

# Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V

## zwischen

der Freien Hansestadt Bremen  
Senator für Soziales, Kinder,  
Jugend und Frauen

der Stadt Bremerhaven,  
vertreten durch den Magistrat

nachfolgend – die Träger –

## und

der AOK Bremen/Bremerhaven

nachfolgend – die AOK

## **Inhaltsverzeichnis**

Präambel.....	2
1. Von der AOK zu betreuender Personenkreis.....	3
2. Meldeverfahren .....	3
3. Versichertenkarte .....	3
4. Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges.....	4
5. Grundlagen der Leistungsansprüche.....	5
6. Widerspruchs- und Klageverfahren .....	5
7. Durchsetzung von Schadensersatz- und Erstattungsansprüchen.....	5
8. Medizinischer Dienst der Krankenkassen.....	6
9. Prüfung von Heil- und Kostenplänen bei Zahnersatz.....	6
10. Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen .....	6
11. Beteiligung an Rabatten und Preisnachlässen.....	7
12. Abschlagszahlungen.....	8
13. Verwaltungskosten .....	8
14. Prüfrechte der Träger.....	8
15. Controlling der Leistungsausgaben.....	8
16. Wirksamkeit und Salvatorische Klausel .....	9
17. Vereinbarungslaufzeit, Kündigung .....	9

## **Präambel**

Mit der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum 01.01.2004 wurde bereits gem. § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz und von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz, die nicht versichert sind, von den Krankenkassen übernommen. Mit dieser Übernahme wurde u. a. das Ziel einer kostengünstigen Versorgung durch eine aktive Steuerung der Leistungsausgaben verbunden. In den Jahren 2007 und 2009 wurde zudem eine umfassende Krankenversicherungspflicht eingeführt.

Da durch § 264 Abs. 2 SGB V und die Krankenversicherungspflicht allerdings nicht alle Berechtigten erfasst wurden, die Ansprüche auf Krankenhilfeleistungen nach verschiedenen Sozialleistungsgesetzen haben, vereinbarten die Träger in Bremen und Bremerhaven und die AOK die Übertragung der Krankenbehandlung weiterer Leistungsberechtigter im Rahmen des § 264 Abs. 1 SGB V an die AOK.

Ziel dieser Übertragung soll es u. a. sein, den Verwaltungsaufwand der Träger bei der Sicherstellung der Krankenbehandlung dieser Leistungsberechtigten zu reduzieren. Ferner soll auch bei diesen Berechtigten das Fallmanagement der AOK genutzt werden, um eine kostengünstige bedarfsdeckende Krankenversorgung durch eine aktive Steuerung der Leistungsausgaben zu erreichen.

## 1. Von der AOK zu betreuender Personenkreis

Die AOK betreut im Rahmen des § 264 Abs. 1 SGB V Leistungsberechtigte nach § 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einschließlich der Berechtigten nach § 1 a AsylbLG.

## 2. Meldeverfahren

- 2.1 Die Träger melden die unter 1 genannten Personen bei der AOK an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und ggf. seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen sowie die Rechtsgrundlage der Hilfestellung (§ 3 AsylbLG) mitzuteilen.
- 2.2 Die Meldungen werden mit einheitlichen, abgestimmten Vordrucken durchgeführt und sind unverzüglich an die AOK weiterzuleiten:
- a) An- und Abmeldungen des Haushaltsvorstandes (inklusive der Angehörigen)
  - b) Ummeldung bei Änderung der Personaldaten (Geburtsdatum, Name, Geschlecht)
  - c) Ummeldung bei Adressänderungen
  - d) Ummeldung des Haushaltsvorstandes zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltsvorstandes (inklusive der Angehörigen)
  - e) Ummeldung von Familienangehörigen zum Haushaltsvorstand (inklusive der Angehörigen)
  - f) Änderungsmeldungen (z.B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)
- 2.3 Der Anspruch auf die durch die AOK zu erbringenden Leistungen beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 AsylbLG vorliegen.
- 2.4 Erfolgt die Meldung nicht unverzüglich i. S. von Punkt 2.2, kommt ohne Zustimmung der AOK nur eine rückwirkende Leistungsgewährung bis zu einem Monat vor Eingang der Meldung bei der AOK in Betracht. Die Übernahme der Krankenbehandlung durch die AOK soll möglichst jeweils zum Ersten eines Monats erfolgen.
- Eine Ummeldung wird erst mit dem Tag des Eingangs der Meldung bei der AOK umgesetzt. Für zurückliegende Zeiträume bleibt es bei dem bislang vorliegenden Meldetatbestand.
- 2.5 Ist die Anmeldung unleserlich oder/und enthält sie unplausible Daten, wird sie zur kurzfristigen Klärung an den Träger zurückgeschickt.

