

# Fachanweisung zu § 264 Abs. 1 SGB V

Übernahme der Gesundheitsversorgung für Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), die keinen Anspruch auf Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, gegen Kostenerstattung gem. § 264 Abs. 1 SGB V vom 01.07.2012

(Gz.: SI 222 / 507.13-7-7-3-8-2) Stand: 01.01.2018

## Inhalt

1. Einleitung und Ziel .....	2
2. Vorgaben.....	2
2.1 Zuständigkeit des Trägers der Leistungen nach dem AsylbLG.....	2
2.2 Leistungsberechtigte / Anspruchsumfang.....	2
2.3 Meldeverfahren.....	3
2.3.1 Erstanmeldung .....	3
2.3.2 Meldung von Veränderungen in den Personendaten .....	3
2.3.3 Änderung der Anschrift.....	4
2.3.4 Verfahren bei Verpflichtungserklärungen.....	4
2.4 Verfahren bei Anträgen auf Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Vorsorgekuren .....	5
2.5 Anfragen der Leistungsberechtigten zu leistungsrechtlichen Fragen des SGB V .....	6
2.6 Anfragen der AOK Bremen/Bremerhaven .....	6
2.7 Pflege der erweiterten Personendaten (ERPE-Daten) .....	6
2.8 Zuzahlungen, §§ 61 ff. SGB V.....	7
2.9 Beendigung der Gesundheitsversorgung und Einzug der Ersatzkarten bzw. eGK .....	7
2.11 Abrechnung der Leistungen .....	9
2.12 Widersprüche und Klageverfahren.....	9
2.13 Ersatz- und Erstattungsansprüche nach §§ 102 ff. SGB X.....	9
3. Berichtswesen .....	9
4. Gültigkeitsdauer .....	10

## 1. Einleitung und Ziel

Die gesetzlichen Krankenkassen können gemäß § 264 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) die Gesundheitsversorgung für Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG („Analog“-Leistungen) haben, übernehmen.

Die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH) hat mit der AOK Bremen/Bremerhaven im März 2012, in neuer Fassung vom 01.01.2017, einen Vertrag zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für diese Personengruppe, die gegenüber der FHH Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG hat, geschlossen.

Ziel dieser Übertragung ist es, durch die AOK Bremen/Bremerhaven eine professionellere und effizientere Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig soll für die Leistungsberechtigten mit der Betreuung durch eine Krankenkasse und der Aushändigung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ein größtmögliches Maß an Normalität ermöglicht werden.

Mit dieser Fachanweisung soll ein einheitliches Vorgehen bei der Umsetzung der Vorgaben des § 264 Abs. 1 SGB V sichergestellt werden.

Regelungen zur Übernahme der Krankenbehandlung gegen Kostenerstattung nach § 264 Absätze 2 bis 7 SGB V für Leistungsberechtigte, die Anspruch auf Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, finden sich in der diesbezüglichen [Fachanweisung zu § 264 Abs. 2 SGB V](#) vom 01.05.2012 (Gz. SI 222/112.30-9).

## 2. Vorgaben

### 2.1 Zuständigkeit des Trägers der Leistungen nach dem AsylbLG

Die Übernahme der Krankenbehandlungskosten nach § 264 Abs. 1 SGB V setzt die sachliche und örtliche Zuständigkeit Hamburgs als Träger der Leistungen nach dem AsylbLG voraus; dies ist vorab zu prüfen.

### 2.2 Leistungsberechtigte / Anspruchsumfang

Eine Betreuung nach § 264 Abs. 1 SGB V erfolgt für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf besondere Leistungen nach § 2 AsylbLG haben.

Die Leistungsberechtigten haben einen Anspruch auf Leistungen zur Gesundheitsversorgung gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG i.V.m. § 264 Abs. 1 SGB V.

