

**Ergebnisniederschrift**

**über die**

**Sitzung der Fachkonferenz DVKA**

**am 17.03.2022**

## Inhaltsübersicht

TOP 1	Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung
<b>Übergreifende Themen</b>	
TOP 2	Fristen für die Umsetzung von vereinbarten Vordrucken
TOP 3	Beziehungen zur Türkei – Sachstand nach den Gesprächen
TOP 4	Beziehungen zu Serbien – Sachstand nach den Gesprächen
TOP 5	Übersicht über Beratungsstrukturen
<b>Koordinierungs- und Abkommensrecht International</b>	
TOP 6	Nachweisführung von im Ausland wohnenden Familienangehörigen
TOP 7	Abgeleitete Ansprüche – Sachstand
TOP 8	Offene Fragen zum Ruhen von Leistungsansprüchen im Ausland
<b>Forderungsmanagement und Kostenabrechnung International</b>	
TOP 9	Forderungsübersicht
TOP 10	Entwicklung der Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen
TOP 11	4 Monate EESSI in der Kostenabrechnung – Erfahrungsaustausch
TOP 12	Endgültiger Abschluss von Forderungen nach dem Beschluss S 11 – Sachstand
TOP 13	Rückführung von Mitteln aus der „Umlage 80/20“
TOP 14	Angabe des PIN in der EESSI-Kostenabrechnung
<b>Versicherungsdienste International</b>	
TOP 15	Kassenzuständigkeit
<b>Informationsverarbeitung International</b>	
TOP 16	NAE-Betrieb
<b>Nationale Kontaktstelle</b>	
TOP 17	Bericht über die Nationale Kontaktstelle mit den Zahlen von 2021
<b>Verschiedenes</b>	
TOP 18	Hintergrundinformationen zur nationalen eHealth-Kontaktstelle
TOP 19	Kostenabrechnung im Rahmen von EESSI – Aktualisierung des Leitfadens
TOP 20	Berichte über Gespräche, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt war
TOP 21	Änderung der deutsch-niederländischen Vereinbarung zu Mindestbeträgen für Be- anstandungen
TOP 22	Kostenabrechnung mit dem Vereinigten Königreich

## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

### TOP 1

#### Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung

**Verfasser/in:** GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Die Tagesordnung nebst Beratungsunterlagen zur Sitzung wurde den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern am 24.02.2022 übermittelt.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Feststellung der Tagesordnung.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 2

### Fristen für die Umsetzung von vereinbarten Vordrucken

**Verfasser/in:** Arkadius Markowski/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA möchte einheitliche Leitlinien für die Umsetzung von Vordrucken festlegen, die er z. B. im Rahmen von Verbindungsstellengesprächen bzw. im Rahmen eines schriftlichen Verfahrens vereinbart. Die nachfolgenden Leitlinien beschreiben den Umgang mit den bisher vorhandenen und den angepassten Vordrucken. Sie sollen für alle vom GKV-Spitzenverband, DVKA veröffentlichten Vordrucke gelten, die er in eigener Zuständigkeit vereinbart. Hierzu gehören unter anderem die Vordrucke aus den Bereichen der Leistungsaushilfe, der Kostenabrechnung, der Beitreibung sowie die Bescheinigungen zum anwendbaren Recht. Ausgenommen hiervon sind Vordrucke, an deren Vereinbarung der GKV-Spitzenverband, DVKA lediglich beteiligt ist. Hierbei ist es unerheblich, ob es sich um neu erstellte, aktualisierte oder auslaufende Vordrucke handelt. Auch die Anzahl der zu anzupassen Vordrucke spielt keine Rolle. Vorbehaltlich eines positiven Votums der Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gelten die Leitlinien ab der Veröffentlichung der Ergebnisniederschrift zu dieser Sitzung der Fachkonferenz DVKA:

#### **1. Verfahren bis zum Beginn der Übergangsphase**

##### **1.1 Information über Änderungen**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über inhaltliche Änderungen in Vordrucken, sobald mit der jeweiligen ausländischen Stelle Einvernehmen darüber besteht. Bei einseitig vom GKV-Spitzenverband, DVKA erstellten Vordrucken – wie z. B. bei den KVdR-Fragebögen – werden die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gleichfalls über Änderungsbedarfe informiert. Sie leiten sodann die weiteren erforderlichen Schritte ein.

##### **1.2 Bereitstellung einer Vorabversion**

Bis zur offiziellen Veröffentlichung der Vordrucke erfolgt – sofern bereits vorhanden – eine Bereitstellung als Vorabversion. Anhand dieser kann bereits im Vorfeld die

Umsetzung/Implementierung der Vordrucke vorbereitet werden. Ziel ist es, möglichst früh über die bevorstehenden Änderungen zu informieren, damit bereits im Vorfeld die anfallenden Kosten für die Umsetzung/Implementierung kalkuliert werden können. Die Vordrucke werden mit einem Wasserzeichen „Vorabversion“ gekennzeichnet. Die endgültigen Versionen der Vordrucke können Abweichungen von den Vorabversionen enthalten.

## **2. Übergangsphase**

### **2.1 Dauer der Übergangsphase**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA strebt an, mit dem Vereinbarungspartner eine Übergangsphase von 9 Monaten für die Umsetzung der Vordrucke zu vereinbaren. Diese beginnt, sobald die angepassten Vordrucke vorliegen. Die 9-monatige Übergangsphase gilt ebenfalls für einseitig vom GKV-Spitzenverband, DVKA erstellte Vordrucke. Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert per Rundschreiben – insbesondere über die Änderungen, den Beginn sowie das Ende der Übergangsphase.

### **2.2 Verwendung der Vordrucke**

In der Übergangsphase können beide Vordruckversionen – sowohl die bisher vorhandene als auch die angepasste Version – verwendet werden. Jede Krankenkasse kann die vorhandenen Vordruckversionen bis zur Implementierung der Vordrucke einsetzen. Auch die Träger im jeweils anderen Staat können in der Umsetzungsphase beide Vordruckversionen verwenden.

## **3. Nach Ablauf der Übergangsphase**

Nach Ablauf der Übergangsphase können nur noch die angepassten Vordrucke verwendet werden. Die bisher vorhandenen Vordrucke müssen ab diesem Zeitpunkt durch die neue Vordruckversion ersetzt worden sein. Eine Beanstandung/Ablehnung durch den empfangenen Träger ist ab diesem Zeitpunkt möglich, wenn die Verarbeitung dieser veralteten Versionen nicht oder nur mit erheblichem Aufwand möglich ist. Die Rechte der betroffenen Personen sollen hierdurch nach Möglichkeit nicht eingeschränkt werden.

## **4. Abweichungen**

Bei zeitkritischen Änderungen sowie bei Bescheinigungen und Vordrucken bezüglich neu in Kraft tretender Sozialversicherungsabkommen kann von den hier beschriebenen Regelungen abgewichen werden. Über die Dringlichkeit der Änderungen entscheidet der GKV-Spitzenverband, DVKA und informiert die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer entsprechend.

---

### **Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die vom GKV-Spitzenverband, DVKA vorgestellte Leitlinie für die Umsetzung von Vordrucken. Es wurde angeregt, die Leitlinie

dahingehend zu ergänzen, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA die Vordrucke in einer ausfüllbaren PDF-Version bzw. im Word-Format zur Verfügung stellt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert hierzu, dass die Möglichkeit bestehe, die Vordrucke in einer ausfüllbaren PDF-Version zur Verfügung zu stellen. Da die Vordrucke in Rag-Time erstellt werden, sei eine Konvertierung der Vordrucke in ein Word-Format nach derzeitigem Stand nicht möglich. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt zu, diesen Punkt nochmals zu prüfen. Des Weiteren wurde gebeten, dass auch bei Abweichungen von der Leitlinie (Punkt 4) eine Rücksprache zwischen dem GKV-Spitzenverband, DVKA und den Kassenartverbänden erfolgen und über die Änderungen möglichst zeitnah informiert werden soll. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt dies zu. Er wird die Leitlinie den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern in aktualisierter Form zur Verfügung stellen.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

### TOP 3

#### Beziehungen zur Türkei – Sachstand nach den Gesprächen

**Verfasser/in:** Arkadius Markowski/GKV-Spitzenverband, DVKA  
Simone Grimmeisen/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### Anlagen:

- Anlage 1: Schreiben vom 10.11.2021

---

#### Sachverhalt:

Mit Schreiben vom 10.11.2021 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über die Ergebnisse der deutsch-türkischen Verbindungsstellengespräche informiert. Nunmehr wird über die Entwicklungen seit dem Versand des Schreibens berichtet.

#### Protokollunterzeichnung

Das Protokoll zu den Verbindungsstellengesprächen haben zwischenzeitlich beide Seiten unterzeichnet. Die geänderten Vordrucke T/A 11, T/A 12 und A/T 25 sind damit vereinbart. Hiermit ist insbesondere die Forderung der deutschen Krankenkassen nach einer Möglichkeit zur Angabe der Diagnose auf dem T/A 12 erfüllt.

#### Frist für die Umsetzung der geänderten Vordrucke

Mit Schreiben vom 26.01.2022 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA der türkischen Seite eine Übergangsfrist von einem Jahr für die Umsetzung der geänderten Vordrucke vorgeschlagen. Über den Beginn, das Ende sowie das Verfahren während der Übergangsfrist hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit Schreiben vom 12.02.2022 sowie die Krankenkassen mit Rundschreiben Nr. 2022/116 informiert.

#### Leistungen nach Art. 12 Buchst. b) des deutsch türkischen Abkommens

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat die Fallbeispiel aufbereitet und an die türkische Seite übersandt. Sobald hierzu eine Stellungnahme vorliegt, wird hierüber informiert.

### **Verwaltungshilfe / Beitragseinzug in Deutschland**

Die Vordrucke A/T 51 und A/T 51a für die Beitreibung von türkischen Sozialversicherungsbeiträgen in Deutschland wurden zwischenzeitlich vereinbart. Die deutschen Krankenkassen sind hiervon nicht betroffen.

### **Übermittlung von PINs für Familienangehörige im Rahmen des A/T 25**

Die türkische Seite hat Anfang Februar zugestimmt, im Rahmen des angepassten Vordrucks A/T 25 künftig auch bei Kostenabrechnungen, die Familienangehörige betreffen, die persönliche Versicherungsnummer (PIN) der behandelten Person zu übermitteln. Dies geschieht auf ausdrücklichen Wunsch der deutschen Träger (vgl. Ad-hoc Gruppe deutsch-türkischen Kostenabrechnung). Voraussetzung ist, dass die deutsche Krankenkasse der türkischen Seite die PIN des Familienangehörigen im Rahmen der angepassten T/A 11 bzw. T/A 12 (Feld 2) übermittelt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA steht aktuell mit der türkischen Seite in Kontakt, um die Übermittlung der PINs für die behandelten Familienangehörigen im Rahmen des bestehenden Datenaustausches in die Wege zu leiten.

### **Rechnungsabschluss für Forderungen nach tatsächlichem Aufwand bis 2014**

Nach Abstimmung mit den Mitgliedern der FK DVKA wurden die Krankenkassen mit Rundschreiben Nr. 2022/104 über den Rechnungsabschluss mit der Türkei informiert, der Forderungen nach tatsächlichem Aufwand für die Jahre bis einschließlich 2014 betrifft.

### **Arbeitsgruppe zur Modernisierung der deutsch-türkischen Kostenrechnung**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat ein Konzept für die im Rahmen der Gespräche vereinbarte deutsch-türkische Arbeitsgruppe zur Modernisierung der Kostenabrechnung entwickelt und wird die türkische Seite zu einem Kick-Off Treffen im April einladen. Grundlage für die Positionierung der deutschen Seite bilden dabei die Arbeitsergebnisse der Ad-hoc Gruppe zur deutsch-türkischen Kostenabrechnung, die sich in drei Sitzungen – unter Einbeziehung der Vertreterinnen und Vertreter der FK DVKA – ausführlich mit dem Thema befasst hat. Es ist vorgesehen, die Mitglieder der FK DVKA zeitnah über eventuelle Zwischenergebnisse der Arbeitsgruppe zu informieren. So soll auch eine ggfs. notwendige kurzfristige Abstimmung von Positionen zwischen dem GKV-Spitzenverband, DVKA und den Krankenkassen gewährleistet werden.

---

### **Beratungsergebnis:**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über die Entwicklungen im Hinblick auf die Türkei nach den Gesprächen. Im Vorfeld wurden die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bereits darüber informiert, dass das Protokoll der vom 02.11.2021 bis 04.11.2021 stattgefundenen deutsch-türkischen Verbindungsstellengespräche unterzeichnet wurde. Die Umsetzungsfrist für die geänderten Vordrucke T/A 11, T/A 12 sowie A/T 25 läuft vom 01.02.2022 bis 31.01.2023 (vgl. Rundschreiben Nr. 2022/116). Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen ausdrücklich die Einrichtung der deutsch-türkischen Arbeitsgruppe zur Modernisierung der Kostenabrechnung.





**Spitzenverband**

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



Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
Ausland

Per E-Mail

AOK-Bundesverband  
Frau Elisabeth Reker-Barske  
Herr Olaf Schmitz-Elvenich

BKK Landesverband NORDWEST  
Herrn Jürgen Rudack

BKK Dachverband e.V.  
Frau Ramona Edtmaier

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau  
Frau Petra Weigert

IKK e.V.  
Herrn Heiko Piehl  
Herrn Thomas Latz

Knappschaft  
Frau Sabine Kienapfel

Verband der Ersatzkassen e.V.  
Herrn Dr. Jörg Meyers-Middendorf  
Herrn Ulf Schinke

**Arkadius Markowski**

Tel.: +49 228 9530-604  
Fax: +49 228 9530-600  
arkadius.markowski@dvka.de  
GKV-Spitzenverband  
Deutsche Verbindungsstelle  
Krankenversicherung – Ausland  
Pennefeldsweg 12 c  
53177 Bonn  
www.dvka.de  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

**Simone Grimmisen**

Tel.: +49 228 9530-702  
Fax: +49 228 9530-600  
simone.grimmisen@dvka.de  
GKV-Spitzenverband  
Deutsche Verbindungsstelle  
Krankenversicherung – Ausland  
Pennefeldsweg 12 c  
53177 Bonn  
www.dvka.de  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Ihre Nachricht vom	Ihre Zeichen	Unsere Zeichen	Datum
		3200.01	10.11.2021

**Digitale deutsch-türkische Verbindungsstellengespräche vom 02.-04.11.2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA hatten wir Sie über die bevorstehenden deutsch-türkischen Verbindungsstellengespräche informiert. Die Gespräche haben in der Zeit vom 02.11.-04.11.2021 in digitaler Form stattgefunden. Gerne möchten wir Sie über die wichtigsten Ergebnisse informieren.

GKV-Spitzenverband, DVKA  
Geschäftsführer: Markus Weyres  
Stellvertretende Geschäftsführerin: Hanna Ternes, LL.M.  
Institutionskennzeichen (IK) 1099 10998  
Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund  
der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V

Sparkasse KölnBonn  
BLZ 370 501 98  
Konto 200 089 00  
IBAN DE86 3705 0198 0020 0089 00  
BIC COLSDE33

Commerzbank AG  
BLZ 380 400 07  
Konto 110 107 000  
IBAN DE86 3804 0007 0110 1070 00  
BIC COBADEFF33

## **1. Sachleistungsaushilfe**

### **1.1 Gemeinsame Anpassungen in den Vordrucken T/A 11, T/A 12 sowie A/T 25**

Im Rahmen der Gespräche haben wir uns darauf verständigt, dass in den Vordrucken T/A 11, T/A 12 und A/T 25 zukünftig die Versichertennummer des Familienangehörigen aufgenommen wird.

### **1.2 Anpassungen im Vordruck T/A 11**

Der Vordruck T/A 11 wurde individualisiert, indem weitere Ankreuzmöglichkeiten in Bezug auf die jeweils anspruchsberechtigte Person eingefügt wurden (Ergänzung „Studierender“ und „entsandter Arbeitnehmer“). Hintergrund ist, dass der Ausstellungszeitraum des Vordrucks T/A 11 bisher auf 183 Tage begrenzt war. Zukünftig kann dieser Vordruck für Studierende und entsandte Arbeitnehmer auch für längere Zeiträume ausgestellt werden, da diese Personen ihren Wohnort nicht mit Ablauf des 183. Tages in die Türkei verlegen. Ihr Aufenthalt in der Türkei ist auch nach Ablauf des 183. Tages vorübergehend. Für Touristen, die sich nicht länger als drei Kalendermonate in der Türkei aufhalten, soll die tatsächlich beabsichtigte Aufenthaltsdauer in den Vordruck eingetragen werden. Diese Punkte sind in einer Fußnote in den Vordruck aufgenommen worden.

### **1.3 Anpassungen im Vordruck T/A 12 und A/T 12**

Der Vordruck T/A 12 ist individualisiert worden, indem in Bezug auf die jeweils anspruchsberechtigte Person eine Ankreuzmöglichkeit eingefügt wurde (geplante Behandlung oder bereits eingetretener Leistungsfall).

Des Weiteren wurde vereinbart, dass im Vordruck T/A 12 zukünftig folgenden Daten eingetragen werden können:

- Angabe des Leistungserbringers bei geplanten Behandlungen
- der Behandlungszeitraum
- Diagnose/ICD-Schlüssel

Die türkische Seite hat mitgeteilt, dass sie den Vordruck A/T 12 um die Angabe des Leistungserbringers bei geplanten Behandlungen, den Behandlungszeitraum sowie die Diagnose/ICD-Schlüssel ergänzen wird.

