

Ergebnisniederschrift

über die

Sitzung der Fachkonferenz DVKA

am 11.04.2019

in Bonn

Inhaltsübersicht

TOP 1	Einreichung deutscher Forderungen gegenüber Mitgliedstaaten im Kontext von EESSI
TOP 2	Einreichung von deutschen Forderungen gegenüber anderen Mitgliedstaaten: Einreichungsstopp für EESSI; Priorisierung der Kostenrechnungs-BUSs
TOP 3	Verwendung von Portable Documents (PDs)
TOP 4	Angabe des PIN bei der Kostenabrechnung unter EESSI
TOP 5	Ergebnisse Workshop Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI am 19.03.2019
TOP 6	Sachstandsbericht zu den Datenabgleichen D/NL und D/FR
TOP 7	Kostenabrechnung nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen
TOP 8	Weiterer Umgang mit Beanstandungen auf türkische Forderungen
TOP 9	„Wohnortfälle Türkei“
TOP 10	„Vorübergehender Aufenthalt Türkei“
TOP 11	Bericht aus dem Schlichtungsgremium des Rechnungsausschusses (CP)
TOP 12	Neue Vordrucke für das Beanstandungsverfahren von Kostenrechnungen
TOP 13	Aktueller Stand freiwillige PV bei Verzug ins europäische Ausland; „da Silva Martins“
TOP 14	Einführung einer Pflichtzusatzkrankenversicherung in Belgien
TOP 15	Leistungsaushilfe in der Republik Kosovo
TOP 16	Forderungsübersicht
TOP 17	Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen – Aktueller Stand
TOP 18	Geltendmachung von Ansprüchen der PKV gegenüber der GKV-BSG-Urteil im Fall Europ Assistance Versicherungs-AG / VIAKTIV BKK
TOP 19	Häufigkeit der Einreichungen deutscher Forderungen bei ausländischen Verbindungsstellen unter EESSI
TOP 20	Stand Brexit
TOP 21	Berichte über Gespräche, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt war
TOP 22	Verschiedenes

Top 1

Einreichung deutscher Forderungen gegenüber Mitgliedstaaten im Kontext von EESSI

Sachverhalt:

Im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 09. Oktober 2018 wurde Einvernehmen über die Einreichungen deutscher Forderungen für das erste Halbjahr 2019 regelt. Dieser Beschluss wurde im Hinblick auf den EESSI-Starttermin 01.07.2019 getroffen.

Dementsprechend hat der GKV-Spitzenverband, DVKA mit Rundschreiben Nr. 2018/595 inhaltlich folgende Übersicht zu den Einreichungen im ersten Halbjahr 2019 veröffentlicht.

EINREICHFORM	EINREICHTERMINE IM 1. HALBJAHR 2019
Mitgliedstaaten – elektronisch	<ul style="list-style-type: none"> • 15.01.2019 • 15.04.2019
Mitgliedstaaten – Papier	<ul style="list-style-type: none"> • Nur Forderungen für Rechnungsjahr 2018 (Jahr der Einstellung in die Rechnungsführung – vgl. Abschnitt 1 Vordruck E 125) • Einreichtermine gemäß RS Nr. 2010/629. <p>Termin Dänemark/Österreich: 15.05.2019</p>
Abkommensstaaten – elektronisch	Quartalsweise gemäß Rundschreiben Nr. 2011/601
Abkommensstaaten – Papier	Einreichung gemäß Einreichschema (vgl. RS Nr. 2010/629)

Ebenfalls entsprechend der Beratung in der letzten Sitzung der Fachkonferenz wird in dem Rundschreiben darauf hingewiesen, dass, „sollte es zwischenzeitlich zu einer Terminverschiebung für den Brexit bzw. die Einführung von EESSI kommen, eine Anpassung der oben beschriebenen Regelung [erfolgt], über die separat per Rundschreiben informiert wird“.

Vom Projektlenkungsausschuss des NAE-Projektes wurde nun die Bitte an den GKV-Spitzenverband, DVKA herangetragen, dass der 15.04.2019 als spätester Einreichtermin nicht weiter Bestand haben soll. Das folgt aus den bestehenden großen Zweifeln an der Einhaltung der Produktionsstarts von EESSI am 01.07.2019.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA bestätigt nochmal explizit, dass im Falle einer Verschiebung des EESSI-Starttermins ebenfalls eine Verschiebung der letzten Einreichung deutscher Forderungen im Altverfahren vorgesehen ist.

Eine Vermischung des EESSI- und der Altverfahren bei der Einreichung deutscher Forderungen in Bezug EU/EWR-Staaten bzw. der Schweiz gilt es jedoch unbedingt zu vermeiden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA schlägt daher vor, sich auf folgende Termine zu verständigen:

– elektronische Einreichungen: 1,5 Monate vor der verbindlichen Anwendung des S_BUC_019

– Einreichungen auf Papier: 2,5 Monate vor der verbindlichen Anwendung des S_BUC_019

Über das Ergebnis der Beratungen werden die Krankenkassen per Rundschreiben und der Projektlenkungsausschuss des NAE-Projekts informiert.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer begrüßen die unterbreiteten Vorschläge. Insbesondere die flexible Gestaltung der letztmaligen Einreichung in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der EESSI-Umsetzung halten sie für sachgerecht.

Es besteht Einvernehmen, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA über die Einreichzeitpunkte informiert, wenn sich herausstellt, dass Kostenrechnungen auch nach dem 01.07.2019 noch im sog. Altverfahren eingereicht werden können.

Darüber hinaus kündigt der GKV-Spitzenverband, DVKA an, mit Rundschreiben kurzfristig einen weiteren Termin (15.05.2019) für die Einreichung von Forderungen im Altverfahren bekanntzugeben. Im Rahmen der Einreichungen auf Papier sollen dabei auch Forderungen abgerechnet werden können, die erst im Laufe dieses Jahres in die Rechnungsführung des jeweiligen Trägers eingestellt wurden.

Top 2

Einreichung von deutschen Forderungen gegenüber anderen Mitgliedstaaten:

Einreichungsstopp für EESSI; Priorisierung der Kostenrechnungs-BUCs

Sachverhalt:

a) Einreichungsstopp für EESSI

Die Verfahrensweise für die Einreichung von deutschen Forderungen im Vorfeld der Einführung von EESSI war bereits Gegenstand von Erörterungen in den Sitzungen der Fachkonferenz DVKA am 02.05.2018 sowie am 09.10.2018. Der seinerzeit gefasste Beschluss sieht für die Kostenabrechnung gegenüber den Mitgliedstaaten folgende Regelung vor:

EINREICHFORM	EINREICHTERMINEN IM 1. HALBJAHR 2019	EINREICHTERMINEN AB 2. HALBJAHR 2019
Mitgliedstaaten - elektronisch	15.01.2019, 15.04.2019	EESSI: tägliche Einreichung möglich
Mitgliedstaaten - Papier	<ul style="list-style-type: none"> Nur Forderungen für Rechnungsjahr 2018 (Jahr der Einstellung in die Rechnungsführung - vgl. Abschnitt 1 Vordruck E 125) Einreichtermine gemäß RS Nr. 2010/629. Termin Dänemark/Österreich: 15.05.2019 	./.

Die Beschlussfassung erfolgte unter der Annahme, dass die Kostenabrechnung über das EESSI-Verfahren für alle Mitgliedstaaten ab dem 01.07.2019 möglich ist. Deutschland und andere Mitgliedstaaten haben signalisiert, die Arbeiten an ihren Systemen nicht fristgerecht abschließen zu können, weshalb ein fristgerechter Start von EESSI nicht realistisch erscheint.

Es wird eine neue Beschlussfassung vorgeschlagen. Sofern die Kostenabrechnung bzw. sofern ein Träger nicht in der Lage ist, die Kostenabrechnung über EESSI vorzunehmen, erfolgt die Kostenabrechnung nach bekannten "Altverfahren" und den dort vorgesehenen Terminen zur Einreichung der Forderungen bei der DVKA (s. Rundschreiben Nr. 2011/601 sowie 2010/629).

a) Priorisierung der Kostenrechnungs-BUCs

Der Projektlenkungsausschuss des Projekts Nationale Anbindung EESSI (PLA NAE) hat in der Sitzung am 07.02.2019 unter TOP 14a den Beschluss gefasst, dass die DVKA für die Kostenabrechnungs-BUCs S_BUC_19 bis S_BUC_23 erst dann "EESSI-ready" meldet, wenn alle deutschen Kassen diese vollständig implementiert haben. Intention der Sitzungsteilnehmer war eine homogene Meldung von "EESSI-ready" auf Ebene der einzelnen Kostenabrechnungs-BUCs (d. h. "EESSI-ready-Meldung" für S_BUC_19a, wenn alle deutschen Kassen diesen implementiert haben usw.). Während der Sitzung wurde deutlich herausgestellt, dass die Fokussierung auf den S_BUC_19 sowie den S_BUC_21 einen Mehrwert für die deutschen Kassen bietet, während die übrigen Kostenabrechnungs-BUCs nachrangig zu betrachten sind.

Der dokumentierte Beschluss des PLA in der jetzigen Form gibt diese Differenzierung nicht wieder. Erfolgt die Umsetzung erst nach vollständiger "EESSI-ready-Meldung" aller Kostenabrechnungs-BUCs (S_BUC_19–23) durch alle Kassen, wirkt sich dieser Beschluss nachteilig auf die Kassen aus. Es wird daher angeregt, die Kostenabrechnungsprozesse zu priorisieren. Die Implementierung der Kostenabrechnungsprozesse erfolgt dann in Reihenfolge der Priorität und die DVKA meldet "EESSI-ready" jeweils für die entsprechenden BUCs. Die DVKA und die Sitzungsteilnehmer werden gebeten, sich für entsprechende Beschlüsse des PLA NAE einzusetzen.

Die Prozesse S_BUC_19A und S_BUC_19B sind priorisiert zu implementieren und BUC-bezogen "EESSI-ready" zu melden. Diese Prozesse haben für die Kassen aufgrund der Fallzahl und des Abrechnungsvolumens einen erheblichen Mehrwert. Die aus der Implementierung und Prozessdurchführung gewonnen Erkenntnisse können dann für die Einführung der weiteren Kostenabrechnungsprozesse genutzt werden. Die Prozesse zur Geltendmachung von Verzugszinsen (S_BUC_22A und S_BUC_22B) werden dagegen heute nicht durchgeführt, sodass diese zurückgestellt werden können.

Durch einen Beschluss hat das Chance Advisory Board klargestellt, dass ein Mitgliedstaat auch für einen einzelnen BUC "EESSI-ready" melden kann. Voraussetzung ist lediglich, dass alle Träger in diesem Mitgliedstaat den BUC vollständig implementiert haben.

Ergebnis:

Aufgrund der Erörterungen unter TOP 1 zieht der vdek diese von ihm eingebrachte Beratungsunterlage zurück.

Top 3

Verwendung von Portable Documents (PDs)

Sachverhalt:

Mit Rundschreiben Nr. 2010/214 aus dem Jahr 2014 hatte die DVKA den Kassen empfohlen, bis zum Start des elektronischen Datenaustausches im Rahmen von EESSI weiterhin E-Vordrucke zu verwenden. Ausgenommen Sachverhalte, die mit den E-Vordrucken nicht oder nur unzureichend abgebildet werden (z.B. Nachweis des Leistungsanspruchs von Grenzgängern in Rente). Seit Erstellung des Rundschreibens haben sich die Rahmenbedingungen jedoch geändert.

Der GKV-Spitzenverband hat mit Schreiben vom 05.02.2019 gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales kommuniziert, dass der Beginn der Produktionsphase am 01.07.2019 aufgrund nicht abgenommener oder noch nicht abschließend spezifizierter Punkte nicht mehr zu halten ist. Da auch andere Mitgliedstaaten (NL, LU, CH) bereits signalisiert haben, die Arbeiten an ihren System nicht fristgerecht abschließen zu können, ist die Verlängerung der Übergangsphase sehr wahrscheinlich.

Die TK hat bereits mit der Integration der Portable Documents (S1, S2, S3) in das interne Schriftgutsystem begonnen und wird diese Arbeiten in Kürze abschließen. Die Erstellung von Portable Documents (PDs) wird technisch unterstützt, sodass sich gegenüber der Nutzung von E-Vordrucke ein erheblicher Mehrwert für die TK bietet. Die Verwendung der Portable Documents ist unabhängig vom Starttermin des elektronischen Datenaustausches und nach Beschluss Nr. E5 bereist heute zulässig.

Die TK schlägt vor, dass jede Kasse individuell entscheidet, ob sie während der Übergangszeit weiterhin die E-Vordrucke verwendet oder bereits die Portable Documents nutzt.

Ergebnis:

Der Austausch der Sitzungsteilnehmer zu dieser Thematik lässt erkennen, dass inzwischen auch mehrere ausländische Träger die Portablen Dokumente – und auch SEDs – verwenden. Auch kann zwischenzeitlich von stabilen Versionen der Dokumente ausgegangen werden.

Von daher spricht aus Sicht der Teilnehmer nichts dagegen, wenn sich eine Krankenkasse dafür entscheidet, bereits heute verstärkt insbesondere die hier angesprochenen Portablen Dokumente auszustellen.

Um diesbezüglich für eine Klarstellung zu sorgen, wird der GKV–Spitzenverband, DVKA erneut ein Rundschreiben zur Thematik verfassen.

Bei dieser Gelegenheit wird der GKV–Spitzenverband, DVKA darauf hinweisen, dass für den Bereich der Kostenabrechnung weiterhin der E 125 bzw. der entsprechende Datensatz zu verwenden ist (vgl. Rundschreiben 2011/26, letzter Absatz auf der ersten Seite).

Top 4

Angabe des PIN bei der Kostenabrechnung unter EESSI

Sachverhalt:

Mit Rundschreiben Nr. 2018/698 hat der GKV–Spitzenverband, DVKA über die Notwendigkeit einer PIN bei der Kostenabrechnung unter EESSI informiert.

Anlass war eine Diskussion im Rahmen des EESSI–Workshops beim GKV–Spitzenverband, DVKA am 22.11.2018. Dabei hat der GKV–Spitzenverband, DVKA zunächst darüber berichtet, dass er sich auf europäischer Ebene für eine übergangsweise Beibehaltung der jetzigen Regelung bei den PINs für Familienangehörige einsetzt. D. h., es soll auch bei Abrechnungen im Rahmen des EESSI–Verfahrens zunächst noch die PIN des Stammversicherten angegeben werden können, wenn die PIN des Familienangehörigen beim zuständigen Träger nicht vorliegt. Bei dieser Gelegenheit wurde von einem Teilnehmer darauf hingewiesen, dass in Einzelfällen auch bei Stammversicherten keine PIN des zuständigen Trägers vorliege. Daher wurde vereinbart, dass der GKV–Spitzenverband, DVKA das o. g. Rundschreiben herausgeben wird.

Nach der Veröffentlichung des Rundschreibens haben einige Krankenkassen darauf hingewiesen, dass die im Rundschreiben beschriebene Anforderung von PINs auf Einzelfallbasis zu aufwändig sei, da der Anteil der fehlenden PINs bei Stammversicherten höher sei als zunächst angenommen.

In der Zwischenzeit hat der GKV–Spitzenverband, DVKA dieses Thematik mit den Verbindungsstellen verschiedener Staaten erörtert, u. a.

- Frankreich
- Österreich
- Polen
- Schweiz

Alle Partner haben sich für einen Austausch von Listen ausgesprochen, der über die Verbindungsstellen laufen soll. Damit die Daten sicher übertragen werden, soll der grenzüberschreitende Austausch über den sTESTA–Server erfolgen. Dieser Server wird aktuell auch für den grenzüberschreitenden Austausch der Daten für die Kostenabrechnung verwendet

Auf europäischer Ebene zeichnet sich inzwischen ab, dass die o. g. Initiative des GKV–Spitzenverband, DVKA Erfolg haben könnte. Dem Rechnungsausschuss soll vorgeschlagen werden, dass während der ersten 2 bzw. 3 Jahre nach dem Start von EESSI bei Familienangehörigen weiterhin die PIN des Stammversicherten verwendet werden kann. Darüber hinaus soll vorge-

schlagen werden, dass bei fehlender oder falscher PIN eine Zuordnung nach Möglichkeit mit den übrigen Daten erfolgen soll, die aus der jeweiligen Kostenrechnung hervorgehen. Während dieser Übergangszeit sollen die Träger des Wohnorts von den zuständigen Trägern fehlende PINs anfordern. Dabei wird voraussichtlich auch die Möglichkeit erwähnt, dies durch den Austausch von Listen über die Verbindungsstellen vorzunehmen.

Unabhängig davon sollten nach Auffassung des GKV-Spitzenverband, DVKA die PINs des zuständigen Trägers möglichst bald beschafft werden, um eine hohe Qualität bei den Kostenabrechnungsdaten zu gewährleisten.

Damit der GKV-Spitzenverband, DVKA einschätzen kann, mit welchen Staaten ein Austausch im Listenverfahren sinnvoll sein dürfte, werden die Sitzungsteilnehmer gebeten, nach Möglichkeit bereits im Vorfeld der Sitzung folgende Angaben zur Verfügung zu stellen:

Zuständiger Staat (EU/EWR/Schweiz)	Kasse	Betreute Stamm- versicherte	Davon ohne PIN	Betreute Familien- angehörige	Davon ohne PIN

Außerdem bittet der GKV-Spitzenverband, DVKA darum, die Erfahrungswerte der Krankenkassen bei der Anforderung von PINs mitzuteilen (soweit vorhanden)

Ergebnis:

Die Vertreter der Kassenartenverbände unterstützen die Initiativen des GKV-Spitzenverbands, DVKA auf europäischer Ebene. Sie sehen für einen Austausch von Listen über die Verbindungsstellen aktuell jedoch keinen Bedarf. Vielmehr wollen sich die Krankenkassen selbst die erforderlichen PINs von den zuständigen ausländischen Trägern beschaffen. Die Teilnehmer berichten, dass die Krankenkassen hierfür gegenwärtig den Vordruck E001 verwenden (vgl. RS 2018/698) oder bereits ein trägerspezifisches Listenverfahren etabliert haben. Perspektivisch steht hierfür auch der H_BUC_05 zur Verfügung.