**Nicht von der Versorgung umfasst sind Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe.**

Der Anspruch der Leistungsberechtigten auf die durch die AOK Bremen/Bremerhaven nach § 264 Abs. 1 SGB V zu erbringenden Leistungen beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach §§ 1a und 3 AsylbLG vorliegen.

Die Leistungsberechtigten werden grundsätzlich verfahrensrechtlich den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gleichgestellt, unterliegen jedoch leistungsrechtlich den Einschränkungen des AsylbLG. Die Leistungseinschränkungen werden durch die AOK Bremen/Bremerhaven sichergestellt.

## **Wichtige Hinweise:**

Seit dem 01.07.2012 wird die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§1a & 3 AsylbLG vollständig durch die AOK Bremen/Bremerhaven erbracht. Bewilligungen und Rechnungsbegleichungen durch die Grundsicherungs- und Sozialdienststellen oder die Zentrale Erstaufnahmeeinrichtung (ZEA) bei der Behörde für Inneres und Sport dürfen nicht mehr erfolgen. Die bisher übliche Ausgabe von Behandlungsscheinen für diesen Personenkreis entfällt grundsätzlich.

Auch die Gesundheitsämter sind grundsätzlich nicht mehr zu beteiligen. Diese Aufgaben nimmt künftig der Medizinische Dienst der Krankenkassen wahr. Lediglich bei Anträgen auf Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Vorsorgekuren kommt eine Beteiligung der Gesundheitsämter in Betracht. Siehe die insoweit bestehenden Verfahrensbesonderheiten unter Ziffer 2.4.

Die Versorgung mit Krankenhilfsmitteln wird künftig ebenfalls durch die AOK Bremen/Bremerhaven sichergestellt (Anlage 1: Krankenhilfsmittel).

## **2.3 Meldeverfahren**

### **2.3.1 Erstanmeldung**

Die ZEA / GS-Dienststelle, meldet die bei ihr aufgenommenen Leistungsberechtigten unverzüglich mit dem im Fachverfahren hinterlegten Vordruck (Anlage 2: Vordruck Anmeldung / Änderung persönlicher Daten / Abmeldung) bei der AOK Bremen/Bremerhaven an. Dabei sind die Daten für den **Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft** lebenden Angehörigen mitzuteilen. Erfolgt die Anmeldung nicht unverzüglich, kommt nur eine rückwirkende Leistungsgewährung ab der Kenntnisaufnahme der Bedürftigkeit in Betracht.

Dem Anmeldeformular für den jeweiligen Leistungsberechtigten zur Betreuung nach § 264 Abs. 1 SGB V wird durch die ZEA ein Foto in Passbildqualität und -größe auf Fotopapier beigefügt. Für Leistungsberechtigte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, muss kein Foto beigefügt werden, da hier eine eGK-Ausstellung auch ohne Foto möglich ist.

Die AOK Bremen/Bremerhaven veranlasst daraufhin die Erstellung der eGK. Die Erstellung wird im Regelfall vom Eingang der Anmeldung inkl. des Fotos bei der AOK Bremen/Bremerhaven bis zum Eingang der eGK in der ZEA 10-14 Tage in Anspruch nehmen. Alle eGK werden gebündelt an die ZEA im Bargkoppelstiege versandt. Von dort werden sie an die Leistungsberechtigten verteilt.

### **2.3.2 Meldung von Veränderungen in den Personendaten**

Folgende Änderungen der persönlichen Daten des betreuten Leistungsempfängers (z.B. Änderung der Anschrift) und Statusänderungen sind der AOK Bremen/Bremerhaven durch die ZEA oder die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle unverzüglich mit dem im Fachverfahren hinterlegten Vordruck (Anlage 2 – Vordruck Anmeldung / Änderung persönlicher Daten / Abmeldung) zu melden:

- An- und Abmeldungen des Haushaltsvorstandes (inklusive der Angehörigen), sofern die Erstanmeldung nicht bereits in dem unter Abschnitt 2.3.1. beschriebenen Verfahren durch die ZEA erfolgt ist. Die Stornierung einer Anmeldung erfolgt durch eine Abmeldung zum Tag der Anmeldung.

