

Vorsitzender



Rheinbach, den 14.10.2016

## Einladung

zur 10/7. Sitzung

des Ausschusses für Generationen, Integration und Soziales der Stadt Rheinbach

Zu der vorbezeichneten Sitzung lade ich hiermit ein.

Termin: Donnerstag, der 27.10.2016 18:00 Uhr

Ort: Großer Sitzungssaal, Rathaus, Schweigelstraße 23, 53359 Rheinbach

Die Beratungspunkte bitte ich der beigefügten Tagesordnung zu entnehmen.

Denjenigen Ratsmitgliedern, die nicht dem vorbezeichneten Ausschuss angehören, wird unter Bezugnahme auf § 58 Abs. 1 GO anheimgestellt, an der Sitzung als Zuhörer teilzunehmen.

gez. Unterschrift  
Folke große Deters  
Vorsitzender

# T a g e s o r d n u n g

zur Sitzung des Ausschusses für Generationen, Integration und Soziales  
am Donnerstag, dem 27.10.2016

TO-Punkt	Beratungsgegenstand	Vorlagen-Nr.
<b>A) ÖFFENTLICHE SITZUNG</b>		
1	Anerkennung der Tagesordnung	
2	Anträge der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen vom 03.09.2015 und der SPD - Fraktion vom 14.07.2016 betr.: Beitritt zur Rahmenvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge	BV/0803/2016
3	Bericht des Rheinbacher Seniorenforums e.V. über das Projekt "Engagement braucht Leadership"	B/0143/2016
4	Bericht des Rheinbacher Seniorenforums e.V. über die "Taschengeldbörse Rheinbach"	B/0144/2016
5	Mitteilungen des Vorsitzenden und der Verwaltung	
<b>B) NICHTÖFFENTLICHE SITZUNG</b>		
6	Mitteilungen des Vorsitzenden und der Verwaltung	

# Beschlussvorlage

Fachgebiet 50

Aktenzeichen:

Vorlage Nr.: BV/0803/2016

Vorlage für die Sitzung			
Ausschuss für Generationen, Integration und Soziales	Vorberatung	27.10.2016	öffentlich
Rat	Entscheidung	12.12.2016	öffentlich

Beratungsgegenstand: **Anträge der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen vom 03.09.2015 und der SPD - Fraktion vom 14.07.2016 betr.: Beitritt zur Rahmenvereinbarung zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge**

Anmerkungen zu Belangen von Seniorinnen und Senioren und Menschen mit Behinderungen:

Siehe Sachverhalt

Haushaltmäßige Auswirkungen/Hinweis zur vorläufigen Haushaltsführung:

Produkt: Leistungen für Asylbewerber, Sachkonto: 5331 255

Siehe Sachverhalt

## 1. Beschlussvorschlag:

1. Die Anträge der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen vom 03.09.2015 und der SPD-Fraktion vom 14.07.2016 bezogen auf einen Beitritt zur „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen“ mit dem Ziel der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge werden abgelehnt.
2. Die Stadt Rheinbach tritt der Landesrahmenvereinbarung bis auf Weiteres nicht bei und stellt die Versorgung der Leistungsberechtigten nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz zunächst weiterhin mit Behandlungsscheinen sicher.

## 2. Sachverhalt/Rechtliche Würdigung:

Die Entscheidung über den Antrag der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen vom 03.09.2015 (siehe Anlage 1) wurde in der Sitzung des Ausschusses für Generationen, Integration und Soziales am 12.11.2015 bis zu einer abschließenden Meinungsbildung auf Kreisebene vertagt.

Der Antrag der SPD-Fraktion (siehe Anlage 2) vom 14.07.2016 wurde in der Sitzung des Haupt- und Finanzausschusses zur weiteren Beratung und Beschlussfassung – als Empfehlung an den Rat – in den Ausschuss für Generationen, Integration und Soziales verwiesen.

Beide Fraktionen beantragen den Beitritt zur Landesrahmenvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und den Krankenkassen mit dem Ziel, für die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge die elektronische Gesundheitskarte einzuführen.

