

RAHMENVEREINBARUNG

**zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungs-
pflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbin-
dung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in Niedersachsen**

zwischen

dem Land Niedersachsen,

vertreten durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit

und Gleichstellung,

dieses vertreten durch die Ministerin,

und

der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*),

Hildesheimer Str. 273, 30519 Hannover

dem BKK Landesverband Mitte,

Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

der IKK classic*),

Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover

der Knappschaft*),

Siemensstr. 7, 30173 Hannover

und

den Ersatzkassen

- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **BARMER GEK**
- **DAK-Gesundheit**
- **Kaufmännische Krankenkasse – KKH**
- **HEK – Hanseatische Krankenkasse**
- **Handelskrankenkasse (hkk)**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,

An der Börse 1, 30159 Hannover

*) In Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

Inhalt

Präambel.....	3
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	3
§ 2 Ziel dieser Vereinbarung	3
§ 3 Beitritt der Landkreise und kreisfreien Städte	3
§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs	4
§ 5 Zuständigkeit der Krankenkassen, Meldeverfahren	4
§ 6 Elektronische Gesundheitskarte (eGK).....	5
§ 7 Zuzahlungen, Festzuschüsse für Zahnersatz	6
§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung	7
§ 9 Widersprüche und Klageverfahren	7
§ 10 Verfolgung von möglichen Schadensersatzansprüchen	7
§ 11 Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.....	8
§ 12 Ersatz der Verwaltungskosten	8
§ 13 Abrechnungsverfahren	8
§ 14 Datenschutz	10
§ 15 Qualitätssicherung und Evaluation	10
§ 16 Meinungsverschiedenheiten	11
§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel	11
§ 18 Laufzeit der Vereinbarung	11

Präambel

Nach § 264 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) übernehmen die Krankenkassen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) die Krankenbehandlung, sofern ihnen Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie ihrer Verwaltungsaufwendungen gewährleistet wird.

Mit der Zielsetzung,

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer eGK für den vorgenannten Personenkreis zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und
- die Landkreise und kreisfreien Städte in Niedersachsen von Verwaltungsaufgaben zu entlasten,

schließt das Land Niedersachsen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen diese Rahmenvereinbarung nach § 30 Abs. 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Abs.1 SGB V.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Diese Rahmenvereinbarung 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. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG haben, durch die Krankenkassen.

§ 2 Ziel dieser Vereinbarung

- (1) In Niedersachsen übernehmen gemäß § 2 des Gesetzes zur Aufnahme von Flüchtlingen und zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AufnG) die Landkreise und kreisfreien Städte die Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben. Aufgrund dieser Rahmenvereinbarung kann die Gesundheitsversorgung dieser Leistungsberechtigten durch eine Krankenkasse übernommen werden.
- (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 Beitritt der Landkreise und kreisfreien Städte

- (1) Die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte (einschließlich der Region Hannover) können dieser Rahmenvereinbarung beitreten. Der Beitritt gilt als Vereinbarung nach § 264 Abs. 1 Satz 3 SGB V zwischen dem beitretenden Landkreis oder der beitretenden kreisfreien Stadt und der nach § 5 Abs. (1) zuständigen Krankenkasse.
- (2) Der Beitritt ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn schriftlich gegenüber dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) zu erklären. Die Regelungen dieser Rahmenvereinbarung gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach Eingang der Erklärung beim MS für den beigetretenen Landkreis bzw. die beigetretene kreisfreie Stadt.