- Ummeldung bei Änderungen der Personaldaten (z.B. Geburtsdatum (hier ist ein amtlicher Nachweis erforderlich), Namensänderung)
- Ummeldung bei Adressänderungen (siehe auch Ziffer 2.3.3)
- Ummeldung vom Haushaltsvorstand zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltsvorstandes (inklusive seiner bisherigen Angehörigen)
- Ummeldung vom Familienangehörigen zum Haushaltsvorstand (inklusive der Angehörigen)
- Sonstige Änderungsmeldungen (z.B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)
- Innerhalb der Erstaufnahmeeinrichtungen werden keine Änderungen der Anschrift vorgenommen

Sofern Mitteilungen nicht im automatisierten Verfahren zentral erstellt werden, sind sie von der zuständigen Dienststelle zu unterzeichnen und mit Dienststempel zu versehen.

Im Falle der Stornierung einer Anmeldung für die Übernahme der Krankenbehandlung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V ist die AOK Bremen/Bremerhaven mit dem im Fachverfahren hinterlegten Vordruck (Anlage 3 - Vordruck AOK-Bestätigung Abmeldung / Stornierung) aufzufordern, die Stornierung der Anmeldung schriftlich zu bestätigen.

### **2.3.3 Änderung der Anschrift**

Bei Änderung der Anschrift des Leistungsberechtigten wird die eGK von der zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststelle - möglichst zusammen mit der Ummeldung (siehe auch Ziffer 2.3.2) - an die AOK Bremen/Bremerhaven mit der Bitte übersandt, die Anschrift zu ändern. Nach erfolgter Änderung erhält der Leistungsberechtigte die eGK direkt von der AOK Bremen/Bremerhaven zugeschickt.

Wird eine medizinische Behandlung des Leistungsberechtigten erforderlich, während der Leistungsberechtigte die eGK nicht vorlegen kann, ist die eGK vom Leistungsberechtigten gemäß § 15 Abs. 5 SGB V unverzüglich nachzureichen. Besteht Klärungsbedarf des behandelnden Arztes hinsichtlich der Absicherung über die AOK Bremen/Bremerhaven, soll dieser Kontakt mit der AOK Bremen/Bremerhaven für eine entsprechende Klärung aufnehmen. Wendet sich der behandelnde Arzt an die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle, ist er zunächst an die AOK Bremen/Bremerhaven zu verweisen. Im Übrigen kann die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle/ZEA bei Bedarf und bei Vorliegen einer Betreuung durch die AOK Bremen/Bremerhaven die im Fachverfahren hinterlegte Bescheinigung (Anlage 4 – Bescheinigung zur Vorlage) zur Vorlage bei dem behandelnden Arzt ausstellen.

### **2.3.4 Verfahren bei Verpflichtungserklärungen**

Flüchtlings mit syrischer Staatsangehörigkeit, die im Rahmen des Landesaufnahmeprogrammes aufgrund einer Verpflichtungserklärung nach Hamburg kommen, haben einen Anspruch auf staatliche Leistungen wegen Krankheit im Sinne der §§ 4, 6 AsylbLG. Diese Leistungen sind in diesen Fällen nicht von der Verpflichtungserklärung umfasst (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 2 AsylbLG).

Diese Personen werden nach § 264 Abs. 1 SGB V von der AOK Bremen/Bremerhaven betreut. Die Personen werden unbefristet bei der AOK Bremen/Bremerhaven angemeldet. Die AOK Bremen/Bremerhaven stellt eine Ersatzkarte für vier Monate aus. Jede weitere nachfolgende Ersatzkarte wird wieder nur für vier Monate befristet ausgestellt.

