

RAHMENVEREINBARUNG

zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§ 1,1a Asylbewerberleistungsgesetz
in Schleswig-Holstein

zwischen

dem Land Schleswig-Holstein

vertreten durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (MSGWG),

dieses vertreten durch die Ministerin

- nachstehend **Land** -

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

AOK NordWest – Die Gesundheitskasse –

Novitas BKK

IKK Nord

Knappschaft

sowie den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER GEK

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

- nachstehend **Krankenkassen** genannt

Präambel

Nach den Regelungen des § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V wird die Krankenbehandlung 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 den Kreisen und kreisfreien Städten geltend machen. Soweit die Kreise die Durchführung des AsylbLG gemäß § 1 Absatz 2 AsylbLGAG SH an kreisangehörige Städte, Ämter oder kreisangehörigen Gemeinden übertragen haben, ist der Leistungsanspruch dort geltend zu machen.

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

Mit der Zielsetzung

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer eGK zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung zu erhöhen und
- die Kreise, kreisfreien Städte, kreisangehörigen Städte, Ämter und amtsfreien Gemeinden nachhaltig von Verwaltungsaufgaben zu entlasten

hat das Land die Krankenkassen gebeten, die Betreuung dieses Personenkreises zu übernehmen.

Aus diesen Gründen schließen die Krankenkassen mit dem Land Schleswig Holstein – vertreten durch das MSGWG - eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Absatz 2 SGB IV ab.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich grundsätzlich alle Krankenkassen an der Vereinbarung beteiligen sollen und eine gleichgewichtige Verteilung der zu betreuenden Personen auf die Krankenkassen anzustreben ist. Aus verwaltungsökonomischen Gründen wird eine Zuordnung der einzelnen Kostenträger zu je einer teilnehmenden Krankenkasse angestrebt.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

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

§ 2 Ziel dieser Vereinbarung

- (1) In Schleswig-Holstein übernehmen gemäß § 1 des Ausführungsgesetzes des Asylbewerberleistungsgesetzes die Kreise und kreisfreien Städte als Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben. Mit der Vereinbarung soll die Krankenbehandlung dieser Leistungsberechtigten durch eine 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 Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Kreisen und kreisfreien Städten, kreisangehörigen Städten, Ämtern und amtsfreien Gemeinden im Rahmen der jeweiligen Aufgabenverteilung nach § 1 Absatz 2 AsylbLGAG SH (nachfolgend „Kreise und kreisfreie Städte“) geleistet.

§ 3 Flächendeckend geltende Vereinbarung

Das Land stellt im Wege des fachlichen Weisungsrechts landesweit einheitliche Umsetzung der Vereinbarung in Schleswig-Holstein sicher.

§ 3a Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen

- (1) Krankenkassen, die noch nicht Vertragspartner dieser Rahmenvereinbarung sind, zeigen ihren Beitritt unmittelbar gegenüber dem Land an.
- (2) Die beigetretene Krankenkasse nimmt mit Beginn des auf die Anzeige folgenden Quartals an dieser Vereinbarung teil.
- (3) Das Land teilt Beitritte den Kreisen und kreisfreien Städten mit.

§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Kreise und kreisfreien Städte sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Nicht von der Versorgung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Kreise und kreisfreien Städte erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsrechte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A und B in Anspruch genommen hat.
- (2) Für die in Anlage 1, Buchstabe C, aufgeführten genehmigungspflichtigen GKV-Leistungen, ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber den Kreisen und kreisfreien Städten zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Kreise 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 Leistungsrechte nicht mehr in einer Aufnahmereinrichtung des Landes nach § 5 AufnVO untergebracht ist. § 5 Absatz 6 dieser Vereinbarung ist zu beachten. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Kreise und kreisfreien Städte. Während der Unterbringung in einer in einer Aufnahmereinrichtung des Landes nach § 5 AufnVO 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 Kreise und kreisfreien Städte melden die Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielkommune unverzüglich bei einer teilnehmenden Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.
- (2) Das Land und die Krankenkassen einigen sich auf eine gleichmäßige Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Krankenkassen.
- (3) Die Kreise und kreisfreien Städte, 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 Absatz 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)
- (4) Die vorgenannten Meldungen sind vom zuständigen Kreis oder der zuständigen 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.
 - (5) Auf dem Anmeldevordruck ist der Krankenkasse vom zuständigen Kreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen. Zugleich bestätigt der Kreis oder die kreisfreie Stadt mit der Anmeldung, dass das Lichtbild mit der Identität des Leistungsberechtigten übereinstimmt.
 - (6) Sind die Meldungen unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an den zuständigen Kreis oder die zuständige kreisfreie Stadt zurückgeschickt.