Top 5

Ergebnisse Workshop Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI am 19.03.2019

Sachverhalt:

Es erfolgt ein mündlicher Bericht.

Die Beratungsergebnisse werden den Mitgliedern der Fachkonferenz DVKA in der 13. Kalenderwoche per Mail versandt.

Ergebnis:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachkonferenz haben die Ergebnisse des Workshops zur Kenntnis genommen.

Der AOK Bundesverband stellte die Frage, aus welchem Grund die Auslegung von Art. 27 Abs. 9 VO (EG) 987/09 bei der Anwendung vom S_BUC_14 im Rahmen des Workshops nicht thematisiert wurde. Der GKV-SV, DVKA geht davon aus, dass diese Vorschrift bei der Umstellung der Verfahren für den Antrag auf Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit durch die VO (EG) 883/04 gegenstandslos geworden ist. Eine Erörterung auf nationaler Ebene wäre u. E. für eine solche Problematik nicht zielführend.

Es ist zunächst im Rahmen der Ad-Hoc Gruppe Sickness in Brüssel zu klären, ob es Mitgliedstaaten gibt, die auf der Umsetzung von Art. 27 Abs. 9 VO (EG) 987/09 bestehen. Die Fachkonferenz wird über die Ergebnisse dieser Beratung informiert.

Im zweiten Schritt wird der GKV-SV, DVKA bei der nächsten Änderung der VO (EG) 987/09 auf diese Problematik hinweisen, um eine Abschaffung dieser – aus unserer Sicht – überholten Vorschrift zu erzielen.

–Anlagen–

Top 6

Sachstandsbericht zu den Datenabgleichen D/NL und D/FR

Sachverhalt:

Ausgehend von fortwährend hohen Beanstandungsquoten in der Kostenregulierung mit Frankreich und den Niederlanden wurde in 2017 sowohl mit der niederländischen Verbindungsstelle (CAK) als auch mit dem französischen Träger CPAM de la Moselle in der Region Grand Est ein Datenabgleich vereinbart.

Der Datenabgleich besteht jeweils aus zwei Teilen: Zum einen überprüfen die deutschen Kassen als zuständiger Träger die (Stamm-) Daten der in NL bzw. FR zu ihren Lasten eingeschriebenen deutschen Versicherten (Fokus: ausländische Forderungen). Zum anderen stellen die deutschen Kassen als Träger des Wohnorts die Daten der bei ihnen zu Lasten von NL bzw. FR eingeschriebenen Versicherten (Fokus: deutsche Forderungen) zur Verfügung, damit der jeweilige zuständige Träger die Angaben überprüfen kann.

Ziel des Abgleichs der Versichertenstammdaten zwischen den Trägern des Wohnorts und den zuständigen Trägern ist es, abweichende Sichtweisen in Bezug auf die Daten zu identifizieren und so die auf diesen begründeten Beanstandungen für Wohnortfälle dauerhaft zu reduzieren. Insofern dient der Datenabgleich auch einem beschleunigten Forderungsausgleich. Weiterhin ist der Datenabgleich – wie bereits im Rahmen vergangener Fachkonferenzen erörtert – eine zentrale Voraussetzung für die Vereinbarung von Mindestbeträgen für Beanstandungen.

1. Aktueller Sachstand und erste Ergebnisse Datenabgleich D/NL

Im Sommer 2017 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA der niederländischen Verbindungsstelle Daten zu den in Deutschland – auf Basis der Formulare E106, E109, E121 etc. – eingeschriebenen niederländischen Versicherten zur Verfügung gestellt (rd. 50.000 Personen). Diese Daten wurden von den zuständigen niederländischen Trägern überprüft, kommentiert und dann Ende April 2018 an uns zurückgemeldet. Nach einer entsprechenden Aufteilung der Datei, konnten die Daten im Juli 2018 an die deutschen Träger des Wohnorts weitergeleitet werden. Hiermit war die Bitte verbunden, die von den niederländischen Trägern vermerkten Korrekturen der Versichertendaten in die eigenen Daten zu übernehmen bzw. bei einem Dissens eine direkte Klärung mit dem zuständigen Träger in den Niederlanden herbeizuführen. Dazu wurde eine Liste mit entsprechenden Ansprechpartnern zur Verfügung gestellt. Die Mitglieder der FK DVKA wurden in einem separaten Anschreiben informiert. Insgesamt gab es beim GKV-Spitzenverband, DVKA wenige Rückmeldungen zum ersten Teil des Datenabgleichs mit den Niederlanden. Einzelne Kassen brachten jedoch ihren Unmut über den oben beschriebenen Auftrag zur Datenbereinigung zum Ausdruck.

Eine Analyse der Rückmeldungen aus den Niederlanden zeigt, dass die trägerspezifischen Fehlerquoten im Datenabgleich stark variieren: Es gab deutsche Kassen, bei denen 6% der gemeldeten Personen in den Niederlanden nicht bekannt waren, aber auch Kassen, bei denen über 13% der mutmaßlich eingeschriebenen Personen als unbekannt zurückgemeldet wurden. Gleichzeitig zeigen die Auswertungen des GKV-Spitzenverbands, DVKA auch, dass die trägerspezifische Fehlerquote im Datenabgleich vergleichsweise nahe an den trägerspezifischen Beanstandungsquoten bei der Kostenabrechnung lag.

Der zweite Teil des deutsch-niederländischen Datenabgleichs, der den Fokus auf die in den Niederlanden eingeschriebenen Versicherten deutscher Träger legt, wurde im Oktober an die zuständigen deutschen Träger weitergeleitet (rd. 15.000 Personen). Einzelne Kassen haben den Abgleich jedoch trotz mehrfacher Erinnerung nicht vorgenommen, weshalb sich aktuell die Übersendung der Daten an die niederländische Verbindungsstelle verzögert. Sobald dieser Schritt vollzogen ist und die dortigen Träger des Wohnorts eine entsprechende Bereinigung der Versichertenstammdaten vorgenommen haben, ist der Datenabgleich mit den Niederlanden abgeschlossen.

2. Aktueller Sachstand und erste Ergebnisse Datenabgleich D/FR

Anders als in den Niederlanden wurde mit der französischen Verbindungsstelle zunächst nur ein Datenabgleich mit einem Träger, der CPAM de la Moselle vereinbart. Ausgehend von der französischen Datenlieferung vom Dezember 2017 konnten die Rückmeldungen der deutschen Krankenkassen zu den zu ihren Lasten in der Region Moselle eingeschriebenen Versicherten (rd. 20.000 Personen) im August 2018 der Verbindungsstelle zur Verfügung gestellt werden. (Zwei Krankenkassen mit insgesamt rd. 3.000 Versicherten haben trotz Mahnung keine Rückmeldung zur Verfügung gestellt). Eine erste Auswertung der Daten beim GKV-Spitzenverband, DVKA zeigte zunächst keine auffallenden Differenzen zwischen den Sichtweisen der CPAM de la Moselle als Träger des Wohnorts und den zuständigen deutschen Trägern.

Dieses Ergebnis steht in einem gewissen Widerspruch zu den beständig hohen Beanstandungsquoten und zur Rückmeldung einer deutschen Krankenkasse im unmittelbaren Anschluss an den Datenabgleich. Diese lässt vermuten, dass sich die im Zuge des Datenabgleich gemeldeten Daten der CPAM de la Moselle von den Daten unterscheiden, auf deren Basis der Träger die Kostenrechnungen (E 125) erstellt. Konkret zeigten die Analysen des GKV-Spitzenverbands, DVKA, dass die CPAM de la Moselle im Zeitraum des Datenabgleichs für Personen Rechnung gestellt hat, die entweder gar nicht im Datenabgleich zu finden sind oder aber im Datenabgleich einem anderen zuständigen deutschen Träger zugeordnet sind als bei der Rechnungsstellung. Zu diesen erklärungsbedürftigen Beobachtungen ist der Austausch mit der französischen Verbindungsstelle noch nicht abgeschlossen. Die nächste Telefonkonferenz hierzu ist für April 2019 geplant.

Da diese Fragen zwingend vor der Initiierung des zweiten Teils des Datenabgleichs mit der CPAM de la Moselle zu klären sind, steht dieser aktuell noch aus.

3. Weiteres Vorgehen i.S. Datenabgleich

Nach einer Klärung der o.g. Fragen, ist perspektiv angedacht, einen weiteren Datenabgleich mit der CPAM in der Region „Bas-Rhin“ bzw. Haute-Rhin“ in Frankreich durchzuführen, da diese Region traditionell ebenfalls durch eine sehr hohe Anzahl an Grenzgängern gekennzeichnet ist.

Um die Nachhaltigkeit des erfolgreichen Abgleichs D/NL zu sichern, könnte es perspektivisch durchaus sinnvoll sein, den Abgleich mit der niederländischen Verbindungsstelle zu gegebener Zeit zu wiederholen. Beispielsweise, wenn sich die zuletzt rückläufigen Beanstandungsquoten wieder verschlechtern, bzw. entsprechende Rückmeldungen der Träger/Verbände vorliegen.

Die Fachkonferenz DVKA wird wie bisher frühzeitig eingebunden.

Ergebnis:

Die Mitglieder der Fachkonferenz nehmen den Sachstandsbericht zur Kenntnis. Von einem Kassenartenverband wird darauf hingewiesen, dass dessen Mitgliedskassen vor der Umsetzung von EESSI keine weiteren Abgleiche wünschen, aus denen die Notwendigkeit zur Anpassung von Daten resultieren kann. Außerdem sollten zukünftige Datenaustausche für die Krankenkassen optional sein.

Die aktuellen Erkenntnisse einer weiteren Krankenkasse aus dem deutsch-französischen Grenzgebiet bestätigen die vom GKV-Spitzenverband, DVKA vertretene Einschätzung zu den Problemen beim Abgleich mit der CPAM de la Moselle.

Top 7

Kostenabrechnung nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen

Sachverhalt:

1. Türkische Forderungen nach tatsächlichem Aufwand, 2016 – 2018 (Einreichung)

Die quantitative Entwicklung der türkischen Kostenabrechnungen nach tatsächlichem Aufwand wurde bereits ausführlich im Rahmen der letzten Fachkonferenz erläutert (vgl. Ergebnisschrift, TOP 10). Erwartungsgemäß hat die Türkei im Dezember 2018 weitere 508.000 Kostenrechnungen eingereicht, so dass sich für die Jahre 2016–2018 eine Gesamtsumme von rund 4 Mio. Kostenrechnungen auf Basis des A/T 25 ergibt. D.h. nahezu jede zweite Kostenrechnung, die in 2017 bzw. 2018 beim GKV-Spitzenverband, DVKA eingegangen ist, kam aus der Türkei. Detaillierte Informationen zur Betroffenheit der einzelnen Kassen(arten) hatten wir im Vorfeld der letzten Fachkonferenz DVKA zur Verfügung gestellt. Für die kommenden Jahre gehen wir aktuell von rd. 700.000 türkischen Kostenrechnungen p.a. aus – wobei sich noch zeigen muss, ob sich diese Prognose, die im Rahmen der Verbindungsstellengespräche von der türkischen Seite getroffen wurde, als empirisch belastbar erweist.

Die zentrale, mit der o.g. Entwicklung einhergehende Herausforderung liegt in der Bearbeitung der Beanstandungen, die aus den 4 Mio. Kostenrechnungen resultieren. Nach Analysen des GKV-Spitzenverbands, DVKA und den Rückmeldungen der Krankenkassen auf unser Schreiben vom März 2018, muss bei den türkischen Kostenrechnungen nach tatsächlichem Aufwand von einer Beanstandungsquote zwischen 3,5% und 5% ausgegangen werden. D.h. aus den Kostenrechnungen der Jahre 2016–2018 ergeben sich bis zu 200.000 Erstbeanstandungen. Zum Vergleich: In 2017 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA lediglich rd. 4.000 Erstbeanstandungen auf türkische Forderungen erhalten. Die Regelbearbeitung der Forderungen aus 2016–2017 hätte einen erheblichen, haushaltswirksamen Personalmehrbedarf beim GKV-Spitzenverband, DVKA zur Folge.

Vor diesem Hintergrund – und mit Blick auf die Struktur der türkischen Rechnungen, die von einer Vielzahl an Kleinstforderungen unter 15 EUR geprägt ist (vgl. Ergebnisschrift FK 10/2018, TOP 10) – hat sich die Fachkonferenz DVKA im Oktober mehrheitlich dafür ausgesprochen, die Option bilateraler bzw. einseitiger Mindestbeträge für Beanstandungen von türkischen Forderungen weiterzuverfolgen.

Die aus Sicht des GKV-Spitzenverbands, DVKA präferierte Lösung zweiseitig vereinbarter Mindestbeträge, wurde gegenüber der Türkei mehrfach – zuletzt mit Schreiben vom 07.11.2018 – angesprochen. Eine erste Reaktion – in der die Türkei jedoch lediglich Zeit für eine weitere Prüfung des Vorschlags erbittet – erfolgte am 21.02.2019. Aufgrund einschlägiger Erfahrungen mit

der türkischen Verbindungsstelle lässt sich daraus jedoch nicht schließen, dass sich zeitnah eine Lösung finden wird. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass zweiseitig vereinbarte Mindestbeträge aktuell nicht realisierbar sind.

In Bezug auf die Option einseitig implementierter Mindestbeträge hat der GKV-Spitzenverband, DVKA – basierend auf dem Diskussionsergebnis der letzten Fachkonferenz – eine erste Kosten-Nutzen-Bewertung vorgenommen. Hierfür wurden zunächst die durchschnittlichen Verwaltungskosten erhoben, die für eine abschließende Bearbeitung einer beanstandeten türkischen Kostenrechnung beim GKV-Spitzenverband, DVKA anfallen. Grundlage dieser Kalkulation sind die durchschnittliche Bearbeitungszeit (in Minuten) sowie die hierfür beim GKV-Spitzenverband, DVKA anfallenden Personal- und Sachkosten. Aus beiden Komponenten ergeben sich für den GKV-Spitzenverband, DVKA Verwaltungskosten i.H.v. 11,39 EUR pro abschließend bearbeiteter Beanstandung. Dieser Betrag ist durch die Verwaltungskosten zu ergänzen, die bei der in der Rechnung als leistungspflichtig benannten Krankenkasse für eine abschließende Bearbeitung der Beanstandung entstehen. Bisher liegen noch keine Werte zu diesen kassenindividuellen Verwaltungskosten vor; entsprechende Anfragen bei ausgewählten Krankenkassen laufen. Den Gesamtverwaltungskosten (=KOSTEN) wird in einem zweiten Schritt der sogenannte Beanstandungserlös (=NUTZEN) gegenübergestellt, d.h. die Summe der Rechnungsbeträge, die durch erfolgreiche Beanstandungen der Kassen gegenüber dem türkischen Träger eingespart werden können. Die Erfolgsquote der Beanstandungen auf türkische Forderungen – d.h. der Prozentsatz der Beanstandungen, die tatsächlich zu einer finalen (Teil-) Absetzung der türkischen Forderung führt – beträgt nach Analysen des GKV-Spitzenverbands, DVKA über alle Kassen hinweg aktuell 6,5%. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass – aus deutscher Sicht – 93,5% aller Beanstandungen erfolglos sind. Aus kassenindividueller Sicht stellt sich die Situation ggfs. anders dar, da Beanstandungen nicht selten zu einem innerstaatlichen Zuständigkeitswechsel führen. Die Zuständigkeit eines deutschen Trägers bleibt hierbei aber bestehen.

Bezogen auf ein konkretes Beispiel einer Krankenkasse aus dem Jahr 2017 sieht die Kosten-Nutzen-Kalkulation für einen Mindestbetrag von 100 TRY (rd. 16 EUR) wie folgt aus:

- Für die 91.362 türkischen Rechnungen < 100 TRY aus dem Jahr 2017 sind bei einer durchschnittlichen Beanstandungsquote von 4,2% rd. 3.837 Beanstandungen zu erwarten.
- Die Bearbeitung einer Beanstandung kostet 20 EUR (11,39 EUR DVKA + 8,61 EUR *angenehmene* Kosten der Beispielskasse)
- D.h. die Bearbeitung der erwarteten Beanstandungen verursacht Gesamtverwaltungskosten von 76.744 EUR
- Bei einer durchschnittlichen Erfolgsquote von 6,5% resultieren aus den 3.837 Beanstandungen 250 erfolgreiche (Teil)Absetzungen.
- Bewertet man diese mit dem durchschnittlich Wert der TR-Kostenrechnungen < 100 EUR (= 37,87 TRY/ 6,09 EUR), ergibt sich ein erwartbarer Nutzen von 1.515 EUR

Insgesamt zeigt das Beispiel, dass den hohen Verwaltungskosten, die bei der Bearbeitung der Beanstandungen türkischer Forderungen auf Seiten des GKV-Spitzenverband, DVKA und der Beispielskasse anfallen, ein vergleichsweise geringer Beanstandungserlös gegenübersteht. Das Ergebnis ist robust, d.h. die Gesamtbewertung ändert sich selbst dann nicht, wenn einzelne Kalkulationsparameter (Beanstandungsquote etc.) deutlich verändert werden. Selbst wenn man die Verwaltungskosten des GKV-Spitzenverbands, DVKA komplett ausklammert und ausschließlich auf die Verwaltungskosten der Krankenkasse abstellt, bleibt ein deutliches Missverhältnis zwischen Kosten und Nutzen bestehen.

