

Ergebnisniederschrift

über die

Sitzung der Fachkonferenz DVKA

am 05.11.2020

Inhaltsübersicht

TOP 1	Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung
TOP 2	EESSI/NAE (Nationale Anbindung EESSI) <ul style="list-style-type: none"> • Betriebskennzahlen • Kostenabrechnung – Stand der Tests • Drucktemplates • RINA – Handover
TOP 3	Brexit <ul style="list-style-type: none"> • Austrittsabkommen • Verhandlungen zu den zukünftigen Beziehungen
TOP 4	Corona <ul style="list-style-type: none"> • Leistungsrecht • Kostenabrechnung, insb. Abrechnung der Fälle gem. § 219a Abs. 6 SGB V
TOP 5	Türkei <ul style="list-style-type: none"> • Sofort notwendige Sachleistungen • Kostenabrechnung
TOP 6	Statistische Fragebögen der EU-Kommission <ul style="list-style-type: none"> • Erhebungen zu ausgestellten A1-Bescheinigungen • Weitere Erhebungen im Rahmen der Koordinierungsverordnungen • Datenerhebung für den Bereich der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie
TOP 7	Sachleistungsaushilfe durch Hebammen in Deutschland
TOP 8	Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts – Probleme und weiteres Vorgehen
TOP 9	Sachleistungsaushilfe für Angehörige bei bestehenden abgeleiteten Ansprüchen im Wohnstaat
TOP 10	Entwicklung der Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen
TOP 11	Forderungsübersicht
TOP 12	Bericht über die Nationale Kontaktstelle mit den Zahlen von 2019
TOP 13	Berichte über Gespräche, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt war
TOP 14	Verschiedenes

	<ul style="list-style-type: none">• Bericht zu Themen des Rechnungsausschusses• Elektronisches Antragsverfahren für Bescheinigungen über das anwendbare Recht für Einsätze in Abkommensstaaten• Übermittlung von A1-Bescheinigungen in andere Staaten• Online-Schulungen
--	---

Top 1

Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung

Sachverhalt:

Die Tagesordnung nebst Beratungsunterlagen zur Sitzung wurde den Teilnehmerinnen und -teilnehmern am 08.10.2020 übermittelt.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Feststellung der Tagesordnung.



TOP 2

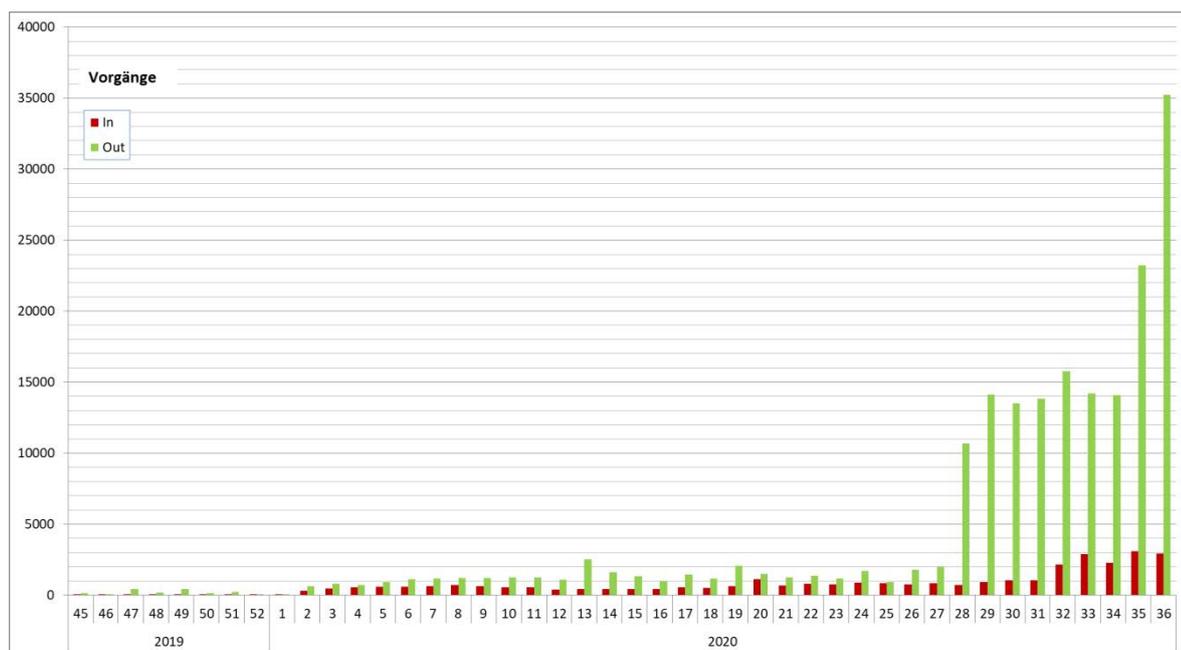
EESSI/NAE (Nationale Anbindung EESSI)

Sachverhalt:

1. Betriebskennzahlen

Zum 03.06.2020 sind wie geplant 14 Geschäftsprozesse, sowie am 01.07. und 03.08. weitere 21 Geschäftsprozesse in Produktion gegangen. Per 31.08.2020 wurden seit erster Betriebsaufnahme in 11/2019 insgesamt 196.447 Geschäftsvorgänge mit zusammen 284.363 Nachrichten übertragen.

Die übermittelten Geschäftsvorfälle verteilen sich wie folgt auf die Kalenderwochen seit Produktionsaufnahme:



(Anm.: In zukünftigen Berichten wird die wöchentliche auf eine monatliche Unterteilung umgestellt.)

Bei den Anfang Juli 2020 neu in Produktion gegangenen Geschäftsprozessen ist der LA_BUC_04 („Benachrichtigung über Entsendung“) besonders hervorzuheben: In den beiden ersten Produktionsmonaten wurden von den Mitgliedskassen pro Woche mehr als 10.000 Vorgänge in das Ausland versandt. Dies verdeutlicht sowohl den hohen Umfang der Inanspruchnahme dieses Geschäftsprozesses als auch die Bedeutung dieses Geschäftsprozesses für die Mitgliedskassen. Im weiteren Zeitablauf wird erstmalig die Größenordnung des Entsendegeschäfts der Mitgliedskassen



mit validen Zahlen unterlegt.

Seit Aufnahme des Betriebs konnten

275 Serviceanfragen,

165 Fehler bzw. Störmeldungen

176 Change-Management-Vorgänge (GKV und nationale Risikobereiche)
abgeschlossen werden.

In Bearbeitung befinden sich aktuell:

43 Serviceanfragen

49 Fehler bzw. Störmeldungen

60 Change-Management-Vorgänge (GKV und nationale Risikobereiche).

Von den noch offenen Change-Management-Vorgängen sind 37 an die EU übergeben worden.

2. Kostenabrechnung – Stand der Tests

Der mit den Mitglieds-kassen abgestimmte Testplan sah vor, mit den Tests zur Kostenabrechnung in der Teststufe 2b (kassenübergreifende Integrationstests) am 12.05.2020 zu beginnen. Die ab diesem Zeitpunkt stattfindenden Tests blieben deutlich hinter den Erwartungen zurück.

Das NAE-Projekt initiierte aufgrund eingetretener Projektrisiken eine Verlängerung des Testzeitraumes, dies führte ab dem 21.07.2020 zu Beratungen zum weiteren Projektvorgehen im Projektlenkungsausschuss.

Zwecks Vereinfachung und Automatisierung von Tests innerhalb der Kostenabrechnung wurde seitens der Mitglieds-kassen eine Möglichkeit angefragt, eine zentrale Gegenstelle zu etablieren, gegenüber welcher die Kassensysteme automatisch Kostenabrechnungsfälle auslösen und beantwortet bekommen können. Ausgestaltung und Umfang eines solchen DVKA-Testlabors wurden in einem Workshop am 25.08.2020 präzisiert.

Das Testlabor soll, zusammen mit einer intensiven Begleitung aller Testvorgänge durch das NAE-Projekt, durch die Einführung zweier weiterer Teststufen mit zusätzlichen Testfällen ergänzt werden. Dies ist den besonderen Komplexitäten der Kostenabrechnungs-Geschäftsprozesse geschuldet, sowie den bereits erkennbar gewordenen höheren Testaufwänden. Vorgenannte Maßnahmen lassen aus Sicht der Mitglieder des Projektlenkungsausschusses eine Inbetriebnahme der Kostenabrechnungs-Geschäftsprozesse zum Jahresende 2021 machbar erscheinen. Die erforderliche Verlängerung der Projektlaufzeit befand sich am 15.09.2020 noch im Genehmigungsverfahren.

3. Drucktemplates

Im Rahmen von Sitzungen der Fachlichen Arbeitsgruppe wurde im Jahr 2019 die Notwendigkeit thematisiert, bei Beanstandungsverfahren auch unter EESSI eine angemessene Nachweisführung vornehmen zu können. Für März 2020 war die Vorstellung einer entsprechenden Ausarbeitung vorgesehen, die jedoch aufgrund des Ausfalls der Sitzung der Fachkonferenz DVKA erst am 22.04.2020 stattfinden konnte.

Da sich zeigte, dass mögliche Lösungen nur mit internationaler Einbindung sinnvoll bewertet werden konnten, wurde das Thema am 20.05.2020 in einer Sitzung der Ad-Hoc-Gruppe „Sickness“ beraten, mit einer anschließenden Vorstellung der Beratungsergebnisse am 16.06.2020 im Rahmen eines dedizierten Workshops mit Kassenbeteiligung. In weiteren Beratungen im Juli 2020 wurden Ergänzungen des geplanten Lieferumfanges auch um Druckvorlagen für die Nachweisführung u.a. in Gerichtsverfahren thematisiert und zugesagt.

Die Ergebnisse der Beratungen flossen in das am 07.09.2020 veröffentlichte nationale Release 4.2.0_4.0.1 ein, in welchem entsprechende Druckvorlagen für die Nachweisführung enthalten sind. Mit diesen Vorlagen kann aus dem technischen Nachrichtenformat ein lesbares, druckbares, und kassenübergreifend einheitlich formatiertes Dokument erzeugt werden.

Ausgeliefert wurden 16 Vorlagen zur Nachweisführung in Beanstandungsverfahren in englischer Sprache sowie 19 Vorlagen zur Nachweisführung in sonstigen Verfahren in deutscher Sprache (siehe Anlage). In Arbeit befanden sich zum 15.09.2020 noch 13 Vorlagen, für weitere Vorlagen war eine Spezifizierung geplant, mit einer Veröffentlichung im Dezember 2020 in Form eines Patchreleases 4.2.0_4.0.2. Erkenntnisse zur Einbindung in nationale Anwendungen lagen per 15.09.2020 noch nicht vor.

4. RINA – Handover

Im Rahmen des Projektes „EESSI Technical Analysis 2020“ wurde seitens der EU-Kommission ab Q1 2020 das Thema der Übergabe der RINA-Anwendung an die Mitgliedstaaten vorangetrieben mit dem Ziel, eine solche Übergabe bis Mitte 2021, spätestens Ende 2021 abgeschlossen zu haben.

Trotz der Abwesenheit eines Mandates wurde im Zeitraum von Mai bis September 2020 eine der angekündigten Projektphasen („Inception Phase“, Anfangsphase) durchgeführt, in welcher eine Erhebung und Vorab-Evaluierung möglicher Übergabeszenarien vorgenommen werden sollte.

Einige Staaten nahmen mit Verweis auf die Abwesenheit eines als erforderlich erachteten Mandates nicht an den Beratungen teil, darunter auch DE. Als Ergebnis der Anfangsphase wurden vier mögliche Szenarien vorgestellt, zu welchen die Mitgliedstaaten sich bis zum 31.08.2020 äußern sollten.

-
1. Zentrales Szenario: Übergabe des RINA-Quellcodes an ein weiterentwickelndes Unternehmen bei weitgehender Beibehaltung aktueller Abstimmungsstrukturen ohne Kommissionsbeteiligung.
 2. Dezentrales Szenario: Jeder Mitgliedstaat übernimmt den RINA-Quellcode und entwickelt die Anwendung selbständig weiter, ohne Kooperation oder zentrale Abstimmung
 3. Dezentrales Szenario mit zentraler Beauftragung: Jeder Mitgliedstaat übernimmt den RINA-Quellcode und entwickelt die Anwendung wie in Sz.2 selbständig weiter, beschafft jedoch Entwicklungsressourcen über einen zentralen Beschaffungsvertrag.
 4. Gemeinschaftsszenario: Der RINA-Quellcode wird zu freier Software erklärt, und interessierte Mitgliedstaaten können sich an der inhaltlichen Abstimmung zur gemeinsamen Weiterentwicklung beteiligen, mit einem oder mehreren Mitgliedstaaten in einer Moderationsrolle.

In der Sondersitzung der Verwaltungskommission vom 11.09.2020 gelang es, sich auf ein Mandat zu einigen, kurz bevor die zweite Projektphase („Elaboration Phase“, Ausarbeitungsphase) beginnen wird.

Aufgrund der Verabschiedung des Mandates wurde der Zeitraum zur Szenarienrückmeldung für die Mitgliedstaaten bis Ende Oktober 2020 verlängert, um auch bisher nicht beteiligten Mitgliedstaaten Gelegenheit zu einer angemessenen Projektteilnahme zu geben.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA, berichtet zu den Punkten Betriebskennzahlen, Kostenabrechnungstests, Druckvorlagen und RINA-Handover. Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen den Bericht zur Kenntnis.

–Anlage–

Druckvorlagen – Release v.4.0.1

<u>SED / Bezeichnung DE</u>	<u>EN</u>	<u>DE</u>
S016 Widerruf der Anspruchsbescheinigung durch den zuständigen Träger	EN	
S017 Antwort auf Widerruf der Anspruchsbescheinigung durch den zuständigen Träger	EN	
S018 Streichung der Eintragung	EN	
S019 Antwort auf Streichung der Eintragung	EN	
S077 Widerruf der Anspruchsbescheinigung – Ehemalige/r Grenzgänger/in – Familienangehörige/r	EN	
S131 Bestätigung des Widerrufs der Anspruchsbescheinigung – ehemalige/r Grenzgänger/in	EN	
H070 Sterbemitteilung	EN	
H120 Ersuchen um medizinische Informationen	EN	DE
H121 Mitteilung von medizinischen Informationen / Antwort auf Ersuchen um medizinische Informationen	EN	DE
S008 Anspruchsbescheinigung –Anspruchsbescheinigung – Ehemalige/r Grenzgänger/in oder Familienangehörige/r	EN	
S010 Antwort auf Beantragung einer Anspruchsbescheinigung – geplante Behandlung außerhalb des Wohnmitgliedstaats	EN	
S037 Antwort auf Beantragung einer ergänzenden Anspruchsbescheinigung – geplante Behandlung	EN	
S045 Anspruchsbescheinigung – vorübergehender Aufenthalt	EN	
S072 Anspruchsbescheinigung – Wohnort	EN	
S073 Information über die Eintragung – Wohnort	EN	DE
S130 Eingangsbestätigung zu einer Anspruchsbescheinigung – ehemalige/r Grenzgänger/in	EN	
S067 Ersuchen um Mitteilung von Erstattungssätzen – Aufenthalt		DE

Anlage 1 zu TOP 2

S068 Antwort auf Ersuchen um Mitteilung von Erstattungssätzen – Aufenthalt		DE
R012 Auskunftersuchen		DE
R014 Antwort auf ein Auskunftersuchen		DE
R015 Zustellungersuchen		DE
R016 Antwort auf Zustellungersuchen		DE
R004 Zahlungsmitteilung		DE
R017 Beitreibungersuchen/Ersuchen um Ergreifen von Sicherungsmaßnahmen		DE
R018 Antwort auf ein Beitreibungersuchen/Ersuchen um Ergreifen von Sicherungsmaßnahmen		DE
R019 Mitteilung über Anfechtung		DE
R025 Mitteilung über die Rücknahme oder Verringerung der Forderung		DE
R028 Ersuchen um Erstattung von Kosten		DE
R029 Antwort auf das Ersuchen auf Erstattung von Kosten		DE
R033 Antwort auf Mitteilung über die Anfechtung		DE
R034 Entscheidung über Anfechtung		DE
R036 Übermittlung von Zusatzinformationen		DE

Top 3

Brexit

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA stellt den aktuellen Sachstand zur Anwendung des Austrittsabkommens (AA) und zu den Verhandlungen über die zukünftigen Beziehungen zum Vereinigten Königreich dar. Es werden das Informationsangebot des GKV-Spitzenverbandes, DVKA für die Krankenkassen, der Einsatz der EHIC und die Kostenabrechnung im Rahmen des AA erläutert.

1. Austrittsabkommen

Der im AA vorgesehene Übergangszeitraum, in dem das Unionsrecht und damit die Koordinierungsverordnungen für das Vereinigte Königreich uneingeschränkt weiter gelten, endet mit Ablauf des 31.12.2020. Das AA sichert umfassende Rechte der Bürger und Bürgerinnen. Es regelt neben Sachverhalten, die vor dem Ende des Übergangszeitraums begonnen haben und darüber hinausgehen auch Sachverhalte, die erst nach dem Ende des Übergangszeitraumes auftreten, die aber bereits vor dem Ende des Übergangszeitraums ihren Ursprung hatten. Darüber haben wir mit Rundschreiben Nr. 2020/527 informiert.

1.1 Arbeitshilfe zum Austrittsabkommen

Im Extranet des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ist ab voraussichtlich Mitte Oktober eine webbasierte Arbeitshilfe für die Krankenkassen zu den Vorschriften über die Sozialrechtskoordinierung aus dem AA zu finden. Diese ist nach einzelnen Personengruppen aufgegliedert und enthält zunächst Informationen zu den anzuwendenden Rechtsvorschriften. Sie wird sukzessive um Informationen der Leistungsaushilfe, der Kostenabrechnung sowie der Verwaltungshilfe bei Anwendung des AA ergänzt.

1.2 Einsatz der EHIC im Verhältnis zum Vereinigten Königreich

Personen, die vom AA erfasst werden, sollen die EHIC im Verhältnis zum Vereinigten Königreich weiterhin nutzen können, um medizinisch notwendigen Leistungen zu erhalten, die nach dem Ende des Übergangszeitraumes fortgesetzt werden bzw. sogar erst nach diesem Zeitpunkt beginnen. Für Personen, die nicht vom AA erfasst werden, weisen EHICs im Verhältnis zum Vereinigten



Königreich hingegen ab dem 01.01.2021 keine Ansprüche auf Sachleistungen mehr nach.

