

17. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten Thomas Isenberg und Dr. Gregor Költzsch (SPD)

vom 18. Dezember 2015 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 22. Dezember 2015) und **Antwort**

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen, Asylbewerbern und „Menschen ohne Papiere“ in Berlin – Behandlung sicherstellen (II)

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Ist sichergestellt, dass meldepflichtige Krankheiten (bspw. Krätze) in den Erstaufnahme, Notunterkünften oder sonstigen Gemeinschaftsunterkünften jeweils erkannt und fachlich bzw. medizinisch jeweils vor Ort behandelt werden können?

3. Teilt der Senat die Ansicht auch der Bezirke, dass es notwendig ist, in den Flüchtlingsunterkünften niedrigschwellige Angebote zur medizinischen Erstberatung bzw. –Behandlung durch Sprechstunden von Ärztinnen und Ärzte anzubieten?

4. Falls die Antwort zu 6 nein ist, bitte Begründung im Detail

Zu 1, 3, und 4.: Auf die Beantwortung der Schriftlichen Anfrage 17/17638 wird verwiesen. Hinweis: Der Senat geht davon aus, dass hier die Antwort zu 3 gemeint ist.

2. Sind dem Senat Fälle bekannt, in denen Flüchtlinge, die ambulant behandelbar erkrankt sind, ihr „Dach über den Kopf“ verloren haben, da die Heimleitung diese nicht bei sich haben wollte?

Zu 2.: Eine ambulant behandelbare Erkrankung einer Geflüchteten bzw. eines Geflüchteten führt nicht zum Verlust seiner Unterbringung. Im Falle einer solchen Meldung durch die Heimleitung wird in Zusammenarbeit der Berliner Unterbringungsleitstelle des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (BUL) mit dem Landesweiten Koordinierungsstab Flüchtlingsmanagement (LKF) ggf. ein Umzug zum Wohle und im Interesse der oder des Betroffenen herbeigeführt. Gründe hierfür sind die geeignetere ärztliche Versorgung in der neuen Unterkunft oder der zielführende Umzug aus einer Massenunterkunft (zum Beispiel einer Turnhalle) in eine ruhigere Unterkunft mit Bettenzimmern.

5. Wann und zu welchen Terminen erfolgte im Detail eine Beratung der Senatsgesundheitsverwaltung mit allen Gesundheitsstadträten der Bezirke („Große Lage Gesundheit“) zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen, welche weiteren Termine sind vorgesehen und wie sind die Ergebnisse veröffentlicht?

Zu 5.: Die Sitzungen „Große Lage Gesundheit“ an denen auch Gesundheitsstadträtinnen und Gesundheitsstadträte teilnahmen erfolgten am 03.12. und am 17.12.2015. Die Protokolle werden nicht veröffentlicht, sondern den Teilnehmenden direkt zugesandt. Die reguläre Bezirksstadträtensitzung fand am 02.12.2015 statt.

6. Wie schätzt der Senat die Personalausstattung der Berliner Gesundheitsämter in Hinblick auf deren Mitwirkung an der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern?

Zu 6: Hinsichtlich der Personalausstattung befinden sich die Bezirksämter im Rahmen der „AG Wachsende Stadt“ im Gespräch mit der Senatsverwaltung für Finanzen.

7. Wie hoch ist der Anteil „traumatisierter“ Menschen bei den in Berlin aufgenommenen Flüchtlingen, welche Angebote spezialisierter Behandlungen bestehen und wieviel Prozent der entsprechend therapiebedürftigen Flüchtlinge werden von diesen Angeboten erreicht bzw. nehmen dies in Anspruch?

Zu 7.: Der genaue Anteil an den bisher aufgenommen traumatisierten geflüchteten Menschen wird derzeit ermittelt und lässt sich aktuell nicht abschließend feststellen.

Durch die sich in Umsetzung befindenden Maßnahmen des erarbeiteten Rahmenkonzepts zur Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge in Berlin sowie des Rahmenkonzepts für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge

linge in Berlin geht der Senat davon aus, dass nahezu alle therapiebedürftigen Flüchtlinge von den bestehenden Angeboten erreicht werden. Durch enge Zusammenarbeit mit den Betreiberinnen und Betreibern der Unterkünfte sowie mit Personen, die mit der unmittelbaren und mittelbaren Betreuung der geflüchteten Menschen befasst sind, ist davon auszugehen, dass die Angebote entsprechend in Anspruch genommen werden.

8. Wie ist der Status und was sind die Inhalte des im Senatsbeschluss vom 11. August 2015 angekündigten „handlungsorientierten ressortübergreifenden Konzepts zum Thema schutzbedürftige Flüchtlinge und Asylsuchende“?

Zu 8.: Das genannte Konzept ist noch in der Erarbeitung. Bzgl. des Handlungsfeldes Gesundheit wird auf die Beantwortung der Schriftlichen Anfrage 17/17638 verwiesen.

