

Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherten-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG

Vorbemerkung

In Bremen erhalten Leistungsberechtigte nach §§ 4/6 AsylbLG seit 2005 eine Chipkarte der AOK Bremen. Die Leistungen erbringt dort die AOK auf Grundlage eines Vertrags nach § 264 Abs. 1 SGB V mit der Bremer Sozialbehörde. Ab Juli 2012 hat auch Hamburg das Modell übernommen.

Als **Anlagen** sind diesem Dokument beigelegt:

- *Fachliche Weisung der Bremer Sozialbehörde zu § 4 AsylbLG*
- *Vertrag zwischen Bremer Sozialbehörde und AOK Bremen*
- *Anlage zum Vertrag: Leistungsausschlüsse und genehmigungspflichtige Leistungen*
- *PE Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg v.2.4.2012: Ab 1.7.2012 Krankenversichertenkarten für alle Asylbewerber auch in Hamburg*

1. Situation in Berlin

Bürokratische Mangelversorgung nach AsylbLG

In Berlin ergeben sich laut Asylbewerberleistungsstatistik 2008 für die Versorgung nach §§ 4/6 AsylbLG Kosten von **189 €/Monat/Person** (173 €/Person/Monat nach § 4 AsylbLG, zzgl. 50 % der Ausgaben bzw. 16 €/Monat als geschätzter Anteil der nach § 6 AsylbLG erbrachten medizinischen Leistungen).

Für AsylbLG-Leistungsberechtigte mit Chipkarte einer Krankenversicherung nach § 2 AsylbLG iVm § 264 SGB V fielen in 2008 Kosten von **109 €/Monat/Person** an.

Ursache der Mehrkosten dürften neben des möglicherweise schlechteren Gesundheitszustands bei Einreise das durch die fehlende Chipkarte und restriktive Vergabepaxis bei den Sozialämtern verursachte Verschleppen von Krankheiten und Krankenbehandlungen sein, und die hierdurch auch verursachte überproportionale Inanspruchnahme medizinischer Notdienste.

§§ 4/6 AsylbLG:

4620 Leistungsberechtigte, die Krankenscheine erst beim Sozialamt beantragen müssen, Behandlung oft nur mit erheblicher Verzögerung erhalten, und u.a. deshalb häufiger Notfallbehandlungen in Anspruch nehmen müssen.

Ausgaben 9.645.902 €/Jahr § 4, 1.763.679 €/Jahr § 6 insgesamt

Medizinausgaben § 4 AsylbLG 173 €/ Monat /Person

Ausgaben § 6 AsylbLG 32 €/ Monat /Person

(die Ausgaben nach § 6 enthalten sowohl Medizinausgaben wie z.B. Psychotherapien als auch andere Sonderbedarfe wie z.B. Schulbedarf)

§ 2 AsylbLG:

5345 Leistungsberechtigte, die nach 48 Monaten des Leistungsbezugs gemäß § 264 II SGB V mit Chipkarte einer gesetzlichen Krankenkasse nach Wahl jederzeit sofort einen Arzt ihrer Wahl aufsuchen können:

Ausgaben 7.036.523 €/Jahr insgesamt

Medizinausgaben § 2 AsylbLG 109 €/ Monat /Person

2. Situation in Bremen

Menschenwürdige medizinische Versorgung von Flüchtlingen bei weniger Bürokratie und Kosten

