

Informationsvorlage

Betrifft:

Elektronische Gesundheitskarte – Sachstandsbericht

1. Ausgangslage

Zum 1. April 2016 ist die Landeshauptstadt Düsseldorf der Rahmenvereinbarung (RV) zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – SGB V in Verbindung mit §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG – in Nordrhein-Westfalen freiwillig beigetreten.

Der vorliegende Sachstandsbericht dokumentiert den Stand der Umsetzung und liefert einen Überblick über die bisher mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gewonnenen Erfahrungen seit ihrer Einführung. Der Bericht nimmt ferner Bezug auf die der RV zugrunde liegenden Zielsetzungen und beschreibt die bisher gewonnenen Erkenntnisse zu den finanziellen Auswirkungen der eGK.

1.1 Umsetzungstand

Pünktlich zum 1. April 2016 konnten die rund 4.000 nach §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz leistungsberechtigten Personen bei der AOK Rheinland/Hamburg angemeldet werden. Weil in Einzelfällen der postalische Versand der eGK nicht sichergestellt werden konnte, wurde den Betroffenen im Vorfeld eine sogenannte Anspruchsbescheinigung ausgestellt. Diese besitzt den Charakter einer vorläufigen eGK und wird unmittelbar durch das Amt für soziale Sicherung und Integration ausgestellt. Im Hinblick auf die Versorgung der Erstantragstellerinnen und Erstantragsteller hat sich die Ausgabe der Anspruchsbescheinigungen inzwischen bewährt, weil durch dieses Verfahren der Zugang der Hilfesuchenden zur gesundheitlichen Versorgung in der Landeshauptstadt Düsseldorf ab dem ersten Tag des Leistungsanspruches gesichert ist.

1.2 Erfahrungen

Seit Einführung der eGK wurden aufseiten der Verwaltung eine Reihe positiver Erfahrungen gewonnen. Grundsätzlich ist festzustellen, dass die eGK nicht nur von

Hilfesuchenden angenommen, sondern auch von sämtlichen Erbringern von Gesundheitsleistungen akzeptiert wird. Insbesondere die gute Vorarbeit und Zusammenarbeit zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und den beim Amt für soziale Sicherung und Integration für die Gesundheitsversorgung der Hilfesuchenden zuständigen Stellen tragen hieran einen erheblichen Anteil.

Die gute Zusammenarbeit zwischen zuständiger Krankenkasse und der Kommune findet auch in der Möglichkeit, die Leistungsberechtigten nunmehr ebenfalls für kürzere Zeiträume nach § 264 Abs. 1 SGB V anzumelden, ihren Ausdruck. Die RV sieht nämlich vor, dass die leistungsberechtigten Personen immer für die Dauer von 24 Monaten bei der jeweiligen Krankenkasse angemeldet werden müssen. Hiervon abweichend konnte mit der für Düsseldorf zuständigen Krankenkasse eine günstigere Regelung getroffen werden. Leistungsberechtigte Personen können jetzt auch für kürzere Zeiträume bei der AOK Rheinland/Hamburg angemeldet werden. Weil die zuständigen Stellen innerhalb des Amtes für soziale Sicherung und Integration zum Ende des Meldeverhältnisses die teilweise noch gültigen eGK einziehen und an die Krankenkasse übermitteln müssen, konnte durch die Verkürzung der Meldezeiträume das abstrakte Risiko einer leistungsmisbräuchlichen Weiternutzung der eGK, deren fiskalische Folgen allein die Kommune zu tragen hat, erheblich minimiert werden. Die Möglichkeit der Sperrung der Karten durch die AOK Rheinland/Hamburg besteht derzeit nicht.

Im Hinblick auf den durchzuführenden Karteneinzug bei Wegfall der Leistungsberechtigung lässt sich feststellen, dass eine allgemein hohe Bereitschaft bei der Rückgabe der eGK zu beobachten ist. Anhand der derzeit vorliegenden Abrechnungen ist eine missbräuchliche Nutzung der eGK bisher in keinem Einzelfall feststellbar.

2. Ziele und Zielsetzungen der RV

Mit dem Beitritt zur RV wurden unterschiedliche Zielsetzungen verfolgt. Neben der Vereinfachung des Zugangs der Leistungsberechtigten zum Gesundheitssystem durch Nutzung der eGK sollte nicht nur die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung der Betroffenen erhöht werden. Eine weitere Zielsetzung der RV liegt in der nachhaltigen Entlastung der Kommunen von Verwaltungsaufgaben.