Das mit der AOK Bremen/Bremerhaven abgestimmte Verfahren läuft wie folgt ab:

1. Anmeldung zur Betreuung nach § 264 Abs. 1 SGB V durch GS/ZEA bei AOK Bremen/Bremerhaven, Columbusstr. 1, 27570 Bremerhaven. Auf dem Anmeldeformular ist händisch ein deutlich sichtbarer Hinweis „Syrrer mit Verpflichtungserklärung“ (z.B. farblich markiert) vorzunehmen.
2. Anmeldung wird von der AOK Bremen/Bremerhaven unbefristet erfasst, jedoch keine Herstellung einer eGK, sondern Ausstellung einer vier Monate gültigen Ersatzkarte, die von der AOK zentral an E/GS geschickt und von dort an den zuständigen Bezirk verteilt wird.
3. Etwaige Adressänderungen der Leistungsberechtigten erfolgen durch GS ebenfalls über das Formular in Ziffer 1 mit Kreuz bei „Ummeldung“ und erneutem, deutlich sichtbarem Hinweis „Syrrer mit Verpflichtungserklärung“.
4. Sollte eine neue Ersatzkarte erforderlich sein (z.B. wegen Ablauf), wird diese durch GS/ZEA in einem formlosen Schreiben – nicht das Anmeldeformular! – an die AOK Bremen/Bremerhaven abgefordert.

Dieses Schreiben muss neben dem Anliegen den Hinweis „Syrrer mit Verpflichtungserklärung“ (siehe Ziffer 1) sowie Name, Adresse, Geburtsdatum und Versichertennummer des Leistungsberechtigten enthalten.

Das formlose Schreiben sollte per Fax an die AOK Bremen/Bremerhaven übermittelt werden: 0471 / 16 91 797. Ist ein Faxversand nicht möglich, ist das formlose Schreiben postalisch an „AOK Bremen/Bremerhaven, Debstedter Weg 9, 27578 Bremerhaven“ (nicht Columbusstr. 1!) zu versenden.

## **2.4 Verfahren bei Anträgen auf Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Vorsorgekuren**

Bei Anträgen auf Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Vorsorgekuren gelten folgende Verfahrensbesonderheiten:

- a) Die entsprechenden Anträge sind von den Leistungsberechtigten zunächst an die AOK Bremen/Bremerhaven zu richten. Dort wird eine Prüfung vorgenommen, die der Prüfung von Anträgen der eigenen Mitglieder der AOK Bremen/Bremerhaven entspricht.
- b) Soweit sich nach dieser Prüfung nicht bereits eine Notwendigkeit zur Ablehnung des Antrags ergibt, werden alle für die weitere Bearbeitung des Antrags erforderlichen Unterlagen (Antrag, Gutachten usw.) von der AOK Bremen/Bremerhaven an die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle / ZEA übersandt. Die medizinischen Unterlagen zur Diagnose u.Ä. werden dabei von der AOK Bremen/Bremerhaven in einem separaten, geschlossenen Umschlag übersandt.
- c) Die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle/ZEA klärt, wie lange sich der Antragsteller in Deutschland noch rechtmäßiger Weise aufhalten darf, und übermittelt das Ergebnis der Prüfung des Aufenthaltsstatus sowie die Unterlagen von der AOK Bremen/Bremerhaven an das zuständige Gesundheitsamt. Geschlossene Umschläge mit medizinischen Unterlagen werden dabei in ungeöffneter Form an das Gesundheitsamt weitergeleitet. Im Gesundheitsamt werden der Antrag sowie die sonstigen Unterlagen aus medizinischer Sicht dahingehend überprüft, ob die beantragte Maßnahme unter den Voraussetzungen der §§ 4 bzw. 6 AsylbLG gewährt werden kann.