### **1.4 Veröffentlichung der Vordrucke**

Die geänderten Vordrucke T/A 11 und T/A 12 wurden im Rahmen der Gespräche bereits vereinbart. Damit die individuelle Versicherungsnummer in den Vordruck A/T 25 aufgenommen und von türkischer Seite verarbeitet werden kann, müssen Anpassungen im türkischen System vorgenommen werden. Die türkische Seite wird uns im Nachgang zu den Gesprächen mitteilen, bis wann die Änderungen umgesetzt werden können. Bis dahin gelten die Vordrucke in der bisherigen Form. Wir werden die deutschen Krankenkassen über die Änderungen und den Zeitpunkt des Einsatzes der geänderten Vordrucke informieren sowie ihnen die geänderten Vordrucke zur Verfügung stellen.

### **1.5 Leistungen nach Art. 12 Abs. 1 Buchst. b) des deutsch-türkischen Abkommens**

Im Vorfeld der Gespräche hatten wir der türkischen Seite Fallbeispiele zum Begriff der sofort notwendigen Leistungen nach Art. 12 Abs. 1 Buchst. b) des deutsch-türkischen Abkommens zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Gespräche haben die Delegationen beispielhaft einige der Fälle erörtert. Nach einem intensiven Austausch wurde deutlich, dass

- das türkische Recht offensichtlich keine Unterscheidung zwischen Notfallleistungen und sofort notwendigen Leistungen (mehr) kennt,
- sich die türkische Seite gegen eine Auseinandersetzung auf Einzelfallbasis sperrt und
- ihre rigide Haltung aus den Regierungsgesprächen weiterhin aufrechterhält.

Man verständigte sich darauf, dass wir im Nachgang der Gespräche noch einmal darstellen, wie die übersandten Fallbeispiele bei Leistungsaushilfe in Deutschland gelöst werden würden. Im Anschluss daran wird uns die türkische Seite ihre Ergebnisse übermitteln. Eine abschließende Bewertung bzw. Klärung dieses Punktes ist trotz intensiver Bemühungen derzeit nicht möglich. Sollten sich hierzu neue Entwicklungen ergeben, werden wir Sie hierüber informieren. An dieser Stelle möchten wir betonen, dass die Vereinbarung aus den Regierungsgesprächen, dass der jeweils andere Staat die Auslegung des Begriffs der sofort notwendigen Leistungen akzeptiert, weiterhin Bestand hat.

### **2. Verwaltungshilfe/Beitragseinzug in Deutschland**

Zukünftig besteht die Möglichkeit, dass die türkische Seite im Rahmen der Verwaltungshilfe beim GKV-Spitzenverband, DVKA um den Einzug von Beiträgen in Deutschland ersucht. Hierfür wurden mit der türkischen Seite die Vordrucke A/T 51 und A/T 51a vereinbart. Die Krankenkassen sind von diesem Verfahren nicht betroffen.

### **3. Kostenabrechnung**

#### **3.1 Beanstandungen aufgrund fehlender Mitteilungen (T/A 13, A/T 13 bzw. T/A 14, A/T 14)**

Durch interne Analysen ist bekannt, dass die türkische Seite deutsche Forderungen häufig mit dem Verweis auf unterbliebene Mitteilungen bei Krankenhausbehandlung (T/A 13 bzw. A/T 13) bzw. bei der Gewährung von Körperersatzstücken und anderen Sachleistungen von erheblicher finanzieller Bedeutung (T/A 14 bzw. A/T 14) beanstandet. Aus unserer Sicht haben diese Mitteilungen jedoch keinen kostenabrechnungsspezifischen Hintergrund.

Aufgrund dieser Tatsache konnten wir mit der türkischen Seite nun vereinbaren, dass das Fehlen der Mitteilungen über eine Krankenhausbehandlung (T/A 13 bzw. A/T 13) ab sofort nicht als zulässiger Grund für eine Beanstandung einer Kostenrechnung (T/A 25 bzw. A/T 25) angesehen wird. Für bereits laufende Beanstandungsverfahren, die auf diesem Sachverhalt basieren, wurde zudem eine zeitnahe Begleichung durch den jeweils zahlungspflichtigen Staat vereinbart. Wir werden die hiervon betroffenen Kassen zur Begleichung entsprechender Rechnungen auffordern bzw. die Türkei unsererseits über die entsprechenden Forderungen auf deutscher Seite informieren.

Hinsichtlich der Mitteilungen T/A 14 bzw. A/T 14 bleibt es beim bisherigen Verfahren. Gleichzeitig haben wir der türkischen Seite zugesagt, dass wir die deutschen Träger nochmals auf die Notwendigkeit der Übermittlung der hier dargestellten Mitteilungen hinweisen werden.

### **3.2 Modernisierung der Kostenabrechnungsprozesse gem. des deutsch-türkischen Abkommens**

Ausgehend von der hinlänglich im Rahmen der FK DVKA bzw. der Ad-hoc Gruppe dt./tr. Kostenabrechnung erörterten Forderungssituation, haben wir der Türkei im Rahmen der Gespräche eine umfassende Modernisierung der Kostenabrechnungsprozesse vorgeschlagen. In einer konstruktiven Diskussion konnten wir uns mit der Türkei auf folgende Punkte verständigen:

- Es wird eine deutsch-türkische Arbeitsgruppe eingesetzt, die zeitnah einen Vorschlag für die Anpassung der Verbindungsstellenvereinbarung im Bereich der Kostenabrechnung ausarbeiten soll.
- Die Arbeitsgruppe wird sich u.a. mit der elektronischen Nachrichtenübermittlung im Rahmen der pauschalen Kostenabrechnung befassen. In Bezug auf den Prozess der pauschalen Kostenabrechnung wurde konsentiert, dass dieser künftig durch die türkische Seite/SGK gestartet wird. D. h. die heutige Sonderform der pauschalen Abrechnung mit der Türkei („Sammelabrechnung“) soll reformiert werden und sich nach unseren Vorstellungen künftig stärker am Prozess, der auch in den EU-Verordnungen vorgesehen ist, orientieren.
- Das Beanstandungsverfahren soll perspektivisch für beide Arten der Kostenabrechnung ebenfalls elektronisch erfolgen.
- Zudem wird die Arbeitsgruppe Vorschläge für Fristen bezüglich der Bezahlung und der Beanstandung von Forderungen nach dem tatsächlichen und pauschalen Aufwand entwickeln.

### **3.3 Endgültiger Abschluss alter Rechnungsjahre**

Im Rahmen der Gespräche wurde deutlich, dass sowohl die türkische als auch die deutsche Seite Interesse an einem Rechnungsabschluss für alte Jahre haben.

Grundlage hierfür ist jedoch eine möglichst übereinstimmende Bewertung der Forderungssituation für die zurückliegenden Jahre. In Bezug auf den tatsächlichen Aufwand konnte im Rahmen der Gespräche sowohl für deutsche wie für türkische Forderungen eine erhebliche Annäherung der Sichtweisen erzielt werden. Dies ist positiv zu bewerten. In Bezug auf den pauschalen Aufwand liegen die Sichtweisen jedoch immer noch erheblich auseinander. Basierend auf der o.g. Ausgangssituation wurde im Rahmen der Gespräche ein Rechnungsabschluss für Forderungen nach tatsächlichem Aufwand vereinbart, die bis zum 31.12.2014 – also vor Einführung des YUPASS Systems in der Türkei – eingereicht wurden. Damit gelten diese Forderungen als gegenseitig abgeschlossen. Dies hat zur Folge, dass zu den

betroffenen Forderungen weder von deutscher noch von türkischer Seite mehr Zahlungen, Beanstandungen oder Stellungnahmen erfolgen. Für die deutschen Krankenkassen bietet dies den Vorteil, dass keine Beanstandungen mehr auf deutsche Forderungen aus den Jahren vor 2014 erfolgen können, die im Zuge der damals noch bestehenden Verrechnung bereits ausgeglichen wurden. Zudem brauchen Stellungnahmen zu Beanstandungen türkischer Forderungen nicht weiter bearbeitet zu werden. Über die konkreten, mit diesem Rechnungsabschluss einhergehenden Folgen, werden wir die Kassen gesondert per Rundschreiben informieren, sobald das Protokoll in unterzeichneter Form vorliegt.

Zudem hat die türkische Seite eine Frist für die endgültige Bearbeitung aller gegenseitigen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand vorgeschlagen, die ab dem 01.01.2015 eingereicht wurden. Wir haben der türkischen Seite signalisiert, dass wir uns hierzu noch in diesem Jahr mit den deutschen Krankenkassen austauschen werden und mit ihnen Vorschläge zu Terminen für die Begleichung bzw. Beanstandung bis Ende des Jahres 2022 entwickeln/erörtern. Zu diesem Punkt werden wir daher kurzfristig auf Sie zukommen. Dabei könnten wir uns auch eine Einbindung der Ad-hoc-Gruppe dt./tr. Kostenabrechnung vorstellen.

Das Protokoll wird im Nachgang der Gespräche auf dem Schriftwege abgestimmt. Zu jedem Tagesordnungspunkt haben sich die Delegationen während der Gespräche jedoch bereits auf eine Protokollnotiz verständigt, sodass wir von einer baldigen Unterzeichnung des Protokolls ausgehen.

Sollten Sie Fragen zur Sachleistungsaushilfe haben, wenden Sie sich bitte an Herr Arkadius Markowski; bei Fragen zur Kostenabrechnung steht Ihnen Frau Simone Grimmeisen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 4

### Beziehungen zu Serbien – Sachstand nach den Gesprächen

**Verfasser/in:** Arkadius Markowski/GKV-Spitzenverband, DVKA  
Simone Grimmeisen/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### Anlagen:

- Anlage 1: Schreiben vom 10.02.2022
- 

#### Sachverhalt:

Mit Schreiben vom 10.02.2022 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über die Ergebnisse der deutsch-serbischen Verbindungsstellengespräche informiert. Nunmehr möchten wir Sie über die neusten Entwicklungen informieren.

#### Protokoll der Verbindungsstellengespräche

Mit Schreiben vom 14.01.2022 hat uns die serbische Seite ihr Einverständnis zum Protokoll übermittelt. Sobald der Sprachenvergleich abgeschlossen ist, wird auch der GKV-Spitzenverband, DVKA sein Einverständnis zum Protokoll übermitteln.

#### Gültigkeit von Vordrucken ohne Unterschrift

Im Rahmen der Gespräche hat sich der GKV-Spitzenverband, DVKA mit der serbischen Seite darauf verständigt, dass zukünftig neben der bisherigen Form der Ausstellung auch der Austausch von Vordrucken ohne Unterschrift und Stempel zugelassen werden soll. Hierfür hat der GKV-Spitzenverband, DVKA der serbischen Seite Musterbeispiele übersandt und vorgeschlagen, das Verfahren für alle Vordrucke zuzulassen, die von Krankenversicherungsträgern oder dem GKV-Spitzenverband, DVKA ausgestellt werden. Die Antwort der serbischen Seite steht noch aus. Sobald feststeht, für welche Vordrucke und ab welchem Zeitpunkt das neue Verfahren gelten soll, werden die Krankenkassen hierüber informiert. Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über die neusten Entwicklungen zum Zeitpunkt der Sitzung.

#### Übersendung medizinischer Unterlagen

Mit Schreiben vom 10.02.2022 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer um Informationen zur Datenübermittlung bei Krankenhausbehandlung gebeten.

Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen werden derzeit ausgewertet. Im Rahmen der Sitzung wird der GKV-Spitzenverband, DVKA über die neuesten Entwicklungen hierzu informieren.

### **Einrichtung der deutsch-serbischen Arbeitsgruppe zur Kostenabrechnung**

Parallel zur Entwicklung mit der Türkei strebt der GKV-Spitzenverband, DVKA auch eine erste Sitzung der deutsch-serbischen Arbeitsgruppe zur Kostenabrechnung bis April 2022 an. In Bezug auf die inhaltlichen Fragestellungen der Arbeitsgruppe sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA eine starke Analogie zu den europäischen Prozessen und Normen angestrebt werden. Ebenso wie bei der deutsch-türkischen Arbeitsgruppe wird der GKV-Spitzenverband, DVKA die Mitglieder der Fachkonferenz DVKA über die Diskussionsfortschritte informieren und sich – sofern notwendig – kurzfristig mit den Kassenartverbänden zu Einzelfragen abstimmen.

---

### **Beratungsergebnis:**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über die Entwicklungen im Hinblick auf Serbien nach den Gesprächen. Zwischenzeitlich wurde das Protokoll der am 15.11.2021 und 16.11.2021 stattgefundenen deutsch-serbischen Verbindungsstellengespräche unterzeichnet. Mit Schreiben vom 10.02.2022 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer um Informationen zur Datenübermittlung bei Krankenhausbehandlung gebeten. Die Rückmeldungen haben ergeben, dass es grundsätzlich möglich wäre, die Diagnose in Form eines ICD-Schlüssels zu übersenden. Die Kassenartverbände sprechen sich jedoch gegen die Übermittlung von Diagnosen aus, da das Sozialversicherungsabkommen keine Verpflichtung zur Übermittlung von medizinischen Unterlagen bzw. Diagnosen vorsehe. Die (manuelle und technische) Umsetzung der Übermittlung von Diagnosen wäre mit einem erhöhten Verwaltungsaufwand bei den deutschen Kassen verbunden. Zudem könne die Diagnose zum Aufnahmezeitpunkt von der tatsächlichen Diagnose bei der Entlassung abweichen. Des Weiteren entscheide nach den geltenden Abkommensregelungen der aushelfende Träger über den Leistungsumfang. Es bestehe die Gefahr, dass durch die Übermittlung der Diagnose die durch den Leistungserbringer in Deutschland festgestellte Notwendigkeit einer Behandlung durch die serbische Seite angezweifelt werde. Der GKV-Spitzenverband, DVKA stellt klar, dass auch im Falle der Übermittlung von Diagnosen der serbische Träger an die Entscheidung des deutschen Leistungserbringers/der deutschen Krankenkasse gebunden sei. Er nimmt die Bedenken der Krankenkassen zur Kenntnis und wird die Situation unter Zugrundelegung aller Argumente sowie der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit noch einmal bewerten. Im Anschluss werden die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über das weitere Vorgehen informiert.





Spitzenverband

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

Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
AuslandPer E-Mail

AOK-Bundesverband  
Frau Elisabeth Reker-Barske  
Herrn Oliver Hein

BKK Landesverband NORDWEST  
Herrn Jürgen Rudack

BKK Dachverband e.V.  
Frau Ramona Edtmaier

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau  
Frau Petra Weigert

IKK e.V.  
Herrn Thomas Latz

Knappschaft  
Frau Sabine Kienapfel

Verband der Ersatzkassen e.V.  
Herrn Dr. Jörg Meyers-Middendorf  
Herrn Ulf Schinke

**Arkadius Markowski**

Tel.: +49 228 9530-604

Fax: +49 228 9530-600

arkadius.markowski@dvka.de

GKV-Spitzenverband  
Deutsche Verbindungsstelle  
Krankenversicherung – Ausland  
Pennefeldsweg 12 c  
53177 Bonn

www.dvka.de

www.gkv-spitzenverband.de

Ihre Nachricht vom

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Datum

3200.01

10.02.2022

**Digitale deutsch-serbische Verbindungsstellengespräche am 15.11. und 16.11.2021**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA hatten wir Sie über die bevorstehenden deutsch-serbischen Verbindungsstellengespräche informiert. Die Gespräche haben am 15.11. und 16.11.2021 stattgefunden. Gerne möchten wir Sie über die wichtigsten Ergebnisse und Entwicklungen seit den Gesprächen informieren.

## **1. Sachleistungsaushilfe**

### **1.1 Gültigkeit von Vordrucken ohne Unterschrift**

Im Rahmen der Gespräche haben wir uns mit der serbischen Seite darauf verständigt, dass zukünftig neben der bisherigen Form der Ausstellung auch der Austausch von Vordrucken ohne Unterschrift und Stempel zugelassen werden soll. Wir haben der serbischen Seite im Nachgang der Gespräche hierzu Musterbeispiele übersandt und vorgeschlagen, das Verfahren für alle Vordrucke zuzulassen, die von Krankenversicherungsträgern oder uns als GKV-Spitzenverband, DVKA ausgestellt werden. Die Antwort der serbischen Seite steht noch aus. Sobald feststeht, für welche Vordrucke und ab welchem Zeitpunkt das neue Verfahren gelten soll, werden wir die Krankenkassen hierüber informieren.

### **1.2 Übersendung medizinischer Unterlagen**

Bereits in den letzten Verbindungsstellengesprächen im Jahr 2018 hatten wir über die Forderung der serbischen Seite gesprochen, bei Leistungsaushilfe in Deutschland medizinische Unterlagen an den serbischen Träger zu übersenden. Die serbische Seite weist nach wie vor darauf hin, dass nach den serbischen Rechtsvorschriften als Voraussetzung für die nachträgliche Ausstellung des Vordrucks DE 111 SRB der Gesundheitszustand des Versicherten überprüft werden müsse. Wir haben erneut darauf hingewiesen, dass das Sozialversicherungsabkommen keine Verpflichtung zur Übersendung von medizinischen Unterlagen vorsieht. Dem aushelfenden Träger obliegt die abschließende Prüfungskompetenz für die erbrachten Sachleistungen. Darüber hinaus haben die deutschen aushelfenden Träger aufgrund nationaler datenschutzrechtlicher Bestimmungen keine Möglichkeit der Einsichtnahme in die vom serbischen Träger geforderten Unterlagen. Allein aus diesem Grund besteht schon keine Möglichkeit der Weitergabe von medizinischen Unterlagen der Leistungserbringer.