Vor dem Hintergrund des derzeitigen Kenntnisstandes wird nachfolgend eine Einschätzung und vorläufige Bewertung über den Grad der bisherigen Zielerreichung abgegeben.

2.1 Vereinfachter Zugang zum Gesundheitssystem

Der Zugang zu medizinischer Versorgung des anspruchsberechtigten Personenkreises konnte durch die Einführung der eGK vereinfacht werden. Vor Einführung der eGK konnten die Leistungsberechtigten mit den bis dahin verwendeten Quartalskrankenscheinen ärztliche Leistungen nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, Schutzimpfungen und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.

Obwohl bereits damals ergänzende Leistungen im Einzelfall und nach vorheriger Prüfung durch die Verwaltung gewährt werden konnten, stellen der Zugang zur medizinischen Regelversorgung und der Wegfall diverser Prüf- und Genehmigungsverfahren einen Meilenstein für die Betroffenen in der Landeshauptstadt dar. Die Leistungsberechtigten können seit dem 1. April 2016 mit nur wenigen Ausnahmen die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte in Anspruch nehmen, wodurch sich die medizinische Versorgung nicht nur im Hinblick auf den Zugang, sondern auch in Bezug auf den Umfang verbessern konnte.

Durch die Annäherung des Leistungsumfanges der eGK für Flüchtlinge an das Niveau gesetzlich krankenversicherter Personen kann es heute nicht mehr zur Verschleppung oder Verschlimmerung harmloser Erkrankungen kommen, die auf einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem zurückzuführen sind. Die Betroffenen haben jetzt die Möglichkeit, auch Leistungen, die nicht ausschließlich der Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen dienen, ohne ergänzendes Antragsverfahren unmittelbar zu empfangen.

2.2 Erhöhung der Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

Das Auftragsverhältnis nach § 264 SGB V sieht generell vor, dass die Krankenkassen kalendervierteljährlich mit den zuständigen Sozialhilfeträgern abrechnen. Die Krankenkassen unterliegen bei der Erbringung ihrer Leistungen dabei dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Ihre Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.

Bevor die Krankenkasse jedoch ihre Aufwendungen gegenüber den Kommunen beziffern und abrechnen kann, müssen alle Leistungserbringerinnen und -erbringer des Gesundheitswesens ihre Aufwendungen mit der jeweiligen Krankenkasse oder

den kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen abrechnen. Stellen die Leistungserbringerinnen und -erbringer die ihnen entstandenen Aufwendungen nicht zeitnah in Rechnung, so führt dies im Ergebnis dazu, dass die Krankenkasse kalendervierteljährlich nur jene Leistungen mit den Kommunen abrechnen kann, die ihr bis dahin bekannt wurden. Aufwendungen, die der Krankenkasse erst später in Rechnung gestellt werden, können infolge dessen auch mit der Kommune erst entsprechend zeitversetzt abgerechnet werden. Nachtragsrechnungen in Folgequartalen sind regelmäßig der Fall.

Im Oktober und November 2016 gingen Rechnungen der AOK Rheinland/Hamburg für das 2. Quartal 2016 ein, die Rechnung des 3. Quartales 2016 liegt seit Januar 2017 vor. Weil bis zum 31. Januar 2017 lediglich unvollständige Abrechnungsdaten zum 2. und 3. Abrechnungsquartal des Jahres 2016 zur Verfügung stehen, kann zum jetzigen Zeitpunkt weder Auskunft zu den tatsächlichen finanziellen Auswirkungen des erweiterten Leistungsumfangs noch ein Vergleich zur Höhe der Aufwendungen vor Einführung der eGK vorgenommen werden.

Auskunft darüber, ob und in welchem Umfang die Rabattsysteme der gesetzlichen Krankenkasse zu Kostenvorteilen oder Einsparungen bei der Landeshauptstadt führen können, kann mangels Vergleichswerten aus Vorjahren weder zum jetzigen noch zu einem späteren Zeitpunkt gegeben werden.

Festzustellen ist allerdings, dass durch die Verpflichtung zur monatlichen Zahlung von Abschlägen an die AOK Rheinland/Hamburg bereits heute der Finanzmittelbedarf besser geplant werden kann.

2.3 Einsparpotenzial des kommunalen Personalaufwandes

Eine Reduzierung des kommunalen Personalaufwandes konnte nach Einführung der eGK aus unterschiedlichen Gründen bisher nicht erreicht werden. So sind die zuständigen Stellen im Amt für soziale Sicherung und Integration weiterhin mit der Bearbeitung von Einzel- und Sammelabrechnungen aus der Zeit vor Einführung der eGK befasst.