- d) Das zuständige Gesundheitsamt erstellt eine entsprechende Stellungnahme, in der nachvollziehbar qualifizierte Aussagen über das Vorliegen/Nichtvorliegen der Voraussetzungen nach §§ 4 bzw. 6 AsylbLG enthalten sind, und übersendet diese an die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle/ZEA, welche auf dieser Grundlage unter Berücksichtigung der Voraussetzungen des § 4 AsylbLG bzw. § 6 AsylbLG und bei Vorliegen aller sonstigen Voraussetzungen wie Leistungsberechtigung, Zuständigkeit etc. der beabsichtigten Maßnahme entweder zustimmt oder nicht zustimmt.
- e) Die Zustimmung bzw. Ablehnung der zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststelle/ZEA übersendet diese an die AOK Bremen/Bremerhaven.
- f) Auf dieser Grundlage erfolgt eine Bewilligung oder Ablehnung des Antrags durch die AOK Bremen/Bremerhaven.

## **2.5 Anfragen der Leistungsberechtigten zu leistungsrechtlichen Fragen des SGB V**

Die Leistungsberechtigten sollen zu leistungsrechtlichen Fragen des SGB V möglichst direkt telefonisch oder schriftlich Kontakt mit der AOK Bremen/Bremerhaven aufnehmen. Die Kontaktdaten sind dem Internet zu entnehmen.

**Die Geschäftsstellen der AOK Rheinland/Hamburg sind nicht für die Leistungsberechtigten zuständig. Die Leistungsberechtigten sind deswegen nicht an diese zu verweisen.**

Sollten sich Leistungsberechtigte mit leistungsrechtlichen Fragen zum SGB V direkt an die ZEA oder die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle wenden, kann mit der AOK Bremen/Bremerhaven über ein vom Bezirksamt Eimsbüttel (E/GS) betreutes E-Mail-Funktionspostfach ([asylblg-kk@eimsbuettel.hamburg.de](mailto:asylblg-kk@eimsbuettel.hamburg.de)) Rücksprache gehalten werden.

## **2.6 Anfragen der AOK Bremen/Bremerhaven**

Für Anfragen der AOK Bremen/Bremerhaven ist ebenfalls das E-Mail-Funktionspostfach [asylblg-kk@eimsbuettel.hamburg.de](mailto:asylblg-kk@eimsbuettel.hamburg.de) verwendbar. Eingehende Anfragen werden an die für den Leistungsberechtigten zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle weitergeleitet.

## **2.7 Pflege der erweiterten Personendaten (ERPE-Daten)**

Bei der Erfassung der ERPE-Daten ist das Erfassungsfeld „Versicherungs-/ Betreuungsverhältnis“ von besonderer Bedeutung. Eine Übermittlung dieser Daten für den CareCostManager (CCM) erfolgt nur, wenn in diesem Feld die zulässigen Einträge

- Betreuung f. AsylbLG §1 gem. § 264 (bei Haushaltsvorständen HV)
- Fam.Betr. über BG AsylbLG §1 (HA) (bei Haushaltsangehörigen HA)

vorhanden sind – ansonsten nicht. Der CCM ist das von der zuständigen Fachbehörde eingesetzte Rechnungsprüfungs- und Anweisungs-Programm. Bei der Erfassung der Betreuungszeiten ist unbedingt darauf zu achten, dass es nicht zu Zeitraumüberschneidungen mit bereits eingetragenen Bewilligungszeiten kommt. Offene Bewilligungszeiträume sind im Fall einer Anschlussbetreuung entsprechend abzuschließen.

Die Aktualisierungen der ERPE-Daten werden automatisiert und jeweils am 15. des laufenden Monats an den CCM übermittelt. Die ERPE-Daten bilden die Grundlage für die stattfindende Zuständigkeitsprüfung. Fehlende oder falsche ERPE-Daten können zu Fehlzahlungen, evtl. sogar zur kompletten Nichtzahlung an die Krankenkasse führen.

