

Ergebnisniederschrift

über die

Sitzung der Fachkonferenz DVKA

am 22.09.2022

Inhaltsübersicht

| | |
|--|--|
| TOP 1 | Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung |
| Übergreifende Themen | |
| TOP 2 | Sachleistungsaushilfe für Angehörige bei bestehenden abgeleiteten Ansprüchen im Wohnstaat <ul style="list-style-type: none"> • Sachstand • Rundschreiben • Beanstandungen |
| Koordinierungs- und Abkommensrecht International | |
| TOP 3 | Vorübergehender Aufenthalt in der Türkei – Zustimmungsfall und Ausstellung T/A 12 |
| TOP 4 | Offene Fragen zum Ruhen von Leistungsansprüchen im Ausland |
| TOP 5 | Anforderung von Anspruchsbescheinigungen auf Antrag des Leistungserbringers – hier: Verwendung eines Dokuments in Anlehnung an die EU-Patientenerklärung für Versicherte aus Abkommensstaaten |
| Forderungsmanagement und Kostenabrechnung International | |
| TOP 6 | Stand der Forderungen |
| TOP 7 | Entwicklung Ausgleichsbeträge |
| TOP 8 | Sachstand Rechnungsabschlüsse gemäß Beschluss Nr. S11 |
| TOP 9 | Kostenabrechnung im Verhältnis zur Türkei <ul style="list-style-type: none"> • Bericht über die Ergebnisse der Sitzung der gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Zukunft der Kostenabrechnung; • Ausgleich der türkischen Forderungen ab dem Jahr 2017 |
| TOP 10 | Richtlinie Beanstandungs- und Forderungsverzicht gem. § 219a SGB V |
| TOP 11 | Italien: Umsetzung der Stellungnahme des Schlichtungsausschusses (Conciliation Panel) zu Pauschbetragsforderungen betreffend die Jahre 2000 bis 2007 |
| Informationsverarbeitung International | |
| TOP 12 | EESSI/NAE-Betrieb (Nationale Anbindung EESSI) <ul style="list-style-type: none"> • Betriebskennzahlen • Inbetriebnahme Kostenabrechnung • Stabilisierungsphase Kostenabrechnung/NAE-Betrieb • Aktuelle Themen EU-Kommission |
| TOP 13 | Hintergrundinformationen zur nationalen eHealth-Kontaktstelle |

| | |
|--------------------------------|---|
| Nationale Kontaktstelle | |
| TOP 14 | Statistische Daten zur Patientenmobilität nach der Richtlinie 2011/24 EU |
| Verschiedenes | |
| TOP 15 | Aktualisierung der DVKA-Homepage |

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

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 01.09.2022 übermittelt.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Feststellung der Tagesordnung.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 2

Sachleistungsaushilfe für Angehörige bei bestehenden abgeleiteten Ansprüchen im Wohnstaat

Verfasser/in: Arkadius Markowski/DVKA

Sachverhalt:

1. Sachstand – Note für die Verwaltungskommission

Im Rahmen der letzten Sitzungen der Fachkonferenz wurde über die Thematik bereits ausführlich gesprochen. Daher wird auf nochmalige Ausführungen verzichtet und über den aktuellen Sachstand berichtet:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) eine Note erstellt. Diese soll im Rahmen der nächsten Sitzung der Verwaltungskommission im Oktober 2022 besprochen werden.

2. Rundschreiben – Klarstellungen für verschiedene Personenkreise

Im Rahmen der letzten Sitzung wurde die Erstellung eines Rundschreibens mit Klarstellungen zu verschiedenen Personenkreisen vereinbart. Das Rundschreiben wurde vom GKV-Spitzenverband, DVKA erstellt und befindet sich derzeit in Abstimmung mit den zuständigen Ministerien.

