

RAHMENVEREINBARUNG

**zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für
nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach**

§ 264 Absatz 1 SGB V

in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz

in Rheinland-Pfalz

zwischen

dem Land Rheinland-Pfalz,

**vertreten durch das Ministerium für Soziales,
Arbeit, Gesundheit und Demografie (MSAGD),**

**dieses vertreten durch die
Ministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler**

- nachstehend MSAGD -

und

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg
BKK Landesverband Mitte, Siebstraße 4, 30171 Hannover
BARMER GEK Rheinland-Pfalz/Saarland, Pfulgasse 28, 56068 Koblenz
DAK-Gesundheit, Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 32, 55130 Mainz
Handelskrankenkasse - hkk, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Wilhelm-
Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
HEK – Hanseatische Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz,
Wilhelm-Theodor-Römheld-Straße 22, 55130 Mainz
IKK Südwest, Isaac-Fulda-Allee 7, 55124 Mainz
Kaufmännische Krankenkasse – KKH, Karl-Wiechert-Allee 61, 30625
Hannover
Knappschaft, Verwaltungsstelle Saarbrücken, St. Johanner Straße 46-48, 66111
Saarbrücken
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Nikolaus-Otto-
Straße 5, 55129 Mainz

**- nachstehend
Krankenkassen genannt -**

INHALT

Präambel	Seite 3
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	Seite 3
§ 2 Ziel dieser Vereinbarung	Seite 3
§ 3 Beitrittsrecht der Landkreise und kreisfreien Städte	Seite 4
§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs	Seite 4
§ 5 Meldeverfahren	Seite 5
§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK)	Seite 6
§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht	Seite 6
§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung	Seite 6
§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des MDK	Seite 7
§ 10 Abrechnungsverfahren	Seite 7
§ 11 Verwaltungskosten	Seite 9
§ 12 Widersprüche und Klageverfahren	Seite 9
§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen	Seite 9
§ 14 Datenschutz	Seite 9
§ 15 Evaluation und Qualitätssicherung	Seite 10
§ 16 Meinungsverschiedenheiten	Seite 10
§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel	Seite 10
§ 18 Laufzeit der Vereinbarung	Seite 11

Präambel

Nach den Regelungen des § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V wird die Gesundheitsversorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 Absatz 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, müssen ihren Anspruch auf Leistungen bei Krankheit bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG unmittelbar gegenüber dem zuständigen Leistungsträger geltend machen.

Die vertragsschließenden Parteien sind sich einig, dass auch für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung Verbesserungen anzustreben sind.

Mit der Zielsetzung

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer eGK zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und
- die Landkreise und kreisfreien Städte nachhaltig von Verwaltungsaufgaben zu entlasten
- hat das Land Rheinland-Pfalz die Krankenkassen gebeten, die Betreuung dieses Personenkreises zu übernehmen. Aus diesen Gründen schließen die Krankenkassen mit dem Land Rheinland-Pfalz – vertreten durch das MSAGD eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Abs. 2 SGB IV ab.

Eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen durch die beitretenden Landkreise und kreisfreien Städte auf die teilnehmenden Krankenkassen erfolgt gemäß Anlage 5.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Die Vereinbarung beschreibt die auftragsweise Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern gegenüber den Landkreisen und kreisfreien Städten Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. auf sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben. Die Gesundheitsversorgung wird durch die teilnehmenden Krankenkassen nach Maßgabe dieser Vereinbarung sichergestellt.

§ 2 Ziel dieser Vereinbarung

- (1) In Rheinland-Pfalz ist gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 des Landesaufnahmegesetzes die Durchführung des AsylbLG den Landkreisen und kreisfreien Städte als Pflichtaufgabe der Selbstverwaltung übertragen. Hiervon ist auch die Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben, umfasst. Mit der Vereinbarung soll die Gesundheitsversorgung dieser Leistungsberechtigten durch eine gesetzliche Krankenkasse übernommen werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Absatz 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Absatz 1 SGB V.