- Seit 2005 (damaliger CDU/SPD Senat) gibt es eine Vereinbarung SenGesSoz Bremen (nur) mit der AOK Bremen nach § 264 I SGB V. Es werden reguläre Versichertenkarten an den Personenkreis des §§ 3 - 7 AsylbLG (auch in den Fällen des § 1a AsylbLG) ausgegeben.
- Die Karten enthalten keinen Hinweis auf einen eingeschränkten Behandlungsanspruch nach dem AsylbLG. Der Personenkreis ist nur an der Code-Nr auf der Karte zu erkennen (ebenso wie auch bei den Versicherten nach § 264 II SGB V). Die AOK bekommt 8 €/Person/Monat als Verwaltungspauschale. Die AOK rechnet mit dem Land Bremen die real entstandenen Behandlungskosten ab (vgl. § 264 SGB V, ebenso wie auch beim Personenkreis des § 2 AsylbLG).
- Es gibt einige Leistungsvorbehalte, bei denen das Sozialamt entscheidet: für Psychotherapien Begutachtung durch vom Senat beauftragten Klinikarzt, Begutachtung Amtsarzt für DMP, Begutachtung Amtsarzt für Zahnersatz, keine Begutachtung für stationäre Krhs-Behandlungen.
- Ein exakter Kostenvergleich zu vor 2005 ist mangels belastbarer Datengrundlage nicht möglich. Medizinische Leistungen wurden bis dahin teils unter § 4 AsylbLG, teils aber auch unter § 6 AsylbLG verbucht und statistisch erfasst. Nach § 6 AsylbLG werden jedoch auch nichtmedizinische Leistungen erbracht. Die Ausgaben für medizinische Leistungen sind somit aufgrund der Gesetzsystematik des AsylbLG nicht mehr nachvollziehbar, da § 6 AsylbLG auch nichtmedizinische Leistungen wie z.B. Eingliederungshilfe für Behinderte oder Schulbedarf enthält.
- Ein Kostenvergleich zu medizinischen Leistungen nach § 2 AsylbLG liegt vor. Die Kosten für die Behandlung nach §§ 4/6 AsylbLG in den ersten vier Jahren sind in Bremen nicht höher als die Kosten der Krankenbehandlung für den Personenkreis des § 2 AsylbLG. Dies obwohl zu erwarten ist, dass aufgrund des schlechteren Gesundheitszustandes nach Einreise die Kosten in den ersten vier Jahren höher sind.
- Das Land Bremen spart durch das Projekt in erheblichem Umfang administrative Kosten ein (Abrechnungsstelle entfällt, Administration der Krankenhilfe nach AsylbLG bei den Ämtern entfällt weitgehend, Amtsarztkosten entfallen weitgehend)

Anlagen

- *Fachliche Weisung der Bremer Sozialbehörde zu § 4 AsylbLG*
- *Vertrag zwischen Bremer Sozialbehörde und AOK Bremen*
- *Anlage zum Vertrag: Leistungsausschlüsse und genehmigungspflichtige Leistungen*
- *PE Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg: Ab 1.7.2012 Krankenversichertenkarten für alle Asylbewerber auch in Hamburg*

Zusammenstellung

Georg Classen
Flüchtlingsrat Berlin, Georgenkirchstr 69-70, 10249 Berlin
Tel ++49-30-69564992, FAX ++49-30-69564993
georg.classen@gmx.net
www.fluechtlingsrat-berlin.de

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.

2

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

zwischen

der Freien Hansestadt Bremen
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales

dem Magistrat der Stadt Bremerhaven
Dezernent für Jugend und Soziales

nachfolgend – die Träger –

und

der AOK Bremen/Bremerhaven

nachfolgend – die AOK

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.

Da durch § 264 Abs. 2 SGB V 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 folgende Personen:

- Krankenhilfeberechtigte nach dem SGB VIII (Jugendhilfe) - nur Stadtgemeinde Bremen
- 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 oder SGB VIII) mitzuteilen.
- 2.2 Die Meldungen werden mit einheitlichen, abgestimmten Vordrucken durchgeführt und sind unverzüglich an die AOK weiterzuleiten.
- 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 oder nach dem SGB VIII 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 Krankenkasse in Betracht. Die Übernahme der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse soll möglichst jeweils zum Ersten eines Monats erfolgen.
- 2.5 Ist die Anmeldung unleserlich oder/und enthält sie unplausible Daten, wird sie zur kurzfristigen Klärung an den Träger zurückgeschickt.

