

03.05.2016

Durchwahl: 0511 87953-28

Aktenzeichen: 458-00/11 He

Rundschreiben Nr. 446/2016

Krankenversorgung für Asylbewerber und Flüchtlinge

Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V zur Einführung der eGK

NLT-RdSchr. Nr. 267/2016 vom 17.03.2016 und Nr. 264/2016 vom 16.03.2016

Wie mit Bezugsrundschreiben 267/2016 berichtet hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) trotz erheblicher Bedenken der kommunalen Spitzenverbände mit den Landesverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Rahmenvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) geschlossen.

Das Präsidium des NLT hat sich den Bedenken der Geschäftsstelle in seiner Sitzung am 12.04.2016 ausdrücklich angeschlossen und das unabgestimmte, einseitige Vorpreschen des MS ebenfalls mit Missbilligung zur Kenntnis genommen.

Presseberichten zufolge ist in Niedersachsen bisher nur ein Landkreis der Rahmenvereinbarung beigetreten. In Nordrhein-Westfalen (NRW), das mit seiner Landesrahmenvereinbarung „Pate“ für Niedersachsen gestanden hat, ist das Interesse auch sehr verhalten. Von den 396 Städten und Gemeinden, die in NRW für den Vollzug des AsylbLG zuständig sind, haben lediglich 16 Gebietskörperschaften ihren Beitritt erklärt. Die beigetretenen Kommunen, darunter die Stadt Köln, repräsentieren weniger als zehn Prozent der Bevölkerung des Landes NRW. Die übrigen 380 Städte und Gemeinden in NRW erachten die

mit Niedersachsen übereinstimmenden Bedingungen für die Nutzung der eGK ebenfalls für unakzeptabel.

Anlässlich der Sitzung des Sozialausschusses des Deutschen Landkreistages am 28.04.2016 haben im übrigen auch die anderen Landesverbände berichtet, dass die dortigen Landkreise einer Einführung der eGK für Flüchtlinge und Asylbewerber gleichermaßen überwiegend ablehnend gegenüberstehen; unabhängig davon, ob es dort ggf. bereits eine Landesrahmenvereinbarung gibt. Eine Ausnahme bilden nur die wenigen Länder, in denen das Land vollständig für die entstehenden Gesundheitskosten einschließlich der Verwaltungskosten aufkommt.

Da in Niedersachsen inzwischen verschiedentlich aus der Mitte der Kreistage Anträge auf Beitritt des jeweiligen Landkreises zu der Niedersächsischen Rahmenvereinbarung über die eGK für Flüchtlinge und Asylsuchende bekannt geworden sind geben wir nachfolgend nochmals die maßgeblichen Argumente gegen die Einführung der eGK wieder:

- **Gewährleistung des eingeschränkten Leistungsanspruchs nach §§ 4, 6 AsylbLG**

Hier ist darauf hinzuweisen, dass die durchschnittlichen Kosten für die Krankenversorgung in den Jahren 2010 bis 2014 ausweislich der Asylbewerberleistungsstatistik für den Personenkreis nach § 3 AsylbLG (Grundleistungsempfänger) 1.320 Euro pro Person/Jahr, für die analogen Leistungsberechtigten nach § 2 AsylbLG hingegen rund 2.042 Euro betragen haben. Die medizinische Versorgung der Asylbewerber, die den gleichen Anspruch wie gesetzlich Krankenversicherte haben, ist somit im landesweiten Durchschnitt um 50 Prozent teurer. Daher kommt der Sicherstellung des eingeschränkten Leistungsumfangs in der Krankenversorgung im Hinblick auf die derzeitige Höhe der Kostenabgeltungspauschale nach dem Aufnahmegesetz eine maßgebliche Bedeutung zu.

Bei der eGK soll diese Beschränkung durch das Statuskennzeichen 9 auf der Karte gewährleistet werden. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist das Statusmerkmal allerdings nur sichtbar, wenn die eGK eingelesen wird. Dies erfolgt jedoch nicht durch den behandelnden Arzt, sondern vielmehr im Vorfeld der Behandlung durch die medizinische Fachangestellte. Anders als bei einem individuellen Krankenschein ist dem Arzt bei einem Patienten mit eGK somit der Krankenversicherungsstatus faktisch nicht mehr präsent.

Hinzu kommt, dass die GKV die Abrechnung der Ärzte nicht mehr prüft, sondern unterstellt, dass der eingeschränkte Leistungsumfang ärztlicherseits beachtet wird. Den örtlichen Trägern der Sozialhilfe steht anders als bei dem Vertrag mit der KVN (vgl. NLT-RdSchr. Nr.445/2016 vom 03.05.2016) kein Beanstandungsrecht und Erstattungsanspruch zu (§ 4 Abs. 3 Rahmenvereinbarung).

Im Übrigen ist die nach § 111 SGB X übliche Frist von zwölf Monaten für den Ausschluss von Erstattungsansprüchen hier der GKV gegenüber den örtlichen Trägern für nicht anwendbar erklärt (§ 13 Abs. 13 RV).

- **Höhe der Verwaltungskosten**

Gemäß § 12 Abs. 1 Rahmenvereinbarung betragen die Verwaltungskosten pauschal acht Prozent der abgerechneten Krankenleistungen, mindestens jedoch zehn Euro monatlich pro Person.