Vor dem Hintergrund dieser Wirtschaftlichkeitsbetrachtung – und in Anbetracht der Tatsache, dass eine bilaterale Vereinbarung von Mindestbeträgen aktuell nicht realisierbar erscheint – sollten aus Sicht des GKV-Spitzenverbands, DVKA schnellstmöglich einseitige Mindestbeträge für die Kostenrechnungen aus den Jahren 2016–2018 eingeführt werden. Um dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit Rechnung zu tragen, sollte ein Mindestbetrag von 100 TRY (aktuell rd. 16 EUR) angesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA beabsichtigt, diesen Vorschlag im Anschluss an die Fachkonferenz mit dem Bundesversicherungsamt zu erörtern. Ziel dieses Verfahrens ist die Bestätigung der grundsätzlich bereits signalisierten Bereitschaft, einseitig festgelegte Mindestbeträge für Beanstandungen zu akzeptieren. Sobald die Zustimmung des BVA vorliegt, erfolgt eine entsprechende Kommunikation an die Kassen, die vorab mit der Fachkonferenz DVKA abgestimmt wird. Im Zusammenhang mit der Einführung der Mindestbeträge wird sodann auch der vorläufige

Annahmestopp für Beanstandungen auf türkische Forderungen (vgl. RS 2018/697) aufgehoben.

Von den Kassen bzw. den Kassenverbänden wurde u.a. vorgebracht, dass ein einseitiger Mindestbetrag die Türkei zu einer noch kleinteiligeren Rechnungsstellung motivieren könnte. Eine solche Reaktion ist selbstredend auch nicht im Interesse des GKV-Spitzenverbands, DVKA. Sie erscheint auch unwahrscheinlich, da Stichprobenprüfungen zeigen, dass die Türkei bereits heute für jeden Kontakt eines Versicherten mit einem Leistungserbringer eine Kostenrechnung erstellt. Nur wenn beispielsweise am Tag der ärztlichen Behandlung auch Arzneimittel abgegeben werden, erfolgt eine Zusammenführung der Kosten in eine Abrechnung. Dieser Eindruck wurde von der türkischen Verbindungsstelle im Rahmen der letzten Gespräche im Juni 2018 bestätigt. Die türkische Seite hat mit dieser Umstellung der Verfahrensweise nach eigenen Angaben darauf reagiert, dass deutsche Träger türkische Rechnungen häufig mit dem Verweis auf zu hohe Rechnungen beanstanden (- eine Aussage, die durch Analysen des GKV-Spitzenverbands, DVKA nicht bestätigt werden kann). Zu einer weiteren Disaggregation sollte es daher nach Auffassung des GKV-Spitzenverbands, DVKA nicht kommen - u.a. auch weil in der Türkei diesbezüglich bereits verwaltungstechnische und rechtliche Grenzen erreicht sein dürften.

2. Weiterentwicklung der Kostenabrechnung nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen

Unbenommen dieser Tatsache ist es weiterhin Ziel des GKV-Spitzenverbands, DVKA, dass die Türkei schnellstmöglich eine Kumulierung vornimmt, die der Praxis deutscher Träger entspricht. Eine entsprechende Vorlage (Ziel: quartalsweise Kumulierung) hatten wir bereits im Rahmen des Verbindungsstellengesprächs eingebracht. Allerdings ohne hierfür eine Zusage der türkischen Seite zu erhalten.

Dies offenbart eine grundsätzliche Herausforderung des deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens: Auf der einen Seite ist die Türkei für Deutschland ein wichtiger Partnerstaat für die Sachleistungsaushilfe, mit einem Forderungsvolumen von zuletzt rd. 50 Mio. EUR p.a. (tatsächlicher und pauschaler Aufwand) und damit vergleichbar mit zentralen europäischen Partnern wie der Schweiz und den Niederlanden. Selbst wenn sich die Anzahl der türkischen Kostenrechnungen nach tatsächlichem Aufwand in den kommenden Jahren auf ca. 700.000 Stück/Jahr einpendeln sollte, ist dies immer noch die mit Abstand höchste Anzahl pro Einzelstaat. (Zum Vergleich: Aus Polen erhielt Deutschland 2018 ca. 450.000, aus Österreich 285.000 Kostenrechnungen.) Auf der anderen Seite spiegeln die Regelungen zur Kostenabrechnung im deutsch-türkischen Abkommen diese Bedeutung nicht wider: Es sind wenige konkrete Verfahren/Prozesse beschrieben, im Gegensatz zu den EU-Verordnungen fehlen u.a. Regelungen bzw. Fristen zur Einreichung-, Zahlung- und Beanstandung von gegenseitigen Forderungen. Zudem gibt es auch keine Regelungen für verbindliche Rechnungsabschlüsse.

Ausgehend von dieser Bestandsaufnahme ist es aus Sicht des GKV-Spitzenverbands, DVKA notwendig, neben einer kurzfristigen Lösung für die im ersten Abschnitt geschilderten aktuellen Probleme in der Kostenabrechnung, auch eine Position („Roadmap“) für die zukünftige Gestaltung des Abrechnungsverfahrens mit der Türkei zu entwickeln. Diese sollte dann im Rahmen der nächsten Türkei-Gespräche, die aktuell für Herbst angedacht sind und die die Überarbeitung der Verbindungsstellenvereinbarung zum Gegenstand haben, in die Diskussion eingebracht werden. Zentrales Ziel ist es, die Modalitäten der Kostenabrechnung mit der Türkei langfristig so zu gestalten, dass kurzfristige Steuerungsmaßnahmen wie oben dargestellt künftig obsolet sind. Dies schließt auch eine Analyse des derzeit praktizierten Verfahrens der pauschalen Kostenabrechnung ein, das zumindest beim GKV-Spitzenverband, DVKA noch weitgehend ohne maschinelle Unterstützung erfolgt.

Für die Vorbereitung der Verbindungsstellengespräche richtet der GKV-Spitzenverband, DVKA daher eine Ad-hoc-Gruppe „Zukunft der deutsch-türkischen Kostenabrechnung“ ein. Ziel dieser Ad-hoc-Gruppe, die aus Vertretern der Kassen(verbände) und der DVKA bestehen soll, ist es, bis August 2019 die Grundzüge der oben erwähnten Verhandlungsposition für die Verbindungsstellengespräche auszuarbeiten. Damit eine effektive Arbeit der Ad-hoc-Gruppe gewährleistet werden kann, sollten interessierte Kassenarten hierzu je 2 Teilnehmer benennen.

Die Fachkonferenz DVKA wird über die (Zwischen-) Ergebnisse der Ad-hoc-Gruppe informiert.

Ergebnis:

Die Mitglieder der Fachkonferenz nehmen die Ausführungen des GKV-Spitzenverbands, DVKA zur Kenntnis.

Mindestbeträge für Beanstandungen:

Die Option einseitiger Mindestbeträge wird von einzelnen Mitgliedern der Fachkonferenz kritisch gesehen.

Darüber hinaus berichten die Mitglieder der Fachkonferenz, dass die Beanstandungsquoten bei türkischen Sendungen aus den Jahren 2016–2018 offenbar deutlich unter der bisher angenommenen Quote von 5% liegen. Um eine Einschätzung zu den aktuellen Beanstandungsquoten und damit auch eine verlässliche Prognose des bei der DVKA entstehenden Arbeitsvolumens zu erhalten, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA auf einzelne Kassen zugehen.

Um mit dem BVA konkret Mindestbeträge für Beanstandungen erörtern zu können, wird es für erforderlich angesehen, die bei den Krankenkassen für die abschließende Bearbeitung einer beanstandeten türkischen Kostenrechnung nach tatsächlichem Aufwand anfallenden Verwaltungs-

schritte und -kosten zu ermitteln. Es wird Einvernehmen erzielt, dass sich der GKV-Spitzenverband, DVKA hierzu an die AOK Baden-Württemberg wenden wird. Eventuell wird auch noch die BARMER einbezogen. Vor einer Kontaktaufnahme mit dem BVA wird die Fachkonferenz DVKA über die Ergebnisse informiert – einschließlich der beim GKV-Spitzenverband, DVKA etablierten Verwaltungsprozesse und -kosten.

Zukünftige Verfahren im Bereich der Kostenabrechnung

Die Mitglieder der Fachkonferenz begrüßen den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, DVKA eine Ad-hoc-Gruppe zur Zukunft der deutsch-türkischen Kostenabrechnung einzurichten. Ein erster Sitzungstermin ist für Ende Mai 2019 vorgesehen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird zur Sitzung einladen und zur Benennung der Kassenvertreter*innen auffordern.

Top 8

Weiterer Umgang mit Beanstandungen auf türkische Forderungen

Sachverhalt:

Die Fachkonferenz DVKA hat am 09.10.2018 unter TOP 10 über Kostenrechnungen nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen beraten. Mit dem DVKA-Rundschreiben Nr. 2018/697 vom 14.12.2018 hat die DVKA außerdem einen vorläufigen Annahmestopp für Beanstandungen auf türkische Forderungen ausgesprochen, der ab sofort gelten soll. Um in dem Sachverhalt weiterzukommen, auch vor dem Hintergrund der von Ihnen deutlich gemachten großen Bedeutung für Ihre Personalplanung, möchte ich Ihnen auf diesem Wege unsere unten stehenden aktuellen Überlegungen dazu mitteilen:

Unsere grundsätzlichen Bedenken gegen einseitige deutsche Mindestbeträge in Bezug auf türkische Kostenrechnungen, die wir auch in der Sitzung am 09.10.2018 geäußert haben, sind bisher nicht ausgeräumt worden. Ein einseitiger deutscher Mindestbetrag für Beanstandungen gegenüber der Türkei würde unserer Einschätzung nach bedeuten, dass unter der als Mindestbetrag festgesetzten Summe Kostenrechnungen ohne Prüfung gezahlt werden. Türkische Träger haben also Vorteile, wenn sie weiterhin viele Kostenrechnungen mit möglichst kleinen Beträgen einreichen. Dieser Effekt verstärkt dann weiter die bestehende Herausforderung von hohen Beanstandungszahlen, die von der DVKA zu bearbeiten sind. Die türkischen Träger werden für ihre kleinen Rechnungssummen sozusagen von uns „belohnt“.

Ein wirklicher Vorteil für die DVKA ließe sich unserer Einschätzung nach vor allem dann erzielen, wenn es gelingen kann, dass die Türkei Rechnungen wieder stärker bündelt und die Anzahl der Kostenrechnungen reduziert.

In Bezug auf die Bearbeitung der Beanstandungen bei der DVKA ist für die Ersatzkassen bisher nicht klar, welche Kosten konkret bei der DVKA anfallen und welche

Erfolgsaussichten Beanstandungen gegenüber der Türkei im Durchschnitt haben. Solange diese Aufwände und der ihr gegenüberstehende Erfolg von uns nicht nachvollzogen werden können, fehlt die Grundlage, um Mindestbeträgen für Beanstandungen zuzustimmen, von denen wir grundsätzlich negative Folgen für die Ersatzkassen erwarten.

Wir bitten außerdem um Auskunft, welche flankierenden Maßnahmen zusätzlich zu Mindestbeträgen die DVKA durchführen wird, um die Anzahl an Kostenrechnungen auf türkischer Seite wieder zu reduzieren.

Aus Sicht der Ersatzkassen sollten Beanstandungen für Kostenrechnungen vor allem dann möglich bleiben, wenn die Versicherten nicht bei der jeweiligen Ersatzkasse versichert sind.

Wir möchten in diesem Zusammenhang auch nochmal unsere Anregung wiederholen, rechtzeitig vor den nächsten Verbindungsstellengespräche mit der Türkei (avisiert für Mai 2019) und der von der DVKA angesprochenen möglichen Neuverhandlung der Vereinbarung mit der Türkei einen Workshop mit Experten der Kassenartenverbände und der Krankenkassen zu veranstalten, um die Verhandlungsrichtung der deutschen Seite zu besprechen. Ein solcher Workshop würde aus unserer Sicht insbesondere vor dem Hintergrund der Reduzierung von Beanstandungsfällen Sinn machen.

Gerne können wir uns zu diesen genannten Punkten weiter austauschen, um rechtzeitig und möglichst schon vor den nächsten Beratungen der Fachkonferenz DVKA am 11.04.2019 zu tragbaren Lösungen für alle Seiten zu gelangen und den Beanstandungstopp möglichst kurzfristig wieder aufheben zu können.

Ergebnis:

Auf eine gesonderte Diskussion von TOP 8 wird verzichtet, da die dort ausgeführten Punkte bereits im Rahmen von TOP 7 erörtert wurden.

Top 9

„Wohnortfälle Türkei“

Sachverhalt:

Auf das, zuletzt im Rundschreiben RS 2018/385 vom 23.07.2018 beschriebene Verfahren wird verwiesen.

Offenbar ist das vereinbarte Verfahren auf türkischer Seite bis zum heutigen Tage (noch) nicht ausreichend etabliert. Seitens der BKK werden beispielhaft folgende Sachverhalte gemeldet:

1.

„Ein in der BRD versicherter Rentner verlegt den gewöhnlichen Aufenthalt in die Türkei. Die deutsche Rente wird auf ein Konto in der Türkei überwiesen. Nach der derzeit gültigen Regelung kann in einem solchen Fall der T/A 20 sofort ab Wohnortverlegung ausgestellt werden. Auch hier verlangte die SGK erst den T/A 11 für 183 Tagen.“

2.

„KVdR-versicherter Rentner und die familienversicherte Ehefrau halten sich für einen längeren Zeitraum in der Türkei auf (gewöhnlicher Aufenthalt in der Türkei mit gültiger türkischen Adresse) Der T/A 11 für 180 Tage ist abgelaufen. Die türkische SGK fordert einen T/A 20 ab 01.02.2019. Dieser wurde ab 01.02.2019 ausgestellt. Keine Akzeptanz des T/A 20 durch die türkische Kasse. Die Daten der Ehefrau müssen/sollen noch vermerkt werden. Ferner solle ein Befristungsdatum angegeben werden. Ansonsten sei keine Einschreibung in der Türkei möglich.“

Die familienversicherte Ehefrau kann auf dem Vordruck T/A 20 jedoch nicht vermerkt werden. Dies muss der türkische Träger auf der Rückbestätigung erledigen. Zudem gibt es keine Stelle/Rubrik auf dem Vordruck T/A 20, in dem Familienangehörige vermerkt werden könnten. Weiterhin sieht der Vordruck auch kein Befristungsdatum her.

Ergebnis:

Die Erörterungen zum Thema zeigen, dass Probleme bei der Durchführung des im Rundschreiben Nr. 2018/385 beschriebenen Verfahrens auf beiden Seiten (also sowohl auf Seiten der türkischen SGK als auch aus Seiten der deutschen Krankenkassen) bestehen.

Es wird aber insbesondere hervorgehoben, dass die Zweigstellen von SGK recht unterschiedlich vorgehen. Von daher wird der GKV-Spitzenverband, DVKA die Absprachen mit der türkischen Verbindungsstelle dieser gegenüber nochmals thematisieren. Ziel ist eine Evaluierung – und möglichst Verbesserung – der Praxis.

In diesem Zusammenhang berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass die Rentenversicherungsträger die Krankenkassen auf dem Vordruck A1209 zukünftig auch darüber informieren werden, in welchem Land sich das Konto befindet, auf das die Rente überwiesen wird. Auch wird bei einem entsprechenden Wechsel darüber informiert, ab welchem Monat die Rentenzahlung in das nunmehr andere Land erfolgt.

Der GKV-Spitzenverband verweist in diesem Zusammenhang auf die Arbeitshilfe zum Wohnort Türkei https://www.dvka.de/de/extranet/arbeitshilfen/wohnort_tuerkei/wohnortbegriff.html. In dieser Arbeitshilfe sind die Antworten auf die wichtigen Fragen zum Wohnort Türkei zusammengefasst. Der GKV-Spitzenverband, DVKA bittet um Übersendung von häufig auftretenden Fallkonstellationen, damit diese gelöst werden und anschließend die Arbeitshilfe entsprechend angepasst werden kann.

TOP 10

„Vorübergehender Aufenthalt Türkei“

Sachverhalt:

Offenbar verlangen die türkischen Behörden vermehrt T/A 11 in denen die exakten Ein- und Ausreisedaten erfasst werden sollen. Eine Befristung des Formulars auf 183 Tage ab Antragsdatum wird bei Vorlage in der Türkei nicht akzeptiert. Vielmehr wird eine Neuausstellung unter Vermerk der genauen Datumsangaben (siehe oben) verlangt. Dies führt zu einem, nicht unerheblichen, bürokratischen Mehraufwand.

Ergebnis:

Auch bezüglich dieses Punktes ist sowohl mit den deutschen Krankenkassen als auch mit der türkischen Seite die Verfahrensweise zu evaluieren. In diesem Zusammenhang weist ein Besprechungsteilnehmer darauf hin, dass sich möglicherweise Missverständnisse bei der Umsetzung auch deshalb ergeben könnten, weil bestimmte Hinweise in Vordrucken in den beiden Sprachfassungen nicht vollständig übereinstimmen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird den entsprechenden Hinweisen nachgehen. Er erwähnt in diesem Zusammenhang, dass ohnehin ein Schreiben der türkischen Verbindungsstelle zur Thematik vorliegt, das es auszuwerten und zu hinterfragen gilt. Dabei werden die aktuellen Rückmeldungen aus der Praxis der Krankenkassen mit einfließen.