9. Welche Angebote auch niedrigschwellige Maßnahmen zur psychosozialen Stabilisierung von Geflüchteten in den Bezirken gibt es, wie erfolgt deren Finanzierung, welchen weiteren Bedarf gibt es und welches Ergebnis hat die Prüfung des Aufbaus einer entsprechenden Online-Plattform bzw. wann ist mit einem Prüfergebnis zu rechnen?

Zu 9.: In sogenannten Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen soll eine medizinische Erstuntersuchung erfolgen. Wird dabei oder in einem anderen Kontext eine behandlungsnotwendige Auffälligkeit erkannt, ist eine entsprechende medizinische Intervention angezeigt. Die bisherigen Erfahrungen lassen annehmen, dass eine fachpsychiatrische Intervention (Ansprache, Beratung, Diagnostik, Krisenintervention, Akutbehandlung und ggf. eine psychiatrische Unterbringung) gelegentlich notwendig sein wird. Gegenwärtig wird in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eine Rahmenkonzeption der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen erstellt. Hierin wird ein konkretes Vorgehen beschrieben. Ferner stehen bei behandlungsbedürftigen schweren Erkrankungen aufgrund schwerer Traumata neben den Einrichtungen der psychiatrischen Regelversorgung (insbesondere Krankenhäuser), die spezialisierten Behandlungseinrichtungen (wie beispielsweise bzfo und Xenion) zur Verfügung.

10. Wie ist der Status der im Senatsbeschluss vom 11. August 2015 angekündigten Bundesratsinitiative zur Abrechnung laufender Therapien spezialisierter Einrichtungen wie XENION und das bzfo zur Abrechnung deren Angebote im SGB XII

Zu 10.: Das Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo) arbeitet seit 2008 gemeinsam mit dem Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste (zfm), der Überleben-Stiftung für Folteropfer und der gemeinnützigen Catania GmbH unter dem Dach des „Zentrums überleben“. Nach dem Transparenzbericht erhält das bzfo rund 2,9 Mio. € öffentliche Zuschüsse. Davon in 2013 rund 360.000 € und in 2014 rund 480.000 € Landesmittel. Ferner betreibt das bzfo einen Wohnverbund mit derzeit 55 Plätzen und in Kooperation mit der Charité eine psychiatrische Tagesklinik mit 7 Plätzen (ab 2016 voraussichtlich 15 Plätzen). Ferner hat das bzfo einen umfangreichen Antrag auf Zuwendungen aus Stiftungsmitteln gestellt über den allerdings noch nicht entschieden wurde. Darüber hinaus beteiligt sich das bzfo an weiteren Wohnbetreuungsangeboten für Flüchtlinge und Migranten.

Für die Räume des bzfo wird eine Kaltmiete i.H.v. rd. 155.000 € jährlich durch den Beauftragten für Integration und Migration des Senats bezuschusst.

Das zweite große psychosoziale Zentrum für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge ist der Verein Xenion e. V. Der Träger Xenion e. V. erhielt 2013 rund 150.000 € und in 2014 rund 200.000 € Landesmittel. In 2013 hatte Xenion ein Gesamtbudget von rund 350.000 €.

Zusätzlich förderte der Beauftragte für Integration und Migration des Senats Xenion im Haushaltsjahr 2013 mit 123.000 €, im Haushaltsjahr 2014 mit 203.000 € und im Haushaltsjahr 2015 mit 127.000 €.

11. Wie konkret gestaltet sich im Detail der Leistungsumfang des vom Gesundheitsminister angekündigten „Gesundheitskarte“?

12. Wer genau fällt unter den anspruchsberechtigten Personenkreis der „Gesundheitskarte“ der Frage 11.

13. Wie lange wird es dauern, bis alle gemäß Frage 12 Anspruchsberechtigten die Karten ausgehändigt bekommen haben und wie erfolgt diesen die Zustellung bzw. Aushändigung?

Zu 11. bis 13.: Die elektronische Gesundheitskarte wird ab dem 04.01.2016 zunächst für alle neu in Berlin eintreffenden Asylbegehrenden ausgestellt, die am Standort Bundesallee als Flüchtlinge registriert werden. Für alle übrigen Berechtigten ist die sukzessive Ausstellung der Gesundheitskarte im Verlauf des ersten Halbjahres 2016 vorgesehen.

Es wird auf die zwischen dem Land Berlin und vier großen Krankenkassen am 16.12.2015 abgeschlossene Vereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V verwiesen (siehe Anlage).

14. Welche Vereinbarungen mit Krankenhäusern und/oder MVZ oder ambulanten Ärztinnen und Ärzten bzw. deren Vereinigungen bestehen, um die medizinische Versorgung von Flüchtlingen zu verbessern, was genau sind die Inhalte und wie erfolgt jeweils die Finanzierung der Leistungen aus diesen Vereinbarungen?

Zu 14.: Bislang wurden Verträge zwischen dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) und Vivantes zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in der Notunterkunft am Flughafen Tempelhof sowie zwischen dem LAGeSo und der Charité für die Notunterkünfte in der Bundesallee und der Turmstraße geschlossen. Bis zum Wechsel des Aufenthaltes liegt die Zuständigkeit für Kosten der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden beim Land Berlin (LAGeSo).

