

(u)

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-

ung 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 umfangreiche 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 berücksichtigen 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.