Werden bei der Rechnungsprüfung Unstimmigkeiten entdeckt, werden diese mit dem Vordruck „Klärung der ERPE-Daten im Einzelfall“ (Anlage 5 – Vordruck ERPE-Daten im Einzelfall) an das Funktionspostfach der zuständigen Grundsicherungs- und Sozialdienststelle mit der Bitte um Klärung gesendet. Die Anfragen sind schnellstmöglich zu beantworten (Seite 2 des Vordrucks) und an das Funktionspostfach der Rechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde zurück zu senden, damit die Zahlungsfrist zur Vermeidung von Verzugszinsen eingehalten werden kann.

## **2.8 Zuzahlungen, §§ 61 ff. SGB V**

Die Leistungsberechtigten haben keine gesetzlichen Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Leistungsberechtigte, die bis zum 31.03.2017 angemeldet wurden, haben daher jährlich einen Befreiungsausweis von der AOK Bremen/Bremerhaven erhalten. Ab dem 01.04.2017 angemeldete Betreute erhalten **keinen Befreiungsausweis** mehr, da die Befreiung ab diesem Zeitpunkt auf der eGK hinterlegt ist.

## **2.9 Beendigung der Gesundheitsversorgung und Einzug der Ersatzkarten bzw. eGK**

Der Anspruch auf Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V durch die AOK Bremen/Bremerhaven endet mit dem Zeitpunkt, in dem die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 i.V.m. §§ 4 und 6 AsylbLG entfallen sind (§ 1 Abs. 3 AsylbLG). Sobald kein Anspruch auf Leistungen mehr besteht, ist die AOK Bremen/Bremerhaven hierüber **unverzüglich zu informieren** (s. Abschnitt 2.3.2). Die AOK Bremen/Bremerhaven wird dann umgehend eine **Sperrung der eGK** veranlassen, damit keine Leistungen mehr über die eGK in Anspruch genommen werden können.

Im Falle der Abmeldung (siehe auch [Ziffer 2.3.2](#)) ist die AOK Bremen/Bremerhaven mit dem im Fachverfahren hinterlegten Vordruck (Anlage 3 - Vordruck AOK-Bestätigung Abmeldung / Stornierung) aufzufordern, die Abmeldung schriftlich zu bestätigen. Parallel sind die ERPE-Daten mit dem entsprechenden Abmeldedatum zu versehen.

Die ZEA bzw. die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle hat die eGK und bei Altfällen den Befreiungsausweis vom Leistungsberechtigten einzuziehen.

Die Einziehung ist durch einen zur Herausgabe verpflichtenden Verwaltungsakt des Trägers der Leistungen nach dem AsylbLG festzusetzen (Anlage 6 – Bescheid wegen Rückgabe KV-Karte), der für sofort vollziehbar erklärt werden kann.

Reagiert der Leistungsberechtigte auf die Aufforderung zur Rückgabe der eGK und des Befreiungsausweises nicht, ist er ein weiteres Mal anzuschreiben. Erfolgt binnen 14 Tagen keine Reaktion, sind die Versuche des Einzugs einzustellen und der AOK Bremen/Bremerhaven mitzuteilen, dass die Einzugsbemühungen gescheitert sind.

Die **Abrechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde** (BASFI / SI 223) ist ebenfalls **zu benachrichtigen**, damit im CCM ein entsprechender Vermerk hinterlegt werden kann. Die Benachrichtigung kann per E-Mail an das Funktionspostfach der Abrechnungsstelle erfolgen ([funktionspostfach-si223@basfi.hamburg.de](mailto:funktionspostfach-si223@basfi.hamburg.de)). Durch diese Maßnahme soll sichergestellt werden, dass ein eventueller Missbrauch der eGK unterbunden wird bzw. zu erkennen ist.

Die eingehenden eGK und Befreiungsausweise sind von den Grundsicherungs- und Sozialämtern an die AOK Bremen/Bremerhaven zu verschicken und dürfen nicht durch die Grundsicherungs- und Sozialämter vernichtet werden. Der Versand an die AOK Bremen/Bremerhaven hat mittels Einschreiben mit Rückschein zu erfolgen. Hierüber ist ein

Vermerk anzulegen und der Rückschein / die Empfangsbestätigung zur Akte zu nehmen. Zusätzlich wird der Eingang durch die AOK Bremen/Bremerhaven in Textform bestätigt.

