

Ergebnisniederschrift

über die

Sitzung der Fachkonferenz DVKA

am 23.03.2021

Inhaltsübersicht

TOP 1	Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung
Übergreifende Themen	
TOP 2	Vorstellung der Organisationsänderung innerhalb der DVKA
TOP 3	Weiterentwicklung der Strukturen der DVKA in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen
TOP 4	<p>EESSI/NAE (Nationale Anbindung EESSI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betriebskennzahlen • Kostenabrechnung – Stand der Tests • Aktuelle Themen EU-Kommission <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sachstand 80%-Schwellenwert ➤ EESSI-Release 2020
TOP 5	<p>Beziehungen zum Vereinigten Königreich – Protokoll zum Handels- und Kooperationsabkommen sowie Austrittsabkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung der vorläufigen Anwendung des Protokolls • Erste Sitzung des Sonderausschusses für die Koordinierung der sozialen Sicherheit • Einsatz der EHIC bzw. GHIC • Besonderheiten bei den Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit • Einsatz von EESSI und Berücksichtigung der Beschlüsse der Verwaltungskommission • Besprechung zwischen den Verbindungsstellen und BMAS/BMG zum Austrittsabkommen • öffentlicher Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes, DVKA sowie Arbeitshilfe im Extranet
Koordinierungs- und Abkommensrecht International	
TOP 6	<p>Türkei Auslegung des Begriffs der sofort notwendige Sachleistungen und Auswirkungen auf andere Sachverhalte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bericht über die Gespräche • Weiteres Vorgehen • Auswirkungen der Gespräche auf den Bereich der Kostenabrechnung
TOP 7	Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts – aktueller Sachstand

TOP 8	Sachleistungsaushilfe für Angehörige bei bestehenden abgeleiteten Ansprüchen im Wohnstaat – aktueller Sachstand <ul style="list-style-type: none"> • Prüfung des Sorgerechts bei getrennt lebenden Eltern/ Ehegatten • Ehegatte/ anderes Elternteil in der PKV; Regelungen bei Pflegekindern • Versorgungsbezüge
TOP 9	Corona – Erstattung von Impfkosten bei vorübergehendem Aufenthalt
TOP 10	SUVA – Abrechnungen von Leistungen bei Nicht-Arbeitsunfällen mit der Schweizer Unfallkasse
TOP 11	Befristungen von Wohnortbescheinigungen durch den zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger im Rahmen der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009
Kostenabrechnung International	
TOP 12	Entwicklung der Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen
TOP 13	Forderungsübersicht
TOP 14	Kostenabrechnung durch die DGUV über den GKV-Spitzenverband, DVKA mit ausländischen Trägern
TOP 15	Übermittlung von Sammelabrechnungen getrennt nach Leistungen bei Krankheit und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
TOP 16	Kostenabrechnung nach tatsächlichem Aufwand mit Polen
Nationale Kontaktstelle	
TOP 17	Bericht über die Nationale Kontaktstelle mit den Zahlen von 2020
TOP 18	Bericht zum Sachstand zu Datenanfragen der EU <ul style="list-style-type: none"> • Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) • Verordnung (EG) Nr. 883/2004
Verschiedenes	
TOP 19	Berichte über Gespräche, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt war <ul style="list-style-type: none"> • Türkei • Niederlande
TOP 20	Weiterentwicklung von Leitfäden und Arbeitshilfen der DVKA <ul style="list-style-type: none"> • Leitfäden zur Leistungsaushilfe • Arbeitshilfen/ Brexit
TOP 21	Umgang mit fehlender Mitwirkung bei der Überprüfung der Familienversicherung mit

	Wohnsitz im Ausland
--	---------------------



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 1

Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung

Verfasser/in: DVKA

Sachverhalt:

Die Tagesordnung nebst Beratungsunterlagen zur Sitzung wurde den Teilnehmern am 09.03.2021 übermittelt.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Feststellung der Tagesordnung.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 2

Vorstellung der Organisationsänderung innerhalb der DVKA

Verfasser/in: Markus Weyres / DVKA

Anlagen:

Optional – falls keine Angaben erforderlich oder möglich, bitte diesen Abschnitt löschen

Sachverhalt:

Vor dem Hintergrund einer schärferen Profilierung und Abgrenzung der Aufgabenbereiche der DVKA hat die Geschäftsführung in Absprache mit dem Vorstand des GKV–Spitzenverbandes eine Organisationsänderung verbunden mit der Schaffung der Unterabteilungen Koordinierungs- und Abkommensrecht International (3230) sowie Kommunikation und Information International (3270) entschieden. Der GKV–Spitzenverband, DVKA stellt die seit dem 01.01.2021 geltende Organisationsstruktur dar, erläutert die neue Aufgabenzuordnung und benennt die jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner.

Lösungsvorschlag:

44T

Beschlussvorschlag:

Die Teilnehmenden nehmen den Sachverhalt zur Kenntnis.

Beratungsverlauf:





Herr Weyres führt zur Erläuterung der oben beschriebenen Organisationsänderung die folgenden Beweggründe aus:

Die bisherige Organisationseinheit 3230, Krankenversicherungsrecht International musste sowohl für die interne Kommunikation und Aufgabenabgrenzung als auch in der Außendarstellung zu anderen Bereichen des GKV-Spitzenverbands, zu den Mitgliedskassen, zu den Wettbewerbsverbänden und den zuständigen Behörden, sowie zu anderen Verbindungsstellen im In- und Ausland ein deutlich schärferes Profil erhalten. Daher hat die Geschäftsführung für die Unterabteilung 3230, Krankenversicherungsrecht International die folgenden organisatorischen Änderungen durchgeführt:

1. Aufteilung der bisherigen Unterabteilung in zwei Unterabteilungen
2. Klare Zuordnung der Aufgaben
3. Zuweisung von weiteren Aufgaben

Danach sieht die künftige Organisation mit den jeweils zugeordneten Aufgaben in diesem Bereich wie folgt aus:

1. Unterabteilung 3230, Koordinierungs- und Abkommensrecht International
 - a. 3231 Krankenversicherungsrecht und gemeinsame Angelegenheiten
 - b. 3232 Juristische Beratung und Klageverfahren
2. Unterabteilung 3270, Information und Kommunikation International
 - a. 3271, Öffentlichkeitsarbeit
 - b. 3272, Leistungsaushilfe
 - c. 3273, Information und Schulung
 - d. 3274, Sprachendienst

Das Thema „Öffentlichkeitsarbeit“, das bislang kommissarisch vom Geschäftsführer wahrgenommen wurde, wird nunmehr als zusätzliche Aufgabe in der neu geschaffenen Unterabteilung 3270 fest verortet.

Die Leitung der Unterabteilung 3230, Koordinierungs- und Abkommensrecht International hat Frau Hanna Ternes mit Wirkung zum 01.02.2021 übernommen. Herr Thomas Kreutzer leitet die Unterabteilung 3270, Information und Kommunikation International mit Wirkung vom 01.01.2021.



Beratungsergebnis:

Die Ausführungen von Herrn Weyres werden von den Teilnehmenden zur Kenntnis genommen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 3

Weiterentwicklung der Strukturen der DVKA in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen

Verfasser/in: Markus Weyres / DVKA

Sachverhalt:

Im GKV-Spitzenverband bildet die DVKA die Schnittstelle als europäischer und weltweiter Partner der Träger der sozialen Sicherheit. Sie erfüllt die ihr durch über- und zwischenstaatliches sowie durch innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben. Insbesondere gehören hierzu:

1. Vereinbarungen mit ausländischen Verbindungsstellen
2. Kostenabrechnung mit in- und ausländischen Stellen
3. Festlegung des anzuwendenden Versicherungsrechts
4. Koordinierung der Verwaltungshilfe und Durchführung des Datenaustauschs in grenzüberschreitenden Fällen
5. Aufklärung, Beratung und Information
6. Wahrnehmung der Aufgaben der nationalen Kontaktstelle (...)

(vgl. hierzu § 219a SGB V)

Um diese Aufgaben in eine transparente und leistungsfähige Organisationsstruktur abzubilden, bedient sich der GKV-Spitzenverband, DVKA dem Prinzip der Spartenorganisation. Der Grundsatz der Spartenorganisation wird ergänzt durch das Prinzip der Prozessorientierung: Fachliche Geschäftsprozesse, repräsentiert durch entsprechende Fachverfahren, werden möglichst in einer





Organisationseinheit abgebildet. Die zum 01.02.2021 umgesetzte Änderungen der Organisationseinheiten Unterabteilungen 3230, „Koordinierungs- und Abkommensrecht International“ und 3270, „Kommunikation und Information International“ setzen dieses Prinzip zur Stärkung des GKV–Spitzenverbands, DVKA um (siehe hierzu TOP 2, Vorstellung der Organisationsänderung innerhalb der DVKA).

Neben Geschäftsprozessen, die ausschließlich innerhalb einer Organisation abgebildet werden (z. B. Einkauf, Finanzbuchhaltung, Personal) bzw. nur wenige Geschäftsprozessbeteiligte außerhalb der Organisation besitzen, existieren Geschäftsprozesse, die einen engen Bezug zu den Kranken- und Pflegekassen aufweisen und organisationsübergreifend abgebildet werden müssen. Dies sind im Wesentlichen die folgenden Prozesse:

- Weiterentwicklung der fachlichen Verfahren
- Anwendbares Recht
- Krankenversicherungsrecht
- Kostenabrechnung
- Betrieb sowie Weiterentwicklung der Datenaustauschverfahren
- Informationsbereitstellung

In diesen Bereichen stellt die Verbindungsstelle das „Bindeglied“ zwischen den KV–Trägern im Inland und den Verbindungsstellen im europäischen und außereuropäischen Ausland dar. Die Verbindungen zwischen diesen Beteiligten werden über Prozessschnittstellen hergestellt. Diese Schnittstellen müssen klar definiert, leistungsfähig sein, nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrieben werden können sowie abgestimmte Qualitätsnormen einhalten.

Als Beispiele für Geschäftsprozesse und Schnittstellen zwischen den Mitgliedskassen und dem GKV–Spitzenverband, DVKA können die folgenden Verfahren genannt werden:

1. Anwendbares Recht, GKV_BUC_01
Mitteilungen über das im jeweiligen Vorgang festgelegte Recht werden künftig über ein elektronisches Datenaustauschverfahren vom GKV–Spitzenverband, DVKA an die Mitgliedskassen übermittelt. Die Übersendung eines papierbasierten Vordrucks entfällt.
2. Kostenabrechnung, national
Die Fortsetzung des internationalen (EESSI–)Geschäftsprozesses von der Verbindungsstelle zu den Mitgliedskassen und zurück wird künftig vollumfänglich elektronisch erfolgen. Der Austausch von papierbasierten Vordrucken und Dokumenten entfällt.



3. Die Weiterentwicklung der elektronischen Datenaustauschverfahren erfolgt über NAE-Betrieb und den dort eingerichteten Verfahren des Anforderungsmanagements, des Change-Managements und des Release-Managements. Die hierzu erforderlichen Schnittstellen sind mit Hilfe von entsprechenden Kollaborationssystemen (z. B. Confluence) weitestgehend elektronisch abgebildet. Komplexere Sachverhalte und umfangreichere Entscheidungen werden in den entsprechenden Gremiensitzungen vorbereitet und verabschiedet.
4. Eine Abgrenzung und Zuordnung von Themen und Schnittstellen, die mehrere Organisationseinheiten innerhalb der DVKA betreffen, werden in einem ersten Schritt innerhalb der DVKA abgegrenzt. In einem zweiten Schritt werden die Vertretern der Mitgliedskassen hierüber informiert. Diese Information erfolgt je nach Schnittstelle in den jeweiligen Gremiensitzungen (z. B. Fachkonferenz DVKA, Betrieblicher Lenkungsausschuss NAE, etc.) oder per Rundschreiben.

Darüber hinaus erfolgt die Einbindung der Interessen der Kranken- und Pflegekassen z. B. durch themenspezifische Arbeitsgruppen, wie der Ad-hoc-Gruppe zur deutsch-türkischen Kostenabrechnung. Aufgrund der guten Erfahrungen mit diesem Modell regt der GKV-Spitzenverband, DVKA an, eine weitere Ad-hoc-Gruppe zum über- und zwischenstaatlichen Leistungsrecht zu etablieren. Die Arbeitsgruppe soll anlassbezogen entweder in Präsenz oder digital tagen bzw. auf dem Schriftwege involviert werden.

Wesentliche Aufgabe ist es, die Strukturen hinsichtlich ihres Umfangs und ihrer Leistungsfähigkeit kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Dies kann und wird der GKV-Spitzenverband, DVKA nur in enger Abstimmung mit den Vertretern der Mitgliedskassen tun.

Ergebnisse dieser Abstimmungen werden im Rahmen der kurz- und mittelfristigen Haushaltsplanung berücksichtigt. Die Haushaltsplanung beinhaltet u. a. als wesentlichen Teil die Personalplanung, ebenfalls in der kurz- und mittelfristigen Perspektive. Insbesondere der mittelfristige Planungshorizont bildet in weiten Teilen eine strategische Personalplanung im Ergebnis ab.

Beratungsverlauf:

Herr Weyres erläutert die in der Beratungsunterlage ausgeführten Aspekte zur Weiterentwicklung der Strukturen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Die Ausführungen werden von den Teilnehmern zur Kenntnis genommen.



Herr Schinke (vdek) weist ergänzend darauf hin, dass insbesondere die Kommunikationsschnittstellen zwischen den Mitgliedskassen und der DVKA in einer gesonderten Veranstaltung (z. B. Adhoc–Arbeitsgruppe) noch einmal eingehender erläutert und diskutiert werden sollten. Eine weitere Befassung mit den Schnittstellen sei von besonderer Bedeutung im Hinblick auf den Bereich Kostenabrechnung, der unter Rückgriff auf die EESSI–Verfahren Ende des Jahres 2021 in Betrieb gehen soll.

Frau Reker–Barske (AOK–Bundesverband) fügt hinzu, dass vor dem Hintergrund der teilweise komplexen und neuen EESSI–Geschäftsprozesse auf Seiten des GKV–Spitzenverbandes, DVKA eine bessere interne Verzahnung der Fachbereiche mit NAE–Betrieb wünschenswert sei. Zu diesem Zweck solle der GKV–Spitzenverband, DVKA ausreichend Personalressourcen vorhalten. Frau Reker–Barske empfiehlt, diesen Wunsch nach einer angemessenen, aber ausreichenden Personalausstattung auch im Rahmen der anstehenden Haushaltsplanungen für das Jahr 2022 miteinzubringen.

Auch vor dem Hintergrund der bereits eingeführten EESSI–Geschäftsprozesse und der noch ausstehenden Einführung der EESSI–Kostenabrechnungsprozesse weist Frau Reker–Barske auf die große Bedeutung von rechtsicheren und belastbaren Spezifikationen und Publikationen des GKV–Spitzenverbandes, DVKA hin. Danach ist insbesondere den Rundschreiben ein besonderer Stellenwert beizumessen, da nach Auffassung der Mitgliedskassen sich nur durch eine Veröffentlichung als Rundschreiben die erforderliche Qualität der Rechtssicherheit mancher Aussagen erreichen lässt.

Beratungsergebnis:

Der GKV–Spitzenverband, DVKA sagt zu, dass

- die Kommunikationsschnittstellen zwischen den Mitgliedskassen und ihm in einem gesonderten Rahmen (z. B. Adhoc–Arbeitsgruppe) vertiefend erörtert werden sollen,
- er künftig noch stärker als bisher dafür sorgt, dass die Verbindlichkeit von Aussagen z. B. durch die Veröffentlichung von Rundschreiben, kenntlich zu machen und
- eine Adhoc–Arbeitsgruppe zum über- und zwischenstaatlichen Leistungsrecht zu etabliert wird.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 4

EESSI/NAE (Nationale Anbindung EESSI)

Verfasser/in: Robert Reier / DVKA

Sachverhalt:

1. Betriebskennzahlen

Bis auf die vier internationalen und die nationalen Geschäftsprozesse zur Kostenabrechnung sind zum 28.02.2020 alle Geschäftsprozesse in Verwendung.

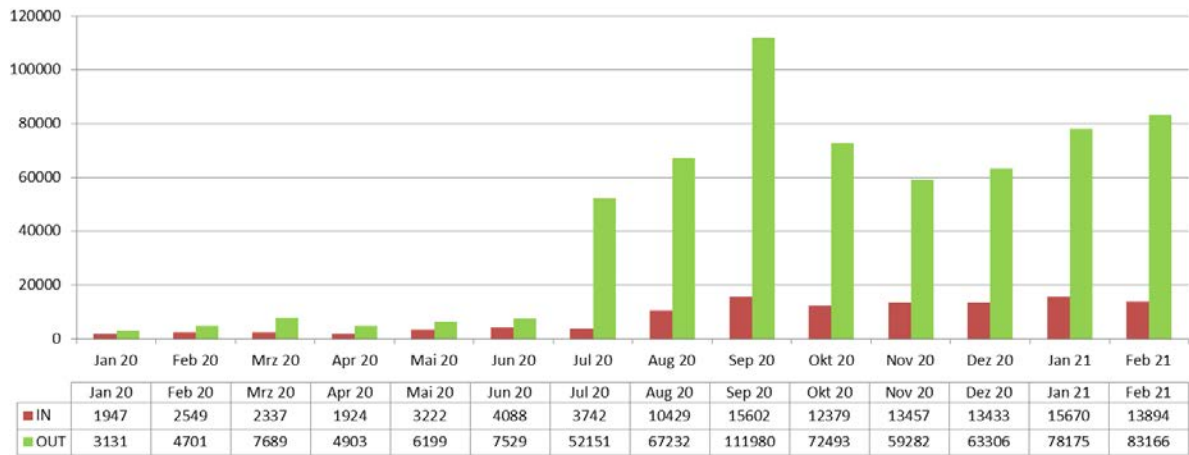
Insgesamt sind bis 28.02.2021

- 1.295.767 SEDs (Stand 04.12.2020: 937.114 SEDs)
- in 738.444 BUCs (Stand 04.12.2020: 547.539 BUCs)

übermittelt worden (eingehende und ausgehende Vorgänge).