Berlin, den 11. Januar 2016

In Vertretung

Dirk Gerstle
Senatsverwaltung für
Gesundheit und Soziales

(Eingang beim Abgeordnetenhaus am 11. Jan. 2016)

VEREINBARUNG

**zur Übernahme der Krankenbehandlung für
nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung
nach § 264 Absatz 1 SGB V**

zwischen

**Land Berlin,
vertreten durch Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales**

- nachstehend Land Berlin-

und

der AOK Nordost

der BKK VBU

der DAK-Gesundheit Berlin-Brandenburg

der SBK

- nachstehend Krankenkassen -

Präambel

Mit der Zielsetzung, den Zugang zum Gesundheitssystem für Empfängerinnen und Empfänger von Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz durch die Nutzung einer elektronischen Gesundheitskarte zu vereinfachen und die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen, wird die folgende Vereinbarung geschlossen.

Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Absatz 2 Sozialgesetzbuch Viertes Buch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – (SGB IV) in Verbindung mit § 264 Absatz 1 SGB V.

Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkassen eine professionelle, effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Leistungsbehörden geleistet.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich das Verfahren noch in der Entwicklung befindet, so dass sich voraussichtlich Anpassungsnotwendigkeiten ergeben werden.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich grundsätzlich alle Krankenkassen an der Vereinbarung beteiligen können und eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen auf die teilnehmenden Krankenkassen anzustreben ist.

§ 1 Leistungsberechtigte

Die Vereinbarung regelt die auftragsweise Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach den §§ 1a und 3 AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern gegenüber den Leistungsbehörden Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben. Die Vereinbarung gilt für diese Leistungsberechtigten in der Zuständigkeit der Sozialämter von Berlin sowie des Landesamtes für Gesundheit und Soziales. Die Gesundheitsversorgung wird durch die teilnehmenden Krankenkassen nach Maßgabe dieser Vereinbarung sichergestellt.

§ 2 Leistungsanspruch

- (1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis ihrer Vorschriften zu Lasten der Leistungsbehörden sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang nach §§ 4 und 6 AsylbLG (vgl. Anlage 1, Buchstabe A). Nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die zentrale Abrechnungsstelle erstattet den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A in Anspruch genommen hat.
- (2) Die in Anlage 1, Buchstabe B, aufgeführten GKV-Leistungen werden nicht von der Krankenkasse erbracht. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Leistungsbehörde 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 vorliegen. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Leistungsbehörden.
- (4) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Absatz 3 AsylbLG.

§ 3 Meldeverfahren

- (1) Die zuständige Leistungsbehörde meldet die Leistungsberechtigten unverzüglich bei der Krankenkasse an. Sie hat dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen. Die zuständige Leistungsbehörde informiert die zentrale Abrechnungsstelle parallel über die Anmeldung bei der Krankenkasse.
- (2) Die zuständige Leistungsbehörde teilt der Krankenkasse und der zentralen Abrechnungsstelle folgende Sachverhalte unter Verwendung des dieser Vereinbarung als Muster beigefügten Meldevordrucks (Anlage 2) mit:
 - a. Separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V
 - b. An- und Abmeldungen (Anlage 3) 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)
 - f. Befristung der Gültigkeitsdauer der eGK
- (3) Es erfolgt keine Abmeldung und erneute Anmeldung bei einem Wechsel von Zuständigkeiten innerhalb des Landes Berlin, soweit keine Änderung des Leistungsanspruchs eintritt. Eine Änderungsmeldung (Anlage 4) gegenüber der Krankenkasse und der zentralen Abrechnungsstelle ist erforderlich.
- (4) Die vorgenannten Meldungen sind von der zuständigen Leistungsbehörde 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 Leistungsbehörde für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zugleich bestätigt die Leistungsbehörde 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 Leistungsbehörde zurückgeschickt.
- (7) Erfolgt die Anmeldung nicht unverzüglich im Sinne von Absatz 1, kommt ohne Zustimmung der Krankenkasse nur eine rückwirkende Leistungsgewährung bis zu einem Monat vor Eingang der Anmeldung bei der Krankenkasse in Betracht.

§ 4 Zusammenarbeit

- (1) Die Vertragspartner bilden ein gemeinsames Gremium (Beirat), das sich regelmäßig mit den Prozessen innerhalb dieser Vereinbarung auseinandersetzt.
- (2) Ziel der Arbeit des Beirates ist es, die Umsetzung der Aufgaben aus dieser Vereinbarung zu begleiten und notwendige Weiterentwicklungen zu veranlassen.
- (3) Gäste oder Berater der jeweiligen Vertragsparteien können mit Einverständnis aller Beiratsmitglieder an den Beratungen teilnehmen.
- (4) Der Beirat tagt regelmäßig halbjährlich oder nach Bedarf.
- (5) Die administrativen Aufgaben im Zusammenhang mit der Arbeit des Beirats werden durch die für Soziales zuständige Senatsverwaltung ausgeführt.