- (3) Der Austritt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt ist mit einer dreimonatigen Frist zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MS zu erklären. Nach Eingang der Austrittserklärung beim MS meldet der ausgetretene Landkreis bzw. die ausgetretene kreisfreie Stadt keine Leistungsberechtigten bei der zuständigen Krankenkasse mehr an.
- (4) Der Beitritt oder Austritt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt ist den teilnehmenden Krankenkassen durch das MS unverzüglich anzuzeigen.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis ihrer Vorschriften zu Lasten der Landkreise und kreisfreien Städte. Dabei richtet sich der Leistungsumfang nach §§ 4 und 6 AsylbLG in Verbindung mit Anlage 1 Buchstaben A und B. Ärztliche und zahnärztliche Entscheidungen zum Leistungsumfang im Sinne des Satzes 2 werden von den Landkreisen und kreisfreien Städten gegenüber den Krankenkassen nicht in Frage gestellt.
- (2) Für die in Anlage 1 Buchstabe C aufgeführten Leistungen ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber den Landkreisen und kreisfreien Städten geltend zu machen. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an den zuständigen Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt weitergeleitet und dort in eigener Verantwortung entschieden.
- (3) Die Landkreise und kreisfreien Städte erstatten den Krankenkassen alle Leistungen vollständig, die Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstaben A und B in Anspruch nehmen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis verwehrt werden, dass die Leistung aufschiebbar gewesen wäre.
- (4) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Leistungserbringer nach den gemäß dem SGB V geltenden Grundsätzen entsprechend den bei ihnen jeweils dafür getroffenen Festlegungen.
- (5) Nicht von der Versorgung nach dieser Rahmenvereinbarung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld), Kostenerstattungen im Sinne des § 13 Abs. 2 SGB V sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Satzungsleistungen der Krankenkassen und Leistungen, die ihrer Art nach von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erbracht werden (z. B. Fremdsprachendolmetscherkosten), sind nicht Bestandteil des Leistungsanspruchs gegenüber den Krankenkassen.
- (6) Der Anspruch auf Leistungen aufgrund dieser Rahmenvereinbarung 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 nicht mehr in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht ist. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Landkreise und kreisfreien Städte.
- (7) Während der Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung greifen die Regelungen dieser Rahmenvereinbarung nicht.
- (8) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Abs. 3 AsylbLG. Die Prüfung und Feststellung des Anspruchsendes erfolgt durch die Landkreise und kreisfreien Städte.

§ 5 Zuständigkeit der Krankenkassen, Meldeverfahren

- (1) Die regionale Zuständigkeit der Krankenkassen für die Leistungsberechtigten nach dieser Rahmenvereinbarung wird entsprechend deren Marktanteilen in Niedersachsen aufgeteilt.

Dazu erfolgt eine Zuordnung von Landkreisen und kreisfreien Städten zu Krankenkassen. Die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarte Zuordnung wird dieser Rahmenvereinbarung als Anlage 2 beigelegt. Die hiernach für einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt zuständige Krankenkasse gilt als vom Land zur Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG für diesen Landkreis oder diese kreisfreie Stadt gemäß § 264 Abs. 1 Satz 2 SGB V aufgefordert. Bei wesentlicher Veränderung der Marktanteile vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf Antrag eines Landesverbandes oder des Verbandes der Ersatzkassen e. V. einvernehmlich eine Anpassung der Anlage 2 mit der Zuordnung von Landkreisen oder kreisfreien Städten zu Krankenkassen mit Wirkung für danach erstmals anzumeldende Leistungsberechtigte.