Der Haupt- und Finanzausschuss und der Rat der Stadt Rheinbach haben in ihren Sitzungen am 05.09.2016 bzw. 12.09.2016 den Abschluss der öffentlich rechtlichen Vereinbarung zwischen dem Rhein-Sieg-Kreis und der Stadt Rheinbach über die Erfüllung von Aufgaben der Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beschlossen. Danach wird der Stadt Rheinbach wie auch anderen kreisangehörigen Gemeinden ein Wahlrecht in der Krankenhilfe bei der Personengruppe mit einer Aufenthaltsdauer von bis zu 15 Monaten eingeräumt, dass innerhalb von zwei verschiedenen Solidargemeinschaften (1) über Behandlungsscheine oder (2) mittels der elektronischen Gesundheitskarte abgerechnet werden kann. Zwischenzeitlich hat der Bürgermeister diese öffentlich-rechtliche Vereinbarung unterzeichnet.

Gemäß § 4 AsylbLG sind zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Hierzu erhält nach bisheriger Praxis der Betroffene nach Vorsprache und Prüfung im Fachgebiet Soziale Leistungen einen entsprechenden Behandlungsschein. Auf diesem ist der gesetzlich eingeschränkte Leistungsanspruch für den Arzt vermerkt.

Mit der steigenden Flüchtlingszahl ab Sommer 2015 stieg auch der Bedarf an medizinischer Behandlung sowie Versorgung und führte dazu, dass die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Verwaltungen überwiegend mit der Prüfung der Erforderlichkeit und Ausstellung von Behandlungsscheinen beschäftigt waren.

Um den Verwaltungsaufwand zu reduzieren und so den Kommunen entgegenzukommen, hat das Land Nordrhein-Westfalen mit 8 Krankenkassen einen Rahmenvertrag zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte geschlossen (siehe Anlage). Damit wird eine Übernahme der Gesundheitsversorgung für nichtversicherungspflichtige Flüchtlinge durch eine Krankenkasse gegen Kostenerstattung ermöglicht. Das System mit auszustellenden Behandlungsscheinen würde hierbei durch die Ausgabe einer Krankenversicherungskarte abgelöst.

Die Entscheidung über den Beitritt zur Rahmenvereinbarung und damit zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte obliegt allein der Kommune.

Als mögliche Vorteile der elektronischen Gesundheitskarte kommen in Betracht:

- Unbürokratischer Zugang zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden
- Mögliche Einsparpotentiale durch Teilnahme der Krankenkasse an den Rabattsystemen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass auch der Rhein-Sieg-Kreis als Abrechnungsstelle der Kommunen seit vielen Jahren diese Rabatte nutzt.
- Die Kostenlast wird weiterhin durch eine Solidargemeinschaft der kreisangehörigen Kommunen, welche ebenfalls eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt haben, gemeinsam getragen. Gleichzeitig ist jedoch das Risiko damit verbunden, dass bei der Teilnahme von nur wenigen Kommunen die anfallenden Kosten auch nur auf eben diese verteilt werden und die Kostenlast sich erhöhen könnte.

Als mögliche Nachteile der elektronischen Gesundheitskarte kommen in Betracht:

- Es entfällt die Prüfung der Notwendigkeit einer Behandlung bzw. Versorgung im Sinne des Gesetzes. Damit wird das Leistungsniveau praktisch dem der gesetzlichen Krankenkasse angepasst. Hier besteht ein enorm hohes Risiko, dass die Kosten nicht kalkulierbar ansteigen werden.
- Die Kommunen tragen erhöhte Verwaltungskosten und gleichzeitig ein finanzielles Risiko bei einer zu erwartenden Kostensteigerung:
  - Neben den Verwaltungskosten, die dem Rhein-Sieg-Kreis in Höhe von 5 % der Gesamtkosten eines Jahres zu zahlen sind, müsste die Verwaltung zusätzlich 8 % der tatsächlichen Krankenhilfaufwendungen für Verwaltungskosten, mindestens jedoch 10 Euro pro Person und angefangenen Betreuungsmonat an die Krankenkasse zahlen.
  - Die Leistungsentscheidung trifft nicht mehr das Fachgebiet Soziale Leistungen sondern die Krankenkasse. Der Leistungsumfang mittels elektronischer Gesundheitskarte richtet sich dabei nach § 264 SGB V (u.a. Krankenhilfe für nicht versicherte Sozialhilfeempfänger). Leistungsberechtigte Flüchtlinge sind damit anderen Versicherten gleichgestellt. Der Leistungsumfang ist damit weiter gefasst, als dies gesetzlich für Leistungsberechtigte nach § 4 AsylbLG vorgesehen ist. Das wird aller Wahrscheinlichkeit nach zu einer Kostensteigerung führen.
- Eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse ist für die nachfolgenden Leistungen weiterhin ausgeschlossen und somit durch die Verwaltungsmitarbeiter zu prüfen und entscheiden
  - Vorsorgekuren
  - Neuversorgung mit Zahnersatz inkl. Gewährleistung
  - Haushaltshilfen
  - Künstliche Befruchtung und Sterilisation
- Die ausgestellte Gesundheitskarte hat eine Laufzeit von 24 Monaten. Für diesen Zeitraum haftet die Kommune für entstehende Kosten bei unzulässiger Nutzung (z.B. unbekannter Wegzug des Asylsuchenden und dabei weitergehende Nutzung der Karte, Verlust der Karte). Eine Sperrung der Karte ist dem Grunde nach zum neuen Quartal möglich, jedoch nehmen nicht alle Ärzte an dem dafür vorgesehenen Meldeverfahren teil.
- Das Risiko des Kartenmissbrauchs z.B. durch unbefugte Weitergabe kann nicht völlig ausgeschlossen werden.

