

## Fachliche Weisung zu § 4 AsylbLG

### Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

#### 1. Allgemeines

Nach § 4 **Absatz 1** sind zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. § 4 **Absatz 2** definiert die Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt.

#### 2. Durchführung der Krankenbehandlung durch die AOK Bremen/ Bremerhaven (§ 264 Abs. 1 SGB V)

Die Durchführung der Krankenbehandlung erfolgt seit dem 01.10.2005 durch die AOK Bremen/ Bremerhaven. Die Freie Hansestadt Bremen und die AOK Bremen/ Bremerhaven haben zu diesem Zweck eine Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V abgeschlossen. Wesentliche Inhalte der Vereinbarung sind Bestandteil dieser fachlichen Weisung.

#### 3. Meldeverfahren

- 3.1. Das AfSD (Amt für Soziale Dienste) meldet die Leistungsempfänger/innen nach § 3 bei der AOK an. Dazu sind die Daten des Haushaltsvorstands und ggf. die seiner in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen sowie die Rechtsgrundlage der Hilfestellung (§ 3 AsylbLG) mitzuteilen. Dies gilt auch für Leistungsempfänger mit Anspruchseinschränkungen nach § 1a.
- 3.2. Die Meldungen werden mit einheitlichen Vordrucken durchgeführt und sind unverzüglich an die AOK weiterzuleiten.
- 3.3. 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 vorliegen.
- 3.4. Erfolgt die Meldung nicht unverzüglich i. S. von Punkt 3.2, kommt ohne Zustimmung der AOK nur eine rückwirkende Leistungsgewährung bis zu einem Monat vor Eingang der Meldung bei der Krankenkasse in Betracht. Die Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse soll möglichst jeweils zum Ersten eines Monats erfolgen.
- 3.5. Ist die Anmeldung unleserlich oder/und enthält sie unplausible Daten, wird sie zur kurzfristigen Klärung an das AfSD zurückgeschickt.
- 3.6. Die An- und Abmeldungen mit den anzuwendenden Vordrucken können in Papierform übersandt werden. Alternativ ist die Übersendung

der Vordrucke auch per Mail möglich. Ansprechpartner der AOK ist:  
Herr Landeck, Telefon 0471/16-740. Telefax 0471/1691-618,  
Achim.Landeck@hb.aok.de

- 3.7** Eine Kopie der Anmeldung ist an das AfSD, 450-131, Herrn Bischoff (Rolf.Bischoff@afsd.bremen.de) zu übersenden.

#### **4. Krankenversichertenkarte**

- 4.1** Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die AOK jedem/jeder einzelnen Leistungsberechtigten unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch das AfSD eine Krankenversichertenkarte aus.

- 4.2** Ist eine Karte unverzüglich notwendig, ist die AOK telefonisch oder per Mail zu informieren. Von dort wird eine vorläufige Karte per Fax übersandt.

- 4.3** Die Krankenversichertenkarten werden in der Regel mit einer Gültigkeitsdauer von einem Jahr ausgestellt. Zum 01.10.2005 erfolgt einmalig eine Erstellung mit einer Gültigkeitsdauer von 15 Monaten. Mit der Ausstellung von Krankenversichertenkarten erfolgt gleichzeitig die Ausstellung von Befreiungsausweisen, da Leistungsberechtigte nach § 3 aufgrund bestehender Bestimmungen keine Zuzahlungen zu leisten haben.

- 4.4** Die in der Zentralen Aufnahmestelle Bremen (ZAST) lebenden Leistungsberechtigten nach § 3 nehmen am Ersatzverfahren teil und erhalten zur Sicherstellung der Krankenbehandlung Ersatzkarten, die stets an die ZAST versandt werden. Die Gültigkeitsdauer ist auf drei Monate begrenzt. Erst bei einem Wechsel in den Zuständigkeitsbereich eines Sozialzentrums erfolgt die Ausstellung einer Krankenversichertenkarte. Dazu ist eine Abmeldung durch die ZAST und eine erneute Anmeldung durch das jeweils zuständige Sozialzentrum zu veranlassen. Sofern ein/e bisher im Zuständigkeitsbereich der ZAST lebende/r Leistungsberechtigte/r nach Bremerhaven verzieht, ist eine erneute Anmeldung vom Sozialamt Bremerhaven zu veranlassen. In diesem Fall hat ebenfalls eine Abmeldung durch die ZAST zu erfolgen.

- 4.5** Der Versand der Versichertenkarten erfolgt grundsätzlich an die Leistungsberechtigten. Der Versand an eine c/o-Adresse kann ausnahmsweise ermöglicht werden. Dabei ist zu beachten, dass nicht nur die Karte, sondern die gesamte Post der Krankenkasse zukünftig an die c/o-Adresse gehen würde.

