

Elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Flüchtlinge in NRW

Fragen und Antworten

1) Warum wird die eGK für Flüchtlinge eingeführt?

Die Kommunen stoßen angesichts steigender Flüchtlingszahlen an ihre Grenzen – auch bei der medizinischen Versorgung. Für Flüchtlinge ist der Weg zur medizinischen Versorgung bürokratisch und schwierig, worunter oft die Versorgung leidet. Denn bisher

- müssen sich die Flüchtlinge in der ersten Monaten ihres Aufenthaltes (in der Regel bis 15 Monate) erst einen Behandlungsschein bei der Kommune holen, wenn sie krank sind und zum Arzt / zur Ärztin müssen. Dadurch geht Zeit verloren. Mit der eGK können Flüchtlinge wie alle anderen Menschen auch, direkt zum Arzt / zur Ärztin gehen, wenn sie akut erkrankt sind.
- müssen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kommune – in der Regel ohne medizinische Ausbildung – entscheiden, ob eine akute Erkrankung vorliegt und ein Arztbesuch erforderlich ist und später dann die einzelnen Arztrechnungen prüfen. Auch über die Notwendigkeit und Unaufschiebbarkeit weiterer Maßnahmen im Rahmen der Behandlung muss oft die Kommune entscheiden. Mit der eGK entfällt – bis auf sehr wenige Ausnahmen – dieser Entscheidungs- und Prüfaufwand.

2) Welche Flüchtlinge sollen eine eGK bekommen?

Die Vereinbarung erfasst nur Flüchtlinge, die die Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes verlassen haben und den Gemeinden zugewiesen wurden.

3) Warum können Flüchtlinge die Gesundheitskarte nicht schon in den Erstaufnahme- und zentralen Unterbringungseinrichtungen bekommen?

In den Landeseinrichtungen bleiben die Flüchtlinge in der Regel nur kurze Zeit, so dass die Beantragung und Aushändigung der eGK schon organisatorisch kaum umsetzbar wäre. Auch ist zunächst offen, welchen Gemeinden die Flüchtlinge nach der Betreuung in den Landeseinrichtungen zugewiesen werden; dies können auch Kommunen sein, die der Rahmenvereinbarung nicht beigetreten sind. Außerdem kommt es regelmäßig vor, dass Flüchtlinge nach der Erstaufnahme NRW wieder verlassen und in anderen Bundesländern betreut werden. Insgesamt wäre der administrative und finanzielle Aufwand für alle Beteiligten (Land, Kommune, Krankenkassen) unverträglich.

4) Unterscheidet die Vereinbarung zwischen Flüchtlingen mit guter und schlechter Bleibeperspektive?

Nein. Die Rahmenvereinbarung unterscheidet nicht zwischen den Flüchtlingen mit guter oder schlechter Bleibeperspektive. Generell sollen alle Flüchtlinge von der eGK profitieren. Der Gemeinde steht es jedoch frei, in begründeten Einzelfällen Flüchtlinge nicht bei der betreffenden Krankenkasse anzumelden.

5) Wie erhalten die Flüchtlinge die eGK?

Zunächst muss die Gemeinde den Beitritt zur Rahmenvereinbarung erklären (siehe Frage 6). Dann meldet sie die ihr zugewiesenen Flüchtlinge bei der für sie zuständigen Krankenkasse (siehe Frage 10) an. Die Krankenkasse schickt die eGK später direkt an die Flüchtlinge. Da das ein wenig Zeit beansprucht, stellt die Krankenkasse einen vorläufigen Abrechnungsschein für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung aus. Dieser wird den Flüchtlingen über die Gemeinde ausgehändigt, die die Flüchtlinge bei dieser Gelegenheit über die Nutzung und Anwendung [der eGK informiert](#).

6) Ist die Teilnahme der Gemeinden an der Rahmenvereinbarung für diese verpflichtend?

Nein. Jede einzelne Gemeinde entscheidet selbst, ob sie teilnehmen will. Sie wird dabei sicher prüfen, ob es sich wirtschaftlich für sie rechnet, an der Vereinbarung teilzunehmen. Die Rahmenvereinbarung eröffnet ein Angebot an die Gemeinden. Die Vereinbarung ist mit den kommunalen Spitzenverbänden allerdings im Detail abgestimmt.

7) Welche finanziellen Folgen für die Gemeinden sind zu erwarten?