Aufwendungen, die der AOK Bremen/Bremerhaven nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der eGK entstehen, hat der Träger der Leistungen nach dem AsylbLG zu erstatten, sofern nicht die AOK Bremen/Bremerhaven auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet gewesen wäre, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

## **2.10 Verlust und Missbrauch der eGK**

Sollte der Leistungsberechtigte seine eGK verlieren bzw. sollte sie ihm durch Dritte entwendet worden sein, so hat er dies gegenüber der AOK Bremen/Bremerhaven und dem Träger der Leistungen nach dem AsylbLG sofort anzuzeigen. Sobald die jeweilige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle bzw. ZEA Kenntnis vom Verlust einer eGK erhält, sendet sie eine entsprechende Mitteilung an die AOK Bremen/Bremerhaven. Die AOK Bremen/Bremerhaven wird dann umgehend eine **Sperrung** der eGK veranlassen, damit keine Leistungen mehr über die eGK in Anspruch genommen werden können.

Bei dem erstmaligen Abhandenkommen oder der erstmaligen Meldung eines Defektes einer eGK stellt die AOK Bremen/Bremerhaven eine neue Karte aus. Die defekte Karte ist an die AOK Bremen/Bremerhaven zurückzusenden. Sofern nach erneutem Abhandenkommen oder Meldung eines Defektes die Notwendigkeit besteht, abermals eine neue eGK auszustellen, erfolgt dieses nur nach Zustimmung durch die ZEA bzw. die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle. Sollten Verluste der eGK bei demselben Leistungsberechtigten mehrfach auftreten, ist das weitere Vorgehen mit der zuständigen Fachbehörde (BASFI) abzustimmen.

Sobald die ZEA bzw. die jeweilige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle Kenntnis vom Missbrauch einer eGK (Verwendung der eGK durch andere Personen als dem berechtigten Karteninhaber) erhält, sendet sie eine entsprechende Mitteilung an die AOK Bremen/Bremerhaven. Die ZEA bzw. die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle hört den Leistungsberechtigten zu den Umständen, wie es zu der missbräuchlichen Verwendung der Karte kommen konnte, an (§ 9 AsylbLG i.V.m. § 28 HmbVwVfG).

Sollten der ZEA bzw. der Grundsicherungs- und Sozialdienststelle Anhaltspunkte vorliegen, dass der Leistungsberechtigte die missbräuchliche Verwendung seiner Ersatzkarte bzw. eGK durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt hat, informiert sie die AOK Bremen/Bremerhaven unverzüglich. Die AOK Bremen/Bremerhaven wird dann mit der BASFI und der ZEA bzw. der Grundsicherungs- und Sozialdienststelle das weitere Vorgehen in diesem Einzelfall klären (z.B. hinsichtlich der Sperrung der eGK).

Kosten, die durch einen missbräuchlichen Einsatz der eGK entstehen, sind dem Leistungsberechtigten durch die ZEA bzw. die zuständige Grundsicherungs- und Sozialdienststelle in Rechnung zu stellen, sofern die Kosten durch vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verhalten herbeigeführt wurden (Erstattung entsprechend § 9 Abs. 4 Nr. 1 AsylbLG i.V.m. § 50 SGB X). Erforderliche Daten zwecks Bezifferung der Erstattungsansprüche (Summe der nach § 264 Abs. 1 SGB V erbrachten Leistungen) können auf Anfrage durch die zuständige Fachbehörde im Rahmen einer Einzelfallanalyse durch die Abrechnungsstelle (BASFI / SI 223) zur Verfügung gestellt werden. Eventuell benötigte weitere Belege und Abrechnungsunterlagen müssen bei der AOK Bremen/Bremerhaven angefordert werden.