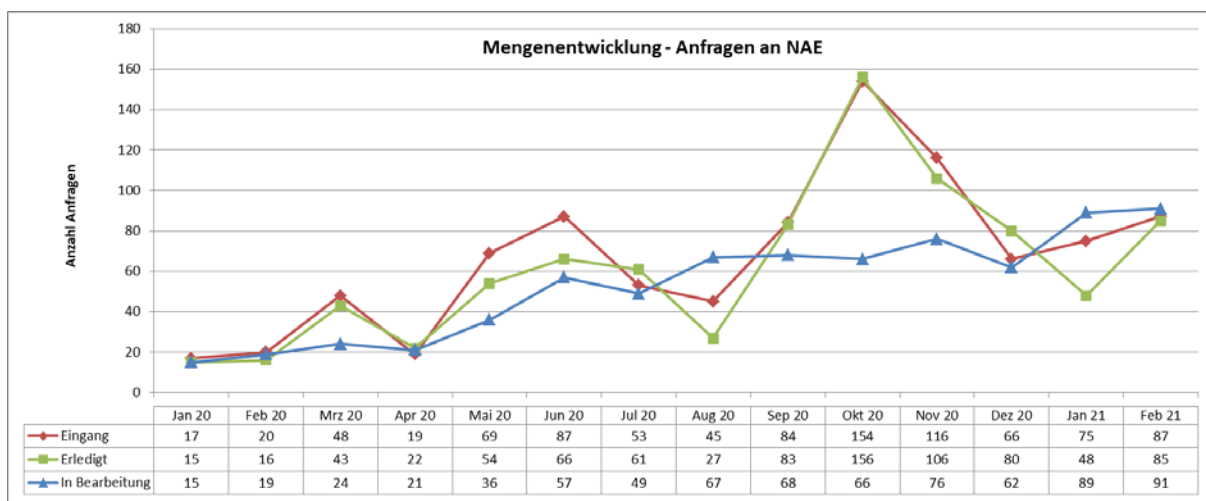
Die übermittelten BUCs verteilen sich wie folgt auf die Kalendermonate seit Januar 2020:





Im vierten Quartal 2020 lag die Zahl der ins Ausland gerichteten Vorgänge gleichbleibend bei ca. 60.000 pro Monat, mit ca. 10.000 monatlich eingehenden Vorgängen im gleichen Zeitraum. Der am häufigsten genutzte Geschäftsprozess ist LA_BUC_04 (Entsendungen) mit insgesamt 396.522 Vorgängen (72,4%).

Der hohe Wert für September 2020 resultiert aus einer besonders hohen Zahl von Entsendungen, die in den Folgemonaten – vermutlich aufgrund stark sinkender internationaler Mobilität – deutlich abnehmen. Die Menge der auf die übrigen Geschäftsprozesse entfallenden Vorgänge stieg im gleichen Zeitraum stetig an. Dieser ansteigende Gesamttrend setzt sich im Januar und Februar 2021 fort.



(Serviceanfragen und Störmeldungen sind in einem Wert zusammengefasst)



Die zeitliche Entwicklung der Anfragen an den NAE-Betrieb zeigt, dass nach der Inbetriebnahme der Rolloutgruppen 3 und 4 im Juni, Juli und August 2020 ein deutlicher Anfragenanstieg erfolgte, der mit vorhandenen Ressourcen nicht vollständig aufgefangen werden konnte, ablesbar an der kontinuierlich steigenden Zahl von in Bearbeitung befindlichen Vorgängen. Der starke Anstieg im Oktober ist auf internationale Wartungsarbeiten zurückzuführen, die einen überproportional hohen Anstieg von Nachrichten-Nichtzustellungen nach sich zogen.

Zwar konnte für die aus der Nichtzustellung von Nachrichten resultierenden Arbeitsschritte eine automatisierte Lösung gefunden werden, jedoch stellt dies nur einen von vielen Sachverhalten dar, welche den NAE-Betrieb erreichen. Insbesondere Fehladressierungen, inkorrekte Handhabung von Nachrichtenreihenfolgen, stetige technische Veränderungen im In- und Ausland sowie die Berücksichtigung von landesspezifischen Sonderkonstellationen werden stets Handarbeit bleiben. Ebenso ist zu erwarten, dass während und nach der Inbetriebnahme der Kostenabrechnungs-Prozesse weitere zusätzliche Aufwände entstehen, welche noch nicht abschließend bezifferbar sind.

2. Kostenabrechnung – Stand der Tests

Zwecks Vereinfachung und Automatisierung von Tests innerhalb der Kostenabrechnung wurde seitens der Mitgliedskassen eine Möglichkeit angefragt, eine zentrale Gegenstelle zu etablieren, gegenüber welcher die Kassensysteme automatisch Kostenabrechnungsfälle auslösen und beantwortet bekommen können. Ein solches DVKA-Testlabor nahm am 01.03.2021 den Betrieb mit der Teststufe 1c auf und konnte schon vorab durch die von Kassen ausgelösten Testfälle erfolgreich angesprochen werden. Kassenspezifische Testfälle wurden abgestimmt, die geplanten 14 Kassenworkshops wie geplant durchgeführt.

Für die Tests der Teststufe 2b wurde per 08.02.2021 ein Status erhoben, in welchem sich eine Quote durchgeführter Tests (#Testfälle/#Testkassen) von 78% ergab. Die Lücke zum Testumfang von 100% soll bis zum 31.03.2021 abgedeckt sein. Auch in den folgenden Stufen 1c und 2c sind etwaige verbliebene Restarbeiten aus 2b noch abschließbar.

3. Aktuelle Themen EU-Kommission

3a. Sachstand 80 %-Schwellenwert

Die EU-Kommission berichtet über das Erreichen des 80 %-Schwellenwertes der EESSI-BUCs. Danach haben bislang 41 BUCs den 80 %-Schwellenwert erreicht, von denen nachfolgende 18 für den GKV-Bereich relevant sind:

Horizontal	Anwendbares Recht	Recovery	Sickness
H_BUC_06 (07.06.2021)	LA_BUC_01 (03.05.2021) LA_BUC_02 (05.07.2021) LA_BUC_03 (07.06.2021) LA_BUC_04 (07.06.2021) LA_BUC_05 (07.06.2021) LA_BUC_06 (07.06.2021)	R_BUC_05 (07.06.2021)	S_BUC_01 (07.06.2021) S_BUC_01a (07.06.2021) S_BUC_02 (07.06.2021) S_BUC_03 (07.06.2021) S_BUC_04 (07.06.2021) S_BUC_05 (05.07.2021) S_BUC_06 (07.06.2021) S_BUC_15 (05.07.2021) S_BUC_17 (05.07.2021) S_BUC_24 (07.06.2021)

(Daten in Klammern zeigen das Ende der Sechsmonatsfrist an)

Am jeweils in Klammern angegebenen Datum endet für diese BUCs die Sechs-Monats-Frist, so dass ab dem 07.06.2021 bzw. 05.07.2021 alle Mitgliedstaaten diese BUCs ausschließlich elektronisch verwenden müssen.

Insbesondere für alle deutschen Institutionen bedeutet dies, dass ab diesen Zeitpunkten jedwede Nutzung von E-Formularen unterbleiben muss, sowohl ausgehend als auch eingehend. Der Austausch von Nachrichten ist dann nur noch per EESSI zulässig.

Gemäß der aktuellen Ausgabe der EU-Planungsübersicht wird es voraussichtlich nicht allen Mitgliedstaaten gelingen, diese Fristen einzuhalten (absehbare Überziehungen bei obigen BUCs: CH:3, EL:12, ES:9, LI:1, LU:7, NL:2). In diesen Fällen kann jedoch aus dem IR abgeleitet werden, dass weiterhin das Altverfahren anzuwenden ist. Mitgliedstaaten, die diese Frist überschreiten, müssen umfassende Rechenschaftsberichte an die EU-Kommission abgeben und werden dann intensiv durch die Kommission begleitet.

Nach einer laufend aktualisierten Übersicht der EU-Kommission erreichen die übrigen BUCs voraussichtlich zu folgenden Terminen den 80 %-Schwellenwert (kumulierte Darstellung) bzgl. der insg. 99 BUCs:

- 01.03.2021: 59 BUCs
- 01.05.2021: 76 BUCs
- 05.07.2021: 94 BUCs
- 06.12.2021: 99 BUCs

Anmerkungen:

1. Nach Erreichen des 80 %-Schwellenwertes beginnt die Sechs-Monats-Frist zur vollständigen Inbetriebnahme durch alle Mitgliedstaaten (Beschluss Nr. E7).
2. Es ist davon auszugehen, dass sich die oben genannten Planungszahlen noch verändern werden.



3b. EESSI-Release 2020

Das für den 18.12.2020 angekündigte Release 2020 stand am 31.12.2020 vollständig bereit und wurde durch den NAE-Betrieb umfassend analysiert. Als Ergebnis dieser Analyse konnte festgestellt werden, dass es keinerlei direkte Effekte auf das NAE-Projekt oder die Kassensysteme gibt. Insbesondere wurde das Datenmodell (CDM) nicht angepasst. Damit bleibt aus nationaler Projektsicht das Release 4.2 (bzw. genauer gesagt die Produktivversion Release 4.2.0_4.0.1) unverändert. Aktivitäten seitens der Mitgliedskassen waren nicht erforderlich.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 5

Beziehungen zum Vereinigten Königreich – Protokoll zum Handels- und Kooperationsabkommen sowie Austrittsabkommen

Verfasser/in: Linda Bojanowski / DVKA

Sachverhalt:

Seit dem 01.01.2021 findet das Handels- und Kooperationsabkommen im Verhältnis zum Vereinigten Königreich vorläufig Anwendung. Der GKV-Spitzenverband, DVKA stellt den aktuellen Sachstand zum Protokoll zur Koordinierung der sozialen Sicherheit sowie zum Austrittsabkommen dar. Es wird über die folgenden Punkte berichtet:

- Verlängerung der vorläufigen Anwendung des Protokolls,
- erste Sitzung des Sonderausschusses für die Koordinierung der sozialen Sicherheit,
- Einsatz der „European Health Insurance Card“ (EHIC) beziehungsweise „Global Health Insurance Card“ (GHIC),
- Besonderheiten zu Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit nach dem Protokoll,
- Forderung zum EESSI-Einsatz und zur Berücksichtigung der Beschlüsse der Verwaltungskommission bei der Anwendung des Protokolls,
- Teilnahme des GKV-Spitzenverbandes, DVKA an einer Besprechung zwischen den Verbindungsstellen und BMAS/BMG zum Austrittsabkommen sowie

öffentlicher Internetauftritt des GKV-Spitzenverbandes, DVKA sowie Arbeitshilfe im Extranet





1. Verlängerung der vorläufigen Anwendung des Protokolls

Die Europäische Kommission hatte Mitte Februar vorgeschlagen, das Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der EU und dem Vereinigten Königreich zwei Monate länger als ursprünglich geplant vorläufig anzuwenden. Die Verlängerung der vorläufigen Anwendbarkeit bis zum 30. April 2021 wurde inzwischen beschlossen. Durch die Verlängerung soll der juristisch-sprachlichen Überarbeitung des Abkommens sowie der Prüfung durch das Europäische Parlament und den Rat mehr Zeit verschafft werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat sich über das BMAS an der juristisch-sprachlichen Prüfung umfangreich beteiligt.

2. Erste Sitzung des Sonderausschusses für die Koordinierung der sozialen Sicherheit

Nach derzeitigem Kenntnisstand wird die erste Sitzung des Sonderausschusses für die Koordinierung der sozialen Sicherheit erst im April oder sogar Mai 2021 stattfinden.

3. Einsatz der „European Health Insurance Card“ (EHIC) beziehungsweise „Global Health Insurance Card“ (GHIC)

Bislang gilt der Grundsatz, dass alle im Umlauf befindlichen EHICs sowie Provisorische Ersatzbescheinigungen aus dem Vereinigten Königreich zu akzeptieren sind. Die weiteren Bestimmungen zum EHIC-Einsatz obliegen dem Sonderausschuss für die Koordinierung der sozialen Sicherheit. Zudem hat das Vereinigte Königreich mit der Ausgabe der Global Health Insurance Card für vom Protokoll erfasste Personen begonnen. Es wird über den aktuellen Sachstand berichtet.

4. Besonderheiten bei den Sachleistungen bei Pflegebedürftigkeit

Mit E-Mail vom 11.02.2021 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Fachkonferenz DVKA über die Besonderheiten zur Sachleistungsaushilfe bei Pflegebedürftigkeit nach dem Protokoll bis zur Beschlussfassung des Sonderausschusses informiert. Es soll ein Austausch stattfinden, ob entsprechende Sachverhalte bei den Kassenartverbänden zu beurteilen waren beziehungsweise sind. Es wird über den aktuellen Stand der Aktualisierung des Anhangs SSC-I Teil 2 zu den Leistungen bei Pflegebedürftigkeit berichtet.

5. Einsatz von EESSI und Berücksichtigung der Beschlüsse der Verwaltungskommission

Das Protokoll sieht vor, dass das EESSI-System im Verhältnis zum Vereinigten Königreich eingesetzt werden kann. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat das BMAS auf die möglichen Folgekosten, die auf bereits geringste Abweichungen vom EESSI-Standard folgen können, hingewiesen und die Relevanz des vollständigen EESSI-Einsatzes unterstrichen. Die Entscheidung über die EESSI-Verwendung liegt beim Sonderausschuss.



Zudem hat der GKV–Spitzenverband, DVKA die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Beschlüssen und Empfehlungen der Verwaltungskommission bei der Anwendung des Protokolls beim BMAS platziert. Diese können nicht ohne weiteres bei der Anwendung des Protokolls herangezogen werden. Der Sonderausschuss muss deren Berücksichtigung ebenfalls festlegen. Selbiges gilt im Übrigen für bereits gefällte sowie künftige Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs. Dieser ist nicht das zuständige Streitbeilegungsgremium für Auslegungsfragen zum Protokoll. Das Handels– und Kooperationsabkommen sieht bei strittigen Auslegungsfragen die Einleitung von Konsultationen bzw. das Anrufen von Schiedsgerichten vor.

6. Besprechung zwischen den Verbindungsstellen und BMAS/BMG zum Austrittsabkommen

Der GKV–Spitzenverband, DVKA hat an einer vom BMAS organisierten Besprechung mit dem BMG und den Verbindungsstellen der anderen Sozialversicherungszweige teilgenommen. Das BMAS hat über den aktuellen Stand des Gesetzes zur Koordinierung der sozialen Sicherheit mit dem Vereinigten Königreich Großbritannien und Nordirland (SozSichUKG) berichtet. Die Teilnehmenden haben noch offene Fragen zum Austrittsabkommen erörtert und das weitere Vorgehen abgestimmt.

7. Öffentlicher Internetauftritt des GKV–Spitzenverbandes, DVKA sowie Arbeitshilfe im Extranet

Der GKV–Spitzenverband, DVKA berichtet über den aktuellen Stand des öffentlichen Internetauftritts in Sachen Brexit sowie der Arbeitshilfe „Brexit“ im Extranet.

Beratungsergebnis:

Der GKV–Spitzenverband, DVKA berichtet über den aktuellen Stand zum Austrittsabkommen sowie zum Protokoll des Handels– und Kooperationsabkommen über die Koordinierung der sozialen Sicherheit. Die Sitzungsteilnehmenden nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Der GKV–Spitzenverband, DVKA wird in Kürze nochmals per Rundschreiben über die Besonderheiten bei der Sachleistungsaushilfe bei Pflegebedürftigkeit nach dem Protokoll bis zur Beschlussfassung des Sonderausschusses informieren.

Die Kassenartenverbände unterstützen die Forderung des GVK–Spitzenverbands, DVKA, dass sich der Sonderausschuss, sofern dieser den Einsatz des EESSI–Verfahrens im Rahmen des Protokolls vereinbart, auf eine weitestgehend unveränderte Anwendung der EESSI–Prozesse sowie „Structured Electronic Documents“ (SEDs) verständigen sollte.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 6

Türkei – Auslegung des Begriffs der sofort notwendige Sachleistungen und Auswirkungen auf andere Sachverhalte

Verfasser/in: Arkadius Markowski / DVKA, Simone Grimmeisen / DVKA

Sachverhalt:

1. Bericht über die Gespräche

Mit Schreiben vom 26.02.2021 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA über die digitalen deutsch-türkischen Gespräche am 16.02.2021 auf ministerieller Ebene informiert. Gegenstand dieser Gespräche war die Auslegung des Artikels 12 des deutsch-türkischen Abkommens über Soziale Sicherheit (deutsch-türkisches SVA) in Bezug auf den Begriff der sofort notwendigen Leistungen.

Die türkische Seite hat bestätigt, dass sie den Begriff der sofort notwendigen Sachleistungen nach ihren Rechtsvorschriften auf akute Notfallleistungen beschränkt hat. Eine einheitliche Begriffsdefinition gibt es im deutsch-türkischen SVA nicht. Dies bedeutet, dass ein Anspruch auf sofort notwendige Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt in der Türkei nur besteht, wenn

„ein medizinischer Eingriff innerhalb von 24 Stunden unmittelbar nach dem Eintritt des jeweiligen Vorfalls, wie eine plötzlich auftretende Krankheit, ein Unfall, eine Verletzung und Ähnliches vorgenommen werden muss oder solche Situationen [vorliegen], in denen man von der Annahme ausgeht, dass ein Risiko für den Verlust des Lebens und/oder der gesundheitlichen Integrität entstehen könnte, falls ein medizinischer Eingriff nicht dringend erfolgen oder ein Transport in eine Gesundheitseinrichtung vorgenommen würde“.



Des Weiteren betonte die türkische Seite, dass in diesem Zusammenhang alle von den jeweiligen Notfallmediziner*innen in einschlägigen Sachverhalten verordneten Folgebehandlungen in den jeweiligen Kliniken auch nach 24 Stunden im Rahmen des Abkommens fortgesetzt werden.