Ob sich dagegen der Verwaltungsaufwand mit Einführung einer Gesundheitskarte tatsächlich reduzieren würde, bliebe abzuwarten. Derzeit besteht der Verwaltungsaufwand bei der Vorsprache eines Flüchtlings

- in der Prüfung der Erforderlichkeit durch Befragung
- Gegebenenfalls Rücksprache mit der Arztpraxis
- Treffen einer Entscheidung
  - i.d.R. Ausstellen eines Krankenscheins
  - Auswahl des Arztes

- Einholung von ärztlichen Stellungnahmen
- Einschalten des Gesundheitsamtes
- Einschalten des Rhein-Sieg-Kreises bei stationären Leistungen
- Ablehnung

Mit der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte kommen andere Verwaltungstätigkeiten entsprechend der Rahmenvereinbarung auf die Kommunen zu, wie z.B.

- Erstellen und Übermitteln eines Fotos
- Bestätigung der Identität gegenüber der Krankenkasse auf Basis der eigenen Angaben des Flüchtlings gegenüber der Ausländerbehörde
- An- und Abmeldung des Flüchtlings bei der zuständigen Krankenkasse
- Nach einer Abmeldung ist die Gesundheitskarte vom Flüchtling einzuziehen. Die Durchsetzung könnte in einigen Fällen nicht gelingen.
- Bei Missbrauch der Karte muss die Kommune selber die Kostenersatzansprüche geltend machen.

Im Fachgebiet Soziale Leistungen wird u.a. die Krankenhilfe für Asylbewerber derzeit von 3 Sachbearbeitern wahrgenommen. Mit Anerkennung oder Heimreise der Flüchtlinge reduziert sich zugleich auch das Arbeitsaufkommen. Der Verwaltungsaufwand im Zusammenhang mit der Ausstellung von Behandlungsscheinen ist daher mit Blick in das nächste Jahr tragbar.

Die Kostenentwicklung ist nach derzeitigem Stand nicht kalkulierbar. Es ist nicht einschätzbar, in welchem Umfang, wie viele Leistungsberechtigte zukünftig welche Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nehmen werden. Der den Krankenkassen zu zahlende Verwaltungsanteil ist nicht absehbar, da dieser sich nach den tatsächlichen Krankenhilfeaufwendungen bzw. einem monatlichen Mindestbeitrag von 10 Euro pro Person bemisst.

Auf Basis des aktuellen Abrechnungssystems sind z.B. für das Jahr 2015 folgende Krankenhilfekosten unter Ausstellung von Behandlungsscheinen für die Stadt Rheinbach entstanden:

<u>240</u> Behandlungsscheine	
Krankenhilfekosten	181.136,46 €
Verwaltungskosten Rhein-Sieg-Kreis in Höhe von 4 %	7.245,46 €
Summe Krankenhilfekosten 2015	188.381,92 €

Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge durch eine Krankenkasse mit einer elektronischen Gesundheitskarte auf der Basis der vorstehenden Zahlen aus 2015 ergibt sich beispielhaft folgende fiktive Berechnung:

Verwaltungskosten Rhein-Sieg-Kreis in Höhe von 5 %	9.056,82 €
Verwaltungskosten Krankenkasse in Höhe von 8 %	(14.490,92 €)
Mindestens monatlich 10 Euro pro Berechtigtem bei 240 Personen im Jahr	28.800,00 €
Summe Verwaltungskosten	37.856,82 €

Mit Stand 01.10.2016 wären für eine Berechnung der Verwaltungskostenpauschale 424 Personen zu Grunde zu legen.