Aber auch nach Abschluss dieser Restarbeiten werden sowohl noch zu bezifferndes Personal als auch bestimmte städtische Strukturen vorzuhalten sein. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass nicht nur für das elektronische Melde- und Abrechnungswesen Stellen oder Stellenanteile erforderlich sein werden. Das Amt für soziale Sicherung und Integration ist weiterhin für die Anspruchsprüfung verschie-

dener Einzelleistungen laut Ausschlusskatalog - Anlage 1 der RV - und für den Karteneinzug zuständig. Vor allem Leistungen für Zahnersatz werden nachgefragt. Entsprechende Anträge müssen von den zuständigen Stellen hinsichtlich der leistungsrechtlichen Voraussetzungen geprüft werden.

In welchem Umfang und an welchen konkreten Stellen tatsächlich kommunales Personal reduziert werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt unklar und bleibt abzuwarten.

3. Evaluierungsgespräche auf Landesebene

§ 15 der RV sieht vor, dass sich die teilnehmenden Krankenkassen und Kommunen zu regelmäßigen Evaluierungsgesprächen treffen.

Gegenstand der Evaluation sind zum einen die Leistungsausgaben. Hier sollen Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben, die Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens und die Klärung von Leistungsansprüchen erörtert und gegebenenfalls auch vereinbart werden. Zum anderen dient die Evaluation zur Überprüfung der Angemessenheit der von den Krankenkassen für die Betreuung der Flüchtlinge erhobenen Verwaltungskosten.

Vertreterinnen und Vertreter des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA), der Krankenkassen, der Kommunalen Spitzenverbände und der Kommunen haben sich am 20. Dezember 2016 sowie am 19. Januar 2017 zu ersten Evaluierungsgesprächen getroffen. Die Landeshauptstadt Düsseldorf war und wird auch weiterhin bei diesen Gesprächen durch eine Mitarbeiterin aus dem Amt für soziale Sicherung und Integration vertreten.

Zu den wesentlichen Ergebnissen beziehungsweise Erkenntnissen aus diesen beiden Gesprächen wird wie folgt berichtet:

3.1 Verwaltungskosten (§ 15 Abs. 2 RV)

Zur Evaluation der Verwaltungskosten haben die Krankenkassen zwei Vorschläge entwickelt:

- Im Rahmen eines sogenannten „Drei-Stufen-Modells“ sollen die Personal- und Sachkosten der Krankenkassen für die Einführung und Realisierung der

eGK für Flüchtlinge detailliert ermittelt werden. Dieses Modell bedingt umfangreiche und zeitintensive Kostenerhebungen, die den Beginn der Verhandlungen zur RV bis hin zu den laufenden Kosten ab Inkrafttreten der RV umfassen. Aufgrund des Umfangs der notwendigen Erhebungen würden die Ergebnisse voraussichtlich nicht vor Anfang 2018 vorliegen.

- Als Alternative zum bisherigen prozentualen Verwaltungskostenanteil von 8 % der Leistungsausgaben, mindestens 10 Euro pro Person/Monat, schlagen die Krankenkassen als dauerhafte Lösung die Zugrundelegung des durchschnittlichen Verwaltungskostensatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) von derzeit 147,47 Euro/Person/Jahr vor. Dieser Satz wird nach festen Regularien statistisch erhoben und jährlich neu festgesetzt. Dieser Wert könnte bereits ab dem 1. Januar 2017 zur Anwendung kommen - eine Evaluation der Verwaltungskosten würde damit zugleich entfallen.

Die Krankenkassen favorisieren den durchschnittlichen Verwaltungskostensatz der GKV, da es sich hier um ein bereits überprüftes und anerkanntes Berechnungsverfahren handelt, das schnell umsetzbar sei und den Kommunen eine verlässliche Basis für ihre künftigen Etatplanungen biete.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalen Spitzenverbände und Kommunen konnten jedoch kein positives Votum für den Verwaltungskostensatz der GKV abgeben, da erste vorsichtige Kostenschätzungen bei teilnehmenden Kommunen zeigten, dass der neue Verwaltungskostensatz nicht nur zu Einsparungen, sondern in Einzelfällen auch zu Mehraufwendungen führen könnte.