- (2) Die Landkreise und kreisfreien Städte, die dieser Rahmenvereinbarung beigetreten sind, melden die Leistungsberechtigten zum Beitrittsbeginn (§ 3 Abs. (2) Satz 2) bzw. nach Ankunft im Zielort unverzüglich bei der zuständigen Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen. Für jeden Leistungsberechtigten ist für jeden Meldetatbestand ein separater Meldevordruck nach den Anlagen 3 bis 5 zu dieser Rahmenvereinbarung zu verwenden. Stellt die zuständige Krankenkasse dem beitretenden Landkreis bzw. der beitretenden kreisfreien Stadt Dateien für die Meldevordrucke in ausfüllbarem pdf-Format bzw. Dateiformat zur Verfügung, sind diese zur Erstellung der Meldungen zu verwenden. Wenn die zuständige Krankenkasse abweichende Meldevordrucke zur Verfügung stellt, sind diese von dem beitretenden Landkreis bzw. der beitretenden kreisfreien Stadt zu nutzen.
- (3) Die Landkreise und kreisfreien Städte teilen der zuständigen Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der Meldevordrucke nach Absatz (2) mit:
 - a. Separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V, es sei denn, die zuständige Krankenkasse verzichtet darauf
 - b. An- und Abmeldungen der Leistungsberechtigten
 - c. Änderung der Personenstandsdaten (z. B. Namensänderung, Anschriftenänderung)
 - d. Ummeldung vom Haushaltsvorstand zum Familienangehörigen eines anderen Haushaltsvorstandes (inklusive seiner bisherigen Angehörigen)
 - e. Sonstige Änderungsmeldungen (z. B. An- und Abmeldungen einzelner Familienangehöriger)
- (4) Die Meldungen der Landkreise und kreisfreien Städte müssen die in den Meldevordrucken (Absatz (2)) vorgesehenen personenbezogenen Daten und sonstigen Angaben enthalten (soweit zutreffend) und sind grundsätzlich so auszufüllen, dass sie beleglesefähig sind. Sind die Meldungen unleserlich, unvollständig oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an den absendenden Landkreis oder die absendende kreisfreie Stadt zurückgeschickt.
- (5) Sobald die Voraussetzungen für ein elektronisches Meldeverfahren zur Verfügung stehen, nehmen das MS und die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Verband der Ersatzkassen e. V. Gespräche mit dem Ziel auf, die An-, Ab- und Veränderungsmeldungen auf Papierbelegen durch elektronische Meldungen zu ersetzen und diese Rahmenvereinbarung entsprechend anzupassen. Das gilt auch für den Fall, dass das Meldeverfahren durch die Partner der Rahmenempfehlung auf Bundesebene abweichend zu dieser Rahmenvereinbarung geregelt wird.

§ 6 Elektronische Gesundheitskarte (eGK)

- (1) Auf dem Anmeldevordruck ist der Krankenkasse von dem meldenden Landkreis bzw. von der meldenden kreisfreien Stadt für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Stellt die Krankenkasse gesonderte Lichtbildbögen zur Verfügung, sind diese von dem meldenden

Landkreis bzw. von der meldenden kreisfreien Stadt zu verwenden und mit den personenbezogenen Daten zu versehen. Ermöglicht die Krankenkasse die Übermittlung digitalisierter Lichtbilder, sind diese von dem meldenden Landkreis bzw. der meldenden kreisfreien Stadt unter Angabe einer eindeutigen Ordnungsnummer zu übermitteln. Zugleich bestätigt der meldende Landkreis bzw. die meldende kreisfreie Stadt mit der Anmeldung bzw. auf dem Lichtbildbogen, dass das Lichtbild mit dem Leistungsberechtigten übereinstimmt, dessen personenbezogene Daten genannt wurden.