Top 11

Bericht aus dem Schlichtungsgremium (CP) des Rechnungsausschusses

Sachverhalt:

Seit der Einrichtung des Schlichtungsgremiums (Conciliation Panel; CP) beim Rechnungsausschuss im Jahr 2015 berichtet der GKV–Spitzenverband, DVKA in der Fachkonferenz regelmäßig über die dort anhängigen Verfahren, in denen deutsche Träger als Gläubiger bzw. als Schuldner involviert sind.

Der Fokus dieser Berichterstattung lag dabei vor allem auf den zwei großen Verfahren: Entbindungen im Klinikum Uckermark („Schwedt–Fälle“) und dem Fall der italienischen Pauschalen aus dem Jahr 2010 („Italienische Pauschalen“). Wie bereits kommuniziert, sind diese Fälle inzwischen vom CP entschieden. Die „Schwedt–Fälle“ sind auch umgesetzt – d.h. die betroffenen deutschen Träger haben die anteilige Zahlung aus Polen erhalten. Im Fall der italienischen Pauschalen besteht nach Auffassung des Schlichtungsgremiums keine Verpflichtung Deutschlands, die pauschalen Forderungen zu begleichen, da die Verzeichnisse für das Rechnungsjahr 2010 nicht im Rahmen der in Art. 67 (2) VO (EG) 987/09 genannten Frist eingereicht wurden. Der Rechnungsausschuss hat einen entsprechenden Beschlussvorschlag des Schlichtungsgremiums in seiner Sitzung am 13.11.2018 angenommen. Italien hat jedoch sowohl auf Ebene des Rechnungsausschusses als auch auf Ebene der Verwaltungskommission gegen diese Entscheidung protestiert. Dabei wurde von der italienischen Delegation sowohl die etablierte (und bisher auch von Italien mitgetragene) prozessuale Praxis des Schlichtungsgremiums in Frage gestellt als auch die rechtliche Würdigung des Falls angezweifelt. Es ist daher davon auszugehen, dass der Fall auf der Sitzung des Rechnungsausschusses am 14./15.05.2019 erneut erörtert wird. Vorlagen hierzu liegen aktuell jedoch noch nicht vor. Eine Information an die Mitglieder der Fachkonferenz erfolgt zeitnah.

Jenseits der oben genannten Fälle hat der GKV–Spitzenverband, DVKA im Januar 2019 entsprechend der Aufforderung des Sekretariats des Rechnungsausschusses eine Gesamtaufstellung der CP–Verfahren mit deutscher Beteiligung und deren Umsetzungsstand erstellt (vgl. Anlage 1). Eine Auswertung dieser Liste gibt einen guten Überblick über die Anzahl der Fälle mit deutscher Beteiligung, die in den Jahren 2015–2018 vom Schlichtungsgremium beraten und entschieden wurden und zeigt auch das Ergebnis der CP–Entscheidung aus deutscher Sicht auf:

1. Forderungen deutscher Krankenkassen gegenüber ausländischen Trägern, die vom CP seit 2015 entschieden wurden (ohne „Schwedt–Fälle“):

- 162 Fälle

-
- verhandeltes Gesamtvolumen deutscher Forderungen: 264.346,19 EUR
 - In 14 Fällen sieht das CP die deutsche Forderung als nicht berechtigt an (Volumen 10.099,83 EUR)
 - In 9 Fällen erkennt das CP die deutsche Forderung partiell an (Volumen 78.687,82 EUR / davon aus Sicht des CP berechtigt: 44.819,66 EUR)
 - In 134 bestätigt das CP den deutschen Forderungsanspruch vollständig (Volumen 175.558,54 EUR)

2. Ausländische Forderungen (nach pauschalem und tatsächlichem Aufwand) an deutsche Träger, die vom CP seit 2015 entschieden wurden (ohne „Italienische Pauschalen“):

- 1.854 Fälle
- verhandeltes Gesamtvolumen ausländischer Forderungen: 1.462.639,49 EUR
- In 19 Fällen erkennt das CP die ausländische Forderung ggü. deutschen Trägern an (Volumen: 106.908,44 EUR)
- In einem Fall erkennt das CP die ausländische Forderung ggü. deutschen Trägern partiell an (Volumen: 15.786,18 EUR)
- In 1.834 Fällen weist das CP die ausländischen Forderungen ggü. deutschen Trägern als unberechtigt zurück (Volumen: 1.339.944,87 EUR)

Ergebnis:

Die Mitglieder der Fachkonferenz nehmen den Sachstandsbericht zur Kenntnis und begrüßen die hohe Erfolgsquote der bisherigen Schiedsverfahren mit deutscher Beteiligung.

Ferner regen die Mitglieder der Fachkonferenz einen jährlichen Sachstandsbericht zu den Verfahren/Entscheidungen vor dem Schlichtungsgremiums an, an denen deutsche Kassen als Schuldner bzw. Gläubiger beteiligt waren.

–Anlage–

Top 12

Neue Vordrucke für das Beanstandungsverfahren von Kostenrechnungen

Sachverhalt:

Bei allen deutschen Trägern sowie der Verbindungsstelle werden derzeit aufgrund der Einführung von EESSI neue Systeme und Prozesse für die Kostenabrechnung und deren Beanstandung implementiert. Diese sehen standardisierte Gründe für die Beanstandung von Kostenabrechnungen vor, die die Verarbeitung der Dokumente in den Beanstandungsverfahren vereinfachen und beschleunigen werden.

In diesem Zuge hält es der GKV-Spitzenverband, DVKA für sinnvoll diese Beschleunigungspotenziale auch für Kostenabrechnungen mit Staaten zu nutzen, die EESSI nicht umsetzen werden (Abkommensstaaten). Zu diesem Zweck hat der GKV-Spitzenverband, DVKA einen Vorschlag entwickelt, den bisherigen Abr1-Vordruck zur Beanstandung von Kostenrechnungen durch ein neues Formular abzulösen (S082N, vgl. Anlage 1). Dieses basiert in seiner Konzeption auf dem Beanstandungs-SED, welches für EESSI-Fälle genutzt werden wird. Darüber hinaus hat der GKV-Spitzenverband, DVKA auch einen Vorschlag für einen Vordruck für die Antwort auf eine Beanstandung (S084N, vgl. Anlage 2), basierend auf dem entsprechenden SED, entwickelt.

Die beiden neuen Vordrucke sollen es sowohl den deutschen Trägern als auch dem GKV-Spitzenverband, DVKA als Verbindungsstelle ermöglichen die Beanstandungsverfahren mit Abkommensstaaten zu standardisieren und zu beschleunigen. Das setzt für die deutschen Träger voraus, dass die Formulare automatisiert befüllt werden können. Zu diesem Zweck sind diese als Word-Datei konzipiert, die strukturierte Formularfelder enthalten, welche softwareseitig befüllt werden können. Dabei können die Anforderungen der deutschen Träger im Hinblick auf eine systemseitige Befüllung der Vordrucke berücksichtigt werden, bspw. durch das Bereitstellen einer Vorlage mit Formularfunktionen im PDF-Format.

Zudem soll das OCR¹-freundliche Design der überarbeiteten Beanstandungsvordrucke sowie die Verwendung standardisierter Beanstandungs- und Antwort-Gründe dafür sorgen, dass auch der GKV-Spitzenverband, DVKA die eingehenden Dokumente möglichst schnell verarbeiten kann.

Damit zielen die neuen Vordrucke nicht nur auf die Optimierung und Beschleunigung des Beanstandungsprozesses mit Abkommensstaaten sondern auch auf deren nationale Angleichung an die EESSI-Prozesse.

¹ OCR = Optical Character Recognition. Software, die eine Texterkennung und somit automatische Digitalisierung möglich macht.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer stehen den Vorschlägen positiv gegenüber. Der GKV-Spitzenverband führt ergänzend zur Darstellung des Sachverhalts aus, dass ihm die üblichen Entwicklungszyklen bekannt seien und er daher nicht mit einer einheitlichen und insgesamt kurzfristigen Implementierung bei allen Trägern rechne. Dennoch bittet er um Prüfung, ob eine zeitnahe Umsetzung möglich ist, da die dahinterliegende Logik aktuell bereits für die SEDs implementiert werde. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Dokumente zeitnah zur Verfügung stellen, sowohl als Word-Dokument als auch als PDF/A.

-Anlagen-

Top 13

Aktueller Stand freiwillige PV bei Verzug ins europäische Ausland; „da Silva Martins“

Sachverhalt:

Bekannt

Ergebnis:

Es wurde über den aktuellen Stand in Bezug auf die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung in der Pflegeversicherung bei Verzug ins europäische Ausland auf der Grundlage des EuGH-Urteils in der Rs. C-388/09 (da Silva Martins) berichtet. Inzwischen liegt neben Urteilen der ersten Instanz auch ein Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (L 4 P 4340 / 16) zu dieser Thematik vor. Es wird ein Rundschreiben erstellt, das die Entwicklung in der Rechtsprechung aufgreift und darstellt.

Top 14 Einführung einer Pflichtzusatzkrankenversicherung in Belgien

Sachverhalt:

Wie am 08.10.2014 im Rahmen des Ständigen Arbeitsausschusses berichtet (vgl. Rundschreiben 2014/510), sind Mitglieder belgischer Krankenkassen seit dem 01.01.2012 verpflichtet, eine kostenpflichtige Zusatzversicherung abzuschließen. Dadurch haben sie Anspruch auf Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der belgischen gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind. Informationen bezüglich aller Leistungen, die über die „Zusätzlichen Dienste“ erstattet werden, finden Sie unter folgendem Link: <https://www.freie.be/de/Gut-Versichert/Zusatzliche-Dienste/Leistungen>.

Aus Sicht der belgischen Regierung galt diese Verpflichtung auch für in Belgien eingeschriebene Personen (z.B. Grenzgänger oder Einzelrentner). Dadurch waren diese verpflichtet, den entsprechenden Beitrag in Höhe von etwa zehn Euro im Monat zu zahlen. Die EU-Kommission hat Belgien in dieser Angelegenheit in einem Mahnschreiben aufgefordert, sich zu dem Vorwurf des Verstoßes gegen die VO (EG) 883/04 zu äußern. Es kam daraufhin zu jahrelangen Verhandlungen zwischen Belgien und der EU-Kommission, deren Ergebnisse in einem Königlichen Erlass vom 8. Mai 2018 veröffentlicht wurden¹.

Darin wurde das Prinzip einer verpflichtenden Zusatzversicherung in der Krankenversicherung bestätigt. Die belgische Verbindungsstelle RIZIV weist darauf hin, dass diese Versicherung nach Auslegung der EU-Kommission **nicht** von der VO (EG) 883/04 erfasst ist. Demzufolge dürfen die im Rahmen dieser Zusatzversicherung erbrachten Leistungen nicht einem anderen Staat in Rechnung gestellt werden. RIZIV hat schriftlich bestätigt, dass die belgischen Träger die besagten Leistungen der deutschen Krankenkassen nicht in Rechnung stellen werden.

¹ Königlicher Erlass (K.E.) vom 8. Mai 2018 über die Änderungen des K.E. vom 26. August 2010 zur Ausführung der Artikel 2, § 3, Absatz 2, Artikel 14, § 3, und Artikel 19, Absatz 3 und 4 des Gesetzes vom 6. August 1990 bez. der Krankenkassen und Landesbünde der Krankenkassen, was die Gesellschaften auf Gegenseitigkeit nach Artikel 70, §§ 6 und 8 desselben Gesetzes betrifft;

Zudem gilt weiterhin, dass Personen, die sich bei der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung ([HKIV](#)¹) einschreiben lassen, diese Zusatzversicherung nicht abschließen können. Somit haben die in Belgien im Rahmen der VO (EG) 883/04 betreuten Personen die Wahl zwischen:

- einer Einschreibung bei einem Träger, die zu einer Pflichtzusatzkrankenversicherung führt, oder
- einer Einschreibung bei der HKIV ohne Zusatzkrankenversicherung.

Es ist empfehlenswert, die in Belgien eingeschriebenen Personen über diese Möglichkeit zu informieren. Wenn diese sich für einen Wechsel zur HKIV als aushelfenden Träger entscheiden sollten, empfehlen wir Ihnen, die bisherige Einschreibung zukunftsorientiert abzumelden (Vordruck E 108 bzw. SED S016). Eine neue Wohnortbescheinigung kann dann für den Tag des Endes des Anspruchs +1 für die Person ausgestellt werden (E 106, E 109, E 120, E 121 oder PD S1) bzw. unmittelbar an die HKIV gesendet werden (SED S072).

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer nehmen die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zur Kenntnis. GKV-Spitzenverband, DVKA wird demnächst Rundschreiben zu diesem Thema veröffentlichen.

¹ Informationen zur HKIV finden sie unter: <https://www.caami-hziv.fgov.be/de>

Top 15

Leistungsaushilfe in der Republik Kosovo

Sachverhalt:

Die DVKA hat die TK bezüglich eines Einzelfalles zur Leistungsaushilfe in der Republik Kosovo angeschrieben (Schreiben vom 23.11.2018 von Herrn Markowski). Der Einzelfall konnte geklärt werden.

In dem gleichen Schreiben teilt die DVKA eine Auslegung einer möglichen Leistungsaushilfe im Kosovo mit. Sie schlägt Erstattungen bis zur Höhe der deutschen Vertragssätze vor. Eine Anfrage der Erstattungssätze im Kosovo sei aufgrund der bestehenden Situation nicht möglich. Angesichts der besonderen Situation hält die DVKA es außerdem für sachgerecht, den im Kosovo wohnenden Versicherten einen Vordruck SRB 112 DE auszustellen. Auf diese Weise könnten die Versicherten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse im nahe gelegenen Serbien in Anspruch nehmen.

Es stellt sich die Frage nach der rechtlichen Grundlage für das vorgeschlagene Vorgehen. Mehrfach hat die DVKA mittels Rundschreiben (vgl. Anlagen RS 21/2000, 35/2000 und 24/2008 darüber informiert, dass keine gegenseitige Leistungsaushilfe erfolgt. Insbesondere sollten die deutschen Kassen diese Personen nicht abmelden. Im Rundschreiben 21/2000 hatte die DVKA zu den Sachverhalten in Wohnortfällen angewiesen:

"Da der Postverkehr in den Kosovo unterbrochen ist, sind keine Abmeldungen für Personen mit Wohnort im Kosovo zu fertigen. Sollten Abmeldungen zu einem späteren Zeitpunkt zu fertigen sein, werden die Krankenkassen hierüber mit gesonderten Rundschreiben informiert."

Insofern kann die Argumentation der DVKA nicht nachvollzogen werden, dass die deutschen Krankenkassen nun Kostenerstattungen durchführen sollten. Insbesondere eine Kostenerstattung von Rechnungen in Höhe der deutschen Vertragssätze lässt sich unserer Einschätzung nach aus dem SGB V nicht begründen. Auch eine Begründung für die Ausstellung des Vordrucks SRB 112 DE fehlt unsere Einschätzung nach.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist darauf hin, dass die Thematik „Leistungsaushilfe in der Republik Kosovo“ bereits vor einigen Jahren intensiv erörtert worden sei. Das Problem bestehe in der Tatsache, dass zwar auf der einen Seite eine Sachleistungsaushilfe dort nicht durchgeführt werden könne, andererseits die entsprechenden Abkommensregelungen nicht suspendiert wor-

den seien. Diesem Konflikt sollte mit der im hier in Rede stehenden Schreiben Rechnung getragen werden.

Die Besprechungsteilnehmer können die Erläuterungen des GKV-Spitzenverbands, DVKA nachvollziehen. In Bezug auf den aufgeworfenen Einzelfall wird sich Letztgenannter mit der eingebundenen Krankenkassen zur weiteren Klärung in Verbindung setzen.

-Anlagen-

Top 16

Forderungsübersicht

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert über den aktuellen Stand der Forderungen, vgl. Anlagen.

Im Vergleich zu früheren Übersichten sind nun die Forderungen, für die die Frist von 18 Monaten verstrichen ist, ohne dass sie bezahlt oder beanstandet wurden, gesondert ausgewiesen.

Bei deutschen Forderungen zeigt sich insgesamt eine positive Entwicklung. Gründe hierfür sind u. a.

- die Einhaltung des Zahlungsplans durch die bulgarische Seite
- die Durchführung von Verrechnungen mit der griechischen Seite
- Zahlungen aus Rumänien, die zum Abbau der Verbindlichkeiten insgesamt geführt haben.

Über die o.g. Punkte hatten wir die Mitglieder der FK DVKA im Januar 2019 auch in einem separaten Schreiben informiert.

Die portugiesische Verbindungsstelle hat bereits Pauschalforderungen für die Jahre 2010 bis 2015 eingereicht. Diese konnten aufgrund von Inkonsistenzen noch nicht verarbeitet werden. Sobald dies geschehen ist, werden portugiesische Forderungen in einer Höhe bestehen, die im Rahmen der bestehenden Verrechnungsvereinbarung zeitversetzt zum nachhaltigen Abbau der deutschen Forderungen führen sollte.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband erläutert die als Anlage beigefügte Forderungsübersicht und stellt sie in Relation zu den Ergebnissen aus April 2018. Die Sitzungsteilnehmer erkennen die erfolgreichen Anstrengungen des GKV-Spitzenverbands, DVKA an, wobei Einvernehmen besteht, dass diese Anstrengungen auch zukünftig erforderlich sein werden.

Auf die Frage, ob aktuell weitere Verrechnungsvereinbarungen angestrebt werden, teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass solche Vereinbarungen immer dann sinnvoll erscheinen, wenn es beidseitig signifikante Forderungsbeträge gebe und der andere Staat mit dem Ausgleich der deutschen Forderungen im Verzug ist. Gegenwärtig treffe dies auf keinen Mitgliedstaat zu, beispielsweise auch nicht auf Italien. Damit die Verrechnungsvereinbarung mit Griechenland bedient werden kann, kündigt der



GKV–Spitzenverband, DVKA an, die Krankenkassen demnächst per Rundschreiben zur Wiederaufnahme der Bezahlung griechischer Kostenrechnungen aufzufordern.