- (2) Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkasse eine professionelle, effiziente und effektive Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Landkreisen und kreisfreien Städten geleistet.

§ 3 Beitritts- und Austrittsrecht der Landkreise und kreisfreien Städte

- (1) Die Landkreise und kreisfreien Städte in Rheinland-Pfalz können dieser Vereinbarung beitreten.
- (2) Der Beitritt ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn schriftlich gegenüber dem MSAGD zu erklären. Die Regelungen dieser Vereinbarungen gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach Eingang der Erklärung beim MSAGD.
- (3) Der Austritt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt ist mit einer dreimonatigen Frist zum Quartalsende ebenfalls schriftlich gegenüber dem MSAGD zu erklären.
- (4) Der Beitritt oder Austritt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt ist den teilnehmenden Krankenkassen durch das MSAGD innerhalb einer Woche schriftlich mitzuteilen.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis der für sie geltenden gesetzlichen Vorschriften zulasten der Landkreise und kreisfreien Städte sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG (vgl. Anlage 1, Buchstabe A und B). Nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Mutterschaftsgeld), Satzungsmehrleistungen (z.B. nach § 11 Abs. 6 SGB V) sowie Leistungen nach dem SGB XI und der Eingliederungshilfe. Die Landkreise und kreisfreien Städte erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die die oder der Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A und B in Anspruch genommen hat.
- (2) Für die in Anlage 1, Buchstabe C, aufgeführten GKV-Leistungen ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber den Landkreisen und kreisfreien Städte zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge schriftlich bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Landkreise und kreisfreien Städte weitergeleitet und dort in eigener Verantwortung entschieden.
- (3) Der Anspruch auf Leistungen im Rahmen des Betreuungsverhältnisses beginnt mit dem Zeitpunkt, von dem an die Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach § 3 AsylbLG (Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG) vorliegen und der Leistungsberechtigte weder in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) im Sinne des § 44 Asylgesetz (AsylG) oder einer Außenstelle untergebracht ist. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Landkreise und kreisfreien Städte. Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) bzw. einer Außenstelle greifen die Regelungen dieser Vereinbarung nicht.
- (4) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Absatz 3 AsylbLG.

§ 5 Meldeverfahren

- (1) Die Landkreise und kreisfreien Städte melden alle Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielgemeinde unverzüglich bei der für sie nach Anlage 5 zuständigen Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.
- (2) Die Landkreise und kreisfreien Städte, die dieser Vereinbarung beigetreten sind, teilen der Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der dieser Vereinbarung als Muster beigefügten Meldevordrucke (Anlagen 2 bis 4) mit:
 - a. Separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V
 - b. An- und Abmeldungen des Haushaltsvorstandes (inklusive der Angehörigen)
 - c. Änderung der Personenstandsdaten (z. B. Namensänderung inklusive Anschriftenänderung)
 - d. Ummeldung vom Haushaltsvorstand zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltsvorstandes (inklusive seiner bisherigen Angehörigen)
 - e. Sonstige Änderungsmeldungen (z. B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)
- (3) Die vorgenannten Meldungen sind von dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt zu unterzeichnen und mit Behördenstempel zu versehen, soweit sie nicht elektronisch übermittelt werden. Voraussetzung für die elektronische Übermittlung ist, dass alle Beteiligten ein einheitliches und verbindliches Verfahren abgestimmt haben.
- (4) Vom zuständigen Landkreis oder von der kreisfreien Stadt ist der zuständigen Krankenkasse für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des oder der Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zur Übermittlung des Lichtbildes wird der kassenindividuelle Anforderungsbogen zur Ausstellung einer eGK genutzt und der Kasse vollständig ausgefüllt mit dem Anmeldevordruck übermittelt. Dieser Anforderungsbogen wird dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt durch die zuständige Krankenkasse blanko zur Verfügung gestellt. Bei Krankenkassen, die keinen kassenindividuellen Anforderungsbogen zur Verfügung stellen, ist das Lichtbild in dem dafür vorgesehenen Feld auf der Anmeldung anzubringen. Zugleich bestätigt der Landkreis oder die kreisfreie Stadt mit der Anmeldung, dass das Lichtbild mit der Identität des oder der Leistungsberechtigten übereinstimmt.
- (5) Sind die Meldungen nach Absatz 2 bis 4 unvollständig, unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an den zuständigen Landkreis oder kreisfreie Stadt zurückgeschickt.