Im Rahmen der Gespräche hat man sich mündlich auf die folgenden Punkte verständigt. Die Abstimmung des Protokolls dauert noch an. Es bleibt abzuwarten, ob zu allen Punkten wie nachfolgend dargestellt auch schriftlich Einigkeit erzielt werden kann.

a) Austausch von Fallbeispielen zum Begriff der sofort notwendigen Leistungen

Beide Seiten haben vereinbart, die Auslegung des Begriffs der sofort notwendigen Leistungen nach ihren jeweiligen Rechtsvorschriften anhand von Fallbeispielen zu erläutern und diese im Nachgang zu den Gesprächen auszutauschen.

b) Gegenseitiger Forderungsausgleich

Beide Seiten haben zugesichert, dass jede Seite die Feststellungen des Leistungserbringers im Staat des vorübergehenden Aufenthalts hinsichtlich der Frage, welche Sachleistungen im Rahmen des Artikels 12 Absatz 1 Buchstabe b) des deutsch-türkischen SVA erbracht werden können, akzeptiert und die daraus resultierenden Kosten erstattet. Die Möglichkeit der Prüfung anderer Angaben im Rahmen der Kostenabrechnung bleibt hiervon unberührt.

c) Gegenseitige Information

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat betont, dass die gegenseitige Sachleistungsaushilfe im Sinne des deutsch-türkischen SVA nur funktionieren, wenn über Änderungen, die Auswirkung auf die Auslegung des Abkommens haben, im Vorfeld informiert wird. Dies ist im vorliegenden Fall nicht erfolgt. Es konnte Einvernehmen erzielt werden, dass sich in Zukunft beide Seiten im Vorfeld über etwaige Änderungen informieren.

d) Bereits bestehende oder chronische Erkrankungen

Die türkische Seite hat darauf hingewiesen, dass die Anzahl der ausgestellten Vordrucke T/A 12 im Jahr 2020 auf das drei bis vierfache im Vergleich zu den Vorjahren angestiegen sei und eine Umgehung der Änderung der Definition der sofort notwendigen Leistungen in den Raum gestellt. Aufgrund dessen hat sie eine Anpassung des Vordrucks T/A 12 in der Gestalt vorgeschlagen, dass zukünftig bei chronischen Erkrankungen die Diagnose eingetragen werden soll. Man hat sich darauf verständigt, diesen Punkt im Nachgang zu den Gesprächen näher zu erörtern. Um eine klare Ausgangsposition für die weiteren Verhandlungen zu haben und eine Vermischung der Themen T/A 11 und T/A 12 zu vermeiden, möchten wir betonen, dass der Vordruck T/A 12 –



abgesehen von geplanten Behandlungen – nur bei bereits bestehenden oder chronischen Erkrankungen ausgestellt werden sollte.

2. Weiteres Vorgehen

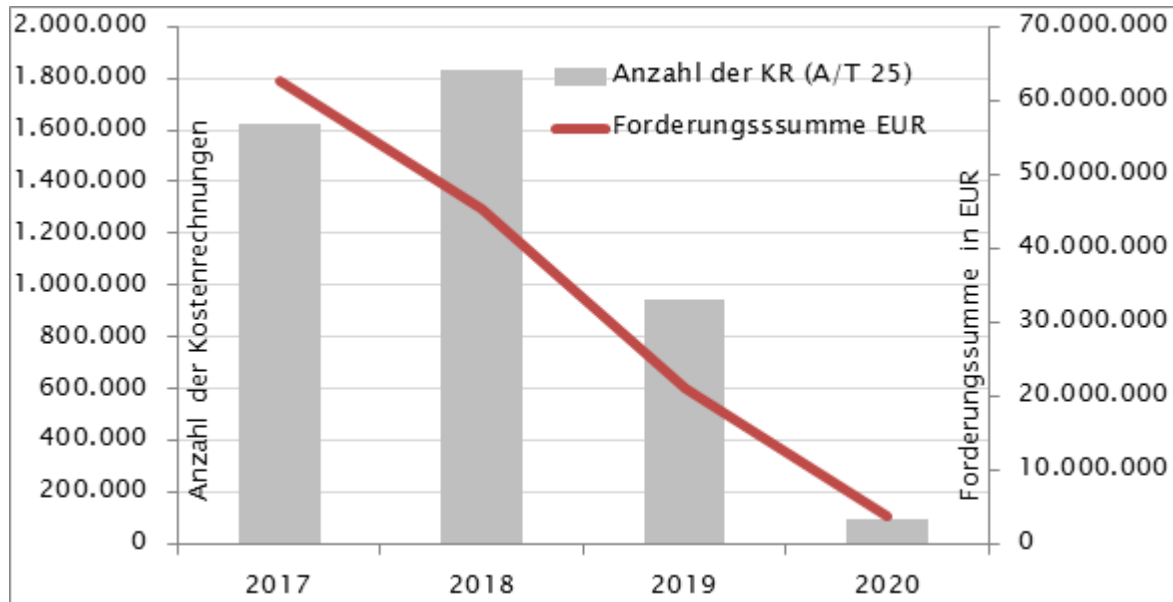
Der GKV–Spitzenverband, DVKA gibt im Rahmen der Sitzung einen ersten Überblick zu den Vor- und Nachteilen möglicher Handlungsoptionen für die zukünftige Vorgehensweise bei der Anwendung des deutsch–türkischen SVA in Bezug auf die Sachleistungsaushilfe. Dies betrifft z. B. das Verfahren für die Leistungsanspruchnahme von in der Türkei versicherten chronisch erkrankten Personen bei vorübergehendem Aufenthalt in Deutschland. Aufgrund einer Vereinbarung zwischen den Verbindungsstellen aus dem Jahr 2014 erhalten diese Personen mit dem A/T 11 Leistungen. In umgekehrten Fällen erfolgt die Leistungsanspruchnahme mit dem T/A 12, vgl. unserer Rundschreiben 2014/245. Es soll ein erster Austausch erfolgen, der im Nachgang zur Sitzung fortgeführt werden wird.

3. Auswirkungen der Gespräche auf den Bereich der Kostenabrechnung

Nach den deutsch–türkischen Gesprächen auf ministerieller Ebene kann es als gesichert gelten, dass die Türkei zumindest mittelfristig nicht mehr zu dem vor September 2019 angewandten weiten Leistungsbegriff gem. Artikel 12 Buchstabe b) des deutsch–türkischen SVA zurückkehren wird.

Als unmittelbare Folge dürfte sich die Anzahl der türkischen Kostenrechnungen für vorübergehende Aufenthalte von deutschen Versicherten in der Türkei mittelfristig auf einem vergleichsweise geringen Niveau verstetigen. Sollten darüber hinaus zukünftig weniger Formulare T/A 12 ausgestellt werden als zuletzt (vgl. Punkt 1 d), wird es voraussichtlich – trotz steigender Reisetätigkeit in post–Pandemie Zeiten – zu einem weiteren Rückgang in der Anzahl der Kostenrechnungen und der Forderungssumme kommen. Die bisherige Entwicklung zeigt sich hier:

Abb. 1 Entwicklung der türkischen Forderungen gegenüber Deutschland (tatsächlicher Aufwand)

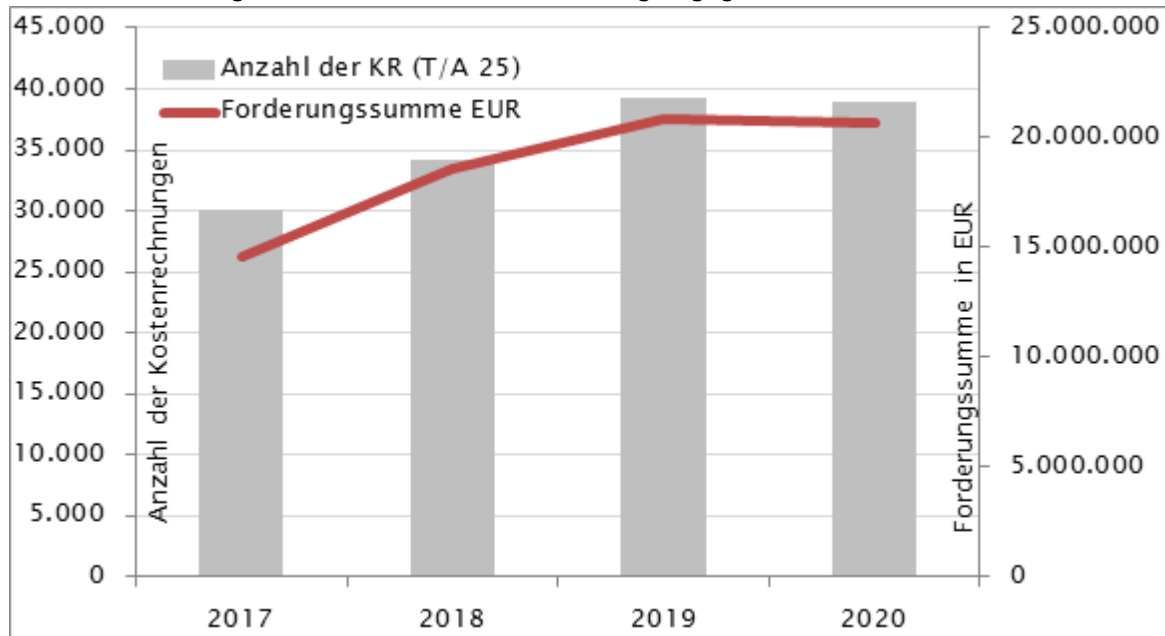


Sofern sich der dargestellte Trend verstetigt, hätte dies zur Folge, dass die bisherigen Probleme bei der administrativen Bewältigung der hohen Anzahl an Kostenrechnungen – insbesondere im Zusammenhang mit potentiellen Beanstandungen – zukünftig kaum mehr ins Gewicht fallen.

Unter der Annahme, dass sich die türkischen Forderungen nach pauschalem Aufwand auf einem konstanten Niveau von umgerechnet rund 8,5 Mio. EUR pro Leistungsjahr halten, wird der starke Rückgang bei den Forderungen nach tatsächlichem Aufwand (zuletzt 3,7 Mio. EUR p. a.) gleichwohl zu einer neuen Herausforderung in der deutsch-türkischen Kostenabrechnung führen.

Denn während das Forderungsverhältnis der beiden Staaten bisher dadurch gekennzeichnet war, dass der Gesamtbetrag der türkischen Forderungen regelmäßig den Gesamtbetrag der deutschen Forderungen überstieg, wird sich diese Situation voraussichtlich zeitnah in das Gegenteil verkehren. Grund hierfür ist die o. g. rückläufige Entwicklung bei den türkischen Gesamtforderungen, die aufsteigende bzw. konstant hohe deutsche Gesamtforderungen trifft (vgl. Abb. 2).

Abb. 2 Entwicklung der deutschen Gesamtforderungen gegenüber der Türkei



Dies hat zur Folge, dass bei einer Gegenüberstellung der gegenseitigen Gesamtforderungen die Forderungen der deutschen Seite inzwischen höher sind als die der türkischen Seite. Selbst im Falle einer einseitigen Verrechnung könnten also nicht alle deutschen Forderungen gedeckt werden. Insofern werden die deutschen Träger perspektivisch noch in einem stärkeren Maße als bisher auf regelmäßige und zeitnahe Zahlungen durch die türkische Seite angewiesen sein.

Vor dem Hintergrund dieser Ausgangslage hat der GKV-Spitzenverband, DVKA im Laufe des vergangenen Jahres mehrfach schriftlich die Begleichung deutscher Forderungen im Rahmen von direkten Zahlungen bei der türkischen Seite eingefordert. Erfreulicherweise konnte infolgedessen in 2020 insgesamt ein Zahlungseingang von 21 Mio. EUR verbucht werden; und damit etwas mehr als die Gesamtsumme der in 2020 eingereichten deutschen Forderungen (s.o.).

Zudem ist im Protokollentwurf zu den jüngsten deutsch-türkischen Gesprächen festgehalten, dass die türkischen Träger – selbst bei abweichenden Leistungsbegriffen im Bereich der sofort notwendigen Sachleistungen – die Kosten erstatten, die während eines vorübergehenden Aufenthalts von türkischen Versicherten in Deutschland anfallen.

Trotz der beiden zuletzt genannten Punkte macht die oben dargestellte Entwicklung deutlich, wie dringlich aus deutscher Sicht die Vereinbarung von klaren Regeln der Kostenabrechnung mit der türkischen Seite ist.



Dabei könnte die deutlich veränderte Ausgangslage aber auch dazu führen, dass sich die strategischen Interessen der deutschen Krankenkassen und des GKV-Spitzenverbands, DVKA hinsichtlich möglicher Kostenabrechnungsvorschriften zur Umsetzung des deutsch-türkischen SVA aktuell ggfs. anders darstellen als noch bei der letzten Sitzung der Ad-hoc Gruppe zur deutsch-türkischen Kostenabrechnung festgehalten. Während zu Beginn des Jahres 2020 Zahlungsfristen analog den EU-Verordnungen als ausreichend angesehen wurden, könnten die deutschen Träger mit Blick auf die gegenseitige Forderungsentwicklung beispielsweise inzwischen ein Interesse an deutlich kürzeren Zahlungsfristen haben. Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband, DVKA vor, im Nachgang zur FK DVKA ein Webex-Treffen der o. g. Ad-hoc Gruppe anzusetzen. Ziel ist es, dort die Handlungsoptionen und -positionen sowie die Gesprächsstrategie in Bezug auf die, aus Sicht des GKV-Spitzenverbands, DVKA zeitnah gebotenen deutsch-türkischen Verbindungsstellengespräche zu erörtern. Das Ergebnis der letzten Sitzung der Ad-hoc Gruppe zur deutsch-türkischen Kostenabrechnung sollte dabei nochmals vor dem Hintergrund der veränderten Ausgangslage beleuchtet werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Mitglieder der FK DVKA im Nachgang über die Schlussfolgerungen informieren und ggf. weitere Abfragen einleiten.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert über das Ergebnis der deutsch-türkischen Regierungsgespräche. Die Sitzungsteilnehmenden nehmen die Ergebnisse zur Kenntnis.

Zu Punkt 1 d) wird angeregt, schnellstmöglich einen neuen Vordruck T/A 12 zu vereinbaren, der weiterhin je ein Ankreuzfeld für geplante Behandlung und für bereits bestehende/chronische Erkrankung enthält, ergänzend ein Klartextfeld zur Angabe der Diagnose in Textform oder als ICD-Schlüssel sowie ein Feld für die Angabe des Gültigkeitszeitraums von-bis. Der Vordruck soll für jede Person separat ausgestellt werden. Für die Übergangszeit wird angeregt, bereits jetzt eine Anpassung des Vordrucks T/A 12 vorzunehmen. Es wird vorgeschlagen, in den Feldern für die Tage/ Wochen einen Gültigkeitszeitraum einzutragen. Des Weiteren soll auch die Diagnose in Form des ICD-Schlüssels eingetragen werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt zu, eine vorzeitige Anpassung des Vordrucks zu prüfen.

Die Kassenartenverbände weisen darauf hin, dass aus den Merkblättern für die Versicherten deutlich werden muss, dass der Anspruch bei vorübergehenden Aufenthalten nach den türkischen Rechtsvorschriften auf eng begrenzte Notfallleistungen beschränkt ist und sie daher bei Urlaub beziehungsweise längeren Aufenthalten in der Türkei eine private Absicherung benötigen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt zu, dass er eine entsprechende Information im Merkblatt „Urlaub



in der Türkei“ einfügen wird. Weiterhin regen die Kassenartenverbände an, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA über die mit den Gesprächen nun feststehende Änderung der Auslegung des Begriffs der sofort notwendigen Leistungen nach Artikels 12 des deutsch-türkischen SVA der türkischen Seite und die Auswirkungen auf die Sachleistungsaushilfe mit einem Rundschreiben informiert. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt dies zu.

Des Weiteren wurde erörtert, ob im Rahmen eines Erstattungsanspruchs nur Notfallleistungen erstattet werden können oder ob die Möglichkeit besteht, neben den Notfallleistungen auch weitere Leistungen – die beispielsweise im deutschen Recht beansprucht werden könnten – zu erstatten. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie in diesen Fällen mit der 1000 €-Grenze umgegangen werden soll. Wie im Rundschreiben Nr. 2010/89 dargestellt, wurde mit dem BAS, ehemals BVA, abgestimmt, dass in Bezug auf Abkommensstaaten eine Anfrage der Erstattungssätze im Aufenthaltsstaat erst bei Beträgen über 1000 € vorzunehmen ist. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt zu, beide Punkte zu prüfen und über das Ergebnis zu informieren. Weiterhin erläutert der GKV-Spitzenverband, DVKA das mögliche weitere Vorgehen insbesondere zu der Frage der chronische erkrankten Versicherten, die derzeit die Leistungen mit dem Vordruck A/T 11 in Deutschland erhalten können. Hierzu werden die möglichen Vor- und Nachteile dargestellt. Es besteht Einvernehmen, dass dieser Punkt im Rahmen der Ad-hoc-Gruppe zur deutsch-türkischen Kostenabrechnung erörtert werden soll.

Die Kassenartenverbände nehmen die Entwicklungen im Bereich der Kostenabrechnung zwischen Deutschland und der Türkei zur Kenntnis und sprechen sich dafür aus, die sich hieraus ergebenden Handlungsoptionen – wie vom GKV-Spitzenverband, DVKA vorgeschlagen – ausführlich im Rahmen einer Sitzung der Ad-hoc Gruppe zur deutsch-türkischen Kostenabrechnung zu erörtern. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird einen entsprechenden Terminvorschlag unterbreiten.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 7

Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland im Rahmen des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts – aktueller Sachstand

Verfasser/in: Arkadius Markowski / DVKA

Sachverhalt:

Im Rahmen der letzten Sitzung am 05.11.2020 fand ein Austausch über die Auswirkungen der Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland auf die Kranken- und Pflegeversicherung in grenzüberschreitenden Sachverhalten statt. Es wurde vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA hierzu ein Merkblatt für geringfügig beschäftigte Personen erstellt. Weiterhin wurde der GKV-Spitzenverband, DVKA 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.

Im Nachgang zur Sitzung hat der GKV-Spitzenverband, DVKA einen ersten Entwurf des Merkblatts erstellt. Um die verschiedenen Adressatenkreise bestmöglich zu informieren, wird es einzelne Merkblätter für die Personenkreise der Rentner, Arbeitnehmer und Familienangehörige geben. Diese sollen in Kürze fertiggestellt und veröffentlicht werden.

Nach Rücksprache mit dem BMAS hat sich der GKV-Spitzenverband, DVKA mit den anderen Nachbarstaaten bezüglich der Frage, ob die mit Dänemark, Luxemburg und Österreich geltende





Ausnahmeregelung auch auf diese Staaten erweitert werden kann, in Verbindung gesetzt. Sobald Antworten der Nachbarstaaten vorliegen, wird über die Ergebnisse informiert.

