

## RAHMENVEREINBARUNG

zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 1 Asylbewerberleistungsgesetz in Mecklenburg- Vorpommern

zwischen

**dem Land Mecklenburg-Vorpommern,**

vertreten durch das Ministerium für Inneres, Bau und Digitalisierung (IM),

dieses vertreten durch den Minister

- nachstehend **Land** -

und

**den Landesverbänden der Krankenkassen**

**AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.**

**IKK - Die Innovationskasse**

**sowie den Ersatzkassen**

**Techniker Krankenkasse (TK)**

**BARMER**

**DAK-Gesundheit**

- 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 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 Kreisen und kreisfreien Städten (nachfolgend Kommunen genannt) geltend machen.

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

Mit der Zielsetzung

- den Zugang zum Gesundheitssystem durch Nutzung einer elektronischen Gesundheitskarte zu vereinfachen,
- die Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung zu erhöhen und
- die Kommunen 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 Mecklenburg-Vorpommern - vertreten durch das IM - eine Rahmenvereinbarung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 30 Absatz 2 SGB IV ab. Auf dieser Basis stimmt sich die jeweilige Kommune mit der für sie zuständigen Krankenkasse zu den Details der praktischen Umsetzung bilateral ab.

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass sich grundsätzlich alle Krankenkassen an der Vereinbarung beteiligen sollen. 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 AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG, sondern gegenüber den Kommunen 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. Dies soll durch Nutzung einer elektronischen Gesundheitskarte umgesetzt werden.

## **§ 2 Ziel dieser Vereinbarung**

- (1) In Mecklenburg-Vorpommern übernehmen gemäß § 1 des Ausführungsgesetzes des Asylbewerberleistungsgesetzes die Kommunen als Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung die Krankenbehandlung der Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG, die keinen Anspruch auf Leistung in besonderen Fällen nach § 2 AsylbLG haben. Mit der Vereinbarung soll die Krankenbehandlung dieser Leistungsberechtigten durch die Krankenkassen 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 Krankenkassen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Leistungsberechtigten zu gewährleisten. Gleichzeitig wird darüber hinaus ein Beitrag zum Bürokratieabbau in den Kommunen geleistet.

## **§ 3 Beitritts- und Austrittsrecht der Kommunen**

- (1) Die Kommunen in Mecklenburg-Vorpommern können dieser Vereinbarung bei Vertragsabschluss beitreten.
- (2) Ein späterer Beitritt als in Absatz 1 ist mit einer Frist von zwei Monaten zum nächsten Quartalsende schriftlich gegenüber dem IM zu erklären. Die Regelungen dieser Vereinbarung gelten dann mit Beginn des Folgequartals nach Eingang der Erklärung beim IM.
- (3) Der Austritt einer Kommune ist mit einer dreimonatigen Frist zum Quartalsende ebenfalls schriftlich gegenüber dem IM zu erklären.
- (4) Der Beitritt oder Austritt einer Kommune ist den teilnehmenden Krankenkassen durch das IM innerhalb einer Woche schriftlich mitzuteilen.

#### **§ 4 Umfang des Leistungsanspruchs**

- (1) Die Krankenkassen stellen eine notwendige, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung auf Basis ihrer Vorschriften zulasten der Kommunen sicher. Dabei richtet sich der Leistungsumfang 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 Kommunen erstatten den Krankenkassen alle Leistungen, die der Leistungsberechtigte 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 Kommunen zu realisieren. Sofern entsprechende Anträge bei den Krankenkassen eingehen, werden diese umgehend an die Kommunen 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 AsylbLG) vorliegen und der Leistungsberechtigte nicht mehr in der Erstaufnahmeeinrichtung des Landes untergebracht ist. § 5 Absatz 6 dieser Vereinbarung ist zu beachten. Die Prüfung und Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt durch die Kommunen. Während der Unterbringung in der Erstaufnahmeeinrichtung des Landes 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 Kommunen 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 im Sinne von § 10 SGB V mitzuteilen.
- (2) Das Land und die Krankenkassen einigen sich auf eine Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Krankenkassen (Anlage 2).
- (3) Die Kommunen, teilen der Krankenkasse folgende Sachverhalte unter Verwendung der dieser Vereinbarung als Muster beigefügten Meldevordrucke (Anlagen 3 bis 5) 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 von der zuständigen Kommune 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 von der zuständigen Kommune für jeden bildpflichtigen Leistungsberechtigten ein geeignetes Lichtbild des Leistungsberechtigten zur Ausstellung einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zur Verfügung zu stellen. Zugleich bestätigt die Kommune 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 die Kommune zurückgeschickt.