## 3. Versichertenkarte

- 3.1 Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die AOK jedem einzelnen Leistungsberechtigten unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch den Träger eine Versichertenkarte aus. Die in der Zentralen Aufnahmestelle Bremen (ZAST) lebenden Leistungsberechtigten nach § 3 AsylbLG nehmen am Ersatzverfahren teil und erhalten zur Sicherstellung der Krankenbehandlung Ersatzkarten, die stets an die ZAST versandt werden. Die Gültigkeitsdauer ist auf sechs Monate begrenzt. Erst bei einem Wechsel in eine Gemeinschaftsunterkunft erfolgt die Ausstellung einer Elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Voraussetzung dafür ist das Vorliegen eines Lichtbildes bei Leistungsberechtigten die älter als 14 Jahre sind. Die eGK wird in der Regel mit einer Gültigkeitsdauer

von zwei Jahren ausgestellt.

- 3.2 Sollte eine Leistungsanspruchnahme vor Ausstellung der Versichertenkarte notwendig sein, stellt der Träger dem Krankenhilfeberechtigten sofort eine Kopie des Meldevordruckes zur direkten Vorsprache bei der AOK zur Verfügung. Die Kopie ist deutlich als solche zu kennzeichnen. Die Meldung (Original) ist unverzüglich der AOK zuzuleiten. In diesen Fällen sollte möglichst eine telefonische Absprache zwischen dem Träger und der AOK erfolgen.
- 3.3 Mit der erstmaligen Ausstellung einer Versichertenkarte erfolgt gleichzeitig die Ausstellung eines Befreiungsausweises, da die zu 1. genannten Personen aufgrund bestehender Bestimmungen keine Zuzahlungen zu leisten haben. Der Befreiungsausweis wird jeweils für das laufende Kalenderjahr befristet.
- 3.4 Sofern ein bisher in der ZAST lebender Leistungsberechtigter nach Bremerhaven umzieht, ist eine erneute Anmeldung vom Sozialamt Bremerhaven zu veranlassen. In diesem Fall hat eine Abmeldung durch die leistungsgewährende Stelle des Amtes für Soziale Dienste zu erfolgen.
- 3.5 Der Versand der eGK erfolgt grundsätzlich an die Leistungsberechtigten. Der Versand an eine c/o-Adresse kann ausnahmsweise ermöglicht werden.
- 3.6 Die Änderung einer Anschrift kann bei Vorsprache des Leistungsberechtigten bei der AOK direkt vorgenommen werden. Eine neue eGK muss nicht ausgestellt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die Karte vom Träger an die AOK mit der Bitte übersandt wird, die Anschrift zu ändern. Nach erfolgter Änderung erhält der Krankenhilfeberechtigte die eGK direkt von der AOK zugeschickt. Bei Änderung eines Namens ist die Erstellung einer neuen eGK notwendig. Sie wird von der AOK allerdings erst dann ausgestellt, wenn der Krankenhilfeberechtigte bzw. der Träger der AOK die bisherige Karte zur Verfügung stellt.
- 3.7 Beim erstmaligen Verlust einer eGK stellt die AOK eine neue eGK aus. Sofern nach erneuten Verlusten die Notwendigkeit besteht, weitere eGKs auszustellen, erfolgt dieses nur nach schriftlicher Zustimmung durch den Träger.
- 3.8 Für das Ausstellen der eGK erhält die AOK für jeden Leistungsberechtigten einmalig € 8,00. Damit ist auch die Ausstellung sämtlicher weiterer Karten, z. B. bei Verlust oder Ablauf, abgegolten. Die € 8,00 werden bei erstmaliger Anmeldung des Betreuten fällig.