Im Vergleich hierzu betragen die Verwaltungskosten für die Abrechnung der Krankenversorgung nach § 264 Abs. 2 – 7 SGB V nur fünf Prozent. Gründe für die Abweichung in Höhe von 60 Prozent sind weder benannt noch bekannt.

Auf die Durchschnittskosten der Krankenversorgung (1.320 Euro) bezogen betragen acht Prozent jährlich rund 100 Euro und würden bereits somit die „Mindestverwaltungskosten“ von 120 Euro pro Person/Jahr auslösen. Bei Fällen mit einer außergewöhnlich hohen Belastung fallen durch die pauschale Regelung hingegen absolut unverhältnismäßige Verwaltungskosten an. In einem Landkreis bspw. sind für einen syrischen Jungen mit einem angeborenen Gendefekt Medikamente in Höhe von 20.000 Euro monatlich erforderlich. Die hierauf entfallenden Verwaltungskosten würden jährlich etwa 20.000 Euro betragen. Die Kosten-Nutzen-Relation entbehrt damit jeglicher Verhältnismäßigkeit.

Hinzu kommt, dass die Kostenabgeltungspauschale hinsichtlich der Fälle mit besonders hohen Krankheitskosten bei einzelnen Landkreisen bereits zu erheblichen Verwerfungen führt, worauf seitens der Geschäftsstelle in einem Gespräch mit Innenminister Boris Pistorius Ende April 2016 erneut hingewiesen wurde. Hierauf wären noch die pauschalen Verwaltungskosten an die GKV abzuführen, so dass die betroffenen Landkreise infolge der pauschalen Kostenerstattung durch das Land überproportional negativ betroffen wären.

Im Übrigen ist für das Jahr 2016 die Abschlagszahlung auf 600 Euro pro Person/Quartal - zuzüglich der Verwaltungskosten - festgelegt (§ 13 Abs. 6 Rahmenvereinbarung) und beträgt mit 2.400 Euro nahezu das Doppelte der bisher im Durchschnitt pro Grundleistungsempfänger aufgewendeten Krankenkosten. Auch hierdurch sind die Landkreise und die Region Hannover zumindest im Jahr 2016 unverhältnismäßig belastet.

Der Verweis auf die in der Rahmenvereinbarung enthaltene Evaluation der Verwaltungskosten (§ 15 RV) vermag diese Unbilligkeiten nicht zu entschärfen, zumal dafür kein konkretes Verfahren festgelegt worden ist und die Umsetzung daher der Beliebigkeit der Vereinbarungspartner MS und GKV unterliegt.

- **Entlastung von Verwaltungsaufgaben**

Mit Blick auf die aufwändigen Prozeduren für die An-, Änderungs- und Abmeldung der einzelnen Leistungsberechtigten und die Pflicht zur Einziehung der eGK (§§ 5,

6 und 8 Rahmenvereinbarung) ist die Einsparung von Verwaltungsaufwand kritisch zu hinterfragen. Schadenersatzansprüche sind selbst zu verfolgen (§ 10 RV) und für die Durchführung der Widerspruchs- und Klageverfahren sind unabhängig vom Ausgang des Verfahrens die Kosten separat zu erstatten (§ 9 RV).

- **Risiko bei Missbrauch**

Die Gültigkeitsdauer der eGK beträgt derzeit grundsätzlich 24 Monate (§ 6 Abs. 2 RV). Eine Sperrung oder wenigstens kurzzeitige Befristung der eGK ist derzeit nicht möglich. Die im Falle eines Missbrauchs entstandenen Kosten hat der örtliche Träger der GKV vollumfänglich zu erstatten und hierfür auch noch die Verwaltungskosten zu leisten.

„Hildesheimer Modell“

Alternativ machen wir auf das "Hildesheimer Modell" aufmerksam. Der Landkreis Hildesheim hat vor kurzem mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen die Ausgabe einer eigenen Gesundheitskarte vereinbart. Das Verfahren ist zunächst bis zum 31.12.2017 befristet. Diese Gesundheitskarte wird anstelle des bisherigen Behandlungsscheines vom Landkreis für maximal sechs Monate ausgestellt und ist vor der Behandlung dem Arzt vorzulegen. Die Behandlung ist danach nur bei zugelassenen Kassenärzten im Landkreis Hildesheim möglich, die über die eingeschränkten Leistungsansprüche des Personenkreises mit dieser Gesundheitskarte informiert sind. Weitere Einzelheiten bitten wir den anliegenden Vertragsunterlagen (**Anlage**) zu entnehmen.

Für die Abrechnung der erbrachten Leistungen ist eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 1,5 Prozent vereinbart. Die ambulanten medizinischen Leistungen umfassen etwa 90 Prozent des Gesamtvolumens der Krankenhilfaufwendungen für den Personenkreis. Die KVN verlangt hierfür 1,5 Prozent im Vergleich zu der GKV, die für die Abrechnung der medizinischen Leistungen im Rahmen der Gesundheitskarte elektronische Gesundheitskarte acht Prozent erhält.



Prof. Dr. Hubert Meyer

Anlage

(nur im Intranet)