

**Die elektronische Gesundheitskarte zur Umsetzung der §§ 4, 6 AsylbLG
- Hinweise für Leistungserbringer -**

Inhaltsübersicht

0. Allgemeines
1. Anspruchsberechtigter Personenkreis
2. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ersetzt das Behandlungsscheinverfahren
3. Versorgung von Neugeborenen
4. Abschaffung der Befreiungsausweise ab 2018
5. Leistungsumfang
6. Dolmetscherkosten
7. Übergangsregelung von § 264 Abs. 1 zu Abs. 2 SGB V

0. Allgemeines

Das Land Berlin, vertreten durch die Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, hat zum 1.1.2016 eine Vereinbarung zur medizinischen Versorgung von Leistungsberechtigten mit Anspruch auf Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) mit den vier Krankenkassen AOK Nordost, BKK VBU, DAK-Gesundheit Berlin-Brandenburg und der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für nicht Versicherungspflichtige nach § 264 Absatz 1 SGB V geschlossen. Die Einführung der eGK ist zum Ende des Jahres 2016 abgeschlossen worden.

Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG, die Anspruch auf Leistungen analog der Sozialhilfe haben, werden demgegenüber nach § 264 Abs. 2-7 SGB V von einer Krankenkasse ihrer Wahl betreut. Dieser Personenkreis ist von den nachfolgenden Ausführungen nicht betroffen.

1. Anspruchsberechtigter Personenkreis

Alle Menschen, die in Berlin Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten, werden bei einer der vier an der Vereinbarung beteiligten Krankenkassen angemeldet. Die Zuteilung erfolgt automatisch, da die Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V kein Kassenwahlrecht besitzen.

Zur Sicherung der medizinischen Versorgung für den Zeitraum von der Anmeldung bis zur Aushändigung der eGK erhalten die Leistungsberechtigten am Tag ihrer Anmeldung zunächst eine vorläufige Betreuungsbescheinigung. Diese ist längstens 92 Tage gültig. Bei Rückfragen kann die behandelnde medizinische Einrichtung direkt Kontakt mit der jeweils zuständigen Krankenkasse aufnehmen.

2. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ersetzt das Behandlungsscheinverfahren

Bis Ende des Jahres 2016 galt das sogenannte Behandlungsscheinverfahren für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz mit Anspruch auf Grundleistungen noch parallel zur eGK. Seit dem 1.1.2017 gilt dieses Abrechnungsverfahren (sog. „grüne Behandlungsscheine“ oder „A-Scheine“) nicht mehr.

Die eGK ist im Feld „Besondere Personengruppe“ mit der „9“ und durch die ungültig gemachte Europäische Krankenversichertenkarte (EHIC) auf der Rückseite der eGK gekennzeichnet.

Bitte beachten: Sogenannte „U-Scheine“ nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch / SGB XII - Sozialhilfe, für Leistungsberechtigte die nur kurzfristig hilfebedürftig werden oder für Leistungsberechtigte nach § 26 b Bundesversorgungsgesetz bzw. „J-Scheine“ für Leistungsberechtigte nach § 40 des Achten Buches Sozialgesetzbuch / SGB VIII – Jugendhilfe, kommen in der Praxis auch weiterhin vor.

3. Versorgung von Neugeborenen

Grundsätzlich erhalten Neugeborene eine eigene eGK. Da die Anmeldung von Neugeborenen durch die Leistungsbehörden sowie die Ausstellung der eGK durch die Krankenkassen etwas Zeit in Anspruch nimmt, haben sich das Land Berlin und die an der Vereinbarung beteiligten Krankenkassen darauf geeinigt, dass die Behandlung von Neugeborenen bis zu vier Wochen nach der Geburt über die eGK eines Elternteils abgerechnet werden kann. Dies gilt sowohl für die Früherkennungsuntersuchungen als auch im Behandlungsfall.

4. Abschaffung der Befreiungsausweise ab 2018

Die mit der eGK ausgestatteten Leistungsberechtigten haben keine gesetzlichen Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Sie haben bisher einen Befreiungsausweis von ihrer zuständigen Krankenkasse erhalten, der bis zum Ende des Kalenderjahres gültig ist.

Ab 2018 werden keine neuen Ausweise über die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt. Die Zuzahlungsbefreiung erfolgt dann ausschließlich aufgrund der Vorlage der eGK bzw. der vorläufigen Betreuungsbescheinigung. Demnach gilt, dass der Personenkreis mit dem Personengruppenschlüssel 9 grundsätzlich von der Zuzahlung befreit ist. Bitte achten Sie auf die Kennzeichnung auf den Rezept- und Verordnungsdrucken. Dort ist die Option „von Zuzahlung befreit“ anzukreuzen.