## 2.11 Abrechnung der Leistungen

Sämtliche Rechnungen und Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V bzw. der damit in Zusammenhang stehenden Aufwendungen wie z.B. Verwaltungskosten, werden von der Abrechnungsstelle der zuständigen Fachbehörde (BASFI / SI 223) vierteljährlich erstattet. Die Abrechnungsstelle prüft darüber hinaus die haushaltsrechtliche Zulässigkeit. Basis für die ebenfalls durchgeführte Zuständigkeitsprüfung bilden die ER-PE-Daten (siehe auch Abschnitt 2.7.). Durch die Abrechnungsstelle erfolgt zudem auch die Zahlbarmachung der Leistungs-/ Kostenabrechnung.

**Es dürfen keine Rechnungen, Leistungen bzw. Aufwendungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V über das Fachverfahren angewiesen werden. Nur durch die zentrale Rechnungsanweisung bei der zuständigen Fachbehörde kann sichergestellt werden, dass es nicht zu Doppelzahlungen kommt.**

Bei Leistungen, die von der Krankenkasse im Rahmen der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V nur teilweise finanziert werden (z.B. Kieferorthopädische Behandlung), sind die Leistungsberechtigten darüber zu informieren, dass bereits im Vorfeld der Leistungserbringung die Klärung der weiteren Kostenübernahme mit dem Träger der Leistungen nach dem AsylbLG erfolgen muss.

## 2.12 Widersprüche und Klageverfahren

Die AOK Bremen/Bremerhaven führt die Widerspruchs- und Klageverfahren über abgelehnte Leistungsanträge der Leistungsberechtigten. Die Leistungsberechtigten sind ggf. an die AOK Bremen/Bremerhaven zu verweisen.

## 2.13 Ersatz- und Erstattungsansprüche nach §§ 102 ff. SGB X

Die AOK Bremen/Bremerhaven verfolgt die Ersatz- und Erstattungsansprüche des Trägers der Leistungen nach dem AsylbLG nach § 9 Abs. 4 Nr. 3 AsylbLG i.V.m. §§ 102 ff. SGB X gegenüber anderen Krankenkassen, Versicherungsunternehmen und im Falle der Schädigung von Leistungsberechtigten auch gegenüber Privaten.

Erstattungsansprüche gegenüber anderen Trägern der Leistungen nach dem AsylbLG nach § 9 Abs. 4 Nr. 3 AsylbLG i.V.m. §§ 102 ff. SGB X oder gegenüber den Leistungsberechtigten werden vom Träger der Leistungen nach dem AsylbLG verfolgt. Dabei sind auch die im Rahmen des § 264 Abs. 1 SGB V erbrachten Leistungen einzubeziehen. Erforderliche Daten zwecks Bezifferung der Erstattungsansprüche (Summe der nach § 264 Abs. 1 SGB V erbrachten Leistungen) können auf Anfrage durch die zuständige Fachbehörde (BASFI / SI 223) zur Verfügung gestellt werden. Bei der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Ende der Betreuung erfragt die AOK Bremen/Bremerhaven den aktuellen Versicherungsstatus der Leistungsberechtigten (Anlage 7 - Leistungen nach dem Ende der Betreuung).

## 3. Berichtswesen

Die für das Controlling benötigten Daten zu dem Personenkreis der Leistungsberechtigten werden aus dem Datawarehouse Sozialhilfe entnommen. Die Daten zu den Abrechnungsfällen werden aus dem Fachverfahren CareCostManager entnommen. Zusätzlich erstellt die AOK Bremen/Bremerhaven zweimal im Jahr einen Controllingbericht.

#### **4. Gültigkeitsdauer**

Diese Fachanweisung tritt am 01.01.2018. in Kraft und am 30.12.2022 außer Kraft.

Die bis dahin geltende Fachanweisung zu § 264 Abs. 1 SGB V kann im Infoline-Archiv eingesehen werden.