Darüber hinaus berichtet der GKV–Spitzenverband, DVKA, sich jüngst gegenüber der türkischen Verbindungsstelle nachdrücklich für die Begleichung deutscher Kostenrechnungen eingesetzt zu haben.

–Anlagen–

Top 17

Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen – Aktueller Stand

Sachverhalt:

Im Rahmen der Sitzung informiert der GKV-Spitzenverband, DVKA über den aktuellen Stand der Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen im zwischenstaatlichen Zahlungsverkehr.

Die folgende Tabelle stellt die Situation der wechselkursbedingten Ausgleichsbeträge mit Stand vom 19.02.2019 dar. Es werden jeweils auch die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA (Stand: 15.09.2018) ausgewiesen:

Staat	Ausgleichsbetrag Soll (EUR)	Ausgleichsbetrag Haben (EUR)
Bosnien-Herzegowina (Föderationsgebiet)		66.906,46 € (+36.130,99 €)
Bosnien-Herzegowina (Rep. Srpka)		66.753,38 € (+29.985,03 €)
Bulgarien	7.672,49 € (-1.581,67 €)	
Dänemark		80.935,72 € (+66.175,46 €)
Vereinigtes Königreich	102.663,14 € (+28.230,89 €)	
Island	7.978,83 € (+24.279,45 €)	
Kroatien		3.419.977,89 € (-612.174,96 €)
Liechtenstein		12.091,14 € (-136,49 €)
Mazedonien		5.001,59 € (+5.118,40 €)
Montenegro	1.712,52 € (+0,00 €)	
Norwegen		157.343,74 € (-5.215,30 €)

Polen		21.626,91 €	
		(+250.968,85 €)	
Rumänien		4.812,06 €	
		(+0,00 €)	
Schweden		179.941,07 €	
		(+107.030,12 €)	
Schweiz		3.516.635,31 €	
		(+2.241.385,30 €)	
Republik Serbien		482.165,38 €	
		(-255.189,36 €)	
Tschechische Republik		569.434,10 €	
		(+157.861,86 €)	
Türkei		12.422.531,55 €	
		(-13.405.443,61 €)	
Ungarn		105.097,41 €	
		(+116.997,99 €)	
SUMME		4.206.096,39 €	17.025.184,30 €
		(+2.691.535,16 €)	(-13.907.112,21 €)
GESAMT SALDO			12.819.087,91 €
		-	(-11.215.577,05 €)

Insgesamt betrachtet erweist sich das Verfahren der Wechselkursanpassung zum Zwecke der Nivelierung von Ausgleichsbeträgen im Falle der meisten Partnerstaaten als zielführend. So lassen sich bei durchschnittlich stabiler Wechselkursentwicklung deutlich überschüssige Ausgleichsbeträge (z. B. im Falle von Kroatien und Serbien) sukzessive abbauen, wohingegen fehlende Ausgleichsbeträge (z. B. für schweizerische und polnische Forderungen) wieder zugeführt werden können.

Die vereinbarte Auszahlung von 20 Mio. EUR Transferüberschüssen aus der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand mit der Türkei ist zwischenzeitlich durchgeführt worden. Unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich bereits wieder realisierten Transferüberschüsse war diese Maßnahme zielführend.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer teilen die vom GKV-Spitzenverband, DVKA beschriebenen Einschätzungen.

Als das jetzige Verfahren bezüglich der Wechselkurschwankungen in der Sitzung am 28.03.2017 vereinbart wurde, bestand Einvernehmen, dass es zunächst probeweise für 2 Jahre angewendet werden soll und fortgesetzt werden könne, wenn es sich als zielführend erweist. Aufgrund der positiven Entwicklung sprechen sich die Sitzungsteilnehmer für die Fortsetzung des Verfahrens aus.

Top 18

Geltendmachung von Ansprüchen der PKV gegenüber der GKV – BSG-Urteil im Fall Europ Assistance Versicherungs-AG / VIAKTIV BKK

Sachverhalt:

Informationsaustausch/Beratung zum kürzlich ergangenen BSG Urteil zur Fragestellung Geltendmachung von Ansprüchen der PKV gegenüber der GKV (Europ Assistance Versicherungs-AG./ VIAKTIV BKK). Die Verhandlung B 1 KR 7/18 R fand am 11.09.2018 statt.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist darauf hin, dass die in Rede stehende Thematik bereits Gegenstand von Erörterungen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 22./23. März 2010 war. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die entsprechende Niederschrift, die mit Rundschreiben 2010/627 veröffentlicht worden war.

Das nun vorliegende Urteil des BSG bestätigt vollumfänglich die seinerzeit bereits von den entsprechenden Besprechungsteilnehmern dargelegte Rechtsauffassung.

Top 19

Häufigkeit der Einreichungen deutscher Forderungen bei ausländischen Verbindungsstellen unter EESSI

Sachverhalt:

Im Rahmen des Workshops beim GKV-Spitzenverband, DVKA zu Fragen der Kostenabrechnung unter EESSI am 22.11.2018 wurde intensiv über die Einreichungen von Kostenrechnungen diskutiert. Dies betraf zum einen die Einreichungen durch die Krankenkassen beim GKV-Spitzenverband, DVKA und zum anderen die Weiterleitung an die jeweiligen ausländischen Verbindungsstellen.

Zur Einreichtaktung der deutschen Krankenkassen wird auf das Protokoll der Sitzung der FAG-NAE am 29.11.2018 verwiesen.

Bezüglich der Weiterleitung an die ausländischen Verbindungsstellen hat der GKV-Spitzenverband, DVKA auf die Vorschläge im Rahmen der derzeitigen Ordnungsänderungen hingewiesen. Unabhängig davon wurde seitens des GKV-Spitzenverbands, DVKA zugesagt, mit den wichtigsten europäischen Partnern über die geplante Änderung der Einreichtaktungen zu sprechen. Hierüber soll im Folgenden berichtet werden:

1. Frankreich:

Die französische Seite hat die Umstellung auf monatliche Einreichungen durch die deutsche Seite zur Kenntnis genommen. Es besteht Einverständnis darüber, dass aufgrund des Zeitraums, der üblicherweise für Abmeldungen benötigt wird, eine Verkürzung des Einreichungstaktes zu einem Anstieg der Beanstandungen führen kann. Hierdurch können sowohl bei den involvierten Trägern als auch bei den Verbindungsstellen auf beiden Seiten höhere Verwaltungsaufwände entstehen.

Die französische Seite plant ihrerseits nicht, von der bisherigen halbjährlichen Einreichung abzuweichen.

Österreich:

Die österreichische Seite hat die Umstellung auf monatliche Einreichungen durch die deutsche Seite zur Kenntnis genommen. Es besteht Einverständnis darüber, dass aufgrund des Zeitraums, der üblicherweise für Abmeldungen benötigt wird, die Zahl der Beanstandungen ansteigen kann. Hierdurch können sowohl bei den Trägern als auch bei den Verbindungsstellen auf beiden Seiten höhere Aufwände entstehen.

Die österreichische Seite plant ihrerseits nicht, von der bisherigen vierteljährlichen Einreichung abzuweichen.

Polen:

Die polnische Seite hat die Umstellung auf monatliche Einreichungen durch die deutsche Seite zur Kenntnis genommen. Die Umstellung auf deutscher Seite könnte jedoch auch zu einer vergleichbaren Verfahrensweise auf polnischer Seite führen.

Schweiz

Die schweizerische Seite hat die Umstellung auf monatliche Einreichungen durch die deutsche Seite zur Kenntnis genommen.

Die schweizerische Seite plant ihrerseits nicht, von der bisherigen vierteljährlichen Einreichung abzuweichen.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Es besteht Einvernehmen, dass es zur Vermeidung von Beanstandungen unbedingt erforderlich ist, beispielsweise bei einem Ende der Versicherung die Abmeldung unverzüglich an den Träger des Wohnorts zu senden. Dies gilt für ausländische und deutsche Träger gleichermaßen und insbesondere bei einer Verkürzung der Einrichtaktungen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist in diesem Zusammenhang auf den Leitfaden zum Beschluss Nr. S6 (vgl. Rundschreiben 2018/152) hin, der von den Mitgliedstaaten gerade in diesem Bereich erhöhte Anstrengungen fordert.

Top 20

Brexit

Sachverhalt:

Es erfolgt ein mündlicher Bericht.

Ergebnis:

Der aktuelle Sachstand wurde dargestellt und über das Informationsangebot zum Thema Brexit auf der Webseite des GKV–Spitzenverbandes, DVKA informiert.

Vom Vereinigten Königreich wurde eine Verlängerung der Austrittsfrist beantragt. Der Europäische Rat hat diesem Antrag partiell entsprochen, woraus sich folgende Optionen ergeben:

1. Der Europäische Rat hat im Einvernehmen mit dem Vereinigten Königreich beschlossen, die Austrittsfrist zu verlängern, um eine Ratifizierung des Austrittsabkommens zu ermöglichen. Diese Verlängerung soll nur so lange wie nötig dauern und keinesfalls über den 31.10.2019 hinausgehen. Wenn beide Parteien das Austrittsabkommen vor diesem Termin ratifizieren, erfolgt der Austritt am ersten Tag des folgenden Monats.
2. Wenn das Vereinigte Königreich im Zeitraum vom 23.–26.05.2019 noch ein Mitgliedstaat der EU sein und das Austrittsabkommen bis zum 22.05.2019 noch nicht ratifiziert haben sollte, muss es die Wahl zum Europäischen Parlament im Einklang mit dem Unionsrecht abhalten. Kommt das Vereinigte Königreich dieser Verpflichtung nicht nach, so erfolgt der Austritt am 01.06.2019 ohne Austrittsabkommen.

Die Aussagen in den Rundschreiben 2019/138 und 2019/150 zur Befristung von Bescheinigungen sind weiterhin gültig.

Top 21

Berichte über Gespräche, an denen der GKV–Spitzenverband, DVKA beteiligt war

Deutsch–britische Verbindungsstellengespräche

Am 08./09. Oktober 2018: Verbindungsstellengespräche Vereinigtes Königreich
Auslegung des deutsch–britischen Sozialversicherungsabkommens (derzeit anwendbar in Bezug auf die Isle of Man)

Deutsch–österreichische Verbindungsstellengespräche

Am 06./07. November 2018: Verbindungsstellengespräche Österreich
Themen: Abgrenzung von Sachverhalten nach Artikel 12 VO (EG) 883/04 von jenen nach Artikel 13 VO (EG) 883/04, Einführung von EESSI, Vorkehrungen für den Brexit, Widerruf von A1–Bescheinigungen, Meldepflichten bei Entsendungen von Arbeitnehmern

Vierseitige Verbindungsstellengespräche DE, AT, CH, LI

Am 07./08. Februar 2019: Vierseitige Verbindungsstellengespräche

Nach Vorlage des Protokolls wird über die Ergebnisse in geeigneter Form informiert

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.

Top 22

Verschiedenes

22.1 SED

Sachverhalt:

- Die französische Seite bittet die deutschen Träger, von der Ausstellung der E-Vordrucke in doppelter Ausfertigung Abstand zu nehmen. Die französischen Träger antworten nur noch mit SEDs und benötigen deshalb nur noch eine Ausfertigung.
- Eine neue Version des Portable Documents S2 (PD S2) wurde von der Verwaltungskommission verabschiedet und steht im Extranet des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zur Verfügung. Diese Version wurde für die Umsetzung des S_BUC_11 optimiert. Der Träger des Wohnorts hat nun die Möglichkeit, im Kästchen Nr.4 des PD S2, Informationen über den zuständigen Träger einzutragen. Folglich kann ein Mitgliedstaat, der eine dringende notwendige Behandlung erbracht hat, das SED S080 unmittelbar dem zuständigen Träger übermitteln.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer nehmen die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zur Kenntnis.

22.2 Verschiedenes – Elektronisches Antrags- und Bescheinigungsverfahren A1 nach § 106 SGB IV

Sachverhalt:

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen für das elektronische Antrags- und Bescheinigungsverfahren A1 nach § 106 SGB IV in der vom 01.01.2019 an geltenden Fassung sind A1-Bescheinigungen für in einen anderen Mitgliedstaat entsandte Personen (Artikel 12 Abs. 1 VO 883/04) und Anträge auf Ausnahmevereinbarungen (Artikel 16 VO 883/04) seit dem 01.01.2019 vom Arbeitgeber elektronisch zu beantragen. Lediglich in begründeten Einzelfällen ist bis zum 30.06.2019 weiterhin eine papiergebundene Antragstellung möglich.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird zum 01.07.2019 die Online- und Druckversion der Anträge

- „Entsendung einer abhängig beschäftigten Person in einen anderen Mitgliedstaat“
und
- „Ausnahmevereinbarung für eine in einem anderen Mitgliedstaat abhängig beschäftigte Person“

nicht mehr unter www.dvka.de zur Verfügung stellen, sondern dort jeweils auf das obligatorische elektronische Antragsverfahren verweisen. Begleitend wird der GKV-Spitzenverband, DVKA ab Mai in der Individualkorrespondenz zu Anträgen auf Ausnahmevereinbarungen die Unternehmen darauf hinweisen, dass ab 01.07.2019 keine papiergebundenen Anträge mehr entgegen genommen werden können.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmer nehmen die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zur Kenntnis.

22.3 Einträge unter „sonstige Leistungen“ in der Kostenabrechnung

Sachverhalt:

Die Abteilung Systemfragen des GKV-Spitzenverbandes hat sich an die Abteilung DVKA gewandt, um sich nach etwaigen Änderungen in den rechtlichen Grundlagen oder den Abrechnungsverfahren zu erkundigen, die Auswirkungen auf Rechnungslegung, die Buchungen, den Ausweis in den Statistiken etc. bei den Kassen haben können. In diesem Zusammenhang ist aufgefallen, dass manche Krankenkassen offenbar noch Buchungen in der Kontenart 487 - Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht - vornehmen.

In der Sitzung des Ständigen Arbeitsausschusses am 22.04.2015 wurde bereits Einvernehmen darüber erzielt, diese Umlage zunächst auszusetzen (RS 2016/065). In der Zwischenzeit hat sich die Tendenz bestätigt, dass die wenigen noch laufenden deutschen pauschalen Forderungen mit den vorhandenen Mitteln bestritten werden können. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hält es daher nicht für erforderlich, dass die Kassen hierfür noch Mitteln einstellen. Zumindest Mittelfristig dürfte dieses Konto daher gestrichen werden können.

Ergebnis:

Die Ausführungen werden zur Kenntnis genommen.

Liste der Teilnehmenden

Herr Oliver Hein	AOK–Bundesverband
Herr Thomas Latz	IKK e.V.
Herr Ulf Schinke	Verband der Ersatzkassen e.V.
Herr Carten Herrig	SV für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Herr Jürgen Rudack	BKK Landesverbände
Frau Sabine Kienapfel	Knappschaft
Herr Hans–Holger Bauer	GKV–Spitzenverband, DVKA
Herr Markus Weyres	GKV–Spitzenverband, DVKA
Herr Burchard Osterholz	GKV–Spitzenverband, DVKA
Herr Peter Kampmann	GKV–Spitzenverband, DVKA
Herr Thomas Kreutzer	GKV–Spitzenverband, DVKA
Frau Inese Klein	GKV–Spitzenverband, DVKA
Frau Hanna Ternes	GKV–Spitzenverband, DVKA
Frau Simone Grimmeisen	GKV–Spitzenverband, DVKA
Herr Arkadius Markowski	GKV–Spitzenverband, DVKA
Frau Dr. Sophie Germont	GKV–Spitzenverband, DVKA
Frau Katja Melcher	GKV–Spitzenverband, DVKA

Workshop „Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI“, GKV-Spitzenverband, DVKA

19.03.2019

Top 1

Auswirkungen von EESSI auf die Ausstellung und Anforderung einer provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB)

Fragestellung:

1. Rechtlicher Hintergrund

Art. 25 VO (EG) 987/09 regelt das Verfahren und den Umfang des Anspruchs auf Sachleistungen während des vorübergehenden Aufenthalts im anderen Mitgliedstaat.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Sachleistungen ist die Vorlage eines von dem zuständigen Träger ausgestellten Dokuments, das den Sachleistungsanspruch bescheinigt (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 VO (EG) 987/09).

Verfügt die Person nicht über ein solches Dokument, so bestimmt Art. 25 Abs. 1 Satz 1 VO (EG) 987/09, dass der Träger des Aufenthaltsorts auf Antrag oder falls andernfalls erforderlich die Anspruchsbescheinigung beim zuständigen Träger anfordert. Anzufordern ist eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB). Dabei kann der Antrag von der Person selbst, aber auch vom Leistungserbringer gestellt werden (vgl. auch RS 2015/365).

Darüber hinaus hat die Verwaltungskommission in ihrem Beschluss Nr. S1 unter Punkt 5 festgelegt, dass die PEB auch von der Person selbst beim zuständigen Träger angefordert werden kann.

Außerdem wird derzeit von vielen Mitgliedstaaten geduldet, dass auch der Leistungserbringer (z. B. ein Krankenhaus) eine PEB unmittelbar beim zuständigen Träger anfordert.

2. Verfahren nach Einführung von EESSI

Welche Rolle spielt die PEB nach Einführung von EESSI?

Die PEB hat auch nach Einführung von EESSI als mobiles Dokument (PD) Bestand und ist wie bisher im unmittelbaren Kontakt zwischen versicherter Person und zuständigem Träger von diesem auf Antrag der betreffenden Person auszustellen.

Ergeben sich durch die Einführung von EESSI Änderungen in Bezug auf die Sachverhalte, in denen der aushelfende Träger die PEB beim zuständigen Träger anfordert?