3. Beanstandungen – Kostenabrechnung aus Polen

Die nachfolgende Beratungsunterlage wurde vom vdek eingereicht:

Eine gesetzliche Klarstellung zur Frage, welcher Anspruch des Familienangehörigen bei zwei abgeleiteten Ansprüchen vorrangig ist, zieht sich hin. Mit einer kurzfristigen Klärung ist nicht zu rechnen – siehe TOP 7/FK v. 17.03.2022. Bei Kenntnisnahme bzw. Annahme eines vorrangigen Wohnortanspruches hat die BARMER die SLA zu ihren Kosten verweigert und den polnischen Träger darüber informiert. Hierbei wird standardmäßig auf das Schreiben der DVKA vom 15.06.2011 (3230-2 195.220 (318) Fricke/Bauer) verwiesen. Weitere Reaktionen seitens des polnischen Trägers sind regelhaft nicht erfolgt. Gleichwohl erreichen die BARMER später Kostenabrechnungen für genau diese Angehörigen. Eingehende Kostenabrechnungen werden deshalb beanstandet. Die DVKA fordert die BARMER in diesen Fällen nun seit geraumer Zeit zum Ausgleich der Kostenrechnungen mit der Begründung auf, dass die Kasse nicht nachgewiesen

hätte, dass tatsächlich ein abgeleiteter Anspruch aus der Versicherung des anderen Elternteils in Polen besteht. Dieser Nachweis kann – abgesehen von den Aussagen der Versicherten – nachvollziehbar nicht erbracht werden.

Ziel der Beratung:

Punkte 1 und 2: Kenntnisnahme

Punkt 3:

Erfahrungsaustausch mit den anderen Kassen.

- Wir wünschen uns hier eine Unterstützung der DVKA bei den u. E. begründeten Beanstandung der Auslandsrechnungen.
- Feststellung, dass der Nachweis eines nicht bestehenden abgeleiteten Anspruchs im Wohnstaat nur vom Träger des Wohnstaates erbracht werden kann.
- Welche konkreten Maßnahmen sollen die deutschen Kassen nach Vorstellung der DVKA ergreifen, um einen aus Sicht der DVKA ausreichenden Nachweis eines vorrangigen Versicherungsanspruchs im Wohnstaat zu führen?
- Alternativ Feststellung, dass die deutschen Kassen bei in Deutschland lebenden Angehörigen gleichfalls das in Deutschland nach § 10 SGB V bestehende Wahlrecht der Eltern bei mehrfachem Ansprüchen umsetzen kann.
- Ferner die Feststellung, dass Fallkonstellationen bei denen die Regelungen des § 10 Abs. 3 SGB V, in Deutschland einen FV-Anspruch in der GKV nicht ausschließen würden, ebenso zu einem Sachleistungsanspruch gegen einen Träger in einem anderen Verwaltungsstaat führen.
- Abschließend: Wann ist mit einem Rundschreiben zu abgeleiteten Ansprüchen der verschiedenen Personengruppen zu rechnen?

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zur Kenntnis. Das Rundschreiben wird unmittelbar nach der Abstimmung mit den Ministerien veröffentlicht – voraussichtlich noch im Oktober 2022.

Zu Punkt 3 (Beanstandungen polnischer Kostenrechnungen) teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass die beschriebene Verfahrensweise abgestellt wurde. Falls in diesen Sachverhalten aktuell dennoch detaillierte Unterlagen angefordert werden, sollte Kontakt mit den bekannten Ansprechpartnern aufgenommen werden.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 3

Vorübergehender Aufenthalt in der Türkei – Zustimmungsfall und Ausstellung T/A 12

Verfasser/in: vdek, BARMER

Sachverhalt:

Bekanntlich erhalten Personen, die sich zu touristischen Zwecken in der Türkei aufhalten, nur „Notfalleleistungen“ unter Vorlage des Vordruckes T/A 11. Bei bereits bestehenden oder chronischen Erkrankungen soll der Person ein T/A 12 ausgestellt werden. Mit dem Vordruck T/A 12 besteht auch Anspruch auf Sachleistungen, die während des Aufenthaltes in der Türkei eintreten und nicht aus der chronischen Erkrankung resultieren. (Separater T/A 11 entfällt). Der Vordruck T/A 12 wurde u.a. um das Feld „Diagnose“ ergänzt. In der Praxis führt dies zu Auslegungs- und Beratungsproblemen.

- Wie ist der Stand „Fallbeispiele nach Art. 12 Buchst. b) des dt.-türk. Abkommens“ (siehe FK v. 17.03.2022 TOP 3)
- Wie definiert sich eine „chronische Erkrankung“?