§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC

- (1) Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf 15 Kalendermonate. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten bzw. die Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer/eine Betreuerin im Sinne der §§ 1896 BGB ff möglich. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Leistungsberechtigten werden über die Nutzung und Anwendung der eGK von den Landkreisen und kreisfreien Städten informiert.
- (1) Bei Meldung über den Verlust bzw. den Defekt einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag des zuständigen Landkreises bzw. der kreisfreien Stadt eine neue eGK aus.
- (2) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse vom zuständigen Landkreis bzw. von der kreisfreien Stadt für jeden Leistungsberechtigten 8 Euro. Werden darüber hinaus weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8 Euro an.

§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlungen gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Die Krankenkassen stellen hierzu einen Befreiungsausweis aus. Der Befreiungsausweis wird den Leistungsberechtigten bzw. dessen Betreuer individuell, nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der jeweiligen Kasse zur Verfügung gestellt. Die Leistungsberechtigten werden über die Nutzung und Anwendung des Befreiungsausweises von den Landkreisen und kreisfreien Städten informiert

§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung

- (1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger feststeht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Abmeldung durch den zuständigen Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt bei der zuständigen Krankenkasse. Gleiches gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit des Landkreises oder der kreisfreien Stadt. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 2 bis 4). Mit der Abmeldung ist der Landkreis oder die kreisfreie Stadt verpflichtet, von dem bzw. der Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis anzufordern und an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat der zuständige Landkreis oder die kreisfreie Stadt zu erstatten. Maßgeblich ist der Tag der erstmaligen Leistungsanspruchnahme bzw. der Aufnahmetag.
- (3) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der auftragsweisen Gesundheitsversorgung, obwohl zwischenzeitlich bereits Versicherungspflicht eingetreten ist, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber dem zuständigen Landkreis oder kreisfreien Stadt bestehen. Etwaige Erstattungsansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat der Landkreis oder kreisfreie Stadt gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (4) Verlegt ein Leistungsberechtigter bzw. eine Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort, hat durch den bisher zuständigen Landkreis oder die bisher zuständige kreisfreie Stadt eine Abmeldung bei der bisher betreuenden Krankenkasse zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch die neue zuständige Leistungsbehörde hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen. Voraussetzung ist, dass der aufnehmende

Landkreis oder die aufnehmende kreisfreie Stadt ebenfalls dieser Vereinbarung beigetreten ist.

- (5) Das Betreuungsverhältnis endet mit dem Austritt des Landkreises oder der kreisfreien Stadt aus der Rahmenvereinbarung (§ 3 Abs. 3). Abs. 1 und 2 bleiben davon unberührt.

§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entsprechend der gesetzlichen Regelungen gem. § 275 SGB V. Die Kosten für die Umlage gemäß § 281 SGB V werden in Höhe von 0,83 Euro monatlich pro Leistungsberechtigten bzw. Leistungsberechtigter und pro angefangenem Monat von den jeweils zuständigen Landkreisen oder kreisfreien Städten übernommen.