- (2) Für jeden angemeldeten Leistungsberechtigten nach dieser Rahmenvereinbarung wird eine eGK (ohne EHIC) mit besonderer Statuskennzeichnung nach § 291 Abs. 2 SGB V ausgegeben. Die Gültigkeitsdauer der eGK wird auf längstens 24 Kalendermonate befristet, sofern ein Leistungsberechtigter nicht zeitgleich mit Übersendung der Anmeldung mittels Abmeldung zu einem früheren Zeitpunkt abgemeldet wird. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer gemäß der §§ 1896 ff. BGB möglich.
- (3) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von dem zuständigen Landkreis bzw. der zuständigen kreisfreien Stadt für jeden Leistungsberechtigten 10,00 Euro. Werden darüber hinaus beispielsweise aufgrund von Ablauf oder Verlust weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8,00 Euro an.
- (4) Zur Sicherstellung einer nahtlosen Krankenbehandlung im Zeitraum von der Anmeldung des Leistungsberechtigten bis zum Erhalt der eGK stellt die zuständige Krankenkasse auf Anforderung des Leistungsberechtigten oder des dieser Rahmenvereinbarung beigetretenen Landkreises bzw. der dieser Rahmenvereinbarung beigetretenen kreisfreien Stadt Abrechnungsscheine (Muster 5 der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung – Anlage 2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bzw. Anspruchsnachweise für die ärztliche bzw. zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Stellt die Krankenkasse dem Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt Blanko-Abrechnungsscheine oder -Anspruchsnachweise zur Verfügung, sind diese zu verwenden. In diesem Fall darf ein Abrechnungsschein bzw. Anspruchsnachweis von dem Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt im Auftrag der zuständigen Krankenkasse nur ausgestellt werden, wenn unverzüglich eine Anmeldung bei der zuständigen Krankenkasse erfolgt bzw. eine Anmeldung bereits erfolgt ist. Leistungen, die aufgrund dieser Abrechnungsscheine bzw. Anspruchsnachweise erbracht werden, werden der Krankenkasse von dem ausstellenden Landkreis bzw. der ausstellenden kreisfreien Stadt auch dann erstattet, wenn der Leistungsberechtigte gleich aus welchem Grunde ganz oder teilweise nicht für den Zeitraum der Leistungsanspruchnahme bei der benannten Krankenkasse gemeldet wird.
- (5) Die dieser Rahmenvereinbarung beigetretenen Landkreise und kreisfreien Städte stellen die Aufklärung der Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK und ggf. des Abrechnungsscheines oder des Anspruchsnachweises sicher.

§ 7 Zuzahlungen, Festzuschüsse für Zahnersatz

- (1) Die Leistungsberechtigten nach dieser Rahmenvereinbarung haben keine Zuzahlungen im Sinne des § 61 SGB V zu leisten. Die Krankenkasse stellt hierzu einen Befreiungsausweis aus, sofern nicht bereits durch die eGK die Zuzahlungsbefreiung dokumentiert ist. Der Befreiungsausweis wird den Leistungsberechtigten bzw. den Betreuern gemäß der §§ 1896 ff. BGB nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der zuständigen Krankenkasse zur Verfügung gestellt.
- (2) Die Leistungsberechtigten nach dieser Rahmenvereinbarung haben bei Zahnersatz-Reparaturen Anspruch auf den doppelten Festzuschuss im Sinne des § 55 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 1 SGB V.

§ 8 Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung

- (1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG feststeht, erfolgt unverzüglich eine Abmeldung der Leistungsberechtigten durch den zuständigen Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt bei der Krankenkasse. Gleiches gilt beim Austritt eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt nach § 3 Abs. (3) sowie bei Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit eines Landkreises bzw. einer kreisfreien Stadt. Hierzu sind die Meldevordrucke nach § 5 Abs. (2) zu verwenden. Mit der Abmeldung ist der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt verpflichtet, von dem Leistungsberechtigten die eGK und den Ausweis über die Befreiung von Zuzahlungen einzuziehen.
- (2) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort in einen anderen Landkreis bzw. eine andere kreisfreie Stadt, hat durch den bisher zuständigen Landkreis bzw. durch die bisher zuständige kreisfreie Stadt eine Abmeldung bei der bisher zuständigen Krankenkasse zu erfolgen. Eine Anmeldung durch den neuen zuständigen Landkreis bzw. die neue zuständige kreisfreie Stadt hat entsprechend den Regelungen dieser Rahmenvereinbarung bei der (neuen) zuständigen Krankenkasse zu erfolgen, wenn der neue zuständige Landkreis bzw. die neue zuständige kreisfreie Stadt dieser Rahmenvereinbarung beigetreten ist.
- (3) Eine Abmeldung bei der nach dieser Rahmenvereinbarung zuständigen Krankenkasse und eine Anmeldung bei der gewählten Krankenkasse ist auch vorzunehmen, wenn sich die Rechtsgrundlage für die Übernahme der Krankenbehandlung von § 264 Abs. 1 SGB V auf § 264 Abs. 2 SGB V ändert.
- (4) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat der bisher zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt zu erstatten.
- (5) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der auftragsweisen Gesundheitsversorgung, obwohl zwischenzeitlich bereits ein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber dem zuständigen Landkreis bzw. der zuständigen kreisfreien Stadt bestehen. Etwaige Erstattungsansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherung originär zuständigen Krankenkasse hat der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.