Zu diesen Aufgaben gehören vorrangig:

- a. Einladung der Mitglieder und Gäste des Beirats
- b. Bereitstellen der Beratungsunterlagen
- c. Protokollierung der Sitzungen

§ 5 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC

- (1) Nach Anmeldung durch die Leistungsbehörde stellt die Krankenkasse den Leistungsberechtigten nach § 1 eine eGK aus. Die Gültigkeitsdauer der eGK orientiert sich in der Regel an der Befristung des Aufenthaltsdokuments (mindestens 3 Monate), die maximale Geltung beträgt 15 Monate.

Der Versand der eGK erfolgt durch die Krankenkassen grundsätzlich an den Leistungsberechtigten. Der Versand an eine c/o-Adresse kann ausnahmsweise ermöglicht werden. Sollte kein Wohnsitz bekannt sein, wird die eGK durch die jeweilige Leistungsbehörde ausgegeben.

- (2) Beträgt der Zeitraum der Leistungsberechtigung bei Vertragsbeginn voraussichtlich maximal drei Monate bis ein Wechsel zu § 2 AsylbLG erfolgt, berücksichtigt die zuständige Leistungsbehörde dies im Rahmen des Meldeverfahrens nach § 3 dieses Vertrages. In diesen Fällen wird eine entsprechend befristete eGK ausgestellt.
- (3) Beim erstmaligen Abhandenkommen oder bei erstmaliger Meldung eines Defektes einer eGK stellt die Krankenkasse eine neue Karte aus. Sofern nach erneutem Abhandenkommen oder Meldung eines Defektes die Notwendigkeit besteht, weitere eGK auszustellen, erfolgt dieses nur nach schriftlicher Zustimmung durch die zuständige Leistungsbehörde. Die abhanden gekommenen oder defekt gemeldeten Karten werden von der Krankenkasse gesperrt, soweit dieses technisch möglich ist, damit ungerechtfertigte Leistungen möglichst nicht oder nur noch kurzfristig in Anspruch genommen werden können.
- (4) Für das Ausstellen der eGK erhalten die Krankenkassen für jeden Leistungsberechtigten einmalig 8,00 Euro (für den Haushaltsvorstand, für jeden Familienangehörigen weitere 8,00 Euro). Damit ist auch die Ausstellung sämtlicher weiterer Karten, z.B. bei Verlust oder Ablauf, abgegolten.

- (5) Auch wenn den Leistungsberechtigten noch keine eGK vorliegt, sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen ausschließlich über die Krankenkassen abzurechnen. In diesen Fällen stellt die Krankenkasse eine vorläufige Betreuungsbescheinigung oder eine vorläufige Krankenversicherungskarte mit einer Geltungsdauer von 28 Tagen aus, um das bestehende Betreuungsverhältnis gegenüber der behandelnden Praxis nachzuweisen. Bei Unklarheiten kann die behandelnde Praxis direkt Kontakt mit der fraglichen Krankenkasse aufnehmen.

§ 6 Befreiung von der Zuzahlungspflicht

- (1) Die Leistungsberechtigten haben keine gesetzlichen Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Leistungsberechtigte erhalten daher jährlich einen Befreiungsausweis der Krankenkasse, der bis zum Ende des entsprechenden Kalenderjahres gültig ist.
- (2) Die Krankenkasse stellt die Befreiungsbescheinigung oder -karte zur Vorlage bei den Leistungserbringern aus.

§ 7 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung

- (1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung nach den §§ 1a und 3 AsylbLG der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger bzw. die Beendigung der Zuständigkeit des Landes Berlin feststeht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Abmeldung durch die zuständige Leistungsbehörde bei der Krankenkasse. Die Abmeldung wird mit Eingang bei der Krankenkasse wirksam.
- (2) Die zuständige Leistungsbehörde zieht bei Beendigung der Leistungsberechtigung die eGK sowie den Befreiungsausweis des Haushaltsvorstandes und aller seiner Familienangehörigen ein.
- (3) Die Krankenkasse nimmt, soweit dieses technisch möglich ist, nach Eingang der Abmeldung unverzüglich eine Sperrung der eGK vor, damit ungerechtfertigte Leistungen möglichst nicht oder nur noch kurzfristig in Anspruch genommen werden können.
- (4) Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der eGK entstehen, hat die zuständige Leistungsbehörde zu erstatten. Das gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistungen zu prüfen.
- (5) 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 Leistungsbehörde bestehen. Etwaige Ersatzansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat die zuständige Leistungsbehörde gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (6) Hat die Krankenkasse vor Wirksamwerden der Abmeldung eine Leistung rechtmäßig genehmigt, eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben oder wurde eine Verordnung zu Lasten der Krankenkasse ausgestellt und wirkt die Genehmigung oder Kostenübernahmeerklärung über den Abmeldezeitpunkt fort, bleibt die zuständige Leistungsbehörde auch nach der Abmeldung erstattungspflichtig.

