



## 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

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.

**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.