Am 24.02.2021 hat die schweizerische Seite den GKV-Spitzenverband, DVKA überraschenderweise darüber informiert, dass – anders als bisher von ihr vertreten – nach ihrer Auffassung Personen, die eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, auf Grund des Erwerbortsprinzips nach Art. 11 Abs. 3 Buchstabe a) Verordnung (EG) Nr. 883/2004 den Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates zu unterstellen seien. Weiterhin vertritt die schweizerische Seite die Auffassung, dass die Möglichkeit der Beibehaltung der Krankenversicherung im nicht zuständigen Staat dem Gedanken des Koordinationsrechts zuwider liefe, welches die anwendbaren Rechtsvorschriften abschließend festlegt. Im Ergebnis teilt die schweizerische Seite mit, dass sie aus den dargelegten Gründen der Ansicht ist, dass eine Person, welche infolge Ausübens lediglich einer geringfügigen Beschäftigung den Rechtsvorschriften eines Staates untersteht, sich auch in der Krankenversicherung dieses Staats zu versichern habe. Die Ausnahmeregelung findet dementsprechend im Verhältnis zur Schweiz keine Anwendung mehr.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA beabsichtigt, in Kürze das Rundschreiben 2020/846 entsprechend anzupassen und den Krankenkassen eine korrigierte Version des Rundschreibens zur Verfügung zu stellen.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert die Teilnehmenden über die nächsten Schritte – insbesondere über die Aktualisierung des Rundschreibens. Die Kassenartenverbände merken hierzu an, dass es eine Regelung für Bestandsfälle geben müsse. Außerdem wird eine fundierte Argumentationsdarstellung für die Krankenkassen gewünscht. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird diese Anregungen aufgreifen und prüfen. Im Vorfeld der Sitzung wurde den Kassenartenverbänden ein Merkblattentwurf zur Verfügung gestellt. Die Kassenartenverbände werden dem GKV-Spitzenverband, DVKA ihre Anmerkungen im Nachgang zur Sitzung übermitteln.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 8

Sachleistungsaushilfe für Angehörige bei bestehenden abgeleiteten Ansprüchen im Wohnstaat – aktueller Sachstand

Verfasser/in: Arkadius Markowski / DVKA

Sachverhalt:

Im Rahmen der letzten Sitzung am 05.11.2020 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA über die Sachleistungsaushilfe für Angehörige bei bestehenden abgeleiteten Ansprüchen im Wohnstaat informiert. Er hat erörtert, dass hierzu ein Austausch zwischen dem BMAS und dem BAS erfolgen sollte.

Am 16.02.2021 hat das BMAS den GKV-Spitzenverband, DVKA darüber informiert, dass die vom GKV-Spitzenverband, DVKA vertretene Auffassung sowohl vom BMAS als auch vom BAS bestätigt wird. In Fällen des Art. 32 VO 883/04 soll bei zwei abgeleiteten Ansprüchen für den Familienangehörigen auf den Wohnsitz des Kindes abgestellt werden. Dies gilt auch in Fällen, in denen ein Elternteil privat krankenversichert ist.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird über die Ergebnisse in einem Rundschreiben informieren.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmenden nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Seitens der Kassenartenverbände wird angeregt, dass das Rundschreiben eine nachvollziehbare Begründung der Rechtslage, Informationen zum Ausscheiden aus der Versicherung sowie zum Klageverfahren beinhalten solle. Hierbei gehe es vor allem um die Frage, in welchem Staat bei zwei bestehenden





abgeleiteten Ansprüchen ein Klageverfahren angestrebt werden könne. Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt die Ausführungen zur Kenntnis und wird die Anregungen prüfen.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 9

Corona – Erstattung von Impfkosten bei vorübergehenden Aufenthalten

Verfasser/in: Nils Ermert / BARMER

Sachverhalt:

Die BARMER erreichen inzwischen vereinzelte Anfragen zur Kostenübernahme einer Corona-Impfung im Ausland. Die TK berichtete ebenfalls von ähnlichen Anfragen.

Bisher liegen zwar – letztlich aufgrund der Impfstoffknappheit – noch keine konkreten Anträge vor, aber die Kassen sollten sich hier auf eine einheitliche Vorgehensweise verständigen. Fakt scheint zu sein, dass viele EU-Staaten Personen, die sich zwar längerfristig, aber formal nur vorübergehend im Land aufhalten, die Impfung verweigern. Auch Deutschland macht die Impfung zu Lasten der Bundesrepublik davon abhängig, dass jemand seinen Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland hat. Dies betrifft insbesondere Versicherte, die als entsandte Arbeitnehmer oder als Studenten für längere Zeit in einem anderen EU-Staat aufhalten.

Es kann nicht sinnvoll oder gewollt sein, dass diese Personen alle gezwungen sind, zur Erlangung eines Impfschutzes für mehrere Wochen nach Deutschland zurückzukehren. Sofern diese Personen zukünftig im Aufenthaltsstaat die Möglichkeit haben, eine Impfung gegen SARS-CoV-2 gegen Bezahlung zu erhalten, sollten diese Kosten erstattet werden.





Gleichzeitig gilt es, möglichen Impftourismus zu unterbinden. Bei gezielten Auslandsreisen mit dem Hintergrund, möglicher Weise schneller an eine Impfung zu kommen, müssen Erstattungen möglichst vermieden werden. Das Thema sollte kein Vertriebsargument werden.

Weiter Fragestellung in diesem Zusammenhang ist, ob die GKV für die SARS-CoV-2-Impfung überhaupt der zuständige Kostenträger ist. Nur dann könnten die Kassen die Impfkosten bei entsandten Arbeitnehmern oder Studenten rechtssicher erstatten.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erörtert die Rechtslage anhand der beigefügten Präsentation. Des Weiteren wird der GKV-Spitzenverband, DVKA in Kürze im Extranet eine Arbeitshilfe, die die verschiedenen Fallkonstellationen (Wohnort/vorübergehender Aufenthalt in Deutschland bzw. im Ausland) behandelt, zur Verfügung stellen.





TOP 9: Corona – Erstattung von Impfkosten

bei Wohnort oder vorübergehendem Aufenthalt
in Deutschland oder im Ausland



Wohnort / vorübergehender Aufenthalt in Deutschland

1. Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthaltsort in Deutschland

- Anspruch nach CoronaimpfV
- auch bei Versicherung in einem anderen EU-/EWR-Staat/Schweiz/Abkommensstaat
- aber: keine Sachleistungsaushilfe, weil keine Leistung bei Krankheit, die über die GKV abgerechnet wird

2. Vorübergehender Aufenthalt in Deutschland

- kein Anspruch nach CoronaimpfV, VO (EG) 883/04 oder SVA bei Versicherung im Ausland
- keine Sachleistungsaushilfe, weil keine Leistung bei Krankheit, die über die GKV abgerechnet wird

Wohnort im Ausland

- **Anspruch auf Impfung in Deutschland**
 - nach CoronaimpfV bei Versicherung in Deutschland
- **Anspruch auf Impfung im Ausland**
 - nach nationalen Rechtsvorschriften oder
 - nach Art. 17, 24 VO (EG) 883/04 oder SVA, falls Impfung zum Leistungskatalog des Trägers des Wohnstaates zählt
 - Kostenabrechnung durch ausländischen Träger nach Art. 35 VO (EG) 883/04 oder SVA möglich

Vorübergehender Aufenthalt im Ausland

- **Anspruch auf Impfung in Deutschland (z. B. für entsandte Personen)**
 - nach CoronalmpfV bei Versicherung/Wohnsitz in Deutschland
- **Anspruch auf Impfung im Ausland**
 - nach nationalen Rechtsvorschriften oder
 - nach Art. 19, 27 VO (EG) 883/04 oder SVA, falls Impfung zum Leistungskatalog des Trägers des Aufenthaltstaates zählt und medizinisch/sofort notwendig ist
 - Kostenabrechnung durch ausländischen Träger nach Art. 35 VO (EG) 883/04 oder SVA möglich
 - Erstattungsanspruch nach Art. 25 Abs. 5 VO (EG) 987/09 möglich
 - kein Anspruch nach Art. 20 VO (EG) 883/04, weil keine Leistung der GKV
 - kein Erstattungsanspruch nach Art. 26 VO (EG) 987/09

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 10

SUVA – Abrechnung von Leistungen bei Nicht Arbeitsunfällen mit der Schweizer Unfallkasse

Verfasser/in: Marie-Kristin Marxl / DAK-Gesundheit

Sachverhalt:

Gemäß Anhang XI, Schweiz Nr.4 VO (EG) müssen Leistungen bei Nichtarbeitsunfällen, für die ein Anspruch gegenüber der SUVA (Schweizer Unfallkasse) bescheinigt wird, von den deutschen Kassen nicht mit dem zuständigen Schweizer Krankenversicherungsträger, sondern direkt mit der SUVA abgerechnet werden. Ansprüche gegenüber der SUVA werden der deutschen (ggf. aushelfenden) Krankenkasse mit einem Anspruchsvordruck E 112 bescheinigt.

Problem:

Es gibt verschiedene Personenkreise, die ggf. einen Anspruch gegenüber der SUVA haben. Dies sind zum einen

- Personen, die in der Schweiz versichert, zusätzlich einen SUVA-Anspruch haben und bei einer deutschen KK eingeschrieben sind
- und zum anderen
- Personen, die in Deutschland versichert sind und aus vorherigem Bezug zur Schweiz Ansprüche gegenüber der SUVA haben.

Aufgrund der Heterogenität der Personenkreise ist eine Identifikation der Anspruchsberechtigten und eine gesonderte Abrechnung dieser Leistungen in der genutzten Software der Ersatzkassen





nicht möglich. Demnach ist auch eine Anbindung der SUVA–Abrechnung an EESSI aktuell nicht möglich und bisher durch keine Kassensoftware der Ersatzkassen vorgesehen (s. Mail vom 18.12.2020). Die Integration dieses Prozesses in die Software der Kassen sowie eine Anbindung an EESSI würde einen erheblichen Programmieraufwand bedeuten, welche die geringe Fallzahl nicht rechtfertigt. Würde dieser Programmieraufwand in Kauf genommen, könnte eine Softwareanpassung und Anbindung an EESSI keinesfalls zur Produktivsetzung der Kostenabrechnungs–BUCs umgesetzt werden (lt. Absprache hkk – BITMARCK frühestens ab dem 2. Halbjahr 2022).

Es ist daher die Frage zu beantworten, ob auch nach Einführung von EESSI für die Kostenabrechnungs–BUCs das Papier–Abrechnungsverfahren für die SUVA–Fälle fortgeführt wird.

Beratungsergebnis:

Der GKV–Spitzenverband, DVKA weist darauf hin, dass bei der Abrechnung von auf Grundlage eines PD S2 erbrachten Sachleistungen bei Nichtberufsunfall (NBU) in Deutschland die Kosten zu ermitteln sind. Die Kostenabrechnung (zurzeit Vordruck E 125) ist an den schweizerischen UV–Träger zu richten (Feld NBU ist anzukreuzen) und wird über den GKV–Spitzenverband, DVKA an die GE KVG weitergeleitet.

Nur bei den genannten Sachverhalten, in denen die betreffenden Personen den schweizerischen Rechtsvorschriften unterliegen und in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind (siehe 1. Spiegelstrich), dürfen dem schweizerischen Unfallversicherungsträger nur 50 % der entstandenen Kosten in Rechnung gestellt werden – vgl. Anhang XI, Schweiz Nr. 4 VO (EG) 883/04.

Der GKV–Spitzenverband, DVKA berichtet in diesem Zusammenhang, dass per Mail am 14.12.2020 die Kassenverbände gefragt wurden, ob sie die genannte Besonderheit bei der Kostenabrechnung bei der Anwendung von EESSI in ihren Systemen berücksichtigt haben. Die Mehrheit der Kassenartenverbände hat mitgeteilt, dass es Probleme bei der technischen Umsetzung dieser Abrechnungsbesonderheit geben würde.

Da eine Direktabrechnung einer deutschen Krankenkasse auf Papier mit einem schweizerischen UV–Träger nicht wünschenswert ist, wird – sobald eine Antwort aus der Schweiz vorliegt – der GKV–Spitzenverband, DVKA die Kassenartenverbände nochmals zu einem Gespräch einladen und die Vorgaben zu den Besonderheiten der Abrechnungen von Leistungen bei NBU erläutern. Darüber hinaus wird der GKV–Spitzenverband, DVKA diese Thematik mit anderen, von der Anhangsvorschrift betroffenen Staaten (insbesondere Österreich und Frankreich) erörtern, da



diese Staaten ebenfalls Probleme mit der Umsetzung dieser Regelung haben – wenn auch ggf. aus unterschiedlichen Gründen. Bei übereinstimmender Einschätzung der Verbindungsstellen dieser drei Staaten könnte noch überzeugender gegenüber den jeweiligen zuständigen Behörden argumentiert werden, sich für eine Anpassung der entsprechenden Anhangsvorschrift einzusetzen.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 11

Befristungen von Wohnortbescheinigungen durch den zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger im Rahmen der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009

Verfasser/in: Elisabeth Reker-Barske / AOK-Bundesverband

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert im Leitfaden „Leistungsaushilfe – Gewöhnlicher Aufenthalt (Wohnortfall)“ unter dem Abschnitt D 1, dass eine Anspruchsbescheinigung für den Wohnortfall (S1, S072, E106, E109 oder E121) vom zuständigen Träger grundsätzlich unbefristet auszustellen ist. Sie gilt solange,

- bis der zuständige Träger den Träger des Wohnorts über den Widerruf der Anspruchsbescheinigung informiert hat, oder
- bis der Träger des Wohnorts den zuständigen ausländischen Träger über die Streichung/Beendigung der Einschreibung informiert hat.

Eine Wohnortbescheinigung kann in Ausnahmefällen von vorne herein befristet ausgestellt werden, beispielsweise für rückwirkend geltende Zeiträume oder wenn bereits bekannt ist, wann die Versicherung endet (z.B. bei befristeten Arbeitsverhältnissen) oder ein anstehender Statuswechsel (Arbeitnehmer/Rentner) absehbar ist (vgl. auch Abschnitt D 1.3 im oben genannten Leitfaden). In der Praxis hat sich gezeigt, dass zuständige ausländische Versicherungsträger aus nahezu allen Mitgliedstaaten in einer Vielzahl von Fällen befristete Anspruchsbescheinigungen bei Wohnort in Deutschland ausstellen. Die meisten sind auf ein Jahr befristet, aber auch darüber





hinaus. Befristungen von drei bis fünf Jahren sind dabei häufig. Es liegen aber auch befristete Wohnortbescheinigungen von 10 Jahren und mehr vor.

Die zuständigen ausländischen Versicherungsträger verweisen auf Nachfrage auf ihre Entscheidung, eine befristete Anspruchsbescheinigung ausgestellt zu haben. So haben die AOKs auf Nachfrage bei ausländischen Versicherungsträgern z.B. aus Norwegen Folgendes mitgeteilt bekommen:

“The Nordic countries have a fixed practice when issuing an S1 document with fixed period. This practice is pursuant to Regulation 883/2004 Art. 17, cf. Regulation 987/2009 Art. 24 who do not set any limits with respect to issuing S1 document with fixed period.”

Es ist in der Kassenpraxis nicht möglich, eine vom zuständigen ausländischen Versicherungsträger befristete Wohnortbescheinigung unbefristet einzuschreiben. Für eine sichere und transparente Abwicklung der Betreuungsaufträge aus dem EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz muss auf Grundlage der vom zuständigen ausländischen Versicherungsträger übermittelten Anspruchsbescheinigung eingeschrieben werden. Unabhängig davon gilt der Beschluss S6, so dass weder befristete noch unbefristete Wohnortbescheinigungen aus dem Ausland mehr Rechtssicherheit bedeuten.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist darauf hin, dass der zuständige Träger nach Art. 24 VO (EG) Nr. 987/2009 Anspruchsbescheinigungen grundsätzlich unbefristet auszustellen hat und sie nur in begründeten Ausnahmefällen befristen darf, z. B. wenn von Beginn an feststeht, dass der Anspruch nur für eine begrenzte Zeit besteht. Ansonsten ist das Enddatum bei den Anspruchsbescheinigungen offen zu lassen.

Der aushelfende Träger hat befristete Wohnortbescheinigungen aus dem EU-/EWR-Ausland oder der Schweiz unabhängig von der Dauer der Befristung grundsätzlich für den angegebenen Zeitraum zu akzeptieren und gegenüber dem zuständigen Träger zu bestätigen, außer es bestehen begründete Zweifel gegen die Befristung. Die regelmäßige Überprüfung (Bestandspflege) der Betreuungsfälle entsprechend dem Beschluss S6 findet auch bei befristeten Wohnortbetreuungsfällen statt. Der Rechnungsausschuss wird sich im November 2021 mit der Thematik erneut befassen.