3. Krankenversichertenkarte

- 3.1 Zur Inanspruchnahme der Leistungen stellt die AOK jedem einzelnen Leistungsberechtigten unverzüglich nach Eingang der Anmeldung durch den Träger eine Krankenversichertenkarte aus.
- 3.2 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 die zu 1. genannten Personen aufgrund bestehender Bestimmungen keine Zuzahlungen zu leisten haben.
- 3.3 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 drei Monate begrenzt. Erst bei einem Wechsel in eine Gemeinschaftsunterkunft erfolgt die Ausstellung einer Krankenversichertenkarte.

Sofern ein bisher in der ZAST lebender Leistungsberechtigter nach Bremerhaven zieht, ist eine erneute Anmeldung vom Sozialamt Bremerhaven zu veranlassen. In diesem Fall hat eine Abmeldung durch die ZAST zu erfolgen.

- 3.4 Der Versand der Versichertenkarten erfolgt grundsätzlich an die Leistungsberechtigten. Der Versand an eine c/o-Adresse kann ausnahmsweise ermöglicht werden.

Der erstmalige Versand der Versichertenkarten nach Übernahme der Krankenbehandlung durch die AOK erfolgt allerdings nicht direkt an die Leistungsberechtigten, sondern an die einzelnen Sozialhilfedienststellen in Bremen und Bremerhaven.

- 3.5 Die Änderung einer Anschrift kann bei Vorsprache des Leistungsberechtigten bei der AOK direkt vorgenommen werden. Eine neue Versichertenkarte muss nicht ausgestellt werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass die Karte vom Träger an die Krankenkasse mit der Bitte übersandt wird, die Anschrift zu ändern. Nach erfolgter Ände-

zung erhält der Krankenhilfeberechtigte die Versichertenkarte direkt von der AOK zugeschickt.

- 3.6 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 den Träger.

- 3.7 Den Trägern werden für die Ausstellung von Krankenversichertenkarten keine Kosten in Rechnung gestellt. Bei der Festlegung der Verwaltungskosten im Rahmen dieser Vereinbarung werden die entsprechenden Kosten bereits berücksichtigt.

- 3.8 Sollte in der Zukunft die Notwendigkeit bestehen, für den unter 1. genannten Personenkreis elektronische Gesundheitskarten auszustellen, ist die Übernahme der entstehenden Kosten zwischen den Trägern und der AOK zu verhandeln.

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 feststeht, erfolgt eine schriftliche Abmeldung durch den Träger bei der AOK. Grundsätzlich sollen mit der Abmeldung die Versichertenkarten und Befreiungsausweise der Krankenkasse 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 Krankenversichertenkarte(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 Übernahme der Krankenversichertenkarte im selben Quartal in Anspruch genommen wurden.

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 Krankenhilfeberechtigte nach dem SGB VIII

Für die krankenhilfeberechtigten Personen nach dem SGB VIII finden die Regelungen zu Punkt 5 der jeweils gültigen Fassung der Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V in der Freien Hansestadt Bremen mit folgender Ausnahme Anwendung:

Zuzahlungen sind nicht zu erbringen. Insofern finden die Vorschriften der §§ 61, 62 und 28 Abs. 4 (Zuzahlungen beim Arztbesuch) SGB V keine Anwendung. Die Krankenhilfeberechtigten erhalten mit der Versichertenkarte eine Befreiungsbescheinigung der Krankenkasse.

5.2 Leistungsberechtigte nach § 3 AsylbLG

- 5.2.1** Die Leistungsberechtigung ergibt sich aus § 4 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift sind die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren.
- 5.2.2** Zur Klarstellung der Leistungsansprüche wird auf die Anlage 1 verwiesen, die ggf. fortlaufend ergänzt wird.
- 5.2.3** Kostenübernahmeerklärungen für Behandlungen im Ausland bzw. Kostenerstattungen für im Ausland in Anspruch genommene Leistungen werden grundsätzlich nicht abgegeben bzw. erbracht.
- 5.2.4** 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 Krankenkasse.

7. 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.