Die Erfahrungen in Hamburg und Bremen haben gezeigt, dass es dort zu Einsparungen in der jeweiligen Verwaltung gekommen ist. Die Gemeinden profitieren außerdem von Rabattvereinbarungen und anderen Instrumenten der gesetzlichen Krankenversicherung. Überdies eröffnet die Rahmenvereinbarung die Evaluation der Ausgabenentwicklung und der an die Kassen zu zahlenden Verwaltungskosten nach einer gewissen Vertragslaufzeit.

8) Wird der Leistungsumfang durch die eGK ausgeweitet?

Der Leistungsumfang orientiert sich an den Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG. Daher wird es auch weiterhin Einschränkungen gegenüber den Leistungen für gesetzlich Krankenversicherte geben. Bei anderen Leistungen, die in der Regel direkt über die eGK abgerechnet werden, sind Asylbewerberinnen und -bewerber anderen Versicherten jedoch grundsätzlich gleichgestellt. Die kommunalen Spitzenverbände und die Krankenkassen haben vor diesem Hintergrund einen Leistungsumfang gemeinsam definiert, der die Bedürfnisse der Flüchtlinge und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben berücksichtigt und zugleich ein möglichst unbürokratisches Verfahren der Leistungsgewährung festlegt.

9) Ist für die Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser) auf der eGK erkennbar, ob es sich um Asylbewerberinnen und -bewerber handelt?

Nein. Von außen erfolgt keinerlei Kennzeichnung auf der eGK, intern ist lediglich erkennbar, dass es sich um eine besondere Personengruppe handelt, d.h. nicht um GKV-Versicherte.

10) Wie werden die Flüchtlinge auf die teilnehmenden Krankenkassen verteilt?

Ziel ist eine gleichgewichtige Verteilung auf die teilnehmenden Krankenkassen. Um die Umsetzung zu erleichtern, ist ausdrücklich vorgesehen, dass jede Gemeinde nur von einer Krankenkasse betreut wird und damit nur einen Ansprechpartner erhält. Dies reduziert den Aufwand insbesondere für die Gemeinden.

11) Warum machen nicht alle Krankenkassen mit?

Die Krankenkassen beteiligen sich an der Rahmenvereinbarung auf freiwilliger Basis. Es besteht derzeit noch keine bundesgesetzliche Pflicht für die gesetzlichen Krankenkassen zur Betreuung der Asylbewerberinnen und -bewerber in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts. Der Bund hat Regelungen zur Verpflichtung der Krankenkassen angekündigt, diese stehen aber noch aus. Wann der Bund seine Zusage umsetzt, ist derzeit nicht absehbar. Da das MGEPA nicht warten wollte, hat es mit den Krankenkassen die Rahmenvereinbarung ausgehandelt und mit den kommunalen Spitzenverbänden abgestimmt. Sollte es noch Vorgaben des Bundes dazu geben, kann die Rahmenvereinbarung angepasst werden.

12) Wird die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung mit Kosten belastet?

Nein. Wie in § 264 SGB V ausdrücklich vorgeschrieben, werden den betreuenden Krankenkassen die entstandenen Leistungsausgaben sowie deren Verwaltungskosten erstattet.

13) Wie erfolgt die Abrechnung der Leistungsausgaben?

Die Krankenkassen rechnen die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit der jeweils zuständigen Gemeinde ab (Spitzabrechnung). Die zuständige Gemeinde leistet als Vorauszahlung monatliche Abschlagszahlungen je Leistungsberechtigtem, die sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für den Personenkreis orientieren und regelmäßig den tatsächlichen Leistungsausgaben angepasst werden.

14) Warum wurde die eGK in NRW nicht eher umgesetzt?

NRW ist das erste Flächenland, das eine solche Rahmenvereinbarung abschließt. Für die Stadtstaaten Hamburg und Bremen war die Umsetzung viel einfacher. Das MGEPA hat nach dem Ausbleiben einer bundeseinheitlichen

Regelung zeitnah die Verhandlungen mit den Krankenkassen aufgenommen. Nach konstruktiver Zusammenarbeit der teilnehmenden Krankenkassen und der kommunalen Spitzenverbände konnte die Rahmenvereinbarung geschlossen werden.

15) Gibt es für sog. Hochkostenfälle eine andere Verfahrensweise als für andere Krankheitskosten?

Nein. Die Regelung im Flüchtlingsaufnahmegesetz zur Unterstützung der Gemeinden bei außergewöhnlich hohen Krankheitskosten (derzeit mehr als 70.000 € je Flüchtling im Kalenderjahr) im Einzelfall bleibt davon unberührt. Das kann auch nicht Gegenstand der Rahmenvereinbarung sein.