#### **§ 6 elektronische Gesundheitskarte (eGK) ohne Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)**

- (1) Nach Anmeldung durch die Kommune stellt die Krankenkasse dem Leistungsberechtigten nach § 1 eine eGK aus. Die eGK ist nach Maßgabe des AsylbLG bis zur Abmeldung durch die Kommune gültig. Sie wird ohne oder mit einer entwerteten 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. Über weitere Versandmöglichkeiten verständigen sich die Partner. Bis zur Versorgung mit der eGK stellen die Krankenkassen den Leistungsberechtigten im Bedarfsfall unverzüglich Ersatzbescheinigungen für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Verfügung. Die Kommunen stellen sicher, dass sie die Leistungsberechtigten über die Nutzung und Anwendung der eGK informieren.
- (2) Für das Ausstellen jeder eGK erhält die Krankenkasse von der zuständigen Kommune 8,00 Euro.

#### **§ 7 Befreiung von der Zuzahlungspflicht**

Die Leistungsberechtigten haben keine Zuzahlung gemäß §§ 61, 62 SGB V zu leisten. Die Krankenkassen können hierfür einen Befreiungsausweis ausstellen. 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 AsylbLG der gesamten Haushaltsgemeinschaft oder einzelner Haushaltsangehöriger feststeht, erfolgt unverzüglich eine schriftliche Abmeldung durch die Kommune bei der Krankenkasse. Gleiches gilt beim Wechsel/Beendigung der Zuständigkeit der Kommune. Hierzu sind die vereinbarten Meldevordrucke zu verwenden (Anlagen 3 bis 5). Mit der Abmeldung ist die Kommune grundsätzlich verpflichtet, von dem Leistungsberechtigten die eGK und den Befreiungsausweis einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln oder zu vernichten.
- (2) Leistungsaufwendungen, die der Krankenkasse nach Eingang der Abmeldung durch die Verwendung der eGK entstehen, hat die Kommune 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 der Kommune bestehen. Dies gilt nicht, wenn die versicherungspflichtige Mitgliedschaft bei der Kasse begründet wurde, die bisher die Leistungen im Auftrag der Kommune zur Verfügung gestellt hat. Etwaige Ersatzansprüche gegenüber der aufgrund der eingetretenen Versicherungspflicht originär zuständigen Krankenkasse, die den Krankenversicherungsschutz nach dem SGB V sicherstellt, hat die Kommune gegenüber dieser Krankenkasse eigenständig zu verfolgen.
- (4) Verlegt ein Leistungsberechtigter nach § 1, AsylbLG seinen Wohnort außerhalb der Zuständigkeit der Kommune, hat durch die bisher zuständige Kommune 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.
- (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.

## **§ 9 Umlagekosten für die Beteiligung des Medizinischen Dienstes**

Die Krankenkassen beauftragen im Rahmen der Krankenbehandlung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V den Medizinischen Dienst (MD) entsprechend der gesetzlichen Regelungen. Die Kosten für die Umlage gemäß § 281 SGB V werden jährlich pro Leistungsberechtigten von der jeweils zuständigen Kommune übernommen. Für 2024 beträgt dieser Satz in M-V 24,65 Euro.