Soweit dieses nicht möglich ist, werden die Ansprüche nach Sach- und Rechtslage bearbeitet. Die Krankenkasse erhält als Erfolgshonorar 7,5 % der erfolgreich realisierten Leistungsaufwendungen. Externe Kosten (z. B. Anwalts- und Sachverständigenkosten) werden nach Einzelabsprache von dem Träger separat übernommen.

Bei der Berechnung der Verwaltungskosten bleiben die erstatteten Schadens- und Ersatzansprüche unberücksichtigt.

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 vereinbarten Regelung. Die Kosten für die Umlage gem. § 281 SGB V werden bis zur Höhe von € 3,75 jährlich pro Bedarfsgemeinschaft von den Trägern übernommen. Eventuell darüber hinausgehende Kosten werden von den Krankenkassen 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 Gesundheitsamt 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 beiden Personenkreisen ist zu beachten, dass durch die fehlende Finanzierungsbeteiligung der Leistungsberechtigten eine ggf. erhöhte und umfängliche Antragsstellung gezielt zu überprüfen ist.

10. Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen

Für die Abrechnung und Erstattung der Leistungsaufwendungen der beiden Personengruppen werden für die Träger in Bremen und Bremerhaven unterschiedliche Institutionskennzeichen eingerichtet.

10.1 Die AOK erstellt vierteljährliche Abrechnungen, die folgende Angaben enthalten sollen:

10.1.1 Bezug auf die Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Aktenzeichen des Trägers) mit Ausnahme der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütungen (Pauschalabrechnungen)

10.1.2 Leistungszeitraum

10.1.3 Leistungsaufwand nach Leistungsarten gegliedert, sofern eine personenbezogene Zuordnung möglich ist

10.1.4 Stationäre Behandlungen (Krankenhaus, Vorsorge/Reha) mit Angabe des Zeitraumes

10.1.5 ärztliche Behandlungen pro Quartal

10.1.6 Zahnärztliche Behandlung pro Quartal und Zahnersatz

10.1.7 Ambulante Notfallbehandlung

10.1.8 Ambulantes Operieren

10.1.9 Heil- und Hilfsmittel

10.1.10 Arzneimittel

10.1.11 Sprechstundenbedarf

10.2 Einnahmen und Ausgaben, die im Quartal angefallen sind, werden 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 vierzehn Kalendertage nach Eingang der Abrechnung zu.

11. Abschlagszahlungen

Die Träger zahlen der AOK Abschlagszahlungen auf die Leistungsaufwendungen und die Verwaltungskosten zur Sicherung der Liquidität. Die Abschlagszahlungen betragen für die Zeit vom 01.10.2005 bis 31.12.2006 pro Person € 100,-- monatlich.

Nach Auswertung der Leistungsausgaben im Jahr 2006 werden die Abschlagszahlungen für den Zeitraum ab 01.01.2007 einvernehmlich neu festgesetzt.

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

Die Anzahl der leistungsberechtigten Personen wird von der Krankenkasse an einem Stichtag festgestellt und rechtzeitig vor der entsprechenden Abschlagszahlung an das Sachgebiet 13 - Finanz- und betriebliches Rechnungswesen - beim Amt für Soziale Dienste bzw. an das Sozialamt Bremerhaven gemeldet. Der Stichtag ist jeweils der 15. des Monats, der vor dem Quartal liegt, für den der Liquiditätsausgleich gezahlt werden soll. Die Namen der jeweiligen Personen einschließlich der Aktenzeichen des Trägers meldet die AOK mit den Stichtagsdaten entsprechend Satz 1 dieses Absatzes.

12. Verwaltungskosten

Für die von der AOK durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 1 SGB V werden als angemessene Verwaltungskosten für den Personenkreis nach dem SGB VIII € 8,50 pro Person/begonnener Monat, für den Personenkreis nach § 3 AsylbLG € 8,00 pro Person/begonnener Monat vereinbart.