§ 10 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit den zuständigen Landkreisen und kreisfreien Städten ab.
- (2) Die zuständigen Landkreise und kreisfreien Städte leisten quartalsweise eine Abschlagszahlung je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der am Quartalsersten gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Absatz 3 und Abs. 4. Die Abschlagszahlungen beginnen im zweiten Monat des Beitrittsquartals.
- (3) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt. Eine unterjährige Anpassung der Abschlagszahlung ist vorzunehmen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Abschlagszahlung nicht mehr entsprechen.
- (4) Bis zum 31.12.2016 orientiert sich die Höhe der Abschlagszahlung an den durchschnittlichen Ausgaben für Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt monatlich 200 Euro je Leistungsberechtigtem.
- (5) Die Abschlagszahlungen sind jeweils zum 15.02., 15.05., 15.08. und 15.11. des Jahres zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagszahlung verrechnet werden können.
- (6) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem zu übermitteln:
- Name
 - Vorname
 - Geburtsdatum
 - Krankenversicherungsnummer
 - Aktenzeichen
 - Rechnungsnummer
 - Leistungsaufwendungen von/bis
 - Betrag
 - Leistungsart
 - Leistungsaufwendung gesamt

(7) Die Abrechnungen sind nach folgenden Leistungsarten zu differenzieren:

- Arzneimittel
- Ärztliche Behandlung und Psychotherapie inkl. Gutachterkosten
- Zahnärztliche Leistungen:
 - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1
 - Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen BEMA Teil 2
- Krankenhausbehandlung
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- Soziotherapie
- Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen
- Sozialpädiatrische Leistungen
- Medizinische Rehabilitation für Mütter/Väter
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
- Fahrkosten
- Verwaltungskosten
- Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Kosten für Versichertenkarten (eGK)
- Sprechstundenbedarf

(8) Die Abrechnung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen für diesen Personenkreis erfolgt auf der Grundlage des EBM bzw. des BEMA als Einzelleistungsvergütung in Höhe des regional vereinbarten Punktwertes für die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen.

(9) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung durch Vertragsärzte beteiligt sich der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt gemäß den geltenden Bestimmungen in Rheinland-Pfalz.

(10) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.

(11) Die Vertragsärzte / -zahnärzte und Vertragsärztinnen/-zahnärztinnen rechnen ihre Leistungen quartalsweise über die KV RLP / KZV RLP ab. Die KV RLP / KZV RLP ist berechtigt für die Abrechnung der Leistungen die jeweils gültigen Verwaltungskostensätze von den Vertragsärzten und Vertragsärztinnen zu erheben; es werden keine Verwaltungskosten gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht. Die KV RLP / KZV RLP erstellt für jedes Kalendervierteljahr eine Abrechnung für die Krankenkasse. Der Umfang der Datenlieferung im Rahmen der Rechnungslegung entspricht den Vorgaben des § 295 SGB V; es gelten die vereinbarten Regelungen zum Datenaustausch analog.

(12) Die personenbezogenen Abrechnungen der Leistungsberechtigten werden in einer Sammelrechnung in Papierform zusammengefasst. Die Sammelrechnung weist die Gesamtsumme der Leistungen, der Pauschalen und der Verwaltungskosten sowie die Endsumme aus. Die Endsumme ist unter Berücksichtigung der Vorschusszahlung zum Ablauf des auf die Abrechnung folgenden Kalendermonats an die Krankenkasse zu leisten.

(13) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden dem zuständigen Landkreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V bleibt hiervon unberührt. Die in § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V genannten Anhaltspunkte für Unwirtschaftlichkeit können sich nur auf absolute Ausnahmefälle beziehen, in denen den Landkreisen und kreisfreien Städten konkrete

Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden.

- (14) Krankenkassen, Landkreise und kreisfreie Städte sind sich darüber einig, dass §§ 110 und 111 SGB X keine Anwendung finden. In den Rechtsbeziehungen zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten sowie den Krankenkassen findet ab dem Zeitpunkt der Bestandskraft eines Verwaltungsaktes bzw. eines Urteils die vierjährige Verjährungsfrist des § 113 SGB X Anwendung.

§ 11 Verwaltungskosten

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem.
- (2) Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigtem angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt. Der sich hieraus prozentual berechnete Betrag wird mit dem quartalsweisen Mindestverwaltungskostenaufwand je Leistungsberechtigtem abgeglichen. Der höhere Betrag ist zu erstatten.