Die Sitzungsteilnehmer haben entschieden, den TOP 21 „Umgang mit fehlender Mitwirkung bei der Überprüfung der Familienversicherung mit Wohnsitz im Ausland“ an dieser Stelle ebenfalls zu erörtern. Bei der Problematik der fehlenden Mitwirkung bei der Übersendung von Familienfragebögen teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass seit Jahren eine Entscheidung des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) zu der Frage aussteht, was von den Krankenkassen zu tun ist, wenn die betreffenden Personen die Familienfragebögen nicht ausfüllen bzw. zurückschicken. In diesem Zusammenhang wird erörtert, dass eine Abmeldung aufgrund einer fehlenden Mitwirkung der betreffenden Person nicht erfolgen darf, da nach EG- bzw. Abkommensrecht ein Anspruch auf Leistungen im Wohnstaat besteht, solange die betreffende Person die Voraussetzungen als Familienangehöriger nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats erfüllt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat das BAS regelmäßig u. a. an diese Angelegenheit erinnert, zuletzt mit Schreiben vom 11.03.2021. Bisher ist jedoch keine Antwort erfolgt. Daher wird vorgeschlagen, dass sich die Kassenartverbände ebenfalls beim BAS für die Beantwortung der offenen Themen einsetzen sollten. Sobald eine Antwort des BAS vorliegt, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA hierüber informieren.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 11.05.2021

TOP 12

Entwicklung der Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen

Verfasser/in: Philipp Jaeschke / DVKA

Sachverhalt:

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

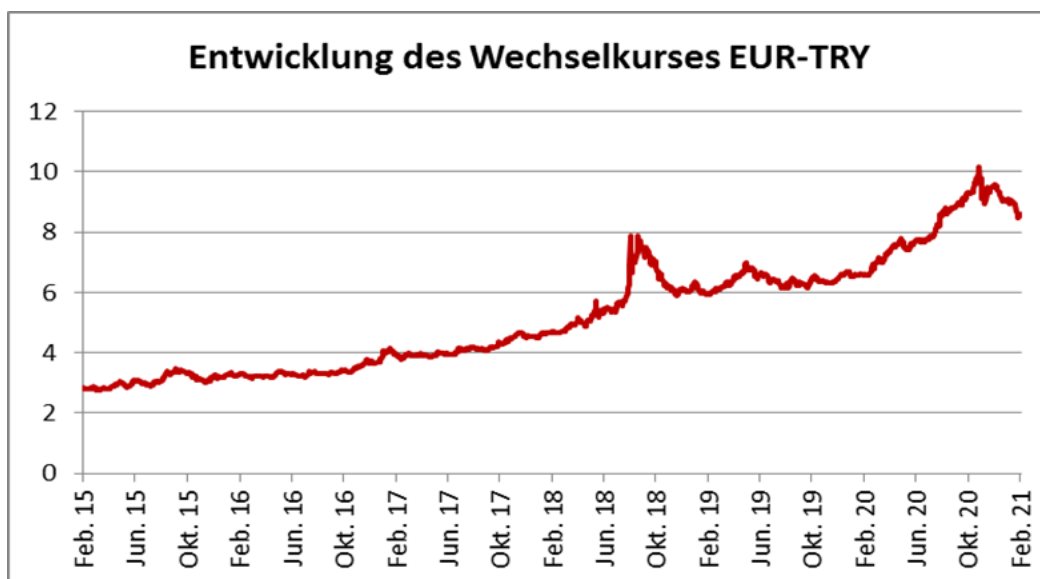
Die folgende Tabelle stellt die Situation der wechsellkursbedingten Ausgleichsbeträge mit Stand vom 15.02.2021 dar. Es werden jeweils die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 05.11.2020 ausgewiesen:

Staat	Ausgleichsbetrag	Veränderung
Bosn.-Herzegow. (Föd.)	80.008,25 €	(+0,28 €)
Bosn.-Herzegow. (Srp.)	112.971,30 €	(+5,55 €)
Bulgarien	-4.450,76 €	(+2.054,10 €)
Dänemark	68.414,06 €	(-3.410,25 €)
Vereinigtes Königreich (UK)	-81.478,28 €	(+12.350,04 €)
Island	60.056,10 €	(+24.330,57 €)
Kroatien	211.805,53 €	(-50.897,21 €)



Staat	Ausgleichsbetrag	Veränderung
Liechtenstein	3.983,20 €	(-63,84 €)
Montenegro	-1.714,92 €	(+0,00 €)
Nordmazedonien	18.369,36 €	(+836,06 €)
Norwegen	309.563,94 €	(+119.530,78 €)
Polen	952.137,01 €	(+489.345,50 €)
Rumänien	11.701,80 €	(+2.577,15 €)
Schweden	664.207,15 €	(+15.687,21 €)
Schweiz	-340.926,41 €	(+575.224,03 €)
Serbien	457.364,54 €	(-22.463,57 €)
Tschechische Republik	1.037.688,61 €	(+778.110,03 €)
Türkei	9.781.495,26 €	(-11.718.433,19 €)
Ungarn	642.358,89 €	(+153.289,12 €)
GESAMT	13.983.554,63 €	(-9.621.927,64 €)

Eine signifikante Bildung von Ausgleichsbeträgen ergibt sich weiterhin im Falle der Türkei. Zwar hat sich die unter Druck geratene Türkische Lira (TRY) zuletzt aufgrund von Leitzinserhöhungen durch die türkische Zentralbank wieder geringfügig erholt. Allerdings verzeichnet die Türkische Lira weiterhin einen schwächeren Kurs gegenüber dem Euro als in den Jahren 2017–2019, in denen umfangreiche Einreichungen von türkischen Forderungen erfolgten:





Datenquelle: Europäische Zentralbank (EZB)

Vor diesem Hintergrund erfolgte im Dezember 2020 die Auszahlung von 20 Mio. EUR an Ausgleichsbeträgen in Bezug auf türkische Forderungen an die Krankenkassen, wie es im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 05.11.2020 vereinbart worden war. Infolge von weiteren Zahlungen an die türkische Verbindungsstelle haben sich seither zusätzliche Ausgleichsbeträge ergeben, sodass sich eine erneute Rückführung entsprechender Mittel an die Krankenkassen anbietet.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA spricht sich dafür aus, 8 Mio. EUR an Ausgleichsbeträgen in Bezug auf türkische Forderungen nach pauschalem Aufwand an die Krankenkassen auszuzahlen. Die Verteilung gemäß Kassenart auf Basis der anteiligen Forderungsbeträge der Vorjahre wäre wie folgt:

Kassenart	Anteil	Betrag
AOK	69,5%	5.563.394,52 €
BKK	13,0%	1.039.130,06 €
VDEK	7,2%	575.056,23 €
IKK	5,9%	469.817,35 €
KBS	4,4%	352.601,85 €
SVLFG	0,0%	0,00 €
GESAMT	100%	8.000.000,01 €

Beratungsergebnis:

Die Kassenartverbände stimmen der vom GKV-Spitzenverband, DVKA vorgeschlagenen Maßnahme der Auszahlung von Ausgleichsbeträgen in Höhe von 8 Mio. EUR in Bezug auf türkische Forderungen an die Krankenkassen zu.

Ein Verband beabsichtigt im Rahmen der nächsten Sitzung einen Vorschlag für eine mögliche Vereinbarung zur regelhaften Ausschüttung von Ausgleichsbeträgen vorzustellen. Ein weiterer Verband merkte an, dass die derzeitige Verfahrensweise der Berichterstattung und Vereinbarung von Maßnahmen im Rahmen der Sitzungen der Fachkonferenz DVKA als ausreichend erachtet wird.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 11.05.2021

TOP 13

Forderungsübersicht

Verfasser/in: Philipp Jaeschke / DVKA

Anlagen:

Anlage 1: Forderungsübersicht (Stand: 15.02.2021)

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.

Die Forderungsstände zum 15.02.2021 können der als Anlage beigefügten Präsentation entnommen werden. Es werden jeweils auch die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 05.11.2020 (Stand: 21.09.2020) ausgewiesen.

Beratungsergebnis:

Bei der Betrachtung der Forderungsstände ist aktuell weiterhin zu berücksichtigen, dass infolge von Beschluss Nr. H9 der EG–Verwaltungskommission teilweise eine Fristverlängerung für die Begleichung von Forderungen in Anspruch genommen werden kann (vgl. Rundschreiben Nr. 2020/530). Hiervon machen derzeit insbesondere die Tschechische Republik, Italien, Rumänien und das Vereinigte Königreich Gebrauch, wie aus der Übersicht der deutschen Forderungen erkennbar wird. Im Falle von Griechenland und Portugal bestehen Verrechnungsvereinbarungen,





die das nächste Mal im Juni angewendet werden. Besondere Aufmerksamkeit gilt aktuell der Entwicklung des beidseitigen Forderungsvolumens in Bezug auf die Türkei. In 2020 wurde durch die türkische Seite insgesamt ein geringfügig höherer Gesamtforderungsbetrag bezahlt als seitens der deutschen Krankenkassen neu geltend gemacht wurde. Aufgrund von Einschränkungen in der Leistungsaushilfe auf türkischer Seite (vgl. TOP 6) ist zugleich das Volumen offener türkischer Forderungen weiter rückläufig.

Auf Nachfrage seitens eines Kassenartverbandes erläutert der GKV-Spitzenverband, DVKA die Maßnahmen, die allgemein bei ausbleibender Zahlung von deutschen Forderungen nach Ablauf der hierfür vorgesehenen Fristen ergriffen werden. Neben schriftlichen Zahlungserinnerungen und -aufforderungen wurden in der Vergangenheit mit diversen Partnerstaaten diesbezüglich bilaterale Gespräche geführt, Zahlungspläne vereinbart, Verrechnungsvereinbarungen geschlossen und vereinzelt auch einseitige Verrechnungsmaßnahmen vorgenommen. Besonders umständlich gestaltet sich die Situation bei der endgültigen Klärung von zuvor fristgerecht beanstandeten Forderungen. Hier kann ggf. ein umständlicher bilateraler Klärungsprozess auf Einzelfallebene erforderlich werden, der derzeit keiner abschließenden Frist unterliegt. Allerdings ist in Kürze mit der Veröffentlichung des Beschlusses Nr. S11 der EG-Verwaltungskommission zu rechnen, der künftig eine finale Klärungsfrist für Forderungen im Anschluss an die Klärungsfrist nach Artikel 67 Absatz 6 VO (EG) 987/09 vorsieht. Infolgedessen werden die Anstrengungen zur abschließenden Klärung von Forderungen auf Seiten der Verbindungsstellen und nationalen Träger vielfach intensiviert und beschleunigt werden müssen.

–Anlage–



Deutsche Forderungen gegenüber Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	> 18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeanst.	beanst.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Österreich	0,84	9,72	10,57	(+1,97)	116,73	(+8,88)	127,30	(+10,84)
Belgien	0,11	0,22	0,33	(+0,10)	24,28	(+11,76)	24,61	(+11,86)
Bulgarien	0,87	0,70	1,57	(+0,71)	36,47	(-2,54)	38,04	(-1,83)
Schweiz	0,01	0,17	0,18	(+0,07)	96,90	(+3,92)	97,07	(+4,00)
Zypern			0,00		10,93	(-2,01)	10,93	(-2,01)
Tschech. Republik	4,75	0,38	5,13	(+3,42)	16,41	(+0,53)	21,53	(+3,95)
Dänemark	0,07	0,17	0,24	(+0,04)	32,47	(+5,30)	32,71	(+5,33)
Estland		0,00	0,00	(+0,00)	0,28	(-0,17)	0,28	(-0,17)
Spanien	0,30	3,03	3,33	(+0,24)	18,72	(-0,81)	22,05	(-0,56)
Finnland		0,07	0,07	(+0,00)	1,48	(-1,43)	1,55	(-1,42)
Frankreich	1,02	5,16	6,17	(-0,19)	61,48	(+5,21)	67,65	(+5,03)
Griechenland	14,56	1,40	15,97	(+1,11)	15,69	(-0,37)	31,65	(+0,74)
Kroatien	0,86	0,04	0,89	(+0,87)	14,13	(+0,09)	15,02	(+0,96)
Ungarn	0,03	1,09	1,11	(-0,47)	16,70	(+3,00)	17,81	(+2,53)
Irland	0,32	0,00	0,32	(+0,26)	3,15	(-0,18)	3,47	(+0,08)
Island		0,00	0,00	(-0,00)	0,54	(-0,08)	0,54	(-0,08)
Italien	8,49	5,75	14,24	(+6,53)	62,04	(+10,28)	76,28	(+16,82)
Liechtenstein	0,15	0,00	0,16	(+0,05)	0,79	(-0,23)	0,95	(-0,18)
Litauen	0,00	0,00	0,00	(-0,00)	2,10	(+0,72)	2,10	(+0,72)
Luxemburg	0,42	1,17	1,59	(+0,28)	22,06	(-32,11)	23,65	(-31,83)
Lettland		0,00	0,00	(-2,91)	11,59	(-0,07)	11,59	(-2,99)
Malta	0,10		0,10	(+0,00)	0,20	(+0,12)	0,30	(+0,12)
Niederlande	0,01	7,07	7,08	(-0,84)	95,40	(-67,37)	102,47	(-68,20)
Norwegen		0,01	0,01	(-0,01)	5,37	(-0,16)	5,37	(-0,17)
Polen	0,37	5,13	5,50	(+1,28)	137,87	(+2,00)	143,36	(+3,28)
Portugal	6,05	0,03	6,09	(+0,72)	5,19	(-1,04)	11,28	(-0,32)
Rumänien	8,92	9,76	18,67	(+5,76)	59,68	(+3,84)	78,35	(+9,60)
Schweden		0,02	0,02	(-0,01)	8,50	(-0,81)	8,52	(-0,82)
Slowenien	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	5,23	(+2,09)	5,23	(+2,09)
Slowak. Republik	0,00	0,01	0,01	(+0,00)	8,55	(-0,10)	8,56	(-0,10)
Verein. Königreich	15,99	0,53	16,52	(-1,41)	54,16	(+4,37)	70,68	(+2,96)
GESAMT	64,21	51,62	115,83	(+17,56)	945,10	(-47,36)	1060,94	(-29,80)

Deutsche Forderungen gegenüber Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien-Herzegowina (Föderation)	2,31	(+0,43)
Bosnien-Herzegowina (Republik Srpska)	0,33	(-0,01)
Nordmazedonien	3,05	(+0,16)
Montenegro	1,04	(+0,36)
Serbien	2,75	(+0,82)
Marokko		(+0,00)
Tunesien	0,00	(+0,00)
Türkei	46,89	(-1,87)
GESAMT	56,38	(-0,12)

Stand: 15.02.2021

Ausländische Forderungen von Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	> 18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeanst.	beanst.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Österreich	0,06	0,68	0,74	(-1,34)	151,36	(+7,50)	152,10	(+6,16)
Belgien	0,08	1,49	1,57	(+0,70)	12,21	(+3,17)	13,78	(+3,87)
Bulgarien	0,00	0,02	0,02	(-0,00)	0,39	(-0,22)	0,41	(-0,22)
Schweiz	0,15	0,85	1,01	(+0,20)	46,82	(-0,18)	47,82	(+0,01)
Zypern	0,04	0,00	0,04	(-0,00)	0,10	(+0,02)	0,14	(+0,02)
Tschech. Republik	0,01	0,52	0,53	(+0,05)	28,01	(-9,36)	28,54	(-9,31)
Dänemark	0,00	0,64	0,64	(+0,18)	4,62	(+2,62)	5,26	(+2,80)
Estland	0,01	0,01	0,01	(+0,00)	0,08	(-0,14)	0,10	(-0,14)
Spanien	2,48	5,11	7,59	(-1,80)	41,65	(-12,34)	49,24	(-14,14)
Finnland	0,11	0,00	0,11	(+0,00)	1,47	(+0,59)	1,59	(+0,59)
Frankreich	1,17	6,92	8,09	(+0,12)	129,26	(+14,10)	137,35	(+14,22)
Griechenland	0,36	7,56	7,92	(-2,02)	50,15	(+2,69)	58,07	(+0,67)
Kroatien	0,96	0,23	1,19	(+0,84)	23,14	(+1,10)	24,34	(+1,94)
Ungarn	0,03	0,34	0,38	(+0,00)	4,21	(-1,45)	4,58	(-1,45)
Irland	0,02	0,12	0,14	(+0,11)	1,59	(+0,75)	1,73	(+0,45)
Island	0,01	0,02	0,03	(+0,01)	0,27	(-0,17)	0,30	(-0,16)
Italien	0,29	3,97	4,26	(+0,05)	45,67	(+7,74)	49,93	(+7,80)
Liechtenstein	0,01	0,03	0,04	(+0,00)	0,08	(-0,06)	0,12	(-0,06)
Litauen		0,01	0,01	(+0,00)	0,50	(-0,11)	0,51	(-0,10)
Luxemburg	0,01	0,15	0,16	(+0,01)	4,47	(+0,45)	4,63	(+0,46)
Lettland	0,00	0,00	0,00	(-0,00)	0,04	(-0,04)	0,04	(-0,05)
Malta		0,00	0,00	(-0,00)	0,14	(-0,07)	0,14	(-0,07)
Niederlande	0,25	0,90	1,14	(-4,89)	43,61	(-6,36)	44,75	(+7,00)
Norwegen	0,06	0,15	0,21	(-0,39)	2,07	(-1,25)	2,28	(-1,64)
Polen	1,17	3,90	5,08	(+1,18)	34,57	(+6,24)	39,64	(+7,42)
Portugal	1,04	18,14	19,18	(+1,54)	4,24	(+1,60)	23,41	(+3,14)
Rumänien	0,01	0,02	0,04	(-0,01)	0,46	(-0,19)	0,50	(-0,20)
Schweden	0,12	0,21	0,32	(-0,60)	8,79	(+3,08)	9,11	(+2,48)
Slowenien	0,00	0,03	0,03	(+0,01)	5,20	(+0,49)	5,23	(+0,51)
Slowak. Republik	0,00	0,06	0,06	(+0,02)	4,18	(-0,68)	4,23	(-0,66)
Verein. Königreich	0,04	0,90	0,94	(-1,17)	5,23	(+2,13)	6,17	(+0,96)
GESAMT	8,50	52,98	61,49	(-7,20)	654,58	(+21,66)	716,06	(+32,30)

Ausländische Forderungen von Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien-Herzegowina (Föderation)	0,80	(+0,30)
Bosnien-Herzegowina (Republik Srpska)	1,15	(+0,04)
Nordmazedonien	0,39	(+0,17)
Montenegro	0,11	(+0,03)
Serbien	1,16	(-2,01)
Marokko	0,00	(-0,00)
Tunesien		(+0,00)
Türkei	56,39	(-9,33)
GESAMT	60,01	(-10,81)

Stand: 15.02.2021

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 11.05.2021

TOP 14

Kostenabrechnung durch die DGUV über den GKV–Spitzenverband, DVKA mit ausländischen Trägern

Verfasser/in: Burchard Osterholz / DVKA

Sachverhalt:

In der Sitzung des seinerzeitigen Ständigen Arbeitsausschusses am 03.04.2014 sind verschiedene Fragen betreffend Erstattungsansprüche erörtert worden, die im Zusammenhang mit der Kostenabrechnung nach über- und zwischenstaatlichem Recht entstehen können. U. a. sind Erstattungsansprüche zwischen Trägern der Krankenversicherung und Trägern der Unfallversicherung beleuchtet worden. Der daraus hervorgegangenen und im Rundschreiben 2014/263 beschriebenen Lösung lag die Annahme zugrunde, dass die korrekte Zuordnung der Kosten von im Ausland erbrachten Leistungen im zuständigen Staat erfolgen sollte.

Die zwischenzeitlichen Entwicklungen zeigen jedoch, dass

- ein Krankenversicherungsträger im zuständigen Staat eine Kostenrechnung ablehnen kann, wenn die erbrachten Leistungen auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen sind
- ein Unfallversicherungsträger im zuständigen Staat eine Kostenabrechnung ablehnen kann, wenn die erbrachten Leistungen nicht auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen sind.

Daraus folgt, dass die korrekte Zuordnung zum jeweiligen Risikobereich bereits in dem Staat zu erfolgen hat, in dem die Behandlung erfolgte. Lehnt also ein ausländischer Unfallversicherungsträger die Kostenrechnung ab, die er von der DGUV erhalten hat, müsste die





jeweilige Berufsgenossenschaft einen Erstattungsanspruch bei einer deutschen Krankenkasse geltend machen. Da es sich um einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X handelt, erstattet die deutsche Krankenkasse maximal die sog. Kassensätze (wenn ihr ein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt und sie gewählt wurde). Dies führt regelmäßig dazu, dass die Berufsgenossenschaft für einen Teil der von ihr verauslagten Kosten keine Erstattung erhält. Die deutsche Krankenkasse muss dann ihrerseits die Kosten über den GKV–Spitzenverband, DVKA beim ausländischen Träger der Krankenversicherung einreichen.

Diese Verfahrensweise ist für die deutsche Seite in mehrfacher Hinsicht unbefriedigend,

- da bei der betroffenen Krankenkasse Aufwände im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Erstattungsanspruches und der Geltendmachung der Forderung im Ausland entstehen
- da die jeweilige Berufsgenossenschaft, wie oben bereits erwähnt, für einen Teil der von ihr verauslagten Kosten keine Erstattung erhält.

DGUV und GKV–Spitzenverband, DVKA haben positive Erfahrungen gemacht, wenn die DGUV in den beschriebenen Sachverhalten die Kostenrechnungen über den GKV–Spitzenverband, DVKA beim ausländischen Träger der Krankenversicherung einreicht. Damit werden die oben beschriebenen negativen Auswirkungen vermieden. Aktuell steht die DGUV mit den Berufsgenossenschaften im Austausch, ab wann das oben beschriebene Verfahren zum Regelverfahren erklärt werden kann.

Über den Sachstand wird berichtet.

Perspektivisch ist vorgesehen, dass die DGUV den S_BUC_19 implementieren wird, um in den beschriebenen Sachverhalten eine Kostenabrechnung mit dem ausländischen Träger der Krankenversicherung auch im Rahmen des EESSI–Verfahrens vornehmen zu können. § 219b Satz 2 SGB V sieht bereits den Austausch von nationalen Nachrichten im Zusammenhang mit EESSI–Nachrichten vor.

Unverändert bleibt das Verfahren, wenn ein ausländischer Träger die Kostenrechnung einer deutschen Krankenkasse mit Hinweis auf das Vorliegen eines Arbeitsunfalls ablehnt. In diesen, vergleichsweise selten vorkommenden Sachverhalten richtet die betroffene deutsche Krankenkasse einen Erstattungsanspruch nach § 105 SGB V an die Berufsgenossenschaft, die für den jeweiligen Staat zuständig ist.



Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zustimmend zu Kenntnis. Ein weiterer Austausch des GKV-Spitzenverbands, DVKA mit der DGUV ist für Mitte April 2021 vorgesehen.



Spitzenverband



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 15

Übermittlung von Sammelrechnungen getrennt nach Leistungen bei Krankheit und Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Verfasser/in: Elisabeth Reker-Barske / AOK-Bundesverband

Anlagen:

- Anlage 1: Dokumentation für SED S080NAF (Original)
- Anlage 2: Dokumentation für SED S080NAF mit Markierung und Kommentar

Sachverhalt:

In den deutschen gesetzlichen Krankenkassen gibt es zwei getrennte Institutionskennzeichen und Buchungskreise für die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (KV) und für die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung (PV). Die gesetzlichen Krankenkassen sind vom Gesetzgeber her verpflichtet, Leistungsausgaben korrekt getrennt nach den Buchungskreisen Kranken- und Pflegeversicherung in verschiedenen Haushalten (getrennten Kontenrahmen) zu buchen.

Deshalb erstellen die AOKs bei deutschen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand in Bezug auf EU-/EWR-Mitgliedstaaten oder die Schweiz gegenüber dem ausländischen Versicherungsträger immer zwei getrennte Abrechnungen. Eine Abrechnung betrifft die Leistungsaushilfe für KV-Leistungen und eine Abrechnung beinhaltet die Leistungsaushilfe für PV-Leistungen.

Das Gleiche benötigen die gesetzlichen Krankenkassen für die Abrechnung der Kosten bei ausländischen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand. Bisher senden die meisten Staaten





Sammelrechnungen, die sowohl PV-Leistungen als auch Leistungen bei Krankheit beinhalten. Dies erschwert eine korrekte Buchung durch die Fachanwendung der Krankenkassen und verursacht einen höheren manuellen Aufwand.

Die AOK-Gemeinschaft erwartet künftig über EESSI eine Trennung der gesamten Sammelrechnungen durch den ausländischen Versicherungsträger oder den GKV-Spitzenverband, DVKA nach 01 Krankheit und 04 Pflege (siehe Feld 1.2.1.7.1.1 in Anlage 1 und 2). So kann sichergestellt werden, dass die Krankenkassen eine maschinelle Anlage und Buchung der Fälle im richtigen Buchungskreis realisieren können und eine vom Gesetzgeber korrekte Buchung im entsprechenden Haushalt erfolgt.

Aus IT-technischer Sicht ist es nicht relevant, ob diese Trennung der Sammelrechnungen nach KV- und PV-Leistungen durch die ausländischen Versicherungsträger oder den GKV-Spitzenverband, DVKA erfolgt. Nachdem jedoch aufgrund der bisherigen Erfahrungen nicht davon ausgegangen werden kann, dass die ausländischen Verbindungsstellen eine getrennte Übersendung (verlässlich) vornehmen werden, sollte diese Trennung über den GKV-Spitzenverband, DVKA erfolgen.

Aus IT-technischer Sicht sollte die Art der Sammelrechnungen (KV/PV) aus dem globalen Abschnitt des SEDs erkennbar sein (analog dem SED S080NAF-Item-Feld 1.2.1.7.1.1. Art der Leistungen – siehe Anlage 2) und nicht aus der Referenznummer.

Erläuterung: Es handelt sich hierbei um zwei Rechnungsarten, die auf unterschiedliche Buchungskreise (KV/PV) zu verbuchen sind. Der Geschäftsvorfall S_BUC_19b wird je Rechnungsart bearbeitet. Wenn die Sammelrechnungen nicht getrennt eingehen, dann müssten alle eingehenden SEDs zu einer DVKA-Vorgangsnummer intern nach KV/PV gesplittet werden. Damit würde jede DVKA-Vorgangsnummer potentiell doppelt verwendet werden, sodass die bisherige Eindeutigkeit verloren geht.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer erzielen Einvernehmen, dass dieses Thema in den Zuständigkeitsbereich des NAE-Projektes fällt. Der AOK-BV wird voraussichtlich die Sitzung des NAE-PLA am 13.04.2021 zum Anlass nehmen, sein Anliegen dort zu adressieren.

–Anlagen–

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss- feld	Länge	Typ/Wertebereich
1.	S080NAF	Ausländische Forderungen nach tatsächlichen Aufwendungen			
1.1.	GlobalNoteCLA	Erstattungsforderung (CLA)	J		
1.1.1.	country	Staat für den eingereicht wird	J		Alphanumerisch
1.1.1.1.	value	AT: Österreich BE: Belgien BG: Bulgarien HR: Kroatien CY: Zypern CZ: Tschechien DK: Dänemark EE: Estland FI: Finnland FR: Frankreich DE: Deutschland EL: Griechenland HU: Ungarn IS: Island IE: Irland IT: Italien LV: Lettland LI: Liechtenstein LT: Litauen LU: Luxemburg MT: Malta NL: Niederlande NO: Norwegen PL: Polen PT: Portugal RO: Rumänien SK: Slowakei SI: Slowenien ES: Spanien SE: Schweden CH: Schweiz UK: Vereinigtes Königreich	J		
1.1.1.2.	GlobalCLAReferenceDebtorLiaisonBody	Globale CLA-Referenz der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (Vorgangsnummer DVKA)	J		Alphanumerisch
1.1.1.3.	totalNumberIndividualClaims	Gesamtzahl der Einzelforderungen	J		Numerisch
1.1.1.4.	TotalAmountBenefits	Gesamtbetrag der Leistungen	J		Dezimal
1.1.1.4.1.	payment		J		
1.1.1.4.1.1.	amount	Betrag	J		Dezimal
1.1.1.4.1.2.	currency	Währung	J		Alphanumerisch
1.1.1.4.1.2.1.	value	EUR: Euro BGN: Bulgarischer Lew CZK: Tschechische Krone DKK: Dänische Krone GBP: Britisches Pfund HRK: Kroatische Kuna HUF: Ungarischer Forint PLN: Polnischer Zloty RON: Rumänischer Leu SEK: Schwedische Krone CHF: Schweizer Franken ISK: Isländische Krone NOK: Norwegische Krone LTL: Litauische Litas LVL: Lettische Lats	J		
1.1.1.4.2.	amountEUR	Betrag in EUR	J		Dezimal
1.1.1.4.3.	ExchangeRate	Wechselkurs in Bezug auf 1 Euro	J		
1.1.1.5.	halfYearNumberAtCreditorInstitution	Halbjahr, in dem die Forderung des Leistungserbringers in die Rechnungsführung	J		Alphanumerisch

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Mussfeld	Länge	Typ/Wertebereich
		des forderungsberechtigten Trägers aufgenommen wurde.			
1.1.5.1.	value	01: Erstes Halbjahr 02: Zweites Halbjahr	J		
1.1.6.	financialYearNumberAtCreditorInstitution	Rechnungsjahr der Aufnahme in die Rechnungsführung des forderungsberechtigten Trägers.	J		Numerisch
1.1.7.	DateofReceiptbyDebtorLiaisonBody	Eingangsdatum bei der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (DVKA)	J		Datum
1.1.8.	DateOfSubmissiontoDebtorInstitution	Datum der Übermittlung	J		Datum
1.1.9.	NoteonCLA	Hinweis zur Sendung		1..500	Alphanumerisch
1.2.	IndividualCLAs	Einzelne CLAs	J		
1.2.1.	IndividualCLA	Einzelne CLA	J		
1.2.1.1.	IDCreditorInstitution	Kennung des forderungsberechtigten Trägers	J		
1.2.1.1.1.	institutionID	Identifikationsnummer des Trägers, wie im EESSI-Trägerverzeichnis (EESSI Institution Repository) (früher: Auskunftsdienst, Directory Service) angegeben.	J		Alphanumerisch
1.2.1.1.2.	institutionName	Name des Trägers	J	1..155	Alphanumerisch
1.2.1.2.	IDDebtorInstitution	Kennung des leistungspflichtigen Trägers	J		
1.2.1.2.1.	institutionID	Identifikationsnummer des Trägers, wie im EESSI-Trägerverzeichnis (EESSI Institution Repository) (früher: Auskunftsdienst, Directory Service) angegeben.	J		Alphanumerisch
1.2.1.2.2.	institutionName	Name des Trägers	J	1..155	Alphanumerisch
1.2.1.3.	References	Bezug	J		
1.2.1.3.1.	GlobalCLAReferenceDebtorLiaisonBody	Globale CLA-Referenz der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (Vorgangsnummer DVKA)	J		Alphanumerisch
1.2.1.3.2.	IndividualCLAReferenceDebtorLiaisonBody	Nummer der einzelnen CLA der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (Kostenrechnungsnummer DVKA)	J		Alphanumerisch
1.2.1.3.3.	dateCreditorInstitutionRecordedCLA	Datum der Verbuchung der Forderung beim Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts.	J		Datum
1.2.1.4.	PersonReceivingBenefits	Person, die Leistungen bezieht	J		
1.2.1.4.1.	PersonInformation	Angaben zur Person	J		
1.2.1.4.1.1.	familyName	Familiennamen	J	1..155	Alphanumerisch

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
1.2.1.4.1.2.	forename	Vorname(n)	J	1..155	Alphanumerisch
1.2.1.4.1.3.	dateBirth	Geburtsdatum	J		Datum
1.2.1.4.1.4.	sex	Geschlecht	J		Alphanumerisch
1.2.1.4.1.4.1.	value	01: Männlich 02: Weiblich 98: Nicht bekannt	J		
1.2.1.4.2.	familyNameAtBirth	Bitte den/die Familiennamen der Person bei der Geburt angeben, falls er/sie sich von dem/den aktuellen Familiennamen unterscheidet bzw. unterscheiden.		1..155	Alphanumerisch
1.2.1.4.3.	forenameAtBirth	Bitte den/die Vornamen der Person bei der Geburt angeben, falls er/sie sich von dem/den aktuellen Vornamen unterscheidet/ unterscheiden.		1..155	Alphanumerisch
1.2.1.4.4.	PersonIdentificationNumber	Persönliche Identifikationsnummer	J		
1.2.1.4.4.1.	pINPersonInCompetentMemberState	PIN der Person im zuständigen Mitgliedstaat	J	1..65	Alphanumerisch
1.2.1.4.4.2.	pINPersonInMemberStateStayOrResidence	PIN der Person im Aufenthalts- oder Wohnmitgliedstaat		1..65	Alphanumerisch
1.2.1.5.	EntitlementDocument	Anspruchsbescheinigung	J		
1.2.1.5.1.	document	Dokument	J		Alphanumerisch
1.2.1.5.1.1.	value	01 - EHIC - Europäische Krankenversicherungskarte 02 - Provisorische Ersatzbescheinigung 03 - S1 Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes 04 - S2 Anspruch auf eine geplante Behandlung 05 - S3 Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit 06 - S037 Antwort auf die Beantragung einer ergänzenden Anspruchsbescheinigung - geplante Behandlung 07 - S072 Anspruchsbescheinigung - Wohnort 08 - S045 Anspruchsbescheinigung - vorübergehender Aufenthalt 09 - S008 Anspruchsbescheinigung - Ehemalige/r Grenzgänger/in - Familienangehörige/r eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin 10 - E106	J		

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
		Anspruchsbescheinigung - Wohnort 11 - E109 Bescheinigung über die Eintragung der Familienangehörigen der beschäftigten oder selbstständig erwerbstätigen Person 12 - E112 Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Kranken-/ Mutterschaftsversicherung 13 - E120 Bescheinigung des Sachleistungsanspruchs für Rentenantragsteller/-innen und ihre Familienangehörigen 14 - E121 Bescheinigung über die Eintragung der Rentenberechtigten oder ihrer Familienangehörigen und die Führung der Verzeichnisse			
1.2.1.5.2.	FillInProvisionalReplacementCertificateEHIC	Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn „Anspruchsbescheinigung“ = „01 - EHIC - Europäische Krankenversicherungskarte“:			
1.2.1.5.2.1.	eHICNumber	EHIC-Nummer	J		Alphanumerisch
1.2.1.5.2.2.	EntitlementValidityPeriod	Gültigkeitszeitraum des Anspruchs	J		
1.2.1.5.2.2.1.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.			Datum
1.2.1.5.2.2.2.	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.5.3.	FillInProvisionalReplacementCertificatePeriod	Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Anspruchsbescheinigung“ = „02 - Provisorische Ersatzbescheinigung“, „04-S2 Anspruch auf geplante Behandlung“, „08 - S045 Anspruchsbescheinigung- vorübergehender Aufenthalt“ oder „12 - E112 Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Kranken- und Mutterschaftsversicherung“:			
1.2.1.5.3.1.	EntitlementValidityPeriod	Gültigkeitszeitraum des Anspruchs	J		
1.2.1.5.3.1.1.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.5.3.1.2.	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.5.3.2.	dateIssue	Ausstellungsdatum	J		Datum
1.2.1.5.4.	FillInProvisionalReplacementCertificateOther	Füllen Sie bitte folgende Felder aus, wenn „Anspruchsbescheinigung“ ungleich „01 - EHIC - Europäische Krankenversicherungskarte“, „02 - Provisorische Ersatzbescheinigung“,			

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Mussfeld	Länge	Typ/Wertebereich
		„04 - S2 Anspruch auf geplante Behandlung“, „08 - S045 Antragsbescheinigung - vorübergehender Aufenthalt“ oder „12 - E112 Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der Kranken- und Mutterschaftsversicherung“:			
1.2.1.5.4.1.	EntitlementValidityPeriod	Gültigkeitszeitraum des Anspruchs	J		
1.2.1.5.4.1.1.	FixedPeriod	Ein Zeitraum mit bekanntem Beginn- und Enddatum. Der Zeitraum kann schon abgeschlossen oder noch offen sein.	J		
1.2.1.5.4.1.1.1	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.5.4.1.1.2	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.5.4.1.2.	OpenPeriod	Ein Zeitraum ohne aktuell bekanntes Enddatum.	J		
1.2.1.5.4.1.2.1	typeOpenPeriod	Die Art „Unbefristeter Zeitraum“ ist ein Zeitraum, dessen Enddatum unbekannt ist und bis zu seinem Abschluss unbekannt sein wird. Ein Beispiel dafür ist ein „Zeitraum, in dem eine Person nicht laufen kann“. Die Art „Ende des Zeitraums unbekannt“ ist ein Zeitraum, der abgeschlossen ist, dessen Enddatum jedoch unbekannt ist und nicht angegeben werden kann.	J		Alphanumerisch
1.2.1.5.4.1.2.1	value	01: Unbefristeter Zeitraum 98: Ende des Zeitraums ist nicht bekannt.	J		
1.2.1.5.4.1.2.2	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.5.4.2.	dateIssue	Ausstellungsdatum	J		Datum
1.2.1.6.	TotalIndividualAmountOfBenefits	Gesamtbetrag der einzelnen Leistungen			Dezimal
1.2.1.6.1.	payment		J		
1.2.1.6.1.1.	amount	Betrag	J		Dezimal
1.2.1.6.1.2.	currency	Währung	J		Alphanumerisch
1.2.1.6.1.2.1.	value	EUR: Euro BGN: Bulgarischer Lew CZK: Tschechische Krone DKK: Dänische Krone GBP: Britisches Pfund HRK: Kroatianische Kuna HUF: Ungarischer Forint PLN: Polnischer Zloty RON: Rumänischer Leu SEK: Schwedische Krone	J		

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Mussfeld	Länge	Typ/Wertebereich
		CHF: Schweizer Franken ISK: Isländische Krone NOK: Norwegische Krone LTL: Litauische Litas LVL: Lettische Lats			
1.2.1.6.2.	amountEUR	Betrag in EUR	J		Dezimal
1.2.1.6.3.	ExchangeRate	Wechselkurs in Bezug auf 1 Euro	J		
1.2.1.7.	ProvidedBenefits	Erbrachte Leistungen	J		
1.2.1.7.1.	natureBenefits	Art der Leistungen	J		Alphanumerisch
1.2.1.7.1.1.	value	01: Krankheit 02: Mutterschaft, Vaterschaft 03: Nicht-Arbeitsunfall 04: Pflege	J		
1.2.1.7.2.	BenefitsPeriod	Zeitraum der Leistungen	J		
1.2.1.7.2.1.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.2.2.	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.3.	AllBenefitsAmount	Dieser Block ist bei der Kostenerstattung zu verwenden, wenn Beträge für Leistungen eingetragen werden sollen.	J		
1.2.1.7.3.1.	medicalCareAmount	Betrag für ärztliche Behandlung			Dezimal
1.2.1.7.3.2.	medicineAmount	Betrag für Arzneimittel			Dezimal
1.2.1.7.3.3.	dentalCareAmount	Betrag für Zahnbehandlung			Dezimal
1.2.1.7.3.4.	longTermCareAmount	Betrag für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit			Dezimal
1.2.1.7.3.5.	HospitalisationBenefits	Leistungen im Rahmen des Krankenhausaufenthalts			
1.2.1.7.3.5.1.	HospitalisationBenefit	Leistung im Rahmen des Krankenhausaufenthalts			
1.2.1.7.3.5.1.1.	HospitalisationPeriod	Zeitraum des Krankenhausaufenthalts			
1.2.1.7.3.5.1.1.1.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.3.5.1.1.2.	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.3.5.1.2.	hospitalisationAmount	Betrag für Krankenhausbehandlung	J		Dezimal
1.2.1.7.3.6.	OtherBenefits	Sonstige Leistung(en)			
1.2.1.7.3.6.1.	OtherBenefit	Sonstige Leistung			
1.2.1.7.3.6.1.1.	otherBenefitDescription	Art der sonstigen in Anspruch genommenen Leistungen	J	1..500	Alphanumerisch
1.2.1.7.3.6.1.2.	otherBenefitsAmount	Gesamtbetrag der sonstigen Leistungen	J		Dezimal
1.2.1.8.	copyFlag	Nationale Kennzeichnung			

