RAHMENVEREINBARUNG

zur Übernahme der Krankenbehandlung für Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes sind, gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 Satz 1 SGB V

zwischen

dem Land Brandenburg

vertreten durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF),

dieses vertreten durch die Ministerin

- nachstehend MASGF -

und

den nachfolgenden Krankenkassen und Ersatzkassen in Brandenburg

AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,

DAK - Gesundheit,

Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus

Brandenburgische BKK,

BKK Verkehrsbau Union,

BAHN - BKK und

Siemens - Betriebskrankenkasse

- 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 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) auftragsweise von der Krankenkasse übernommen. Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistungen 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 Landkreisen und kreisfreien Städten, denen die Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetz als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung nach dem Landesaufnahmegesetz übertragen ist, geltend machen.

Die vertragsschließenden Parteien sind sich einig, dass auch für den Personenkreis der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG sind, durch die Übertragung auf die an dieser Vereinbarung beteiligten Krankenkassen ein landesweit einheitliches Verfahren der Gesundheitsversorgung geschaffen wird.

Mit der Zielsetzung landesweit

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung zu erhöhen und
- die Kreise und kreisfreien Städte 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 Brandenburg - vertreten durch das MASGF - eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Absatz 1 Satz 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 möglichst gleichmäßige 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. Das Erreichen einer flächendeckenden Zuordnung im Land Brandenburg ist grundlegende Voraussetzung für die Durchführung dieses Verfahrens.

§ 1 Gegenstand der Vereinbarung

Die Vereinbarung regelt die auftragsweise Krankenbehandlung 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. Die Organisation der Krankenbehandlung wird durch die teilnehmenden Krankenkassen nach Maßgabe dieser Vereinbarung übernommen.

§ 2 Ziel dieser Vereinbarung

- (1) In Brandenburg ist gemäß § 2 Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit § 3 Absatz 1 des Landesaufnahmegesetzes die Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes den Landkreisen und kreisfreien Städten (kommunalen Aufgabenträgern) als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung übertragen. Die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG, die Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG haben, wird mit der Vereinbarung durch die Krankenkassen übernommen. Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Absatz 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Absatz 1 Satz SGB V.
- (2) Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkassen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Betreuung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Landkreisen und kreisfreien Städten geleistet.
- (3) Das Land stellt durch die landesweit einheitliche Umsetzung dieser Vereinbarung die gesetzmäßige Aufgabenerfüllung der Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG nach dem Landesaufnahmegesetz sicher. Sämtliche, im Rahmen der pflichtgemäßen Aufgabenwahrnehmung nach dieser Vereinbarung an die jeweiligen Krankenkassen geleisteten Zahlungen der Landkreise und kreisfreien Städte sind daher notwendige tatsächliche Aufwendungen im Sinne des Erstattungstatbestandes (§ 15 Abs. 1 des Landesaufnahmegesetzes). Diese werden auf Grundlage der einschlägigen landesrechtlichen Bestimmungen (Erstattungsverordnung zum LAufnG) erstattet.

§ 3 Beitritt der Landkreise und kreisfreien Städte

- (1) Die Landkreise und kreisfreien Städte treten dieser Vereinbarung bei. Dadurch werden die Regelungen dieses Rahmenvertrages für die Landkreise und kreisfreien Städte verbindlich.
- (2) Der Beitritt ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsbeginn (Folgequartal) schriftlich gegenüber dem MASGF zu erklären. Die Regelungen dieser Vereinbarungen gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach fristgemäßem Eingang der Erklärung beim MASGF, jedoch nicht vor erstmaligem Abschluss der nach § 11 Absatz 7 Satz 2 und 3 dieser Vereinbarung zu schließenden gesonderten Vereinbarungen über die Bemessung der Vergütung der Leistungserbringer. Das MASGF unterrichtet die Landkreise und kreisfreien Städte und die teilnehmenden Krankenkassen unverzüglich über den Zeitpunkt des Wirksamwerdens ihres Beitritts.
- (3) Das MASGF informiert die teilnehmenden Krankenkassen und die Erbringer von Gesundheitsleistungen nach dieser Vereinbarung unverzüglich schriftlich über den Beitritt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt.

§ 4 Vertragspartnerschaft weiterer Krankenkassen

- (1) Das Land und die Krankenkassen verständigen sich auf eine gleichmäßige Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Krankenkassen (Anlage 5).
- (2) Krankenkassen, die noch nicht Vertragspartner dieser Rahmenvereinbarung sind, können dieser Vereinbarung beitreten. Sie zeigen ihren Beitritt unmittelbar gegenüber dem MASGF an.
- (3) Die beigetretene Krankenkasse nimmt mit Beginn des auf die Anzeige folgenden übernächsten Quartals an dieser Vereinbarung teil. Die Krankenkassen einigen sich innerhalb der jeweiligen Kassenverbände einvernehmlich über eine Neuverteilung der Zuordnung zu den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten.
- (4) Das Land teilt Beitritte den Landkreisen und kreisfreien Städten mit.

§ 5 Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Der Leistungsumfang richtet sich grundsätzlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Die Krankenkassen stellen in diesem Rahmen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Landkreise und kreisfreien Städte sicher. Nicht von der Leistungserbringung umfasst sind Aufwendungen, die über den Leistungsanspruch des SGB V hinausgehen. Ebenfalls nicht erbracht werden Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld), Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe sowie Satzungs mehrleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V. Die Kreise und kreisfreien Städte erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsberechtigte auf Basis der Anlage 1 Buchstabe A und B in Anspruch genommen

hat. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis verwehrt werden, dass die Leistung aufschiebbar gewesen wäre.

- (2) Für die in Anlage 1, Buchstabe C, aufgeführten genehmigungspflichtigen GKV-Leistungen, ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung unmittelbar gegenüber den Landkreisen und kreisfreien Städten zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge 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 Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG (Leistungsberechtigung nach §§ 1, 1a AsylbLG) vorliegen und der Leistungsberechtigte nicht mehr in einer Aufnahmereinrichtung des Landes untergebracht ist. § 6 Absatz 5 dieser Vereinbarung ist zu beachten. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Landkreise und kreisfreien Städte. Während der Unterbringung in einer Aufnahmereinrichtung des Landes greifen die Regelungen dieser Vereinbarung nicht.
- (4) Der Anspruch auf Leistungen endet sobald ein Anspruch auf Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG besteht sowie nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Absatz 3 AsylbLG.

§ 6 Meldeverfahren

- (1) Die Landkreise und kreisfreien Städte melden alle Leistungsberechtigten nach Ankunft in der Zielkommune unverzüglich bei der jeweils zuständigen teilnehmenden Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.
- (2) Die Landkreise 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)
- (3) Die vorgenannten Meldungen sind vom zuständigen Landkreis 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.

- (4) Auf dem Anmeldevordruck ist der Krankenkasse vom zuständigen Landkreis oder der zuständigen kreisfreien Stadt für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer eGK zur Verfügung zu stellen.
- (5) Sind die Meldungen unleserlich oder/und enthalten sie unplausible Daten, werden sie von der Krankenkasse zur kurzfristigen Klärung an den zuständigen Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt zurückgeschickt.

§ 7 elektronische Gesundheitskarte (eGK)

- (1) Nach Anmeldung durch den Landkreis oder die kreisfreie Stadt stellt die Krankenkasse dem Leistungsberechtigten nach § 1 eine eGK aus. Die Gültigkeitsdauer der eGK ist befristet auf die nach AsylbLG vorgesehene Dauer des Leistungsanspruchs (maximal bis zur Vollendung des 15. Aufenthaltsmonats) und orientiert sich in der Regel an der Befristung des Aufenthaltsdokuments. 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 vorläufige Betreuungsscheine für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Landkreise und kreisfreien Städte informieren die Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK.
- (2) Beim Abhandenkommen oder bei Meldung eines Defekts einer eGK stellt die Krankenkasse auf Antrag der zuständigen kommunalen Aufgabenträger eine neue eGK aus. Dies gilt auch, sofern aufgrund der auf der eGK hinterlegten Gültigkeitsdauer eine neue eGK erforderlich ist.
- (3) Für das Ausstellen der eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen kreisfreien Stadt oder dem zuständigen Landkreis für jeden Leistungsberechtigten 9,00 Euro. Damit ist auch die Ausstellung weiterer Karten, z.B. bei Ablauf oder erstmaligem Verlust, abgegolten.

§ 8 Befreiung von der Zuzahlungspflicht

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

§ 9 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 kreisfreie

Stadt bei der Krankenkasse. Gleiches gilt mit Beginn des Anspruchs der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a AsylbLG auf Leistungen in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG sowie bei Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit des Landkreises 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, den Befreiungsausweis und ggf. den Betreuungsschein einzuziehen und datenschutzgerecht zu entsorgen.

- (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 Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme.
- (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 Landkreis bzw. der 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 die kreisfreie Stadt gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (4) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach §§ 1, 1a AsylbLG seinen Wohnsitz in einen anderen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt, hat eine Abmeldung bei der betreuenden Krankenkasse durch den bisher zuständigen kommunalen Aufgabenträger zu erfolgen. Eine erneute Anmeldung durch den neu zuständigen Landkreis oder die kreisfreie Stadt hat entsprechend den Regelungen dieser Vereinbarung zu erfolgen.
- (5) Hat die Krankenkasse vor Wirksamwerden der Abmeldung eine Leistung rechtmäßig genehmigt, eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben oder wurde eine Verordnung zu Lasten der Krankenkasse ausgestellt und wirkt die Genehmigung oder Kostenübernahmeerklärung über den Abmeldezeitpunkt fort, bleibt die zuständige Leistungsbehörde auch nach der Abmeldung erstattungspflichtig.

§ 10 Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) entsprechend den gesetzlichen und vereinbarten Regelungen. Die Kosten für Begutachtungen nach Aktenlage betragen 160,00 Euro, für körperliche Untersuchungen oder Krankenhausbegehungen 260,00 Euro je Fall und werden von den jeweils zuständigen Landkreisen und kreisfreien Städten übernommen. § 283 SGB V gilt entsprechend.

§ 11 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen kalendervierteljährlich mit dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt ab.
- (2) Der zuständige Landkreis oder die kreisfreie Stadt leistet quartalsweise Abschlagszahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe der Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der zu Quartalsbeginn gemeldeten Anzahl der Asylbewerber nach §§ 1, 1a AsylbLG, die Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG haben, mit dem monatlichen Abschlagsbetrag nach Absatz 3.
- (3) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsausgaben für diesen Personenkreis und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres zwischen den Krankenkassen und dem MASGF in einer gesonderten Vereinbarung schriftlich festgehalten. Eine unterjährige Anpassung der Abschlagszahlung ist vorzunehmen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Abschlagszahlung nicht mehr entsprechen. Bis zum 31.12.2016 orientiert sich die Höhe des Abschlagsbetrages an den durchschnittlichen Ausgaben der Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des AsylbLG und beträgt damit quartalsweise 390,00 Euro je Leistungsberechtigtem.
- (4) Die Abschlagszahlungen sind jeweils zum 15. des zweiten Quartalsmonats zu leisten. Überzahlungen erstattet die Krankenkasse dem zuständigen Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt auf Antrag, sofern sie nicht mit der nächsten Abschlagszahlung verrechnet werden können.
- (5) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem zu übermitteln:
 - Name
 - Vorname
 - Geburtsdatum
 - Krankenversicherungsnummer
 - Aktenzeichen
 - Rechnungsnummer
 - Leistungsaufwendungen von/bis
 - Betrag
 - Leistungsart
 - Leistungsaufwendung gesamt.
- (6) Die Abrechnungen sind nach einzelnen Leistungsarten zu differenzieren:
 - Arzneimittel
 - Ärztliche Behandlung
 - 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 Krankenversicherung
- Kosten für Versichertenkarten (eGK)
- Sprechstundenbedarf

(7) Die Abrechnung der Leistungen im Sinne des § 5 dieser Vereinbarung erfolgt für diesen Personenkreis - analog des Verfahrens für Betreute nach § 264 Absatz 2 SGB V - in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung entstanden sind. Die Bemessung der Vergütung der Leistungserbringer einschließlich erforderlicher Aufwendungen der Leistungsabrechnung orientiert sich an den jeweils einschlägigen Vereinbarungen des Vierten Kapitels des fünften Sozialgesetzbuchs – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V). Hierüber werden die Krankenkassen und das MASGF gesonderte Vereinbarungen treffen. Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt außerhalb der im GKV-System vereinbarten Gesamtvergütung. Sowohl bei Ermittlung als auch Zahlung der Gesamtvergütung bleibt der dieser Vereinbarung unterfallende Personenkreis unberücksichtigt.

(8) Zur Abgeltung des Sprechstundenbedarfs (einschl. der Impfkosten) für Leistungsberechtigte bei der Behandlung von Vertragsärzten gilt das Umlageverfahren der Krankenkassen(verbände).

(9) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.

- (10) Die personenbezogenen Abrechnungen der Leistungsberechtigten werden in einer Sammelrechnung 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.
- (11) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird grundsätzlich angestrebt. Originalbelege über die Leistungsaufwendungen werden dem zuständigen Landkreis oder der kreisfreien Stadt im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht übersandt, sind aber auf Anforderung beizubringen. § 264 Absatz 7 Satz 3 SGB V bleibt hiervon unberührt.
- (12) Die §§ 110 und 111 SGB X finden keine Anwendung. Die Ansprüche der Krankenkassen verjähren vier Jahre 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.

§ 12 Verwaltungskosten

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet der zuständige Landkreis oder die kreisfreie Stadt Verwaltungskostenersatz für die von der Krankenkasse durchzuführende Wahrnehmung der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V in Höhe von 6% 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.

§ 13 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 kreisfreie Stadt als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.
- (2) Der Landkreis 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. Leistungsausgaben, die

der Krankenkasse im Falle ihres Obsiegens erstattet wurden, sind bei der nächsten quartalsweisen Abrechnung in Abzug zu bringen.

§ 14 Weiterleitung von möglichen Schadensersatzansprüchen

Die Krankenkasse verfolgt keine möglichen Ersatzansprüche, sofern Leistungen an Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a AsylbLG, die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG sind, aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt der zuständige Landkreis oder die kreisfreie Stadt. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie den zuständigen Landkreis oder die kreisfreie Stadt zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt.

§ 15 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 Brandenburg bzw. Bundesdatenschutzgesetz) verarbeitet 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,
3. bei einer elektronischen Datenübermittlung geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die es verhindern, dass personenbezogene Daten unbefugt gelesen, kopiert, entfernt oder verändert werden können. Um die Vertraulichkeit der elektronischen Datenübermittlung zu sichern, sind Verschlüsselungsprogramme einzusetzen. Näheres hierzu legen die Vereinbarungspartner gesondert fest. Soweit Datenträger zur Datenübermittlung genutzt werden, sind diese durch ein Passwort zu schützen.

§ 16 Evaluation und Qualitätssicherung

- (1) Krankenkassen und Landkreise 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 sowie 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.

§ 17 Zusammenarbeit

- (1) Die Vertragspartner bilden ein gemeinsames Gremium (Beirat), das sich regelmäßig mit den Prozessen innerhalb dieser Vereinbarung auseinandersetzt. Die beitretenden Landkreise und kreisfreien Städte können sich an diesem Gremium beteiligen.
- (2) Ziel der Arbeit des Beirates ist es, die Umsetzung der Aufgaben aus dieser Vereinbarung zu begleiten und notwendige Weiterentwicklungen zu empfehlen.
- (3) Gäste oder Berater der jeweiligen Vertragsparteien können mit Einverständnis aller Beiratsmitglieder an den Beratungen teilnehmen.
- (4) Der Beirat tagt regelmäßig halbjährlich oder nach Bedarf.
- (5) Die administrativen Aufgaben im Zusammenhang mit der Arbeit des Beirats werden durch das MASGF ausgeführt.

Zu diesen Aufgaben gehören vorrangig:

- a. Einladung der Mitglieder und Gäste des Beirats
- b. Bereitstellen der Beratungsunterlagen
- c. Protokollierung der Sitzungen

§ 18 Meinungsverschiedenheiten

Meinungsverschiedenheiten über den Inhalt oder die Auslegung der vorliegenden Vereinbarung sollen zur Vermeidung gerichtlicher Verfahren zwischen den Vereinbarungspartnern in gegenseitigem Einvernehmen geregelt. Der Rechtsweg ist hierdurch nicht ausgeschlossen.

§ 19 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.

§ 20 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 30.06.2017, 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 Landkreise 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. Die beigetretenen Landkreise und kreisfreien Städte sind von den Vertragsparteien unverzüglich über die beabsichtigte einvernehmliche Vertragsbeendigung schriftlich zu informieren. Der Zeitpunkt der Beendigung dieser Vereinbarung ist unter Einbeziehung der kommunalen Aufgabenträger so zu vereinbaren, dass diesen ausreichend Zeit zur Sicherstellung einer anderweitigen Versorgung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG verbleibt.
- (5) Soweit sich durch bundesrechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Vereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unter Beteiligung der beigetretenen Kreise und kreisfreien Städte unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Vereinbarung ein. Unmittelbar geltende rechtliche Vorgaben werden unverzüglich umgesetzt. § 19 bleibt unberührt.

Potsdam, den 31.03.2016	Land Brandenburg, vertreten durch das MASGF <i>Diana Golze</i> Diana Golze
Potsdam, den 31.03.2016	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse <i>Frank Michalak</i> Frank Michalak
Potsdam, den 31.03.2016	DAK - Gesundheit <i>Anke Grubitz</i> Anke Grubitz
Potsdam, den 31.03.2016	Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus <i>Hans-Joachim Röttger</i> Hans-Joachim Röttger
Potsdam, den 31.03.2016	Brandenburgische BKK <i>Birgit Becker</i> Birgit Becker
Potsdam, den 31.03.2016	BKK Verkehrsbau Union <i>Markus Münzer</i> Markus Münzer
Frankfurt, den 05.04.2016	BAHN - BKK <i>Hans-Jörg Gittler</i> Hans-Jörg Gittler
Potsdam, den 31.03.2016	Siemens - Betriebskrankenkasse <i>Mathias Sebbesse</i> Mathias Sebbesse

Anlage 1

zur Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem Land Brandenburg zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes sind, gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 Satz 1 SGB V

Die Krankenkassen und das Land verständigen sich darauf, dass zur Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten (§ 264 Abs. 1 SGB V) zwischen drei Leistungsgruppen differenziert wird:

A. Leistungsbereiche, die direkt über die eGK bezogen werden
(kein Genehmigungsverfahren)

Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft werden; die Leistungen werden auf Basis des § 5 Abs. 1 dieser Rahmenvereinbarung zur Verfügung gestellt.

B. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und für die künftig die Krankenkassen die Versorgung für die Asylbewerber/innen übernehmen sollen

Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V: das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft werden.

C. Leistungsbereiche, die regelhaft von den Krankenkassen im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden, und bei denen regelmäßig das Kriterium der Aufschiebbarkeit der Leistung greift

In den nachfolgenden Fällen erfolgt keine Leistungsgewährung durch die Krankenkassen:

1. Vorsorgekuren
2. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V,
3. Künstliche Befruchtung und Sterilisation,
4. Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137f SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A oder B fällt,
5. Selektivvertragliche Leistungen nach den §§ 73a-d und §§ 140a ff. SGB V,
6. Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A oder B fällt,
7. Leistungen im Ausland sowie
8. Impfungen und Satzungsleistungen der Krankenkasse und Impfungen, die nicht unter die Schutzimpfungsrichtlinien fallen..

Leistungen nach Buchstabe A und B sind den Krankenkassen von den Landkreisen und kreisfreien Städten voll zu ersetzen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre.

Leistungsanträge nach Buchstabe C sind an die Landkreise und kreisfreien Städte weiterzuleiten. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

Anlage 2

**Anmeldung zur
Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V**

Lichtbild
Leistungsberechtigter

Sozialhilfeträger

Name

IK Aktenzeichen

Haushaltsvorstand (immer angeben, auch wenn nur der Familienangehörige gemeldet wurde)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt) Schlüssel der Staatsangehörigkeit Geschlecht männlich weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata) Geburtsname

Vorname Geburtsort

Straße und Hausnummer Geburtsdatum Geburtsland

Postleitzahl Wohnort

Meldezeitraum

Beginn Voraussichtliches Ende Haushaltsvorstand wurde bereits angemeldet

Familienangehöriger

Ehegatte Kind

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt) Schlüssel der Staatsangehörigkeit Geschlecht männlich weiblich

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata) Geburtsname

Vorname Geburtsort

Straße und Hausnummer Geburtsdatum Geburtsland

Postleitzahl Wohnort

Meldezeitraum

Beginn

Abweichende Zustellung der elektronischen Gesundheitskarte an Betreuer nach dem Betreuungsgesetz:

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)	Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners
--	---	---

Anlage 3

**Abmeldung zur
Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V**

Sozialhilfeträger

Name

IK

Aktenzeichen

Abmeldung für

Haushaltsvorstand

Ehegatte

Kind

Haushaltsvorstand (immer angeben)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata)

Vorname

Geburtsdatum

Meldezeitraum

Beginn

Ende

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)	Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anlage 4

**Veränderungsmeldung zur
Gesundheitsversorgung nach § 264 Abs. 1 SGB V**

Sozialhilfeträger

Name

IK Aktenzeichen

Meldegrund

Namensänderung Änderung Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers
 Anschriftenänderung

Haushaltsvorstand (immer angeben)

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt) Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata) Geburtsname

Vorname Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Familienangehöriger

Rentenversicherungsnummer (wenn bekannt) Schlüssel der Staatsangehörigkeit

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata) Geburtsname

Vorname Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Namensänderung (bisheriger Name)

Name, Vorsatzwort, Namenszusatz, Titel (Trennung durch Kommata) Geburtsname

Vorname

Name der Krankenkasse (ggf. Niederlassung)	Stempel und Unterschrift des Sozialhilfeträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anlage 5

Zuordnung der Landkreise und kreisfreien Städte zu den teilnehmenden Krankenkassen nach § 4 Absatz 1 der Rahmenvereinbarung

Landkreise

Barnim (BAR)
Dahme-Spreewald (LDS)
Elbe-Elster (EE)
Havelland (HVL)
Märkisch-Oderland (MOL)
Oberhavel (OHV)
Oberspreewald-Lausitz (OSL)
Oder-Spree (LOS)
Ostprignitz-Ruppin (OPR)
Potsdam-Mittelmark (PM)
Prignitz (PR)
Spree-Neiße (SPN)
Teltow-Fläming (TF)
Uckermark (UM)

Krankenkasse

DAK - Gesundheit
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
DAK - Gesundheit
Siemens - Betriebskrankenkasse
DAK - Gesundheit
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
DAK - Gesundheit
Brandenburgische BKK / BKK Verkehrsbau Union
DAK - Gesundheit
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
BAHN - BKK
DAK - Gesundheit
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
DAK - Gesundheit

kreisfreie Städte

Brandenburg an der Havel (BRB)
Cottbus (CB)
Frankfurt (Oder) (FF)
Potsdam (P)

Krankenkasse

DAK - Gesundheit
Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus
Brandenburgische BKK / BKK Verkehrsbau Union
DAK - Gesundheit