der am Monatsersten gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Absatz 3. Die Abschlagszahlungen beginnen im zweiten Monat des Beitrittsquartals.

- (3) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt. Eine unterjährige Anpassung der Abschlagszahlung ist vorzunehmen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Abschlagszahlung nicht mehr entsprechen.
- (4) Bis zum 31.12.2016 orientiert sich die Höhe der Abschlagszahlung an den durchschnittlichen Ausgaben der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt damit monatlich 200,00 Euro je Leistungsberechtigtem.
- (5) Die Abschlagzahlungen sind jeweils zum Zehnten eines Monats zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse der zuständigen Gemeinde, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagzahlung verrechnet werden können.
- (6) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem zu übermitteln:
- Name
 - Vorname
 - Geburtsdatum
 - Krankenversichertennummer
 - Aktenzeichen
 - Rechnungsnummer
 - Leistungsaufwendungen von/bis
 - Betrag
 - Leistungsart
 - Leistungsaufwendung gesamt
- (7) Die Abrechnungen sind nach folgenden Leistungsarten zu differenzieren:
- Arzneimittel
 - Ärztliche Behandlung (jeweils getrennt nach Morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetären Leistungen)
 - Zahnärztliche Leistungen:
 - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1
 - Kieferbruch/Kiefergelenkerkrankungen BEMA Teil 2
 - Parodontosebehandlungen BEMA Teil 4
 - Kieferorthopädische Leistungen BEMA Teil 3
 - Krankenhausbehandlung
 - Heilmittel
 - Hilfsmittel
 - Häusliche Krankenpflege
 - Soziotherapie
 - Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
 - Psychotherapie
 - Sozialpädiatrische Leistungen
 - Medizinische Rehabilitation für Mütter
 - Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
 - Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
 - Fahrkosten
 - Gutachterkosten Zahnärzte im Rahmen Kieferorthopädie oder Parodontosebehandlung
 - Gutachterkosten Psychotherapie
 - Verwaltungskosten
 - Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
 - Kosten für Versichertenkarten (eGK)
 - Sprechstundenbedarf

- (8) Die Abrechnung der budgetierten ärztlichen Leistungen erfolgt für diesen Personenkreis – analog des Verfahrens für Betreute nach § 264 Abs. 2 SGB V – in Höhe des sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme ergebenden durchschnittlichen Betrages.
- (9) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung von Vertragsärzten beteiligt sich die zuständige Gemeinde an der Umlage der Krankenkassen(verbände).
- (10) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.
- (11) Die personenbezogenen Abrechnungen der Leistungsberechtigten werden in einer Sammelrechnung in Papierform zusammengefasst. Die Sammelrechnung weist die Gesamtsumme der Leistungen, der Pauschalen und der Verwaltungskosten sowie die Endsumme aus. Die Endsumme ist zum Ablauf des auf die Abrechnung folgenden Kalendermonats an die Krankenkasse zu leisten.
- (12) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden der zuständigen Gemeinde im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V bleibt hiervon unberührt. Die in § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V genannten Anhaltspunkte für Unwirtschaftlichkeit können sich nur auf absolute Ausnahmefälle beziehen, in denen den Gemeinden konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden.
- (13) Krankenkassen und Gemeinden sind sich darüber einig, dass §§ 110, 111 und 113 SGB X keine Anwendung finden. In den Rechtsbeziehungen zwischen Gemeinden und Krankenkassen findet ab dem Zeitpunkt der Bestandskraft eines Verwaltungsaktes bzw. eines Urteils die dreijährige Verjährungsfrist des BGB Anwendung.

§ 11 Verwaltungskosten

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet die zuständige Gemeinde Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,00 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem.
- (2) Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigtem angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt. Maßgeblich für die Quartalszuordnung der Leistungsaufwendungen ist der Tag der Inanspruchnahme. Der sich hieraus prozentual berechnete Betrag wird mit dem quartalsweisen Mindestverwaltungskostenaufwand je Leistungsberechtigtem abgeglichen. Der höhere Betrag ist zu erstatten.