- 4.6** Bei einer Änderung der Anschrift kann diese bei Vorsprache des/der Leistungsberechtigten bei der AOK direkt vorgenommen werden. Eine neue Versichertenkarte muss nicht ausgestellt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die Karte vom AfSD an die Krankenkasse mit der Bitte übersandt wird, die Anschrift zu ändern. Nach erfolgter Änderung erhält der/die Krankenhilfeberechtigte die Versichertenkarte direkt von der AOK zugeschickt.

- 4.7** Beim erstmaligen Verlust einer Krankenversichertenkarte stellt die Krankenkasse eine neue Krankenversichertenkarte aus.

Sofern nach erneuten Verlusten die Notwendigkeit besteht, weitere Versichertenkarten auszustellen, erfolgt dieses nur nach schriftlicher Zustimmung durch das AfSD.

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

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

Sobald die Beendigung der Hilfebedürftigkeit der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger bzw. die Beendigung der Zuständigkeit des AfSD in Bremen feststeht, erfolgt eine schriftliche Abmeldung durch das AfSD bei der AOK. Grundsätzlich sollen mit der Abmeldung die Versichertenkarten und die Befreiungsausweise der Krankenkasse übermittelt werden. Sofern sie dem AfSD zum Zeitpunkt der Abmeldung nicht zur Verfügung stehen, werden diese unverzüglich nachträglich übermittelt.

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

## **6. Grundlagen der Leistungsansprüche**

**6.1** Die Leistungsberechtigung ergibt sich aus § 4. Nach dieser Vorschrift sind die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren.

Die AOK Bremen/Bremerhaven und das AfSD in Bremen haben sich darauf verständigt, dass die entsprechenden Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, sofern nach Ziffer 6.2 keine Abweichungen vereinbart worden sind.

**6.2** Zu folgenden Abweichungen besteht zwischen den Vertragspartnern Einvernehmen:

**6.2.1** Folgende Leistungen können von dem o. g. Personenkreis nicht in Anspruch genommen werden:

- Strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) i. S. des § 137 f SGB V, sofern eine gesonderte Genehmigung durch die AOK erforderlich ist
- Künstliche Befruchtung
- Entbindungsgeld
- Mutterschaftsgeld

## **6.2.2** Folgende Leistungen können nur unter bestimmten Bedingungen in Anspruch genommen werden:

Psychotherapie: Es kommt grundsätzlich nur eine Bewilligung von Kurzzeittherapien in Frage. Eine Begutachtung muss durch das Klinikum Bremen-Ost (Herrn Dr. Haack) erfolgen.

- Sehhilfen: Eine Bewilligung erfolgt nach den Bestimmungen des SGB V in Anlehnung an die Regelungen für den Personenkreis unter 18 Jahren.
- Vorsorgekuren und Rehabilitationsmaßnahmen können grundsätzlich nicht bewilligt werden. Nur nach Rücksprache mit dem AfSD kommt in besonders gelagerten Einzelfällen eine Bewilligung in Betracht. Anschlussheilbehandlungen können dagegen im Rahmen der GKV bewilligt werden.
- Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen: Eine Bewilligung kann nur nach Begutachtung durch das zuständige Gesundheitsamt in Bremen erfolgen.
- Reha-Sport/ Funktionstraining: Eine Bewilligung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Nur in besonders gelagerten Einzelfällen kann eine Bewilligung nach Rücksprache mit dem AfSD erfolgen.
- Die Bewilligung von Hilfsmitteln erfolgt bis zu einem Bewilligungsbetrag von € 2.000,-- im Rahmen der GKV. Hilfsmittel mit einem Bewilligungsbetrag von über € 2.000,-- werden nur nach Rücksprache mit dem AfSD bewilligt.
- Kostenübernahmeerklärungen für Behandlungen im Ausland bzw. Kostenerstattungen für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen werden grundsätzlich nicht abgegeben bzw. erbracht.

Sofern die AOK gemäß der Vereinbarung wegen der Bewilligung einer Leistung Rücksprache mit dem AfSD halten muss, hat der/die zuständige Sachbearbeiter/in nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden. Insbesondere ist dabei die Dauer des weiteren Aufenthalts und das Vorliegen von Anspruchseinschränkungen nach § 1a zu berücksichtigen.

## **7. Widerspruchs- und Klageverfahren**

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

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

Die Verfolgung von Ersatz- und Erstattungsansprüchen wird von der AOK übernommen. Die Ansprüche werden grundsätzlich im Rahmen von bestehenden Teilungsabkommen mit den Versicherungen realisiert.