§ 8 Begutachtung

- (1) Die Krankenkasse beteiligt im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) entsprechend den gesetzlichen und vereinbarten Regelungen. Die Kosten betragen
 - für Begutachtungen nach Aktenlage (alle Leistungsarten) 160,00 EUR pro Fall und
 - für körperliche Untersuchungen oder Krankenhausbegehungen 260,00 EUR pro Fall und werden von der zentralen Abrechnungsstelle übernommen.
- (2) Die Prüfung von Heil- und Kostenplänen bei Zahnersatz und kieferorthopädischer Leistungen erfolgt durch die Fachabteilungen der Krankenkasse. Das Gutachterverfahren wird nach gleichen wirtschaftlichen und medizinischen Erwägungen wie bei Versicherten der Krankenkasse eingeleitet.

§ 9 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkassen rechnen die mit ihr abgerechneten Ausgaben vierteljährlich mit der zentralen Abrechnungsstelle ab. Die Abrechnung erfolgt einzelfallbezogen im Wege passwortgeschützter Datenträger.
- (2) Die zentrale Abrechnungsstelle leistet vierteljährlich Abschlagzahlungen an die Krankenkassen zu folgenden Terminen: 15. Februar (Abschlag für das 1. Quartal), 15. Mai (Abschlag für das 2. Quartal), 15. August (Abschlag für das 3. Quartal) und 15. November (Abschlag für das 4. Quartal).

Die Abschlagszahlung weist eine Höhe von 450,00 Euro je angemeldetem Leistungsberechtigten je Quartal auf. Eine Anpassung erfolgt bei Bedarf in gegenseitigem Einvernehmen.

Überzahlungen erstatten die Krankenkassen der zentralen Abrechnungsstelle auf entsprechende Anforderungen, sofern sie von der zentralen Abrechnungsstelle nicht mit der nächsten Abschlagzahlung verrechnet werden können.

Eventuelle Nachzahlungsbeträge sind von der zentralen Abrechnungsstelle an die Krankenkassen zu überweisen, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagzahlung verrechnet werden können.

- (3) Für die Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen ist für die Leistungsbehörden ein Institutionskennzeichen erforderlich.

Die Krankenkassen erstellen vierteljährliche Abrechnungen, in denen die folgenden Daten je Betreuten zu übermitteln sind:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Aktenzeichen
- Rechnungsnummer
- Leistungsaufwendungen vom - bis
- Betrag
- Leistungsart

Die Abrechnungen sind zumindest nach folgenden Leistungsarten zu differenzieren:

- Ärztliche Behandlungen (kumuliert)
 - Zahnärztliche Behandlungen (kumuliert)
 - Arzneimittel (kumuliert)
 - Stationäre Aufenthalte (hier können z.B. enthalten sein: Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Stationäre Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen – diese Leistungen werden aber nicht in der Abrechnung extra ausgewiesen)
 - Sonstige Leistungen (hier werden in der Einzelaufstellung die entsprechenden Leistungen ausgewiesen); wie z.B.: Zahnersatz (werden detailliert aufgeführt), Physiotherapie, Ergotherapie, Hilfsmittel (werden detailliert aufgeführt), Fahrkosten (werden detailliert aufgeführt), Häusliche Krankenpflege, Vorstationäre Behandlungen, Podologische Leistungen, Dialyse, ambulante Rehabilitationsmaßnahmen
 - Sonstige Leistungen, die nicht aufgeführt sind, unter Benennung der Leistung (hier können z.B. enthalten sein: Soziotherapie, Sozialpädiatrische Leistungen)
 - Kosten für Versichertenkarten
 - Sprechstundenbedarf
 - Verwaltungskosten.
- (4) Der Sprechstundenbedarf für die Anspruchsberechtigten nach § 1 wird von den Leistungserbringern zu Lasten der AOK Nordost verordnet. Die zentrale Abrechnungsstelle beteiligt sich entsprechend der Zahl der Anspruchsberechtigten nach § 1 an den Ausgaben der AOK Nordost für den Sprechstundenbedarf. Die Abrechnung des Sprechstundenbedarfs gegenüber der zentralen Abrechnungsstelle erfolgt durch die Krankenkassen einmal im Jahr.
- (5) Zusätzlich zu der Übermittlung in Form eines passwortgeschützten Datenträgers gemäß Absatz 1 ist der zentralen Abrechnungsstelle eine Sammelrechnung als Rechnungsgrundlage zur Verfügung zu stellen. Näheres dazu wird gesondert geregelt.
- (6) Die Krankenkassen erhalten die Abrechnung der Leistungserbringer grundsätzlich im Wege des elektronischen Datenträgeraustauschs. Originalbelege und -rechnungen werden daher der Abrechnung mit der zentralen Abrechnungsstelle nicht beigelegt, sind aber auf Anforderung der zentralen Abrechnungsstelle beizubringen.
- (7) Die zentrale Abrechnungsstelle hat das Recht, innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsunterlagen die Abrechnungen zu überprüfen und Überzahlungen zurückzufordern. Sie ist hierzu berechtigt, kostenfrei Daten und Unterlagen bei den Krankenkassen anzufordern, die ihr die Überprüfung der Abrechnungen und erbrachten Leistungen ermöglichen.
- (8) Die Krankenkassen und die Leistungsbehörden sind sich darüber einig, dass § 111 SGB X keine Anwendung finden soll. Für die Verjährung gilt § 113 SGB X.