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Mussfeld	Länge	Typ/Wertebereich
1.2.1.8.1.	DocumentFromForeignLiaisonBodyWasIncorrect		J		Alphanumerisch
1.2.1.8.1.1.	value	1: Ja	J		
1.2.1.8.2.	IndividualDocumentHasBeenContestedByLiaisonBody		J		Alphanumerisch
1.2.1.8.2.1.	value	1: Ja	J		
1.2.1.8.3.	ReplyWasSentByLiaisonBody		J		Alphanumerisch
1.2.1.8.3.1.	value	1: Ja	J		
1.2.1.8.4.	CopyOfADocumentCausedByActionOfLiaisonBody		J		Alphanumerisch
1.2.1.8.4.1.	value	1: Ja	J		
1.2.1.8.5.	CopyOfADocumentCausedByChangeOfCompetentInstitution		J		Alphanumerisch
1.2.1.8.5.1.	value	1: Ja	J		

Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Mussfeld	Länge	Typ/Wertebereich
1.	S080NAF	Ausländische Forderungen nach tatsächlichen Aufwendungen			
1.1.	GlobalNoteCLA	Erstattungsforderung (CLA)	J		
1.1.1.	country	Staat für den eingereicht wird	J		Alphanumerisch
1.1.1.1.	value	AT: Österreich BE: Belgien BG: Bulgarien HR: Kroatien CY: Zypern CZ: Tschechien DK: Dänemark EE: Estland FI: Finnland FR: Frankreich DE: Deutschland EL: Griechenland HU: Ungarn IS: Island IE: Irland IT: Italien LV: Lettland LI: Liechtenstein LT: Litauen LU: Luxemburg MT: Malta NL: Niederlande NO: Norwegen PL: Polen PT: Portugal RO: Rumänien SK: Slowakei SI: Slowenien ES: Spanien SE: Schweden CH: Schweiz UK: Vereinigtes Königreich	J		
1.1.2.	GlobalCLAResourceDebtorLiaisonBody	Globale CLA-Referenz der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (Vorgangsnummer DVKA)	J		Alphanumerisch
1.1.3.	TotalNumberIndividualClaims	Gesamtzahl der Einzelforderungen	J		Numerisch
1.1.4.	TotalAmountBenefits	Gesamtbetrag der Leistungen	J		Dezimal
1.1.4.1.	payment		J		
1.1.4.1.1.	amount	Betrag	J		Dezimal
1.1.4.1.2.	currency	Währung	J		Alphanumerisch
1.1.4.1.2.1.	value	EUR: Euro BGN: Bulgarischer Lew CZK: Tschechische Krone DKK: Dänische Krone GBP: Britisches Pfund HRK: Kroatische Kuna HUF: Ungarischer Forint PLN: Polnischer Zloty RON: Rumänischer Leu SEK: Schwedische Krone CHF: Schweizer Franken ISK: Isländische Krone NOK: Norwegische Krone LTL: Litauische Litas LVL: Lettische Lats	J		
1.1.4.2.	amountEUR	Betrag in EUR	J		Dezimal
1.1.4.3.	ExchangeRate	Wechselkurs in Bezug auf 1 Euro	J		
1.1.5.	halfYearNumberAtCreditorInstitution	Halbjahr, in dem die Forderung des Leistungserbringers in die Rechnungsführung	J		Alphanumerisch



Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Mussfeld	Länge	Typ/Wertebereich
		des forderungsberechtigten Trägers aufgenommen wurde.			
1.1.5.1.	value	01: Erstes Halbjahr 02: Zweites Halbjahr	J		Numerisch
1.1.6.	financialYearNumberAtCreditorInstitution	Rechnungsjahr der Aufnahme in die Rechnungsführung des forderungsberechtigten Trägers.	J		Numerisch
1.1.7.	DateofReceiptbyDebtorLiaisonBody	Eingangsdatum bei der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (DVKA)	J		Datum
1.1.8.	DateOfSubmissiontoDebtorInstitution	Datum der Übermittlung	J		Datum
1.1.9.	NoteonCLA	Hinweis zur Sendung		1..500	Alphanumerisch
1.2.	IndividualCLAs	Einzelne CLAs	J		
1.2.1.	IndividualCLA	Einzelne CLA	J		
1.2.1.1.	IDCreditorInstitution	Kennung des forderungsberechtigten Trägers	J		
1.2.1.1.1.	institutionID	Identifikationsnummer des Trägers, wie im EESSI-Trägerverzeichnis (EESSI Institution Repository) (früher: Auskunftsdienst, Directory Service) angegeben.	J		Alphanumerisch
1.2.1.1.2.	institutionName	Name des Trägers	J	1..155	Alphanumerisch
1.2.1.2.	IDDebtorInstitution	Kennung des leistungspflichtigen Trägers	J		
1.2.1.2.1.	institutionID	Identifikationsnummer des Trägers, wie im EESSI-Trägerverzeichnis (EESSI Institution Repository) (früher: Auskunftsdienst, Directory Service) angegeben.	J		Alphanumerisch
1.2.1.2.2.	institutionName	Name des Trägers	J	1..155	Alphanumerisch
1.2.1.3.	References	Bezug	J		
1.2.1.3.1.	GlobalCLAResourceDebtorLiaisonBody	Globale CLA-Referenz der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (Vorgangsnummer DVKA)	J		Alphanumerisch
1.2.1.3.2.	IndividualCLAResourceDebtorLiaisonBody	Nummer der einzelnen CLA der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats (Kostenrechnungsnummer DVKA)	J		Alphanumerisch
1.2.1.3.3.	dateCreditorInstitutionRecordedCLA	Datum der Verbuchung der Forderung beim Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts.	J		Datum
1.2.1.4.	PersonReceivingBenefits	Person, die Leistungen bezieht	J		
1.2.1.4.1.	PersonInformation	Angaben zur Person	J		
1.2.1.4.1.1.	familyName	Familienname(n)	J	1..155	Alphanumerisch



Dokumentation für: S080NAF

(Quelle: S080NAF.xsd) Version: 4.0.0. Erstellt um 10:19 am 21.08.2020

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
		CHF: Schweizer Franken ISK: Isländische Krone NOK: Norwegische Krone LTL: Litauische Litas LVL: Lettische Lats			
1.2.1.6.2.	amountEUR	Betrag in EUR	J		Dezimal
1.2.1.6.3.	ExchangeRate	Wechselkurs in Bezug auf 1 Euro	J		
1.2.1.7.	ProvidedBenefits	Erbrachte Leistungen	J		
1.2.1.7.1.	natureBenefits	Art der Leistungen	J		Alphanumerisch
1.2.1.7.1.1.	value	01: Krankheit 02: Mutterschaft, Vaterschaft 03: Nicht-Arbeitsunfall 04: Pflege	J		
1.2.1.7.2.	BenefitsPeriod	Zeitraum der Leistungen	J		
1.2.1.7.2.1.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.2.2.	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.3.	AllBenefitsAmount	Dieser Block ist bei der Kostenerstattung zu verwenden, wenn Beträge für Leistungen eingetragen werden sollen.	J		
1.2.1.7.3.1.	medicalCareAmount	Betrag für ärztliche Behandlung			Dezimal
1.2.1.7.3.2.	medicineAmount	Betrag für Arzneimittel			Dezimal
1.2.1.7.3.3.	dentalCareAmount	Betrag für Zahnbehandlung			Dezimal
1.2.1.7.3.4.	longTermCareAmount	Betrag für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit			Dezimal
1.2.1.7.3.5.	HospitalisationBenefits	Leistungen im Rahmen des Krankenhausaufenthalts			
1.2.1.7.3.5.1.	HospitalisationBenefit	Leistung im Rahmen des Krankenhausaufenthalts			
1.2.1.7.3.5.1.1.	HospitalisationPeriod	Zeitraum des Krankenhausaufenthalts			
1.2.1.7.3.5.1.1.1.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.3.5.1.1.2.	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.2.1.7.3.5.1.2.	hospitalisationAmount	Betrag für Krankenhausbehandlung	J		Dezimal
1.2.1.7.3.6.	OtherBenefits	Sonstige Leistung(en)			
1.2.1.7.3.6.1.	OtherBenefit	Sonstige Leistung			
1.2.1.7.3.6.1.1.	otherBenefitDescription	Art der sonstigen in Anspruch genommenen Leistungen	J	1..500	Alphanumerisch
1.2.1.7.3.6.1.2.	otherBenefitsAmount	Gesamtbetrag der sonstigen Leistungen	J		Dezimal
1.2.1.8.	copyFlag	Nationale Kennzeichnung			



Die Art der Abrechnung (KV/PV) sollte aus dem globalen Abschnitt (aktuell: Sektions-Nr. 1. bis 1.1.9.) des SED S080NAF entnommen werden können.

Dieser Abschnitt könnte hierzu (bspw. analog dem S080NAF-Item-Feld „1.2.1.7.1.1. Art der Leistungen (value)“) um den folgenden neuen Bereich erweitert werden:

1.1.10.	Art der Abrechnung (Alternative: Buchungskreis)	
1.1.10.1.	Wert	01: Krankheit (Alternative: Krankenversicherung) 02 (oder 04): Pflege (Alternative: Pflegeversicherung)

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 11.05.2021

TOP 16

Kostenabrechnung nach tatsächlichem Aufwand mit Polen

Verfasser/in: Herr Rudack / BKK DV

Anlagen:

Anlage 1: Kostenrechnungen pro Person / Jahr

Sachverhalt:

Leistungen in der Kostenabrechnung sollten nicht täglich, sondern gebündelt (quartalsweise) für die jeweilige Person abgerechnet werden.

Die „Kosten- und Forderungsabrechnung Ausland“ findet per elektronischem Datenaustausch zwischen BKK und DVKA über Oscare statt.

In Polen eingeschriebene Versicherte, erhalten dort diverse Leistungen, so auch ärztliche und zahnärztliche Behandlungen. Diese rechnet der polnische Träger nicht monatlich oder quartalsweise ab, sondern täglich. Bei mehreren Arztkonsultationen (beim gleichen Arzt) in einem Monat oder Quartal übersendet der polnische Träger für jeden einzelnen Tag eine Kostenrechnung per E 125 in verschiedenen Betragshöhen.

Beispiel.:

Arztkonsultationen am: 04.11.2019, 6.11.2019, 15.11.2019, 18.11.2019.





Je Tag rechnet der Arzt verschiedene Gebührenpositionen mit der polnischen Krankenkasse ab:
am 04.11.2019 = 3 Positionen, am 06.11.2019 = 3 Positionen, am 15.11.2019 = 4 Positionen,
und am 18.11.2019 = 2 Positionen.

Als Ergebnis wird zu jeder abgerechneten Position eine Kostenrechnung für die ärztliche Behandlung per E 125 erstellt. Für den Zeitraum 04.11.2019 bis 18.11.2019 insgesamt 12 Einzelrechnungen mit verschiedenen Beträgen per Vordruck E 125 für dieselbe Person.

Die Kosten für die ärztlichen Leistungen könnte der polnische Träger zusammenfassen und in nur einem E 125 für die entsprechende Person abrechnen.

Beratungsergebnis:

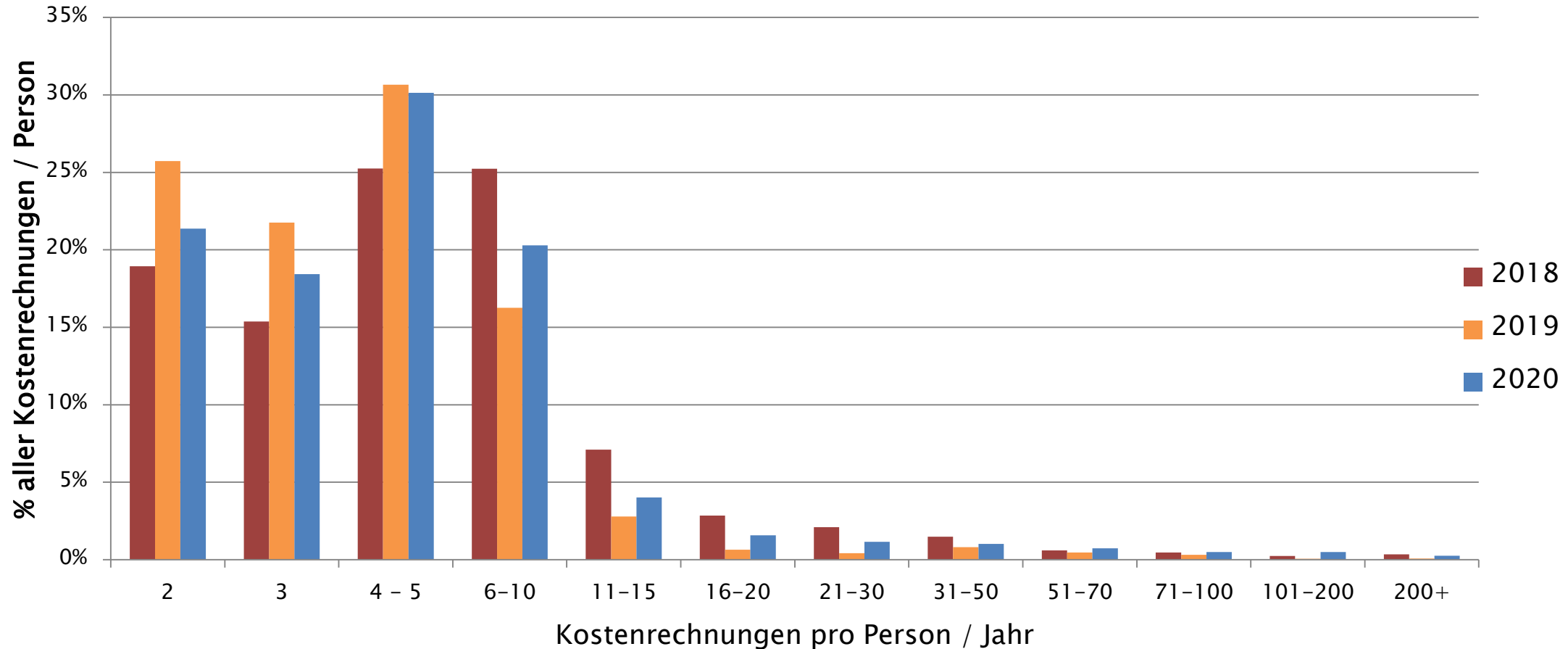
Der GKV-Spitzenverband, DVKA präsentiert Daten zur Verteilung der pro Person und Jahr eingereichten Rechnungen – sowohl für polnische als auch für deutsche Forderungen (vgl. Anlage). Diese Auswertung zeigt, dass die polnische Seite nur für rd. 10% aller Personen mehr als 10 Rechnungen pro Jahr einreicht. Personen, für die mehr als 50 Rechnungen pro Jahr eingereicht werden, sind sowohl auf deutscher als auch auf polnischer Seite die absolute Ausnahme. Es besteht daher Einvernehmen, dass keine akute Handlungsnotwendigkeit besteht. Gleichwohl wird der GKV-Spitzenverband, DVKA die oben dargestellten Einzelfälle gegenüber der polnischen Verbindungsstelle thematisieren und um eine entsprechende Kumulierung der Kostenrechnungen bitten.

-Anlage-



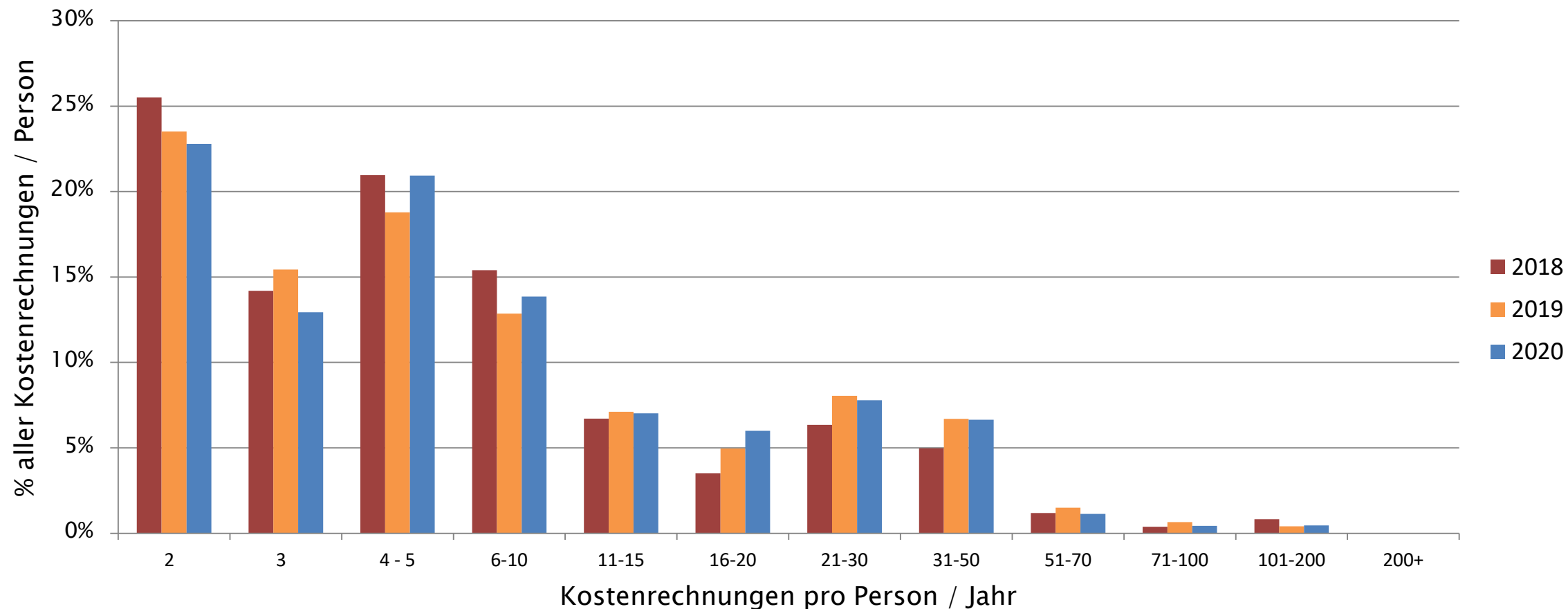
Struktur polnische Forderungen (Ziel: DE)

(KR pro Person 2018–2020 / alle KR (TA) / alle Kassenarten)



Struktur deutsche Forderungen (Ziel: PL)

(KR pro Person 2018–2020 / alle KR (TA) / alle Kassenarten)



Die Auswertung der deutschen und polnischen Forderungen seit 2018 zeigt:

1. Polen reicht für 90% aller Personen nicht mehr als 10 Rechnungen pro Jahr ein
2. Für deutsche Forderungen liegt dieser Wert bei nur bei 70%; der Anteil der Personen, für die zwischen 11 und 30 Rechnungen pro Jahr eingereicht werden, liegt in DE deutlich höher als in PL.
3. Nur für rd. 2% aller Personen werden mehr als 50 Rechnungen pro Jahr eingereicht. Das gilt gleichermaßen für die deutsche wie für die polnische Seite.
4. Über die letzten drei Jahren ist diese Verteilung sehr stabil.
5. Da die polnische Seite jedoch für eine sehr viel höhere Anzahl an Personen Kostenrechnungen in Deutschland einreicht als vice versa – gibt es auf polnischer Seite nominal deutlich mehr „Hochfrequenzfälle“ (1.200 DF vs. 8.900 AF pro Jahr).
6. Fazit: Polnische „Hochfrequenzfälle“ sind auf die Summe aller Fälle betrachtet Ausreißer; dennoch werden wir das Phänomen im Verbindungsstellengespräch mit PL ansprechen; offen: Effekt von EESSI auf polnische Abrechnungen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 17

Bericht über die Nationale Kontaktstelle – Zahlen aus 2020

Verfasser/in: Bernd Christl / DVKA

Anlagen:

Anlage 1: Powerpoint-Präsentation

Sachverhalt:

Es wird über den Stand der Aktivitäten der Nationalen Kontaktstelle im Jahr 2020 berichtet.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.