§ 9 Widersprüche und Klageverfahren

- (1) Die Krankenkasse entscheidet – sofern sie nach dieser Rahmenvereinbarung für die Leistungsentscheidung zuständig ist – über Widersprüche. Dementsprechend richten sich Klagen vor den Sozialgerichten ebenfalls gegen die Krankenkasse. Der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.
- (2) Der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt erstattet der Krankenkasse alle anfallenden Verfahrenskosten (außergerichtliche und gerichtliche Kosten) 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 § 13 dieser Vereinbarung.

§ 10 Verfolgung von möglichen Schadensersatzansprüchen

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsberechtigte nach dieser Rahmenvereinbarung aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt.

§ 11 Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Gesundheitsversorgung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) entsprechend den gesetzlichen Regelungen. Die Kosten hierfür werden mit 10,00 Euro jährlich (Stichtag 1. Juli) pro Leistungsberechtigtem von den jeweils zuständigen Landkreisen bzw. kreisfreien Städten abgegolten.

§ 12 Ersatz der Verwaltungskosten

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse auftragsweise zu übernehmende Krankenbehandlung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,00 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem.
- (2) Die zu erstattenden prozentualen Verwaltungskosten werden quartalsweise auf Basis der von der Krankenkasse im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigtem abgerechneten Leistungsaufwendungen ermittelt. Der sich hieraus ergebende Betrag wird mit dem quartalsweisen Mindestverwaltungskostenbetrag je Leistungsberechtigtem abgeglichen; der höhere Betrag ist zu erstatten.

§ 13 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Aufwendungen quartalsweise mit dem zuständigen Landkreis bzw. der zuständigen kreisfreien Stadt ab.
- (2) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigten anzugeben:
 - a. Name, Vorname und Geburtsdatum
 - b. Leistungsaufwendungen von/bis nach Leistungsarten mit Betrag
 - c. Leistungsaufwendungen insgesamt
 - d. Kosten für die Ausstellung von elektronischen Gesundheitskarten
 - e. Pauschale Kosten der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
 - f. Verfahrenskosten bei Widersprüchen und Klagen
 - g. Verwaltungskosten
 - h. Gesamtbetrag
- (3) Die Abrechnungen je Leistungsberechtigten werden in einer Sammelabrechnung je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt unter Abzug geleisteter Abschlagszahlungen nach Absatz (5) zusammengefasst.
- (4) Die Gesamtaufwendungen sind der Krankenkasse innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der Abrechnung beim Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt zu erstatten, und zwar auch dann, wenn im Ausnahmefall eine Prüfung der Angemessenheit von Aufwendungen nach Absatz (12) Satz 2 verlangt wird. Bei Zahlungsverzug werden nicht gezahlte Beträge vom

Tage nach der Fälligkeit nach Satz 1 bis zum Ablauf des Kalendermonats vor Zahlungseingang bei der Krankenkasse mit 4 v. H. verzinst. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse dem zuständigen Landkreis bzw. der zuständigen kreisfreien Stadt nach Mitteilung der Bankverbindung und des Kassenzeichens, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagszahlung verrechnet werden können.