§ 12 Widersprüche und Klageverfahren

- (1) Die Krankenkasse entscheidet – sofern sie nach dieser Vereinbarung für die Leistungsentscheidung zuständig ist – über Widersprüche. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse. Die zuständige Gemeinde als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.

- (2) Die Gemeinde ersetzt der Krankenkasse alle anfallenden Verfahrenskosten (Anwalts- und Gerichtskosten) unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse zum Beispiel von einem Gericht zur Übernahme von Behandlungskosten verurteilt wird, sie ein Anerkenntnis abgibt, sie einen Vergleich schließt bzw. einem Widerspruch stattgibt. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der quartalsweisen Abrechnung gemäß § 10 dieser Vereinbarung.

§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt die zuständige Gemeinde. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie die zuständige Gemeinde zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt der Gemeinde.

§ 14 Datenschutz

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieser Vereinbarung ergebenden Arbeitsteilung sicherzustellen, dass

1. die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung (insbes. § 35 SGB I, §§ 284 ff. Sozialgesetzbuch SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes NRW, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen, Bundesdatenschutzgesetz bzw. Sozialgesetzbuch) erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
2. alle Personen, die mit der Bearbeitung der in der Vereinbarung genannten Tätigkeiten und mit der Erfüllung der sich daraus ergebenden Verpflichtungen befasst sind oder befasst sein können, die unter Ziffer 1 genannten Regelungen und Gesetze kennen und dass bei der Durchführung des Vertrages nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend belehrt, zur Geheimhaltung verpflichtet wurden und auf die Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften hingewiesen sind.

§ 15 Evaluation und Qualitätssicherung

1. Die teilnehmenden Krankenkassen und Gemeinden vereinbaren regelmäßige Gespräche insbesondere zur Entwicklung der Leistungsausgaben. Ziel dieser Gespräche ist es, Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben und der Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens und der Klärung von Leistungsansprüchen zu erörtern und zu vereinbaren.
2. Nach Abrechnung der ersten beiden Quartale wird die Angemessenheit der Verwaltungskosten überprüft. Auf der Basis dieses Evaluationsergebnisses wird eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der Verwaltungskosten als nicht sachgerecht darstellen sollte.

§ 16 Meinungsverschiedenheiten

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

§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel

- (1) Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vereinbarungspartnern unterzeichneten Nachtrages.
- (2) Sofern einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein sollten oder Auslassungen enthalten, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung gilt diejenige wirksame Bestimmung als vereinbart, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung entspricht. Im Fall von Auslassungen gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieser Vereinbarung vernünftigerweise vereinbart worden wäre, hätte man die Angelegenheit von vornherein bedacht.
- (3) Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 18 Laufzeit der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung der vertragsschließenden Parteien in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 31.07.2016, schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Soweit sich durch neue bundesrechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Vereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Vereinbarung ein. Das Kündigungsrecht nach § 3 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (4) Unbeschadet des Absatzes 2 kann diese Vereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.

Ort/Datum	Land NRW, vertreten durch das MGEPA
Ort/Datum	AOK Rheinland/Hamburg
Ort/Datum	AOK Nordwest
Ort/Datum	Novitas BKK
Ort/Datum	Knappschaft
Ort/Datum	DAK-Gesundheit
Ort/Datum	Techniker Krankenkasse
Ort/Datum	BARMER GEK
Ort/Datum	IKK classic

Anlage 1

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

Die Krankenkassen und das Land NRW verständigen sich darauf, dass zur Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten (§ 264 Abs. 1 SGB V) zwischen drei Leistungsgruppen differenziert wird:

A. Leistungsbereiche, die direkt über die eGK bezogen werden (kein Genehmigungsverfahren)

- Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V:
Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft; die Leistungen werden auf Basis des § 4 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt.

B. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und für die künftig die Krankenkassen die Versorgung für die Asylbewerber/innen übernehmen sollen

- Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V:
Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft.

C. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und bei denen regelmäßig das Kriterium der Aufschiebbarkeit der Leistung greift

In den nachfolgenden Fällen erfolgt keine Leistungsgewährung durch die Krankenkassen:

1. Vorsorgekuren.
2. Neuversorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung
3. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V
4. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation,
5. strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
6. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt
7. Leistungen im Ausland.

Leistungen nach Buchstabe A und B sind den Krankenkassen von den Städten und Gemeinden voll zu ersetzen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre.

Leistungsanträge nach Buchstabe C sind an die Städte und Gemeinden weiterzuleiten. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW



Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Frau Ministerialdirigentin Dr. Dorothea Prütting
Horionplatz 1
40213 Düsseldorf

E-Mail: dorothea.pruetting@mgepa.nrw.de
info@mgepa.nrw.de

nachrichtlich:

Ministerium für Inneres und Kommunales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Ansprechpartner für den Städtetag:
Hauptreferentin
Andrea Vontz-Liesegang
Tel.-Durchwahl: 0221/3771-260
E-Mail: andrea.vontz@staedtettag.de

Aktenzeichen: 53.08.04 N

Ansprechpartner für den Landkreistag:
Beigeordneter
Dr. Christian von Kraack
Tel.-Durchwahl: 0211/300491200
E-Mail: kraack@lkt-nrw.de

Ansprechpartner für den Städte- und Gemeindebund NRW
Hauptreferent Matthias Menzel
Tel.-Durchwahl.: 0211/4587-234
E-Mail: Matthias.Menzel@kommunen-in-nrw.de

Datum: 27.07.2015

Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern –Entwurf einer Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 und 7 SGB V

Sehr geehrte Frau Dr. Prütting,

wir knüpfen an unser Schreiben an Ihr Haus vom 02.06.2015, die Antwort Ihres Hauses vom 26. Juni 2015 sowie die bisherigen Gespräche, zuletzt das Gespräch der Arbeitsgruppe am 08.07.2015. Hiernach haben noch die weiteren Abstimmungsarbeiten sowohl auf kommunaler als auch auf Seiten der gesetzlichen Krankenversicherung stattgefunden. Zuletzt wurde uns eine von Seiten der Krankenkassen überarbeitete Version der Rahmenvereinbarung mit Mail von Herrn Süss, AOK-Rheinland/Hamburg am 21.07.2015 übersandt. Wir geben mit diesem Schreiben unsere Einschätzung hierzu und zum derzeitigen Entwicklungs- und Verfahrensstand ab:

Zunächst bedanken wir uns für den konstruktiven Charakter der bisherigen Gespräche trotz teilweise unterschiedlicher Positionen. Ausdrücklich begrüßen wir noch einmal das Engagement aller, an der Vorlage eines Entwurfes einer Rahmenvereinbarung zwischen Land NRW und der zur Übernahme der Versorgung bereiten Krankenkassen, Beteiligten. Interessierte Kommunen können einer solchen Vereinbarung freiwillig beitreten, falls die Konditionen ihnen akzeptabel erscheinen.

Zum aktuellen Stand der Rahmenvereinbarung und der sich stellenden Detailfragen haben wir folgende Anmerkungen:

A. Leistungsbereiche

Zu begrüßen ist grundsätzlich die von den Krankenkassen nunmehr vorgesehene Anpassung in § 10 Abs. 7, in dem nun einzelne Leistungsbereiche aufgeführt sind. Es fällt allerdings auf, dass bei den Leistungsarten Gutachterkosten für Zahnärzte aufgeführt sind. U.E. dürften diese dort nicht aufgeführt werden, weil die Neuversorgung von Zahnersatz von den Kommunen selbst bewilligt wird. Diese Position müsste daher gestrichen werden, es sei denn, die Krankenkassen legten nachvollziehbar dar, dass diese Gutachterkosten bei dem von ihnen erbrachten Leistungsspektrum in notwendiger Weise anfallen.