§ 10 Controlling

- (1) Die Krankenkassen und die zentrale Abrechnungsstelle vereinbaren regelmäßige Gespräche zur Durchführung eines Controllings 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) Die Krankenkassen übersenden der zentralen Abrechnungsstelle und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales darüber hinaus zweimal im Jahr einen Controllingbericht. Umfang, Inhalt und Struktur werden unter Berücksichtigung der Bedarfe der zentralen Abrechnungsstelle einvernehmlich festgelegt.

§ 11 Verwaltungskosten

- (1) Für die Aufgabenerfüllung nach diesem Vertrag werden den Krankenkassen durch das Land Berlin Verwaltungskosten in Höhe von 6 vom Hundert der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,00 EUR je angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem erstattet.
- (2) Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt. Maßgeblich für die Quartalszuordnung der Leistungsaufwendungen ist der Tag der Abrechnung. Der hieraus prozentual berechnete Betrag ist zu erstatten. Nach Abrechnung der Leistungen für das Kalendervierteljahr wird der zu erstattende Aufwand für Verwaltungskosten dem Betrag gegenübergestellt, der sich aus der Summe der Personen ergibt, die in Monaten eines Kalendervierteljahres anspruchsberechtigt waren, multipliziert mit 10 EUR. Ist dieser Betrag höher, so ist die Differenz zusätzlich zu erstatten.
- (3) Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann die zentrale Abrechnungsstelle oder die für Soziales zuständige Senatsverwaltung von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

§ 12 Widersprüche und Klageverfahren

- (1) Die Krankenkassen entscheiden über Widersprüche gegen abgelehnte Leistungsanträge der Leistungsberechtigten. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkassen.
- (2) Die Verfahrenskosten können die Krankenkassen von der zentralen Abrechnungsstelle ersetzt verlangen. Wird die Krankenkasse von einem Gericht zur Übernahme von Behandlungskosten verurteilt oder gibt sie einem Widerspruch statt, kann sie diese Kosten ebenfalls von der zentralen Abrechnungsstelle ersetzt verlangen. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der üblichen quartalsweisen Abrechnung.

§ 13 Weiterleitung von möglichen Ersatzansprüchen

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsrechte nach den §§, 1a und 3 AsylbLG aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt die zuständige Leistungsbehörde. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie die zuständige Leistungsbehörde zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt der Leistungsbehörde.

§ 14 Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen

- (1) Krankenkassen, die noch nicht Vertragspartner dieser Vereinbarung sind, zeigen ihren Beitritt unmittelbar schriftlich gegenüber der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung an. Der Austritt einer Krankenkasse ist ebenfalls gegenüber dem Land Berlin anzuzeigen.

Die beigetretene Krankenkasse nimmt mit Beginn des zweiten auf die Anzeige folgenden Quartals an dieser Vereinbarung teil.

- (2) Die für Soziales zuständige Senatsverwaltung veröffentlicht eine Liste der teilnehmenden Krankenkassen jeweils auf ihrer Homepage oder informiert die Leistungsbehörden in geeigneter Weise. Die Krankenkassen stimmen der Veröffentlichung und der jeweiligen Aktualisierung auf der Homepage der für Soziales zuständigen Senatsverwaltung zu.

§ 15 Vertragslaufzeit

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2016 in Kraft.
- (2) Die Kündigungsfrist beträgt ein Jahr zum Ende des nachfolgenden Kalenderjahres. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Unbeschadet des Absatzes 2 kann diese Vereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.
- (4) Im Falle einer gesetzlichen Regelung zu den Inhalten dieser Vereinbarung verpflichten sich alle Vertragsparteien unverzüglich zu einer Aufnahme der Verhandlungen mit dem Ziel der Anpassung an die gesetzlichen Vorgaben.