- (5) Der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt leistet quartalsweise Abschlagszahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der am Quartalsersten gemeldeten Anzahl der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V mit dem Abschlagsbetrag nach Abs. (6). Die Abschlagszahlungen beginnen im zweiten Monat des Beitrittsquartals.
- (6) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt. Bis zum 31.12.2016 beträgt die Abschlagszahlung 600,00 Euro je Leistungsberechtigtem und Quartal.
- (7) Die Abschlagszahlungen sind jeweils zum 15. des zweiten Monats eines Quartals zu leisten. Absatz 4 gilt entsprechend.
- (8) Für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen erstattet der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt der zuständigen Krankenkasse den Betrag, mit dem diese für Leistungsberechtigte nach dieser Rahmenvereinbarung belastet wird. Die Abrechnung der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen für Leistungsberechtigte nach dieser Rahmenvereinbarung erfolgt seitens der Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) als Einzelleistungsvergütung in Höhe des vereinbarten Punktwertes für die tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen.
- (9) Zur Abgeltung des ärztlichen und zahnärztlichen Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfstoffkosten entsprechend den Vereinbarungen auf Landesebene) erstattet der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt für Leistungsberechtigte nach dieser Rahmenvereinbarung den Betrag, mit dem die zuständige Krankenkasse dafür als Umlage belastet wird.
- (10) Für Hilfsmittel erstattet der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt der zuständigen Krankenkasse den Betrag, mit dem diese aufgrund der für sie jeweils geltenden vertraglichen Regelungen mit Leistungserbringern belastet wird. Das einem Leistungsberechtigten nach dieser Rahmenvereinbarung leihweise überlassene Hilfsmittel bleibt Eigentum der Krankenkasse bzw. des Leistungserbringers, wenn es nicht mehr benötigt wird bzw. die Leistungsberechtigung nach dieser Rahmenvereinbarung endet.
- (11) Ist bei der zuständigen Krankenkasse für die Versorgung von Leistungsberechtigten ein sogenannter Hilfsmittelpool für wiederverwendbare Hilfsmittel nach § 33 Abs. 5 SGB V eingerichtet, können hieraus auch Leistungsberechtigte nach dieser Rahmenvereinbarung entsprechend den Grundsätzen für die Versicherten dieser Krankenkasse versorgt werden. Die Entscheidung hierüber trifft die zuständige Krankenkasse im Ermessen für jeden einzelnen Antrag. Der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt erstattet der Krankenkasse für ein leihweise an den Leistungsberechtigten überlassenes wiedereingesetztes Hilfsmittel 40 v. H. des Neupreises eines solchen Hilfsmittels sowie ggf. anfallende Auslieferungs-, Wiedereinsatz- und Reparaturpauschalen/-kosten. Der Erstattungsbetrag in Höhe von 40 v. H. des Neupreises wird nur dann berechnet, wenn das Hilfsmittel nicht älter als vier Jahre ist. Steht ein benötigtes Hilfsmittel zum Wiedereinsatz nicht zur Verfügung, beschafft die zuständige Krankenkasse ein neues Hilfsmittel. Der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt erstattet der Krankenkasse für ein leihweise an den Leistungsberechtigten überlassenes neues Hilfsmittel den Kaufpreis sowie ggf. anfallende Auslieferungs- und Reparaturpauschalen/-kosten.

- (12) Belege über die Leistungsaufwendungen werden dem zuständigen Landkreis bzw. der zuständigen kreisfreien Stadt im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. Wenn im absoluten Ausnahmefall konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden, kann der zuständige Landkreis bzw. die zuständige kreisfreie Stadt unter schriftlicher Darlegung der Anhaltspunkte verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.
- (13) Die §§ 110 und 111 SGB X finden auf Erstattungsansprüche nach dieser Rahmenvereinbarung keine Anwendung.
- (14) Die Ansprüche der Krankenkassen verjähren in vier Jahren nach Ablauf des Jahres, in dem entweder die Leistung vom Leistungsberechtigten in Anspruch genommen worden ist oder ein Verwaltungsakt bzw. ein Urteil zu dem Leistungsanspruch Bestandskraft erlangt hat.