Zudem fällt auf, dass die Position „Zahnärztliche Behandlung“ nicht weiter aufgeschlüsselt wurde, wie dies in der Hamburger Vereinbarung der Fall ist. Wir schlagen bei der Zahnbehandlung zumindest folgende Differenzierung vor:

- Zahnärztl. Behandlung (Kons.-chirurg. Leistungen, Kopfpauschale)
- Zahnärztl. Leistungen: Parodontosebehandlung
- Zahnärztl. Leistungen: Kieferbruch
- Zahnärztl. Leistungen: Kieferorthopädie

Die Zustimmung der Kassenseite zu unseren Änderungsvorschlägen in Anlage 1 Buchst. C begrüßen wir. Hinsichtlich des Punktes „Zahnersatz“ ist allerdings anzumerken, dass die Kommunen zuständig für die Neuversorgung mit Zahnersatz sind und als bewilligende Stellen auch für die Abwicklung und Bearbeitung eventueller diesbezüglicher Gewährleistungsansprüche zuständig sind. Das sollte in der Rahmenvereinbarung auch so klar gestellt werden.

Zur Vermeidung von evtl. Doppelversorgungen bzw. –zahlungen sollten sich die betreuende Krankenkasse und die Kommune immer über die Versorgung mit Zahnersatz benachrichtigen. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen die Leistungsbezieher nach 15 Monaten in die gesetzliche Regelbetreuung nach § 2 AsylbLG wechseln und dann ggf. bei einem anderen Zahnarzt eine erneute Neuversorgung beantragen.

B. Verjährungsfrage

In der kassenseitig vorgenommenen Überarbeitung des Rahmenvereinbarungsentwurfs wurde nun die in den Gesprächen problematisierte Verjährungsfrage mit einer Anpassung des § 10 Abs. 13 -mit Verweis auf die allgemeingültigen Regelungen des BGB- aufgenommen. Dies begrüßen wir grundsätzlich, regen allerdings hinsichtlich der Formulierung des o.a. Absatzes zur Vermeidung von eventuellen Streitigkeiten bzw. Irritationen folgende Regelung an:

„In den Rechtsbeziehungen (...) beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist, die dreijährige Verjährungsfrist des BGB.“

Alternativ wäre auch die Formulierung aus Hamburg gem. § 9 Abs. 7 Satz 2 denkbar.

C. Kostenpauschale

Bereits mehrfach und eindringlich haben wir auf die Problematik der nach wie vor unverändert im aktuellen Entwurf vorgesehenen Regelungen zu den von den beitretenden Kommunen an die Krankenkassen zu leistenden Zahlungen für den dort entstehenden Verwaltungsaufwand hingewiesen.

Wir halten nach wie vor sowohl die vorgesehene Bindung an das Leistungsvolumen als auch den an sich sehr hohen Prozentbetrag von 8 % für anpassungsbedürftig.

Die Bindung an das Leistungsvolumen könnte wegen fehlender Kalkulierbarkeit eventuell einem Beitritt von Kommunen im Nothaushalt, im Haushaltssicherungskonzept und im Haushaltssanierungsplan entgegenstehen. Die kommunalen Spitzenverbände plädieren daher stattdessen für eine angemessene fixe Pauschale in einem Eurobetrag je Leistungsberichtigtem pro Monat. Dies trägt zum einen der Tatsache Rechnung, dass der Verwaltungsaufwand auf Seiten der Krankenkassen in keinem festen Bezug zum zugebilligten Leistungsvolumen steht. Zum anderen entstünde ansonsten angesichts der wahrscheinlichen Erhöhung des möglichen Leistungsumfangs, die sich derzeit nicht kalkulieren lässt, eine kommunalhaushaltlich schwierige Situation. Allein auf der Basis eines festen Eurobetrags je Leistungsberichtigtem je Monat ließe sich dieses Risiko für die kommunale Seite genauer eingrenzen und zumindest die Kostenbelastung für die Kommunen vorab einschätzbar gestalten. Diesen von uns aufgezeigten Lösungsansatz favorisieren wir nach wie vor, da Kommunen so in ihrer Teilnahmeentscheidung unterstützt werden.