-Anlage-





EU-PATIENTEN.DE



Nationale Kontaktstelle

Aufgaben/Zahlen 2020

EU-PATIENTEN.DE

Wesentliche Aufgaben in 2020

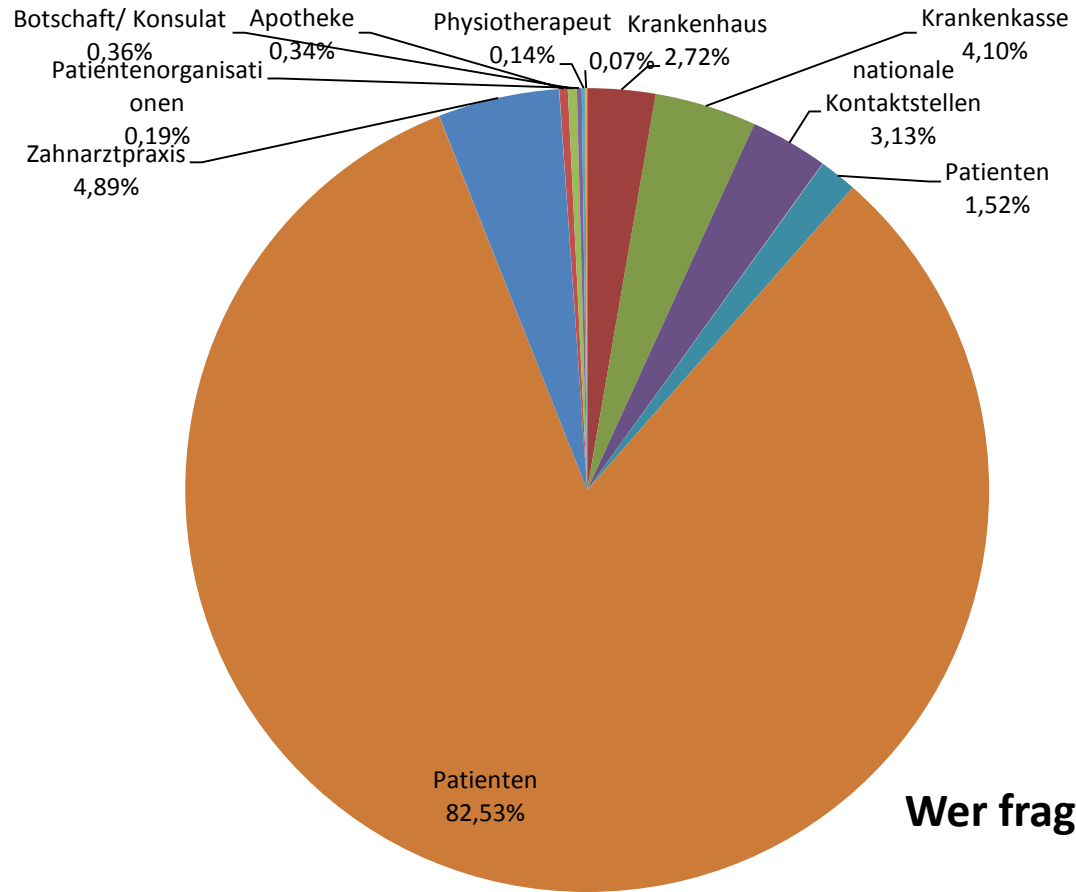
- Beantwortung der Anfragen – siehe Folien 2 bis 7
- Weitere Anpassung des Webauftritts an die DSGVO
- Vorbereitung zur Umstellung auf eine responsive Darstellung der Webseite – Abschluss in 2021
- Vorbereitung für die Erstellung eines neuen Statistik-Tools, um auch die Erwartungen im Rahmen des SDGs zu erfüllen.
- Beteiligung an diversen Veranstaltungen und Workshops zur Umsetzung der Teilnahme am SDG ab 12/2020.

Die Daten im Einzelnen

- **Gesamtanfragen 2020: 4.159 (2019: 4.028)**
- **Webaufrufe 2020: 164.447*¹ 2019: 202.669**
Besucher 2020: 80.988*¹ 2019: 113.888

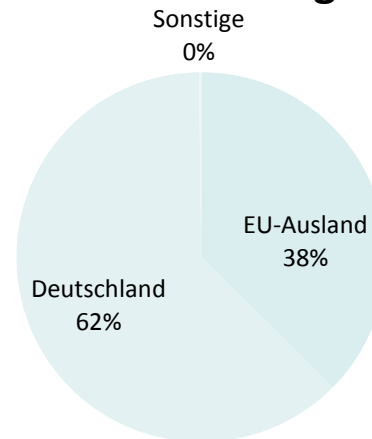
***¹ Die Angaben aus 2020 sind nicht mehr aussagefähig seit Umsetzung der DSGVO, da offensichtlich viele User nur die notwendigen Cookies zulassen und damit aus der statistischen Erfassung herausfallen.**

Anfrageklientel

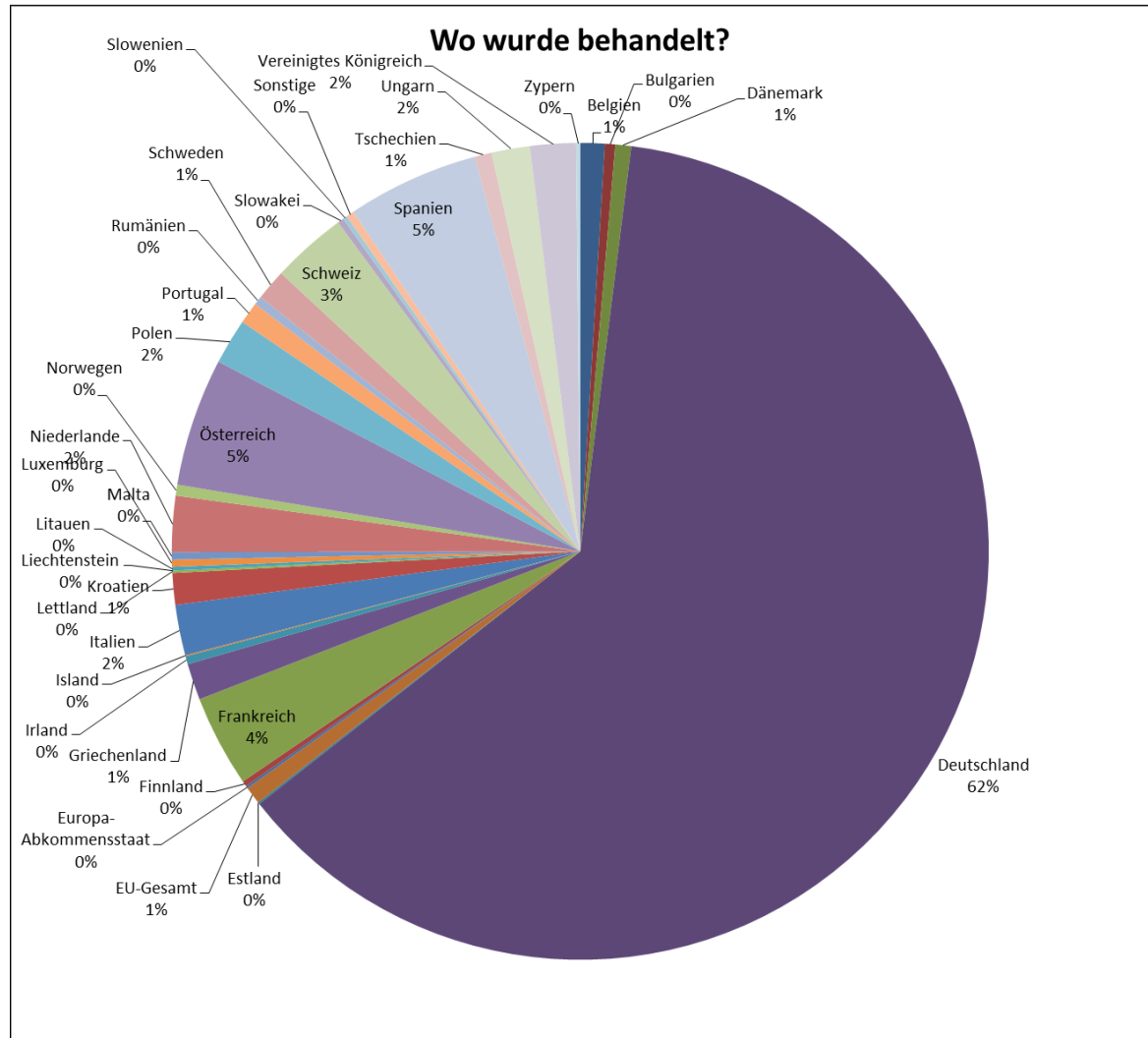


Wo soll behandelt werden

Wo soll die Behandlung erfolgen?



Wo soll behandelt werden – Details



Wie versichert



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 18

Bericht zum Sachstand zu Datenanfragen der EU

Verfasser/in: Hanna Ternes / DVKA, Bernd Christl / DVKA

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über den aktuellen Sachstand zu Datenanfragen der EU im Hinblick auf

- die Patientenmobilitätsrichtlinie (RL 2011/24/EU) sowie
 - die Verordnung (EG) 883/04.
-

Beratungsergebnis:

Die vom GKV-Spitzenverband, DVKA und dem Bundesministerium für Gesundheit am 12.03.2021 zugesandte und unter den Kassenartenverbänden abgestimmte Antwort, inkl. der erläuternden tabellarischen Übersicht zu den zur Patientenmobilität lieferbaren Daten der deutschen Krankenkassen, wurde inzwischen vom GKV-Spitzenverband, DVKA mit dem BMG erörtert. Sie wurde dort als gute Grundlage für eine Entscheidungsvorlage an die dortige Leitungsebene angesehen. Deren Entscheidung darüber, ob diese Daten als ausreichend betrachtet werden, um die von Brüssel benötigten Daten zu liefern, steht noch aus. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über die Entscheidung des Bundesministeriums für Gesundheit informieren.

Für die zur Verordnung (EG) 883/04 erforderlichen Daten soll zunächst im Rechnungsausschuss eine Konsolidierung der verschiedenen Fragebögen erfolgen. Sobald hierzu ein abgestimmtes





Ergebnis vorliegt, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA erneut auf die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer zukommen.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 19

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

Verfasser/in: Hanna Ternes / DVKA

Sachverhalt:

In der Zeit vom 06.11.2020 bis 22.03.2021 war der GKV–Spitzenverband, DVKA an folgenden Verbindungsstellen–/Regierungsgesprächen beteiligt (Darstellung in chronologischer Reihenfolge):

Türkei

Gegenstand der am 16.02.2021 digital geführten deutsch–türkischen Gespräche auf ministerieller Ebene unter Beteiligung der DRV Bund sowie des GKV–Spitzenverbandes, DVKA auf deutscher sowie der SGK auf türkischer Seite war die Auslegung des Artikels 12 Buchstabe b) des Abkommens zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit in Bezug auf den Begriff der sofort notwendigen Leistungen.

Niederlande

Gegenstand des digitalen Gesprächs mit der niederländischen Verbindungsstelle für Geldleistungen (UWV) am 02.03.2021 war die Beratung über die Aktualisierung und Anpassung der Verbindungsstellenvereinbarung über die Feststellung und Überwachung der Arbeitsunfähigkeit aus dem Jahr 2011 an die Erfordernisse von EESSI. Über das Ergebnis wird in der Sitzung mündlich berichtet.





Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 20

Weiterentwicklung von Leitfäden und Arbeitshilfe der DVKA

Verfasser/in: Ulf Schinke / vdek

Sachverhalt:

Weiterentwicklung von Leitfäden und Arbeitshilfe der DVKA

Es gibt im Vergleich zu bisherigen Leitfäden und Arbeitshilfen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ein paar Abweichungen, die nicht so recht erklärbar sind und ebenfalls zum Zeitpunkt der Änderungen mit dem Minijob veröffentlicht wurden. Ein entsprechendes Rundschreiben zur Erklärung der neuen Regelungen liegt nicht vor. Auf Grund der Änderungen bezüglich Minijob und den neuen Regelungen sollten folgende Sachverhalte ebenfalls geprüft werden, da diese immer wieder zu Widersprüchen führen:

1. Prüfung des Sorgerechts bei getrenntlebenden Eltern/Ehepaaren

Laut Leitfaden kann die Leistungsaushilfe durchgeführt werden, wenn das alleinige Sorgerecht besteht. Hat also das andere Elternteil, welches in Deutschland auf Grund einer Beschäftigung selbst versichert, nicht das Sorgerecht, war die Leistungsaushilfe möglich. Dies wird aktuell in der Arbeitshilfe nicht mehr so beschrieben und nach Rückfrage beim GKV-Spitzenverband, DVKA ist es maßgebend, dass das Elternteil auch das Sorgerecht haben muss. Wenn z. B. das andere Elternteil, bei dem eine Versicherung in Deutschland möglich wäre, gar nicht das Sorgerecht hat, dann konnte in der Vergangenheit die Leistungsaushilfe für das Kind durchgeführt werden.





2. Ehegatte/anderes Elternteil PKV

Das Thema ist mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Ständigen Arbeitsausschuss am 14.03.2002 besprochen worden. Nach jetziger Auslegung ist das Einkommen des Ehegatten bzw. des anderen Elternteils nicht mehr von Belang, es ist grundsätzlich keine Leistungsaushilfe möglich.

3. Versorgungsbezüge

Es ist unklar, ob ein alleiniger Versorgungsbezug in Deutschland die Leistungsaushilfe ausschließt. Die Aussagen sind hier nicht eindeutig und weichen von Schulungsinhalten aus den Präsenzs Schulungen des GKV–Spitzenverbandes, DVKA ab.

4. Regelungen bei Pflegekindern

Wie sind die Regelungen bei Pflegekindern zu berücksichtigen? Spielen die leiblichen Eltern eine Rolle?

5. Leitfaden zur Leistungsaushilfe

Der Leitfaden zur Leistungsaushilfe ist nicht mehr ganz aktuell. Der letzte Stand ist von 2014. Wir bitten hier um eine aktuelle Version.

6. Arbeitshilfen Brexit

Wie bald werden die Hilfen zum Austrittsabkommen ergänzt und vervollständigt werden? Hier ist Eile geboten, weil Sachfragen sonst unklar bleiben.

Beratungsergebnis:

Der GKV–Spitzenverband, DVKA nimmt die Anregungen zur Aktualisierung und Weiterentwicklung seines Informationsangebots auf und wird sie prüfen. Zu den übrigen Punkten wird im Nachgang Stellung bezogen. Die im Zusammenhang mit der Familienangehörigeneigenschaft stehenden Punkte werden teilweise im Rahmen eines Rundschreibens zum Thema „Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aus mehreren Staaten“ aufgegriffen.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 23.03.2021

Stand: 24.03.2021

TOP 21

Umgang mit fehlender Mitwirkung bei der Überprüfung der Familienversicherung mit Wohnsitz im Ausland

Verfasser/in: Ulf Schinke vdek/ DAK-Gesundheit

Sachverhalt:

Nach jetziger Rechtsauffassung ist es notwendig die Angehörigen mit Wohnsitz im Ausland in regelmäßigen Abständen und gemäß dem Prüfhandbuch RSA zu prüfen.

In Einzelfällen kommt es vor, dass die Mitglieder die notwendigen Unterlagen/Prüfbögen nicht zurücksenden und eine Beendigung der Familienversicherung ist auf Grund fehlender Mitwirkung notwendig.

Im weiteren Verlauf erfolgt die Abmeldung beim ausländischen Träger im Wohnstaat. Auch wenn ein direkter Grund für die Beendigung angegeben wird, wird die Abmeldung mittels S016 oder E 108 nicht immer akzeptiert und man besteht auf der Fortführung der Leistungsaushilfe und stellt Leistungen in Rechnung. Eine Wiederaufnahme der Leistungsaushilfe ist aber nicht möglich, da erstens kein aktuelles Prüfdatum besteht und damit technische Restriktionen im System und gegenüber der Versichertenzeitenprüfung des BAS keine vollständigen, korrekten Unterlagen vorliegen.

Seitens des GKV-Spitzenverbandes, DVKA wurde bisher ausgeführt, dass hierzu Gespräche mit dem BAS stattgefunden haben. Solange das Prüfhandbuch in der jetzigen Form besteht, sind wir als Krankenkassen daran gebunden.





Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben entschieden, diesen TOP unter TOP 11 mit zu erörtern.