Für Leistungserbringer wird es nach dem 31.12.2020 nicht ohne weiteres ersichtlich sein, ob eine EHIC bestehende Rechte bescheinigt oder nicht, d. h., ob eine Person, die eine EHIC vorlegt, vom AA erfasst wird oder nicht. Um dies erkennen zu können, bedarf es einer zusätzlichen Kenntlichmachung für den Leistungserbringer. Dies könnte mit einem zusätzlichen Dokument erzielt werden. Aus praktischen sowie zeitlichen Gründen könnte auf das bereits existierende und etablierte Verfahren der Provisorischen Ersatzbescheinigung (PEB) zurückgegriffen werden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat hierzu eine Note für die Verwaltungskommission initiiert, zu der neben dem Bundesministerium für Gesundheit auch der GKV-Spitzenverband, DVKA maßgebliche Teile beigesteuert hat. Die Thematik wurde in der Sitzung der Verwaltungskommission am 20./21.10.2020 diskutiert. Es wird über das Ergebnis der Diskussion und das weitere Vorgehen berichtet.

1.3 Kostenabrechnung

Informationen zu Abrechnungen, die Sachverhalte des Austrittsabkommens betreffen, sind in der unter 1.1 dargestellten Arbeitshilfe enthalten. Für die Einreichung von Forderungen gegenüber dem Vereinigten Königreich vor Ende des Übergangszeitraums am 31.12.2020 sind Sondertermine vorgesehen. Diese werden mit ausreichendem zeitlichem Vorlauf per Rundschreiben an die Krankenkassen kommuniziert.

2. Verhandlungen über die zukünftigen Beziehungen

Für neue Sachverhalte ab dem 01.01.2021, die zuvor keinerlei grenzüberschreitenden Bezug zum Vereinigten Königreich aufweisen, kann ein neu verhandeltes Abkommen über die künftigen Beziehungen Anwendung finden. Das Verhandlungsmandat für die zukünftigen Beziehungen liegt auf europäischer Ebene. Bilaterale Gespräche dürfen bis zum Scheitern der Gespräche auf europäischer Ebene nicht stattfinden. Man geht derzeit davon aus, dass die Gespräche als gescheitert angesehen werden können, wenn es bis zum späten Herbst 2020 keine Einigung gibt. Zu einer möglichen Wiederverwendung des deutsch-britischen Sozialversicherungsabkommens für den Fall des Scheiterns existieren keine neuen Informationen. Es wird über den aktuellen Stand berichtet.

Ergebnis:

1. Austrittsabkommen

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über das bevorstehende Ende des im Austrittsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich vereinbarten Übergangszeitraums am 31.12.2020. In diesem Rahmen stellt er die hierzu aktualisierten Inhalte unter der Rubrik „Brexit“ auf dem Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes, DVKA sowie die im Extranet veröffentlichte webbasierte Arbeitshilfe zum Austrittsabkommen vor. Die Arbeitshilfe ist ein komplexes, dynamisches Produkt, welches sukzessive erweitert und bei Bedarf angepasst wird. [Im Nachgang zur Sitzung ergänzt: Rückmeldungen und Änderungsbedarfe können an grundsatzfragen@dvka.de gerichtet werden.]

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über die derzeit in der Verwaltungskommission laufende Diskussion zum Einsatz britischer EHICs in Deutschland und anderen Mitgliedstaaten ab dem 01.01.2021. Er wird hierzu in Kürze Informationen für die Leistungserbringer sowie die Krankenkassen zur Verfügung stellen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert über die Sondertermine für die Einreichung von Forderungen gegenüber dem Vereinigten Königreich vor Ende des Übergangszeitraums.

2. Verhandlungen über die zukünftigen Beziehungen

Ein Verhandlungsergebnis zu einem Abkommen über die zukünftigen Beziehungen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich muss bis Mitte November 2020 erzielt werden, damit der notwendige Ratifizierungsprozess bis zum 01.01.2021 noch durchlaufen werden kann. [Im Nachgang zur Sitzung hat sich herausgestellt, dass mit einem Verhandlungsergebnis frühestens gegen Ende November 2020 zu rechnen ist.] Konkrete Informationen zum Bereich der Koordinierung der sozialen Sicherheit liegen derzeit nicht vor.

Fachkonferenz DVKA

05.11.2020

Top 4

Corona

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA gibt einen Überblick zu aktuellen Fragestellungen zur Leistungsaushilfe und Kostenabrechnung im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Zudem soll ein Erfahrungsaustausch stattfinden, welche Probleme am häufigsten bei den Krankenkassen auftreten und wie diese gelöst werden.

1. Leistungsaushilfe

Der GKV-Spitzenverband, DVKA stellt dar, welche Leistungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen der Leistungsaushilfe in Anspruch genommen werden können (z. B. Tests).

2. Kostenabrechnung, insb. Abrechnung der Fälle gem. § 219a Abs. 6 SGB V

Wie im Rundscheiben 2020/558 unter Punkt IV dargestellt, gilt für die unter § 219a Abs. 6 SGB V fallenden Sachverhalte ein gesondertes Abrechnungsverfahren, da der GKV-Spitzenverband, DVKA diese nicht gegenüber dem Ausland, sondern gegenüber dem Bund (BMG) abrechnet. In diesem Zusammenhang bittet der GKV-Spitzenverband, DVKA die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene (Verbände) bis zum 30.10.2020 um Mitteilung der Angaben, die sich aus der folgenden Tabelle ergeben:

Krankenkasse	Sachverhalte gem. § 219a Abs. 6 SGB V je EU/EWR-Staat	Anzahl bereits abgerechneter Sachverhalte	Voraussichtlicher Zeitpunkt der Einreichung der noch nicht abgerechneten Sachverhalte	Anmerkungen

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz DVKA über die aus den Rückmeldungen bzw. bisherigen Abrechnungen gegenüber dem Bund gewonnenen Erkenntnisse. Ferner werden die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit in Deutschland behandelten SARS-CoV-2-Patienten aus anderen EU/EWR-Mitgliedstaaten angesprochen.



Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA prüft, ob weitere Informationen zum Thema Leistungen im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts auf der Webseite des GKV-Spitzenverbandes, DVKA veröffentlicht werden. Dies betrifft insbesondere Informationen im Zusammenhang mit Testungen auf das Coronavirus SARS-CoV-2.

Zum Bereich der Kostenabrechnung führt der GKV-Spitzenverband, DVKA aus, dass lediglich von einem Verband Rückmeldungen zu den angefragten Angaben geliefert wurden, diese dafür jedoch sehr aussagekräftig sind.

Danach sind aktuell 142 abgeschlossene, d. h. abrechnungsfähige Fälle bekannt. 39 davon wurden bereits bei GKV-SV, DVKA eingereicht. Sie betrafen Patienten aus Frankreich und Italien. Die Rechnungen sind bereits an das BMG weitergeleitet worden.

Im Übrigen ergab die Rückmeldung, dass die bei den Krankenkassen vorliegenden Abrechnungen Patienten aus 9 Ländern betreffen (AT, BE, ES, FR, IT, LUX, LV, LT, NL, UK), hauptsächlich aus Belgien, Frankreich, Italien und den Niederlanden.

Hinsichtlich der Rechnungssumme je Fall gibt es eine große Varianz. In der Mehrheit der Fälle liegt die Forderungssumme zwischen 30.000 und 45.000 EUR pro Fall; es gibt aber auch einige Hochkostenfälle (zwischen 80.000 und 100.000 EUR) – und einige Fälle mit Forderungssummen, die deutlich unter 10.000 EUR liegen.

Im Rahmen der Aussprache berichtet ein weiterer Verband über das Vorliegen von 13 weiteren Sachverhalten. Bei allen anderen Kassenartenverbänden sind zum Zeitpunkt der Fachkonferenz DVKA keine Fälle bekannt.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert über die kürzlich vom BMG geäußerte Forderung, den Abrechnungen (E 125) den sog. Dokumentationsbogen (vgl. Anlage zum RS 2020/558) beizufügen. Hintergrund sei im Wesentlichen, dass im Zuge der Rechnungsprüfung beim Bund nachgewiesen werden müsse, dass keine Abrechnung gegenüber anderen Stellen oder Personen erfolgt ist (Ziffer 6 des Dokumentationsbogens).

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird sich ggf. mit den Krankenkassen, die diesen Dokumentationsbogen bisher nicht eingereicht haben, in Verbindung setzen. Damit soll gewährleistet werden, dass die beim BMG eingereichten Rechnungen schnellstmöglich und ohne weitere Rückfragen bezahlt werden.

Dieser Ansatz wird von den Sitzungsteilnehmenden begrüßt. Es wird jedoch auch auf den im Vergleich zum etablierten zwischenstaatlichen Abrechnungsverfahren hohen Aufwand hingewiesen, was das Erfordernis der zusätzlichen Einreichung der Erhebungsbögen noch einmal deutlich macht.

Top 5

Türkei

Sachverhalt:

1. Sofort notwendige Sachleistungen

Bereits mehrfach hat der GKV-Spitzenverband, DVKA über die aktuelle Problematik der Sachleistungsaushilfe in der Türkei für die in Deutschland versicherten Personen informiert – zuletzt am 07.11.2019. Wie berichtet, ist in dieser Angelegenheit ein Austausch auf der Ebene der zuständigen Behörden anvisiert. Die Situation ist nach wie vor unverändert.

Sowohl die Gespräche zwischen den Ministerien in Bonn als auch die Verbindungsstellengespräche in Istanbul mussten aufgrund der Pandemie abgesagt werden. Die Regierungsgespräche wurden Anfang Oktober nachgeholt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert über die Ergebnisse der Gespräche sowie ggf. über das weitere Vorgehen.

2. Kostenabrechnung

Zu diversen Themen aus dem Bereich Kostenabrechnung nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen hat der GKV-Spitzenverband, DVKA zuletzt umfassend mit Schreiben vom 17.09.2020 informiert (vgl. Anlage). Im Rahmen der Fachkonferenz berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA mündlich über aktuelle Entwicklungen in diesem Zusammenhang.

Ergebnis:

Die für Oktober 2020 geplanten Gespräche zwischen den Ministerien wurden verschoben. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird über den neuen Gesprächstermin sowie das Ergebnis der Gespräche informieren.

Für den Bereich der Kostenabrechnung hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die im o. g. Schreiben enthaltenen Themen sowie die aktuellen Sachstände in der als Anlage beigefügten Präsentation zusammengefasst. Danach ist bereits im Jahr 2019 ein Rückgang der Kostenrechnungen zu erkennen. Mit fast 1 Mio. Rechnungen stellen die türkischen Rechnungen jedoch auch damit noch einen erheblichen Anteil an der Zahl aller Rechnungen im Jahr 2019 dar. Im Jahr 2020 ist ein



deutlicher Einbruch bei der Zahl der türkischen Kostenrechnungen zu verzeichnen. Ursächlich dürften die veränderte Auslegung des Artikels 12 des Abkommens hinsichtlich der sofort notwendigen Sachleistungen sowie die Auswirkungen der Corona-Krise sein.

Die von den Krankenkassen gemeldeten Entwicklungen bei den Anträgen auf Kostenerstattung lassen dabei jedoch nicht den Rückschluss zu, dass diese in dem Maße zugenommen haben wie die Zahl der Kostenrechnungen abgenommen hat. Bei einzelnen Kassen gibt es jedoch durchaus Hinweise auf eine steigende Anzahl der Türkei-spezifischen Kostenerstattungsanträge.

Hinsichtlich der Abrechnungen aus den Jahren 2017 und 2018 berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass bereits diverse Krankenkassen die Abrechnungen und Beanstandungen unter Berücksichtigung der Mindestbeträge vornehmen.

Da sich die Argumente, die zur Einführung von Mindestbeträgen für die o. g. Jahre geführt haben, auch auf das Jahr 2019 anwenden lassen, hat sich der GKV-Spitzenverband, DVKA an das BAS gewandt, um in Erfahrung zu bringen, ob das BAS auch für dieses Jahr die Anwendung eines Mindestbetrags i. H. v. 100 TRY akzeptieren wird. Dies hat das BAS mit Schreiben vom 22.10.2020 bestätigt.

Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband, DVKA vor, einen Rundschreibenentwurf zu erstellen und diesen per Rundbrief zunächst an die Mitglieder der Fachkonferenz DVKA zu geben.

Der Hinweis auf die Kontaktaufnahme mit dem BAS im Schreiben vom 17.09.2020 wird von zwei Verbänden der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene (Verbände) als nicht ausreichend angesehen. Diese kritisieren, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA Kontakt mit dem BAS und dem BMG aufgenommen habe, ohne sich vorher mit den Vertretern der Kassenarten/-verbände abzustimmen. Zudem wird in diesem Zusammenhang von einer Kassenart nochmals darauf hingewiesen, dass die Umsetzung von Mindestbeträgen bei der Bearbeitung auf Ebene der Krankenkassen zu einem höheren Verwaltungsaufwand führt. Es wird vorgebracht, dass das von dieser Kassenart eingesetzte IT-System aktuell noch keine Bearbeitung der vom GKV-Spitzenverband, DVKA elektronisch übermittelten Abrechnungsdaten unter Berücksichtigung von Mindestbeträgen erlaubt. Kassen, die auf dieses System zurückgreifen, müssten daher aktuell manuell in die elektronischen Abrechnungen eingreifen. Dieser erhöhte Verwaltungsaufwand treffe vor allem die Kassen, die elektronische Forderungen aus dem Ausland elektronisch entgegennehmen und ihre Forderungen seit Jahren sehr wirtschaftlich elektronisch abrechnen. Eine IT-gestützte Umsetzung für die Be-

rücksichtigung von Mindestbeträgen sei in nächster Zeit¹ nicht möglich, da die knappen IT-Ressourcen vereinbarungsgemäß auf die fristgerechte Umsetzung von EESSI konzentriert seien.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird in dem genannten Rundbrief bzw. im Rundschreiben auf das Fehlen von Fristen für die Begleichung von Forderungen nach dem deutsch-türkischen Abkommen hinweisen.

Im bereits erwähnten Schreiben vom 17.09.2020 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA auch darauf hingewiesen, dass das Thema der Mindestbeträge mit dem BMG erörtert wird, um perspektivisch eine klare und belastbare Handlungsgrundlage für alle Beteiligten zu schaffen.

Hierzu teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass das BMG im Referentenentwurf zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) jetzt eine entsprechende Anpassung des § 219a Abs. 1 SGB V vorschlägt.

Unabhängig vom Hinweis im o. g. Schreiben wird von zwei Verbänden die Erwartung zum Ausdruck gebracht, dass Vorgänge dieser Art bereits im Vorfeld transparent gemacht werden.

Inhaltlich fällt die erste Bewertung unterschiedlich aus. Während von einem Verband die Regelung an sich als nicht erforderlich angesehen wird, sieht ein anderer den Vorschlag als geeigneten Ansatz an.

Sollte die Regelung wie jetzt vorgesehen in Kraft treten, besteht Einvernehmen, dass die Krankenkassen bzw. die Verbände bei der Entwicklung der dann zu erstellenden Richtlinie einzubeziehen sind. Aktuell geht der GKV-Spitzenverband, DVKA davon aus, dass eine solche Richtlinie nach Benehmherstellung mit dem Lenkungs- und Koordinierungsausschuss durch den Vorstand des GKV-Spitzenverbands zu verabschieden ist.

In Bezug auf die Rückmeldung des AOK-Bundesverbands zum Schreiben vom 17.09.2020 informiert der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass das Thema der Mitteilungen über Aufnahmen ins und Entlassungen aus dem Krankenhaus (T/A 13 bzw. A/T 13) mit der türkischen Seite wegen der verschobenen Gespräche noch nicht vorangetrieben werden konnte.

¹ Im Nachgang zur Sitzung hat der AOK-Bundesverband konkretisiert, dass eine Umsetzung frühestens in zwei Jahren möglich sei.

Die weitere Anregung, Anspruchsbescheinigungen zukünftig immer individuell auszustellen, um damit die Mitteilung der Versichertennummer im Kostenabrechnungsverfahren zu gewährleisten, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA prüfen und ggf. bei den nächsten Gesprächen einbringen.

–Anlage–



**GKV
Spitzenverband**

GKV-Spitzenverband DVKA · Postfach 20 04 64 · 53134 Bonn

Per E-Mail

AOK-Bundesverband

Frau Elisabeth Reker-Barske

BKK-Landesverband NORDWEST

Herrn Jürgen Rudack

BKK-Dachverband

Frau Selvi Ceyhan

Sozialversicherung für Landwirtschaft,

Forsten und Gartenbau

Frau Petra Weigert

IKK e.V.

Herrn Heiko Piehl

Herrn Thomas Latz

Knappschaft

Frau Sabine Kienapfel

Verband der Ersatzkassen e. V.

Herrn Ulf Schinke

Ihre Nachricht vom

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Datum

3260.2
191.60

17.09.2020

Aktuelle Entwicklungen – Kostenabrechnung nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen

Sehr geehrte Damen und Herren,

in den vergangenen Sitzungen der Fachkonferenz DVKA haben wir Sie jeweils ausführlich über die Herausforderungen im Bereich der Kostenabrechnung nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen informiert. Wir möchten Ihnen daher heute einen kurzen Zwischenstand zu den Entwicklungen im o. g. Themenbereich geben.

**1. Umsetzung von Mindestbeträgen für Beanstandungen auf Rechnungen,
die in den Jahren 2017 und 2018 beim GKV-Spitzenverband, DVKA eingegangen sind.**

Wie Ihnen bekannt ist, haben wir die Krankenkassen mit dem Rundscheiben 2020/161 vom 13.03.2020 über die Einführung einseitiger Mindestbeträge für Beanstandungen für die Rechnungsjahre 2017 und 2018 informiert. Fünf Monate nach Inkrafttreten der Regelung haben die Kassen rd. die Hälfte der von der Regelung erfassten Rechnungen (d.h. rd. 50 % aller Rechnungen \leq 100 TRY) bereits an uns gezahlt. Dies deutet aus unserer Sicht darauf hin, dass die Krankenkassen inzwischen in der Lage sind, die betreffende Regelung operativ umzusetzen.

**2. Weiteres Vorgehen im Zusammenhang mit den Rechnungen,
die im Jahr 2019 beim GKV-Spitzenverband, DVKA eingegangen sind**

Im Rahmen des o. g. Rundschreibens haben wir ferner angekündigt, dass zum Umgang mit Beanstandungen auf die Forderungen aus den Rechnungsjahren 2019 und 2020 eine gesonderte Information an die Kassen erfolgen wird. Bis dahin sollten keine Beanstandungen für diese Jahre eingereicht werden.

2019 hat die Türkei knapp eine Million (987.183) Kostenrechnungen nach tatsächlichem Aufwand bei uns eingereicht. Dies liegt zwar unter der Anzahl aus den Jahren 2017 und 2018, aber immer noch weitaus höher als die Einreichungen aus allen anderen Staaten. Auch in 2019 waren die türkischen Kostenrechnungen weiterhin sehr kleinteilig (bei 80% der Forderungen lag der Rechnungsbetrag unter 100 TRY = 15 EUR) und wiesen einen durchschnittlichen Rechnungsbetrag von nur 22 EUR auf. Aus diesem Grund gelten für das Eingangsjahr 2019 dieselben Kosten-Nutzen-Abwägungen wie für die vorangegangenen Jahre (vgl. diverse Beratungsunterlagen zur FK DVKA in 2018/2019 bzw. die Entscheidung des Fachbeirats vom Oktober 2019).

Daher sind wir bestrebt, für das Jahr 2019 nochmals einseitige Mindestbeträge i. H. v. 100 TRY umzusetzen. In diesem Zusammenhang stehen wir bereits in Kontakt zum Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), das ja auch die Mindestbeträge für 2017 und 2018 einer aufsichtsrechtlichen Prüfung unterzogen hatte. Darüber hinaus erörtern wir das Thema Mindestbeträge aktuell auch mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), verbunden mit Ziel perspektivisch eine klare Handlungsgrundlage für alle Beteiligten zu schaffen.

**3. Aktuelle Entwicklung der Kostenrechnungen (Rechnungsjahr 2020);
Entwicklung Anträge auf Erstattung privat verauslagter Behandlungskosten**

Im aktuellen Rechnungsjahr (2020) hat die türkische Seite bisher lediglich knapp 50.000 Kostenrechnungen eingereicht. D.h. die Summe der türkischen Kostenrechnungen ist im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um fast 90 Prozent zurückgegangen. Gleichzeitig sehen wir, dass die Türkei bis auf zwei Sendungen – die Forderungen aus sehr weit zurückliegenden Leistungszeiträumen enthalten – inzwischen Rechnungen für aktuelle Leistungszeiträume einreicht. In der Regel werden Rechnungen für Leistungen aus dem vorangegangenen Quartal bzw. aus den vergangenen vier

Monaten gestellt. Die durchschnittliche Rechnungssumme bleibt allerdings sehr gering, d. h. es ist davon auszugehen, dass die türkische Seite weiterhin jeden Leistungserbringerkontakt- bzw. -fall einzeln in Rechnung stellt. Interessante Erkenntnisse zeigt ferner eine Analyse der Anspruchsgrundlagen, auf denen die aktuellen Rechnungen basieren: Hierbei wird klar, dass die Türkei inzwischen deutlich mehr Rechnungen einreicht, die auf dem Formular T/A 12 basieren also noch im Vorjahreszeitraum. Im Gegenzug ist die Zahl der Abrechnungen, die auf dem Formular T/A 11 beruhen, im Vergleich zum Vorjahreszeitraum massiv eingebrochen.

Aus unserer Sicht hängt die oben dargestellte Entwicklung mit der veränderten Interpretation des Begriffs der sofort notwendigen Sachleistung während des vorübergehenden Aufenthaltes durch die türkische Seite zusammen. Außerdem spiegeln die Zahlen die Wirkung des seit Herbst 2019 verwendeten „Workarounds“ der deutschen Kassen über das Formular T/A 12 wider (vgl. hierzu unser Schreiben vom 07.11.2019). Hinzu kommt sicherlich auch ein coronabedingter Einbruch bei den Abrechnungszahlen; dieser dürfte aber voraussichtlich erst mit der kommenden Sendung vollständig zum Tragen kommen.

Im Zusammenhang mit der stark rückläufigen Anzahl an Rechnungen der türkischen Seite stellt sich unmittelbar die Frage, inwiefern dieser Einbruch bei der Sachleistungsaushilfe gem. Art. 12 des deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommens gleichzeitig mit einer Erhöhung der Anträge auf Erstattung privat verauslagter Behandlungskosten einhergeht. Diese Frage wird im Rahmen der politischen Erörterung der o. g. Thematik immer wieder gestellt- u. a. vom BMAS bzw. BMG.

Vor diesem Hintergrund bitten wir darum, dass Sie uns - auf Ebene der Kassenarten - Informationen darüber zur Verfügung stellen, ob ein solcher Zuwachs der Kostenerstattungsanträge tatsächlich zu konstatieren ist und falls ja, in welchem Ausmaß dieser sich im Vergleich zum Vorjahreszeitraum darstellt (absolute Zahlen bzw. relative/prozentuale Entwicklung). Ihre diesbezügliche Rückmeldung erbitten wir bis zum 09.10.2020 unter den o. g. Kontaktdaten.

4. Aktueller Forderungsstand DE/TR

Im Vorfeld der Fachkonferenz vom März 2020, die coronabedingt ausgefallen ist, hatten wir Sie darüber informiert, dass die Türkei seit dem Ende der Verrechnungsvereinbarung keine Bezahlung deutscher Forderungen vorgenommen hat. Dies hat sich erfreulicher Weise insofern geändert, als die Türkei in 04/2020 und 08/2020 Zahlungen i. H. v. 8,58 Mio. EUR geleistet hat. Daher erscheint uns eine weitere einseitige Verrechnung, wie wir sie im Dezember 2019 vorgenommen haben, momentan nicht geboten. Aktuell beläuft sich der Forderungsstand Deutschlands gegenüber der Türkei auf 48,82 Mio. EUR. Dem stehen auf der anderen Seite noch offene Forderungen aus der Türkei i. H. v. 68,84 Mio. EUR entgegen. Sollte sich der unter Punkt 3 dargestellte Trend fortsetzen, ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Forderungsstände mittelfristig angleichen werden. Wir werden diese Entwicklung daher weiterhin sehr engmaschig beobachten und - sofern notwendig - entsprechende Maßnahmen ergreifen.

Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die jüngsten türkischen Zahlungen eine substantielle Anzahl an Teilzahlungen aufweisen. Für die Mehrzahl der betroffenen Forderungen hat die Türkei inzwischen auch Beanstandungen eingereicht. Nach einer ersten Auswertung handelt es sich bei den von Teilzahlungen betroffenen Forderungen häufig um relativ hochpreisige (Krankenhaus-) Rechnungen, bei denen die türkische Seite das Fehlen des Formulars T/A 13 (Mitteilung über Krankenhausaufnahme) moniert. In diesem Zusammenhang weisen wir nochmals ausdrücklich auf das Erfordernis hin, den zuständigen türkischen Träger sowohl über die Aufnahme ins als auch über die Entlassung aus dem Krankenhaus zu informieren. Dies gilt sowohl für Fälle des vorübergehenden als auch des dauerhaften Aufenthalts in Deutschland.

Beanstandungen wegen nicht erfolgter Unterrichtungen machen im Übrigen auch bei allen anderen Staaten mit bilateralem Abkommen einen erheblichen Anteil am gesamten Beanstandungsaufkommen aus. Wir empfehlen daher dringend, sowohl die Mitteilungen über Krankenhausaufenthalte (z. B. T/A 13, SRB 113 DE) sowie über Sachleistungen von erheblicher Bedeutung (z. B. T/A 14, SRB 114 DE) in den entsprechenden Sachverhalten standardmäßig zu übersenden.

5. PIN im Rahmen der türkischen Kostenrechnung (A/T 25)

Im Rahmen der Ad-hoc Arbeitsgruppe zur Zukunft der Kostenrechnung wurde seitens der Kassen der Bedarf nach der Eintragung der persönlichen Versicherungsnummer (PIN) im Rahmen der türkischen Kostenrechnung auf dem Formular A/T 25 geäußert. Hintergrund ist die häufig schwierige Zuordenbarkeit von türkischen Kostenrechnungen – aufgrund von Schreibfehlern bzw. anderen fehlerhaften Angaben. Mit der Nennung der PIN wäre diese Zuordnung für die deutschen Kassen deutlich einfacher. Wir haben diesen Punkt in den vergangenen Monaten schriftlich mit der türkischen Verbindungsstelle erörtert und um eine entsprechende Anpassung der Formulare gebeten. Die türkische Verbindungsstelle sieht sich jedoch außerstande, eine derartige Anpassung vorzunehmen. Als Grund wird angeführt, dass nach türkischem Recht für Familienangehörige keine gesonderte PIN vergeben wird. Entsprechend sind die dortigen Systeme darauf auch nicht ausgelegt. Wenn die PIN informationstechnisch mitverarbeitet werden soll, müssten auf der türkischen Seite drei verschiedene Software-Produkte, die im Rahmen der Kostenabrechnung verwendet werden, entsprechend angepasst werden. Dies lehnt die Türkei jedoch aus Kostengründen ab.

Sollten Sie zu den einzelnen oben ausgeführten Punkten Rückfragen haben, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne unter den bekannten Kontaktdaten zur Verfügung.

Schließlich erlauben wir uns, nochmals um Ihre Rückmeldungen zu Punkt 3 dieses Schreibens bis zum 09.10.2020 zu bitten.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Burchard Osterholz

Top 6

Statistische Fragebögen der EU- Kommission

Sachverhalt:

Auf der Grundlage von Artikel 91 VO (EG) 987/09 richtet die Kommission jährlich Fragebögen an die Mitgliedstaaten, um Statistiken zur Durchführung der VO (EG) 883/04 und der VO (EG) 987/09 erstellen zu können. Für den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen sowie den des GKV-Spitzenverbandes, DVKA sind die folgenden Fragebögen relevant:

1. Fragebogen zu den ausgestellten A1-Bescheinigungen
2. Fragebogen zu den Leistungen bei Krankheit (EHIC, S1- und S2-Bescheinigungen)
3. Fragebogen zur Kostenerstattung
4. Fragebogen zu den Leistungen bei Mutterschaft und Vaterschaft
5. Fragebogen zum Bereich Beitreibung
6. Fragebogen zu Fehlverhalten und Betrug

Seit August 2020 werden alle EESSI-Geschäftsprozesse (Ausnahme Bereich Kostenabrechnung) produktiv genutzt. Im Folgenden wird dargestellt, welche Auswirkung die Nutzung der EESSI-Geschäftsprozesse zukünftig auf die Erhebung der statistischen Daten für die Fragebögen der Kommission haben wird.

1. Erhebungen zu ausgestellten A1-Bescheinigungen

Über den bei dem GKV-Spitzenverband, DVKA angesiedelten Access Point können einige Metadaten zu versandten SEDs ausgewertet werden (vgl. TOP 2), hierzu gehört

- a) die Anzahl versendeter SEDs, je SED-Typ (z. B. SED A009, A010)
- b) der Staat, in den ein SED gesandt wird.

Jedoch ist dies für die Erhebung der Europäischen Kommission nicht ausreichend. Zum einen sind die versandten SEDs alleine nicht aussagekräftig, da während eines Übergangszeitraums auch in Bezug auf die Staaten, die noch nicht EESSI-fähig sind, Informationen zu den ausgestellten A1-Bescheinigungen mitzuteilen sind. Zum anderen gehen die erbetenen Angaben über jene, die



mittels Auswertung der Metadaten zur Verfügung stehen, weit hinaus.

Die konkret erforderlichen Daten können der Anlage 1 – dem Fragebogen, mit dem die Europäische Kommission seit mehreren Jahren die Informationen erhebt – entnommen werden. Konkret sind von den Krankenkassen folgende Informationen erforderlich:

1. Anzahl der A1-Bescheinigungen bei Entsendungen (Art. 12 Abs. 1 VO (EG) 883/04) und vorübergehender selbstständiger Tätigkeit (Art. 12 Abs. 2 VO (EG) 883/04)

Unterscheidung nach:

- a. Sachverhalt:
 - i. Entsendungen (Art. 12 Abs. 1 VO (EG) 883/04)
 - ii. vorübergehender selbstständiger Tätigkeit (Art. 12 Abs. 2 VO (EG) 883/04)

Hinweis: in beiden Sachverhalten wird SED A009 versendet

- b. Beschäftigungsstaaten
 - c. Wirtschaftszweigen
 - d. Anzahl der Einzelpersonen, die eine A1-Bescheinigung erhalten haben
 - e. Durchschnittsdauer aller ausgestellten A1-Bescheinigungen
2. Anzahl der A1-Bescheinigungen für Beamte (Art. 11 Abs. 3 Buchst. b VO (EG) 883/04);
Hinweis: In diesem Sachverhalt wird SED A010 versendet
 3. Anzahl der A1-Bescheinigungen für Personen, die ihre Tätigkeit gewöhnlich an Bord eines Seeschiffes ausüben (Art. 11 Abs. 4 VO (EG) 883/04)
Hinweis: In diesem Sachverhalt wird SED A010 versendet
 4. Anzahl der A1-Bescheinigungen für Personen, die lediglich in einem Staat erwerbstätig sind (Art. 11 Abs. 3 Buchst. a VO (EG) 883/04)
Hinweis: In diesem Sachverhalt wird kein SED versendet

Von der Erhebung der unter 1.d. und 1.e. genannten Angaben hat der GKV-Spitzenverband, DVKA, mit Blick auf den hohen manuellen Aufwand bei den Krankenkassen bislang abgesehen. Die zuständige Behörde, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, geht jedoch davon aus, dass den zuständigen Trägern diese Angaben aufgrund der fortgeschrittenen Digitalisierung der Antragstellung und des Austauschs via EESSI künftig vorliegen dürften. Diese Informationen werden daher künftig ebenfalls abgefragt, weshalb die Krankenkassen hiermit gebeten werden, hier-

für die ggf. erforderlichen Vorkehrungen zu treffen.

2. Weitere Erhebungen im Rahmen der Koordinierungsverordnungen

Für die stark differenzierte Datenerhebung im Bereich der Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft (vgl. Aufzählung S. 1) hat die Verwaltungskommission jüngst einen Vereinheitlichungsprozess angestoßen. Dieser zielt darauf ab, die an die Mitgliedsstaaten adressierten Fragebögen zur Leistungserbringung und Kostenabrechnung/-erstattung im Rahmen der VO (EG) 883/04 und VO (EG) 987/09 besser abzustimmen, um so u. a. unnötige Redundanzen zu vermeiden. Eine erste inhaltliche Erörterung findet aktuell auf der Ebene des Rechnungsausschusses statt. Mit konkreten Ergebnissen ist allerdings nicht vor 2021 zu rechnen.

Vor diesem Hintergrund wird für die betroffenen Fragebögen in den nächsten Monaten zu prüfen sein, welche Daten durch den Einsatz der jeweiligen Geschäftsprozesse nun auch von den Krankenkassen erhoben werden können (z. B. Anzahl der Personen, für die der Anspruch im ausländischen Wohnstaat bescheinigt wurde).

Für den Bereich der Kostenabrechnung, dessen Geschäftsprozesse voraussichtlich erst in der zweiten Hälfte des Jahres 2021 zum Einsatz kommen werden, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA weiterhin die dort zur Verfügung stehenden Informationen auswerten und zur Verfügung stellen.

3. Datenerhebung für den Bereich der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie

Neben den Fragebögen zur Durchführung der Koordinierungsverordnungen fragt die Kommission jährlich auch Daten zur Umsetzung der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie (RL 2011/24/EU) ab. Ziele dieser Abfragen sind im Wesentlichen:

- a) Feedback zu erhalten über den Umsetzungsstand der Richtlinie und den Grad der Nutzung der Dienstleistungsfreiheit durch die Patienten
- b) Festzustellen in welchen Bereichen es Nachbesserungsbedarf oder Hürden in der Umsetzung für die Patienten gibt
- c) Verbesserung der Information für die Patienten über die Möglichkeiten im Rahmen der Richtlinie Leistungen grenzüberschreitend in Anspruch zu nehmen

Deutschland konnte in der Vergangenheit, neben den Niederlanden, als einziger weiterer Staat seit Inkrafttreten der Richtlinie im Oktober 2013 die in der Anlage beigefügten Fragen nicht beantworten. Aus allen anderen Staaten liegen Daten vor. Da Deutschland im Bereich der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und aufgrund der Vielzahl seiner Grenzen eine entscheidende Rolle hierbei in der EU spielt, möchte die Kommission diesen Umstand nicht weiter hinnehmen. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit den GKV-Spitzenverband, DVKA aufgefordert, in Erfahrung zu bringen, welche Daten bereits bei den Krankenkassen vorliegen und ohne große Aufwände geliefert werden können.

Gegebenenfalls reichen diese Daten schon aus, um eine Lösung in dieser Angelegenheit herbeizuführen. Die von der Kommission hierzu jährlich abgefragten Daten sind in der Anlage 2 zusammengestellt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA bittet bis zum 31.12.2020 mitzuteilen, welche der gewünschten Informationen von den Krankenkassen bereits geliefert werden können.

Ergebnis:

Es wird vereinbart, die verschiedenen statistischen Erhebungen zur EG-Verordnung und zur Patientenmobilitätsrichtlinie in einer Excel-Liste zusammenzufassen und diese bis zum 10.11.2020 an die Kassenartenverbände zu versenden. Diese wiederum leiten die Anfragen intern an die entsprechenden Fachabteilungen weiter und senden die Ergebnisse bis zum 10.12.2020 an die DVKA zurück. [Im Nachgang zur Sitzung ist klar geworden, dass einige Anfragen der Kommission nur auf Englisch vorliegen. Daher wurde am 10.11.2020 zunächst nur der zeitkritische und bereits auf Deutsch vorliegende Teil zur Patientenmobilität an die Kassenartverbände, mit der Bitte um Rückmeldung bis 10.12.2020, versendet. Die übrigen Erhebungen zur EG-Verordnung werden zeitnah nach Rücklauf der Übersetzungen an die Kassenartverbände mit einer separaten Frist zur Rückmeldung versandt. Im Hinblick auf die Erhebungen zu ausgestellten A1-Bescheinigungen führen Vertreter der Kassenarten/-verbände aus, dass eine Auswertung der Anzahl der A1-Bescheinigungen bei Entsendungen (Art. 12 Abs. 1 VO (EG) 883/04) und vorübergehender selbstständiger Tätigkeit nach

- 1 d. Anzahl der Einzelpersonen, die eine A1-Bescheinigung erhalten haben
- 1 e. Durchschnittsdauer aller ausgestellten A1-Bescheinigungen

mit dem bestehenden Arbeitgeberrmeldeverfahren IT-mäßig nicht möglich sei. Sowohl der manuelle Aufwand als auch der IT-mäßige Aufwand zur Erhebung dieser Daten sei unverhältnismäßig hoch und nicht vertretbar. Der GKV-Spitzenverband, DVKA, nimmt diese Ausführungen zur Kenntnis.

-Anlagen-

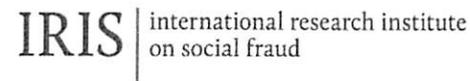


Anlage 1 zu TOP 6

Posting of workers

Questionnaire on A1 portable documents

Reference year 2019



Cover note

The data collection concerns reference year 2019.

The questionnaire collects data on the number of Portable Documents A1 (PDs A1) issued by the Member States, during reference year 2019. This certificate concerns the social security legislation which applies to a person and confirms that this person has no obligations to pay contributions in another Member State. It establishes a presumption that the holder is properly affiliated to the social security system of the Member State which has issued the certificate. PDs A1 are used for various cases: intra-EU posting; the pursuit of activities in two or more Member States; 'Article 16 agreements'; civil servants; mariners; flight or cabin crew members; contract staff of the European Communities.

Sheet 1 'General - issued' shall provide an overview of the overall number of PD A1 issued and is structured according to the categories in field 3 of the PD A1 ("status of the holder"). This sheet concerns all categories of PD A1 issued in situations referred to in field 3 of the PD A1. Please note that the Administrative Commission in its meeting of October 2017 adopted amendments to PD A1. It was agreed to extend the scope of the PD A1 to situations where an employed or self-employed person carries out his/her activities in only one Member State (box 3.12).

Sheet 2 concerns the application of 'Article 12' (boxes 3.1 and 3.3 of the PD A1).

* A distinction is made between the number of PD A1 certificates issued to posted employed persons and to posted self-employed persons (Article 12 (1) and (2) of Regulation (EC) No 883/2004). If available, please provide detailed information on the country of destination for both types of posted workers together.

* If available, please provide a sector breakdown for total postings (Article 12(1) and (2)) as indicated in the table (even if you only have top-level estimates). The breakdown by sector is important in order to obtain insight on the impact of posting on the sectors in the sending countries and the receiving countries.

* If available, please provide the number of 'unique' persons who received a PD A1 from the reporting country during the reference period. Posted workers who received more than one PD A1 certificate during the reference period are only counted one time.

* If available, please provide an average duration in days of all PD A1 issued. A theoretical duration could be calculated based on the reported 'starting date' and 'ending date' in the PD A1 (point 2.2 'Starting date' and point 2.3 'Ending date' of the PD A1).

Sheet 3 concerns the application of 'Article 13' (boxes 3.2, 3.4 and 3.8 of the PD A1).

* A distinction is made between the number of PD A1 certificates issued according to Article 13(1), 13(2) and 13(3) of Regulation (EC) No 883/2004 in case of work in two or more Member States.

* If available, please provide a sector breakdown for the total of PD A1 issued in accordance with Article 13.

* If available, please provide the number of 'unique' persons who received a PD A1 from the reporting country during the reference period.

* If available, please provide an average duration in days of all PD A1 issued.

Sheet 4 'Fraud and error' collects figures on the inappropriate use of PD A1 with regard to the social security of incoming and outgoing persons with a PD A1. The reporting Member States is asked to provide figures as receiving and sending Member State.

In the cover note for reference year 2015 (see AC note 414/16), it was explained that in the past a number of delegations have asked to take into account data on "posting" situations in which a PD A1 was issued under Article 13(1) of Regulation (EC) No 883/2004 (see AC note 021/16). As the PD A1 does not provide such data, we would like to inquire like last year whether it can be derived from other sources (e.g. national statistics on persons working for a foreign employer for a limited period in your own country). Delegations are invited to include in their questionnaire reply any information which they may have in this respect (see the comment in the sheet "remarks").

Replies of a confidential/sensitive nature that should not be included in a final public version of the statistical report can be reported in sheet 5.

For questions or remarks, please contact the Network Statistics FMSSFE at networkfmssfe.statistics@kuleuven.be

Please complete the questionnaire to the extent possible.

Delegations are invited to submit their responses for the reference year 2019 by **30 June 2020**.

Please provide us with contact details of the author(s) and competent institution(s) who filled out the reply (preferably a functional mailbox)

Number of PD A1 issued according to Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems

Categories (corresponding to field 3 of PDA1 concerning the status of the holder)	Number of PD A1 <u>issued</u>
3.1 Posted employed person	
3.2 Employed, working in two or more States	
3.3 Posted self-employed person	
3.4 Self-employed, working in two or more States	
3.5 Civil servant	
3.6 Contract staff	
3.7 Mariner	
3.8 Working as an employed person and as a self-employed person in different States	
3.9 Working as a civil servant in one State and as an employed/self-employed person in one or more other States	
3.10 Flight or cabin crew member	
3.11 Exception	
3.12 Working as an employed / self-employed person in only one Member State	
Total	0

Number of PD A1 issued by sector of economic activity according to Art. 13 of Regulation (EC) No 883/2004 on the coordination of social security systems:

	Sectors of economic activity (of total)										Number of 'unique' persons who received a PD A1 (of total)	Average duration in days of all PD A1 issued (of total)
	Industry NACE B to F		Services NACE G to T							of which		
	Agriculture, hunting and fishing NACE A	Industry Total	Construction NACE F	Wholesale and retail trade NACE G	Accommodation and food service activities NACE I	Transportation and storage; information and communication NACE H and J	Freight transport by road NACE H - Group 49.4	Financial and insurance; Real estate; Professional, scientific and technical activities; Administrative and support service activities NACE K, L, M and N	Temporary employment agency NACE N - Group 78.2	Education, health and social work, arts and other services NACE P, Q, R and S		
Total												
Employed, working in two or more States (box 3.2 of PD A1)	Please leave this space empty											
Self-employed, working in two or more States (box 3.4 of PDA1)												
Working as an employed person and as a self-employed person in different States (box 3.8 of PDA1)												
Total number of PD A1 issued according to Art. 13 (boxes 3.2 + 3.4 + 3.8)												

As receiving Member State

Are you aware of cases of fraud or error* with regard to the provisions on the PD A1? If so, can you describe and quantify such cases detected in the period 1 January to 31 December 2019? In order to interpret this information, it is necessary to know how many audits or investigations there have been in total. Where full information is not available a partial response is still valuable

**With respect to social security coordination, fraud is defined as "any act or omission to act, in order to obtain or receive social security benefits or to avoid obligations to pay social security contributions, contrary to the law of a Member State" while error is defined as "an unintentional mistake or omission by officials or citizens"*

Fraud: Describe in more detail any patterns of behaviour, types of inappropriate use of PD A1 or of other cases of fraud (please add additional lines if necessary)	Number of cases identified	Amount involved (in €)

How many received Portable Documents A1 were requested to be withdrawn between the period from 1 January to 31 December 2019?

Error: Describe in more detail any patterns of behaviour, types of error with reference to both citizen and institutional error (please add additional lines if necessary)	Number of cases identified	Amount involved (in €)

Total cases of fraud or error	Number of cases identified	
	Amount involved (in €)	
Total efforts	Number of audits or investigations	
	Human resources allocated	
	Financial resources allocated (in €)	
Please provide details of the methodology for calculating fraud and error under the Regulations		
Please identify the source of the published data on fraud and error		
Are there any qualifications or caveats regarding these data?		

As sending Member State

Are you aware of cases of fraud or error with regard to the provisions on the PD A1? If so, can you describe and quantify such cases detected in the period 1 January to 31 December 2019? In order to interpret this information, it is necessary to know how many audits or investigations there have been in total. Where full information is not available a partial response is still valuable

Fraud: Describe in more detail any patterns of behaviour, types of inappropriate use of PD A1 or of other cases of fraud (please add additional lines if necessary)	Number of cases identified	Amount involved (in €)

How many issued Portable Documents A1 were withdrawn between the period from 1 January to 31 December 2019?

Error: Describe in more detail any patterns of behaviour, types of error with reference to both citizen and institutional error (please add additional lines if necessary)	Number of cases identified	Amount involved (in €)

Total cases of fraud or error	Number of cases identified	
	Amount involved (in €)	
Total efforts	Number of audits or investigations	
	Human resources allocated	
	Financial resources allocated (in €)	
Please provide details of the methodology for calculating fraud and error under the Regulations		
Please identify the source of the published data on fraud and error		
Are there any qualifications or caveats regarding these data?		

5) If any of your replies are of a confidential/sensitive nature that should not be included in a final public version of the statistical report please indicate this here (together with any additional remarks you may have) (1)

(1) Please note that the European Commission reserves the right to publish on its website and give publicity to the report, or parts of it, that will be prepared on the basis of the administrative data gathered from the above. If you consider any information provided as sensitive that should be removed from the public version of the report prior to such a publication please indicate this in your questionnaire reply.

Aufstellung der Fragen aus Sicht der EU-Kommission zur Patienten-Mobilitäts-Richtlinie

Die Umsetzung der Richtlinie 2011/24/EU erfolgte in Deutschland in § 13 Abs. 4 – 6 SGB V. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht fragt die EU-Kommission bereits seit 2014 jährlich die folgenden Punkte bei den Mitgliedstaaten ab. Da Deutschland hier bisher weitgehend nicht aussagefähig war, möchte das Bundesministerium für Gesundheit nun den Aufwand zur Mitteilung/Erhebung dieser Daten ermitteln und von den Krankenkassen wissen, zu welchen der einzelnen Fragenkomplexe bereits Informationen bei den Krankenkassen vorliegen.

Nr.	Inhalt	Infos bereits verfügbar	Infos derzeit nicht verfügbar
1	Anzahl der Fälle, in denen ein Antrag auf Kostenerstattung nach der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie (RL 2011/24/EU) gestellt wurde		
1.1	Davon Anzahl der Fälle, die eine Vorabgenehmigung erforderten		
1.2	Von den unter 1.1 aufgeführten Fällen wurden genehmigt		
1.3.	Von den unter 1.1 aufgeführten Fällen wurden abgelehnt		
1.4	Anzahl der unter 1.1. aufgeführten Fälle, die zurückgezogen oder unzulässig waren		
1.5	Anzahl der Ablehnungen, die auf Artikel 8 Abs. 2 a Buchst. i der RL 2011/24/EU ¹⁾ basieren		

¹ Siehe Rechtsgrundlage S. 4 der Anlage 2

Anlage 2 zu TOP 6

1.6	Anzahl der Ablehnungen, die auf Artikel 8 Abs. 2 a Buchst. ii der RL 2011/24/EU ¹⁾ basieren		
1.7	Anzahl der Ablehnungen, die auf Artikel 8 Abs. 2 b der RL 2011/24/EU ¹⁾ basieren		
1.8	Anzahl der Ablehnungen, die auf Artikel 8 Abs. 2 c der RL 2011/24/EU ¹⁾ basieren		
1.9	Anzahl der unter 1.1. aufgeführten Fälle, bezogen auf die einzelnen Staaten		
2.	Die Vorabgenehmigung wurde versagt, weil die Leistung innerhalb einer medizinisch vertretbaren Frist in Deutschland zur Verfügung gestellt werden konnte		
2.1	Die Vorabgenehmigung wurde versagt, weil der Patient durch die Behandlung im Ausland einem nicht akzeptablem Gesundheitsrisiko ausgesetzt würde		
2.2	Die Vorabgenehmigung wurde versagt, weil die Öffentlichkeit in Deutschland durch die Behandlung des Patienten im Ausland einem erheblichen Sicherheitsrisiko ausgesetzt wäre		
2.3	Die Vorabgenehmigung wurde versagt, weil die Leistung im anderen Staat von einem Behandler erbracht werden sollte gegen den erhebliche Bedenken hinsichtlich der Einhaltung von Normen und Leitlinien für die Qualität der Versorgung und die Patientensicherheit bestanden		

¹⁾ Siehe Rechtsgrundlage S. 4 der Anlage 2

Anlage 2 zu TOP 6

2.4	Durchschnittliche Dauer für die Bearbeitung einer Vorabgenehmigung in Tagen		
2.5	Durchschnittliche Dauer für die Bearbeitung einer Erstattung in Tagen		
2.6	Betrag in EUR, der im Betrachtungszeitraum für Leistungen nach der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie erstattet wurde		
3	Anzahl der Fälle, die keine Vorabgenehmigung erforderten		
3.1	In wie vielen der unter 3 aufgeführten Fällen wurden Kosten erstattet		
3.2	In wie vielen der unter 3 aufgeführten Fällen wurden keine Kosten erstattet		
3.3	Anzahl der unter 3 aufgeführten Fälle, die zurückgezogen oder unzulässig waren		
3.4	Durchschnittliche Dauer für die Bearbeitung einer Erstattung in Tagen		
3.5	Betrag in EUR, der im Betrachtungszeitraum für Leistungen ohne Vorabgenehmigung nach der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie erstattet wurde		
3.6	Anzahl der Erstattungen nach der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie für Leistungen ohne Vorabgenehmigung nach Ländern		
4	Anzahl der Patienten, deren Zugang zur Behandlung im Betrachtungszeitraum aus zwingenden Gründen des Allgemeininteresses eingeschränkt wurde.		

Anlage 2 zu TOP 6

	Zukünftig von der EU-Kommission noch für eine Abfrage erwogene Parameter		
5	Alterskategorien der Patienten, die eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen haben		
6	Geographische Herkunft der Patienten (Stadt/Land)		
7	Art der nachgefragten und erstatteten grenzüberschreitenden medizinischen Behandlungen		
8	Durchschnittliche Dauer der stationären Aufenthalte bei grenzüberschreitender Behandlung		
9	Spitzenzeiten innerhalb eines Jahres für Anfragen nach einer Vorabgenehmigung/Erstattung von grenzüberschreitenden Behandlungen		

Artikel 8 der Richtlinie 2011/24/EU

Gesundheitsversorgung, die einer Vorabgenehmigung unterliegen kann

(1) Der Versicherungsmitgliedstaat kann ein System der Vorabgenehmigung für die Kostenerstattung für eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung gemäß dem vorliegenden Artikel und Artikel 9 vorsehen. Das System der Vorabgenehmigung, einschließlich der Kriterien und der Anwendung dieser Kriterien, und Einzelentscheidungen, mit denen eine Vorabgenehmigung verweigert wird, bleiben auf das im Hinblick auf das zu erreichende Ziel notwendige und angemessene Maß begrenzt und dürfen kein Mittel willkürlicher Diskriminierung und keine ungerechtfertigte Behinderung der Freizügigkeit der Patienten darstellen.

(2) Gesundheitsversorgung, die von einer Vorabgenehmigung abhängig gemacht werden kann, ist auf die Fälle von Gesundheitsversorgung beschränkt,

a) die vom Planungsbedarf in Zusammenhang mit dem Ziel, einen ausreichenden, ständigen Zugang zu einem ausgewogenen Angebot hochwertiger Versorgung im betreffenden Mitgliedstaat sicherzustellen, oder in Zusammenhang mit dem Wunsch, die Kosten zu begrenzen und nach Möglichkeit jede Verschwendung finanzieller, technischer oder personeller Ressourcen zu vermeiden, abhängig gemacht werden

und

i) eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus für mindestens eine Nacht erfordern

oder

ii)

den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern;

b) die Behandlungen mit einem besonderen Risiko für den Patienten oder die Bevölkerung einschließen

oder

c) von einem Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, der im Einzelfall zu ernsthaften und spezifischen Bedenken hinsichtlich der Qualität oder Sicherheit der Versorgung Anlass geben könnte, mit Ausnahme der Gesundheitsversorgung, die dem Unionsrecht über die Gewährleistung eines Mindestsicherheitsniveaus und einer Mindestqualität in der ganzen Union unterliegt.

Die Mitgliedstaaten teilen der Kommission die Kategorien der in Buchstabe a genannten Gesundheitsdienstleistungen mit.

Anlage 2 zu TOP 6

Aufstellung der Fragen aus Sicht der Kommission zur Ausstellung von S2/E112-Vordrucken auf Basis der EG-Verordnung (in der Tabelle nur S2 abgekürzt)

Nr.	Inhalt	Infos bereits verfügbar	Infos derzeit nicht verfügbar
1	Anzahl angefragter S2-Vordrucke		
2	Anzahl ausgestellter S2-Vordrucke		
3	Anzahl Abgelehnter S2-Vordrucke		
3.1	Anzahl der S2-Vordrucke für Leistungen, die im eigenen Leistungskatalog vorhanden sind		
3.2	Anzahl der S2-Vordrucke für Leistungen, die nicht im eigenen Leistungskatalog vorhanden sind		
3.3	Abgelehnt, weil in einem medizinisch vertretbaren Zeitraum in DE verfügbar		
3.4	Abgelehnt, weil nicht im deutschen Leistungskatalog vorhanden		
3.5	Abgelehnt aus anderen Gründen		
3.6	Anzahl der angefochtenen Entscheidungen		
4	Anzahl der S2-Vordrucke, die fehlerhaft waren		
4.1	Davon Anzahl der Vordrucke, bei denen der Fehler auf bewussten Falschangaben oder Auslassungen von Angaben des Versicherten beruhten		

Anlage 2 zu TOP 6

4.2	Anzahl der Vordrucke, bei denen der Fehler auf unbewussten Falschangaben beruhte (z. B. Tippfehler)		
5	Anzahl der abgelehnten Kostenabrechnungen durch andere Staaten auf Basis des S2-Leistungen		

EHIC und PEB

Nr.	Inhalt	Infos bereits verfügbar	Infos derzeit nicht verfügbar
1	Anzahl ausgestellter EHICs		
2	Anzahl ausgestellter PEBs		

Top 7

Sachleistungsaushilfe durch Hebammen in Deutschland

Sachverhalt:

Bei der AOK Bayern kam es immer wieder zu Problemen bei der Leistungserbringung durch deutsche Hebammen für Versicherte aus dem Ausland. Leider stehen bei der Abrechnung von Hebammen nicht immer alle Informationen, die für die Beurteilung eines Leistungsanspruchs eigentlich erforderlich wären, zur Verfügung. Das macht die Abgrenzung von geplanten Behandlungen zu medizinisch notwendigen Behandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten in Deutschland schwierig. Im Regelfall steht der AOK bei der Abrechnung nur eine EHIC-Kopie oder eine provisorische Ersatzbescheinigung zur Verfügung.

Bei einigen Leistungsinhalten aus dem Hebammenbereich drängt sich die Vermutung auf, dass es sich um geplante Behandlungen handeln könnte. Dies bleibt den zuständigen ausländischen Trägern (z. B. in Österreich) auch nicht verborgen, so dass es in einschlägigen Fällen auch zu Beanstandungen kommt. Aus Sicht der AOKs ist das Verfahren der Leistungsaushilfe in diesem Bereich nicht ausreichend bzw. gar nicht geregelt.

Vor diesem Hintergrund wird angeregt, in den Verträgen des GKV-Spitzenverbandes mit den Hebammenverbänden auf Bundesebene einen Passus zur korrekten Verfahrensweise der EHIC-Fälle (analog zur Vereinbarung über die Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte im vertragsärztlichen Bereich) aufzunehmen sowie eine auf Hebammenleistungen zugeschnittene „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ zu entwickeln. Zusätzlich sollte dabei der beinhaltet Leistungsumfang dargestellt werden (Abrechnung von Nachbetreuung nach der Geburt über die EHIC, Vorsorgeuntersuchungen etc. – Ausschluss von geplanten Behandlungen). Ggf. könnte auch ein Merkblatt mit Hinweis und Erläuterungen zur Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V für Personen, die im Ausland krankenversichert sind (analog des Merkblattes im vertragsärztlichen Bereich) mit den Hebammenverbänden auf Bundesebene vereinbart werden.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer verständigen sich darauf, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA unter Einbeziehung der Fachkolleginnen und -kollegen des GKV-Spitzenverbandes für die Hebammenversorgung ein Merkblatt zur Leistungserbringung von Hebammen in Deutschland für Versicherte aus dem Ausland erstellen wird. Darin soll u. a. die Abgrenzung von geplanten zu medizinisch notwendigen Behandlungen bei vorübergehenden Auf-

enthalten in Deutschland dargestellt werden. Eine auf Hebammenleistungen zugeschnittene „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ erfordert eine entsprechende Vereinbarung mit den Hebammenverbänden, die derzeit nicht zu erzielen ist.

Top 8

Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts – Probleme und weiteres Vorgehen

Sachverhalt:

Gemäß Artikel 11 Abs. 3 Buchst. A Verordnung (EG) Nr. 883/2004 unterliegt eine Person, die in einem Mitgliedstaat eine Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit ausübt, den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaates.

Entsprechend der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ist deshalb auch bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung die Leistungsaushilfe für im EU-/EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherte Personen zu beenden und die betreffende Person in der GKV eigenständig zu versichern.

Voraussetzung hierfür ist, dass die Krankenkassen Kenntnis von der Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland durch im EU-/EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherten Personen erhalten. Andernfalls besteht für sie ein finanzielles Risiko, wenn sie für diese Personen aufgrund einer von einem ausländischen Träger ausgestellten Anspruchsbescheinigung Leistungen bezahlen, da ihnen die Zuständigkeit Deutschlands (eigene Zuständigkeit) mangels eines entsprechenden Meldeverfahrens nicht bekannt ist. Vor diesem Hintergrund wurde in der Sitzung der Fachkonferenz der DVKA am 02.05.2018 vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA unter Berücksichtigung dieses Aspekts an die für das Meldeverfahren/Versicherungsrecht zuständige Abteilung des GKV-Spitzenverbandes in Berlin herantritt und sich für eine zeitnahe Lösung des Problems einsetzt (siehe diesbezügliche Ergebnisniederschrift – Anlage 1).

1. Fehlende Rahmenbedingungen: Bisher keine Meldung der Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland durch im EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherte Personen an die deutschen Krankenkassen

Die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Handlungsanweisung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA wurden bisher nicht geschaffen. Den Krankenkassen liegen in den Fällen, in denen im Ausland versicherte Personen während ihres vorübergehenden oder gewöhnlichen Aufenthaltes in Deutschland (z. B. Studium) eine geringfügige Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit in Deutschland aufnehmen, zum Zeitpunkt der Ausübung der geringfügigen Beschäftigung/selbständigen Erwerbstätigkeit i. d. R. weiterhin keinerlei Informationen für eine Versicherungsprüfung vor.

Vor diesem Hintergrund hat der AOK-Bundesverband im Rahmen des 8. SGB IV-ÄndG vorgeschla-



gen, eine Verpflichtung des Arbeitgebers einzuführen, neben der Krankenkasse, in der ein geringfügig Beschäftigter versichert ist, auch die Krankenkasse zu melden, die während eines gewöhnlichen oder vorübergehenden Aufenthaltes Leistungsaushilfe für einen EU-/EWR-Mitgliedstaat oder die Schweiz erbringt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) kam nach einer Erstbewertung dieses Änderungsvorschlags zu dem Schluss, dass es hier zuerst einer genaueren Problembeschreibung (Sachverhalte/Anzahl der Fälle/bisheriges Verfahren) bedarf. Es erwartet einen zwischen den Krankenkassen und der KBS abgestimmten Vorschlag als Grundlage für die weitere Diskussion. Aufgrund der Vielzahl der eingegangenen Optimierungsvorschläge geht das BMAS davon aus, dass mit einem Prozess von ca. 1 ½ bis 2 Jahren zu rechnen sei, bis alle Vorschläge abschließend bewertet worden sind. Der GKV-Spitzenverband hat gegenüber dem BMAS angekündigt, nach abschließender Beratung der Thematik innerhalb der GKV-Gremien dem BMAS einen entsprechenden Änderungsvorschlag vorzulegen.

Fazit: Mit der Einführung einer Meldepflicht über eine geringfügige Beschäftigung an die Krankenkasse, die für die betroffene Person die Leistungsaushilfe in Deutschland durchführt, ist frühestens Ende 2022 zu rechnen. Den Krankenkassen fehlen damit weiterhin auf absehbare Zeit die rechtlichen und formalen Rahmenbedingungen, die eine praktikable und rechtssichere Umsetzung der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ermöglichen. Die Krankenkassen haben keine Handhabe, um eine zu Unrecht erfolgende EHIC-Leistungsinanspruchnahme zu verhindern. Damit steigen die finanziellen Risiken der Krankenkassen, die zwischenzeitlich im Rahmen der Leistungsaushilfe für diese Personen verauslagten Behandlungskosten von den ausländischen Trägern nicht erstattet zu bekommen. Eine rückwirkende Mitgliedschaft mit nachträglichem Beitragseinzug für den betroffenen Personenkreis ist zudem ebenfalls oftmals nicht (mehr) möglich. Dies führt dann zu einer doppelten Belastung für die Kassen: Behandlungskosten werden nicht erstattet und Beiträge werden nicht eingenommen.

2. Sonderregelung für Dänemark, Luxemburg, Österreich und die Schweiz: Durchführung der Leistungsaushilfe auch bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung

In der Kassenpraxis stößt die Umsetzung der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zudem auf erhebliche Probleme und Widerstände bei den Betroffenen. Dies wurde von den Kassenartenvertretern im Ständigen Arbeitsausschuss/Fachkonferenz der DVKA bereits wiederholt thematisiert (für weitere Einzelheiten siehe diesbezügliche Ergebnisniederschriften über die Sitzung am 19.10.2017 – Anlage 1 – und am 02.05.2018 – Anlage 2). Die in der beigefügten

Beratungsunterlage des vdek für die Sitzung der Fachkonferenz am 05.03.2020 unter Top 12 von der BARMER geschilderten Probleme können die AOKs bestätigen (siehe Anlage 3).¹

Das BMAS und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) haben den GKV–Spitzenverband, DVKA zwischenzeitlich aufgefordert, abweichend von dessen o. g. Rechtsauffassung in Bezug auf die Länder Dänemark, Luxemburg, Österreich und der Schweiz zur bis 2018 praktizierten Verfahrensweise zurückzukehren. D. h. die deutschen Krankenkassen sollen in diesen Ländern versicherte Personen (z.B. Familienangehörige, Rentner, Studenten) bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland nicht mehr in der GKV versichern, sondern – wie früher – für diese Personen die Sachleistungsaushilfe in Deutschland fortführen.

Laut GKV–Spitzenverband, DVKA wird diese Entscheidung von den Bundesministerien damit begründet, *„dass die aktuelle Vorgehensweise den Interessen der Betroffenen an einer ungehinderten Ausübung ihrer Freizügigkeitsrechte nicht zufriedenstellend entgegenkommt.“*

Diese Problembeschreibung trifft jedoch nicht nur auf die Personen aus den vier vorgenannten Staaten zu, sondern auch auf Personen aus allen anderen EU–/EWR–Staaten, insbesondere aus den deutschen Grenzregionen (z.B. Frankreich, Niederlande, Belgien, Tschechien).

Deshalb und zur Vermeidung der unter 1. dargestellten Schwierigkeiten regen die AOKs an, die Vorgehensweise für Dänemark, Luxemburg, Österreich und die Schweiz auf möglichst viele andere EU–/EWR–Staaten, insbesondere mit den unmittelbar an Deutschland angrenzenden Staaten (z.B. Frankreich, Niederlande, Belgien und Tschechien) auszudehnen.

Ergebnis:

Der GKV–Spitzenverband, DVKA teilt mit, dass er bereits im Vorfeld der Sitzung der Fachkonferenz DVKA mit den Verbänden der Kranken– und Pflegekassen auf Bundesebene (Verbände) den Rundschreibenentwurf „Auswirkung von geringfügigen Beschäftigungen auf die Kranken– und Pflegeversicherung in bestimmten Fällen“ im schriftlichen Verfahren abgestimmt hat.

Es besteht Einvernehmen, dass die fehlende Meldung der Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung die Krankenkassen vor erhebliche Probleme stellt und sehr unbefriedigend ist. Hierzu erläutert der GKV–Spitzenverband, DVKA, dass bereits in allen von ihm veröffentlichten Merkblättern und Broschüren darauf hingewiesen wird, dass sich Personen, die eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, bei einer Krankenkasse melden müssen, damit ihr versicherungsrechtlicher

¹ Die Sitzung der Fachkonferenz der DVKA am 05.03.2020 wurde Corona–bedingt abgesagt.

Status geprüft werden kann. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird zusätzlich ein Merkblatt für geringfügig beschäftigte Personen erstellen. Dieses soll im Laufe des 1. Quartals 2021 veröffentlicht werden.

Von Seite der Verbände wird angemerkt, dass die Rückkehr zur bis Ende 2018 praktizierten Verfahrensweise die Krankenkassen vor erhebliche Probleme stelle. Die Tatsache, dass die Aufforderung zur Rückkehr zur Ausnahmeregelung für bestimmte Staaten von den Bundesministerien damit begründet wird, „dass die aktuelle Vorgehensweise den Interessen der Betroffenen an einer ungehinderten Ausübung ihrer Freizügigkeitsrechte nicht zufriedenstellend entgegenkommt“, sei für die Krankenkassen nicht nachvollziehbar. Das Interesse an einer ungehinderten Ausübung der Freizügigkeit bestehe auch im Hinblick auf anderen Staaten und Grenzregionen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird gebeten, mit dem BMAS zu erörtern, ob die für Luxemburg, Österreich, die Schweiz und Dänemark geltende Ausnahmeregelung auch auf andere Nachbarstaaten und Grenzregionen (Polen, Tschechien, Frankreich, Belgien, Niederlande) ausgeweitet werden kann. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird hierzu ein entsprechendes Schreiben an das BMAS richten und über das Ergebnis informieren.

-Anlagen-



Top 6

Geringfügige Beschäftigung einer in einem anderen EG-Mitgliedstaat versicherten Person im Rahmen der Sachleistungsaushilfe

Sachverhalt:

Nach Art. 11 Abs. 3 Buchst. a) Verordnung (EG) 883/04 unterliegen Arbeitnehmer grundsätzlich den Rechtsvorschriften des Mitgliedsstaates, in dem sie die Beschäftigung ausüben; dies gilt auch dann, wenn es sich um eine geringfügige Beschäftigung handelt (für nähere Einzelheiten siehe S. 2f der Anlage zum GKV-SV-Rundschreiben 2014/279). Bei der Umsetzung in der Kasernenpraxis führt dies bei den AOKs bei den folgenden Personenkreisen zu Problemen:

- In Deutschland wohnende und eingeschriebene Familienangehörige vom im EWR-Ausland oder in der Schweiz beschäftigten Personen, die einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen, z.B. ein Schüler nimmt einen Nebenjob auf (Zeitungsaustragen etc.).
- Bezieher nur einer ausländischen Rente, die in Deutschland wohnen und eingeschrieben sind. Der Rentner nimmt eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland auf.

Gemäß dem o.g. Rundschreiben wären die vorgenannten Personen nun – bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen (§ 10 SGB V, § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 oder 2 SGB V, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V) – in der GKV beitragspflichtig zu versichern, sofern der ausländische zuständige Träger die Einschreibung zu seinen Lasten beendet. Dies führt bei den AOKs in der Praxis immer wieder zu Problemen und zu Unverständnis bei den Betroffenen, insbesondere aus folgenden Gründen:

- Schlechterstellung der im EU-Ausland versicherten Personen gegenüber den in Deutschland GKV-Versicherten in vergleichbaren Fallkonstellationen (Verstoß gegen Art. 4 VO (EG) 883/04, Art. 18 AEUV):
Während ein im EU-Ausland versicherter und in Deutschland eingeschriebener Familienangehöriger oder Rentner sich bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung nach §§ 8, 8a SGB IV lt. o.g. Rundschreiben i.d.R. in der deutschen GKV beitragspflichtig versichern muss, ist ein in Deutschland GKV-versicherter Familienangehöriger oder Rentner in dieser Beschäftigung nach § 7 SGB V versicherungsfrei gestellt.
- Uneinheitliche Handhabung durch ausländische Träger:
 - Lt. o.g. Rundschreiben sind vier Staaten (Dänemark, Luxemburg, Österreich und die Schweiz) damit einverstanden, dass die Einschreibung in Deutschland in den o.g. Fallkonstellationen auch bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung / selbstständigen Erwerbstätigkeit bestehen bleiben kann.

- Aus anderen Staaten erhalten die Krankenkassen unterschiedliche Rückmeldungen, wenn sie die ausländischen Träger – wie im o.g. Rundschreiben vorgesehen – über die Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland durch eingeschriebene Personen informieren. In manchen Fällen werden die AOKs gebeten, die Einschreibung in Deutschland fortzuführen, in anderen Fällen, die Einschreibung zu beenden und die betroffenen Personen in der GKV zu versichern.

Das uneinheitliche Verfahren im Hinblick auf die Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland ist aus Sicht der AOKs höchst unbefriedigend. Es wäre deshalb sachgerecht, bei der Auslegung von Art. 11 VO (EG) 883/04 i.V.m. Art. 1 Buchst. a) und b) VO (EG) 883/04 für in Deutschland eingeschriebene Familienangehörige und Rentner in gleicher Weise vorzugehen wie es der GKV-SV, DVKA in seinem Leitfaden für den Personenkreis der im EU-Ausland versicherten Studenten ausführt, die sich zum Zwecke des Studiums vorübergehend oder für gewöhnlich in Deutschland aufhalten. Bei Übertragung der Ausführungen des GKV-SV, DVKA¹ auch auf die oben genannten Fallkonstellationen wäre das Verfahren wie folgt:

- Üben in Deutschland wohnende und eingeschriebene Familienangehörige bzw. Rentner eine Beschäftigung aus, ist zu prüfen, wie dies versicherungsrechtlich nach den Grundsätzen im Sinne des SGBs zu bewerten ist.
- Nach den deutschen Rechtsvorschriften in den Bereichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung gilt eine Person, die eine geringfügige Beschäftigung ausübt, nicht als versicherungspflichtig Beschäftigte, sondern (weiterhin) als Familienangehörige oder Rentner. Danach erfolgt die versicherungsrechtliche Zuständigkeitsabgrenzung.
- Demzufolge bleiben die in Deutschland wohnenden und eingeschriebenen Familienangehörigen bzw. Rentner, deren Versicherungsschutz in einem anderen EU-Staat oder der Schweiz begründet ist, einem in Deutschland versicherten Familienangehörigen bzw. Rentner gleichgestellt. Somit bleiben der Versicherungsschutz im anderen Staat und der Anspruch auf Sachleistungen in Deutschland bestehen.

Für dieses Vorgehen sprechen aus Sicht der AOKs auch noch folgende Ansatzpunkte:

- Unwesentliche / marginale Tätigkeiten im Rahmen der VO (EG) 987/09 und in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

¹ Siehe Leitfaden des GKV-SV, DVKA „Krankenversicherung der Studenten und Praktikanten im Rahmen der EG-Verordnung 883/04 und nach Abkommensrecht“ vom 31.03.2012, S. 20, 21 und 25.

Art. 14 Abs. 5b) der VO (EG) 987/09 bezieht sich zwar nicht auf Art. 11 der VO (EG) 883/04, sondern nur auf Art. 13 der VO (EG) 883/04. Aber der Begriff „marginale Tätigkeiten“ spricht auch dafür, dass der EU-Gesetzgeber sehr wohl – auch im Rahmen der Entscheidung für eine Rechtsordnung – darauf schaut, welche Bedeutung eine Tätigkeit hat.¹ Zudem können auch aus Sicht des Europäischen Gerichtshofs bei der Auslegung der Arbeitnehmereigenschaft „Tätigkeiten außer Betracht bleiben, die einen so geringen Umfang haben, dass sie sich als völlig untergeordnet und unwesentlich darstellen.“²

- Im Übrigen sei an die Grundsätze des EU-Rechts im Bereich der sozialen Sicherheit erinnert, zu denen die Europäische Kommission jüngst in ihrem Reformvorschlag zur Änderung der VO (EG) 883/04 und der VO (EG) 987/09 nochmals ausgeführt hat: „Es steht jedem Mitgliedstaat frei, sein eigenes System der sozialen Sicherheit auszugestalten und dabei unter anderem festzulegen, welche Leistungen gewährt werden, welche Anspruchskriterien gelten, wie die Leistungen berechnet werden und **welche Beiträge zu zahlen sind**, und zwar für alle Zweige der sozialen Sicherheit wie Leistungen im Alter, bei Arbeitslosigkeit und Familienleistungen; Voraussetzung hierfür ist, dass in den betreffenden nationalen Bestimmungen die Grundsätze des EU-Rechts befolgt werden, insbesondere der Grundsatz der Gleichbehandlung und der Nichtdiskriminierung.“³ [Hervorhebung durch den Verfasser] Der deutsche Gesetzgeber hat sich entschieden, dass geringfügig Beschäftigte nicht versicherungspflichtig sind. Zu einem anderen Ergebnis sollte auch die Anwendung des EU-Rechts nicht führen.

¹ Vgl. Europäische Kommission, „Praktischer Leitfaden zum anwendbaren Recht in der Europäischen Union (EU), im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und in der Schweiz“, Dezember 2013, S. 24 und 30.

² Vgl. EuGH-Urteil C-22/08 und C-23/08 Vatsouras und Koupatantze gegen ARGE Nürnberg 900 vom 04.06.2009, Randnr. 26. Vgl. auch EuGH-Urteil C-357/89 Raulin vom 26.02.1992

³ Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Änderung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit und der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 vom 13.12.2016, COM(2016) 815 final, 2016/0397 (COD), S. 2.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA führt aus, dass für eine Person, die ausschließlich einen Minijob in Deutschland ausübt, gemäß Art. 11 Abs. 3 Buchst. a) VO (EG) 883/04 die deutschen Rechtsvorschriften gelten. Dementsprechend ist eine Einschreibung als Rentner oder Familienangehöriger zulasten eines anderen Mitgliedstaats zu beenden. Die Kassenartenverbände vertreten die gegenteilige Position und sehen große Schwierigkeiten in der Umsetzung. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird seine Position schriftlich darlegen und Vorschläge zur Umsetzung unterbreiten.



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland

Top 8

Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Rechts - Probleme und weiteres Vorgehen

Sachverhalt:

In der letzten Sitzung des Ständigen Arbeitsausschusses der DVKA am 19.10.2017 wurde erörtert, wie mit Sachverhalten umzugehen ist, in denen in einem anderen EU-/EWR-Mitgliedstaat oder in der Schweiz versicherte Personen während eines gewöhnlichen oder vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland aufnehmen.

Gemäß Art. 11 Abs. 3 Buchst. a) VO (EG) Nr. 883/2004 unterliegt eine Person, die in einem Mitgliedstaat eine Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit ausübt, den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ist bei Aufnahme einer Beschäftigung, auch einer geringfügigen Beschäftigung, die Leistungsaushilfe zu beenden und die betreffenden o.g. Personen in der GKV zu versichern. Die Kassenartenverbände vertraten die gegenteilige Position und sahen große Schwierigkeiten in der verwaltungsmäßigen Umsetzung der Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wurde gebeten, seine Position schriftlich darzulegen und Vorschläge zur Umsetzung zu unterbreiten.

Mit Schreiben vom 29.12.2017 hat er den Mitgliedern des Ständigen Arbeitsausschusses der DVKA seine Stellungnahme übermittelt.

Legt man diese Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes, DVKA für die weitere Arbeit zugrunde, ist es erforderlich, dass die rechtlichen und formalen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine praktikable und rechtssichere Umsetzung der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ermöglichen. Wie von den Vertretern der Kassenartenverbände in der vorgenannten Sitzung dargelegt wurde, sind die hierbei zu lösenden Probleme insbesondere:

1. Fehlende Informationen über geringfügige Beschäftigungen

In den Fällen, in denen im Ausland versicherte Personen während ihres vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland (z.B. Studium oder Urlaub) eine geringfügige Beschäftigung/selbständige Erwerbstätigkeit in Deutschland aufnehmen, liegen den deutschen Krankenkassen zum Zeitpunkt der Ausübung der geringfügigen Beschäftigung/selbständige Erwerbstätigkeit i.d.R. keinerlei Informationen für eine Versicherungsprüfung vor (Ausnahme: Selbstauskunft der Betroffenen).

Die Prüfung der Versicherung nach deutschen Rechtsvorschriften kann derzeit – wenn auch eingeschränkt – bei Personen erfolgen, die sich für gewöhnlich in Deutschland aufhalten und bei einer deutschen Krankenkasse eingeschrieben sind, und zwar

- bei Familienangehörigen im Rahmen der Prüfung der Einschreibung sowie der Prüfung der Familienversicherung nach deutschen Rechtsvorschriften, sofern bei der Beantwortung des Familienfragebogens Angaben über zusätzliche Einkünfte enthalten sind;
- bei Rentnern sowie selbständig Erwerbstätigen im Rahmen der Prüfung der Einschreibung oder aufgrund einer Änderungsmitteilung durch die Betreuten.

Im Rahmen der Bestandspflege für eingeschriebene Personen werden von den AOKs u.a. eine mögliche Beschäftigung/selbständige Erwerbstätigkeit angefragt sowie entsprechende Unterlagen angefordert. In der Praxis erleben die AOKs häufig, dass keine Unterlagen, z.B. zum Beginn der geringfügigen Beschäftigung vorliegen und spätestens hier dann auch eine Abmeldung des Betreuungsauftrages nicht möglich ist. Außerdem gibt es Fälle, in denen die geringfügige Beschäftigung zwischenzeitlich wieder beendet wurde.

2. Keine Mitwirkung durch betroffene Personen bei der Durchführung der Versicherung

Die tatsächliche Durchführung einer Versicherung in Deutschland kann bei entgegenstehendem Willen der betroffenen Person nicht zustande kommen. D.h., dass zwingend ein Austausch zwischen der betroffenen Person und der Krankenkasse erfolgen muss, z.B. in Form einer Beitrittserklärung durch die betroffene Person.

Der Betreuungsauftrag wird zwar beendet, was aber letztlich für den Kunden kaum mit Konsequenzen verbunden ist, solange er keine Leistungskosten erstatten bzw. rückwirkend eine Versicherung abschließen muss.

Des Weiteren treten Fälle auf, in denen Studierende von ihren ausländischen Trägern gegenteilig beraten werden, was zu Konflikten führt.

3. Verhinderung einer Leistungsanspruchnahme auf Basis einer ausländischen EHIC

Bei den AOKs sind erste Fälle aufgetreten, bei denen der ausländische Träger die Übernahme der Kosten für eine Behandlung, die sein Versicherter auf Basis der europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) in Deutschland in Anspruch genommen hat, verweigert unter Verweis auf eine zum Behandlungszeitpunkt bestehende geringfügige Beschäftigung in Deutschland. Die Krankenkassen haben derzeit keine Handhabe, um eine zu Unrecht erfolgende EHIC-Leistungsanspruchnahme zu verhindern. Der „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ist nicht zu entnehmen, ob die betreffende Person geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig erwerbstätig ist.

In EHIC-Leistungsfällen muss der aushelfende deutsche Träger, ggf. sogar mehrere, erfahren, bei welcher deutschen Krankenkasse die betreffenden geringfügig beschäftigten oder selbständig erwerbstätigen Personen versichert sind, um dieser Krankenkasse die entstandenen Aushilfekosten in Rechnung stellen zu können. Eine zu Unrecht erfolgende Nutzung der ausländischen EHIC in Deutschland darf nicht zu Lasten der aushelfenden Träger gehen.

4. Probleme bei Durchführung einer rückwirkenden Versicherung

Weiter benötigen die deutschen Krankenkassen praktikable und rechtssichere Lösungen des GKV-Spitzenverbandes zu den Problemen bezüglich der Durchführung einer rückwirkenden Versicherung einer Person in den Fällen, bei denen der ausländischen Träger die Übernahme der Kosten für eine Behandlung, die sein Versicherter auf Basis der EHIC in Deutschland in Anspruch genommen hat, verweigert unter Verweis auf eine zum Behandlungszeitpunkt bestehende geringfügige Beschäftigung/selbständige Erwerbstätigkeit in Deutschland, und die betreffende Person zwischenzeitlich wieder in ihren Heimatstaat zurückgekehrt ist.

a) Kassenwahl:

Betroffene Personen haben das Recht, die Krankenkasse selbst zu wählen. Ist die Wahl des aushelfenden deutschen Trägers im vorgenannten EHIC-Leistungsfall gleichzusetzen mit der Ausübung des Kassenwahlrechts nach § 175 SGB V im Hinblick auf den Antrag, sich bei diesem deutschen Träger für die geringfügige Beschäftigung im nach hinein zu versichern?

Wenn nein, ist die aushelfende deutsche Kasse dann verpflichtet, die im Ausland wohnende betreffende Person anzuschreiben mit der Bitte um Unterzeichnung des Versicherungsantrags? Muss die Kasse die Person auch über ihr Kassenwahlrecht informieren?

Was passiert, wenn die aushelfende deutsche Kasse keine Beitrittserklärung zurückbekommt? Sanktionsmechanismen? Unterstützung des ausländischen Trägers im Rahmen der Verwaltungshilfe? Was passiert, wenn die betreffende Person nicht die aushelfende, sondern eine andere deutsche Krankenkasse mit der nachträglichen Durchführung der Versicherung beauftragt? Wie erfährt der deutsche aushelfende Träger, ggf. sogar mehrere, davon, bei welcher deutschen Krankenkasse die betreffende Person wegen der geringfügigen Beschäftigung/selbständigen Erwerbstätigkeit versichert ist? Eine deutsche Krankenkasse, die keine Leistungsaushilfe für die betreffende Person über die EHIC erbracht hat, hat keine Veranlassung, dem vorherigen ausländischen Träger den Tatbestand der Versicherung in Deutschland mitzuteilen.

b) Beitragsberechnung/-einzug:

Der Mindestbetrag für eine freiwillige Versicherung liegt derzeit bei 151,24 Euro (KV) und 25,88 Euro (PV ohne Zuschlag kinderlos) und dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag. Allerdings ist zur Festsetzung der Beiträge für eine freiwillige Versicherung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit (alle Einnahmen zum Lebensunterhalt, z.B. auch Gehälter/Renten aus dem Ausland) eines Versicherten zu berücksichtigen, so dass der Beitrag durchaus auch höher ausfallen kann. Probleme hierbei sind:

- Fehlende Informationen, die für die Beitragsberechnung notwendig sind;
- Fehlende Sanktionsmechanismen bei fehlender Mitwirkung bezüglich der erforderlichen Informationen zur Beitragsberechnung bzw. beim Ausbleiben der Beitragszahlungen durch betroffene Personen, die im Ausland wohnen;
- EU-weiter Mindestbetrag für eine Beitreibung liegt bei 350 EUR.

Eine praktikable und rechtssichere Lösung muss aus Sicht der AOK-Gemeinschaft die Krankenkassen in die Lage versetzen, die freiwillige Versicherung ab Beschäftigungsaufnahme durchzuführen. Aus ihrer Sicht müsste eine solche Lösung wie folgt aussehen:

Im Meldeverfahren an die Minijobzentrale müsste der Arbeitgeber aktiv darauf hingewiesen werden, dass bei Personen, die vor der Aufnahme der Beschäftigung im EU-/EWR-Ausland oder in der Schweiz versichert sind¹, eine Mitgliedsbescheinigung einer deutschen Krankenkasse vorgelegt werden muss (Abfrage bisherige Versicherung Ausland-ja - Angabe deutsche Krankenversicherung). Im Zuge der gleichbleibenden Meldung an die Minijobzentrale müsste zeitgleich vom Arbeitgeber eine Meldung an die Krankenkasse ergehen, die die Mitgliedsbescheinigung ausgestellt hat, mit der die Aufnahme der Beschäftigung bestätigt wird.

Ersatzweise könnte auch der Arbeitgeber der Minijobzentrale die zuständige Krankenkasse in der abzugebenden Meldung mitteilen und die Minijobzentrale hätte die Beschäftigungsaufnahme an die zuständige Krankenkasse zu übermitteln. Entscheidend ist, dass die Krankenkasse in die Lage versetzt werden muss, die freiwillige Versicherung ab Beschäftigungsaufnahme durchzuführen.

¹ Dies betrifft alle Personen mit deutscher oder ausländischer Staatsangehörigkeit, die während eines vorübergehenden Aufenthalts (z.B. Studium, Urlaub) oder eines gewöhnlichen Aufenthalts eine geringfügige Beschäftigung in Deutschland aufnehmen wollen.

Ferner ist eine Klärung der Übergangsfälle erforderlich, d.h. der Fälle, die zwischenzeitlich aufgetreten sind oder bis zur Umsetzung einer Lösung auftreten, in denen aushelfenden deutschen Trägern die Erstattung der Kosten, die ihnen durch die Leistungsanspruchnahme auf Basis der ausländischen EHIC entstanden sind, durch den ausländischen Träger verweigert werden unter Verweis auf einem zum Behandlungszeitpunkt existierenden geringfügigen Beschäftigung/selbständigen Erwerbstätigkeit in Deutschland.

In seiner Stellungnahme vom 29.12.2017 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA angekündigt, in der heutigen Sitzung des Ständigen Arbeitsausschusses der DVKA über die Ergebnisse und die veranlassten Schritte zur Umsetzung seiner Rechtsauffassung in der Praxis zu informieren. Er wird gebeten, hierbei auf die vorgenannten Probleme und mögliche Lösungsansätze einzugehen und diese Information den Mitgliedern des Ständigen Arbeitsausschusses der DVKA rechtzeitig vor der heutigen Sitzung schriftlich zur Verfügung zu stellen.

Ergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA stellt fest, dass für eine in Deutschland geringfügig beschäftigte Person die deutschen Rechtsvorschriften gelten. Dies gilt auch für Personen, die (bisher) in im EU-/EWR-Ausland oder in der Schweiz versichert, dort jedoch nicht erwerbstätig sind, vgl. Art. 11 Abs. 3 Buchst. a) VO (EG) 883/04. Es besteht Einvernehmen, dass für die Krankenkassen ein finanzielles Risiko bestehen kann, wenn sie für diese Personen aufgrund einer von einem ausländischen Träger ausgestellten Anspruchsbescheinigung Leistungen bezahlen, da ihnen die Zuständigkeit Deutschlands (eigene Zuständigkeit) mangels eines entsprechenden Meldeverfahrens nicht bekannt ist. Es wird vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA unter Berücksichtigung dieses Aspekts an die für das Meldeverfahren/Versicherungsrecht zuständige Abteilung des GKV-Spitzenverbandes in Berlin herantritt und sich für eine zeitnahe Lösung des Problems einsetzt. Dabei ist zu klären, ob die oben beschriebene versicherungsrechtliche Zuordnung auch für in der Vergangenheit liegende Sachverhalte gilt. Hintergrund sind hierbei die Kostenrechnungen, die von ausländischen Trägern unter Hinweis auf eine im Behandlungszeitraum in Deutschland ausgeübte geringfügige Beschäftigung beanstandet wurden. “

Fachkonferenz DVKA

05.03.2020

Top 12

Sachleistungsaushilfe für Angehörige in Deutschland – hier: Ausübung einer geringfügigen Beschäftigung

Sachverhalt:

Übt ein Angehöriger eines hier zur Sachleistungsaushilfe eingeschriebenen Stammversicherten in Deutschland eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus, ist nach Rechtsauffassung der DVKA die Sachleistungsaushilfe nicht durchzuführen bzw. zu beenden. Stattdessen ist eine Versicherung in Deutschland zu begründen.

Die auf den Fachkonferenzen am 19.10.2017 und 02.05.2018 von den Kassen thematisierten Problemfelder sind weiterhin unbefriedigend geklärt. Zum Stand der im Oktober 2017 seitens der DKVA angekündigten Klärung/Abstimmung mit den Ländern Österreich, Schweiz, Luxemburg und Dänemark liegen keine Informationen vor.

Gleichwohl wurden von der DKVA Arbeitshilfe, Leitfaden und Vordrucke entsprechend der von ihr vertretenen Rechtsauffassung angepasst, und die BARMER setzt diese um. Bisher stößt die dabei allerdings ausnahmslos und in jedem Einzelfall auf massive Probleme/Widerstände. Die von der DVKA dargestellte Rechtslage lässt sich den Betroffenen schlichtweg nicht vermitteln. In nahezu jedem Fall kommt es zum Widerspruch. Teilweise kommt es auch zur Abmeldung der Stammversicherten. Auf Nachfrage erhielt die BARMER wiederkehrend die Information, dass es eine Folge-Einschreibung bei einer anderen deutschen Krankenkasse gibt, welche diese Prüfung – nach Aussage der Betreuten – nicht durchführt, bzw. die Leistungsaushilfe nicht verweigert.

Es melden sich ausländische Versicherungsträger und bekunden ihr Unverständnis bzgl. der Entscheidung, die Leistungsaushilfe nicht mehr zu ihren Lasten durchzuführen.

Der luxemburgische Träger verweist anfragende Versicherte lediglich auf die deutschen Anspruchsvoraussetzungen für die Familienversicherung. Dies führt im Ergebnis ebenfalls dazu, dass die Betroffenen die Fortführung der Leistungsaushilfe einfordern und nicht bereit sind, eine freiwillige Versicherung zu begründen.

Aus der Schweiz, Österreich und Dänemark wurde uns von ähnlichen Reaktionen der dortigen Träger berichtet. Bei der Schweiz kommt hinzu, dass die dort versicherten Angehörigen bereits Beiträge entrichten. Die Verweigerung der Sachleistungsaushilfe aufgrund einer in Deutschland ausgeübten geringfügigen Beschäftigung ist noch weniger sinnvoll, da dies entweder zu einer doppelten Beitragszahlung oder zu einer Kündigung der bestehenden Versicherung in der Schweiz führen würde.

Außerdem liegt ein an die DVKA gerichtetes Schreiben des Hauptverbandes der österreichischen



SV-Träger vom 08.03.2018 vor, in dem dieser die Frage aufwirft, ob die DVKA ihre bisher gegen-
teilige Rechtsauffassung aufgegeben habe. Ob die DVKA hierauf reagiert hat, ist nicht bekannt.

Ziel der Beratung:

Erfahrungsaustausch zwischen den Kassen und der DVKA.

Setzen andere Kassen die Rechtslage um?

Wenn ja, wie sind die Erfahrungen mit den Betroffenen bzw. den Kostenträgern im bisher zustän-
digen Staat, wenn die Leistungsaushilfe verweigert wird.

Welche Anstrengungen hat die DVKA inzwischen unternommen, um mit den Ländern Österreich,
Luxemburg, Dänemark und der Schweiz zu einem Konsens zu kommen.

Einheitliche Verfahrensweise konsentieren.

TOP 9

Sachleistungsaushilfe für Angehörige bei bestehenden abgeleiteten Ansprüchen im Wohnstaat

Sachverhalt:

Hinsichtlich der Sachleistungsaushilfe für Angehörige von in anderen Staaten versicherten Personen gibt es bekanntlich immer wieder problematische Fallkonstellationen. Grundsätzlich gehen der GKV-Spitzenverband, DVKA und die deutschen Krankenkassen davon aus, dass ein abgeleiteter Anspruch im Wohnstaat der Sachleistungsaushilfe zu Lasten eines anderen Staates vorgeht.

Problembehaftet sind dabei die Sachverhalte, bei denen der andere Staat eine abweichende Auffassung vertritt. Hier ist in erster Linie Polen zu nennen, mit dem wiederkehrend Diskussionen bzgl. der Kinder von in Deutschland versicherten Personen aufkommen, wenn der andere Elternteil in Polen selbst versichert ist.

Bei der Sachleistungsaushilfe in Deutschland entstehen insbesondere dann Schwierigkeiten, wenn der andere Elternteil in Deutschland nicht gesetzlich krankenversichert ist, oder die Eltern nicht verheiratet sind.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA vertritt hier die Rechtsauffassung, dass auch bei einem privat krankenversicherten Elternteil von einem abgeleiteten Anspruch für gemeinsame Kinder auszugehen ist. Ferner kommt es nicht darauf an (abweichend von den Regelungen des § 10 SGB V), dass die Eltern verheiratet sind.

In einem konkreten Einzelfall, in dem die Betroffene a) Widerspruch gegen die Nicht-Durchführung der Sachleistungsaushilfe zu Lasten der ÖGK erhoben, und sich b) an das BAS gewandt hat, hat die BARMER den GKV-Spitzenverband, DVKA beratend hinzugezogen, um sich die dargestellte Rechtsauffassung bzgl. PKV-Versicherung und nicht verheiratete Eltern nochmals bestätigen lassen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat daraufhin die bekannte Rechtsauffassung bestätigt, woraufhin die BARMER an der Entscheidung festgehalten hat. Das BAS wurde ebenfalls in diesem Sinne informiert. Der Widerspruch wird für den Widerspruchsausschuss vorbereitet.



Mit Datum vom 27.08.2020 erreichte die BARMER ein neuerliches Schreiben des BAS. Darin vertritt das BAS eine der Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA diametral entgegengesetzte Meinung. Die BARMER wird aufgefordert, ihre Entscheidung erneut zu prüfen.

Vor dem Hintergrund, dass derartige Sachverhalte in der Praxis immer wieder zu erheblichen Problemen mit den Betroffenen führen, würde die BARMER die Position des BAS zwar gern übernehmen; gleichzeitig möchten sie allerdings nicht Gefahr laufen, verauslagte Kosten nicht vom zuständigen Träger ersetzt zu bekommen. Dies wäre letztlich eine unzulässige Belastung der Solidargemeinschaft der Versicherten.

Alle deutschen Krankenkassen benötigen in dieser Frage eine EU-rechtlich sichere Beurteilung. Die Sachleistungsaushilfe kann nur durchgeführt werden, wenn die Erstattung der Aufwendungen durch den zuständigen Träger formal sichergestellt ist.

Die BARMER hat den GKV-Spitzenverband, DVKA deshalb gebeten, diese Frage – ggf. auch in direkter Abstimmung mit dem BAS – zu klären, und den deutschen Krankenkassen eine rechtssichere Argumentation an die Hand zu geben. Laut Zwischennachricht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA soll es einen Austausch zwischen dem BMAS und dem BAS zu diesem Thema geben.

Ergebnis:

Bisher hat noch kein Austausch zwischen dem BMAS und dem BAS zu der hier angesprochenen Thematik stattgefunden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA empfiehlt, die bisherige Auffassung und Verfahrensweise bis zur Klärung beizubehalten. Sobald es neue Erkenntnisse gibt, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA hierüber informieren.

Fachkonferenz DVKA

05.11.2020

Top 10

Entwicklung der Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen

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 wechsellkursbedingten Ausgleichsbeträge mit Stand vom 21.09.2020 dar. Es werden jeweils auch die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der seinerzeit für den 05.03.2020 geplanten Sitzung der Fachkonferenz DVKA (Stand: 28.01.2020) ausgewiesen:

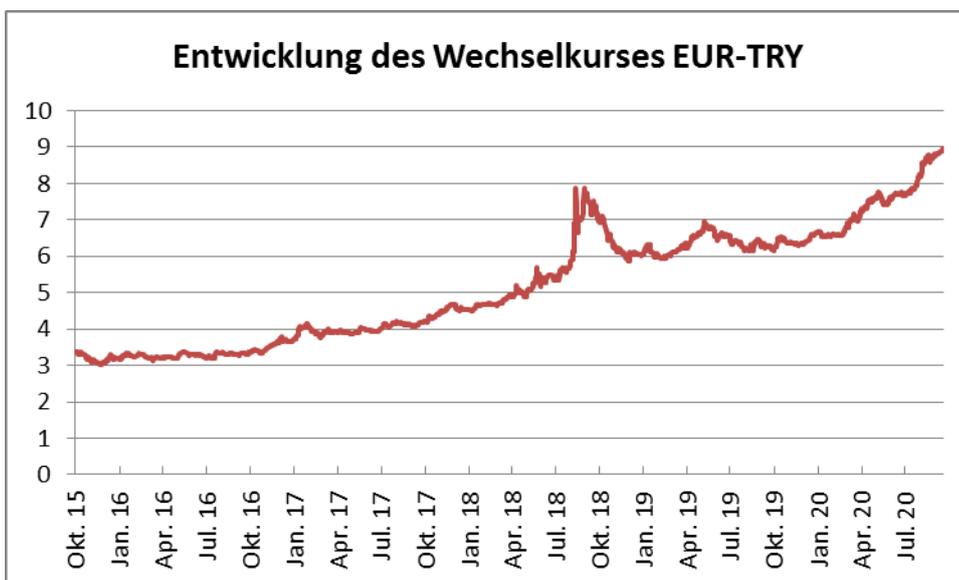
Staat	Ausgleichsbetrag (EUR)	Veränderung (EUR)
Bosnien-Herzegowina (Föderation)	80.007,97 €	(+3.073,98 €)
Bosnien-Herzegowina (Rep. Srpka)	112.965,75 €	(+14.989,33 €)
Bulgarien	-6.504,86 €	(+3.394,48 €)
Dänemark	71.824,31 €	(-2.800,63 €)
Vereinigtes Königreich	-93.828,32 €	(+51.442,46 €)
Island	35.725,53 €	(+6.703,95 €)
Kroatien	262.702,74 €	(-561.324,82 €)
Liechtenstein	3.919,36 €	(-5.749,14 €)
Montenegro	-1.714,92 €	(+0,00 €)
Nordmazedonien	17.533,30 €	(+9.106,68 €)
Norwegen	190.033,16 €	(+57.729,68 €)
Polen	462.791,51 €	(+488.536,85 €)
Rumänien	9.124,65 €	(+4.312,59 €)
Schweden	648.519,94 €	(+41.418,41 €)
Schweiz	-916.150,44 €	(+42.508,61 €)
Republik Serbien	479.828,11 €	(+0,00 €)
Tschechische Republik	259.578,58 €	(+679.777,74 €)
Türkei	21.499.928,45 €	(+3.736.253,55 €)
Ungarn	489.069,77 €	(+295.842,09 €)
Stand: 21.09.2020	SUMME	
	23.605.354,59 €	(+4.865.215,81 €)

Insgesamt erweist sich das Verfahren der Wechselkursanpassung zum Zwecke der Nivellierung von



Ausgleichsbeträgen im Falle der meisten Partnerstaaten weiterhin als zielführend.

Infolge der Begleichung von türkischen Forderungen haben sich aufgrund des weiterhin deutlichen Kursverlusts der Türkischen Lira (TRY) allerdings zusätzliche Ausgleichsbeträge ergeben. Allein seit Jahresbeginn zeigt die Türkische Lira einen Wertverlust von 25% gegenüber dem Euro. In den vergangenen 5 Jahren konnte insgesamt ein Wertverlust von nahezu 65% beobachtet werden:



Datenquelle: Europäische Zentralbank (EZB)

Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband, DVKA eine erneute Ausschüttung von ca. 20 Mio. EUR an die Krankenkassen im Rahmen einer gesonderten Auszahlung vor, wie bereits infolge der Sitzung der Fachkonferenz am 09.10.2018 geschehen. Dabei erfolgte die Verteilung des Betrages entsprechend des durchschnittlichen Anteils der einzelnen Krankenkassen an türkischen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand der vorangegangenen Jahre.

Ergebnis:

Die Kassenartverbände stimmen der vom GKV-Spitzenverband, DVKA vorgeschlagenen Maßnahme der Auszahlung von Ausgleichsbeträgen in Höhe von 20 Mio. EUR in Bezug auf türkische Forderungen an die Krankenkassen zu. Die Verteilung erfolgt anteilmäßig entsprechend den pro Krankenkasse im Zeitraum 2017–2019 eingereichten türkischen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand. Die Kran-

kenkassen werden nach Veröffentlichung der Ergebnisniederschrift zeitnah per Brief über die Auszahlung der Ausgleichsbeträge informiert.

Ein Verband regt die Einführung von Schwellenwerten für die Rückführung von Ausgleichsbeträgen an die Krankenkassen an. Der GKV-Spitzenverband, DVKA führt aus, dass die Auszahlung von Ausgleichsbeträgen erst dann zum Tragen kommt, wenn zuvor das Instrument der Wechselkursanpassung im Rahmen der Weiterleitung von Eingangssendung über einen signifikanten Zeitraum hinweg nicht ausreichend Wirkung gezeigt hat. In diesem Zusammenhang sind staatenbezogen sowohl das Forderungsvolumen als auch die Wechselkursentwicklung zu betrachten. Die Teilnehmenden verständigen sich darauf, dass weiterhin regelmäßig über den Stand der Ausgleichsbeträge als TOP in den Sitzungen der Fachkonferenz DVKA berichtet wird. Im Zuge dessen wird situativ über die Auszahlung von Ausgleichsbeträgen beraten. Zudem sollen in der nächsten Sitzung mögliche Vereinbarungen zur regelhaften Ausschüttung von Geldern erörtert werden.

Top 11

Forderungsübersicht

Sachverhalt:

Im Rahmen der Sitzung berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA über das Volumen der derzeit offenen deutschen und ausländischen Forderungen sowie in diesem Zusammenhang getroffene Maßnahmen. Dies gilt insbesondere für Forderungen, im Falle derer die Frist zur Begleichung gemäß Artikel 67 Absatz 5 VO (EG) 987/09 bereits abgelaufen ist.

Die Forderungsstände zum 21.09.2020 können der als Anlage beigefügten Präsentation entnommen werden. Es werden jeweils auch die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der seinerzeit für den 05.03.2020 geplanten Sitzung der Fachkonferenz DVKA (Stand: 28.01.2020) ausgewiesen.

Ergebnis:

Im Rahmen der Sitzung berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA über das Volumen der derzeit offenen deutschen und ausländischen Forderungen sowie in diesem Zusammenhang getroffene Maßnahmen. Dies gilt insbesondere für Forderungen, im Falle derer die Frist zur Begleichung gemäß Artikel 67 Absatz 5 VO (EG) 987/09 bereits abgelaufen ist. Hier ist jedoch aktuell zusätzlich zu berücksichtigen, dass infolge von Beschluss Nr. H9 der EG-Verwaltungskommission teilweise eine Fristverlängerung in Anspruch genommen werden kann (vgl. Rundschreiben Nr. 2020/530).

Die Forderungsübersicht mit Stand vom 21.09.2020 ist als Anlage beigefügt. Die ungewöhnlich hohen offenen deutschen Forderungen gegenüber dem Vereinigten Königreich sind nach Aussage der britischen Verbindungsstelle aufgrund von Umorganisationen auf britischer Seite entstanden. Infolge der Übertragung der Verbindungsstellenaufgaben von DWP auf NHS zum 01.01.2020 hat sich demnach bei der NHS zunächst ein Bearbeitungsrückstand ergeben. Die britische Seite hat auf Nachfrage zugesichert, dass der Bearbeitungsrückstand unter Inanspruchnahme der Fristverlängerung im Sinne von Beschluss Nr. H9 der EG-Verwaltungskommission zeitnah abgebaut werden soll.

Die vor einigen Wochen vom GKV-Spitzenverband, DVKA versandten Zahlungserinnerungen zu ausländischen Forderungen haben dazu geführt, dass die betroffenen Krankenkassen die offenen Forderungen zum Teil unmittelbar beglichen haben. Teilweise ist es auch zu Rückfragen gekommen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA kündigt daher an, in den kommenden Monaten eine Abfrage mit dem Ziel zu initiieren, den genauen Bedarf der Krankenkassen sowie die bestmögliche Art und Weise der Unterstützung durch den GKV-Spitzenverband, DVKA zu ermitteln.



-Anlage-

Deutsche Forderungen in Bezug auf Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	>18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeanst.	beanst.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Österreich	0,18	8,42	8,60	(-0,84)	107,85	(-42,69)	116,46	(-43,53)
Belgien	0,06	0,18	0,23	(-0,05)	12,52	(-17,92)	12,75	(-17,97)
Bulgarien	0,32	0,53	0,85	(+0,36)	39,01	(+7,04)	39,86	(+7,40)
Schweiz	0,02	0,08	0,10	(+0,07)	92,97	(+16,46)	93,08	(+16,53)
Zypern			0,00	(-0,20)	12,95	(+1,54)	12,95	(+1,34)
Tschech. Republik	1,37	0,34	1,71	(+1,71)	15,88	(+6,03)	17,59	(+7,74)
Dänemark	0,01	0,19	0,20	(+0,19)	27,17	(+15,27)	27,37	(+15,46)
Estland		0,00	0,00	(+0,03)	0,45	(+0,44)	0,45	(+0,47)
Spanien	0,30	2,78	3,08	(+0,14)	19,53	(+2,61)	22,61	(+2,75)
Finnland		0,06	0,06	(+0,05)	2,91	(+0,25)	2,97	(+0,30)
Frankreich	0,55	5,82	6,36	(-0,04)	56,26	(-5,07)	62,63	(-5,11)
Griechenland	13,55	1,31	14,86	(+1,40)	16,06	(-1,62)	30,92	(-0,22)
Kroatien		0,03	0,03	(-0,01)	14,03	(+4,66)	14,06	(+4,65)
Ungarn	0,03	1,56	1,59	(+0,03)	13,70	(-1,26)	15,29	(-1,23)
Irland	0,05	0,01	0,06	(+0,04)	3,34	(-0,25)	3,39	(-0,20)
Island		0,00	0,00	(+0,00)	0,63	(-0,47)	0,63	(-0,46)
Italien	3,48	4,22	7,70	(+3,65)	51,76	(+10,24)	59,46	(+13,89)
Liechtenstein	0,10	0,00	0,11	(-0,00)	1,02	(-0,10)	1,13	(-0,10)
Litauen	0,00	0,00	0,00	(-0,01)	1,38	(+1,26)	1,38	(+1,26)
Luxemburg	0,43	0,88	1,31	(+0,41)	54,17	(+6,49)	55,49	(+6,90)
Lettland	2,92	0,00	2,92	(+2,90)	11,66	(+0,69)	14,58	(+3,60)
Malta	0,10		0,10	(+0,00)	0,08	(+0,02)	0,18	(+0,02)
Niederlande	0,12	7,79	7,91	(+3,32)	162,77	(+67,69)	170,68	(+71,01)
Norwegen		0,02	0,02	(+0,01)	5,52	(+3,28)	5,54	(+3,29)
Polen	0,25	3,97	4,22	(+0,43)	135,86	(+23,99)	140,08	(+24,42)
Portugal	5,33	0,03	5,37	(-3,88)	6,23	(-0,78)	11,60	(-4,65)
Rumänien	4,82	8,10	12,92	(+3,36)	55,84	(+7,10)	68,75	(+10,46)
Schweden		0,03	0,03	(+0,01)	9,31	(+0,99)	9,34	(+1,00)
Slowenien	0,00	0,00	0,00	(-0,05)	3,15	(-0,08)	3,15	(-0,13)
Slowak. Republik	0,00	0,00	0,00	(+0,01)	8,65	(+0,17)	8,65	(+0,18)
Verein. Königreich	17,66	0,27	17,93	(+17,31)	49,79	(+3,22)	67,72	(+20,52)
GESAMT	51,64	46,63	98,27	(+30,35)	992,46	(+109,20)	1090,73	(+139,56)

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

**Zahlungsfrist gemäß Art. 67 Abs. 5 VO (EG) 987/09 noch nicht abgelaufen

Stand: 21.09.2020

Deutsche Forderungen in Bezug auf Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien-Herzegowina (Föderation)	1,88	(+0,11)
Bosnien-Herzegowina (Republik Srpska)	0,35	(+0,06)
Nordmazedonien	2,89	(+0,51)
Montenegro	0,69	(+0,52)
Serbien	1,94	(+0,31)
Marokko		(+0,00)
Tunesien	0,00	(+0,00)
Türkei	48,76	(+6,81)
GESAMT	56,50	(+8,33)

Stand: 21.09.2020

Ausländische Forderungen von Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	>18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeanst.	beanst.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Österreich	1,00	1,07	2,07	(-4,98)	143,86	(+13,67)	145,94	(+8,69)
Belgien	0,09	0,78	0,87	(+0,06)	9,04	(-2,16)	9,91	(-2,10)
Bulgarien	0,00	0,02	0,02	(+0,00)	0,61	(-0,36)	0,63	(-0,36)
Schweiz	0,04	0,77	0,81	(-0,27)	47,00	(-6,47)	47,81	(-6,74)
Zypern	0,04	0,00	0,04	(+0,01)	0,08	(+0,05)	0,12	(+0,05)
Tschech. Republik	0,01	0,47	0,48	(-0,36)	37,37	(+4,68)	37,85	(+4,32)
Dänemark	0,00	0,46	0,46	(+0,10)	2,00	(-1,73)	2,46	(-1,63)
Estland	0,01	0,00	0,01	(+0,01)	0,23	(-0,00)	0,24	(+0,00)
Spanien	4,35	5,04	9,39	(+2,39)	53,99	(+7,94)	63,38	(+10,33)
Finnland	0,11	0,01	0,11	(-0,11)	0,89	(-0,10)	1,00	(-0,20)
Frankreich	1,25	6,73	7,98	(-2,75)	115,16	(+27,55)	123,14	(+24,80)
Griechenland	0,80	9,14	9,94	(-5,48)	47,47	(-47,69)	57,40	(-53,17)
Kroatien	0,05	0,31	0,36	(-0,58)	22,04	(-0,58)	22,39	(-1,16)
Ungarn	0,03	0,34	0,37	(-0,28)	5,66	(-1,06)	6,03	(-1,34)
Irland	0,33	0,11	0,44	(-0,09)	0,84	(-0,10)	1,27	(-0,18)
Island	0,01	0,02	0,03	(+0,02)	0,44	(-0,11)	0,47	(-0,09)
Italien	0,35	3,85	4,21	(-1,99)	37,93	(+10,55)	42,14	(+8,56)
Liechtenstein	0,01	0,03	0,04	(+0,00)	0,13	(+0,02)	0,18	(+0,02)
Litauen	0,00	0,01	0,01	(+0,00)	0,60	(+0,26)	0,61	(+0,26)
Luxemburg	0,01	0,14	0,15	(+0,07)	4,02	(+0,19)	4,17	(+0,25)
Lettland	0,00	0,00	0,00	(-0,00)	0,09	(+0,02)	0,09	(+0,02)
Malta	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,21	(+0,08)	0,21	(+0,08)
Niederlande	4,49	1,55	6,03	(-0,72)	49,97	(+3,24)	56,00	(+7,00)
Norwegen	0,52	0,09	0,60	(+0,26)	3,31	(+0,87)	3,92	(+1,12)
Polen	1,25	2,64	3,89	(+0,05)	28,33	(+2,66)	32,22	(+2,71)
Portugal	2,09	15,55	17,64	(+12,73)	2,64	(-18,00)	20,28	(-5,27)
Rumänien	0,03	0,02	0,05	(+0,01)	0,65	(+0,36)	0,70	(+0,37)
Schweden	0,41	0,51	0,92	(-0,11)	5,71	(+1,82)	6,63	(+1,71)
Slowenien	0,00	0,02	0,02	(-0,29)	4,70	(-1,90)	4,72	(-2,19)
Slowak. Republik	0,00	0,04	0,04	(-0,21)	4,86	(+0,76)	4,89	(+0,55)
Verein. Königreich	1,41	0,71	2,12	(+1,43)	3,10	(+0,09)	5,21	(+1,53)
GESAMT	18,69	50,41	69,10	(-1,07)	632,92	(-5,47)	702,02	(-2,06)

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

**Zahlungsfrist gemäß Art. 67 Abs. 5 VO (EG) 987/09 noch nicht abgelaufen

Ausländische Forderungen von Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien-Herzegowina (Föderation)	0,50	(-0,37)
Bosnien-Herzegowina (Republik Srpska)	1,11	(-0,54)
Nordmazedonien	0,22	(-0,24)
Montenegro	0,09	(-0,05)
Serbien	3,18	(+1,23)
Marokko	0,00	(-0,00)
Tunesien		(+0,00)
Türkei	65,72	(-12,99)
GESAMT	70,81	(-12,96)

Stand: 21.09.2020

Top 12

Bericht über die Nationale Kontaktstelle mit den Zahlen von 2019

Sachverhalt:

Es wird über den Stand der Aktivitäten der Nationalen Kontaktstelle im Jahr 2019 berichtet.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen den Bericht zur Kenntnis.

-Anlage-



EU-PATIENTEN.DE



Nationale Kontaktstelle

Aufgaben/Zahlen 2019



Bernd Christl Stand: 09/2020

EU-PATIENTEN.DE

Wesentliche Aufgaben in 2019

- Beantwortung der Anfragen – Volumen erneut gestiegen
- Weitere Anpassung des Webauftritts an die DS GVO
 - Automatische Rückmeldung an Anfragende über
 - Datenspeicherung
 - Zeitraum der Datenspeicherung
 - Folgen der Löschung
- Erstellung einer automatischen Rückmeldung über das zu erwartende Zeitfenster für eine Rückantwort.
- Vorbereitung für die Erstellung eines neuen Statistik-Tools, um auch die Erwartungen im Rahmen SDG zu erfüllen.
- Teilnahme an diversen Veranstaltungen und Workshops zur Umsetzung der Teilnahme am SDG ab 12/2020.



Bernd Christl Stand: 09/2020 Seite 2

EU-PATIENTEN.DE

Wesentliche Aufgaben in 2019

Umsetzung der Empfehlung des Rechnungshofes aus dem Sonderbericht 2019, u.a.

- Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Kommission im Hinblick auf eine patientenorientierte Information zu den Pfaden einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nach der RL vs. VO
- Verlinkung der Toolbox der Kommission mit Checklisten und Informationen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (in allen Mitgliedssprachen)
- Einbindung von Orientierungshilfen zu den ERNs auf der Websites der NKS



Bernd Christl Stand: 09/2020 Seite 3

EU-PATIENTEN.DE

EU-weite Daten – Auswertungen der Kommission

- Jedes Jahr nehmen etwa 200.000 Patienten – das sind weniger als 0,05 % der EU-Bürger – die Leistungen im Rahmen der Richtlinie in Anspruch und lassen sich im Ausland behandeln
- Die Patientenmobilität findet in den meisten Fällen zwischen benachbarten Mitgliedstaaten statt.
- Lt. Kommission wurden für den Zeitraum von 2007 bis 2017 insgesamt 423 Projekte zur Unterstützung von Initiativen der grenzübergreifenden Zusammenarbeit bei der Gesundheitsversorgung EU-finanziert.



Bernd Christl

Stand: 09/2020

Seite 4

EU-PATIENTEN.DE

EU-weite Daten aus 2017 (aktuellste Daten) Erstattungen

- nach der RL: Aus 20 MS wurden 194.292 genehmigte Erstattungsanträge ohne Vorabzustimmung gemeldet und 1.850 genehmigte Erstattungen von 2.657 gestellten vorabzustimmungspflichtigen Erstattungsanträgen
- Nach der VO: Über 2.000.000 gemeldete Erstattungsfälle

Dabei liegt der Anteil der Anträge für eine Behandlung im Nachbarland bei ca. 80 %



Bernd Christl

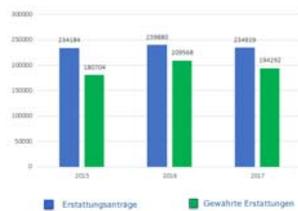
Stand: 09/2020

Seite 5

EU-PATIENTEN.DE

EU-weite Daten aus 2017 (aktuellste Daten) Erstattungen

Versorgung ohne erforderliche Vorabgenehmigung



Bernd Christl

Stand: 09/2020

Seite 6

EU-PATIENTEN.DE

Anfragen an die NCPs - EU-weite Daten aus 2018

- Insgesamt 155.090 (2017: 74.589)
Anfragen an 29 NCP's, die Daten geliefert haben

Die meisten Länder hatten unter 2.000 Anfragen. Jedoch:

- Lettland: 62.591
- Estland: 27.242
- Polen: 24.233 (2017:16.139)
- Deutschland: 3.526 (2017: 3418) 2019: 4.028

Dabei liegt der Anteil der telefonischen Anfragen in Deutschland mit 83,6 % deutlich über dem EU-Schnitt von 43 %.



Bernd Christl

Stand: 09/2020

Seite 7

Ergebnis des Europäischen Rechnungshofs

Ausgaben nach der Richtlinie

- Die Ausgaben für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, die im Rahmen der Richtlinie angefallen sind, werden auf 0,004 % des unionsweiten jährlichen Gesundheitsbudgets geschätzt und entsprechen den für DE geschätzten Ausgaben der NKS. Inkl. VO-Fälle sind es 0,1 % des Gesundheitsbudget.

ERN

- Das Konzept der Europäischen Referenznetzwerke für seltene Krankheiten erhält von den Interessenträgern in der EU (Patientenorganisationen, Ärzte und Gesundheitsdienstleister) breite Unterstützung. Allerdings hat die Kommission keine klare Vision für ihre zukünftige Finanzierung und Weiterentwicklung sowie Einbindung in die nationalen Gesundheitssysteme aufgezeigt.



Bernd Christl

Stand: 09/2020

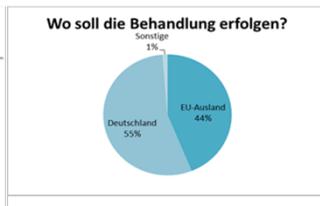
Seite 8

Daten EU-Patienten.de

Verteilung der Anfragen nach Anfragenden



nach Zielland



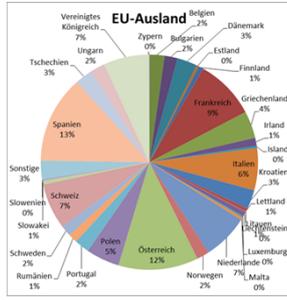
Bernd Christl

Stand: 09/2020

Seite 9

Daten EU-Patienten.de

- nach dem Land der Behandlung, wenn diese im Ausland erfolgen soll



Bernd Christl

Stand: 09/2020

Seite 10

Top 13

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

Sachverhalt:

In der Zeit vom 02.10.2019 bis 15.10.2020 war der GKV-Spitzenverband, DVKA an folgenden Verbindungsstellen-/Regierungsgesprächen beteiligt (Darstellung in chronologischer Reihenfolge):

Marokko

Gegenstand der deutsch-marokkanischen Gespräche auf ministerieller Ebene, die am 14. und 15.10.2019 in Casablanca geführt wurden, war die Fertigstellung des Entwurfs des Zusatzabkommens zum Sozialversicherungsabkommen und der Durchführungsvereinbarung mit dem Ziel, die sog. Sachleistungsaushilfe bei Krankheit durchzuführen. Die nächste Verhandlungsrunde ist noch nicht terminiert.

USA

In der Zeit vom 28.10. bis 01.11.2019 wurden die Gespräche über eine Revision des deutsch-amerikanischen Abkommens über Soziale Sicherheit fortgesetzt. Offen ist insbesondere noch die Datenschutzregelung, die den Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung Rechnung tragen muss. Die Gespräche sollten ursprünglich im März 2020 fortgesetzt werden. Ein neuer Termin wurde noch nicht festgelegt.

Luxemburg

Am 26.11.2019 wurde mit der luxemburgischen Verbindungsstelle unter Beteiligung der zuständigen Behörden die praktische Umsetzung des Artikels 16 VO (EG) Nr. 987/2009 hinsichtlich der in Deutschland wohnenden und in Luxemburg beschäftigten Personen, die ihre Erwerbstätigkeit gewöhnlich in mehreren Mitgliedstaaten ausüben, erörtert. In diesem Zusammenhang sagte der GKV-Spitzenverband, DVKA zu, den in diesen Fällen auszufüllenden Antrag auf Feststellung des anwendbaren Rechts künftig auch in französischer Sprache zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus wurden Informationen über den aktuellen Stand bei der Umsetzung der EESSI-Prozesse und die nationale EESSI-Architektur ausgetauscht.

Kanada

Mit der kanadischen Seite wurden in der Zeit vom 03. bis 06.12.2019 die Gespräche über eine Revision des deutsch-kanadischen Abkommens über Soziale Sicherheit fortgesetzt. Auch hier konnte noch kein Einvernehmen über eine Datenschutzklausel erzielt werden. Ein Termin für die Fortsetzung der Gespräche wurde noch nicht vereinbart.

Niederlande

Der Anlass für das Gespräch mit der niederländischen Verbindungsstelle für Geldleistungen (UWV) am 04.02.2020 in Bonn war eine Evaluierung des bisherigen, in der Verbindungsstellenvereinbarung zur Umsetzung der Artikel 27 und 87 der VO (EG) 987/09 festgelegten Verfahrens zur Feststellung und Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit sowie die Beratung über eine Anpassung dieser Verbindungsstellenvereinbarung aus dem Jahr 2011 an die Erfordernisse von EESSI.

In diesem Zusammenhang wies die niederländische Seite darauf hin, dass aufgefallen sei, dass UWV seit dem Jahr 2011 Arbeitsunfähigkeitskontrollen in einer zeitlichen Abfolge durchführe, die sich entgegen EU-Recht und den Regelungen in der Verbindungsstellenvereinbarung nicht an den niederländischen Rechtsvorschriften, sondern an den Wünschen einzelner deutscher Krankenkassen orientiere. Da nach den niederländischen Rechtsvorschriften die Arbeitsunfähigkeit für deutlich längere Zeiträume bescheinigt werden könne, als dies in Deutschland praktiziert werde, habe UWV somit oftmals zusätzliche Kontrolluntersuchungen veranlasst, ohne hierfür einen Auftrag zur Durchführung einer ärztlichen Kontrolluntersuchung von der jeweiligen zuständigen deutschen Krankenkasse zu fordern bzw. erhalten zu haben und ihr die im Zusammenhang mit dieser Kontrolluntersuchung entstandenen Kosten in Rechnung zu stellen. UWV beabsichtigt, diese Verfahrensweise umzustellen und entsprechend der Regelungen in der Verbindungsstellenvereinbarung zu verfahren. D. h., sofern eine deutsche Krankenkasse die Überprüfung einer Arbeitsunfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt als von UWV bescheinigt wünscht, kann sie hierfür UWV entsprechend beauftragen und muss die anfallenden Kosten übernehmen. Alternativ dürfte grundsätzlich eine Untersuchung durch den MDK in Betracht kommen.

Über die Anpassung der Verbindungsstellenvereinbarung an die Erfordernisse von EESSI konnte im Übrigen bereits weitestgehend Einvernehmen erzielt werden. Der ursprünglich angestrebte Termin für ein Inkrafttreten der Vereinbarung (01.07.2020) konnte von niederländischer Seite coronabedingt nicht umgesetzt werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA versucht derzeit, mit UWV einen neuen Termin zu vereinbaren.

Niederlande

Gegenstand des Gesprächs mit der Verbindungsstelle für den Risikobereich Krankenversicherung (CAK) vom 07.09.2020 war die Klärung von offenen Forderungen aus den Jahren 2008 bis einschließlich 2012. Hier konnte unter Einbeziehung der betroffenen Krankenkassen eine sachliche Einigung erreicht werden; diese soll in den kommenden Wochen auch buchhalterisch vollzogen werden. Sobald die ausstehenden Zahlungen der niederländischen Seite erfolgt sind, kann zwischen den Verbindungsstellen auch formal ein Rechnungsabschluss für die o. g. Jahre vereinbart werden. Gleichzeitig sind beide Delegationen übereingekommen, kurzfristig mit der Forderungs- klärung für die Jahre 2013 ff. zu beginnen.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.

Top 14

Verschiedenes

1. Bericht zu Themen des Rechnungsausschusses

Sachverhalt:

Am 27./28.10.2020 hat die halbjährliche Sitzung des Rechnungsausschusses stattgefunden, aufgrund der deutschen EU-Ratspräsidentschaft unter deutschem Vorsitz.

Im Rahmen der Sitzung hat sich der Rechnungsausschuss auf den Entwurf eines Beschlusses verständigt, der den endgültigen Abschluss von Rechnungsjahren zum Ziel hat. Der Beschluss könnte von der Verwaltungskommission in ihrer Dezember-Sitzung verabschiedet werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird ggf. über die Auswirkungen informieren.

Darüber hinaus hat sich der Rechnungsausschuss dafür ausgesprochen, die vom Beschluss Nr. H9 betroffenen Fristen um 6 Monate auszudehnen. Erfasst wären damit alle in der Zeit vom 01.02.2020 bis 30.06.2020. Auch hierüber hat die Verwaltungskommission abschließend zu entscheiden.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

2. Elektronisches Antragsverfahren für Bescheinigungen über das anwendbare Recht für Einsätze in Abkommensstaaten

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert darüber, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein 8. SGB IV Änderungsgesetz vorbereitet. Gegenstand des Gesetzes soll unter anderem eine Erweiterung des elektronischen Antrags- und Bescheinigungsverfahrens gemäß § 106 SGB IV sein. Konkret ist vorgesehen, dass das Verfahren auch bei Entsendungen in einen anderen Abkommensstaat und für Anträge auf Ausnahmereinbarungen für vorübergehend in einem anderen Abkommensstaat erwerbstätige Personen genutzt wird.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverband, DVKA ist dieses Vorhaben zu unterstützen, weil hierdurch das bereits seit einiger Zeit im EU-Bereich erfolgreich praktizierte Verfahren, auch für den Abkommens-



bereich genutzt werden kann.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

3. Übermittlung von A1-Bescheinigungen in andere Staaten

Sachverhalt:

Gelten für eine in einen anderen Mitgliedstaat entsandte Person nach Art. 12 Abs. 1 VO (EG) 883/04 die deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit, ist hierüber der Entsendestaat zu informieren. Vor Einführung des elektronischen Datenaustauschs erfolgte dies durch die Übermittlung einer Kopie der A1-Bescheinigung (sofern der Entsendestaat nicht explizit darum gebeten hatte, ihm keine Kopien zu senden).

Im Rahmen des elektronischen Datenaustauschs (EESSI) sind alle Staaten, die den LA_BUC_04 umgesetzt haben, ausschließlich mit dem SED A009 zu informieren, wenn eine Person dorthin entsandt wird. Lediglich Finnland, Frankreich und die Slowakei sind aktuell noch nicht in der Lage, den LA_BUC_04 umzusetzen und erhalten daher weiterhin eine Kopie der A1-Bescheinigung.

Der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen (Verbindungsstelle) hat dem GKV-Spitzenverband mitgeteilt, dass er von deutschen Krankenkassen nach wie vor in erheblichem Umfang Kopien von A1-Bescheinigungen erhält und gebeten, die Krankenkassen nochmals auf das neue Verfahren aufmerksam zu machen.

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

4. Online-Schulungen

Sachverhalt:

Es wird über die Ergebnisse der Abfrage bei den Krankenkassen zu Online-Schulungen (Schreiben des GKV-Spitzenverbands, DVKA vom 07.07.2020) sowie das weitere Vorgehen in diesem Zusammenhang informiert. Siebzig Krankenkassen haben auf die Abfrage geantwortet und fast alle haben sich für ein entsprechendes Angebot ausgesprochen. Es wurden auch Wünsche im Hinblick auf Inhalte geäußert. Einigkeit besteht auch darin, dass Online-Schulungen im Mittel nicht länger als 120 Minuten dauern sollten.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA trägt den Bedürfnissen mit der Entwicklung eines modular aufgebauten Angebots Rechnung. Erste Module werden bereits kurzfristig angeboten, weitere werden nach und nach hinzukommen. Die konkreten Angebote – beginnend mit diversen Modulen zum Versicherungsrecht und zur Leistungsaushilfe – sind in Kürze im Extranet einzusehen und können dann in Anspruch genommen werden. Die technische Durchführung erfolgt zunächst mit dem Kollaborations-Tool „Webex“ der Firma Cisco.

Eine schriftliche Information per Rundbrief an die Mitglieder der Fachkonferenz DVKA (zur Weiterleitung an die jeweiligen Krankenkassen) ist in Vorbereitung.¹

Ergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

¹ Der Rundbrief wurde unter dem Datum 10.11.2020 an die Mitglieder der Fachkonferenz versandt.