Hinsichtlich der Höhe als solcher ist berücksichtigen, dass dieser Betrag so festzusetzen wäre, dass eine Unterdeckung der Verwaltungskosten auf der Kassenseite ausgeschlossen wird, da ansonsten eine Belastung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen durch ihn nicht abgedeckten Kreis entstünde. Die bisherige Argumentation, dies sei erst bei einer Pauschale im Umfang von 8 % des zugebilligten Leistungsvolumens gegeben, können wir ohne Vorlage belastbarer Daten allerdings nach wie vor nicht nachvollziehen. So sieht beispielsweise der Bundesgesetzgeber für die Kreise des § 264 Abs. 2 SGB V in § 264 Abs. 7 SGB V nur eine Verwaltungskostenpauschale von „bis zu 5 %“ vor. Es ist uns nicht bekannt, dass dies vom Bundesversicherungsamt im Rahmen seineraufsichtsrechtlichen Zuständigkeit bislang als Unterdeckung der Krankenkassen gerügt wurde.

Vielmehr darf es durch die nordrhein-westfälische Rahmenvereinbarung nicht zu einer Überkompensation des Verwaltungsaufwandes der Krankenkassen kommen. Auch die Kommunen sind zu einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung verpflichtet und verwalten öffentliche Gelder. Daher möchten wir die Krankenkassen nochmals bitten, hinsichtlich der Kosten die in Bremen und Hamburg getroffenen Vereinbarungen zu übernehmen oder für den Fall, dass dies mit ihren Aufwandberechnungen nicht übereinstimmt, nachvollziehbare Berechnungen für Abweichungen vorzulegen. Leider wurden diese von den Krankenkassen – trotz mehrfacher Aufforderung von kommunaler Seite – noch immer nicht vorgelegt.

D. Anpassung an die Entwicklung auf Bundesebene

Im Weiteren möchten wir auf die nach wie vor laufenden Entwicklungen auf Bundes- bzw. Bund-Länder-Ebene, insbesondere die Ergebnisse der Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 18. Juni 2015 hinweisen. Hier ist durch die Aufnahme einer Regelung in der Rahmenvereinbarung sicherzustellen, dass die Entwicklung in Nordrhein-Westfalen mit derjenigen der Bund-Länder-Ebene synchronisiert wird und dass Kommunen durch die Teilnahme an einer NRW-Rahmenvereinbarung nicht schlechter gestellt werden, als eine Bundesregelung dies zukünftig vorsieht.

Abschließend möchten wir anmerken, dass die jüngsten kassenseitigen Änderungen am Entwurf grundsätzlich in eine positive Richtung gehen, die unserem Ziel, der Schaffung einer guten und rasch verfügbaren Rahmenvereinbarung entspricht. Gerade hinsichtlich der schwierigen Kostenfrage sind jedoch noch Änderungen im von uns ausführlich dargelegten Sinne erforderlich. Wegen der damit im Zusammenhang stehenden kommunalhaushaltrechtlichen Fragestellungen regen wir dringend ein gemeinsames Gespräch mit dem Ministerium für Inneres und Kommunales an.

Abschließend bleibt festzustellen, dass jede Kommune selbst entscheiden wird, ob eine Beteiligung an der Rahmenvereinbarung für sie sinnvoll erscheint. Insbesondere eine Änderung hinsichtlich der bislang vorgesehenen Verwaltungskosten im o.g. Sinne würde eine Entscheidung für einen Beitritt sicherlich begünstigen.

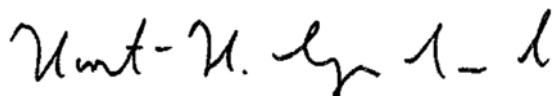
Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Verena Göppert
Beigeordnete
des Stättetages Nordrhein-Westfalen



Dr. Christian von Kraack
Beigeordneter
des Landkreistages Nordrhein-Westfalen



Horst-Heinrich Gerbrand
Geschäftsführer
des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen