

# **RAHMENVEREINBARUNG**

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

**§ 264 Abs. 1 SGB V  
in Verbindung mit den §§ 1, 1a sowie 4 und 6 AsylbLG  
im Freistaat Thüringen**

**zwischen**

**dem Freistaat Thüringen,**

**vertreten durch das  
Thüringer Ministerium für Migration, Justiz und Verbraucherschutz,  
dieses vertreten durch den Minister,**

**- nachstehend TMMJV -**

**und**

**den Kommunalen Spitzenverbänden Thüringens,**

**diese jeweils vertreten durch den Präsidenten,**

**sowie**

**den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen**

**in Thüringen**

**- nachstehend Krankenkassen -**

## **Präambel**

Nach § 30 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) in Verbindung mit § 264 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) übernehmen die Krankenkassen für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) im Rahmen dieser Vereinbarung die Krankenbehandlung, sofern ihnen Ersatz der Aufwendungen für den Einzelfall sowie ihrer Verwaltungsaufwendungen gewährleistet wird.

Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Bestimmungen und mit der Zielsetzung,

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzungen von elektronischen Gesundheitskarten (eGK) für den vorgenannten Personenkreis zu verbessern,
- die Gesundheitsversorgung für den vorgenannten Personenkreis in Thüringen einheitlich zu regeln,
- die weiterhin bestehenden Zuständigkeiten beizubehalten,
- die Wirtschaftlichkeit und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und
- die Landkreise und kreisfreien Städte in Thüringen von Verwaltungsaufgaben zu entlasten,

schließt der Freistaat Thüringen unter Einbeziehung der Landkreise und kreisfreien Städte sowie der Kommunalen Spitzenverbände Thüringens mit den Krankenkassen diese Rahmenvereinbarung.

## **§ 1**

### **Gegenstand der Vereinbarung**

Diese Rahmenvereinbarung beschreibt das Verfahren zur Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach den §§ 1 und 1a AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern Anspruch im gesetzlich geregelten Umfang auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt und sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit nach den §§ 4 und 6 AsylbLG haben, sowie das Abrechnungsverfahren durch die Krankenkassen. Dies soll durch die Nutzung von elektronischen Gesundheitskarten sichergestellt werden.

## **§ 2**

### **Ziel dieser Vereinbarung**

- (1) In Thüringen sind die Landkreise und kreisfreien Städte gemäß § 1 Abs. 1 der Thüringer Verordnung zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes für die Gewährung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zuständig. Mit der Vereinbarung

soll die Gesundheitsversorgung der in § 1 genannten Leistungsberechtigten durch eine Krankenkasse übernommen werden. Rechtsgrundlage hierfür ist § 30 Abs. 2 SGB IV in Verbindung mit § 264 Abs. 1 SGB V.

- (2) Ziel der Übertragung dieser Aufgabe ist es, durch die Krankenkassen eine professionelle, effiziente und effektive Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau geleistet. Mit der Kostentragung durch den Freistaat Thüringen wird sichergestellt, dass keine zusätzlichen Belastungen für die Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten entstehen. Dementsprechend wird für den Freistaat Thüringen durch das Thüringer Landesverwaltungsamt (TLVwA) sichergestellt, dass der Ersatz der Aufwendungen für den Einzelfall in dem in dieser Rahmenvereinbarung geregelten Umfang an die Krankenkassen erfolgt.

### **§ 3**

#### **Beitritt der Landkreise und kreisfreien Städte**

- (1) Die Landkreise und kreisfreien Städte in Thüringen treten dieser Rahmenvereinbarung bei.
- (2) Der Beitritt erfolgt bis zum **01.11.2016** durch schriftliche Erklärung gegenüber den Kommunalen Spitzenverbänden.
- (3) Die beigetretenen Landkreise und kreisfreien Städte sind von den Vertragsparteien unverzüglich über eine Kündigung gemäß § 18 Abs. 2 oder eine Anpassung der Rahmenvereinbarung gemäß § 18 Abs. 4 und § 15 Abs. 2 Satz 2 schriftlich zu informieren. Der Zeitpunkt der Beendigung dieser Vereinbarung ist so zu wählen, dass ausreichend Zeit zur Sicherstellung einer anderweitigen Versorgung der Leistungsberechtigten nach § 1 verbleibt.

### **§ 4**

#### **Umfang des Leistungsanspruchs**

- (1) Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung auf Basis ihrer Vorschriften. Der Leistungsumfang richtet sich nach den §§ 4 und 6 AsylbLG in Verbindung mit der Anlage 1. Nach § 4 Abs. 1 AsylbLG umfasst der Anspruch die zur Behandlung akuter Erkrankungen und

Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung und Linderung von Krankheiten erforderlichen Leistungen. § 6 AsylbLG sieht ergänzend hierzu vor, dass auch „sonstige Leistungen“ gewährt werden können, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist.

- (2) Das TMMJV informiert die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen, die Landeskrankenhausgesellschaft sowie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Thüringen über den Umfang des Leistungsanspruches nach den §§ 4 und 6 AsylbLG in Verbindung mit der Anlage 1.
- (3) Das TLVvA erstattet den Krankenkassen die Kosten für Leistungen, die Leistungsberechtigte auf der Grundlage der §§ 4 und 6 AsylbLG in Verbindung mit der Anlage 1 in Anspruch nehmen.
- (4) Die Krankenkassen prüfen die Abrechnungen der Leistungserbringer nach den gemäß dem SGB V geltenden allgemeinen Grundsätzen. Die Abrechnung der ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen für die Leistungsberechtigten erfolgt gemäß § 4 Abs. 3 Satz 3 AsylbLG auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) bzw. des Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA).
- (5) Nicht von dieser Rahmenvereinbarung umfasst sind Entgeltersatzleistungen (z. B. Krankengeld und Mutterschaftsgeld) sowie Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe. Satzungsleistungen der Krankenkassen und Leistungen, die ihrer Art nach von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erbracht werden, sind nicht Bestandteil des Leistungsanspruchs gegenüber den Krankenkassen.
- (6) Der Anspruch auf Leistungen nach dieser Rahmenvereinbarung entsteht frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungsberechtigung nach den §§ 1 und 1a AsylbLG besteht und der Leistungsberechtigte in einer Aufnahmeeinrichtung eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt untergebracht ist. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch den Landkreis oder die kreisfreie Stadt.
- (7) Der Anspruch auf Leistungen endet nach Maßgabe der Regelungen des § 1 Absatz 3 AsylbLG. Die Prüfung und Feststellung des Anspruchsendes erfolgt durch den Landkreis oder die kreisfreie Stadt.

## § 5

### Zuständigkeit der Krankenkassen, Meldeverfahren

- (1) Die Zuordnung der Leistungsberechtigten nach dieser Rahmenvereinbarung zu den beteiligten Krankenkassen ist in der Anlage 2 geregelt.
- (2) Die Landkreise und kreisfreien Städte melden die Leistungsberechtigten bei der zuständigen Krankenkasse an. Sie haben dabei die Daten für den Haushaltsvorstand und seine in häuslicher Gemeinschaft lebenden Angehörigen mitzuteilen.
- (3) Die Landkreise und kreisfreien Städte übermitteln die Meldeunterlagen für die eGK an die Krankenkasse und teilen der Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der dieser Rahmenvereinbarung beigefügten Meldevordrucke (Anlagen 3 bis 5) mit:
  - a) separates Institutionskennzeichen (IK) für die Abrechnung der Leistungen der Leistungsberechtigten nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit den §§ 4 und 6 AsylbLG,
  - 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),
  - f) voraussichtliches Ende der Leistungsberechtigung.
- (4) Die Meldungen der Landkreise und kreisfreien Städte müssen die in den Meldevordrucken vorgesehenen personenbezogenen Daten und sonstigen Angaben enthalten 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 die absendende Stelle zurückgeschickt.
- (5) Sobald die Voraussetzungen für ein elektronisches Meldeverfahren zur Verfügung stehen, nehmen die jeweils zuständige Krankenkasse und die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft Gespräche mit dem Ziel auf, die An-, Ab- und

Veränderungsmeldungen auf Papierbelegen durch elektronische Meldungen zu ersetzen und diese Rahmenvereinbarung entsprechend anzupassen.

- (6) Die Krankenkassen erbringen die Leistungen ab dem Datum der Anmeldung. Grundsätzlich gilt, dass die Krankenkasse die Leistungen erst ab dem Zeitpunkt erbringen kann, von dem an ihr die vollständige Anmeldung des Leistungsberechtigten nach Absatz 2 vorliegt.

## **§ 6**

### **Elektronische Gesundheitskarte (eGK)**

- (1) Zusätzlich zum Anmeldevordruck ist der Krankenkasse ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Verfügung zu stellen und zu bestätigen, dass das Lichtbild mit der Identität des Leistungsberechtigten übereinstimmt; für Leistungsberechtigte, die bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Rahmenvereinbarung nach der Thüringer Flüchtlingsverteilungsverordnung auf die Landkreise und kreisfreien Städte verteilt worden sind, übernimmt dies der jeweils zuständige Landkreis bzw. die jeweils zuständige kreisfreie Stadt. Im Übrigen übermittelt das TLVWA den Anmeldevordruck einschließlich des Lichtbildes des Leistungsberechtigten mit dessen Verteilung an den danach zuständigen Landkreis bzw. die danach zuständige kreisfreie Stadt, wo die Anmeldung nach § 5 Abs. 2 veranlasst wird.
- (2) Zur Sicherstellung einer durchgehenden Krankenbehandlung im Zeitraum von der vollständigen Anmeldung des Leistungsberechtigten bis zum Erhalt der eGK stellt die Krankenkasse personalisierte Anspruchsnachweise für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Das Verfahren zur Übermittlung der Anspruchsnachweise regeln die betreuenden Krankenkassen nach Anlage 2 mit der zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft.
- (3) Für jeden vollständig angemeldeten Leistungsberechtigten nach dieser Rahmenvereinbarung wird eine eGK (ohne EHIC) ausgegeben, welche die besondere Statuskennzeichnung nach § 291 Abs. 2 SGB V umfasst. Die Versorgung mit eGK erfolgt ab dem **01.01.2017**. Die ordnungsgemäße Anmeldung des Altbestandes (vgl. Absatz 1 Satz 2) soll bis zum **20.11.2016** durch die Landkreise und kreisfreien Städte vorgenommen werden.

- (4) Die Gültigkeitsdauer der eGK wird auf längstens 15 Kalendermonate befristet. Das Verfahren zur Ausgabe der eGK regeln die betreuenden Krankenkassen nach Anlage 2 mit der zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft. Die Ausgabe der eGK an die Leistungsberechtigten kann bei entsprechender Bevollmächtigung durch die Landkreise und kreisfreien Städte erfolgen.
- (5) Für das Ausstellen jeder eGK erhält die Krankenkasse vom TLVWA für jeden Leistungsberechtigten 8,00 Euro.
- (6) Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen die Aufklärung der Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK und des Befreiungsausweises sicher.

## **§ 7**

### **Befreiung von der Zuzahlungspflicht**

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V zu leisten. Die Krankenkasse stellt hierzu einen befristeten Befreiungsausweis aus. Das Verfahren erfolgt analog des Verfahrens zur Ausgabe der eGK nach § 6 Abs. 4.

## **§ 8**

### **Verfahren bei Wegfall der Leistungsberechtigung**

- (1) Sobald die Beendigung der Leistungsberechtigung feststeht, erfolgt unverzüglich eine Abmeldung der Leistungsberechtigten durch die Landkreise und kreisfreien Städte bei der Krankenkasse. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 3 bis 5). Mit der Abmeldung sind die Landkreise und kreisfreien Städte verpflichtet, von den bisher Leistungsberechtigten die eGK, die personalisierten Anspruchsnachweise für die vertragsärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie den Ausweis über die Befreiung von Zuzahlungen einzuziehen. Das Verfahren zur datenschutzgerechten Entsorgung der eGK entsprechend § 291 SGB V regeln die betreuenden Krankenkassen nach Anlage 2 mit der zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft. Wenn die eGK und die übrigen Nachweise nach Satz 3 nicht eingezogen werden können, erfolgt unverzüglich eine Mitteilung an die Krankenkasse.
- (2) Eine Abmeldung bei der nach dieser Rahmenvereinbarung zuständigen Krankenkasse und eine Anmeldung bei der gewählten Krankenkasse sind auch vorzunehmen, wenn

die Übernahme der Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 1 SGB V endet und eine Leistungserbringung gemäß § 264 Abs. 2 SGB V erfolgt.

- (3) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat das TLVwA zu erstatten. Dies gilt auch für Fälle des Missbrauchs der eGK nach Ende der Leistungsberechtigung. Eine Erstattung ist ausgeschlossen, wenn die Leistungsaufwendungen auf einem schuldhaften Handeln der Krankenkassen beruhen.
- (4) Übernimmt eine Krankenkasse Leistungen aus der Übernahme der Krankenbehandlung, obwohl zwischenzeitlich bereits ein anderweitiger Versicherungsschutz besteht, bleibt der Erstattungsanspruch der Krankenkasse, die die Betreuung durchgeführt hat, gegenüber dem TLVwA bestehen. Etwaige Erstattungsansprüche gegenüber dem aufgrund der eingetretenen Versicherung originär zuständigen Versicherungsträger hat das TLVwA gegenüber diesem Versicherungsträger 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 und die zuständige kreisfreie Städte sowie das TLVwA als Beteiligte im Sinne des SGB X erhalten die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.
- (2) Das TLVwA erstattet der Krankenkasse alle Verfahrenskosten nach dem Maßstab des § 63 SGB X. Die Geltendmachung erfolgt im Wege der Abrechnung gemäß § 13.

#### **§ 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 bleiben die Landkreise und kreisfreien Städte. Um diese möglichen Schadensansprüche zu realisieren, teilt die Krankenkasse ihr

bekannt gewordene Schadensereignisse den Landkreisen und kreisfreien Städten unaufgefordert mit. Schadensersatzzahlungen, die an die Landkreise und kreisfreien Städte geleistet werden, sind dem TLVwA schriftlich anzuzeigen und von den Landkreisen und kreisfreien Städten innerhalb eines Monats - nach Mitteilung der Zahlungsdaten (Verwendungszweck) durch das TLVwA - an das TLVwA zu überweisen.

## **§ 11**

### **Beteiligung Medizinischer Gutachterdienste**

- (1) Die Krankenkasse beauftragt für gutachtliche Feststellungen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Thüringen e. V. entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen. Die derzeitigen Kosten für die Begutachtung nach Aktenlage betragen 160,00 Euro, für Begutachtung mit körperlicher Untersuchung 260,00 Euro und für Krankenhausbegehungen/Begutachtung im Hausbesuch 320,00 Euro je Fall.
- (2) Für den zahnärztlichen Bereich erfolgt die Kostenerstattung im Einzelfall nach Vorlage der Gebührenrechnung. Die Begutachtung erfolgt nach den vertraglich vereinbarten Gutachterverfahren und mit der jeweiligen Krankenkasse festgelegten Gebührensätzen.
- (3) Das Gutachterverfahren bei der Genehmigung einer ambulanten Psychotherapie erfolgt nach den bundeseinheitlichen Vorschriften der Psychotherapie-Richtlinie i. V. m. der Psychotherapie-Vereinbarung jeweils in der jeweils gültigen Fassung. Die Höhe der zu erstattenden Kosten ergibt sich aus den bundeseinheitlich vereinbarten Kostensätzen.

## **§ 12**

### **Ersatz der Verwaltungsaufwendungen und des Sprechstundenbedarfs**

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet das TLVwA Kostenersatz für die von der Krankenkasse im Rahmen dieser Vereinbarung zu übernehmende Krankenbehandlung gemäß § 264 Abs. 1 SGB V in Höhe von 8 % der entstandenen Leistungsaufwendungen (ausgenommen Gutachterkosten).
- (2) Zur Abgeltung des ärztlichen und zahnärztlichen Sprechstundenbedarfes (einschl. der Impfstoffkosten entsprechend den Vereinbarungen auf Landesebene) erstattet das TLVwA für Leistungsberechtigte den Betrag, mit dem die Krankenkasse belastet wird.

## § 13

### Abrechnungsverfahren, Prüfrecht und Verjährung

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Aufwendungen quartalsweise mit dem TLVwA ab. Die Landkreise und kreisfreien Städte werden in diesem Zusammenhang von finanziellen Belastungen, die aus dieser Rahmenvereinbarung resultieren, freigestellt. Die Abrechnung umfasst auch Kosten für die Gesundheitsversorgung, die in anderen Bundesländern entstanden sind. Zu diesem Zweck informieren die Landkreise und kreisfreien Städte das TLVwA über die Leistungsberechtigten.
- (2) In der Abrechnung der Krankenkasse sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem anzugeben:
- Name, Vorname und Geburtsdatum; Wohnort und Landkreis,
  - Leistungsaufwendungen von/bis nach Leistungsarten mit Betrag,
  - Leistungsaufwendungen insgesamt,
  - Kosten für die Ausstellung von elektronischen Gesundheitskarten,
  - Verfahrenskosten nach § 9 Abs. 2,
  - Verwaltungskosten ,
  - Gutachterkosten,
  - Kosten zur Abgeltung des ärztlichen und zahnärztlichen Sprechstundenbedarfs, einschließlich der Impfkosten entsprechend den Vereinbarungen auf Landesebene,
  - Gesamtkostenbetrag.

Die Abrechnungen sind nach folgenden Leistungsarten/Aufwendungen zu differenzieren:

- Arzneimittel,
- ärztliche Behandlung und Psychotherapie mit Gutachterkosten,
- zahnärztliche Leistungen:
  - Konservierend chirurgische Leistungen BEMA Teil 1,
  - Kieferbruch/Kiefergelenkserkrankungen BEMA Teil 2,
  - Parodontosebehandlungen BEMA Teil 4,
  - Kieferorthopädische Leistungen BEMA Teil 3,
- Krankenhausbehandlung,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel,
- häusliche Krankenpflege,

- Soziotherapie,
- medizinische Rehabilitationsleistungen,
- sozialpädiatrische Leistungen,
- medizinische Rehabilitation für Mütter/Väter,
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt,
- Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (stationär),
- Fahrtkosten,
- Verwaltungskosten,
- Kosten für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen,
- Gutachterkosten Zahnärzte,
- Kosten für Versichertenkarten,
- Sprechstundenbedarf.