#### **4. Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges**

Das Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges soll unter Beachtung des § 264 Abs. 5 SGB V erfolgen.

Sobald die Beendigung der Hilfsbedürftigkeit der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger bzw. die Beendigung der Zuständigkeit eines Trägers in Bremen oder Bremerhaven feststeht, erfolgt eine schriftliche Abmeldung durch den Träger bei der AOK. Grundsätzlich sollen mit der Abmeldung die Versichertenkarten und Befreiungsausweise der AOK übermittelt werden. Sofern sie dem Träger zum Zeitpunkt der Abmeldung nicht zur Verfügung stehen, werden diese unverzüglich nachträglich übermittelt.

Die AOK wird nach Eingang der Abmeldung eine Sperrung der Versichertenkarten vornehmen, damit ungerechtfertigte Leistungen möglichst nicht oder nur noch kurzfristig in Anspruch genommen werden können.

Solange die Versichertenkarte(n) nicht übermittelt wurde(n), hat der Träger der AOK alle Leistungsaufwendungen des/der Krankenhilfeberechtigten, auch über das Ende des Hilfebezuges hinaus, zu erstatten. Entsprechendes gilt auch für ärztlich veranlasste Leistungen, die nach der Übersendung der Versichertenkarte im selben Quartal in Anspruch genommen wurden. Bei Arzneimitteln, Heil- oder Hilfsmitteln gilt dies auch für das darauf folgende Quartal.

Nach Eingang der Versichertenkarte(n) bei der AOK erfolgt eine schriftliche Bestätigung über den Eingang an den Träger. Mit der Mitteilung erfolgt gleichzeitig die Meldung darüber, ob sich ggf. noch weitere Karten (z. B. durch Verlust) im Umlauf befinden könnten.

Hinsichtlich der Beendigung der Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen gelten die vertraglichen Regelungen der AOK.

## **5. Grundlagen der Leistungsansprüche**

- 5.1** Die Leistungsberechtigung ergibt sich aus § 4 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift sind die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren.
- 5.2** Zur Klarstellung der Leistungsansprüche wird auf die Anlage 1 verwiesen, die ggf. fortlaufend ergänzt wird.
- 5.3** Kostenübernahmeerklärungen für Behandlungen im Ausland bzw. Kostenerstattungen für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen werden grundsätzlich nicht abgegeben bzw. erbracht.
- 5.4** Die Vergütungsregelungen für die Leistungserbringer gelten - unabhängig von der Kostenträgerschaft - sowohl für Krankenversicherte wie für Krankenhilfeberechtigte nach einheitlichen Grundsätzen, entsprechend der gesetzlichen Regelung zu § 264 Abs. 6 SGB V.

## **6. Widerspruchs- und Klageverfahren**

Die AOK entscheidet über Widersprüche gegen abgelehnte Leistungsanträge der Krankenhilfeberechtigten. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die AOK.

Die Verfahrenskosten kann die AOK von den Trägern ersetzt verlangen. Wird die AOK von einem Gericht zur Übernahme von Behandlungskosten verpflichtet oder gibt sie einem Widerspruch statt, kann die AOK diese Kosten ebenfalls von den Trägern ersetzt verlangen. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der üblichen quartalsweisen Abrechnung.

## **7. Durchsetzung von Schadensersatz- und Erstattungsansprüchen**

- 7.1** Die AOK verfolgt die Ersatz- und Erstattungsansprüche für die Träger gegenüber anderen Krankenkassen und Versicherungsunternehmen sowie im Falle der Schädigung von Leistungsberechtigten auch gegenüber Privaten. Teilungsabkommen finden ggf. Anwendung.