§ 16 Datenschutz

Die Vertragsparteien verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieses Vertrages ergebenden Arbeitsteilung sicherzustellen, dass

1. die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (§§ 284 ff. Sozialgesetzbuch (SGB) V, §§ 67 ff. SGB X, Berliner Datenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz) verarbeitet 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, das Gesetz über die förmliche Verpflichtung nichtbeamteter Personen (Verpflichtungsgesetz vom) 02.03.1974 (BGBl. 1 S. 547), die in Ziff. 1 genannten Gesetze sowie § 35 SGB I kennen, und dass bei der Durchführung des Vertrages Personen eingesetzt werden, die entsprechend eindringlich belehrt, danach verpflichtet und auf die Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften des SGB X und sonstiger entsprechender Rechtsvorschriften hingewiesen sind,
3. durch geeignete Maßnahmen die Erfüllung der unter Ziff. 1 und 2 genannten Pflichten sorgfältig überwacht wird,
4. die Aufsichtsbehörden jederzeit die gesamten relevanten Unterlagen einsehen und prüfen können (§ 274 SGB V),

5. die erzielten Ergebnisse sowie die zur Verfügung gestellten Daten der Beteiligten unter Verschluss aufbewahrt, insbesondere nicht unbefugt an Dritte weitergegeben werden. Nach Abschluss der Arbeiten werden alle relevanten Unterlagen vollständig an die Beteiligten zurückgegeben oder vernichtet. Kopien oder Duplikate dürfen ohne Wissen der Beteiligten nicht gefertigt werden. Nicht mehr benötigtes Material ist solange unter Verschluss aufzubewahren, bis es entweder den Beteiligten übergeben oder kontrolliert vernichtet wird.
6. bei einer elektronischen Datenübermittlung geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die es verhindern, dass personenbezogene Daten unbefugt gelesen, kopiert, entfernt oder verändert werden können. Um die Vertraulichkeit der elektronischen Datenübermittlung zu sichern, sind Verschlüsselungsprogramme einzusetzen. Näheres hierzu legen die Vereinbarungspartner gesondert fest. Soweit Datenträger zur Datenübermittlung genutzt werden, sind diese durch ein Passwort zu schützen.

§ 17 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über die Anwendung des vorliegenden Vertrages sowie über die Anwendung gesetzlicher und gesetzesgleicher Vorschriften sollen zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vertragspartnern in gegenseitigem Einvernehmen geregelt werden. Der Rechtsweg ist hierdurch nicht ausgeschlossen.

§ 18 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel

- (1) Alle Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vertragsparteien unterzeichneten Nachtrages.
- (2) Sofern einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein sollten oder dieser Vertrag Lücken enthält, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen gilt diejenige wirksame Bestimmung als vereinbart, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmungen entspricht. Im Fall von Lücken gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was dem Sinn und Zweck dieses Vertrages vernünftigerweise vereinbart worden wäre, hätte man die Angelegenheit von vornherein bedacht.

§ 19 Gerichtsstand

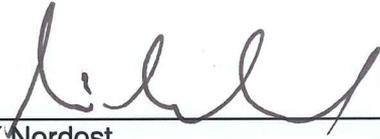
- (1) Es gilt der Gerichtsstand des Klägers.
- (2) Es gilt deutsches Recht.

§ 20 Vertragsausfertigung, Vertragsbestandteile

- (1) Die Anlage 1 (Ausschlusskatalog) ist Vertragsbestandteil.
- (2) Dieser Vertrag wird mehrfach ausgefertigt. Jede vertragsschließende Partei erhält ein Exemplar mit Originalunterschriften.



Senatsverwaltung für Gesundheit
und Soziales



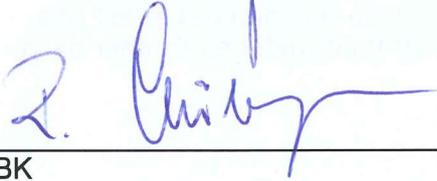
AOK Nordost



DAK-Gesundheit Berlin-Brandenburg



BKK VBU



SBK

Berlin, den 16. Dezember 2015

Anlage 1

zur Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land Berlin zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kosten-erstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 3 und 1a Asylbewerber-leistungsgesetz vom 16.12.2015.

A. Die Krankenkassen und das Land Berlin verständigen sich darauf, dass die Krankenkassen zur Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten im Rahmen des § 264 Abs. 1 SGB V Leistungen entsprechend den Regelungen des SGB V entweder direkt oder nach einem internen Genehmigungsverfahren erbringen.

B. Die nachfolgend aufgeführten Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, sind von der Leistungsgewährung durch die Krankenkassen ausgeschlossen, da sie regelmäßig das Kriterium der Aufschiebbarkeit erfüllen:

1. Vorsorgekuren,
2. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V,
3. Künstliche Befruchtungen und Sterilisation,
4. strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt,
5. Selektivvertragliche Leistungen nach den §§ 73a-c und §§ 140a ff. SGB V,
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 sowie
8. Impfungen als Satzungsleistung der Krankenkasse und Impfungen, die nicht unter die Schutzimpfungsrichtlinien fallen.

Leistungen nach Buchstabe A sind den Krankenkassen von der zentralen Abrechnungsstelle voll zu ersetzen.