Hinweis: Für die Landeshauptstadt Düsseldorf kann zu den Auswirkungen des neuen Satzes auf die Kosten der Krankenversorgung noch keine belastbare Aussage gemacht werden, da bei den Abrechnungen für das 2. und 3. Quartal 2016 wesentliche Kostenbestandteile wegen der verzögerten Rechnungslegung vor allem der Apotheken noch nicht vollständig eingerechnet sind. Legt man die vorliegenden Abrechnungssummen für diese zwei Quartale zugrunde, wäre der Verwaltungskostensatz um rund 36.000 Euro günstiger als die 8%-Regelung. Da die Arzneimittel erfahrungsgemäß einen der größten Kostenfaktoren der gesundheitlichen Versorgung darstellen, ist davon auszugehen, dass sich der Verwaltungskostensatz für die Landeshauptstadt Düsseldorf noch weitaus günstiger darstellt.

Die kommunalen Spitzenverbände haben deutlich gemacht, dass eine Umstellung der RV auf den Verwaltungskostensatz in Einzelfällen dazu führen könne, dass teilnehmende Kommunen aus finanziellen Erwägungen ihren Austritt aus der RV erklären - damit würde das Ziel des MGEPA, die eGK für Flüchtlinge für die Kommunen attraktiver zu machen, konterkariert.

Da das MGEPA auch nicht zusagen konnte, die Mehrkosten einer Umstellung im Einzelfall zu übernehmen, wurde das Thema auf die nächste Sitzung vertagt. Das MGEPA wird in der Zwischenzeit die Realisierbarkeit der erörterten Vorschläge und die rechtlichen Möglichkeiten und Konsequenzen einer Änderung der RV prüfen.

Ein konkreter Termin für die nächste Sitzung wird vereinbart, sobald das MGEPA seine Prüfungen zu den Verwaltungskosten abgeschlossen hat.

3.2 Leistungsausgaben (§ 15 Abs. 1 RV)

Die Beantwortung der Frage, ob und wie sich die Leistungsausgaben durch die eGK für Flüchtlinge verändert haben und welche Konsequenzen sich daraus für die Weiterentwicklung der eGK ergeben, erfordert aussagekräftige Daten zum Leistungsgeschehen vor und nach Umsetzung der eGK für Flüchtlinge. Eine vertiefte Diskussion zu diesem Thema war nicht möglich, da weder ein vollständiges Bild zu den Leistungsausgaben der teilnehmenden Kommunen nach §§ 4 und 6 AsylbLG aus dem Jahr 2015 noch die Vergleichsdaten zur eGK für Flüchtlinge aus dem Jahr 2016 vollständig vorliegen. Auch hier werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere Gespräche geführt, sobald die erforderliche Datengrundlage geschaffen ist.

3.3 Erfahrungsaustausch zur Umsetzung

Unter diesem Tagesordnungspunkt wurden diverse Beratungspunkte, die aus kommunaler Sicht genannt worden sind, erörtert, wie zum Beispiel das manuelle Anmeldeverfahren sowie die Sicherstellung der Krankenversorgung beim Übergang vom AsylbLG in die Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II). Auch sind erhebliche Unterschiede bei den Krankenkassen sowohl im Anmeldeverfahren als auch bei den weiteren Verfahrensabläufen festgestellt und angesprochen worden.

Zum Abbau des Aufwandes für das manuelle Anmeldeverfahren bieten die Krankenkassen inzwischen automatisierte Lösungen an, die nach entsprechender Abstimmung zwischen der Kommune und der Krankenkasse umgesetzt werden können.

So haben auch die AOK Rheinland/Hamburg und die Landeshauptstadt Düsseldorf bereits Gespräche aufgenommen mit dem Ziel, das Anmeldeverfahren zu digitalisieren und weiter zu optimieren.

Beim Übergang vom AsylbLG in das SGB II stellen die AOK Rheinland/Hamburg, das Jobcenter Düsseldorf und das Amt für soziale Sicherung und Integration durch individuelle Absprachen sicher, dass beim Wechsel von einem Betreuungsverhältnis im Rahmen der eGK für Flüchtlinge zur GKV keine Versorgungslücken entstehen. Zusammenfassend hat die Diskussion gezeigt, dass für individuelle Probleme individuelle Lösungen zwischen den teilnehmenden Kommunen und den Krankenkassen gefunden werden müssen, da die Bedarfe und Rahmenbedingungen vor Ort auf beiden Seiten höchst unterschiedlich sind. An dieser Stelle bewährt sich jedoch das Prinzip der RV, dass jeder teilnehmenden Kommune nur eine Krankenkasse zugewiesen wird. So ist sichergestellt, dass sich nur zwei Partner untereinander verständigen und nicht eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren und Vorgehensweisen beachtet werden müssen, um Verfahrensverbesserungen für alle Beteiligten und nicht zuletzt die betroffenen Flüchtlinge zu erzielen.