In diesem Zusammenhang hat uns die serbische Seite erläutert, dass die medizinischen Unterlagen nach serbischen Rechtsvorschriften zur Überprüfung von Regressmöglichkeiten gegenüber dem Versicherten im Falle eines möglichen Leistungsmissbrauchs benötigt werden. Sie betont, dass nach Übersendung der angeforderten Unterlagen die serbische Seite den benötigten Vordruck DE 111 SRB ohne weitergehende Prüfung in jedem Fall ausstellen wird. Im Laufe der Gespräche konnte Klarheit dazu erzielt werden, was die serbische Seite unter „medizinischen Unterlagen“ versteht. Sie erläuterte, dass es für diese Prüfung bereits ausreichend sei, wenn sie den ICD-Schlüssel von der deutschen Krankenkasse erhalte. Im Rahmen der Gespräche bestand Einvernehmen, dass der zuständige Träger die Beurteilung des aushelfenden Trägers der Notwendigkeit einer Behandlung zu akzeptieren hat. Unter dieser Prämisse haben wir zugesagt, dass wir eine mögliche Amtshilfe unter den Trägern prüfen werden.

Sollte die Angabe einer Diagnose durch die aushelfende deutsche Krankenkasse möglich sein, würden wir in Feld 3 des Vordrucks SRB 107 DE eine Möglichkeit zur Eintragung der Diagnose/des ICD-Schlüssels vereinbaren wollen, so dass diese/r bei der Beantragung des Vordrucks DE 111 SRB direkt mit angegeben werden könnte.

Vorschlag für Anpassung des Vordrucks SRB 107 DE:

- 3 Für die in Feld 1  Feld 2  bezeichnete Person bitten wir um Übersendung eines Vordrucks
- 3 *За лице наведено у пољу 1.  пољу 2.  молимо за доставу обрасца*
- DE ..... SRB, gültig vom ..... bis ..... DE \_\_\_\_\_ SRB са важношћу од .....
- Die Person wurde in das Krankenhaus aufgenommen wegen ..... (bitte Diagnose / ICD-Schlüssel angeben).

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns bis zum 04.03.2022 mitteilen könnten, ob bei einer Einweisung in ein Krankenhaus vom Leistungserbringer Daten an die deutschen Krankenkassen übermittelt werden. Sollte dies der Fall sein, dann bitten wir Sie uns auch anzugeben, zu welchem Zeitpunkt die Datenübermittlung erfolgt (z. B. bei Aufnahme oder Entlassung) und welche Art von kodierten Informationen (ICD-10, DRG) an die Krankenkassen übermittelt werden.

Des Weiteren bitten wir um Bestätigung, dass auch aus Sicht der Krankenkassen unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten die Möglichkeit besteht, dass sie diese Daten an die serbische Seite übersenden. Sollte dies der Fall sein, erhoffen wir uns durch die neue Verfahrensweise, dass die bisherigen Problemfälle gelöst werden. Andernfalls würde es bei der bisherigen Rechtslage verbleiben, mit der Konsequenz, dass die serbische Seite weiterhin keine Vordrucke übersendet, wenn die entsprechenden Daten nicht übermittelt werden.

## 2. Kostenabrechnung

In Bezug auf die Kostenabrechnung konnten wir im Rahmen der Gespräche Einvernehmen darüber erzielen, dass Forderungen zwischen Deutschland und Serbien perspektivisch elektronisch ausgetauscht werden sollen. In diesem Zusammenhang wird eine deutsch-serbische Arbeitsgruppe eingerichtet, die insbesondere klärt, welche Geschäftsprozesse vom elektronischen Datenaustausch umfasst werden sollen und welche Informationen in diesem Rahmen zwischen den Verbindungsstellen ausgetauscht werden sollen. Außerdem soll ein Vorschlag zum Format der Nachrichten entwickelt werden. Des Weiteren wird die Arbeitsgruppe auch die Frage der Fristen für die Bezahlung und Übermittlung von Beanstandungen von Forderungen erörtern. In diesem Rahmen wird die Arbeitsgruppe zudem die mögliche Beendigung der pauschalen

Kostenabrechnung adressieren, da die serbische Seite seit Jahren geltend macht, dass die technischen Voraussetzungen für eine Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand in Serbien erfüllt sind. Auf der anderen Seite steht das berechnete - und bei den Gesprächen nochmals unterstrichene - Interesse der deutschen Träger nach einem effizienten Abrechnungsverfahren.

Jenseits der angestrebten Vereinbarungen zur Aktualisierung der Kostenabrechnungsprozesse haben wir uns mit der serbischen Seite ferner darauf verständigt, offene Forderungen aus zurückliegenden Rechnungsjahren zügig zu klären und einen entsprechenden Rechnungsabschluss in den Blick zu nehmen.

Ferner weisen wir darauf hin, dass die serbische Seite während der Gespräche ausgeführt hat, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung in Serbien - aufgrund von Investitionen in die Infrastruktur und einer Ausweitung des Leistungskatalogs - in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind. Dies wird sich voraussichtlich in einem erhöhten Pauschalbetrag niederschlagen. Aktuell prüfen wir den von Serbien eingereichten Betrag für das Jahr 2020. Dieser beläuft sich derzeit auf umgerechnet 36,85 EUR. Zum Vergleich dazu belief sich der Pauschalbetrag für das Jahr 2019 auf 26,43 EUR.

Sobald der Pauschalbetrag mit der serbischen Seite vereinbart ist, werden wir ihn wie gewohnt per Rundschreiben an die Krankenkassen kommunizieren.

Mit freundlichen Grüßen

## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 5

### Übersicht über Beratungsstrukturen

**Verfasser:** Ulf Schinke/Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

---

#### **Sachverhalt:**

Wir schlagen vor, dass die zukünftige Gremien- und Austauschstruktur zwischen dem GKV-Spitzenverband, DVKA, Kassenverbänden und Kassen in der Fachkonferenz DVKA besprochen werden sollte.

Die bewährten Austauschstrukturen über die Fachkonferenz DVKA laufen wie gewohnt. Und die bisherigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA finden statt. Die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen, den Verbänden und dem GKV-Spitzenverband, DVKA entwickelt sich durch den NAE-Betrieb und die dort eingerichteten Austauschformate weiter. Neu hinzukommen außerdem eine neue Ad-hoc Arbeitsgruppe für leistungsrechtliche Fragen und das Angebot für einen regelmäßigen Austausch zu Kostenabrechnungsfragen in Form eines Webinars.

Hier wäre es hilfreich, eine Gesamtübersicht über die Strukturen zu haben, damit für die neuen Anforderungen weiterhin ein stimmiges Gesamtkonzept besteht.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert die Beratungsstrukturen der DVKA anhand der als Anlage 1 beigefügten Präsentation. Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen wohlwollend zur Kenntnis und begrüßen die klare Unterscheidung zwischen Gremien, Arbeitsgruppen und Seminaren.



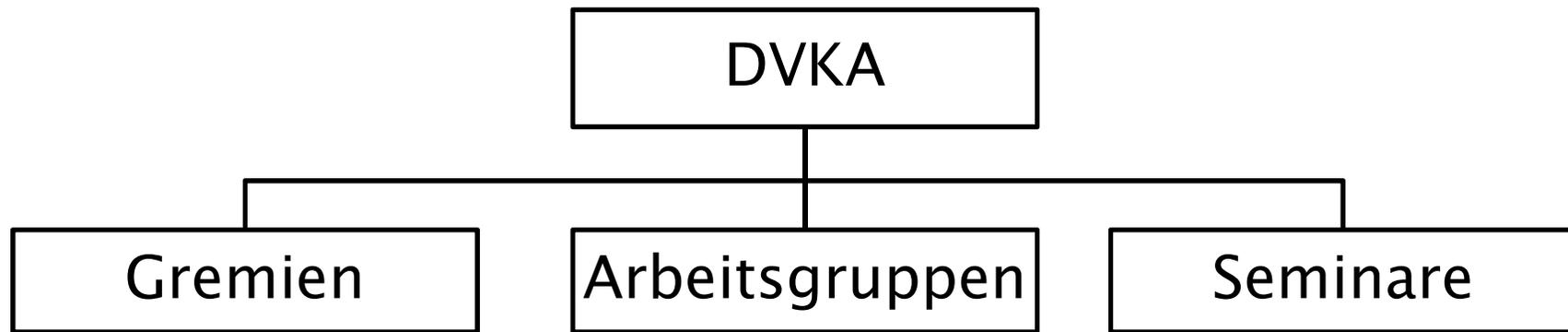
# TOP 5

## Übersicht über Beratungsstrukturen

Fachkonferenz DVKA  
17.03.2022

GKV–Spitzenverband, DVKA

# Beratungsstrukturen der DVKA



- Fachkonferenz DVKA
- A1 –Arbeitskreis
- Betriebslenkungsaus-  
schuss (BLA)
- Beratungsgremium  
GKV–SV Richtlinie  
Beanstandungs– und  
Forderungsverzicht

- Adhoc–Gruppe über–/  
zwischenstaatliches  
Leistungsrecht
- Adhoc–Gruppe  
Kostenabrechnung

- Präsenz–Seminare zum über–/  
zwischenstaatlichen Recht
- Online–Seminare zum über–/  
zwischenstaatlichen Recht
- Online–Workshops zu  
spezifischen Fachthemen

# Gremien der DVKA



Bezeichnung	Verantwortung	Gremienart	Turnus	Teilnehmerkreis	Inhalte
Fachkonferenz DVKA	3200 / 3230	national, ständig	2 x p.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kassenartverbände</li> <li>• DVKA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (Durchführungs-)Fragen des über- und zwischenstaatlichen Rechts mit Bezug zu den Kranken- und Pflegekassen</li> <li>• Information der Kassenartverbände über Aufgabenwahrnehmung der DVKA nach § 219a SGB V</li> </ul>
A1-Arbeitskreis	3220	national, ständig	2 x p.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kassenartverbände</li> <li>• DVKA</li> <li>• RV</li> <li>• ABV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgestaltung des elektronischen Antrags- und Bescheinigungsverfahrens nach §§ 106, 106a SGB IV</li> <li>• Beratung von und Entscheidung über die Gemeinsamen Grundsätze und deren Anlagen sowie der Verfahrensbeschreibungen und deren Anlagen</li> </ul>
Lenkungsausschuss des NAE-Betriebes (Betriebs-lenkungsausschuss)	3212	national, ständig	4 x p.a.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NAE-Betrieb</li> <li>• Personen mit EESSI-Zuständigkeit bzw. Koordinationsrolle KK und Kassenartverbände</li> <li>• NA-SPOCs</li> <li>• ggf. Personen mit fachlicher Zuständigkeit aus DVKA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht über das vorherige Quartal bzgl. NAE und internationalen Entwicklungen</li> <li>• Ausblick auf kommenden Zeitraum, ggf. Gesamtjahr</li> <li>• Berichte der Kassen über aufgetretene Fragen in der Praxis</li> <li>• Beratung zu EESSI-bezogenen Anwendungsfragen auf technischer Ebene bzw. teilfachlicher Ebene, wenn von technischen Aspekten nicht trennbar. Rein fachliche Themen werden nicht besprochen</li> <li>• Vereinbarung künftiger Entwicklungs-, Test- und Inbetriebnahmezeiträume/-punkte</li> <li>• Einsetzung von nicht beschlussfähigen Unterarbeitsgruppen zu spezifischen technischen Themen</li> </ul>
Beratungsgremium zur GKV-SV RL Beanstandungs-/ Forderungsverzicht	3260	national, ständig	jährlich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kassenartverbände</li> <li>• ggf. Krankenkassen</li> <li>• DVKA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bericht der DVKA über die Umsetzung der Mindestbetragsrichtlinie (Vorstellung von Analysen</li> <li>• Erörterung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung (Vermeidung von Beanstandungen) in der zwischenstaatlichen KR</li> </ul>

# Arbeitsgruppen der DVKA



Bezeichnung	Verantwortung	Gremienart	Turnus	Teilnehmerkreis	Inhalte
Ad-hoc-Gruppe über- und zwischenstaatliches Leistungsrecht	3230	national	nach Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenkassen</li> <li>• Kassenartverbände</li> <li>• DVKA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praxisaustausch zur Umsetzung der Leistungsaushilfe</li> <li>• Fragen zum Abschluss bzw. der Anpassung von Vereinbarungen mit den Verbänden der Leistungserbringer</li> <li>• Bewertung der Auswirkung bundeseinheitlicher Digitalisierungsvorhaben KV/PV</li> </ul>
Ad-hoc-Gruppe Kostenabrechnung (bisher Türkei)	3260	national	nach Bedarf	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenkassen</li> <li>• Kassenartverbände</li> <li>• DVKA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erörterung aktueller Sachverhalte aus dem Bereich DE-TR Kostenabrechnung</li> <li>• Erörterung und Festlegung der Eckpunkte für eine Modernisierung der DE-TR Kostenabrechnung</li> <li>• Vorbereitung der VbSt-Gespräche mit TR</li> </ul>

# Seminare der DVKA



Bezeichnung	Verantwortung	Teilnehmerkreis	Inhalte
Präsenz-Seminare zum über- und zwischenstaatlichen Recht	3273	• Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlagen zum über- und zwischenstaatlichen Recht</li> <li>• Expatriates</li> <li>• Freiwillige Krankenversicherung</li> <li>• Kostenabrechnungen</li> <li>• Krankenversicherung der Rentner</li> <li>• Leistungsaushilfe</li> <li>• Krankenversicherung der Studenten und Praktikanten</li> </ul>
Online-Seminare zum über- und zwischenstaatlichen Recht	3273	• Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A1 DVKA Homepage und Extranet</li> <li>• A3 Arbeitsunfähigkeit</li> <li>• K Kostenabrechnung VO (EG) 987/09 und Abkommensrecht</li> <li>• 7 Module Leistungsaushilfe</li> <li>• 9 Module Versicherungsrecht</li> </ul>
Online-Workshops zu spezifischen Fachthemen	DVKA	• Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Aktuelle Fragestellungen zu XXX“ (z. B. Beschluss S11)</li> <li>• Q&amp;A</li> <li>• Praxisfragen</li> </ul>

## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 6

### Nachweisführung der Familienversicherung bei Wohnsitz im Ausland

**Verfasser/in:** Anja Fricke/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Das Bundesamt für Soziale Sicherung hat bestätigt, dass für die Nachweisführung der Familienversicherung von Familienangehörigen, deren Ansprüche sich nach dem Recht des ausländischen Wohnortträgers richten, künftig alleine die Eintragungsmitteilung des Wohnortträgers entscheidend ist. Diese hat solange Bestand, bis die Eintragung vom Wohnortträger gestrichen bzw. die Anspruchsbescheinigung von der deutschen zuständigen Krankenkasse widerrufen wird.

Mit Schreiben vom 02.12.2021 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer hierüber informiert und um Hinweise zu dem sich daraus ergebenden Änderungsbedarf der Fami-Meldegrundsätze gebeten. Die Auswertung der Rückmeldungen hat ergeben, dass die Krankenkassen das Abstellen auf die Eintragungsmitteilung des Wohnortträgers grundsätzlich begrüßen, sie jedoch weiterhin eine Überprüfung der im Ausland wohnenden Familienangehörigen zu bestimmten – noch festzulegenden – Zeitpunkten für erforderlich halten.

Der AOK-Bundesverband hat für die Prüfung, ob eine Anspruchsbescheinigung bei Wohnort in einem EU-/EWR-Staat, in der Schweiz bzw. im Vereinigten Königreich ausgestellt werden kann, die Verwendung eines einheitlichen Fragebogens auf der Grundlage des vom GKV-Spitzenverband, DVKA erstellten Fragebogens bei Wohnort in Deutschland vorgeschlagen. Darüber hinaus hat er einen Fragebogen entwickelt, der zur Überprüfung einer laufenden Einschreibung verwendet werden könnte.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA prüft diese Vorschläge derzeit im Rahmen der Vorschriften der VO (EG) 883/04 und 987/09 sowie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen. Darüber hinaus befasst er sich mit der Konkretisierung, in welchen Situationen die Krankenkassen anhand des zukünftigen Fragebogens eine Überprüfung einer laufenden Einschreibung erwägen sollten.

Das Referat Mitgliedschafts- und Beitragsrecht des GKV-Spitzenverbandes, das für die Änderung der Fami-Meldegrundsätze verantwortlich ist, ist in diesen Prozess eng eingebunden.

Sobald die internen Prüfungen sowie Abstimmungen abgeschlossen sind, informiert der GKV-Spitzenverband, DVKA die Kassenartverbände darüber und legt die nächsten Schritte fest. Die Detailabstimmung wird ggf. in einem separaten Austausch in digitalem Format unter Beteiligung der Kassenartverbände erfolgen.

In der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 17.03.2022 berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA über den dann vorliegenden Stand in dieser Angelegenheit.