- 7.2** Die AOK erhält als Abgeltung ihres erhöhten Aufwandes 7,5 % der erfolgreich realisierten Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch € 100,- pro Ersatz- oder Erstattungsfall. Hiervon ausgenommen sind Vorgänge mit einem Erstattungsvolumen von weniger als € 100,-. In diesen Fällen verbleibt die Erstattungssumme der AOK.
- 7.3** Externe Kosten (z. B. Anwalts- und Sachverständigenkosten) werden nach Einzelab-sprache von den Trägern separat übernommen.
- 7.4** Kann die AOK infolge von Erstattungsverzichtsabkommen oder Verwaltungsvereinbarungen keine Ersatz- oder Erstattungsansprüche geltend machen, erhalten die Träger die vorliegenden Informationen über den Sachverhalt, um die Ansprüche eigenständig geltend machen zu können. Hiervon ausgenommen sind Vorgänge, bei denen der Erstattungsanspruch weniger als € 50,- beträgt oder voraussichtlich nur ärztliche oder zahnärztliche Behandlungskosten entstanden sind.

## **8. Medizinischer Dienst der Krankenkassen**

Die AOK beteiligt im Rahmen der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen entsprechend der gesetzlichen und vereinbar-ten Regelung. Die Kosten für die Umlage gem. § 281 SGB V werden bis zur Höhe von € 5,- jährlich pro Bedarfsgemeinschaft von den Trägern übernommen. Eventuell dar-über hinausgehende Kosten werden von der AOK getragen.

## **9. Prüfung von Heil- und Kostenplänen bei Zahnersatz**

Die Prüfung von Heil- und Kostenplänen bei Zahnersatz erfolgt durch die Mitarbeiter der AOK. Eine Bewilligung erfolgt grundsätzlich erst nach Begutachtung durch das Ge-sundheitsamt Bremen bzw. Bremerhaven.

Für den Personenkreis des § 3 AsylbLG besteht auch im Bereich des Zahnersatzes ein reduzierter Leistungsanspruch. Auf die Anlage 1 zu dieser Vereinbarung wird verwiesen.

Bei dem Personenkreis ist zu beachten, dass durch die fehlende Finanzierungsbeteili-gung der Leistungsberechtigten eine ggf. erhöhte und umfängliche Antragsstellung ge-zielt zu überprüfen ist.

## **10. Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen**

- 10.1** Für die Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen wurden bzw. werden für die Träger in Bremen und Bremerhaven unterschiedliche Institutionskennzeichen eingerichtet.

Die AOK erstellt vierteljährliche Abrechnungen, in denen die folgenden Abrechnungs-daten je Betreuten zu übermitteln sind:

- Name
- Vorname
- Geburtsdatum
- Aktenzeichen
- Rechnungsnummer
- Krankenversicherungsnummer
- Leistungsaufwendung gesamt

- Beginn des Behandlungszeitraums
- Betrag
- Leistungsart

Die Abrechnungen sind zumindest nach folgenden Leistungsarten zu differenzieren:

- Arzneimittel
- Ärztliche Behandlung (jeweils getrennt nach Morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetären Leistungen)
- Zahnärztliche Behandlung (Kons.-chirurg. Leistungen/Kopfpauschale)
- Krankenhausbehandlung
- Zahnärztliche Leistungen: Parodontose Behandlung
- Zahnärztliche Leistungen: Kieferbruch
- Zahnärztliche Leistungen: Zahnersatz
- Zahnärztliche Leistungen: Kieferorthopädie
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Soziotherapie
- Haushaltshilfe
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- Sozialpädiatrische Leistungen
- Medizinische Rehabilitation für Mütter
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- Fahrkosten
- Gutachterkosten Zahnärzte
- Gutachterkosten Psychotherapie
- Sonstige Leistungen, die nicht aufgeführt sind, unter Benennung der Leistung
- Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
- Verwaltungskosten
- Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Kosten für Versichertenkarten
- Sprechstundenbedarf

**10.2** Einnahmen und Ausgaben, die im Quartal angefallen sind, werden je Institutionskennzeichen gegeneinander verrechnet.

**10.3** In den Abrechnungen der AOK erfolgt eine Aufrechnung der Aufwendungen aller Betreuten je Leistungsart.

**10.4** Die Träger sichern eine Erstattung der Leistungsaufwendungen unter Berücksichtigung der Abschlagszahlungen einen Monat nach Eingang der Abrechnung zu.