Die Leistungen über eine elektronische Gesundheitskarte und entsprechende Auswirkungen beschränken sich überwiegend auf die ersten 15 Monate des Aufenthalts von Asylbewerbern in Deutschland. Danach sind die Voraussetzungen individuell für eine Umstellung auf den Einsatz einer Chipkarte entsprechend § 2 AsylbLG i.V.m. § 264 SGB V zu prüfen.

Ein Wechsel zwischen den beiden Abrechnungssystemen ist jeweils nur zum 01.01. eines Jahres möglich. Der Wechsel ist dem Rhein-Sieg-Kreis und der zuständigen Krankenkasse bis zum 01.11. des Vorjahres anzuzeigen.

Die Verwaltung empfiehlt nach Abwägung der möglichen Vor- und Nachteile insbesondere unter Berücksichtigung des bislang nicht kalkulierbaren Kostenfaktors, der Landesrahmenvereinbarung bis auf Weiteres nicht beizutreten. Die Versorgung der Leistungsberechtigten nach § 4 Asylbewerberleistungsgesetz sollte wie bisher mit der Ausstellung von Behandlungsscheinen sichergestellt werden. Sofern sich zukünftig genauere Kosten ermitteln lassen, wird die Verwaltung eine erneute Prüfung zu einem möglichen Beitritt vornehmen.

Rheinbach, den 07.10.2016

Gez.  
Stefan Raetz  
Bürgermeister

Gez.  
Susanne Pauk  
Fachbereichsleitern

#### Anlagen:

- Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen vom 30.09.2015
- Antrag der SPD – Fraktion vom 14.07.2016
- Rahmenvertrag zur Einführung einer elektrischen Gesundheitskarte



An den  
Bürgermeister der Stadt Rheinbach  
Herrn Stefan Raetz  
Schweigelstrasse 23  
53359 Rheinbach

Joachim Schollmeyer  
Meisenweg 16  
53359 Rheinbach  
Mitglied des Rates der Stadt Rheinbach  
den 3. September 2015

**Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen:**

**Beitritt zur Rahmenvereinbarung zur Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge**

Sehr geehrter Herr Raetz,  
die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen beantragt die Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Rheinbach. Dazu möge der Rat der Stadt Rheinbach beschließen:

1. Die Stadt Rheinbach tritt der Rahmenvereinbarung zwischen dem Land NRW und den in der Vereinbarung genannten Krankenkassen zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach §264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen bei.
2. Die Verwaltung wird beauftragt, die weiteren Schritte zur Einführung der Gesundheitskarte für Geflüchtete einzuleiten.

**Begründung:**

Die Einführung der Gesundheitskarte für die den Kommunen zugewiesenen Flüchtlinge bedeutet erhebliche Verbesserungen der Gesundheitsversorgung der vor Not und Verfolgung zu uns geflüchteten Menschen. Diese können mit einer Gesundheitskarte direkt einen Arzt/eine Ärztin ihrer Wahl aufsuchen. Auch für die Kommune bedeutet die Einführung eine Entlastung, indem nicht nur der Genehmigungsvorbehalt entfällt, sondern auch die Bearbeitung und Abrechnung über die Krankenkassen geregelt wird.

Die gesamte Vereinbarung im Wortlaut und Hintergrundinformationen dazu (FAQ) sind im Web einzusehen unter:

[http://gruene-fraktion-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/ltf/Newsletter/Fluechtlinge/Endfassung\\_Vereinbarung.pdf](http://gruene-fraktion-nrw.de/fileadmin/user_upload/ltf/Newsletter/Fluechtlinge/Endfassung_Vereinbarung.pdf)  
bzw.