---

**Beratungsergebnis:**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA betont, dass in Übereinstimmung mit der Auffassung des Bundesamtes für Soziale Sicherung für die Nachweisführung der Familienversicherung von Familienangehörigen, deren Ansprüche sich nach dem Recht des ausländischen Wohnortträgers richten, künftig alleine die Eintragungsmitteilung des Wohnortträgers entscheidend ist. Das Referat Mitgliedschafts- und Beitragsrecht des GKV-Spitzenverbandes wird unter Beteiligung der DVKA sowie der Kassenartverbände die Fami-Meldegrundsätze entsprechend anpassen. Ein Inkrafttreten der aktualisierten Fassung der Fami-Meldegrundsätze ist im Sommer 2022 geplant.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Frage einer möglichen rückwirkenden Anwendung der o. g. aktualisierten Fassung der Fami-Meldegrundsätze mit dem zuständigen Referat Mitgliedschafts- und Beitragsrecht des GKV-Spitzenverbandes erörtern.

Um die Qualität und Aktualität der Meldedaten bei Wohnort im Ausland zu verbessern, begrüßt der GKV-Spitzenverband, DVKA die Verwendung eines einheitlichen Fragebogens zur Prüfung der Ausstellung einer Anspruchsbescheinigung bzw. zur Überprüfung einer bereits bestehenden Einschreibung für versicherte Personen und deren Familienangehörige bei Wohnort in einem EU-/EWR-Staat, in der Schweiz bzw. im Vereinigten Königreich. Die Entwicklung eines entsprechenden Fragebogens auf der Basis des vom AOK-Bundesverbands übermittelten Vorschlags unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen wird voraussichtlich bis zum Frühsommer abgeschlossen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird den Fragebogenentwurf sowie einen Rundschreibenentwurf zur Konkretisierung, in welchen Situationen die Krankenkassen anhand des zukünftigen Fragebogens eine Überprüfung einer laufenden Einschreibung erwägen sollten, mit den Kassenartverbänden vor der Veröffentlichung abstimmen.

Der einheitliche Fragebogen soll zukünftig in mehreren Sprachfassungen verfügbar sein.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 7

### Abgeleitete Ansprüche – Sachstand

**Verfasser/in:** Hanna Ternes/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Im Vorfeld der letzten Sitzung hatte der GKV-Spitzenverband, DVKA den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern einen Rundschreibenentwurf zu den abgeleiteten Ansprüchen zur Verfügung gestellt. Dieser stützte sich in seinen Grundannahmen auf die vom europäischen Gesetzgeber beabsichtigte Regelung in Art. 32 VO (EG) 883/04 im Rahmen der Revision der Koordinierungsverordnungen (sog. Kaskadenregelung).

Die Kaskadenregelung stellt darauf ab, ob abgeleitete Ansprüche zusammentreffen, die durch gleiche oder verschiedene Tatbestände ausgelöst werden. Beim Zusammentreffen zweier abgeleiteter Ansprüche, die z. B. jeweils aufgrund einer Beschäftigung der Versicherten ausgelöst werden, hat der Anspruch aus dem Wohnstaat des Familienangehörigen Vorrang. Wenn beide Elternteile aufgrund verschiedener Versicherungstatbestände, z. B. Beschäftigung und Rente, abgesichert sind, hat der abgeleitete Anspruch im Beschäftigungsstaat Vorrang.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat diesen Lösungsansatz (Vorrang des abgeleiteten Anspruches aus dem Wohnstaat des Familienangehörigen) bereits mit Rundschreiben Nr. 2012/257 gegenüber den Krankenkassen kommuniziert und seitdem in Abstimmung dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales vertreten. Einige EU-Staaten (unter anderem Polen) sind allerdings der Auffassung, dass beim Zusammentreffen zweier abgeleiteter Ansprüche für Kinder ein Wahlrecht bestehe. Dies hat in der Praxis zu Problemen im Meldeverfahren und der Kostenabrechnung geführt.

Zum Zeitpunkt der Erstellung des Rundschreibenentwurfs im Herbst 2021 bestand die begründete Hoffnung, dass das Europäische Parlament, der Rat und die Kommission zeitnah eine Einigung zur Revision der Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09 und damit auch zur Problematik der abgeleiteten Ansprüche erzielen.

Am 22.12.2021 ist der Kompromissvorschlag zur Revision der Koordinierungsverordnungen im Ausschuss der Ständigen Vertreter der Regierungen der EU-Mitgliedstaaten gescheitert. Derzeit ist davon auszugehen, dass die Revision nicht zeitnah in Kraft treten wird. Eine gesetzliche Klarstellung zu der Frage, ob beim Zusammentreffen zweier abgeleiteten Ansprüche der Anspruch aus dem Wohnstaat des Familienangehörigen Vorrang hat, fehlt somit weithin.

Aufgrund dieser Entwicklungen hat der GKV-Spitzenverband, DVKA gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die dringende Notwendigkeit adressiert, dass sich die Verwaltungskommission zeitnah mit der Thematik befasst. Ziel ist, dass die Mitgliedstaaten sich auf eine einheitliche Verfahrensweise zur Lösung dieser Sachverhalte verständigen, bis eine gesetzliche Klarstellung in Art. 32 VO (EG) 883/04 erfolgt. Das BMAS hat diese Vorgehensweise befürwortet. Die Vorbereitungen zur Platzierung des Themas in der Verwaltungskommission laufen derzeit.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ist die Verwaltungskommission das geeignete Gremium, um diese Fragestellung zu erörtern und einer Lösung zuzuführen. Zwar besteht für die polnische Seite seit einiger Zeit die Möglichkeit, diese Problematik aufgrund der großen Zahl der ungelösten Beanstandungen dem Schlichtungsgremium (Conciliation Panel) beim Rechnungsausschuss vorzulegen. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um eine rein kostenabrechnungsspezifische Frage. Vielmehr könnten Probleme in der Kostenabrechnung in diesem Bereich nahezu vollständig vermieden werden, wenn europaweit einheitlich geklärt ist, welche Familienangehörigen als anspruchsberechtigt anzusehen sind und somit eingeschrieben werden dürfen. Eine solche Klarstellung fällt eindeutig in den Zuständigkeitsbereich der Verwaltungskommission.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA ist derzeit bestrebt, sich mit der polnischen Seite darauf zu verständigen, die Thematik bis zum Abschluss der Erörterungen in der Verwaltungskommission nicht dem Conciliation Panel vorzulegen. Dabei würden der GKV-Spitzenverband, DVKA sicherlich signalisieren, dass eine von der Verwaltungskommission gefundene Lösung auch für die bereits (seit langem) vorliegenden beanstandeten Kostenrechnungen anzuwenden ist.

Über den Fortgang wird der GKV-Spitzenverband, DVKA berichten.

Um der Diskussion in der Verwaltungskommission nicht vorzugreifen, hat sich der GKV-Spitzenverband, DVKA entschieden, den Rundschreibenentwurf aktuell nicht zu veröffentlichen.

Es wird derzeit geprüft, ob die Klarstellungen und Informationen zu abgeleiteten Ansprüchen von verschiedenen Personenkreisen, unter anderem zu

- privat abgesicherten Personen
- zu nicht verheirateten Eltern
- Eltern mit alleinigem Sorgerecht

- Stiefkindern sowie
- Pflegekindern,

in einem eigenen Rundschreiben veröffentlicht werden. Im Übrigen gelten die Ausführungen aus dem Rundschreiben Nr. 2012/257.

---

**Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen es, dass eine Befassung der Verwaltungskommission mit der Thematik der abgeleiteten Ansprüche angestrebt wird, um sich auf eine einheitliche Verfahrensweise zur Lösung der Sachverhalte zu verständigen, bis eine gesetzliche Klarstellung in Art. 32 VO (EG) 883/04 erfolgt. Die Kassenartverbände betonen die dringende Notwendigkeit einer baldigen Lösungsfindung. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird hierauf hinwirken, soweit es ihm möglich ist.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird zeitnah zu den Klarstellungen und Informationen zu abgeleiteten Ansprüchen von verschiedenen Personenkreisen, unter anderem zu

- privat abgesicherten Personen
- zu nicht verheirateten Eltern
- Eltern mit alleinigem Sorgerecht
- Stiefkindern sowie
- Pflegekindern,

ein eigenes Rundschreiben veröffentlichen.



## BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
Ausland

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

### TOP 8

## Offene Fragen zum Ruhen von Leistungsansprüchen im Ausland (§ 16 Abs. 3a SGB V)

**Verfasser:** Ulf Schinke/Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

---

#### Sachverhalt:

#### **Ruhen des Leistungsanspruchs aufgrund von Beitragsrückständen im Zusammenhang mit der Leistungsinanspruchnahme im Ausland**

Die Thematik wurde zuletzt in der Fachkonferenz DVKA (damals „Ständiger Arbeitsausschuss“) im Oktober 2015 beraten. Das Besprechungsergebnis enthält jedoch keine rechtliche Bewertung zur Thematik. Die Krankenkassen werden in immer wieder mit der Fragestellung zum Ruhen des Leistungsanspruchs im Ausland aufgrund von nicht gezahlten Beiträgen konfrontiert. Für die Zukunft ist eine konkrete Regelung dieser Fälle wünschenswert.

Wir schlagen vor, dass die Thematik zunächst in der Fachkonferenz beraten wird. Abschließend bitten wir den GKV-Spitzenverband, DVKA um eine rechtliche Bewertung. Sowohl für die Thematik Wohnortfälle als auch den vorübergehenden Aufenthalt (Urlaub) im Ausland. In der Regel besteht während eines ruhenden Leistungszeitraums keine medizinische Notwendigkeit sich ins Ausland zu begeben. Im Inland besteht ein Anspruch auf Behandlungen bei akuten Erkrankungen. In Fällen, in denen der Versicherte sich auf Weisung (z.B. im Rahmen von Entsendungen) im Ausland aufhält, kommt es aufgrund der regelmäßigen Beitragszahlung durch den Arbeitgeber zu keinen Beitragsrückständen.

Betroffen sind die folgenden Fallkonstellationen: (EU/EWR und Abkommensstaaten)

- **Versicherung im Inland, Wohnort im Ausland:** Kann die Ausstellung z.B. eines S1 verweigert werden, sofern bei der deutschen Kasse ein Beitragsrückstand besteht? Die Anspruchsvordrucke bieten keine Möglichkeit, den Leistungsanspruch einzuschränken. In diesem Fall besteht eine Gesetzeslücke, da der Leistungsanspruch im Inland ruht und durch Verzug ins Ausland wieder vollumfänglich bestünde. Bei bereits bestehenden

Einschreibungen im Ausland stellt sich die Frage ob die Einschreibung beim ausl. Träger beendet werden kann. Der Ausl. Träger leistet gemäß seinen Rechtsvorschriften– ein Ruhen des Anspruchs mit Anspruch auf "Notfalleleistungen" wird kein anderer Träger kennen. Voraussetzung für den Anspruch im Ausland ist ein im Inland bestehender Leistungsanspruch, bzw. eine Versicherung die nicht "ruht".

- **Familienversicherung:** Leistungen für Familienversicherte ruhen nicht, dies erschwert zudem die Beendigung der Einschreibung, bzw. muss dem ausl. Träger mitgeteilt werden, dass die Einschreibung für den Hauptversicherten endet, für die Fam. Angehörigen jedoch nicht.
- **Versicherung im Inland, vorübergehender Auslandsaufenthalt:** Wird die EHIC oder eine PEB vorgelegt, entscheidet der Arzt im Ausland anhand der geplanten Aufenthaltsdauer, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist. Ggf. wird hier ein anderer Maßstab angesetzt, als bei einer Notfallbehandlung in Deutschland im Fall von Beitragsrückständen. In der Regel wird die deutsche Versicherungskarte zurückgefordert/gesperrt. Sendet der Kunde diese jedoch nicht zurück, kann er u.U. Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen, die er aufgrund der Sperrung der Karte im Inland nicht mehr erhalten würde. Dies stellt eine Ungleichbehandlung der Versicherten dar. Versicherte die sich trotz Ruhen des Anspruchs ins Ausland begeben, erhalten den vollen Leistungsumfang den der ausl. Träger vorsieht.
- **Kostenerstattung:** Sofern die Kosten durch den Versicherten privat beglichen wurden, besteht dann Anspruch auf eine Kostenerstattung? Wenn ja, in welchen Fällen? Eine nachträgliche Beurteilung ob es sich tatsächlich um einen Notfall gehandelt hat, ist nur schwer möglich.
- **Versicherung im Ausland, Antrag auf Leistungsaushilfe im Inland:** Bei einer deutschen Kasse besteht ein Beitragsrückstand und damit einhergehend ein Ruhen des Leistungsanspruches. Kann die Kasse, bei der der Beitragsrückstand besteht, die Leistungsaushilfe ablehnen? Eine andere Kasse, die keine Kenntnis über den Beitragsrückstand hat, würde diese voraussichtlich leisten. Es gibt kein inländisches Meldeverfahren.

Zur Thematik scheint es bislang keine konkreten rechtlich bindenden Regelungen zu geben. Derzeit bleibt nur die Option, den ausländischen Wohnortträger nach Art. 84 der Grundverordnung zu beauftragen, die geschuldeten Beiträge einzuziehen. Dies ist jedoch nicht praxisgerecht.

Die Einschränkung des Geltungsbereiches des § 16 Abs. 3a SGB V erscheint auch insofern sachgerecht und funktional, da die GKV keinen Einfluss auf das ausländische Leistungserbringersystem nehmen kann. Insbesondere das Verfahren der Leistungsanspruchnahme während des Ruhens kann nicht auf das Ausland übertragen werden, noch besteht für die Krankenkassen eine Möglichkeit – bedingt durch die in Titel IV Kapitel I definierten Verfahren zur Kostenabrechnung nach EG-Recht – zu prüfen, ob während des Ruhens unberechtigt Leistungen im Ausland in Anspruch genommen wurden.

### **Umgang mit Meldewege bei Familienangehörigen im EESSI-System**

EESSI sieht nur noch Meldungen als „Pro-Kopf-Bescheinigungen“ vor. Bei einer Abmeldung des Stammversicherten wegen Zahlungsverzug kann es vorkommen, dass für anspruchsberechtigte Familienangehörige die Einschreibung grundsätzlich bestehen bleibt. Muss dem ausländischen Träger der Sachverhalt für den Stammversicherten erläutert/mitgeteilt werden, und wenn ja wie? Wie können die noch bestehenden Sachleistungsansprüche im Wohnstaat vom Stammversicherten realisiert werden? Wie kann sichergestellt werden, dass die Sachleistungsaushilfe für die Angehörigen vom aushelfenden Träger nicht beendet wird, wenn Stammversicherte wegen Zahlungsverzug abgemeldet werden?

---

#### **Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben im Rahmen der Sitzung die Thematik erörtert. Hierbei hat der GKV-Spitzenverband, DVKA neben rechtlichen Erwägungen insbesondere auch die Relevanz der praktischen Umsetzbarkeit einer Lösung hervorgehoben. Es wurde vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA im Nachgang zur Sitzung eine rechtliche Bewertung unter Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Praxis an die Kassenartverbände übermitteln wird. Diese soll als Grundlage für die Erörterung der nächsten Schritte verwendet werden.

## BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
Ausland

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 23.03.2022

## TOP 9

### Forderungsübersicht

**Verfasser/in:** Philipp Jaeschke/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Anlagen:**

- Anlage 1: Forderungsübersicht 31.01.2022
- 

#### **Sachverhalt:**

Im Rahmen der Sitzung berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA über den Stand der offenen deutschen und ausländischen Forderungen sowie in diesem Zusammenhang getroffene Maßnahmen.

Die Forderungsstände zum 31.01.2022 können der als Anlage beigefügten Präsentation entnommen werden. Es werden jeweils auch die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 08.10.2021 (Stand: 31.08.2021) ausgewiesen.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Nachdem Beschluss Nr. H11 der Verwaltungskommission nicht verlängert wurde, können die Mitgliedstaaten aktuell keine Verlängerung der Zahlungs- und Beanstandungsfristen mehr in Anspruch nehmen. Dies führt nun im Falle einiger Mitgliedstaaten zu einem beschleunigten Zahlungsausgleich.

Neben Griechenland und Portugal, bei denen für die Durchführung der bilateral vereinbarten Forderungsverrechnung zunächst üblicherweise der Ablauf der Zahlungs- und Beanstandungsfrist abgewartet werden muss, ergeben sich aktuell auffällige Außenstände insbesondere bei Dänemark und Italien. Die dänische Verbindungsstelle ist infolge der Implementierung von S\_BUC\_19 zum 07.03.2022 nach eigener Aussage nun bemüht, einige zwischenzeitlich entstandenen Rückstände abzarbeiten. Im Falle von Italien sind die Außenstände auch in der aktuellen Höhe nicht unüblich. Die Entwicklungen werden weiterhin aufmerksam beobachtet.

Seit Erstellung der Beratungsunterlage (Stand: 31.01.2022) hat die türkische Verbindungsstelle trotz Währungsturbulenzen eine bedeutende Zahlung in Höhe von 25,6 Mio. EUR geleistet. Damit konnte das Volumen der gegenüber der Türkei offenen deutschen Forderungen um mehr als die Hälfte reduziert werden. Vor diesem Hintergrund hat die türkische Seite zuletzt einen adäquateren Zahlungsausgleich zu türkischen Forderungen gefordert. Aktuell ist der GKV-Spitzenverband, DVKA darum bemüht, im Dialog mit einzelnen Krankenkassen auf die zeitnahe Begleichung von türkischen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand, insbesondere der Jahre 2015–2018, hinzuwirken. Seitens der Kassenartverbände wird Bereitschaft signalisiert, den Dialog mit den Krankenkassen bei Bedarf zu unterstützen.