## § 10 Abrechnungsverfahren

- (1) Die Krankenkasse rechnet die ihr entstandenen Ausgaben kalendervierteljährlich mit der zuständigen Kommune ab.
  
- (2) In der Abrechnung sind folgende Daten je Leistungsberechtigtem zu übermitteln:
  - Name
  - Vorname
  - Geburtsdatum
  - Krankenversicherungsnummer
  - Aktenzeichen
  - Leistungsaufwendungen von/bis
  - Betrag
  - Leistungsart
  - Leistungsaufwendung gesamt.
  
- (3) 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 Psychotherapie
  - Verwaltungskosten
  - Kosten für Medizinischen Dienst
  - Kosten für Versichertenkarten (eGK)
  - Sprechstundenbedarf
- (4) 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). Die beauftragte Krankenkasse rechnet demgemäß den Sprechstundenbedarf anteilig gegenüber dem zuständigen Kostenträger ab.
- (5) Die Verwaltungskosten sind personenbezogen abzurechnen.
- (6) 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 aus. Die zuständige Kommune nimmt innerhalb von 30 Tagen nach Eingang der ordnungsgemäßen Rechnungslegung die Erstattung an die Krankenkasse vor; erfolgt die Zahlung nicht innerhalb dieser Frist, kann der Betrag ab dem 31. Tag nach Rechnungseingang mit 5 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 BGB verzinst werden.
- (7) Eine Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern wird angestrebt. Belege über die Leistungsaufwendungen werden der zuständigen Kommune 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 Kommunen konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) geltenden Vorschriften für eine wirtschaftliche Leistungserbringung und -gewährung offensichtlich nicht angewendet wurden.
- (8) Krankenkassen und Kommunen sind sich darüber einig, dass §§ 110 und 111 SGB X keine Anwendung finden. Die Ansprüche der Krankenkassen verjähren vier Jahre nach Ablauf des Jahres, in dem die Zahlung der Krankenkasse an den Leistungserbringer erfolgt ist.

## **§ 11 Verwaltungskosten**

- (1) Zur Abgeltung der entstehenden Verwaltungsaufwendungen leistet die zuständige Kommune 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 Euro 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. Die Kommune als Beteiligte im Sinne des SGB X erhält die Widerspruchsbescheide nachrichtlich.
- (2) Die Kommune 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 AsylbLG aufgrund von Schadensereignissen im Sinne des § 116 SGB X erbracht werden. Anspruchsträger für etwaige Schadensersatzansprüche für diesen Personenkreis bleibt die zuständige Kommune. Erlangt die Krankenkasse dennoch Kenntnis über eine möglicherweise bestehende Schadensersatzforderung, hat sie die zuständige Kommune zeitnah zu informieren. Die Durchsetzung der Schadensersatzansprüche obliegt der Kommune.

### **§ 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 Mecklenburg-Vorpommern bzw. Bundesdatenschutzgesetz, DSGVO) 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,
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.

### **§ 15 Meinungsverschiedenheiten**

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

### **§ 16 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.

### **§ 17 Laufzeit der Vereinbarung**

- (1) Die Vereinbarung tritt mit Unterzeichnung der vertragsschließenden Parteien am 29.08.2024 in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann mit einer Frist von zwölf Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres, frühestens jedoch zum xx.yy.2025, 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 Kommunen 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. § 16 bleibt unberührt.

Schwerin, 29.08.2024	Land Mecklenburg-Vorpommern, vertreten durch das IM  Minister Christian Pegel
Schwerin, 29.08.2024	AOK Nordost. Die Gesundheitskasse.
Schwerin, 29.08.2024	BARMER
Schwerin, 29.08.2024	DAK-Gesundheit
Schwerin, 29.08.2024	IKK – Die Innovationskasse
Schwerin, 29.08.2024	TK - Technikerkrankenkasse