§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne EHIC

- (1) Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf die nach AsylbLG vorgesehene Dauer des Leistungsanspruchs (*15 Kalendermonate*). Sie wird ohne die EHIC ausgestellt. Der Versand der eGK erfolgt an den Leistungsberechtigten. Darüber hinaus ist ein Versand nur an einen Betreuer im Sinne der §§ 1896 BGB ff möglich. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen den Kreisen und kreisfreien Städten Abrechnungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Kreise und kreisfreien Städte stellen sicher, dass sie die Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK informieren.
- (2) Beim erstmaligen Abhandenkommen oder bei erstmaliger Meldung eines Defekts einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag des Leistungsberechtigten eine neue eGK aus.
- (3) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen kreisfreien Stadt oder der dem zuständigen Kreis für jeden Leistungsberechtigten 10,00 Euro. Damit ist auch die Ausstellung einer weiteren Karte, z. B. bei Verlust oder Ablauf, abgegolten. Werden darüber hinaus weitere Karten benötigt, fallen je Karte 8,00 Euro an.

§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlung gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Die Krankenkassen stellen hierfür einen Befreiungsausweis aus. Der Befreiungsausweis wird den Leistungsberechtigten individuell, nach den technischen und prozessualen Möglichkeiten der jeweiligen Kasse zur Verfügung gestellt.

§ 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 die zuständige kreisfreie Stadt, das zuständigen Amt oder die amtsfreie Gemeinde bei der Krankenkasse. Gleiches gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit des Kreises bzw. der kreisfreien Stadt. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 2 bis 4). Mit der Abmeldung ist die Kommune verpflichtet, von dem Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln.
- (2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt zu erstatten.
- (3) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der auftragsweisen Krankenbehandlung, obwohl zwischenzeitlich bereits Versicherungspflicht eingetreten ist, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber dem zuständigen Kreis bzw. der kreisfreien Stadt bestehen. Etwaige Ersatzansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat der Kreis oder die kreisfreie Stadt gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (4) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnort außerhalb der Zuständigkeit des zuständigen Kreises oder der zuständigen kreisfreien Stadt, hat durch die bisher zuständige kreisfreie Stadt, das zuständigen Amt oder die amtsfreie Gemeinde eine Abmeldung bei der bisher betreuenden Krankenkasse zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch die neue zuständige Kommune hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen.

§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) entsprechend der gesetzlichen Regelungen. Die Kosten für die Umlage gemäß § 281 SGB V werden in Höhe von 10,00 Euro jährlich (Stichtag 1. Juli) pro Leistungsberechtigten von den jeweils zuständigen Kreisen und kreisfreien Städten übernommen.

§ 10 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit dem zuständigen Kreis oder der kreisfreien Stadt ab.
- (2) Der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt leistet monatlich Abschlagzahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multi-

plikation der am Monatsersten gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Absatz 3.