Deutsche Forderungen gegenüber Montenegro und Nordmazedonien warten derzeit teilweise noch auf Verrechnung, da zuletzt nicht ausreichend Verrechnungsmasse in Form von offenen ausländischen Forderungen zur Verfügung gestanden hat. Grund hierfür ist die bislang ausbleibende Vereinbarung von Pauschbeträgen für einige vergangene Abrechnungsjahre auf Ebene der zuständigen Ministerien. Erst im Anschluss daran kann die Bewertung und Bezahlung entsprechender ausländischer Forderungen nach pauschalem Aufwand erfolgen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA steht diesbezüglich im Austausch mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.



## Deutsche Forderungen gegenüber Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	> 18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeanst.	beanst.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Belgien	0,28	0,13	0,41	(+0,02)	13,38	(-6,26)	13,79	(-6,24)
Bulgarien	0,87	0,75	1,62	(+0,21)	24,90	(-14,78)	26,52	(-14,57)
Dänemark	9,60	0,15	9,75	(-2,40)	30,30	(-1,54)	40,05	(-3,94)
Estland	0,00	0,00	0,00	(+0,04)	0,75	(-0,11)	0,75	(-0,07)
Finnland	0,00	0,01	0,01	(-0,01)	2,58	(-0,01)	2,59	(-0,02)
Frankreich	1,43	6,07	7,50	(+1,87)	58,99	(-5,01)	66,49	(-3,13)
Griechenland	12,65	1,37	14,02	(-1,44)	16,38	(-3,14)	30,40	(-4,58)
Irland	1,24	0,20	1,44	(+0,82)	2,15	(-1,06)	3,59	(-0,24)
Island	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,42	(+0,01)	0,42	(+0,01)
Italien	14,68	4,03	18,71	(+3,93)	53,23	(-16,42)	71,93	(-12,49)
Kroatien	0,11	0,28	0,39	(+0,02)	14,73	(+0,83)	15,12	(+0,86)
Lettland	0,00	0,00	0,00	(-3,40)	6,13	(-5,02)	6,13	(-8,42)
Liechtenstein	0,01	0,01	0,02	(-0,13)	1,02	(-0,12)	1,04	(-0,25)
Litauen	0,01	0,00	0,01	(+0,01)	4,20	(+2,32)	4,21	(+2,33)
Luxemburg	0,24	1,34	1,58	(-0,02)	20,95	(-14,45)	22,53	(-14,47)
Malta	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,02	(-0,29)	0,02	(-0,29)
Niederlande	-0,01	5,45	5,44	(-0,51)	121,94	(-20,51)	127,38	(-21,02)
Norwegen	0,00	0,01	0,01	(+0,00)	5,35	(-1,08)	5,36	(-1,07)
Österreich	1,38	11,06	12,44	(+2,95)	121,12	(+25,07)	133,56	(+28,02)
Polen	0,36	8,16	8,52	(+1,17)	141,98	(-13,95)	150,50	(-12,78)
Portugal	5,01	0,07	5,08	(-1,83)	6,59	(+0,01)	11,67	(-1,82)
Rumänien	6,61	11,15	17,76	(+3,29)	64,92	(-4,99)	82,68	(-1,70)
Schweden	0,00	0,03	0,03	(-0,00)	5,22	(-1,20)	5,25	(-1,20)
Schweiz	0,00	0,23	0,23	(-0,06)	115,58	(+4,11)	115,82	(+4,05)
Slowakei	0,26	0,14	0,40	(+0,16)	7,70	(-0,27)	8,10	(-0,11)
Slowenien	0,00	0,03	0,03	(+0,00)	5,40	(-0,35)	5,43	(-0,35)
Spanien	0,29	1,77	2,06	(-0,15)	15,94	(-1,00)	18,00	(-1,15)
Tschech. Republik	0,00	0,22	0,22	(+0,02)	10,58	(-2,55)	10,80	(-2,53)
Ungarn	0,26	1,35	1,62	(-2,76)	17,15	(-2,34)	18,76	(-5,10)
Verein. Königreich	0,23	0,64	0,86	(-25,58)	43,14	(-8,54)	44,00	(-34,12)
Zypern	0,00	0,01	0,01	(-0,00)	11,91	(+2,64)	11,92	(+2,64)
<b>GESAMT</b>	<b>55,50</b>	<b>54,70</b>	<b>110,19</b>	<b>(-23,76)</b>	<b>944,62</b>	<b>(-89,99)</b>	<b>1054,81</b>	<b>(-113,75)</b>

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

\*\*Zahlungsfrist noch nicht abgelaufen

Stand: 31.01.2022

## Deutsche Forderungen gegenüber Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien und Herzegowina (Föderation)	<b>2,58</b>	<i>(-0,24)</i>
Bosnien und Herzegowina (Republik Srpska)	<b>0,62</b>	<i>(+0,06)</i>
Marokko		<i>(+0,00)</i>
Montenegro	<b>3,40</b>	<i>(-0,07)</i>
Nordmazedonien	<b>1,22</b>	<i>(+0,16)</i>
Serbien	<b>2,18</b>	<i>(-0,52)</i>
Tunesien	<b>0,00</b>	<i>(-0,00)</i>
Türkei	<b>47,03</b>	<i>(+2,43)</i>
<b>GESAMT</b>	<b>57,03</b>	<b>(+1,81)</b>

Stand: 31.01.2022

# Ausländische Forderungen von Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	> 18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeanst.	beanst.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Belgien	0,16	0,99	1,15	(+0,16)	17,13	(+1,94)	18,28	(+2,09)
Bulgarien	0,01	0,04	0,05	(+0,01)	1,32	(+0,66)	1,37	(+0,67)
Dänemark	0,00	0,61	0,61	(+0,00)	6,53	(-0,74)	7,14	(-0,74)
Estland	0,01	0,02	0,03	(+0,01)	0,07	(+0,01)	0,09	(+0,02)
Finnland	0,38	0,01	0,39	(+0,02)	1,21	(+0,08)	1,60	(+0,10)
Frankreich	1,12	3,48	4,60	(-3,91)	134,42	(-4,17)	139,02	(-8,08)
Griechenland	1,16	8,26	9,42	(-2,50)	27,31	(+10,69)	36,73	(+8,19)
Irland	0,11	0,09	0,19	(+0,02)	1,44	(+0,25)	1,63	(+0,27)
Island	0,00	0,03	0,03	(-0,00)	0,10	(-0,10)	0,13	(-0,10)
Italien	0,27	2,40	2,67	(-3,20)	42,18	(+2,31)	44,85	(-0,89)
Kroatien	0,92	0,34	1,26	(-0,23)	30,71	(+9,06)	31,97	(+8,83)
Lettland	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,05	(-0,04)	0,05	(-0,04)
Liechtenstein	0,01	0,03	0,04	(+0,00)	0,05	(-0,14)	0,10	(-0,14)
Litauen	0,00	0,04	0,04	(+0,02)	0,86	(-0,18)	0,90	(-0,15)
Luxemburg	0,01	0,14	0,15	(+0,04)	4,60	(+0,46)	4,75	(+0,49)
Malta	0,00	0,00	0,00	(-0,00)	0,10	(+0,07)	0,10	(+0,07)
Niederlande	0,73	0,82	1,55	(+0,26)	34,54	(+1,42)	36,08	(+1,68)
Norwegen	0,43	0,10	0,54	(+0,35)	0,51	(-0,81)	1,05	(-0,46)
Österreich	0,19	0,62	0,81	(-0,32)	102,15	(-34,29)	102,96	(-34,61)
Polen	0,25	3,70	3,96	(+1,09)	35,05	(+2,50)	39,00	(+3,59)
Portugal	1,19	20,94	22,13	(+5,46)	5,37	(-1,36)	27,50	(+4,10)
Rumänien	0,00	0,05	0,05	(+0,01)	0,85	(+0,37)	0,90	(+0,38)
Schweden	0,19	0,21	0,40	(+0,19)	7,60	(-3,12)	8,00	(-2,93)
Schweiz	0,01	0,98	0,98	(-0,05)	48,88	(+8,20)	49,86	(+8,16)
Slowakei	0,01	0,07	0,08	(+0,02)	4,22	(+0,71)	4,31	(+0,73)
Slowenien	0,00	0,04	0,04	(+0,00)	7,06	(+2,30)	7,11	(+2,30)
Spanien	0,49	5,81	6,30	(+0,01)	48,22	(-10,20)	54,52	(-10,19)
Tschech. Republik	0,08	0,69	0,77	(+0,17)	30,89	(+2,06)	31,66	(+2,23)
Ungarn	0,01	0,37	0,38	(-0,03)	5,84	(+0,78)	6,22	(+0,75)
Verein. Königreich	0,25	1,10	1,35	(+0,45)	3,11	(-0,74)	4,45	(-0,30)
Zypern	0,00	0,01	0,01	(-0,05)	0,10	(-0,03)	0,11	(-0,08)
<b>GESAMT</b>	<b>7,97</b>	<b>52,00</b>	<b>59,97</b>	<b>(-2,01)</b>	<b>602,46</b>	<b>(-12,03)</b>	<b>662,43</b>	<b>(-14,03)</b>

## Ausländische Forderungen von Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien und Herzegowina (Föderation)	0,48	(-0,16)
Bosnien und Herzegowina (Republik Srpska)	1,16	(+0,65)
Marokko	0,00	(+0,00)
Montenegro	0,19	(-0,05)
Nordmazedonien	0,18	(-0,05)
Serbien	0,88	(-0,45)
Tunesien		(+0,00)
Türkei	40,74	(-0,26)
<b>GESAMT</b>	<b>43,63</b>	<b>(-0,32)</b>

Stand: 31.01.2022

## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 23.03.2022

## TOP 10

### Entwicklung der Ausgleichsbeträge aufgrund von Wechselkursschwankungen

Verfasser/in: Philipp Jaeschke/GKV-Spitzenverband, 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 31.01.2022 dar. Es werden jeweils die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 08.10.2021 (Stand: 31.08.2021) ausgewiesen:

Staat	Ausgleichsbetrag	Veränderung
Bosnien u. Herzegowina (Föderation)	74.854,80 €	(-1.349,31 €)
Bosnien u. Herzegowina (Srpska)	110.850,34 €	(0,00 €)
Bulgarien	-643,43 €	(+1.063,70 €)
Dänemark	64.580,58 €	(-2.097,08 €)
Island	49.850,90 €	(-10.747,47 €)
Kroatien	100.985,24 €	(-44.531,15 €)
Liechtenstein	6.421,77 €	(+621,64 €)
Montenegro	-1.714,92 €	(0,00 €)
Nordmazedonien	18.439,86 €	(+70,50 €)
Norwegen	123.961,08 €	(-98.504,57 €)
Polen	2.016.649,25 €	(+430.549,92 €)
Rumänien	23.214,11 €	(+7.087,28 €)
Schweden	388.753,71 €	(-171.234,67 €)
Schweiz	219.109,06 €	(-115.635,80 €)

<b>Serbien</b>	375.886,61 €	(-81.477,93 €)
<b>Tschechische Republik</b>	223.365,65 €	(-482.593,40 €)
<b>Türkei</b>	1.396.078,94 €	(-8.000.000,95 €)
<b>Ungarn</b>	801.188,66 €	(+21.926,81 €)
<b>Vereinigtes Königreich</b>	-137.659,17 €	(-47.918,91 €)
<b>GESAMT</b>	<b>5.854.173,04 €</b>	<b>(-8.594.771,39 €)</b>

Infolge der Beratungen und des Meinungsbildes im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 08.10.2021 wurde eine Ausschüttung von 8 Mio. EUR in Bezug auf Ausgleichsbeträge zu türkischen Forderungen an die Krankenkassen vorgenommen.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Signifikante Bewegungen in der Höhe der Ausgleichsbeträge entstehen üblicherweise bei denjenigen Partnerstaaten, die ein wesentliches Forderungsaufkommen und eine vom Euro weitgehend losgelöste Landeswährung haben.

Ein Aufwertungsdruck war zuletzt im Falle der Norwegischen Krone, Schwedischen Krone und des Schweizer Frankens zu beobachten. Dem gegenüber sind der Polnische Złoty und der Ungarische Forint verstärkt unter Abwertungsdruck geraten. Der GKV-Spitzenverband, DVKA nutzt die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, um solche Effekte im Rahmen der zwischenstaatlichen Kostenabrechnung auszugleichen. Darüber hinaus gehende Maßnahmen waren im Falle dieser Staaten bislang nicht erforderlich.

Da zuletzt keine weiteren Überweisungen an die türkische Verbindungsstelle erfolgt sind, hat sich hier im Vergleich zur Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 08.10.2021 keine weitere Mehrung des Ausgleichsbetrags ergeben. Dies dürfte sich allerdings zeitnah ändern (vgl. Ergebnismündung zu TOP 9). Seitens eines Kassenartverbandes wurde nochmals das Interesse kommuniziert, im Falle von neu entstehenden Ausgleichsbeträgen zu türkischen Forderungen kurzfristig die Abfrage eines Meinungsbildes unter den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern in Bezug auf die Ausschüttung vorzunehmen. Dies wird vom GKV-Spitzenverband, DVKA zugesagt.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 11

### 4 Monate EESSI in der Kostenabrechnung – Erfahrungsaustausch

**Verfasser:** Burchard Osterholz/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Seit dem 06.12.2021 ist Deutschland für die Geschäftsvorfälle (BUCs) im Bereich der Kostenabrechnung EESSI-ready. Die Absprachen zwischen den Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband, DVKA bezüglich der Vorgehensweise zum Start des S\_BUC\_19 wurden weitgehend eingehalten, vgl. Rundschreiben Nr. 2021/813.

Die Einreichung zunächst kleinerer Abrechnungspakete hat gerade bei ausländischen Sendungen wichtige Erkenntnisse gebracht, die im Rahmen der vorangegangenen, teilweise intensiven Tests bis dato nicht zu Tage getreten waren. Die Mehrzahl der daraus resultierenden Fragestellungen konnten inzwischen geklärt werden, vgl. Rundschreiben Nr. 2022/68.

Da sich die Einreichung durch die deutschen Krankenkassen als weitestgehend fehlerfrei gezeigt hat, konnte mit dem o. g. Rundschreiben bereits der Übergang zur terminunabhängigen Einreichung eingeleitet werden. In diesem Zusammenhang ist jedoch die noch laufende Diskussion im Rechnungsausschuss bezüglich der Einrichtaktung zu beobachten. Wie im Rundbrief vom 23.12.2021 ausgeführt, gibt es auf europäischer Ebene Bestrebungen, die Beibehaltung der bisherigen Einrichtaktung (d. h. eine quartalsweise bzw. halbjährliche Kumulierung) zu vereinbaren. Der GKV-Spitzenverband, DVKA beabsichtigt, in der kommenden Sitzung des Rechnungsausschusses erneut die im Rahmen des NAE-Projekts vereinbarten Verfahrensweisen zu vertreten. Wie bereits im o. g. Schreiben dargelegt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich keine weitere Delegation dieser Position anschließt. Ziel wäre es in diesem Fall, dem Beratungsergebnis lediglich empfehlenden Charakter zu geben.

Ggf. wird im Rahmen der Sitzung über weitere Entwicklungen in dieser Angelegenheit berichtet, insbesondere über Noten im Vorfeld der Mai-Sitzung des Rechnungsausschusses.

Aus dem Teilnehmerkreis der Fachkonferenz DVKA wurde angeregt, aufgrund der offenbar reibungslos funktionierenden EESSI-Prozesse die Einreichfristen der Krankenkassen für Bezahlungen/Beanstandungen und Reaktionen gegenüber des GKV-Spitzenverbands, DVKA zu überdenken. Damit eine fristgerechte Weiterleitung der Nachrichten (Beanstandungen, Reaktionen auf Beanstandungen) durch den GKV-Spitzenverband, DVKA gewährleistet werden kann, gelten für die Kommunikation auf nationaler Ebene kürzere Fristen:

	<b>Internationale Frist</b>	<b>Nationale Frist</b>
<b>Bezahlung ausländischer Forderungen</b>	18 Monate nach Eingang der Kostenrechnung beim GKV-Spitzenverband, DVKA	15 Monate (...)
<b>Beanstandung ausländischer Forderungen</b>	18 Monate nach Eingang der Kostenrechnung beim GKV-Spitzenverband, DVKA	15 Monate (...)
<b>Reaktionen auf Beanstandungen deutscher Forderungen</b>	12 Monate nach Eingang der Beanstandung beim GKV-Spitzenverband, DVKA	9 Monate (...)