§ 12 Widersprüche und Klageverfahren

- (1) Die Krankenkasse entscheidet – sofern sie nach dieser Vereinbarung für die Leistungsentscheidung zuständig ist – über Widersprüche. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse. Der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.
- (2) Der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt ersetzt der Krankenkasse alle anfallenden Verfahrenskosten (Anwalts- und Gerichtskosten) unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse zum Beispiel von einem Gericht zur Übernahme von Behandlungskosten verurteilt wird, sie ein Anerkenntnis abgibt, sie einen Vergleich schließt bzw. einem Widerspruch stattgibt. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der quartalsweisen Abrechnung gemäß § 10 dieser Vereinbarung.

§ 13 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie den zuständigen Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt dem zuständigen Landkreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt.

§ 14 Datenschutz

Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieser Vereinbarung ergebenden Arbeitsteilung sicherzustellen, dass

1. die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung (insbes. § 35 SGB I, §§ 284 ff. SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes Rheinland-Pfalz, Landkreise und kreisfreien Städte und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Landesdatenschutzgesetz Rheinland-Pfalz, Bundesdatenschutzgesetz bzw. Sozialgesetzbuch) erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
2. alle Personen, die mit der Bearbeitung der in der Vereinbarung genannten Tätigkeiten und mit der Erfüllung der sich daraus ergebenden Verpflichtungen befasst sind oder befasst sein können, die unter Ziffer 1 genannten Regelungen und Gesetze kennen und dass bei der Durchführung des Vertrages nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend belehrt, zur Geheimhaltung verpflichtet wurden und auf die Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften hingewiesen sind.

§ 15 Evaluation und Qualitätssicherung

1. Die teilnehmenden Krankenkassen, und das MSAGD vereinbaren regelmäßige Gespräche mit den an dieser Rahmenvereinbarung teilnehmenden Landkreisen und kreisfreien Städten, insbesondere 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.
2. Nach Abrechnung der ersten beiden Quartale wird die Angemessenheit der Verwaltungskosten überprüft. Auf der Basis dieses Evaluationsergebnisses wird eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der Verwaltungskosten als nicht sachgerecht darstellen sollte.

§ 16 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt oder die Auslegung der vorliegenden Vereinbarung werden zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vereinbarungspartnern nach Möglichkeit in gegenseitigem Einvernehmen geregelt.

§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel

- (1) Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vereinbarungspartnern unterzeichneten Nachtrages.
- (2) Sofern einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein sollten oder Auslassungen enthalten, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung gilt diejenige wirksame Bestimmung als vereinbart, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung entspricht. Im Fall von Auslassungen gilt diejenige Bestimmung als vereinbart, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieser Vereinbarung vernünftigerweise vereinbart worden wäre, hätte man die Angelegenheit von vornherein bedacht.
- (3) Die Anlagen 1 bis 5 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 18 Laufzeit der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung der vertragsschließenden Parteien in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 30.06.2016, schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Soweit sich durch neue bundesrechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Vereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Vereinbarung ein. § 3 Abs. 3 bleibt unberührt.
- (4) Unbeschadet des Absatzes 2 kann diese Vereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.

Ort/Datum Mainz, 02.02.2016	Land Rheinland-Pfalz, vertreten durch das MSAGD 
Ort/Datum Eisenberg, 01.02.2016	AOK Rheinland-Pfalz/Saarland 
Ort/Datum Mainz 2.2.16	Barmer GEK 
Ort/Datum Mainz 2.2.16	BKK Landesverband Mitte 
Ort/Datum Mainz, 02/02/16	DAK-Gesundheit 
Ort/Datum Mainz, 2.2.2016	Handelskrankenkasse - hkk 
Ort/Datum Mainz, 2.2.2016	HEK – Hanseatische Krankenkasse 
Ort/Datum Mainz, 2.2.2016	IKK Südwest 
Ort/Datum Kornau, 05.02.2016	Kaufmännische Krankenkasse - KKH 
Ort/Datum Mainz, 02.02.2016	Knappschaft 
Ort/Datum Mainz 2.2.16	Techniker Krankenkasse 