Mit der Einführung von EESSI erfolgt der Datenaustausch zwischen den Trägern für neue Sachverhalte grundsätzlich nur noch elektronisch. Der S_BUC_05 beschreibt die Anforderung einer Anspruchsbescheinigung, wenn sich die Person vorübergehend im anderen Mitgliedstaat aufhält und dort eine ungeplante Behandlung in Anspruch nehmen möchte bzw. genommen hat. Es sind folgende Schritte vorgesehen: Mit dem SED S044 fordert der Träger des Aufenthaltsorts eine Anspruchsbescheinigung für Sachleistungen bei Krankheit während des vorübergehenden Aufent-

halts beim zuständigen Träger an. Nach Prüfung des SED S044 sendet der zuständige Träger ein SED S045 an den Träger des Aufenthaltsorts. Mit dem SED S045 kann der zuständige Träger den Anspruch verneinen oder bestätigen. Besteht ein Anspruch, gibt der zuständige Träger auch an, für welchen Zeitraum der Anspruch besteht. Im Fall der Bestätigung des Anspruchs stellt das SED S 045 somit die Anspruchsbescheinigung dar.

Welches Dokument händigt die deutsche Krankenkasse der anfragenden Person zur Vorlage beim Leistungserbringer aus bzw. übersendet sie dem Leistungserbringer?

Nach Auffassung der Ad-hoc Arbeitsgruppe Sickness ist das SED 045 bei Bedarf in einen nationalen Anspruchsnachweis umzuwandeln. Ein Versenden der PEB als Anlage zum SED S 045 sei nicht ausgeschlossen, aber nicht verbindlich vorgesehen. Der zuständige Träger habe mit dem Versenden des SED S045 seine Verpflichtung erfüllt (Vgl. *Leitlinien für die Verwendung der Geschäftsprozesse und der zugehörigen strukturierten elektronischen Datenaustauschformate des Risikobereichs „Krankheit“*, Version Nr. 3 vom 25.04.2014, S. 22).

Wie ist in Sachverhalten zu verfahren, in denen im Rahmen der Trägerkommunikation nur das SED S045 ohne beigefügte PEB übersandt wird?

Da die Krankenkassen keine Möglichkeit haben, ein SED in einem formularähnlichen Format zu drucken, schlägt der GKV-Spitzenverband, DVKA vor, mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren, den „Nationalen Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben“ (Anlage 3 der Anlage 20 BMV-Ä) um ein Feld „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ zu ergänzen und entsprechende Lösungen für die zahnärztliche Versorgung sowie die ambulante und stationäre Versorgung im Krankenhaus zu finden.

Beschlussvorschlag:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird gebeten, mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren, den „Nationalen Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben“ (Anlage 3 der Anlage 20 BMV-Ä) um ein Feld „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ zu ergänzen und entsprechende Lösungen für die zahnärztliche Versorgung sowie die ambulante und stationäre Versorgung im Krankenhaus zu finden.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird gebeten, mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu vereinbaren, den „Nationalen Anspruchsnachweis für die Behandlung von Personen, die nach über- und zwischenstaatlichen Vorschriften Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung haben“ (Anlage 3 der Anlage 20 BMV-Ä) um ein Feld „Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen unter Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer“ zu ergänzen und entsprechende Lösungen für die zahnärztliche Versorgung sowie die ambulante und stationäre Versorgung im Krankenhaus zu finden. Da der Anspruch durch das SED S045 i.d.R. für einen bereits eingetretenen konkreten Behandlungsfall bestätigt wird, sehen die Teilnehmer des Workshops das Kassenwahlrecht in diesen Fällen als nicht eingeschränkt an.

Workshop „Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI“, GKV-Spitzenverband, DVKA

19.03.2019

Top 2

Verfahren im Falle der Nichtzuständigkeit

Fragestellung:

In den S_BUCs 12, 14, 14a, 14b und 17a wurde der Subprozess AD_BUC_09 „Zurückweisung eines SEDs“ integriert. Anhand dieses Subprozesses kann ein Träger, der ein SED erhält, für das er nicht zuständig ist, dieses SED unmittelbar zurückweisen.

Für die weiteren S_BUCs¹ hat die Ad-Hoc Gruppe Sickness in Brüssel eine andere Lösung für den Fall der Nichtzuständigkeit gewählt. Die ersten Versionen der SEDs enthielten generell im letzten Abschnitt ein Freitext-Feld für zusätzliche Informationen. Vor diesem Hintergrund hat die Ad-Hoc Gruppe beschlossen, dieses Feld im Antwort-SED zu verwenden, wenn ein Träger mitteilen möchte, dass er für ein an ihn gerichtetes SED nicht zuständig ist. Somit war der Subprozess AD_BUC_09 „Zurückweisung eines SEDs“ nicht notwendig.

Leider enthalten kaum noch SEDs der Version 4.1.0 den Abschnitt „Zusätzliche Informationen“. Da nur noch die SEDs S068 und S041 diesen Abschnitt enthalten, ist die oben beschriebene Lösung nur noch im Rahmen vom S_BUC_06 und S_BUC_24 möglich.

Beschlussvorschlag:

Ab dem 01.07.2019: Für die übrigen S_BUCs wird im Falle der Nichtzuständigkeit zunächst in den Leitlinien des GKV-Spitzenverbands, DVKA empfohlen, dem Antwort-SED eine Anlage mit der Aussage „Not Competent“ beizufügen.

Langfristiger Lösungsansatz: Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat im Rahmen der Ad-Hoc Gruppe Sickness in Brüssel auf das Problem hingewiesen (Change request Verfahren). Die anderen Mitgliedstaaten haben in dieser Angelegenheit unseren Vorschlag unterstützt, in die Antwort-SEDs der betroffenen S_BUCs ein zusätzliches Feld bzw. Core Component aufzunehmen mit der Aussage „nicht zuständig“ und mögliche Gründe der fehlenden Zuständigkeit: Person unbekannt/ Örtlich nicht zuständig/usw.

¹ S_BUC_01, S_BUC_01a, S_BUC_02, S_BUC_03, S_BUC_04, S_BUC_05, S_BUC_06, S_BUC_07, S_BUC_08, S_BUC_09, S_BUC_11, S_BUC_15, S_BUC_17, S_BUC_18, S_BUC_18a, S_BUC_24

Beratungsergebnis:

Kurzfristiger Lösungsansatz, ab Inbetriebnahme EESSI: Für die betroffenen S_BUCs wird im Falle der Nichtzuständigkeit zunächst in den Leitlinien des GKV-Spitzenverbands, DVKA empfohlen, dem Antwort-SED eine Anlage mit der Aussage „Not Competent“ beizufügen. Der GKV-SV, DVKA wird bis zum 30.04.2019 dafür ein Musterschreiben im Extranet unter „EESSI-Informationenmaterial“ zur Verfügung stellen.

Langfristiger Lösungsansatz: Der GKV-Spitzenverband, DVKA setzt sich in Brüssel für die Zulässigkeit der Verwendung des AD_BUC_09 in Verbindung mit den betroffenen BUCs ein.

Workshop „Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI“, GKV-Spitzenverband, DVKA

19.03.2019

Top 3

Fehlende Felder für die Einschreibung von Rentenantragstellern und ihrer Familienangehörigen in den Einschreibungs-SEDs

Fragestellung:

In der Version 4.1.0 der SEDs S071, S072 und S073 und im Feld Nr. 1.7 des Portable Documents S1 werden im Feld „Status“ die Familienangehörigen der Rentenantragsteller nicht explizit genannt.

In diesen Fällen besteht das Risiko, dass der ausstellende Träger das Feld „Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin“ ankreuzt. Ein solcher Eintrag könnte zu einer Erstattung der Ausgaben für Sachleistungen auf der Grundlage von Pauschalbeträgen gemäß Art. 63 Abs. 1 der VO (EG) 987/09 führen, obwohl die Kosten in diesen Fällen nach tatsächlichem Aufwand abzurechnen sind.

Beschlussvorschlag:

Kurzfristiger Lösungsansatz, ab Inbetriebnahme EESSI: Für Kostenabrechnungszwecke ist es in diesen Sachverhalten empfehlenswert, das Feld „Familienangehörige einer versicherten Person“ anzukreuzen. Ein entsprechender Hinweis wird in den Leitlinien aufgenommen.

Langfristiger Lösungsansatz: Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat im Rahmen der Ad-Hoc Gruppe Sickness in Brüssel auf das Problem hingewiesen. Die anderen Mitgliedstaaten haben in dieser Angelegenheit unseren Vorschlag unterstützt, das Feld „Familienangehörige/r eines Rentnantragstellers/einer Rentnantragstellerin“ in die o.g. Dokumente aufzunehmen.

Beratungsergebnis:

Ab dem 01.07.2019: Die Teilnehmer des Workshops unterstützen einvernehmlich den Vorschlag des GKV-Spitzenverbands, das Feld „Familienangehörige einer versicherten Person“ in den o.g. Fällen anzukreuzen. Ein entsprechender Hinweis wird in den Leitlinien aufgenommen.

Langfristiger Lösungsansatz: Im Rahmen des Workshops wurde einvernehmlich beschlossen, das Ziel der Änderung der o.g. SEDs weiterzuverfolgen.

Workshop „Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI“, GKV-Spitzenverband, DVKA

19.03.2019

Top 4

Wichtigkeit der PINs im Rahmen von EESSI

Fragestellung:

Mit dem Rundschreiben 2018/698 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA darüber informiert, dass beim S080NDF die Angabe des PIN im zuständigen Mitgliedstaat eine Pflichtangabe ist. Im Zuge dessen wurde deutlich, dass es in der Kostenabrechnung mit manchen Partnerstaaten große Lücken im Bestand der PIN-Nummern gibt; sowohl bei Familienangehörigen als auch bei den Stammversicherten.

Bei Treffen der Experten der AdHoc-Gruppe „Sickness“ in Brüssel wurde dieses Thema von Deutschland vorgebracht und mit den anderen Mitgliedstaaten diskutiert. Die Ergebnisse dieser Diskussion werden als Note an den Rechnungsausschuss der Verwaltungskommission mitgeteilt werden, der der Umsetzung des Vorschlages zustimmen muss. Folge Haltung wurde von der Ad-Hoc-Gruppe beschlossen:

1. Hauptziel bleibt es, dass der forderungsberechtigte Träger die korrekte PIN des Familienangehörigen im zuständigen Staat angeben muss. Da dies zum derzeitigen Zeitpunkt aufgrund der Datenlage nicht gewährleistet werden kann, soll
2. für eine Übergangsphase (2–3 Jahre) die PIN des Hauptversicherten genutzt werden können.
3. Während dieser Übergangsphase soll ein bilateraler Austausch der fehlenden PINs vorgenommen werden. Dieser Austausch kann unter Verwendung des H_BUC_05 oder, wenn bilateral abgesprochen, auch über den Austausch von Listen vorgenommen werden. Der Mitgliedstaat des Wohnortes soll dabei jeweils den Austausch anstoßen.
4. Grundsätzlich soll festgehalten werden, dass das Fehlen einer korrekten PIN im S080(NDF) aber nicht automatisch zu einer Beanstandung führen darf, sondern der Träger im zuständigen Mitgliedstaat weiterführende Maßnahmen treffen soll, um den Versicherten zu identifizieren.

Dieses Thema wird auch in der fachlichen Arbeitsgruppe des NAE-Projektes und auch in der Fachkonferenz DVKA besprochen werden.

Beschlussvorschlag:

Die Teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.



Beratungsergebnis:

Die Teilnehmenden nehmen die Ausführungen zustimmend zur Kenntnis.

Workshop „Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI“, GKV-Spitzenverband, DVKA

19.03.2019

Top 5

Ausstellungsdatum eines SED

Fragestellung:

Ausgangspunkt dieses Themas ist die Frage „Welches Datum muss im S080(NDF) beim Ausstellungsdatum einer Anspruchsbescheinigung, bspw. S072, eingetragen werden?“. Dahinter liegt das Problem, dass die anspruchsberechtigenden SEDs S008 (ehemaliger Grenzgänger), S037 (geplante Behandlung), S045 (vorübergehender Aufenthalt) und S072 (Wohnort) kein explizites Ausstellungsdatum beinhalten.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat diese Fragestellung aufgenommen und arbeitet an einer Klärung dieses Sachverhaltes auf internationaler Ebene. Dazu wurde bereits ein Ticket im EU-JIRA eröffnet. Trotz Nachfrage ist das einzige Ergebnis dort, dass es „intern eskaliert“ wurde.

Des Weiteren wurde das Thema beim Treffen der Expertenrunde „AdHoc-Gruppe Sickness“ am 25. Februar 2019 in Brüssel thematisiert und mit anderen Mitgliedstaaten besprochen. Als Ergebnis dieser Sitzung ging hervor, dass wir zwei Lösungen benötigen. Eine als kurzfristige Lösung fungierende Definition, welches der vorhandenen Daten bis zu einer besseren Lösung in das Feld im S080(NDF) eingetragen werden soll sowie eine Lösung, die dieses Problem behebt. Zu beiden Lösungen kann der GKV-Spitzenverband, DVKA Vorschläge einbringen.

Kurzfristige Lösung:

Folgende Daten sind vorhanden und könnten als Übergangslösung als Ausstellungsdatum einer Anspruchsbescheinigung genannt werden:

1. Auf der technischen Ebene gibt es im SBDH einen Zeitstempel „CreationDateAndTime“, der sich auf das gesendete SED bezieht. Diese Angabe gibt den exakten Zeitpunkt an, wann das SED erstellt wurde,
2. das Empfangsdatum der SED im System der Kasse ist bekannt,
3. der erste Tag des Anspruchszeitraumes könnte ebenfalls verwendet werden.

Keines dieser Daten spiegelt nicht das fachliche Ausstellungsdatum einer Anspruchsbescheinigung wider. Für die Übergangszeit bis zu einer besseren Lösung, sollte ein Datum vorgeschlagen werden, bei dem es zu keinen fachlichen Problemen kommt.

Dauerhafte Lösung:

Für die dauerhafte Lösung sind viele Optionen möglich.

1. Es ist natürlich denkbar ein Ausstellungsdatum in jedes SED zu integrieren, bei dem es fachlich notwendig ist – also in die o.g. anspruchsbeseinigenden SEDs.
2. Da das Datum bislang immer als Identifizierungsmerkmal genutzt wurde, kann alternativ auch eine eindeutige Referenznummer vergeben werden. Diese würde sich als Merkmal noch besser eignen, würde allerdings einen völlig neuen Aspekt und Datentyp in eine Anspruchsbescheinigung einfügen und ggf. die Komplexität und das Fehlerpotenzial erhöhen.
3. Wenn ein Identifizierungsmerkmal gar überflüssig ist, kann man auch vorschlagen das Ausstellungsdatum im S080(NDF) nicht als Pflichteingabe zu gestalten.

Dieser Sachverhalt soll auch in der fachlichen Arbeitsgruppe des NAE-Projektes diskutiert werden.

Beschlussvorschlag:

Die Teilnehmer diskutieren die vorgeschlagenen und möglicherweise selbst eingebrachten Optionen und geben dem GKV-Spitzenverband, DVKA somit ein Meinungsbild für die Vorschläge in Richtung AdHoc-Gruppe.

Beratungsergebnis:

Als *dauerhafte* Lösung sprechen sich die Workshop-Teilnehmer für die Lösung 3 – Ausstellungsdatum soll keine Pflichtangabe sein – aus. Die Prüfung der Zuständigkeit sollte im Vordergrund stehen, unabhängig vom tatsächlichen Anspruchsdocument. Auch ein Ausstellungsdatum muss kein eindeutiges Identifizierungsmerkmal sein.

Als *kurzfristige* Lösung einigen sich die Teilnehmer ebenfalls auf die Lösung 3 – der erste Tag des Anspruchszeitraumes soll vorübergehend in das Feld „Ausstellungsdatum“ eingetragen werden. Aufgrund technischer Hürden und Inkonsistenzen kann nicht der von einigen favorisierte „CreateDateAndTime“-Zeitstempel verwendet werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt diese beiden Lösungsvorschläge als Favoriten dieser Workshop-Runde mit in weitere Abstimmungen und trägt sie ggf. in den EU-Gremien vor.

Workshop „Krankheit und Pflege im Rahmen von EESSI“, GKV-Spitzenverband, DVKA

19.03.2019

Top 6

Besonderheit für die Schweiz im SED S006 Anfrage zum Status ehemalige/r Grenz- gänger/in

Fragestellung:

Ein ehemaliger Grenzgänger in die Schweiz beabsichtigt, eine begonnene medizinische Behandlung im ehemaligen Erwerbsstaat Schweiz weiterzuführen. Im Rahmen des S_BUC_18 bittet die zuständige deutsche Krankenkasse die Gemeinsame Einrichtung KVG um Angabe des Status, d.h. ob es sich um einen ehemaligen Grenzgänger handelt.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG kann die deutsche Krankenkasse nur nach vorheriger Konsultation der zuständigen kantonalen Behörde über den Status informieren. Für einen reibungslosen und effizienten Prozess ist die Angabe des Kantons, in welchem die Erwerbstätigkeit zuletzt ausgeübt wurde, sehr hilfreich.

Lösungsvorschlag:

Die Gemeinsame Einrichtung KVG bittet die deutschen Träger in solchen Fällen, im SED S006 Information über den Kanton der letzten Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Sinnvollerweise erfolgt die Angabe im Textfeld unter Ziffer 4.2 (Informationen zur Behandlung, die die versicherte Person fortsetzen möchte).

Um wiederholte Rückfragen aus der Schweiz zu vermeiden wird ein entsprechender Hinweis in die Prozessbeschreibung und in die Leitlinien für den S_BUC_18 aufgenommen.