Der GKV-Spitzenverband, DVKA schlägt vor, unter Berücksichtigung

- weiterer Erfahrungen mit dem EESSI-Nachrichtenaustausch, die im Bereich der Verarbeitung von Zahlungen noch nicht ausgeprägt sind,
- des Zeitpunktes des EESSI-Go-Live weiterer wichtiger Partner wie Niederlande und Polen sowie
- des möglichen Einflusses von Prüfkatalogen

einen Vorschlag für die Anpassung der Fristen zu erarbeiten. Ggf. wird dabei zwischen EESSI-Vorgängen und Vorgängen im Altverfahren zu unterscheiden sein. Aktuell werden die o. g. Fristen weitestgehend eingehalten. Kann eine Krankenkasse einen Termin ausnahmsweise nicht einhalten, setzt sie sich mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA in Verbindung, um eine geeignete Lösung zu finden.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Bezüglich der Einrichtaktung begrüßen die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern die skizzierte Positionierung für die Sitzung des Rechnungsausschusses. Dabei bekräftigen sie zum einen das Bestreben vieler Krankenkassen, ihre Forderungen schneller geltend zu machen. Insbesondere bei wichtigen Partnern könnte eine monatliche Einreichung erfolgen. Auf die Frage, warum die anderen Staaten keine engere Einrichtaktung anstreben, antwortet der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass bei diesen Staaten die Aufwände für die Bearbeitung der Beanstandungen eine gewichtige Rolle spielen. Zumindest bei niedrigem Zinsniveau könnten die angestrebten Vorteile durch die Aufwände für die Bearbeitung von Beanstandungen schnell aufgehoben werden.

In Bezug auf die Überprüfung der Fristen stimmen die Sitzungsteilnehmer der vom GKV-Spitzenverband, DVKA vorgeschlagenen Vorgehensweise zu. Insbesondere teilen die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer die Auffassung, dass hinsichtlich des Zeitpunktes einer möglichen Anpassung der Fristen die Inbetriebnahme der EESSI-Kostenabrechnungsprozesse durch die Niederlande und Polen berücksichtigt werden sollte.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 12

### Endgültiger Abschluss von Forderungen auf EU-Ebene (Beschluss Nr. S11) – Sachstand

**Verfasserin:** Simone Grimmeisen/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### Sachverhalt:

Entsprechend der Anregung in der Fachkonferenz DVKA vom Oktober 2021 stellen wir im Folgenden den Sachstand zum Verfahren für den endgültigen Abschluss von (strittigen) Forderungen auf europäischer Ebene dar. Dieses wird bekanntlich maßgeblich durch den Beschluss Nr. S11 der Verwaltungskommission bestimmt (vgl. RS 2021/495). Aktuell gilt der Fokus des GKV-Spitzenverbands, DVKA und der Krankenkassen dabei jenen Forderungen, für die die Finanzvorschriften der VO 987/2009 gelten und die im Jahr 2018 bzw. zwischen dem 01.05.2010 und dem 31.12.2013 eingereicht wurden. Für diese Forderungen – die intern unter dem Begriff „erste Tranche der S11-Forderungen“ zusammengefasst werden – laufen die Fristen für die endgültige Klärung im Jahr 2023 aus. Im Jahr 2024 laufen die entsprechenden Fristen für die Jahre 2014, 2015 und 2019 („zweite Tranche“) aus, im Jahr 2025 die für die Jahre 2016, 2017 und 2020 („dritte Tranche“). Ab 2026 wird dann jeweils nur noch ein Einreichungsjahr endgültig zu klären sein.

#### 1. Sachstand nationales S11-Verfahren

Nach Absprache mit den Mitgliedern der Fachkonferenz DVKA haben die Krankenkassen Anfang Oktober 2021 individuelle Listen mit unbezahlten deutschen und ausländischen Forderungen erhalten, für die die Fristen gem. Beschluss Nr. S11 im Jahr 2023 auslaufen („erste Tranche“ der S11-Forderungen). Die Krankenkassen waren aufgefordert, in den folgenden Monaten den vom GKV-Spitzenverband, DVKA zur Verfügung gestellten Stand der Forderungen mit ihren eigenen Daten abzugleichen (bis 21.12.2021 für eigene Forderungen, bis 21.01.2022 für ausländische Forderungen). In Bezug auf beanstandete deutsche Forderungen, die sich zur Bearbeitung bei den Krankenkassen befanden, sollten die Kassen zurückmelden, ob diese Forderungen a) aufrechterhalten oder b) endgültig abgesetzt werden.

Nach Eingang der Rückmeldungen der Krankenkassen im Dezember (deutsche Forderungen) bzw. im Januar (ausländische Forderungen) ergibt sich für die „erste Tranche“ der noch zu klärenden Forderungen folgendes Bild:

- Die Sichtweisen des GKV-Spitzenverbands, DVKA und der Krankenkassen in Bezug auf die **deutschen Forderungen**, die aktuell bereits beim Ausland zur Zahlung geltend gemacht wurden (N=12.342), stimmen weitestgehend überein. Nur vereinzelt haben Krankenkassen über die Aufstellung des GKV-Spitzenverbands, DVKA hinausgehende Forderungen gemeldet (N=528). Bei der Mehrheit dieser Nachmeldungen konnte inzwischen geklärt werden, dass die Vorgänge doch bereits erledigt waren – z. B. weil die Forderungen bereits vom Ausland beglichen bzw. von der Kasse abgesetzt wurden. Die anderen nachgemeldeten Forderungen werden gegenüber dem Ausland geltend gemacht (vgl. 2.).
- Differenzierter stellt sich die Situation bei den Rückmeldungen zu den beanstandeten **deutschen Forderungen** der ersten Tranche dar, die zum Zeitpunkt der>Listenerstellung im Oktober 2021 bei den Krankenkassen zur Bearbeitung waren (N=1.905). Für diese Forderungen haben die Krankenkassen Folgendes zurückgemeldet:
  - 949, d.h. rund die Hälfte der entsprechenden Forderungen wurden abgesetzt /storniert.  
Das Volumen dieser Forderungen beläuft sich auf 725.000 EUR.
  - 350 (rund 20 Prozent) dieser Forderungen sollen gegenüber dem Ausland weiterhin aufrechterhalten werden. Für diese Fälle war die Reaktionsfrist nach Art. 12 Abs. 2 Beschluss Nr. S11 (vormals S9) erfüllt bzw. noch nicht zu beachten.  
Das Volumen dieser Forderungen beläuft sich auf 430.000 EUR.
  - An weiteren 578 Forderungen (rund 30 Prozent) halten die Krankenkassen ebenfalls fest. Hier liegt dem GKV-Spitzenverband, DVKA jedoch kein Beleg für eine (fristgerechte) Reaktion der deutschen Krankenkasse auf die ausländische Erstbeanstandung vor.  
In dieser Kategorie beläuft sich das Volumen auf ca. 1 Mio. EUR.  
Zum Umgang Forderungen aus dieser Kategorie läuft aktuell ein schriftliches Abstimmungsverfahren zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Kassenartverbänden. Über dessen Ergebnis wird in der Sitzung berichtet.

Zur Orientierung: Für ihre berechtigten Forderungen aus dem betreffenden Zeitraum haben die deutschen Träger bereits eine Gesamtsumme von rund 2,62 Mrd. EUR – und damit 99,4 Prozent der ursprünglichen Forderungssumme – erhalten. Dies unterstreicht nochmals, dass es beim S11-Prozess um die Klärung von einer geringen Anzahl an Forderungen geht, die allerdings einen endgültigen Rechnungsabschluss bisher verhindert haben.

- Hinsichtlich der Rückmeldung zu den **ausländischen Forderungen** aus der ersten Tranche (N=9.689 / Volumen=8,7 Mio. EUR), kann – basierend auf den bisher beim GKV–

Spitzenverband, DVKA verarbeiteten Fällen – davon ausgegangen werden, dass rund 40 Prozent der Forderungen bezahlt und rd. 60 Prozent der Forderungen erneut gegenüber dem Ausland beanstandet werden.

## **2. Sachstand internationales S11-Verfahren**

Nach vollständiger Verarbeitung der Rückmeldungen der Krankenkassen zu den deutschen Forderungen haben die ausländischen Verbindungsstellen Mitte Februar 2022 eine Liste mit aktuell noch offenen deutschen Forderungen aus der „ersten Tranche“ erhalten. Im Begleitschreiben wurden die Verbindungsstellen aufgefordert, die übermittelten Forderungen bis zum 31.03.2022 zu begleichen. Ferner wurden den Verbindungsstellen mit hohen Fallzahlen bzw. einer hohen offenen Forderungssumme die Bitte nach bilateralen Gesprächen im Mai 2022 übermittelt. Dabei ist es das erklärte Ziel des GKV-Spitzenverbands, DVKA, im Rahmen dieser und der folgenden bilateralen Gespräche so viele deutsche Forderungen wie möglich zu klären, bevor ab Januar 2023 die Einreichfrist für die ersten deutschen S11-Forderungen aus der „ersten Tranche“ beim Conciliation Panel des Rechnungsausschusses abläuft.

## **3. Nächste Arbeitsschritte**

Der vom GKV-Spitzenverband, DVKA etablierte S11-Prozess ist auf den zügigen und vollständigen Abschluss der deutschen S11-Forderungen ausgerichtet. Darüber hinaus werden in den kommenden Wochen bzw. Monaten aber auch die ausländischen Verbindungsstellen ihre S11-Forderungen der „ersten Tranche“ gegenüber Deutschland präsentieren. In der Folge bedarf es auf deutscher Seite dann der Prüfung, ob diese Ansprüche gerechtfertigt sind. Um zu vermeiden, dass das Ausland die Forderungen mit ungewissem Ausgang beim Conciliation Panel einreicht – was auch für den Schuldnerstaat (DE) erheblichen Aufwand verursacht – ist in diesem Kontext eine enge und unmittelbare Abstimmung zwischen dem GKV-Spitzenverband, DVKA und den deutschen Trägern notwendig. Sobald erste Erfahrungswerte zum Umfang und der Qualität der vom Ausland übersandten Dokumente vorliegen, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA den entsprechenden nationalen Arbeitsprozess für ausländische S11-Forderungen weiter strukturieren und über den bewährten Weg mit den Mitgliedern der Fachkonferenz DVKA und den Krankenkassen abstimmen.

---

### **Beratungsergebnis:**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über die aktuellen Entwicklungen im Zusammenhang mit Beschluss S 11 der Verwaltungskommission. Er kündigt an, dass für deutsche Forderungen der ersten Tranche, bei denen dem GKV-Spitzenverband, DVKA kein Beleg für eine (fristgerechte) Reaktion der deutschen Krankenkasse auf die ausländische Erstbeanstandung vorliegt, die betroffenen Kassen kurzfristig um eine Absetzung ersucht werden. Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zum Sachstand zur Kenntnis. Ein Kassenartverband bittet den GKV-Spitzenverband, DVKA, seinen Mitgliedskassen im Hinblick auf deutsche Forderungen nach den Verordnungen (EG) 833/04 und 987/09, die noch in Papierform

abgerechnet wurden, regelmäßig (vierteljährlich, optimal monatlich) eine Tabelle (Excel-Datei oder csv-Format) mit dem Stand offener, durch den ausländischen Träger beanstandeter deutscher Forderungen inkl. der Reaktionsfristen zur Verfügung zu stellen, um einen Abgleich auf Seiten seiner Mitgliedskassen zu ermöglichen. Verfristungen und Absetzungen beanstandeter Forderungen könnten so zukünftig vermieden werden. Dies betrifft in erster Linie deutsche Forderungen nach den EG-Koordinierungsverordnungen, die noch in Papierform abgerechnet wurden, aber auch Abrechnungen mit bilateralen Abkommensstaaten (auch wenn für diese keine Fristen gelten). Die Angelegenheit könnte ggf. auch konkret in einer Sitzung/Webkonferenz der Ad-hoc Gruppe „Kostenabrechnung“ erörtert werden.



## BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
Ausland

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 23.03.2022

## TOP 13

### Rückführung von Mitteln aus der „Umlage 80/20“

**Verfasser/in:** Philipp Jaeschke/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Das Gemeinschaftsrecht sah bei Anwendung der Verordnungen (EWG) 1408/71 und (EWG) 574/72 vor, dass die Kosten für aushilfsweise erbrachte Sachleistungen im Falle von bestimmten Personengruppen nach pauschalem Aufwand zu erstatten waren. Der Pauschbetrag wurde gemäß Artikel 94 Abs. 2 und 95 Abs. 2 VO (EWG) 574/72 mit einem Abschlag von 20 Prozent in Bezug auf die zugrundeliegenden Durchschnittskosten aus Sicht des Wohnstaates berechnet. Es erfolgte somit durch den zuständigen Staat zwischenstaatlich ein Forderungsausgleich in Höhe von 80 Prozent der für die jeweilige Personengruppe durchschnittlich angefallenen Sachleistungskosten.

Damit diejenigen deutschen Krankenkassen, die Sachleistungen für die betroffenen Personengruppen nach VO (EWG) 1408/71 aushilfsweise erbracht hatten, bei der Kostenabrechnung nach Monatspauschbeträgen nicht überproportional belastet wurden, erfolgte ein innerstaatlicher Ausgleich der Differenz der verbleibenden 20 Prozent. Die dafür erforderlichen Mittel wurden von allen Krankenkassen entsprechend ihrer Mitgliederzahl im Rahmen einer Umlage beigesteuert („Umlage 80/20“). Im Ergebnis erfolgte der Ausgleich von deutschen Forderungen nach pauschalem Aufwand daher in Höhe von 100 Prozent der berechneten Durchschnittskosten.

Mit Inkrafttreten der Verordnung (EG) 883/04 ist Deutschland zur Kostenabrechnung nach tatsächlichem Aufwand für alle Personengruppen übergegangen. Forderungen nach pauschalem Aufwand gegenüber Mitgliedstaaten wurden bis 2013 regulär eingereicht. In Bezug auf EWR-Staaten erfolgte die Einreichung bis 2014. Die oben beschriebene „Umlage 80/20“ wurde letztmals 2014 von den Krankenkassen angefordert. Die infolgedessen zur Verfügung stehenden Mittel sind seither ausreichend gewesen, um den Differenzausgleich für weiterhin eingehende Zahlungen zu entsprechenden deutschen Forderungen zu gewährleisten. Durch Absetzungen infolge von Beanstandungen und Gutschriften sind zudem weitere Beträge in den Mittelbestand der Umlage 80/20 zurückgeflossen.

Zum jetzigen Zeitpunkt beträgt der Mittelbestand auf dem Konto „80/20 Differenzausgleich“ beim GKV-Spitzenverband, DVKA 794.141,94 EUR. Es ist bereits jetzt absehbar, dass der Großteil dieser Mittel nicht mehr für den Differenzausgleich der noch verbleibenden unbezahlten deutschen Forderungen nach pauschalem Aufwand benötigt werden wird. Insofern regt der GKV-Spitzenverband, DVKA eine erste zeitnahe Rückführung von 750.000,00 EUR an die Krankenkassen an. Infolge des endgültigen Forderungsabschlusses im Rahmen der Umsetzung von Beschluss Nr. S11 der Verwaltungskommission könnte dann zu einem späteren Zeitpunkt die Rückführung des Restbetrags und anschließend die Auflösung des entsprechenden Kontos erfolgen.

Sofern die Rückführung von 750.000,00 EUR an die Krankenkassen befürwortet wird, sind zwei verschiedene Varianten zur Umsetzung denkbar:

- Auszahlung im Rahmen einer einmaligen Überweisung
- Rückführung als Verrechnung im Rahmen der Umlage „Außergewöhnliche Belastungen“.

Bei der ersten Variante würde der Gesamtbetrag von 750.000,00 EUR anteilmäßig entsprechend der Mitgliederzahl an die Krankenkassen ausgezahlt werden. Bei der zweiten Variante würde das Volumen der nach dem gleichen Verfahren berechneten Umlage „Außergewöhnliche Belastungen“ um den Betrag 750.000,00 EUR reduziert werden. Zuletzt betrug das Volumen der Umlage „Außergewöhnliche Belastungen“ 1,4 Mio. EUR. Die nächste Berechnung der Umlage steht im Monat Mai 2022 bevor. Hier könnte die Summe der angeforderten Umlageanteile auf annähernd die Hälfte reduziert werden. Der Gesamtbetrag der Umlage würde dann mit Mitteln in Höhe von 750.000,00 EUR aus dem Umlagekonto „80/20“ aufgestockt und anschließend in voller Höhe ausgezahlt werden.

Beide Varianten sind für den GKV-Spitzenverband, DVKA gleichermaßen denkbar. Sofern die Kassenartverbände die Rückführung des Betrags von 750.000,00 EUR befürworten, kann zeitnah mit der Umsetzung der bevorzugten Variante begonnen werden.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Die Kassenartverbände sprechen sich mehrheitlich für eine anteilmäßige Auszahlung des Gesamtbetrags von 750.000,00 EUR an die Krankenkassen im Rahmen einer einmaligen Überweisung aus. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird zunächst per Rundschreiben hierüber informieren und anschließend zeitnah die Auszahlung veranlassen.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 14

### Angabe des PIN in der EESSI-Kostenabrechnung

**Verfasser/in:** Burchard Osterholz/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Im Rahmen einer maschinellen bzw. maschinell unterstützten Prüfung von Kostenrechnungen ist es essentiell, dass die in der Rechnung enthaltenen Angaben zur betreffenden Person konsistent sind. Dabei kommt der PIN eine zentrale Bedeutung zu. Im Rahmen der sog. Altverfahren hat jedoch der Träger des Wohnorts beispielsweise die Eintragung von Familienangehörigen im Teil B des Vordrucks E106 vorgenommen und später keine Information des zuständigen Trägers erhalten, welche PINs für die Familienangehörigen vergeben wurden. Darüber hinaus lässt die Analyse von Abrechnungsdaten darauf schließen, dass auch bei Stammversicherten teilweise nur veraltete PINs vorliegen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat bereits mit seinem Rundschreiben Nr. 2018/698 auf die möglichen, weitreichenden Konsequenzen fehlender bzw. falscher PINs für die Kostenabrechnung im Rahmen von EESSI hingewiesen. Dies hat unter anderem zu einer Erörterung der Thematik in der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 11.04.2019 geführt. Im Ergebnis wurde festgehalten, dass es keinen von den Verbindungsstellen koordinierten Austausch von PINs geben soll, sondern dass die jeweiligen Träger des Wohnorts fehlende PINs selbst anfordern wollen.