- (3) Die personenbezogenen Abrechnungen der Leistungsberechtigten werden in einer Sammelrechnung zusammengefasst. Die Sammelrechnung weist die Gesamtsumme der Leistungen, der Kosten gemäß Absatz 2 sowie die Endsumme, abzüglich der geleisteten Abschlagszahlung, aus. Das TLVwA nimmt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der ordnungsgemäßen Rechnungslegung die Erstattung an die Krankenkasse unter Berücksichtigung der Abschlagszahlungen vor; erfolgt die Zahlung nicht innerhalb dieser Frist, kann der Betrag ab dem 31. Tag nach Rechnungseingang mit 5 % über dem Basiszinssatz nach § 247 BGB verzinst werden.
- (4) Belege über die Leistungsaufwendungen werden dem TLVwA im Rahmen des Abrechnungsverfahrens nicht zur Verfügung gestellt. Absatz 5 bleibt unberührt.
- (5) Für das Prüfrecht des TLVwA gilt § 264 Abs. 7 Satz 3 SGB V entsprechend.
- (6) Das TLVwA leistet quartalsweise Abschlagszahlungen je Leistungsberechtigtem. Die Summe dieser Abschlagszahlungen ergibt sich durch Multiplikation der am Quartalsanfang gemeldeten Anzahl der Leistungsberechtigten nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den §§ 4 und 6 AsylbLG mit dem Abschlagsbetrag nach Absatz 7.
- (7) Der Abschlagsbetrag orientiert sich an den durchschnittlichen Leistungsaufwendungen für die Leistungsberechtigten und wird zu Beginn eines jeden Kalenderjahres neu ermittelt.

- (8) Eine unterjährige Anpassung der Abschlagszahlung ist vorzunehmen, wenn die tatsächlichen Leistungsausgaben dieser Abschlagszahlung nicht mehr entsprechen. Bis zum 31.12.2017 beträgt die Abschlagszahlung 200,00 Euro je Leistungsberechtigtem und Quartal; in dieser Zeit findet Satz 1 keine Anwendung.
- (9) Die Abschlagszahlungen sind jeweils zum 15. des zweiten Monats eines Quartals zu leisten.
- (10) Die §§ 110 und 111 SGB X finden auf Erstattungsansprüche nach dieser Rahmenvereinbarung keine Anwendung.
- (11) Die Ansprüche der Vertragspartner verjähren vier Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Leistung vom Leistungsberechtigten in Anspruch genommen worden ist oder ein Verwaltungsakt bzw. Urteil zu dem Leistungsanspruch Bestandskraft erlangt hat.

#### **§ 14**

#### **Datenschutz**

- (1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung ergebenden Aufgabenteilung sicherzustellen, dass die personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen für die gesetzliche Krankenversicherung (insbesondere § 35 SGB I, §§ 284 ff. SGB V und §§ 67 ff. SGB X) bzw. für Behörden, Einrichtungen und sonstige öffentliche Stellen des Freistaates Thüringen, Gemeinden und Gemeindeverbände sowie für die sonstigen der Aufsicht des Landes unterstehenden juristischen Personen des öffentlichen Rechts und deren Vereinigungen (Thüringer Datenschutzgesetz, Bundesdatenschutzgesetz bzw. Sozialgesetzbuch) erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- (2) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, entsprechend der sich aus den Bestimmungen dieser Vereinbarung ergebenden Aufgabenteilung sicherzustellen, dass 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 Absatz 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 Vereinbarungspartner führen regelmäßige Gespräche, insbesondere zur Entwicklung der Leistungsausgaben. Ziel dieser Gespräche ist es, Möglichkeiten zur Steuerung der Ausgaben und der Optimierung des Melde- und Abrechnungsverfahrens und zur Klärung von Leistungsansprüchen zu erörtern und zu vereinbaren.
- (2) Nach der Abrechnung der ersten sechs Monate überprüfen die Vereinbarungspartner die Angemessenheit der Verwaltungsaufwendungen, einschließlich der Gutachterkosten. Auf der Basis dieses Evaluationsergebnisses wird eine Anpassung der Rahmenvereinbarung erfolgen, falls und soweit sich die Höhe der Verwaltungsaufwendungen und der Gutachterkosten als nicht sachgerecht darstellen sollten.

## **§ 16**

### **Meinungsverschiedenheiten**

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

## **§ 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. Mündliche Nebenabreden gelten nicht.
- (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 Rahmenvereinbarung.