3.4 Überprüfung des Leistungsausschlusskataloges der Anlage 1 zur RV

Zunächst kann gesagt werden, dass sich der Leistungsausschlusskatalog aus Düsseldorfer Sicht grundsätzlich bewährt hat. Die dort genannten Sonderleistungen werden - bis auf eine Ausnahme - nur gelegentlich beantragt. Rechtsmittelverfahren gegen Ablehnungen der entsprechenden Sonderleistungen, die von den §§ 4 und 6 AsylbLG nicht erfasst werden, liegen nicht vor.

Lediglich beim Zahnersatz ist festzustellen, dass die Antragsbearbeitung bei den Kommunen erhebliche Personalressourcen bindet. Seit Umsetzung der eGK für Flüchtlinge sind in Düsseldorf allein 300 Anträge auf Zahnersatz gestellt und bearbeitet worden.

Aus Sicht der Krankenkassen könnte Zahnersatz auch im Rahmen der eGK für Flüchtlinge nach GKV-Recht geprüft und bewilligt werden, allerdings kann das im AsylbLG normierte Kriterium der medizinischen Unaufschiebbarkeit unverändert nicht von dort überprüft werden.

Eine Änderung des Ausschlusskataloges würde jedoch eine Änderung der RV bedeuten mit der Konsequenz, dass Kommunen eventuell aus fiskalischen Erwägungen einen Austritt aus der RV erklären, weil eine Bewilligung von

Zahnersatz nach GKV-Recht im Vergleich zur jetzigen Regelung Mehrkosten verursachen würde.

Individuelle Vereinbarungen zwischen Kommune und Krankenkasse zur Übernahme des Zahnersatzes in das eGK-Leistungsspektrum auf örtlicher Ebene sind ebenfalls nicht möglich, da eine Vielzahl unterschiedlicher Einzelregelungen sowohl für die Krankenkassen, die zum Teil überregional tätig sind, als auch für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen als Abrechnungsstelle nicht umsetzbar wären.

Es bleibt zunächst abzuwarten, ob angesichts dieser Ausgangslage eine Änderung des Leistungsausschlusskataloges der RV umgesetzt wird oder nicht. Da nur das Land NRW und die teilnehmenden Krankenkassen Vertragspartner der RV sind, wäre eine Änderung im Bereich des Zahnersatzes denkbar, wenn beide Vertragspartner hierüber Einvernehmen erzielen.

4. Ausblick

Vor allem das derzeit bestehende papierbasierte An- und Abmeldeverfahren bei der Krankenkasse stellt aufgrund des dynamischen Personenkreises einen erheblichen Aufwand für die Verwaltung dar. Dieser Aufwand soll durch die Einführung eines elektronischen Meldeverfahrens reduziert werden. Hierzu befindet sich das Amt für soziale Sicherung und Integration wie bereits erwähnt in einem intensiven Abstimmungsprozess mit der AOK Rheinland/Hamburg.

Da neben dem Abrechnungsverfahren auch das An- und Abmeldeverfahren einen unmittelbaren Einfluss auf die Validität und zeitnahe Verfügbarkeit der steuerungsrelevanten Daten zur eGK und somit auch auf die Evaluation hat, konzentrieren sich die Arbeitsschwerpunkte künftig auf die Optimierung und Verstetigung der Abläufe des Melde- und Abrechnungswesens sowie den Aufbau eines regelmäßigen Berichtswesens.

Der künftige Personalbedarf für die mit der eGK verbundenen Verwaltungstätigkeiten wird im Rahmen einer Organisationsuntersuchung zu erheben und entsprechend neu festzusetzen sein. Dabei sind insbesondere die Optimierungspotenziale durch die geplante Digitalisierung des Meldeverfahrens und nicht zuletzt auch die weiteren Entwicklungen im Bereich des Zahnersatzes (Selbstabwicklung oder Abwicklung über die eGK) einzubeziehen.

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziales erhält einen entsprechenden Bericht, sobald die Grundlage und das Format für ein aussagekräftiges Controlling geschaffen sind.

Beratungsfolge:

Gremium	Sitzungsdatum	Ergebnis
Ausschuss für Gesundheit und Soziales	15.03.2017 -/- ¹	-/- ²

1) Die Sitzung wurde zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Vorlage noch nicht geplant.

2) Das Beratungsergebnis wurde zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Vorlage noch nicht erfasst.

Amt / Institut:

Amt für soziale Sicherung und Integration

Dezernentin / Dezernent:

Stadtdirektor Hintzsche