Für die ersten drei Monate der Laufzeit dieser Vereinbarung (Überleitungszeitraum) werden die Verwaltungskosten auf € 10,-- pro Person/Monat festgelegt. Die höheren Verwaltungskosten für diesen Zeitraum sind mit den Investitionskosten der AOK in Bezug auf die Beschaffung der Software zu begründen.

Die Träger und die AOK gehen davon aus, dass die Wahrnehmung der Krankenbehandlung von Personen des § 3 AsylbLG mit höheren Anstrengungen beim Fallmanagement verbunden ist. Für diesen Personenkreis werden ab dem 01.01.2006 neben den Verwaltungskosten in Höhe von € 8,-- ergänzende Verwaltungskosten vereinbart, die sich unter Berücksichtigung der Ausgabenentwicklung berechnen.

Basis für die ergänzenden Verwaltungskosten bilden die Ausgaben der AOK im Rahmen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V für den Personenkreis des § 2 AsylbLG im Jahr 2004 (€ 1.273,78) zuzüglich der jährlich pro Mitglied nachgewiesenen Steigerungen bei den Leistungsausgaben der Kontenklassen 4 und 5 in der Jahresrechnung der AOK Bremen/Bremerhaven. Da allerdings nur Leistungsausgaben berücksichtigt werden, die den jährlichen Betrag von € 20.450,-- pro Leistungsberechtigten nicht übersteigen (Stop-Loss-Grenze), wird der Basiswert auf € 1.067,14 festgelegt.

Sofern die jährlich durchschnittlichen Behandlungskosten eines Leistungsberechtigten mehr als € 8,-- monatlich / € 96,-- jährlich geringer ausfallen als die jährlich durchschnittlichen Behandlungskosten für den Personenkreis des § 2 AsylbLG, werden der AOK ergänzende Verwaltungskosten in Höhe von 30 % der zusätzlichen Minderausgaben (Minderausgaben, die den Betrag von € 96,-- übersteigen) gezahlt. Der Höchstsatz der Gesamtverwaltungskosten beträgt € 10,-- pro Person/begonnener Monat.

Die ergänzenden Verwaltungskosten werden unter Berücksichtigung aller von der AOK bis zum 30.09. des jeweiligen Folgejahres abgerechneten Leistungen ermittelt. Zu berücksichtigenden ist ebenfalls die o. g. jährliche Stop-Loss-Grenze von € 20.450,-- pro Leistungsberechtigten.

13. Prüfrechte der Träger

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

14. Controlling der Leistungsausgaben

Die AOK und die Träger vereinbaren halbjährliche 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.

15. Wirksamkeit

Diese Vereinbarung wird zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven, der Freien Hansestadt Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales 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.

16. Vereinbarungslaufzeit, Kündigung

Diese Vereinbarung tritt rückwirkend am 01.10.2005 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Eine Kündigung in gegenseitigem Einvernehmen ist ohne Einhaltung einer Frist möglich.

Bremen/Bremerhaven, im November 2005

Anlagen: 1

.....
Freie Hansestadt Bremen
Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit,
Jugend und Soziales

.....
Magistrat der Stadt Bremerhaven
Dezernent für Jugend und Soziales

.....
AOK Bremen/Bremerhaven

Anlage 1
der Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung
nach § 264 Abs. 1 SGB V im Land Bremen

Die Leistungsberechtigung für den in § 3 AsylbLG genannten Personenkreis ergibt sich aus § 4 AsylbLG und zum Teil aus § 6 AsylbLG. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass nach diesen Vorschriften nur die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren sind.

In der Regel ist allerdings davon auszugehen, dass überwiegend Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen sind.

Die AOK Bremen/Bremerhaven und die Träger in Bremen und Bremerhaven verständigen sich darauf, dass die entsprechenden Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, sofern in dieser Anlage keine Abweichungen vereinbart werden.