## § 18

### Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am **17.10.2016** in Kraft.
- (2) Diese Rahmenvereinbarung kann von den Vertragspartnern mit einer Frist von zwölf Monaten zum Ende eines Quartals, frühestens jedoch zum **31.12.2017** schriftlich gekündigt werden. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.
- (3) Im Falle 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) Soweit sich durch neue rechtliche Regelungen ein Änderungsbedarf für diese Rahmenvereinbarung ergibt, treten die Vereinbarungspartner unverzüglich in Gespräche zur Anpassung dieser Rahmenvereinbarung ein. Das Kündigungsrecht nach Absatz 2 bleibt unberührt.
- (5) Unbeschadet des Absatzes 2 kann diese Rahmenvereinbarung in gegenseitigem Einvernehmen von den Vertragspartnern jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist geändert oder beendet werden.

Ort/Datum	Unterschrift

**Anlage 1**  
(zu § 4 Abs. 1 bis 3)

**zur Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit den §§ 1, 1a, 4 und 6 AsylbLG im Freistaat Thüringen**

Die Beteiligten verständigen sich darauf, dass zur Gesundheitsversorgung der Leistungsberechtigten (§ 264 Abs. 1 SGB V) zwischen den folgenden drei Leistungsgruppen differenziert wird:

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

Die Leistungsentscheidungen treffen die Krankenkassen auf Grundlage des SGB V. Das Kriterium der Aufschiebbarkeit kann und wird von den Krankenkassen nicht geprüft. Die Leistungen werden auf Basis des § 4 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 der Leistungsberechtigten übernehmen sollen**

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

**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, sondern die Weiterleitung der Leistungsanträge an die zuständigen Landkreise bzw. kreisfreien Städte. Diese teilen ihre Entscheidung im jeweiligen Fall den Krankenkassen mit, sofern eine Bewilligung der beantragten Leistung erfolgt; für die Sicherstellung der Krankenbehandlung und Abrechnung sorgt in diesen Fällen die zuständige Krankenkasse gemäß dieser Rahmenvereinbarung:

1. medizinische Vorsorgemaßnahmen, insbesondere Vorsorgekuren (§§ 23, 24 SGB V),
2. Neuversorgung mit Zahnersatz inklusive Gewährleistung, Parodontosebehandlung und Kieferorthopädische Behandlung,
3. Haushaltshilfe nach den Regelungen des SGB V,
4. künstliche Befruchtungen und Sterilisation,
5. strukturierte Behandlungsmethoden bei chronischen Krankheiten (DMP) im Sinne des § 137 f. SGB V, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt,
6. Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung und weitere Selektivverträge, Wahltarife nach § 53 SGB V, die von der Krankenkasse außerhalb der gesetzlichen Pflichtleistungen angeboten werden, sofern die Leistung nicht unter Buchstabe A fällt, Satzungs-mehrleistungen,
7. Leistungen im Ausland.

Leistungen nach Buchstabe A und B sind den Krankenkassen voll zu ersetzen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

Leistungen nach Buchstabe A und B sind den Krankenkassen voll zu ersetzen. Die Kostenerstattung kann nicht mit dem Hinweis abgelehnt werden, dass die Leistung ggf. aufschiebbar gewesen wäre. Beratungen zum Leistungsumfang nach den Regelungen des SGB V werden seitens der Krankenkassen sichergestellt.

**Anlage 3**

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

Lichtbild  
Leistungsberechtigter

**Leistungsträger**

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 Leistungsträgers	Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners
--	---	---

**Anlage 4**

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

**Leistungsträger**

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 Leistungsträgers

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners

**Anlage 5**

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

**Leistungsträger**

Name

IK

Aktenzeichen

**Meldegrund**

Namensänderung

Änderung Aktenzeichen des Leistungsträgers

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 Leistungsträgers

Telefon-Nr. und E-Mail des Ansprechpartners