Leistungsanträge nach Buchstabe B sind an die Leistungsbehörden weiterzuleiten. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber



Landesamt für Gesundheit und Soziales, S1399999999999
Turmstraße 21, 10559 Berlin
Muster KV
Postfach XYZ
54321 Musterstadt

Geschäftszeichen (bitte immer angeben):
S1399999999999
Bearbeiter/in:
Frau SB
Zimmer: 123
Telefon: 030 90229 9999
Fax: 030 90229 1111
Datum:
15.12.2015

Anmeldung bei einer Krankenkasse nach § 264 Abs. 1 SGB V

Institutionskennzeichen: S13 IK = 139580944

Bundeseinheitliche KV-Nummer:

ggf. Aktenzeichen aus Vorverfahren: 2016123456

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Umsetzung der o.g. Regelung wird Frau Maria Muster bei Ihrer Krankenkasse angemeldet. Die notwendigen Angaben entnehmen Sie bitte der Seite 2 dieses Schreibens.

Ich bitte Sie, die notwendigen elektronischen Gesundheitskarten an den o.g. Hilfeempfänger zu übersenden

zu übersenden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

SB

Haushaltsvorstand: Maria Muster, geb. am 01.01.1970

Name	Muster
Vorname	Maria
Geburtsdatum	01.01.1970
Geschlecht	weiblich
Geburtsname	
Geburtsort	Stadt
Staatsangehörigkeit	Land
Stellung zum Haushaltsvorstand	
Bundeseinheitliche KV-Nummer	
Adresse	Musterdamm 1, 12345 Berlin
Art der Leistung: SGB XII, VIII oder § 2 AsylbLG	-
Art der Leistung: §§ 1a, 3 AsylbLG	Ja
Beginn des Auftrages	04.01.2016
Ende der Betreuung	03.04.2016

Passbild für die Gesundheitskarte

Auftrags-Nummer, 11-stellig
(Vergabe durch KK)

Vorname:	Maria		
Nachname:	Muster		
Anschrift:	Musterdamm 1		
	12345 Berlin		
Geb.-Datum:	01.01.1970	Geschlecht:	weiblich

Passbild bitte hier
einkleben!

Ja, ich bestätige, dass die Personalien und die
abgebildete Person übereinstimmen.

Unterschrift

Für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten.

**Landesamt für Gesundheit und Soziales
Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber**



Landesamt für Gesundheit und Soziales, S1399999999999

Turmstraße 21, 10559 Berlin

Muster KV

Postfach XYZ

54321 Musterstadt

Geschäftszeichen (bitte immer angeben):

S1399999999999

Bearbeiter/in:

Frau SB

Zimmer: 123

Telefon: 030 90229 9999

Fax: 030 90229 1111

Datum:

15.12.2015

Beendigung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Institutionskennzeichen: S13 IK = 139580944

Bundeseinheitliche KV-Nummer:

ggf. Aktenzeichen aus Vorverfahren: 2016123456

Sehr geehrte Damen und Herren,

Frau Maria Muster wird bei Ihrer Krankenkasse abgemeldet. Die notwendigen Angaben entnehmen Sie bitte der Seite 2 dieses Schreibens.

Abmeldegrund:

Die elektronische/n Gesundheitskarte/n wurden eingezogen: Ja

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

SB

Haushaltsvorstand: Maria Muster, geb. am 01.01.1970

Name	Muster
Vorname	Maria
Geburtsdatum	01.01.1970
Geschlecht	weiblich
Geburtsname	
Geburtsort	Stadt
Staatsangehörigkeit	Land
Stellung zum Haushaltsvorstand	
Bundeseinheitliche KV-Nummer	
Adresse	Musterdamm 1, 12345 Berlin
Art der Leistung (SGB XII VIII oder § 2 AsylbLG)	-
AsylbLG §§ 1a, 3	Ja
Beginn des Auftrages	04.01.2016
Ende der Betreuung	03.04.2016

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber



Landesamt für Gesundheit und Soziales, S139999999999
Turmstraße 21, 10559 Berlin
Muster KV
Postfach XYZ
54321 Musterstadt

Geschäftszeichen (bitte immer angeben):
S139999999999
Bearbeiter/in:
Frau SB
Zimmer: 123
Telefon: 030 90229 9999
Fax: 030 90229 1111
Datum:
15.12.2015

Änderung zur Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V

Institutionskennzeichen: S13 IK = 139580944

Bundeseinheitliche KV-Nummer:

ggf. Aktenzeichen aus Vorverfahren: 2016123456

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Frau Maria Muster ist/sind die folgenden Änderungen eingetreten (weitere notwendige Angaben entnehmen Sie bitte der Seite 2 dieses Schreibens):

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

SB

Haushaltsvorstand: Maria Muster, geb. am 01.01.1970

Name	Muster
Vorname	Maria
Geburtsdatum	01.01.1970
Geschlecht	weiblich
Geburtsname	
Geburtsort	Stadt
Staatsangehörigkeit	Land
Stellung zum Haushaltsvorstand	
Bundeseinheitliche KV-Nummer	
Adresse	Musterdamm 1, 12345 Berlin
Art der Leistung (SGB XII VIII oder § 2 AsylbLG)	-
AsylbLG §§ 1a, 3	Ja
Beginn des Auftrages	04.01.2016
Ende der Betreuung	03.04.2016