Zu folgenden Abweichungen besteht zwischen den Vertragspartnern Einvernehmen:

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

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 in Bremen durch das Klinikum Bremen-Ost (Herr Dr. Haack), in Bremerhaven durch das Gesundheitsamt Bremerhaven 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 Träger 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 und Bremerhaven erfolgen.
- Reha-Sport/Funktionstraining: Eine Bewilligung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Nur in besonders gelagerten Einzelfällen kann eine Bewilligung nach Rücksprache mit dem Träger 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 Träger bewilligt.



FENSTER SCHLIESSEN



Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

Sozialbehörde verbessert Krankenversorgung

Asylbewerber erhalten künftig eine Versichertenkarte der AOK

02.04.2012



Verbandwechsel (Bild: AOK-Mediendienst)

Die Hamburger Sozialbehörde hat Verhandlungen geführt, um gemeinsam mit der Innenbehörde vertraglich festzuhalten, dass alle Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ab dem 1. Juli 2012 eine eigene Krankenversichertenkarte erhalten.

Denn das Sozialgesetzbuch V eröffnet - rein rechtlich - allen Asylbewerberinnen und -bewerbern die Möglichkeit, sich von einer Krankenkasse betreuen zu lassen, unabhängig davon, wie lange sie sich bereits in Hamburg aufhalten.

Diesen rechtlichen Rahmen wollen beide Behörden in der Praxis nutzen. Dazu haben sie jetzt einen Vertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven abgeschlossen.

„Mit diesem neuen Modell verschlanken wir die Hamburger Verwaltung – eigene aufwändige Berechnungen werden künftig nicht mehr nötig sein. Außerdem bedeuten Krankenversicherungskarten für Asylbewerberinnen und -bewerber ein hohes Maß an Normalität, wenn sie zum Arzt gehen“, sagt Sozialsenator Detlef Scheele. „Auch wenn es trotz Krankenversichertenkarte für sie in einigen Leistungsbereichen Einschränkungen gibt, können andere Patienten bei einem Arztbesuch nicht erkennen, dass es sich um Sozialleistungsempfänger handelt.“

Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen des Asylbewerberleistungsgesetzes gibt es trotz der neuen Krankenversichertenkarten auch weiterhin einige Einschränkungen für Asylbewerberinnen und -bewerber, beispielsweise wenn es um zusätzliche Leistungen geht.

Ein Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz und auf kieferorthopädische Behandlungen besteht für diese Patientengruppe hingegen nur dann, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Bei anderen Leistungen, die in der Regel direkt über die Karte abgerechnet werden, sind Asylbewerberinnen und -bewerber anderen Versicherten jedoch grundsätzlich gleichgestellt.

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sind derzeit in Hamburg rund 4.600 Menschen leistungsberechtigt, die sich

noch keine vier Jahre in Hamburg aufhalten. Bisher werden von einer Krankenkasse nur Leistungsberechtigte versorgt, die seit mindestens vier Jahren in Hamburg leben. Alle anderen Leistungsberechtigten bekommen statt einer Krankenversicherungskarte bisher einen Behandlungsschein von den zuständigen Sozialdienststellen, mit dem sie zum Arzt gehen können.

Das wird sich zum 1. Juli 2012 ändern – denn dann wird die AOK Bremen/Bremerhaven die Kosten der Krankenbehandlung direkt abwickeln, gegen vollen Kostenersatz und mit einem angemessenen Verwaltungskostenanteil.

Auch für Ärzte ist das ein Vorteil: Sie müssen keine Einzelrechnungen mehr stellen, sondern können ihre erbrachten Leistungen direkt über die Krankenversicherungskarte abrechnen, was wiederum dazu dient, dass die Bürokratie in den Behörden abgebaut wird.

Dieses Modell ist – mit Ausnahme von Bremen - bundesweit einzigartig und wird erstmals in Hamburg eingeführt.

Kontaktmöglichkeit

Pressestelle der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration

Nicole Serocka
Pressesprecherin
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg

Tel.: 040 42863-2889
Fax: 040 42863-3849
E-Mail: pressestelle@basfi.hamburg.de

[Homepage »](#)
[Stadtplan »](#)
[HVV-Verbindung »](#)