In der Sitzung des Rechnungsausschusses im Mai 2019 wurde vereinbart, dass bis 30.06.2022 bei Familienangehörigen auch die PIN der/des Stammversicherten zu akzeptieren ist. Da diese Übergangsregelung demnächst ausläuft, wurde hierüber in der Sitzung des Rechnungsausschusses im November letzten Jahres erneut beraten. Dabei wurde deutlich, dass die Beschaffung fehlender PINs offenbar noch nicht überall erfolgreich abgeschlossen werden konnte. Der Austausch hierzu wird in der nächsten Sitzung des Rechnungsausschusses fortgesetzt.

Im Nachgang zur Sitzung des Rechnungsausschusses hat sich die niederländische Verbindungsstelle, CAK, an den GKV-Spitzenverband, DVKA gewandt. Dabei wurde deutlich, dass

die seinerzeit in der Sitzung der Fachkonferenz DVKA präferierte Lösung, fehlende PINs durch Anwendung des H\_BUC\_05 zu beschaffen, dort nicht umsetzbar ist. Grund hierfür ist der Umstand, dass den niederländischen Krankenversicherungsträgern dieser BUC nicht zur Verfügung steht. Daher wird von dort der Austausch in Listenform präferiert. Eine entsprechende Datei des niederländischen Trägers des Wohnorts, CZ Group, wurde bereits übersandt. Dabei hat eine Stichprobe, d. h. die Prüfung bezüglich einer Krankenkasse, Folgendes ergeben:

- Anzahl von NL gemeldeter Personen:	84
- Anzahl richtiger PINs:	48
- Anzahl ergänzter PINs:	24
- Anzahl berichtiger PINs:	3
- Keine Versicherung, Versicherung beendet:	9

Auch die französische Verbindungsstelle hat sich klar für diese Vorgehensweise bezüglich der in Frankreich wohnenden Versicherten deutscher Krankenkassen ausgesprochen. Eine cursorische Prüfung einer Sendung gegenüber Frankreich, d. h. deutsche Forderungen, hat ergeben, dass sich der Anteil der nicht vorhandenen bzw. der nicht aktuellen PINs zwischen 5 und 10 % bewegen dürfte.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA bietet an, den Austausch in Listenform mit anderen Staaten zu koordinieren. Hierbei dürfte auch die Anzahl der betreuten Personen in Bezug auf den jeweiligen Partnerstaat zu berücksichtigen sein.

Darüber hinaus schlägt der GKV-Spitzenverband, DVKA vor, sich beim Rechnungsausschuss für eine Verlängerung der bis zum 30.06.2022 geltenden Übergangsregelung auszusprechen. Damit für alle Seiten ein ausreichend hoher Handlungsdruck bestehen bleibt, sollte jedoch in einem ersten Schritt lediglich eine kurze Verlängerung bis 31.12.2022 ins Spiel gebracht werden. Eine Verlängerung über den 30.06.2023 hinaus sollte abgelehnt werden.

---

### **Beratungsergebnis:**

Hinsichtlich des Austausches von PINs in Listenform zeigt sich ein uneinheitliches Bild. Während vdek zurückgemeldet wird, beim Austausch von PINs zwischen zuständigen Träger und Träger des Wohnorts bleiben zu wollen, zeigen sich die übrigen Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer offen für den Austausch in Listenform über den GKV-Spitzenverband, DVKA. Es besteht jedoch Einvernehmen, dass es auch den vdek-Kassen freisteht, sich im Einzelfall für die Teilnahme an einem solchen Verfahren zu entscheiden.

Bezüglich der Übergangsregelung bei den PINs erläutert der GKV-Spitzenverband, DVKA auf Nachfrage, dass es nach dem Auslaufen dieser Regelung zu mehr Beanstandungen kommen könnte, wenn keine bzw. eine unkorrekte PIN angegeben wird und mit den übrigen Angaben keine sichere Zuordnung vorgenommen werden kann.

3/3 – TOP 14

Fachkonferenz DVKA am 17.03.2022

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer unterstützen die vom GKV-Spitzenverband, DVKA beschriebene Positionierung für die kommende Sitzung des Rechnungsausschusses.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 15

### Kassenzuständigkeit

**Verfasser/in:** Kristina Schweikardt /GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### Anlagen:

- Anlage 1: RS 2021/770
- 

#### Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA legt im Rahmen seiner Aufgabenzuweisung regelmäßig die Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit fest. Dies erfolgt, weil er z. B. dem Wunsch zum Abschluss von Ausnahmevereinbarungen zur Geltung der Rechtsvorschriften eines anderen Staates nicht nachkommen kann oder für eine Person, die gewöhnlich in mehreren Mitgliedstaaten erwerbstätig ist, die deutschen Rechtsvorschriften festgelegt wurden. Hat die betreffende Person auf ihr Kassenwahlrecht verzichtet und sind ausländische Arbeitgeber eingebunden, informiert der GKV-Spitzenverband, DVKA diese über ihre in Deutschland bestehende Melde- und Beitragspflicht zur Sozialversicherung. Kommen die Arbeitgeber der Bitte auf Mitteilung einer Einzugsstelle nicht nach, bestimmt der GKV-Spitzenverband, DVKA die Zuständigkeit anhand der vom GKV-SV gemäß § 175 Absatz 3 Satz 4 SGB V festgelegten Regeln über die Krankenkassenzuständigkeit (vgl. Rundschreiben Nr. 2021/770).

Die hierin verankerte Zuordnung erfolgt nach den letzten beiden Ziffern der Betriebsnummer. Da diese nicht bekannt ist und regelmäßig auch noch keine vergeben wurde, beantragt der GKV-Spitzenverband, DVKA beim Betriebsnummern-Service der Bundesagentur für Arbeit (BA) jeweils manuell die Vergabe einer vorläufigen Betriebsnummer, die einzig der Zuordnung zu einer Krankenkasse dient. Da die Vergabe einer endgültigen Betriebsnummer auf diesem Wege nicht zulässig ist, hat dies in jedem Fall noch zu erfolgen. Es handelt sich hier um eine Sonderregelung, die die BA nur mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA im Jahr 1998 abgesprochen hat. Eine Automatisierung der Vergaben ist von Seiten der BA nicht möglich. Das bisherige Verfahren ist aus Sicht der BA und aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA nicht mehr zeitgemäß.

Im Zuge der digitalen Transformation von Prozessen innerhalb des GKV-Spitzenverbandes, DVKA soll dieses zeit- und personalintensive Verfahren abgelöst werden.

Die Zuordnung der Vorgänge auf die verschiedenen Kassenarten soll auch künftig anteilig nach Mitgliederzahlen erfolgen. Hierbei wird der GKV-Spitzenverband, DVKA nicht mehr auf

provisorische Betriebsnummern, sondern auf einen systemseitig hinterlegten Verteilschlüssel – zurückgreifen. Dieser wird jährlich aktualisiert, wobei sich der GKV-Spitzenverband, DVKA auch künftig nach der mittels Rundschreiben vom GKV-SV mitgeteilten Zuordnung der Kassenartenzuständigkeit bei nicht gemeldeten Arbeitnehmern entsprechend dem beigefügten RS orientiert.

Hierdurch wird weiterhin die gleichmäßige Verteilung der ausländischen Arbeitgeber, die Arbeitnehmer in Deutschland zu melden haben, auf alle Krankenkassenarten gewährleistet. In gleicher Weise werden auch Personen zugewiesen, die im anderen Staat als Selbstständige gemeldet sind, für die jedoch die deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit (ggf. als Arbeitnehmer) anzuwenden sind.

---

**Beratungsergebnis:**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA stellt den Vorschlag vor. Auf Nachfrage wird bestätigt, dass dem SVLFG weiterhin keinen solchen Vorgänge zugeordnet werden. Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben keine Einwände gegen die geplante Vorgehensweise. Sie bitten um Erörterung, wie die Zuordnung technisch erfolgt:

Im bisherigen Verfahren entscheiden die letzten zwei Ziffern der zufällig und extern vergebenen Betriebsnummer über die zuständige Kassenart. Künftig wird die auswärtige Vergabe der Betriebsnummer nicht benötigt, da im System des GKV-Spitzenverbandes, DVKA direkt ein Zufallsprinzip hinterlegt wird, welches sich an den bisherigen Vergabewahrscheinlichkeiten der Betriebsnummernendziffern orientiert. Zufallsprinzip bedeutet, dass aufgrund der Mitgliederzahlen mit einer stochastischen Formel und basierend auf den prozentualen Vergabewahrscheinlichkeiten die Wahrscheinlichkeit, dass eine Krankenkasse ausgewählt wird, normalverteilt ist.





# RUNDSCHREIBEN

RS 2021/770 vom 09.11.2021

## Krankenkassenzuständigkeit; Zuordnung nicht gemeldeter Arbeitnehmer für die Zeit ab 1. Januar 2022

**Themen:** Mitgliedschaft/Beiträge

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Harald Janas

Ref. Mitgliedschafts- u. Beitragsrecht

Tel.: 030 206288-1137

[harald.janas@gkv-spitzenverband.de](mailto:harald.janas@gkv-spitzenverband.de)

**Kurzbeschreibung:** Die vom 1. Januar 2022 an geltende Zuordnung wird bekannt gegeben.

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Fälle, in denen das Krankenkassenwahlrecht weder vom Arbeitnehmer selbst noch von seinem Arbeitgeber ausgeübt worden und keine „letzte Krankenkasse“ vorhanden ist, legt der GKV-Spitzenverband gemäß § 175 Abs. 3 Satz 4 SGB V die Regeln über die Krankenkassenzuständigkeit fest.

Maßgeblich für die Zuordnung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer zu einer Krankenkasse sind die beiden letzten Ziffern der Betriebsnummer des Arbeitgebers, bei der der Arbeitnehmer beschäftigt ist bzw. war. Die Aufteilung erfolgt auf der Grundlage der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zum Stichtag 1. Juli veröffentlichten Mitgliederzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung für das folgende Kalenderjahr. Damit soll eine gleichmäßige Verteilung der nicht gemeldeten Arbeitnehmer auf alle Krankenkassenarten erreicht werden.

Auf Basis der vom BMG zum 1. Juli 2021 veröffentlichten Mitgliederzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt vom 1. Januar 2022 an folgende Zuordnung:



Betriebsnummer-Endziffern	Zuständige Krankenkassenart/Krankenkasse
00 – 35	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)
36 – 51	Betriebskrankenkasse (BKK) [BAHN-BKK, KompetenzCenter Vollstreckung]
52 – 59	Innungskrankenkasse (IKK)
60 – 61	KNAPPSCHAFT
62 – 77	Techniker Krankenkasse (TK)
78 – 88	BARMER
89 – 94	DAK-Gesundheit
95 – 96	KKH Kaufmännische Krankenkasse
97 – 98	hkk – Handelskrankenkasse
99	HEK – Hanseatische Krankenkasse

Wir bitten um Kenntnisnahme. Die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Bundesagentur für Arbeit haben wir informiert.

Mit freundlichen Grüßen  
GKV-Spitzenverband

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter  
[dialog.gkv-spitzenverband.de](https://dialog.gkv-spitzenverband.de)

## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2021

## TOP 16

### EESSI/NAE (Nationale Anbindung EESSI)

Verfasser/in: Robert Reier/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### Sachverhalt:

##### 1. Betriebskennzahlen

##### 1.1 Nachrichtentransport

Seit dem 06.12.2021 sind zusammen mit den vier internationalen und den nationalen Geschäftsprozessen zur Kostenabrechnung alle Geschäftsprozesse in Verwendung.

	Vorgänge (BUCs)	Nachrichten (SEDs)
Gesamtzahl seit Inbetriebnahme	2.153.702	3.994.275
Kalenderjahr 2020	545.705	934.069
Kalenderjahr 2021	1.606.163	3.057.161
Anteil GKV am europ. Vorgangs-Gesamtaufkommen 2021:		11,05%

Der Anteil Deutschlands beträgt annähernd ein Viertel des gesamten europäischen Vorgangsaufkommens (23,04% in 2021), von welchem fast die Hälfte der GKV zuzurechnen ist.

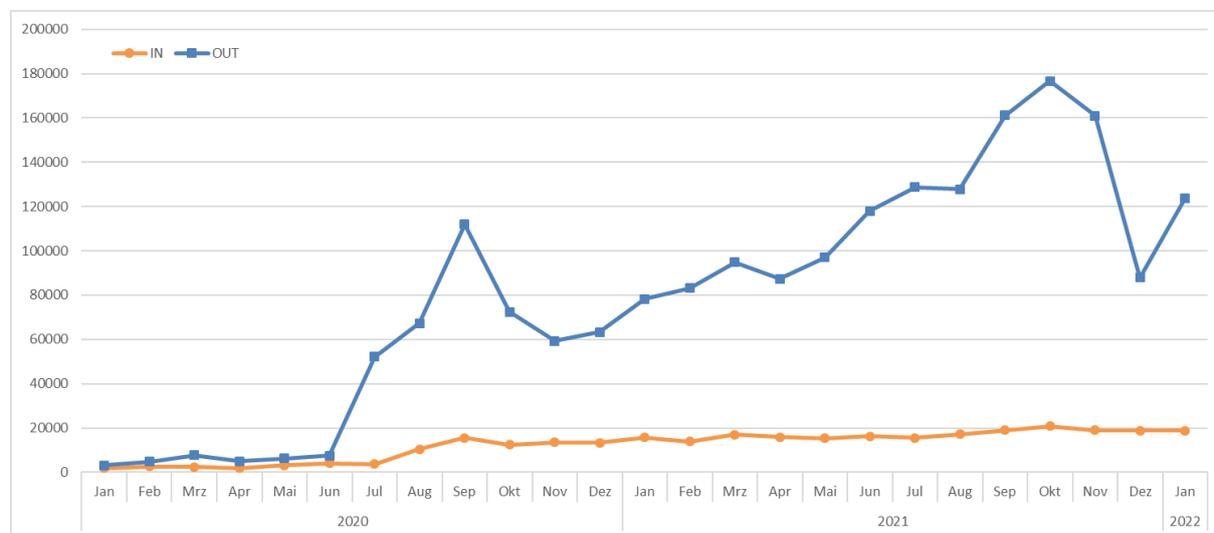
Die Geschäftsprozesse im anwendbaren Recht (u.a. Entsendungen) stellen zusammen mit dem Bereich Sickness annähernd 97% aller Fälle dar. Die geringe Nutzung von horizontalen und Beitreibungs-Geschäftsprozessen deutet an, dass die Prozessgestaltung angemessen ist.



Die Verteilung der Vorgänge auf die verschiedenen Prozessbereiche gestaltete sich im Kalenderjahr 2021 wie folgt:

Bereich anwendbares Recht	1.036.261	63,7%
Bereich Sickness	536.931	33,0%
GKV_BUC_01	26.902	1,6%
Bereich Horizontal	22.330	1,4%
Bereich Recovery	4.849	0,3%
<b>Gesamt:</b>		<b>100,0%</b>

Das Diagramm zeigt die monatlichen Zahlen der Geschäftsprozessnutzung aus dem Kalenderjahr 2021 sowie aus 2020, in welchem die ersten größeren Produktivgänge erfolgten. In der zweiten Jahreshälfte 2021 ist eine deutlich gestiegene Prozessnutzung gegenüber dem Vorjahr zu erkennen.



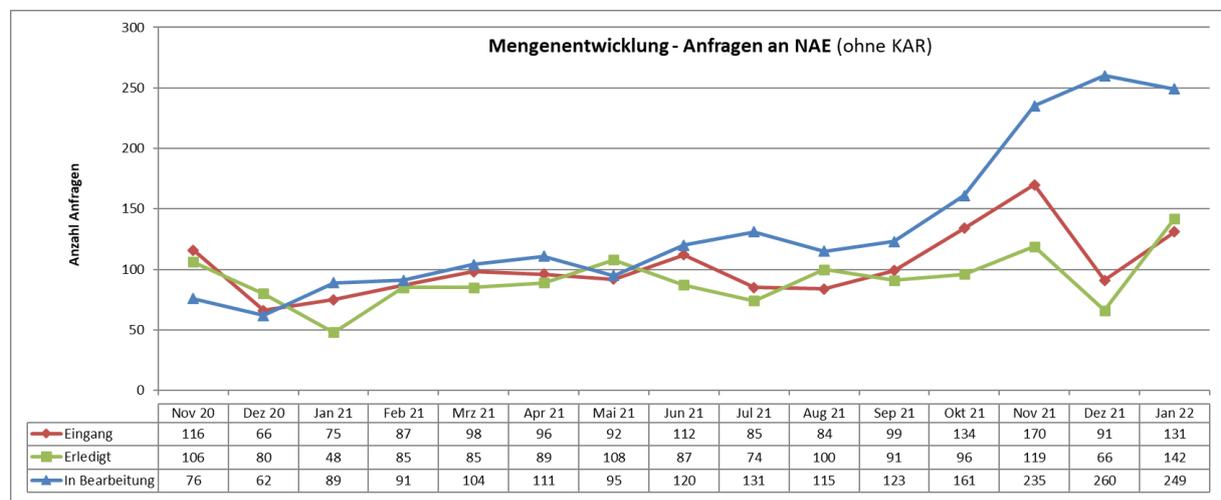
Für die Asymmetrie zwischen der Zahl eingehender und ausgehender Prozesse bestehen weiterhin die folgenden Erklärungsansätze:

1. Die Einführung von EESSI ist in Deutschland weiter fortgeschritten als in anderen Mitgliedstaaten
2. Aus Deutschland finden im europäischen Vergleich überproportional viele Entsendungen, für die eine A1-Bescheinigung beantragt wird, statt.
3. Die A1-Bescheinigungen aus dem Ausland nach Deutschland werden von der DRV verarbeitet und sind in den Zahlen daher nicht enthalten.