§ 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. Sozialgesetzbuch SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes Niedersachsen, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Niedersächsisches Datenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz bzw. Sozialgesetzbuch) erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
2. alle Personen, die mit der Bearbeitung der in dieser Rahmenvereinbarung genannten Tätigkeiten und mit der Erfüllung der sich daraus ergebenden Verpflichtungen befasst sind oder befasst sein können, die unter Nummer 1 genannten Regelungen und Gesetze kennen und dass bei der Durchführung der Rahmenvereinbarung nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend belehrt, zur Geheimhaltung verpflichtet wurden und auf die Straf- und Ordnungswidrigkeitsvorschriften hingewiesen sind.

§ 15 Qualitätssicherung und Evaluation

- (1) Die Partner dieser Rahmenvereinbarung führen insbesondere zu Beginn regelmäßig Gespräche durch, um die Umsetzung zu begleiten und auftretende grundsätzliche Fragestellungen zu klären (z. B. zum Leistungsumfang und zum Melde- und Abrechnungsverfahren). Hieran können nach Abstimmung mit dem MS auch Vertreter des Niedersächsischen Landkreistages e. V., des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebundes e. V. und des Niedersächsischen Städtetages e. V. oder Vertreter von dieser Rahmenvereinbarung beigetretenen Landkreisen oder kreisfreien Städten teilnehmen.
- (2) Nach Abrechnung der ersten vier Quartale nach dieser Rahmenvereinbarung wird die Angemessenheit der Verwaltungskosten überprüft. Auf der Basis dieses Evaluationsergebnisses wird eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der in dieser Rahmenvereinbarung vorgesehenen Verwaltungskosten als nicht sachgerecht darstellen sollte.

§ 16 Meinungsverschiedenheiten

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

§ 17 Schriftformerfordernis und Salvatorische Klausel

- (1) Alle Änderungen oder Ergänzungen dieser Rahmenvereinbarung einschließlich dieser Klausel bedürfen zu ihrer Wirksamkeit eines von den Vereinbarungspartnern unterzeichneten Nachtrages.
- (2) Sofern einzelne Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung 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 sind Bestandteil dieser Vereinbarung.

§ 18 Laufzeit der Vereinbarung

- (1) Diese Rahmenvereinbarung tritt am 01.04.2016 in Kraft.
- (2) Diese Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals, frühestens jedoch zum 31.03.2017, schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Im Fall einer Kündigung nach Absatz (2) bleiben die Krankenkassen zur Übernahme der Krankenbehandlung für angemeldete Leistungsberechtigte nach § 1 bis zum Ablauf der Kündigungsfrist verpflichtet.
- (4) Soweit sich durch neue rechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Rahmenvereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Rahmenvereinbarung ein.
- (5) Unbeschadet des Absatzes (2) kann diese Rahmenvereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen der Vereinbarungspartner jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist geändert oder beendet werden.

Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V für Niedersachsen

<p>Ort/Datum</p> <p>Hannover, 14.03.2016</p>	<p>Land Niedersachsen, vertreten durch das MS i.A.</p> <p><i>Claudia Schwörz</i></p>
<p>Ort/Datum</p> <p>Hannover, 14.03.2016</p>	<p>AOK - Die Gesundheitskasse für Nieder- sachsen</p> <p><i>Jan Anz</i></p>
<p>Ort/Datum</p> <p>Hannover, 14.03.2016</p>	<p>BKK Landesverband Mitte Regionalvertretung Niedersachsen, Bre- men, Sachsen-Anhalt</p> <p><i>Roland Finnam</i></p>
<p>Ort/Datum</p> <p>Hannover, 14.03.2016</p>	<p>IKK classic</p> <p><i>Hankel</i></p>
<p>Ort/Datum</p> <p>Hannover, 14.03.2016</p>	<p>Knappschaft</p> <p><i>Stanz</i></p>
<p>Ort/Datum</p> <p>Hannover, 14.03.2015</p>	<p>Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Der Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen</p> <p><i>Meinam</i></p>