

Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 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/Ausüben des Wahlrechts	3
3. Versichertenkarte	4
4. Verfahren bei Beendigung des Hilfebezuges.....	4
5. Grundlagen der Leistungsansprüche.....	5
6. Widerspruchs- und Klageverfahren	5
7. Durchsetzung von Schadensersatz- und Erstattungsansprüchen.....	6
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.....	8
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

Die Freie Hansestadt Bremen, vertreten durch die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen sowie die Stadt Bremerhaven, vertreten durch den Magistrat, und die AOK beabsichtigen mit dieser Vereinbarung, die Krankenbehandlung der Krankenhilfeberechtigten nach einheitlichen Grundsätzen (Leistungserbringung sowie die Abrechnung der Leistungen, einschließlich der Übernahme von Verwaltungskosten und der Zahlung von Vorschüssen) zu regeln.

Die Zielsetzung des Gesetzgebers, einerseits die Beitragszahler der Krankenversicherung durch die Krankenbehandlung der Krankenhilfeberechtigten nach dem SGB XII und dem AsylbLG nicht zu belasten, und andererseits die Träger durch die Einbeziehung der Krankenhilfeberechtigten in das wirtschaftliche Leistungsgeschehen der Krankenkassen zu entlasten, wird dieser Vereinbarung zugrunde gelegt.

Durch die gesetzliche Klarstellung der leistungsrechtlichen und verfahrensmäßigen Gleichbehandlung der in § 264 Abs. 2 SGB V genannten Krankenhilfeberechtigten mit gesetzlich krankenversicherten Personen, gehen die Träger und die AOK von einer aktiven Steuerung der Leistungsausgaben mit dem Ziel einer kostengünstigen Versorgung für den o. g. Personenkreis durch die AOK aus.

1. Von der AOK zu betreuender Personenkreis

- 1.1 Der von der AOK zu betreuende Personenkreis ergibt sich aus § 264 Abs. 2 SGB V.
- 1.2 Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung gem. § 264 Abs. 2 SGB V erfolgt durch die Träger.

2. Meldeverfahren/Ausüben des Wahlrechts

- 2.1 Die Träger melden die von der AOK mit Leistungen der Krankenbehandlung zu versorgenden Krankenhilfeberechtigten nach Ausübung des Wahlrechts bzw. Feststellung der Zuständigkeit bei der AOK an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und ggf. seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen sowie die Rechtsgrundlage der Hilfgewährung (SGB VIII, SGB XII oder AsylbLG) mitzuteilen. Wahlerklärungen sind den Meldungen beizufügen.
- 2.2 Bei der Ausübung des Wahlrechts der Krankenhilfeberechtigten gem. § 264 Abs. 2 SGB V verpflichten sich die Träger zur Wahrung von Neutralität.
- 2.3 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)
- 2.4 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 dem SGB VIII, nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des SGB XII oder laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG vorliegen.
- 2.5 Erfolgt die Meldung nicht unverzüglich i. S. von Punkt 2.3, 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.
- 2.6 Ist die Anmeldung unleserlich oder/und enthält sie unplausible Daten, wird sie zur kurzfristigen Klärung an den Träger zurückgeschickt.
- 2.7 Wenn nach Anmeldung des Haushaltsvorstandes erst zu einem späteren Zeitpunkt Angehörige hinzukommen (z. B. durch die Geburt eines Kindes), so sind diese unter Bezugnahme des Haushaltsvorstandes bei der AOK anzumelden.

3. Versichertenkarte

- 3.1** Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die AOK jedem einzelnen Krankenhilfeberechtigten unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch den Träger eine Elektronische Gesundheitskarte (eGK) aus, die eine Gültigkeitsdauer von zwei Jahren hat. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen eines Lichtbildes bei Krankenhilfeberechtigten, die älter als 14 Jahre sind. Teilt der Träger gleichzeitig mit der Anmeldung eine zeitlich begrenzte Krankenhilfeberechtigung mit, soll die Gültigkeit der Versichertenkarte bis zu diesem Tage befristet werden. Dazu wird eine Ersatzkarte 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** Der Versand der eGK erfolgt grundsätzlich an den Leistungsberechtigten. Der Versand an eine c/o Adresse kann ausnahmsweise ermöglicht werden.
- 3.4** 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.
- 3.5** 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.
- 3.6** 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 soll mit der Abmeldung die Versichertenkarte 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 Hil-

febezuges 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** Mit der gesetzlichen Regelung sollen die Krankenhilfeberechtigten den gesetzlich Krankenversicherten leistungsrechtlich nach Art, Umfang, Inhalt und Höhe der Leistungen grundsätzlich gleichgestellt werden. Der Leistungsrahmen ergibt sich aus § 264 Abs. 4 SGB V sowie § 55 SGB V und § 60 SGB V. Hierzu gehören auch die in der Satzung der AOK enthaltenen Leistungen.
Zur Klarstellung der Leistungsansprüche wird auf die Anlage 1 verwiesen, die ggf. fortlaufend ergänzt wird.
- 5.2** Bei den Leistungsarten, die von der AOK im Rahmen der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 SGB V nur teilweise finanziert werden (u. a. künstliche Befruchtung), werden die Krankenhilfeberechtigten von der AOK durch ein Merkblatt des Trägers darüber informiert, dass ergänzende Kostenübernahmen durch die Träger grundsätzlich nicht erfolgen.
- 5.3** Kostenübernahmeerklärungen für Behandlungen im Ausland bzw. eine Kostenerstattung für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen werden nur ausnahmsweise und nach vorheriger schriftlicher Abstimmung mit dem Träger abgegeben bzw. erbracht.
- 5.4** Bei der Versorgung der Krankenhilfeberechtigten mit Hilfsmitteln wird nach Anlage 2 dieser Vereinbarung verfahren.
- 5.5** 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. 2 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. Sofern die Notwendigkeit der Heranziehung eines zahnärztlichen Gutachtens ge-sehen wird, erfolgt die entsprechende Beauftragung eines Gutachters der Kassenzahn-ärztlichen Vereinigung Bremen. Dabei ist zu beachten, dass durch die fehlende Finan-zierungsbeteiligung der Krankenhilfeberechtigten eine ggf. erhöhte und umfängliche An-tragsstellung gezielt zu überprüfen ist. Die dabei anfallenden Gutachtergebühren wer-den von den Trägern erstattet.

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 zur Sicherung der Liquidität. Gezahlt wird zusätzlich ein Verwaltungskostenabschlag nach § 264 Abs. 7 SGB V entsprechend dieser Vereinbarung.

Der Abschlag für die Leistungsaufwendungen der Leistungsberechtigten nach dem SGB XII beträgt pro Bedarfsgemeinschaft € 350,-- monatlich. Der Abschlag für die Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und die Leistungsberechtigten nach SGB VIII beträgt pro Bedarfsgemeinschaft € 250,-- 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 Bedarfsgemeinschaften 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 den AOK durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V werden als Verwaltungskosten nach § 264 Abs. 7 SGB V 5 % der abgerechneten Leistungsaufwendungen vereinbart.

14. Prüfrechte der Träger

Die Prüfrechte des Trägers ergeben sich aus § 264 Abs. 7, letzter Satz SGB V. 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 Juni 2004 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 – Einbeziehung von Leistungen in die 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