Beratungsergebnis:

Im Rahmen des Workshops wurde beschlossen, dass EESSI bei allen Mitgliedstaaten einheitlich umgesetzt werden sollte. Eventuelle Sonderwünsche einzelner Staaten werden nicht berücksichtigt.

AC XXX/19

**Follow up Audit Board opinions
adopted under Article 67.7**

Germany – 23/01/2019

Orig.: EN

**ADMINISTRATIVE COMMISSION
FOR THE COORDINATION OF SOCIAL SECURITY**

Note by the German delegation of 23 January 2019

Follow up Audit Board opinions adopted under Article 67.7 Reg. (EC) 987/09

The German delegation reports on the implementation status of the CP cases involving Germany as creditor (I) or debtor (II) as follows:

(I) Germany as creditor Member State

Batch / case No.	Annex No.	DE claim number	CP decision (date & summary)	Implementation status as of 14/01/19
2/84	DE-PL 17	318007101006995	10/08/2017 Claim shall be paid by PL (in a second step the payment should be recovered under national legislation).	payment requested again on 22/08/2018 no payment / communication received
2/85	DE-PL 18	318010071000150	10/08/2017 Claim shall be paid by PL – (which then should recover it from the person who received benefits)	no payment / communication received
2/86	DE-PL 19	318010081007359	10/08/2017 Claim shall be paid by PL (in a second step PL can claim back the costs from the competent institution)	payment requested again on 22/08/2018 no payment / communication received
2/88	DE-PL 21	318017051004180	11/08/2017 Claim shall be paid by PL	payment requested again on 22/08/2018

				no payment / communication received
2/91	DE-PL 24	318406073000005	05/10/2017 Claim shall be paid by PL	implemented; payment received on 04/06/18
2/95	DE-PL 28	318001101000976 318001101000977 318001101000978 318001101000986 318001101000987 318001101000988 318001101000989 318001101000990 318001101000991	01/09/2017 Claims shall be paid by PL	payment requested again on 22/08/2018 no payment / communication received
2/96	DE-PL 29	318004091002072 318004091002073 318007091000966 318004101004693	01/09/2017 Claims ...072,...073: PL does not have to pay Claims ...966,...693: PL has to pay	implemented; payments received on 07/12/2017 and 21/12/2017
2/98	DE-PL 31	318405063000066 318404073000205	01/09/2017 Claims shall be paid by PL	payment requested again on 24/08/2018 no payment / communication received
2/99	DE-PL 32	B_31801507100056 (global claim) (388 individual claims)	13/10/2017 PL and DE shall share the burden 50/50 under the principle of good cooperation	implemented; payment received on 13/12/2018
2/100	DE-PL 33	318005071004963	05/10/2017 Claim shall be paid by PL	payment requested again on 24/08/2018; no payment / communication received
2/102	DE-PL 35	318401063000168 318401073000180 318401073000247	05/10/2017 Claims shall be paid by PL	payment requested again on 24/08/2018 no payment / communication received
2/111	DE-HU 9	325008071000601 325008071001419 325008071001510	05/10/2017 ...601: DE should consider to withdraw claim ...419 & 510: shall be paid by HU	implemented; payment received on 14/07/2017
2/114	DE-SK 1	331006101000096	17/08/2017 SK shall bear the costs from 1.1.2007 to 7.5.2009.	implemented; payment received on 26/09/2018
2/116	DE-SK 3	331006101000094	18/08/2017 SK does not have to pay the costs for 2006.	implemented
2/117	DE-SK 4	331006101000095	18/08/2017 SK shall bear the costs from 1.1.2007 to 31.8.2009.	implemented; payment received on 24/09/2018
2/118	DE-SK 5	331002101000463 331002101000466 331003101000495	18/08/2017 SK does not have to pay the claims	implemented
2/134	DE-RO 2	320002091000414 320004091000096 320008091000024 320006101000031	31/08/2017 RO does not have to pay the claims	implemented

2/135	DE-RO 3	320003101000169 320005101000770	31/08/2017 ..169: claim partially be paid by Romania ...770: claim has not to be paid by Romania	implemented; payment received on 20/07/2018
2/136	DE-RO 4	320008091000826	31/08/2017 Based on a new E125 claim shall be paid by RO	implemented; payment received on 21/12/2017
2/138	DE-RO 6	320001091000034	31/08/2017 Claim shall only partially be paid by RO	implemented; payment received on 20/07/2018
2/139	DE-RO 7	320005071000091 320002081000091 320004081000214 320004091000670 320005091000028 320001101000047 320002101000806 320003101001043 320005101001789	31/08/2017 Claims shall be paid by RO	implemented; payment received on 24/04/2017 and 20/07/2018
2/140	DE-RO 8	320401073000028 320401073000040 320402073000003 320402073000012 320402073000019 320402073000022 320404073000001 320404073000023 320405073000001 320406073000001	31/08/2017 Claims shall be paid by RO	implemented; payment received on 23/11/17, 20/07/18
2/141	DE-PT 1	819401073000001 819401073000002	25/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented
2/142	DE-PT 2	719002021000034 719003031000109 719003101000243	28/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented
2/143	DE-PT 3	719008021000088 719008021000089	25/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented
2/144	DE-PT 4	719008091000184 719002081000024 719003071000034	28/08/2017 Claims have to be paid by Portugal	implemented
2/145	DE-PT 5	719401053000001 719401053000010 719404073000001	25/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented; payment received on 04/10/17
2/146	DE-PT 6	719007081000074	28/08/2017 PT does not have to pay the claim	implemented
2/147	DE-PT 7	719002081000073	28/08/2017 Claim shall be paid by PT	implemented
2/148	DE-PT 8	719007091000049	28/08/2017 Claim shall be paid by PT	implemented
2/150	DE-PT 10	819004081000001	25/08/2017 Claim shall be paid by PT	implemented
2/151	DE-PT 11	719001011000041 719001011000042 719005011000039 719003031000001 719008031000007 719004041000017 719004041000027 719006041000020 719006041000031	25/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented

		719008041000028 719008041000029 719002051000082 719002051000088 719004051000040 719006051000036 719001061000049 719001061000051 719001061000091 719006061000019 719002091000112 719002091000122 719002091000123 719002091000133 719004091000183 719004091000347 719004091000348 719004091000357 719004091000358 719004091000359 719004091000361 719004091000370 719004091000371 719004091000372 719004091000373		
2/152	DE-PT 12	719001091000428 719003101000150 719003101000151	30/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented
2/153	DE-PT 13	719002101000122 719002101000123	30/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented
2/154	DE-PT 14	719003031000145 719003031000146	30/08/2017) Claims shall be paid by PT	implemented
2/155	DE-PT 15	719006101000029 719006101000030 719006101000031 719006101000032 719006101000189 719006101000190 719006101000191 719006101000192	30/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented
2/156	DE-PT 16	719005101000185 719005101000192 719005101000193 719005101000201 719005101000202 719005101000213 719005101000216	30/08/2017 Claims shall be paid by PT	implemented
2/157	DE-PT 17	919004031000006 919004031000007 919004031000009 919004031000010 919005041000002 919001061000001 919003061000010 919007071000001 919006081000001 919006081000002 919006081000003 919001091000003	25/08/2017 Claim shall be paid by PT	implemented
2/159	DE-CZ 2	332003071000209	05/10/2017 Claim shall be paid by CZ	implemented; payment received on

				22/12/2017
2/160	DE-CZ 3	332005101000394	05/10/2017 CZ does not have to pay the claim	implemented
2/161	DE-CZ 4	332003091001244 332006091000453 332007091000880 332003101000616 332003101001614 332003101001651 332004101000022	05/10/2017 ..244,..453,..880,..651: claims shall be paid by CZ ..616,..614,..022: CZ does not have to pay the claims	implemented; payment received on 22/12/2017
3/22	DE-PL 30	318017051004207 318017051004208 318002061000763 318012061001781	21/02/2018	implemented for claim 318012061001781 not implemented for all other claims
3/185	DE-AT 25	317004091006783 [317003061009906 – false number as stated in CP opinion]	21/02/2018 AT/DE shall share burden 50/50	not implemented
3/186	DE-CZ 26	332008071000992 332008071000993 332004081000664	21/02/2018 Claims shall be paid by CZ	implemented; payment received on 06/09/2018

(II) Germany as debtor member state

Batch / case No.	Annex No.	DE claim number	CP decision (date & summary)	Implementation status as of 14/01/19
1/12	RO-DE	168 claims	03/04/2017 DE is not obliged to pay the claims	implemented
2/23	ES-DE 3	1.609 claims	08/08/2017 DE is not obliged to pay the claims	implemented
2/24	ES-DE 4	324301084000185 324301084000144 324301084000309	08/08/2017 DE is not obliged / only partially obliged to pay the claims	implemented
2/25	ES-DE 5	324401014007094 324405014000107	08/08/2017 Claim paid in 2004 DE is obliged to a partial payment	implemented
2/26	ES-DE 6	324402024000584 324404024000062 324409024000014 324408034000013 324401074003826 324401074015434 324401074001427 324403074000071 324403074000024 324403074000015 324401084011731 324401084009912 324401084009911 324402084000390	09/08/2017 Claims have either been paid before CP decision or DE is not obliged to pay the claims	implemented
2/27	ES-DE 7	324401014010108 324401014010107 324401024008692 324401024008693 324401034009020 324401044011590 324401054011864 324401064011485 324401074011403	09/08/2017 DE is not obliged to pay the claims	implemented
2/57	BE-DE 1	302002012002977	07/08/2017 DE is not obliged to pay the claim	implemented
2/58	BE-DE2a	302001022005617	07/08/2017 DE is not obliged to pay the claim	implemented
2/59	BE-DE2b	302002022006408	07/08/2017 DE is not obliged to pay the claim	implemented

2/169	CZ-DE2	332001062001963 332003062000496 332004082002467 332003092002040 332004092003065 332004092000584	03/09/2017 DE has already paid the claims	implemented
2/170	CZ-DE 3		03/09/2017 DE is not obliged to pay the claims	implemented
2/171	CZ-DE 4		03/09/2017 DE is not obliged to pay the claims	implemented
3/21	ES-DE 1	324002062029831 324002072017083 324001092004435 324001092004439 324001092004436 324002032011473 324002062018609 324002062020988 324002102008566 324002102008575	26/01/2018 DE is not obliged to pay for claims 1-5 DE has announced payment for claims 6-10	implemented payment in progress
3/22	ES-DE 2	324001092023197	26/01/2018 DE is not obliged to pay the claim	implemented
3/168	CZ-DE 23	332302064000035 332301074000115 332401074000089 332401084000056 332401054000083 332301054000180 332401064000163 332401064000132 332302074000098 332302084000110 332301084000087	03/09/2017 DE is not obliged to pay the claims DE shall pay the claims	implemented
4/3	IT-DE (14)(27)		19/09/2018 DE is not obliged to pay the claims	implemented

Beanstandung einer Kostenrechnung

(zu senden an GKV-Spitzenverband, DVKA, Postfach 20 04 64, 53134 Bonn)

S082N

Name des Absenders

Straße des Absenders

PLZ + Ort des Absenders

(Absender)

IK-Nummer

(IK-Nummer)

Ansprechpartner

(Ansprechpartner)

E-Mail-Adresse / Telefonnummer

(E-Mail-Adresse / Telefonnummer)

Datum

(Datum)

Eingangsstempel DVKA / Feld bitte nicht füllen

Kostenrechnungsnummer

(15-/17-stellige Kostenrechnungsnummer der DVKA)

Nachname

(Nachname des Leistungsempfängers)

Vorname

(Vorname des Leistungsempfängers)

Beanstandungsgrund: Grund – Code auswählen

- 01 – Dieses Dokument betrifft uns nicht
- 02 – Kenn-Nummer des Trägers ist falsch. Bitte geben Sie die richtige Kenn-Nummer des Trägers an.
- 03 – Die Person kann anhand der übermittelten Angaben nicht identifiziert werden. Bitte um Überprüfung.
- 04 – Anspruchsbescheinigung fehlt oder ist unbekannt. Bitte um Zusendung einer Kopie.
- 05 – Wir vermuten eine geplante Behandlung und bitten um Überprüfung.
- 06 – Krankenhausaufenthalte überschneiden sich. Bitte passen Sie die Forderung an.
- 07 – Person war im Leistungszeitraum nicht versichert. Bitte um Zusendung einer Kopie der Anspruchsbescheinigung.
- 08 – Zeitraum der Gewährung von Sachleistungen fällt nicht in den Anspruchszeitraum.
- 09 – Zeitraum der Gewährung von Sachleistungen fällt teilweise in den Anspruchszeitraum. Bitte passen Sie die Forderung an.
- 10 – Die Kosten sind aufgrund von Pauschalbeträgen zu begleichen, ab [s. Datumsfeld]
- 11 – Die Kosten sind aufgrund von Pauschalbeträgen zu begleichen, bis [s. Datumsfeld]
- 12 – Die Person ist nicht in der Anspruchsbescheinigung eingetragen.
- 13 – Die Anspruchsbescheinigung wurde nicht bestätigt.
- 14 – Doppelte Rechnungsstellung [s. Doppelte KR]
- 15 – Der Anspruch im Wohnstaat begann am [s. Datumsfeld]
- 16 – Leistungen scheinen sich auf einen Arbeitsunfall zu beziehen, geschehen am [s. Datumsfeld]
- 17 – Die Person verstarb am [s. Datumsfeld]
- 18 – Keine Angaben über sonstige Leistungen. Bitte um Erläuterung.
- 19 – Gesamtbetrag der Forderung weicht von der Summe der Einzelrechnungen ab.
- 20 – Gesamtbetrag der Einzelforderung weicht von Summe der Leistungen ab.
- 21 – Kosten für Leistungen wurden der versicherten Person vollständig oder teilweise erstattet.
- 22 – Die Forderung wurde nach Fristablauf beim GKV-SV, DVKA eingereicht, am [s. Datumsfeld]
- 23 – Antwort auf Beanstandung nach Fristablauf erhalten, am [s. Datumsfeld]
- 99 – Sonstiger Grund

Sonstiger Grund

(Sonstiger Grund), max. 500 Zeichen

Doppelte KR

(Doppelte Rechnungsnummer)

Datumsfeld

(Datumsfeld)

Antwort auf die Beanstandung einer Kostenrechnung

(zu senden an GKV-Spitzenverband, DVKA, Postfach 20 04 64, 53134 Bonn)

S084N

Name des Absenders _____

Straße des Absenders _____

PLZ + Ort des Absenders _____

(Absender)

IK-Nummer _____

(IK-Nummer)

Ansprechpartner _____

(Ansprechpartner)

E-Mail-Adresse / Telefonnummer _____

(E-Mail-Adresse / Telefonnummer)

Datum _____

(Datum)

Eingangsstempel DVKA / Feld bitte nicht füllen

Kostenrechnungsnummer

(15-/17-stellige Kostenrechnungsnummer der DVKA)

Nachname _____

(Nachname des Leistungsempfängers)

Vorname _____

(Vorname des Leistungsempfängers)

Wiedereinreichungsgrund: Grund – Code auswählen

- 01 – Die Beanstandung wird in vollem Umfang akzeptiert und der betreffende Rechnungsbetrag verringert.
- 02 – Die Beanstandung wird teilweise akzeptiert und der betreffende Rechnungsbetrag verringert.
- 03 – Beanstandung nach Ablauf der Frist, erhalten am [s. Datumsfeld].
- 04 – Angefragte Informationen aktualisiert.
- 05 – Bei Überprüfung wurde keine doppelte Rechnungsstellung gefunden.
- 06 – Der vorrangige Anspruch im Wohnstaat besteht ab dem [s. Datumsfeld].
- 07 – Familienangehörige/r hat keinen Anspruch im Wohnstaat.
- 08 – Kosten sind nicht auf Grundlage von Pauschalbeträgen zu begleichen.
- 09 – Familienangehörige/r ist jetzt in der Anspruchsbescheinigung eingetragen.
- 10 – Laut den beigefügten Dokumenten ist die Rechnung zu begleichen.
- 11 – Beigefügt finden Sie die Anspruchsbescheinigung.
- 12 – Beigefügt finden Sie die angeforderten Dokumente.
- 99 – Sonstiger Grund

Sonstiger Grund

(Sonstiger Grund)

Datumsfeld

(Datumsfeld)



**Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland**

**Krankenkassen und
Verbände**

Postfach 20 04 64 Pennefeldsweg 12 c
D-53134 Bonn D-53177 Bonn

Telefon +49 228 9530-0
Telefax +49 228 9530-600
Internet www.dvka.de
E-Mail post@dvka.de

Gesprächspartner/in
Sabine Kortkamp

Durchwahl
604

Datum
05.05.2008

**RUNDSCHREIBEN Nr. 24/2008
Kosovo**

Weitere Anwendung des deutsch-jugoslawischen Abkommens über Soziale Sicherheit auf Kosovo

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den vergangenen Jahren haben die Teilrepubliken der ehemaligen Bundesrepublik Jugoslawien nach und nach ihre Unabhängigkeit erklärt. Am 17.02.2008 hat sich nun auch Kosovo von der Republik Serbien gelöst und sich für unabhängig erklärt. Die völkerrechtliche Anerkennung durch Deutschland erfolgte am 21.02.2008.

Sowohl das Bundesministerium für Arbeit und Soziales als auch das Auswärtige Amt gehen von der weiteren Anwendbarkeit des deutsch-jugoslawischen Abkommens über Soziale Sicherheit aus. An der bisherigen Situation, dass die gegenseitige Sachleistungsaushilfe mangels einer hierfür notwendigen Infrastruktur in Kosovo nicht durchgeführt werden kann, ändert dies allerdings nichts. Wir werden jedoch nach wie vor nach Lösungsmöglichkeiten für Ihre in Kosovo lebenden Versicherten suchen.