**10.5** Die AOK und die Träger sind sich darüber einig, dass §§ 111 und 113 SGB X keine Anwendung finden sollen. Ansprüche der AOK verjähren in drei Jahren nach Ablauf des Jahres, in dem die Leistung vom Leistungsberechtigten in Anspruch genommen worden ist.

## **11. Beteiligung an Rabatten und Preisnachlässen**

Die Träger werden an umsatzbedingten Rückvergütungen und Preisnachlässen für Leistungsmengen und Dienstleistungen anteilig beteiligt, sofern Betreute diese Leistungen nach den gleichen Regelungen wie Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven erhalten haben.

Die Höhe der Rückvergütung ist jeweils jährlich zu vereinbaren und wird nach einem einheitlichen Prozentsatz von der Gesamtsumme der abgerechneten Leistungen errechnet.

Die Rückvergütung wird jeweils bei der Abrechnung des 3. Quartals gesondert ausgewiesen. Verwaltungskostenerstattungen sind ausgeschlossen.

## **12. Abschlagszahlungen**

Die Träger zahlen der AOK Abschlagszahlungen auf die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten zur Sicherung der Liquidität. Die Abschlagszahlungen betragen pro Person € 130,- monatlich.

Die Zahlungen sollen jeweils zum 01. eines jeden Monats an die AOK erfolgen, ohne dass es einer Aufforderung durch die AOK bedarf.

Die Anzahl der Leistungsberechtigten bestimmt sich für die Abschlagszahlungen aus der Durchschnittszahl der Leistungsberechtigten des Vorjahres. Bis zur Übermittlung der Durchschnittszahl durch die AOK an die senatorische Behörde bleibt es bei den bisher entrichteten Abschlägen. Sofern unterjährig signifikante Veränderungen der Durchschnittszahl entstehen, erfolgt eine einvernehmliche Anpassung.

## **13. Verwaltungskosten**

Für die von der AOK durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 1 SGB V werden als angemessene Verwaltungskosten € 10,- pro Person/begonnener Monat vereinbart.

## **14. Prüfrechte der Träger**

AOK und Träger verabreden, einvernehmlich ein Verfahren zur Durchführung von Prüfungen zu vereinbaren.

## **15. Controlling der Leistungsausgaben**

Die AOK und die Träger 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.

Die AOK übersendet den Trägern darüber hinaus zweimal im Jahr einen Controllingbericht. Umfang, Inhalt und Struktur werden unter Berücksichtigung der Bedarfe einvernehmlich festgelegt.



## 16. Wirksamkeit und Salvatorische Klausel

Diese Vereinbarung wird zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, der Freien Hansestadt Bremen- Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen - und dem Magistrat der Stadt Bremerhaven wirksam.

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam oder nicht durchführbar sein oder werden, soll dadurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt werden. Dasselbe gilt für den Fall einer Regelungslücke der Vereinbarung.

Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine angemessene Regelung gelten, die dem Willen der Vereinbarungspartner sowie dem Zweck der Vereinbarung entsprechen würde, sofern die Parteien bei Abschluss der Vereinbarung den Punkt bedacht hätten.

Alle Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vertragsparteien unterzeichneten Nachtrages.

## 17. Vereinbarungslaufzeit, Kündigung

Diese Vereinbarung tritt rückwirkend am 01.07.2013 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Gleichzeitig wird die Vereinbarung aus November 2005 mit Wirkung vom 01.07.2013 außer Kraft gesetzt. Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von neun Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Eine Kündigung in gegenseitigem Einvernehmen ist ohne Einhaltung einer Frist möglich.

Anlage 1 – Ausschluss von Leistungen in der Leistungserbringung

Anlage 2 - Versorgung der Krankenhilfeberechtigten mit wiederverwendbaren Hilfsmitteln

Anlage 3 - Vereinbarung über Datenschutz

Bremen/Bremerhaven, im April 2014

.....  
Freie Hansestadt Bremen  
Senatorin für Soziales, Kinder,  
Jugend und Frauen

.....  
Magistrat der Stadt Bremerhaven

.....  
AOK Bremen/Bremerhaven