[http://gruene-fraktion-nrw.de/fileadmin/user\\_upload/ltf/Newsletter/Fluechtlinge/FAQ\\_elektronische\\_Gesundheitskarte\\_Stand\\_27.08.15.pdf](http://gruene-fraktion-nrw.de/fileadmin/user_upload/ltf/Newsletter/Fluechtlinge/FAQ_elektronische_Gesundheitskarte_Stand_27.08.15.pdf)

Mit freundlichen Grüßen

Joachim Schollmeyer (Fraktionssprecher)



An den Rat der Stadt Rheinbach  
Herrn Bürgermeister Stefan Raetz  
- Rathaus -

per E-Mail

Rheinbach, den 14. Juli 2016

Sehr geehrter Herr Bürgermeister,

die SPD-Fraktion stellt folgenden Antrag für die Sitzung des Haupt-und  
Finanzausschusses am 29. August 2016:

**"Die Verwaltung wird beauftragt, der Rahmenvereinbarung zur Übernahme der  
Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen  
Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V i.V.m. §§ 1, 1a  
Asylbewerberleistungsgesetz in NRW zwischen dem Land NRW und den  
Krankenkassen beizutreten, um die Einführung der elektronischen  
Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge zu ermöglichen."**

Begründung:

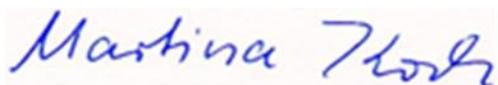
Am 28. August 2015 hat das Gesundheitsministerium eine Rahmenvereinbarung zur  
Einführung einer Gesundheitskarte für Flüchtlinge mit den Krankenkassen  
unterschrieben. Damit ist NRW das erste Flächenland, in dem Flüchtlinge wieder ein  
Stück ihrer Selbstbestimmung zurückerhalten und selbstständig Ärzte und  
Krankenhäuser aufsuchen können.

Bisher erschwerte die öffentlich-rechtliche Vereinbarung zwischen dem Rhein-Sieg-  
Kreis und den kreisangehörigen Städten und Gemeinden über die Erfüllung von  
Aufgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz die Einführung der elektronischen  
Gesundheitskarte, da nach der alten Vereinbarung die Einführung der Karte ein  
Ausscheiden aus dem gemeinsamen Abrechnungssystem des Kreises bedeutet  
hätte. Aus diesem Grund wurde der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen auf  
Einführung der elektronischen Gesundheitskarte bis zur Klärung auf Kreisebene  
vertagt.

Nun hat die Kreisverwaltung die öffentlich-rechtliche Vereinbarung dahingehend angepasst, dass die Kommune in der Lage ist, frei zu entscheiden, ob sie die eGK einführt oder nicht.

Wir begrüßen die Rahmenvereinbarung und die neue Regelung zwischen Kreis und Kommunen. Wir sind der Überzeugung, dass dies nicht nur die Lebensqualität der Flüchtlinge erheblich verbessert, sondern auch Ressourcen bei der Verwaltung einsparen kann, da sie sich nicht mehr mit der Ausstellung von Krankenscheinen beschäftigen muss und somit mehr Kapazitäten für andere Aufgaben hat. Des Weiteren werden auch die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer entlastet, die die Flüchtlinge bei ihren Amtsgängen und zum Arzt begleiten.

Mit freundlichen Grüßen



Martina Koch  
Fraktionsvorsitzende



Folke große Deters  
Ratsherr  
Vorsitzender des Ausschusses für  
Generationen, Integration und Soziales

# **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 -**

## INHALT

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 Bürokratleabbau 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 anzuzeigen.

### **§ 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 anzuzeigen. 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 zu Lasten 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 Haushaltsvorstand 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 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)
- (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. Gleiches 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 Abschlagszahlungen 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
  - Krankenversicherungsnummer
  - 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/Kiefergelenkserkrankungen 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 Versicherungskarten (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 Arbeitstellung 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.

## 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.

Ort/Datum	Land NRW, vertreten durch das MGEPA <i>Barbara Meffner</i>
Ort/Datum	AOK Rheinland/Hamburg <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	AOK Nordwest <i>M. L. Meffner</i>
Ort/Datum	Novitas BKK <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	Knappschaft <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	DAK-Gesundheit <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	Techniker Krankenkasse <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	BARMER GEK <i>Andreas Meffner</i>
Ort/Datum	IKK classic <i>Andreas Meffner</i>

# Anmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Lichtbild  
Leistungsberechtigter

## Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Haushaltsvorstand (Immer angeben, auch wenn nur der Familienangehörige gemeldet wurde)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Geschlecht

männlich

weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsland

Postleitzahl

Wohnort

## Meldezeitraum

Beginn

Haushaltsvorstand wurde bereits angemeldet

Familienangehöriger

Ehegatte

Kind

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Geschlecht

männlich

weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsort

Straße und Hausnummer

Geburtsdatum

Geburtsland

Postleitzahl

Wohnort

## Meldezeitraum

Beginn

Abweichende Zustellung der elektronischen Gesundheitskarte an Betreuer nach dem Betreuungsgesetz:

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)

Stempel und Unterschrift des  
Sozialhilfeträgers

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

# Abmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Abmeldung für

Haushaltsvorstand

Ehegatte

Kind

**Haushaltsvorstand (immer angeben)**

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Komma)

Vorname

Geburtsdatum

**Meldezeitraum**

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte  
beigefügt

ja

nein

**Familienangehöriger**

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Komma)

Vorname

Geburtsdatum

**Meldezeitraum**

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte  
beigefügt

ja

nein

**Familienangehöriger**

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Komma)

Vorname

Geburtsdatum

**Meldezeitraum**

Beginn

Ende

Elektronische Gesundheitskarte  
beigefügt

ja

nein

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)

Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

# Veränderungsmeldung zur Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V

## Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

## Meldegrund

Namensänderung

Änderung Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers

Anschriftenänderung

## Haushaltsvorstand (Immer angeben)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

## Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

## Namensänderung (bisheriger Name)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Geburtsname

Vorname

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)	Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

# Bericht

Fachgebiet 50  
Aktenzeichen:  
Vorlage Nr.: B/0143/2016

Vorlage für die Sitzung	
Ausschuss für Generationen, Integration und Soziales	27.10.2016 öffentlich

Beratungsgegenstand:	<b>Bericht des Rheinbacher Seniorenforums e.V. über das Projekt "Engagement braucht Leadership"</b>
Anmerkungen zu Belangen von Seniorinnen und Senioren und Menschen mit Behinderungen: Siehe Sachverhalt	
Haushaltmäßige Auswirkungen/Hinweis zur vorläufigen Haushaltsführung: Keine	

## Sachverhalt/Rechtliche Würdigung:

Im vergangenen Jahr haben das „Forum Senioren Meckenheim e.V.“, der Seniorenbeauftragte der Gemeinde Swisttal und das „Rheinbacher Seniorenforum e.V.“ gemeinsam an dem seitens der Robert Bosch Stiftung ausgeschriebenen Projekt „Engagement braucht Leadership“ teilgenommen. Mit dem Programm soll ehrenamtlich tätigen Vereinen bei der Gewinnung, Qualifizierung und Nachbesetzung neuer Vorstände geholfen werden.

Der Vorsitzende des Rheinbacher Seniorenforums e.V., Herr Henning Horn, berichtet über das Projekt.

Rheinbach, den 06.10.2016

gez.  
Susanne Pauk  
Fachbereichsleiterin

gez.  
Barbara Steinfartz  
Fachgebietsleiterin

# Bericht

Fachgebiet 50  
Aktenzeichen:  
Vorlage Nr.: B/0144/2016

Vorlage für die Sitzung	
Ausschuss für Generationen, Integration und Soziales	27.10.2016 öffentlich

Beratungsgegenstand:	Bericht des Rheinbacher Seniorenforums e.V. über die "Taschengeldbörse Rheinbach"
Anmerkungen zu Belangen von Seniorinnen und Senioren und Menschen mit Behinderungen:	Siehe Sachverhalt
Haushaltmäßige Auswirkungen/Hinweis zur vorläufigen Haushaltsführung:	keine

## Sachverhalt/Rechtliche Würdigung:

Das Freiwilligenzentrum Blickwechsel, das Stadt-Jugend-Parlament Rheinbach und das Rheinbacher Seniorenforum e.V. haben sich mit dem Ziel zusammengeschlossen, kostenlos Kontakte zwischen Jugendlichen im Alter von 14 bis 20 Jahren, die sich ein Taschengeld verdienen möchten, und Rheinbacher Bürgern, die aus den verschiedensten Gründen gelegentlichen Unterstützungsbedarf bei einfachen, haushaltsnahen und ungefährlichen Arbeiten wie z.B. Botengänge, leichte Arbeiten im Haushalt und/oder Garten, Einkaufshilfen benötigen, zu koordinieren.

Der Vorsitzende des Rheinbacher Seniorenforums e.V., Herr Henning Horn, berichtet.

Rheinbach, den 06.10.2016

gez.  
Susanne Pauk  
Fachbereichsleiterin

gez.  
Barbara Steinfartz  
Fachgebietsleiterin