- (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 der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt damit monatlich 200,00 Euro je Leistungsberechtigtem.
- (5) Die Abschlagzahlungen sind jeweils zum Zehnten eines Monats zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse dem zuständigen Kreis bzw. der kreisfreien Stadt auf Antrag, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagzahlung 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 einzelnen Leistungsarten zu differenzieren:
 - Arzneimittel
 - Ärztliche Behandlung (jeweils getrennt nach morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und extrabudgetären Leistungen)
 - Zahnärztliche Leistungen:
 - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1
 - Kieferbruch/Kiefergelenkerkrankungen BEMA Teil 2
 - Parodontosebehandlungen BEMA Teil 4
 - Kieferorthopädische Leistungen BEMA Teil 3
 - Krankenhausbehandlung
 - Heilmittel
 - Hilfsmittel
 - Häusliche Krankenpflege
 - Soziotherapie
 - Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

- Psychotherapie
 - Sozialpädiatrische Leistungen
 - Medizinische Rehabilitation für Mütter
 - Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
 - Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär)
 - Fahrtkosten
 - Gutachterkosten Zahnärzte im Rahmen Kieferorthopädie oder Parodontosebehandlung
 - Gutachterkosten Psychotherapie
 - Verwaltungskosten
 - Kosten für Medizinischen Dienst der Krankenkassen
 - Kosten für Versichertenkarten (eGK)
 - Sprechstundenbedarf
- (8) Die Abrechnung der budgetierten ärztlichen Leistungen erfolgt für diesen Personenkreis – analog des Verfahrens für Betreute nach § 264 Absatz 2 SGB V – in Höhe des sich aus der tatsächlichen Inanspruchnahme ergebenden durchschnittlichen Betrages.
- (9) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung von Vertragsärzten beteiligt sich der zuständige Kostenträger an der Umlage der Krankenkassen(verbände).
- (10) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.
- (11) 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 zum Ablauf des auf die Abrechnung folgenden Kalendermonats unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Abschlagszahlungen an die Krankenkasse zu leisten.
- (12) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden dem zuständigen Kreis oder die kreisfreien Stadt im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. § 264 Absatz 7 Satz 3 SGB V bleibt hiervon unberührt. Die in § 264 Absatz 7 Satz 3 SGB V genannten Anhaltspunkte für Unwirtschaftlichkeit können sich nur auf absolute Ausnahmefälle beziehen, in denen den Kreisen 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.
- (13) Krankenkassen und Kreise und kreisfreie Städte sind sich darüber einig, dass §§ 110, 111 und 113 SGB X keine Anwendung finden. In den Rechtsbeziehungen zwischen Kostenträgern und Krankenkassen findet ab dem Zeitpunkt der Bestandskraft eines Verwaltungsaktes bzw. eines Urteils die dreijährige Verjährungsfrist des BGB Anwendung.

§ 11 Verwaltungskosten

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet der zuständige Kreis oder die kreisfreie Stadt Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen, mindestens jedoch 10,00 EUR pro angefangenem Betreuungsmonat je Leistungsberechtigtem.
- (2) Die zu erstattenden Verwaltungskosten werden quartalsweise anhand der im jeweiligen Quartal pro Leistungsberechtigtem angefallenen Leistungsaufwendungen ermittelt. Maßgeblich für die Quartalszuordnung der Leistungsaufwendungen ist der Tag der Abrechnung. 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 Kreis oder die kreisfreie Stadt als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.
- (2) Der Kreis oder die 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 Kreis oder die kreisfreie Stadt. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie den zuständigen Kreis oder die kreisfreie Stadt zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt dem Kreis oder der 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. Sozialgesetzbuch SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstigen öffentlichen Stellen des Landes und der Kommunen sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Datenschutzgesetz Schleswig-Holstein, bzw. Bundesdatenschutzgesetz) 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) Krankenkassen und Kreise bzw. kreisfreie Städte vereinbaren regelmäßige Gespräche 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 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 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 zwölf Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum 31.07.2016, schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Im Fall einer Kündigung nach Absatz 2 bleiben die Krankenkassen zur Krankenbehandlung für zum Zeitpunkt der Kündigung bereits angemeldete Leistungsberechtigte nach § 1 verpflichtet. Die Kreise und kreisfreien Städte melden nach Eingang der Kündigung keine weiteren Leistungsberechtigten an.
- (4) Unbeschadet des Absatzes 2 kann diese Vereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist beendet werden.
- (5) Soweit sich durch bundesrechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Vereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Vereinbarung ein. Unmittelbar geltende rechtliche Vorgaben werden unverzüglich umgesetzt. § 17 bleibt unberührt.