Der Personenkreis mit dem Personengruppenschlüssel 4 ist nicht von der Zuzahlung befreit.

5. Leistungsumfang

Der Leistungsumfang richtet sich nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Asylsuchende haben einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt sowie die in der Schutzimpfungsrichtlinie als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) definierten Schutzimpfungen.

Eingeschlossen ist die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstige Leistungen, die zur Genesung bzw. Besserung oder Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen erforderlich sind oder die Verschlechterung einer bestehenden Krankheit verhindern.

In Berlin besteht zudem ein Anspruch auf weitere erforderliche Leistungen zur Sicherung der Gesundheit (§ 6 AsylbLG), insbesondere bei medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen, sowie chronischen Krankheiten. Damit sind Asylsuchende im Leistungsumfang den gesetzlich Krankenversicherten annähernd gleich gestellt.

Nicht von der Versorgung mittels eGK umfasst sind Entgeltsatzleistungen (z.B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und Eingliederungshilfe.

Die Krankenkassen erbringen die Leistungen für die Leistungsberechtigten entsprechend den Regelungen des SGB V entweder direkt oder nach internem Genehmigungsverfahren.

Die nachfolgenden Leistungsbereiche sind von der Leistungsgewährung durch die Krankenkassen ausgeschlossen, da sie regelmäßig das Kriterium der Aufschiebbarkeit erfüllen. Entsprechende Leistungsanträge werden von den Krankenkassen an die zuständige Leistungsbehörde (Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten – LAF oder bezirkliches Sozialamt) weitergeleitet. Daher kann es zu längeren Bearbeitungszeiten kommen.

- Vorsorgekuren
- Haushaltshilfen nach den Regelungen des SGB V
- Künstliche Befruchtungen und Sterilisation
- strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V
- Selektivvertragliche Leistungen nach den §§ 73a-c und §§ 140a ff. SGB V
- Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden
- Leistungen im Ausland
- Impfungen als Satzungsleistung der Krankenkasse und Impfungen, die nicht unter die Schutzimpfungsrichtlinien fallen.

6. Dolmetscherkosten

Ist ein Patient/eine Patientin der deutschen Sprache nicht in ausreichendem Maße mächtig, ist eine Sprachmittlung unerlässlich, da ansonsten der Erfolg der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung nicht gewährleistet wäre.

Sprachmittlungen sind aber keine Gesundheitsleistungen und können daher nach geltender Rechtslage nicht von den Krankenkassen erstattet werden, sondern können je nach Zuständigkeit für den Patientin/ den Patienten entweder vom Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) oder von den bezirklichen Sozialämtern übernommen werden, sofern dies zwingend erforderlich ist und eine andere Möglichkeit zur Verständigung nicht gegeben ist.

Die Höhe der Honorare richtet sich dabei nach der Anlage zu den Verwaltungsvorschriften für Honorare im Bereich Sozialwesen (HonVSoz), Abschnitt C Gruppen 2 oder 3. http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/av/honvsoz_anlage.html.

Einzelheiten zum Antrags- und Bewilligungsverfahren sowie die Antragsformulare finden Sie hier: <https://www.berlin.de/laf/leistungen/dolmetscherkosten/>

7. Übergang von der Versorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V zu der nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V

Endet der Anspruch auf Versorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V (Personengruppenschlüssel 9), soll die eGK durch die Leistungsbehörde eingezogen werden.

Soweit im Anschluss Anspruch auf Versorgung nach § 264 Abs. 2-7 SGB V (Personengruppenschlüssel 4) besteht, meldet die Leistungsbehörde die anspruchsberechtigte Person so rechtzeitig bei der gewählten Krankenkasse an, dass die Versorgung nahtlos sichergestellt werden kann.

Soweit dies im Einzelfall nicht realisiert werden kann und eine anspruchsberechtigte Person (Personengruppenschlüssel 4) zwar bei der gewählten Krankenkasse angemeldet worden ist, die neue eGK jedoch noch nicht zugesandt werden konnte, erhält die anspruchsberechtigte Person in der Geschäftsstelle der gewählten Krankenkasse bei Vorlage einer Kopie der Anmeldung einen vorläufigen Anspruchsnachweis. Dieser dient der Arztpraxis und dem Krankenhaus übergangsweise als Grundlage für die Abrechnung erbrachter Leistungen.