Die für das Kalenderjahr 2021 erwartete Anzahl von ca. 2,9–3,1 Mio. Nachrichten wurde mit 3,05 Mio. Nachrichten erreicht. Auch bei zu erwartenden weiteren Steigerungen im kommenden Jahr ist die auf eine Menge von 10 Mio. Nachrichten ausgelegte Infrastruktur in der Lage, das Volumen zu bewältigen.

## 1.2 Anfragen an NAE-Betrieb

Die zeitliche Entwicklung der Anfragen an den NAE-Betrieb zeigt, dass der seit längerem beobachtete Anfragenanstieg sich nach der Inbetriebnahme vieler Geschäftsprozesse weiter fortsetzt.



(Serviceanfragen und Störmeldungen sind in einem Wert zusammengefasst)

Der erkannte Trend hält weiter an, da in vielen Mitgliedstaaten die Transitionsphase mit dem einhergehenden Wechsel von Papierverfahren auf elektronische Geschäftsprozesse Probleme entstehen, die beim NAE-Betrieb als Anfrage eingehen. Die Jira-Abschaltung vom 20.12.2021 bis zum 07.01.2022 hatte nur begrenzt Einfluss, verhinderte jedoch in der letzten Dezemberwoche eine Anfragenerledigung, die im Januar nachgeholt wird.

Ob ein stabiles Anfragenniveau erreicht werden kann, ist sowohl vom EESSI-Umsetzungsgrad in den Mitgliedstaaten als auch von der Eingewöhnungsdauer in den Kassensachbearbeitungen sowie den jeweiligen Gegenpartnern im Ausland abhängig. Die vollständige Umsetzung von EESSI in den Mitgliedstaaten wird frühestens im Jahr 2023 erwartet. Ein Großteil der Anfragen bezieht sich auf ausbleibende Antworten in bestimmten Mitgliedstaaten, Fragen zur Trägeradressierung sowie der Abfrage von Zustellungen.

Durch die von der EU-Kommission vorgegebenen Wartungszeiträume für Komponenten der Transportinfrastruktur sowie einer noch immer anhaltenden Aktualisierung und Übergabe der

Software „RINA“ entstehen ebenfalls Aufwände in Form von Transportfehlern und nachzuarbeitenden Sachverhalten. Unerledigte Anfragen zu ausbleibenden Antworten werden als „in Bearbeitung“ gewertet.

Durch die im Dezember 2021 bekannt gewordene weltweite Log4J-Sicherheitslücke resultierten in vielen Mitgliedstaaten Abschaltungen der dortigen Access Points, welche aufgrund einer Abschaltung der Confluence- und Jira-Systeme durch den GKV-Spitzenverband nicht wie gewohnt kommuniziert werden konnten. Durch eine kurzfristige Abstimmung mit den Mitgliedskassen konnte ein alternativer Informationsweg abgestimmt und somit erhebliche Zustellungsprobleme vermieden werden.

## **2. Inbetriebnahme Kostenabrechnung**

Die Geschäftsprozesse für die Kostenabrechnung wurden wie geplant zum 06.12.2021 in Betrieb genommen. Schwierigkeiten im Nachrichtentransport traten nicht auf. Bei sämtlichen ins Ausland gerichteten Nachrichten war die Zustellung erfolgreich. Zum Ende Januar 2022 wurden 231 internationale sowie 1937 nationale Kostenabrechnungsnachrichten versendet bzw. empfangen. Der mit den Mitgliedskassen vereinbarte Einreichungsplan wurde weitestgehend eingehalten. Sämtliche bisher beim GKV-Spitzenverband, DVKA eingegangenen Nachrichten waren strukturell fehlerfrei.

Im den Kassen zur Verfügung gestellten Serviceportal sind eine Reihe von fachspezifische Anfragen eingegangen. Es ist nicht ablesbar, wie viele fachliche Anfragen durch die Nutzung der ins Serviceportal integrierten Wissensdatenbank vermieden werden konnten.

## **3. Stabilisierungsphase Kostenabrechnung/NAE-Betrieb**

Die Überführung der Projekt- in eine Betriebsorganisation begann plangemäß zum Projektende. Die mit den Projektabschlussarbeiten sowie den Themen für die weitere Stabilisierungsphase betrauten externen Mitarbeiter sind operativ eingebunden, eine regelhafte Abstimmung mit dem NAE-Betrieb ist etabliert.

Die Auflösung der Projektgremienstruktur sowie eine Überführung erforderlicher Inhalte in die Betriebsgremienstruktur wurde in den Sitzungen des Projektleitungsausschusses und des Betriebslenkungsausschusses im Dezember vorgestellt und traf auf Zustimmung seitens der vertretenen Mitgliedskassen. Weitere Details der künftigen Betriebsgremien- und Beratungsstrukturen werden in kommenden Sitzungen des Betriebslenkungsausschusses vorgestellt.

Die ersten Projektabschlussarbeiten konnten zum Ende Februar 2022 plangemäß beendet werden, beispielsweise der Projekt- und Testabschlussbericht, Projektnachlesetermine sowie eine

abgestimmte Liste von Projektdokumenten, die auch künftig von Belang sein werden. Folgearbeiten wie die Anbindungen der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Unfallversicherung haben begonnen, ebenso wie die Testkoordination mit den Mitgliedstaaten und der Anpassung der im NAE-Projekt verwendeten Teststufen und -inhalte auf den für eine Releaseinbetriebnahme erforderlichen Umfang.

#### **4. Aktuelle Themen EU-Kommission**

##### **4.1 Sachstand RINA-Handover**

Während sich einige Mitgliedstaaten für eine selbständige Übernahme des RINA-Quellcodes entschieden haben, wurde die gemeinsamen Beschaffungsvereinbarung (Joint Procurement Agreement, JPA) von vielen anderen Mitgliedstaaten unterzeichnet. Die mit der Findung eines geeigneten Dienstleisters betraute italienische Verbindungsstelle hat mitgeteilt, dass mit einer Veröffentlichung der Ausschreibung im Mai 2022 gerechnet werde, um im Oktober 2022 einen Anbieter gefunden und beauftragt zu haben.

##### **4.2 EESSI-Release 2021**

Das von der Kommission überarbeitete EESSI-Releasepaket 4.3.1 wurde den Mitgliedstaaten am 07.12.2021 zur Verfügung gestellt, nachdem die vorherige Version 4.3.0 produktionsverhindernde Fehler enthielt.

Im Betriebslenkungsausschuss vom 16.12.2021 wurde mit den Mitgliedskassen abgestimmt, dass, die geplante Auslieferung eines nationalen Releasepaketes 4.3.1\_5.0.0 am 14.03.2022 vorausgesetzt, eine Inbetriebnahme des Releases zum von der Kommission in Aussicht gestellten Inbetriebnahmezeitpunkt, dem 16.12.2022, machbar sei.

In den Sitzungen der Technischen Kommission im Jahr 2021 konnte zwischen den Mitgliedstaaten keine Einigung in Bezug auf diesen Inbetriebnahmezeitpunkt erzielt werden. Auch in der 94. Sitzung der Technischen Kommission am 08./09.02.2022 schlug ein Einigungsversuch fehl. Es ist vorgesehen, noch im Februar 2022 in einer Sondersitzung erneut einen Einigungsversuch zu unternehmen. Es ist wahrscheinlich, dass sich der Inbetriebnahmezeitpunkt für das Release 4.3.1 in das Jahr 2023 verschiebt.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Der Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

## BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
Ausland

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

## TOP 17

### Bericht über die Nationale Kontaktstelle mit den Zahlen von 2021

Verfasser/in: Bernd Christl/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### Sachverhalt:

Die Nationale Kontaktstelle informiert über die Zahlen, Ziele und Ergebnisse des vergangenen Jahres.

---

#### Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022  
Stand: 17.03.2022

## TOP 18

# Hintergrundinformationen zur nationalen eHealth- Kontaktstelle

**Verfasser/in:** Markus Ahlrichs/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

### Sachverhalt:

Wie in der letzten Fachkonferenz DVKA am 08.10.2021 erläutert, hat der GKV-Spitzenverband, DVKA nach § 219d Absatz 6 bis 10 SGB V die Aufgabe, die organisatorische und technische Verbindungsstelle für die Bereitstellung von Diensten für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten (nationale Kontaktstelle eHealth – NCPeH) aufzubauen und zu betreiben. In der Zwischenzeit sind weitere Schritte auf dem Weg zur Bereitstellung der Kontaktstelle NCPeH erfolgt.

Im November 2021 legte die gematik eine erste Version des Produktkonzeptes vor. In diesem Produktkonzept werden die für die Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePKA) benötigten Komponenten beschrieben. Dazu gehören der National Contact Point for eHealth, die Schnittstellen zur europäischen elektronischen Gesundheitsinfrastruktur sowie einzelne Dienste der Telematikinfrastruktur (TI). Dieses Dokument bildet somit die Grundlage für Spezifikationen sowie Produkttyp- und Anbietertypsteckbriefe der Komponenten des NCPeH.

Darüber hinaus wurde zum Jahreswechsel 2021/2022 von der gematik ein sog. Featuresteckbrief bereitgestellt, der den Funktionsumfang der Anwendung auf Anforderungsebene beschreibt und damit die Grundlage für die Strukturierung der funktionalen Anforderungen im Rahmen der Planung der Implementierungsarbeiten bildet. Beide Dokumente wurden seitens des GKV-Spitzenverbandes, DVKA einem strukturierten Kommentierungsverfahren unterzogen und das Feedback an die gematik übermittelt.

Parallel dazu wurde die Teilnahme am Förderungsprogramm der EU zur Errichtung des NCPeH vorbereitet. Im Rahmen des ausgeschriebenen Fördervorhabens stehen für mehrere

Mitgliedstaaten insgesamt ca. 11,5 Mio. Euro zur Verfügung. Die Kommission hat die Förderung pro Mitgliedstaat auf 1,8 Mio. Euro gedeckelt. Als Förderbetrag stellt die Kommission davon max. 60 Prozent, also ca. 1,0 Mio. Euro zur Verfügung. Eine Förderzusage, die für September 2022 erwartet wird, kann dann im Rahmen des Haushaltsvollzugs 2022 und der Haushaltsplanung für 2023 ff. berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang wurde ein Projektvorgehen und ein Kostenplan entwickelt. Die umfangreichen Dokumente werden bis zum 24.02.2022 bei der Kommission eingereicht.

Nach abschließender Lieferung der Spezifikationen der gematik zum 30.06.2022 soll das Projekt voraussichtlich zur Jahresmitte 2022 mit der Analyse der Dokumentation, der Strukturierung der Anforderungen sowie des Architekturdesigns beginnen.

---

**Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.



## BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
Ausland

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

### TOP 19

## Kostenabrechnung im Rahmen von EESSI – Aktualisierung des Leitfadens

**Verfasser:** Ulf Schinke/Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

---

#### Sachverhalt:

Der Prozess der Kostenabrechnung erfolgt seit dem 06.12.2021 über EESSI-Geschäftsprozesse, wenn der jeweilige Partnerstaat auch EESSI-ready für den Prozess ist. Der Nachrichtenaustausch läuft nach Auskunft der DVKA überwiegend reibungslos (vgl. Rundschreiben Nr. 2022/68 vom 28.01.2022).

Vor diesem Hintergrund wird die DVKA gebeten, den Leitfaden „Kostenabrechnung im Rahmen der VO (EG) 987/09 und nach Abkommensrecht“ um die entsprechenden EESSI-Sachverhalte zu aktualisieren.

---

#### Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet, dass die Leitfäden momentan sukzessive aktualisiert werden. Der überwiegende Teil der Leitfäden, u. a. der zur Kostenabrechnung, soll voraussichtlich bis zum Ende des Jahres 2022 aktualisiert sein.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 17.03.2022

### TOP 20

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

**Verfasser/in:** Arkadius Markowski/GKV–Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

In der Zeit vom 09.10.2021 bis 16.03.2022 war der GKV–Spitzenverband, DVKA an folgenden Verbindungsstellengesprächen beteiligt:

#### **Türkei**

Gegenstand der vom 02.11.2021 bis 04.11.2021 digital geführten Gespräche waren unter anderem die Behandlung der Fallgestaltungen im Zusammenhang mit Leistungen nach Art. 12 Buchstabe b des deutsch–türkischen Abkommens, die Anpassung der Vordrucke T/A 11, T/A 12 und A/T 25 sowie die Vereinbarung von Vordrucken für den Beitragseinzug in Deutschland. Weitere Ausführungen können Sie TOP 3 entnehmen.

#### **Serbien**

Gegenstand der vom 15.11.2021 bis 16.11.2021 digital geführten Gespräche war unter anderem die Vereinbarung den Austausch von Vordrucken ohne Unterschrift und Stempel neben der bisherigen Form der Ausstellung zuzulassen. Des Weiteren wurde mit der serbischen Seite die Fragestellung erörtert, ob die Möglichkeit besteht, dass bei Leistungsaushilfe in Deutschland medizinische Unterlagen an den serbischen Träger gesandt werden können. Weitere Ausführungen können Sie TOP 4 entnehmen.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und –teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.



## BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche  
Verbindungsstelle  
Krankenversicherung –  
Ausland

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 23.03.2022

## TOP 21

### Verschiedenes: Änderung der deutsch–niederländischen Vereinbarung zu Mindestbeträgen für Beanstandungen

**Verfasser:** Burchard Osterholz/GKV–Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Der GKV–Spitzenverband, DVKA weist darauf hin, dass die o. g. Vereinbarung geändert worden ist. Grund hierfür war das Anliegen der niederländischen Seite, sie nach der Inbetriebnahme der EESSI–Geschäftsprozesse nicht mehr anzuwenden. Ab diesem Zeitpunkt kann die niederländische Seite den jeweils zuständigen Träger automatisiert anhand eines zentralen Registers ermitteln.

Für die deutschen Krankenkassen bedeutet dies, dass diese Vereinbarung bei der Konzeption des S\_BUC\_19b nicht zu berücksichtigen ist.

Die Vereinbarung soll noch für alle Rechnungen angewendet werden, die bis zur Inbetriebnahme des S\_BUC\_19 auf niederländischer Seite bei der Verbindungsstelle des Schuldnerstaates eingereicht werden.

Der GKV–Spitzenverband, DVKA beabsichtigt, die Krankenkassen über diese Änderung im Rahmen des Rundschreibendienstes zu informieren, sobald das konkrete Datum der Inbetriebnahme des S\_BUC\_19 auf niederländischer Seite feststeht.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und –teilnehmer unterstützen den Vorschlag, die Krankenkassen gesondert mit Rundschreiben zu informieren.



## BERATUNGSERGEBNIS

### Fachkonferenz DVKA

am: 17.03.2022

Stand: 23.03.2022

## TOP 22

### Verschiedenes: Kostenabrechnung mit dem Vereinigten Königreich

**Verfasser:** Burchard Osterholz/GKV-Spitzenverband, DVKA

---

#### **Sachverhalt:**

Die deutschen Krankenkassen reichen ihre Kostenrechnungen gegenüber dem Vereinigten Königreich aktuell im Rahmen des S\_BUC\_19a beim GKV-Spitzenverband, DVKA ein. Eine Unterscheidung danach, ob die Kostenrechnung nach dem Austrittsabkommen oder nach dem Handels- und Kooperationsabkommen erfolgt, wird dabei nicht vorgenommen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet, dass die britische Seite kürzlich auf dem Handels- und Kooperationsabkommen beruhende Kostenrechnungen in Papierform eingereicht hat. Da die Anwendung der EESSI-Geschäftsprozesse für diese Sachverhalte zwischen dem Vereinigten Königreich und der EU noch nicht endgültig vereinbart worden ist, dürfte diese Vorgehensweise nicht zu beanstanden sein. Der GKV-Spitzenverband, DVKA setzt sich aktuell mit weiteren Mitgliedstaaten dafür ein, dass auch diese Rechnungen ebenso wie alle noch folgenden unter Anwendung der EESSI-Geschäftsprozesse eingereicht werden. Zunächst wird daher keine Weiterleitung der weniger als 100 Individualteile an die Krankenkassen erfolgen.

---

#### **Beratungsergebnis:**

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer bestärken den GKV-Spitzenverband, DVKA, sich für die Anwendung der EESSI-Geschäftsprozesse einzusetzen.