Sobald uns nähere Details hierzu vorliegen, werden wir Sie erneut per Rundschreiben informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Hans-Holger Bauer



**Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland**



**Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland**

RUNDSCHREIBEN Nr. 21 / 2000 Kosovo

Postfach 20 04 64 Pennefeldsweg 11-15
D-53134 Bonn D-53177 Bonn

Telefon +49-228-95 30-0
Telefax +49-228-95 30-6 00
E-Mail Post@dvka.de

21.03.2000

Durchführung des Abkommens im Verhältnis zum Kosovo

Gegenseitige Sachleistungsaushilfe ist nicht durchzuführen

- (1) Wir hatten in der Vergangenheit bereits mehrfach auf die Schwierigkeiten bei der Durchführung des deutsch-jugoslawischen Abkommens über Soziale Sicherheit im Verhältnis zum Kosovo hingewiesen. Inzwischen wurde uns vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) mitgeteilt, dass nach dort vorliegenden Informationen u.a. die im Kosovo tätig gewesenen Träger der Krankenversicherung nicht mehr arbeiten. Außerdem sei nicht davon auszugehen, dass diese Träger in nächster Zukunft ihre Arbeit wieder aufnehmen werden.
- (2) Da leistungsfähige Krankenversicherungsträger nicht vorhanden sind, kann die nach dem deutsch-jugoslawischen Abkommen über Soziale Sicherheit vorgesehene Sachleistungsaushilfe in Bezug auf den Kosovo derzeit nicht durchgeführt werden. Daraus ergeben sich für die deutschen Krankenkassen insbesondere folgende Konsequenzen:
 - Aufgrund von Anspruchsbescheinigungen aus dem Kosovo ist in Deutschland keine Leistungsaushilfe (einschließlich Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit) mehr zu erbringen. Dies gilt auch für laufende Fälle.
 - Anspruchsbescheinigungen für Personen, die im Kosovo wohnen, sind nicht auszustellen.
 - Da der Postverkehr in den Kosovo unterbrochen ist, sind keine Abmeldungen für Personen mit Wohnort im Kosovo zu fertigen. Sollten Abmeldungen zu einem späteren Zeitpunkt zu fertigen sein, werden die Krankenkassen hierüber mit gesondertem Rundschreiben informieren.
 - Anspruchsbescheinigungen für Personen, die sich vorübergehend im Kosovo aufhalten, sind ebenfalls nicht auszustellen.

- (3) Damit Anspruchsbescheinigungen aus dem Kosovo von denen aus der übrigen Bundesrepublik Jugoslawien unterschieden werden können, haben wir diesem Rundschreiben eine Liste der Ortschaften beigefügt, die im Kosovo liegen. Im übrigen wurde uns vom BMA mitgeteilt, dass die fünfstelligen Postleitzahlen der Kosovo-Ortschaften mit 38... bzw. 39... beginnen.



Bei Rückfragen zu diesem
Rundschreiben wenden Sie
sich bitte an
Frau Steudter
Tel. 0228/95 30-612

Dr. Neumann-Duesberg

DOKU: 190.351; 191.14(313); 191.14(352);
191.40(313); 191.40(352)



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland

Liste der Ortschaften im Kosovo

Babushi i Serbve – Srpski Babuš
Banja (kod Peci) – Banjë (afër Pejës)
Banja (kod Prizrena) - Banjë (afër Prizrenit)
Banjska – Banjskë
Barani – Baran
Bare (kod Zvecana) – Bare (afër Zvecanit)
Belobrod – Bellobrodë
Brasalje – Brasalc
Brod (prizrenski) – Brod
Brodosavece – Brodosanë
Budisavci – Budisalc

Crmljan – Cërmjan

Decane – Deçan
Devet Jugovica – Devetjugoviç
Dobra Voda – Ujmirë
Doganovic – Doganaj
Dragaš – Dragash
Drelje – Drelaj
Dulje – Duhël
Đakovica – Gjakovë
Đeneral Jankovic – Elezhan
Đurakovac – Gjurakovc

Elezhan - Đeneral Jankovic

Ferizaj – Uroševac
Fushë Kosovë – Kosovo Polje

Glogovac (drenicki) Glogovc
Gnjilane – Gjilan
Gračanica (kosovska) – Graçanicë

Hogosht – Ogošte

Istok – Istog
Irzniq – Rznic

Janjevo – Janjevë
Junik – Junik

Kacanik – Kaçanik
Kacikol – Keçekollë
Kamenicë – K. Kamenica
Kijevo – Kijevë
Klina – Klinë
Klokot – Kllokot
Komorane – Komoran
Kosovo Polje – Fushë Kosovë
Kosovska Kamenica – Kamenicë
Kosovska Mitrovica
Krpimej – Kërpimeh
Krushë e Madhe – Velika Kruša
Kruševo – Kruševë

Leposavic – Leposaviq
Lešak – Leshak
Lipljan – Lipjan
Lužane – Lluzhan

Magura – Magurë
Mališevo – Malishevë
Mamuša – Mamushë
Miloševo – Milloshevë
Mitrovica e Titos
Mucivrce – Muçivërc
Mušutište – Mushtisht

Novo Brdo – Novobërdë

Obilic – Obiliq
Ogošte – Hogosht
Orahovac – Rahovec
Orlane – Orllan

Pasjane – Pasjan
Pec – Pejë
Podujevo – Podujevë
Ponoševac – Ponoshec
Požaranje – Pozharan
Priluzje – Prelluzhë
Pristina – Prishtine
Prizren – Prizren

Rahovec – Orahovac
Rakoš – Rakosh
Ranilug – Ranilluk
Ratkovac – Ratkovc
Rezala – Rezallë
Rogovo – Rogovë
Rudnik (kosovski) – Runikë
Rznic – Irzniq

Skivjane – Skivjan
Socanica – Socanicë
Srbica – Sërbicë
Sredska – Sredskë
Srpski Babuš – Babushi i Serbve
Stari Trg (kod Zvecana) – stari Tëeg
Strezovce – Strezovc
Suva Reka – Suharekë
Štimlje – Šhtimje
Strpce – Shterpce

Titova Mitrovica – Mitrovica e Titos
Turicevac – Turiqevc

Ujmirë – Dobra Voda
Uroševac – Ferizaj

Velika Kruša – Krushë e Madhe
Vitina – Viti
Vitimirica – Vitimiricë
Vrela – Vrellë
Vucitrn – Vuçiternë

Zahac – Zahaq
Zjum – Zym
Zrze – Xërxë
Zubin Potok – Zubin Potok
Zvecan – Zvecan
Žegra – Zhegër
Žur - Zhur



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland

RUNDSCHREIBEN Nr. 35 / 2000 Kosovo

Postfach 20 04 64 Pennefeldsweg 11-15
D-53134 Bonn D-53177 Bonn

Telefon +49-228-95 30-0
Telefax +49-228-95 30-6 00
E-Mail Post@dvka.de

31.05.2000

Anspruchsbescheinigungen aus dem Kosovo

Weiterhin keine Sachleistungsaushilfe in Deutschland

- (1) Mit Rundschreiben Nr. 21/2000 vom 21.03.2000 informierten wir darüber, dass für Personen aus dem Kosovo Leistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe von deutschen Krankenkassen nicht mehr zu erbringen sind. Es war davon auszugehen, dass die Umsetzung dieser Regelung keine größeren Schwierigkeiten bereitet, da die bisherigen Krankenversicherungsträger im Kosovo nicht mehr arbeiten und daher auch keine Anspruchsbescheinigungen mehr ausstellen können.
- (2) Es sind nun Fälle aufgetaucht, in denen Personen aus dem Kosovo dennoch Anspruchsbescheinigungen vorgelegt haben. Diese wurden von einem Träger ausgestellt, der in seinem Stempel folgende englische Bezeichnung führt:

HEALTH CARE AND HEALTH INSURANCE FUND OF KOSOVA

Hierbei handelt es sich um einen Träger, der nicht berechtigt ist, diese Bescheinigungen auszustellen. Wir nehmen diese Fälle zum Anlass, nochmals darauf hinzuweisen, dass für Personen aus dem Kosovo Leistungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe **nicht** erbracht werden dürfen. Krankenkassen, die dessen ungeachtet trotzdem Leistungen erbringen, laufen Gefahr, keine Erstattung der entstandenen Kosten zu erhalten.



Bei Rückfragen zu diesem
Rundschreiben wenden Sie
sich bitte an
Frau Steudter
Tel. (02 28) 95 30-6 1211e

Dr. Neumann-Duesberg

DOKU: 190.351; 191.40(352)

Direktor: Dr. Rüdiger Neumann-Duesberg

BfG Bank AG
(BLZ 380 101 11)
Konto 102 717 0000

Sparkasse Bonn
(BLZ 380 500 00)
Konto 200 089 00

IK 1099 10998

Deutsche Forderungen (Mio. EUR)									
Staat	+18**				-18***		Gesamt		
	offen	Beanst.	Gesamt						
Österreich	0,08	10,35	10,43	(+0,61)		143,82	(+14,38)	154,26	(+14,96)
Belgien	0,02	0,11	0,13	(+0,02)		28,80	(+1,32)	28,92	(+1,34)
Bulgarien	16,02	2,97	18,99	(-2,97)		42,11	(+4,83)	61,10	(+1,86)
Schweiz	0,00	0,12	0,12	(+0,04)		95,96	(+22,05)	96,08	(+22,09)
Zypern	0,01		0,01	(-0,00)		11,53	(+3,83)	11,54	(+3,83)
Tschech. Rep.	-0,01	0,28	0,27	(-0,34)		12,62	(+1,66)	12,89	(+1,32)
Dänemark		0,00	0,00	(-0,15)		7,42	(-11,85)	7,42	(-12,00)
Estland			0,00	(+0,00)		1,12	(+0,36)	1,12	(+0,36)
Spanien	0,21	2,11	2,32	(-0,13)		19,12	(+0,60)	21,44	(+0,47)
Finnland		0,05	0,05	(+0,01)		2,69	(-0,15)	2,74	(-0,15)
Frankreich	0,51	5,36	5,87	(+0,21)		59,60	(+14,03)	65,47	(+14,24)
Griechenland	20,17	0,81	20,97	(-3,61)		20,83	(+0,73)	41,80	(-2,87)
Kroatien		0,02	0,02	(-1,11)		10,98	(-1,06)	11,00	(-2,17)
Ungarn	0,01	1,57	1,58	(+0,55)		17,77	(+1,52)	19,35	(+2,07)
Irland	0,00	0,00	0,01	(+0,01)		2,76	(+0,64)	2,77	(+0,65)
Island	0,18	0,00	0,19	(+0,07)		0,99	(+0,53)	1,18	(+0,61)
Italien	0,14	5,00	5,14	(-10,94)		69,77	(+5,57)	74,91	(-5,38)
Liechtenstein	0,10	0,01	0,11	(+0,04)		1,12	(+0,12)	1,22	(+0,21)
Litauen	0,00	0,01	0,01	(-0,00)		0,98	(-0,98)	0,99	(-0,98)
Luxemburg	0,43	0,26	0,69	(+0,37)		78,44	(+3,41)	79,13	(+3,77)
Lettland	0,21	0,09	0,30	(-2,63)		8,43	(-0,35)	8,73	(-2,98)
Malta	0,25		0,25	(-0,16)		0,08	(+0,00)	0,33	(-0,16)
Niederlande	-0,06	7,15	7,09	(+0,57)		121,48	(-24,93)	128,57	(-24,45)
Norwegen	0,00	0,00	0,00	(-0,01)		3,77	(-0,83)	3,77	(-0,84)
Polen	0,35	4,58	4,93	(+1,01)		91,95	(+19,94)	96,88	(+20,45)
Portugal	9,58	0,04	9,62	(+0,27)		8,93	(+0,55)	18,54	(+0,82)
Rumänien	4,58	5,19	9,77	(-3,13)		46,62	(+1,38)	56,39	(-1,75)
Schweden	0,01	0,02	0,03	(-0,00)		8,40	(+0,10)	8,42	(+0,10)
Slowenien		0,03	0,03	(+0,03)		4,70	(+0,26)	4,73	(+0,28)
Slowak. Republi	0,00	0,01	0,01	(+0,00)		6,69	(-1,19)	6,70	(-1,20)
Verein. Königrei	0,11	0,42	0,53	(+0,19)		51,62	(+2,58)	52,15	(+2,76)
GESAMT	52,91	46,56	99,46	(-21,22)		981,08	(+59,04)	1080,54	(+37,24)

*Zahlungsfrist abgelaufen gemäß Beschluss Nr. S10 **Zahlungsfrist abgelaufen gemäß Art. 67 Abs. 5 VO (EG) 987/09

***Zahlungsfrist noch nicht abgelaufen

Stand: 19.02.2019

Staat	Deutsche Forderungen (Mio. EUR)	
	Gesamt	
Bosn.-Herz. (Föd.)	1,39	(+0,01)
Bosn.-Herz. (Srpska)	0,32	(+0,01)
Mazedonien	1,49	(+0,06)
Montenegro	0,15	(+0,07)
Serbien	1,53	(-0,29)
Marokko		
Tunesien	0,01	(+0,01)
Türkei	34,83	(+10,13)
GESAMT	39,72	(+9,99)

Stand: 19.02.2019

Ausländische Forderungen (Mio. EUR)								
Staat	+18**			-18***		Gesamt		
	offen	Beanst.	Gesamt					
Österreich	3,18	2,42	5,60	(+1,62)	147,24	(-3,76)	152,84	(-2,13)
Belgien	0,09	1,19	1,28	(-0,59)	9,25	(+1,46)	10,53	(+0,87)
Bulgarien	0,00	0,01	0,01	(-0,00)	0,66	(+0,23)	0,68	(+0,22)
Schweiz	1,02	1,05	2,07	(-0,12)	53,56	(+1,58)	55,63	(+1,45)
Zypern	0,00	0,00	0,01	(+0,01)	0,11	(-0,01)	0,12	(-0,00)
Tschech. Republik	0,05	1,14	1,19	(+0,22)	23,79	(+2,25)	24,98	(+2,48)
Dänemark	0,03	0,10	0,13	(-0,01)	4,69	(+0,15)	4,82	(+0,14)
Estland	0,00	0,00	0,00	(-0,00)	0,14	(+0,12)	0,15	(+0,12)
Spanien	10,24	4,86	15,10	(-11,63)	28,36	(-47,83)	43,47	(-36,20)
Finnland	0,09	0,01	0,10	(+0,02)	1,60	(-0,09)	1,70	(-0,07)
Frankreich	4,78	9,81	14,59	(+0,67)	126,77	(+2,34)	141,36	(+3,24)
Griechenland	13,44	3,25	16,69	(-0,25)	47,58	(+40,28)	64,28	(+40,04)
Kroatien	0,30	0,39	0,69	(-0,94)	22,07	(+2,12)	22,76	(+3,45)
Ungarn	0,05	0,42	0,47	(+0,19)	5,67	(+0,33)	6,14	(+0,52)
Irland	0,01	0,04	0,05	(+0,03)	1,61	(+0,52)	1,66	(+0,55)
Island	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,70	(+0,15)	0,70	(+0,15)
Italien	0,89	3,40	4,29	(-2,51)	46,32	(+5,70)	50,61	(+3,21)
Liechtenstein		0,03	0,03	(+0,00)	0,11	(+0,11)	0,14	(+0,11)
Litauen	0,01	0,02	0,02	(+0,01)	0,26	(-0,06)	0,28	(-0,05)
Luxemburg	0,00	0,22	0,22	(-0,12)	3,36	(-0,15)	3,59	(-0,27)
Lettland	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,05	(-0,00)	0,05	(-0,00)
Malta	0,00	0,00	0,00	(-0,00)	0,13	(-0,04)	0,13	(-0,05)
Niederlande	0,79	1,56	2,34	(+0,24)	48,59	(+9,29)	50,93	(+11,96)
Norwegen	0,03	0,01	0,04	(+0,00)	2,77	(-0,83)	2,82	(-0,82)
Polen	0,30	2,24	2,54	(-2,37)	27,79	(+3,74)	30,32	(+1,50)
Portugal	0,02	0,47	0,49	(-0,01)	4,21	(+0,57)	4,71	(+0,56)
Rumänien	0,02	0,01	0,03	(-0,00)	0,25	(-0,08)	0,28	(-0,08)
Schweden	0,09	0,10	0,19	(+0,05)	10,15	(+2,84)	10,33	(+2,89)
Slowenien	0,04	0,07	0,12	(+0,03)	5,76	(+0,88)	5,88	(+0,92)
Slowak. Republik	0,02	0,16	0,19	(+0,03)	3,40	(+0,34)	3,59	(+0,37)
Verein. Königreich	0,07	0,53	0,60	(+0,45)	2,60	(-0,74)	3,20	(-0,29)
GESAMT	35,58	33,53	69,11	(-14,99)	629,58	(+21,39)	698,69	(+34,81)

*Zahlungsfrist abgelaufen gemäß Beschluss Nr. S10 **Zahlungsfrist abgelaufen gemäß Art. 67 Abs. 5 VO (EG) 987/09

***Zahlungsfrist noch nicht abgelaufen

Stand: 19.02.2019

Staat	Ausländische Forderungen (Mio. EUR)	
	Gesamt	
Bosn.-Herz. (Föd.)	0,61	(+0,39)
Bosn.-Herz. (Srpska)	2,35	(+1,77)
Mazedonien	0,45	(-0,19)
Montenegro	0,33	(+0,23)
Serbien	2,64	(+1,81)
Marokko	0,00	(-0,00)
Tunesien		
Türkei	73,89	(-10,33)
GESAMT	80,27	(-6,33)

Stand: 19.02.2019