Hier gibt es unterschiedliche Aussagen seitens der DVKA:

- Analog Definition § 62 SGB V = „...die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind...“? Die Auslegung ist hier eher weit gefasst, u.a. Diabetes, Herzerkrankungen, Bluthochdruck, COPD etc. Wie kann das Bestehen einer solchen Dauerbehandlung nachgewiesen werden?
- Beschränkung auf Krebserkrankung, Chemotherapie, Dialysebehandlung, Behandlungen nach Transplantationen, Bluter. Strenge Auslegung wurde im DVKA-Seminar empfohlen. Für alle anderen chronischen Erkrankungen käme ggf. eine KE nach § 18 Abs. 3 SGB V in Betracht.

Ziel der Beratung:

Erfahrungsaustausch

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erörtert die mit der türkischen Seite vereinbarte Regelung, dass bei Ausstellung des Vordrucks T/A 12 kein zusätzlicher Vordruck T/A 11 benötigt wird. Der Umfang der Leistungen ist in diesem Zusammenhang allerdings unverändert, d. h. mit dem T/A 12 können ebenfalls nur sofort notwendige Leistungen in Anspruch genommen werden. Weiterhin wird berichtet, dass eine Rückmeldung zu den Fallbeispielen nach Art. 12 Buchst. b) des dt.-türk. Abkommens vorliegt. Die von der türkischen Seite dargestellten Einschätzungen sind unverändert. Zum zweiten Punkt stellt der GKV-Spitzenverband, DVKA klar, dass es im dt.-türk. Abkommen keine Definition zur chronischen Erkrankung gibt. Entsprechend erfolgt die Beurteilung nach deutschen Rechtsvorschriften. Des Weiteren wird klargestellt, dass auch im Rahmen der DVKA-Seminare keine strengere Auslegung empfohlen wird.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 4

Offene Fragen zum Ruhen von Leistungsansprüchen im Ausland (§ 16 Abs. 3a S. 2 SGB V)

Verfasser/in: Arkadius Markowski/DVKA

Anlagen:

- Stellungnahme vom 24.06.2022

Sachverhalt:

Im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA – TOP 8 – wurde vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA eine rechtliche Bewertung zu den offenen Fragen zum Ruhen von Leistungsansprüchen bei grenzüberschreitenden Ansprüchen übermittelt. Die Einschätzung wurden den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern mit Schreiben vom 24.06.2022 zur Verfügung gestellt. Hierzu haben sich verschiedenen Rückfragen ergeben, zu denen ein Austausch im Rahmen der Sitzung erfolgen soll. Der GKV-Spitzenverbandes, DVKA vertritt zu den Fragen folgende Auffassung:

Allgemeine Fragen

1. **Wie soll mit Zustimmungsfällen umgegangen werden? Kann die Zustimmung generell oder nur in Ermessensfällen versagt werden?**

Ausgenommen vom Leistungsruhen sind nach § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V lediglich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Die Genehmigung ist nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 VO (EG) Nr. 883/2004 nur zu erteilen, wenn die betreffende Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann. Dies dürfte nur in absoluten Ausnahmefällen zutreffen. In der Regel ist daher die Zustimmung zu verweigern.

2. Wenn der Versicherte schon vor Erteilung des Ruhensbescheides ins Ausland verzieht – wie soll die Prüfung der Hilfebedürftigkeit bei einem Wohnsitz im Ausland durchgeführt werden?

Die Prüfung der Hilfebedürftigkeit ist zwingend vor dem Aussprechen des Ruhens vorgeschrieben. Können in diesen Fällen die deutschen Pfändungsgrenzen angesetzt werden oder müssen die ausländischen Sozialhilfegrenzen erfragt werden? Kann der ausländische Träger im Rahmen der Amtshilfe befragt werden?

Für die Prüfung der Voraussetzungen des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V gelten die deutschen Rechtsvorschriften. Entsprechend werden auf die deutschen Pfändungsgrenzen angesetzt.

EU-/EWR-Staaten, Schweiz oder Vereinigtes Königreich

3. Wie erfahren die deutschen Krankenkassen von einer Änderung in den Verhältnissen? Können die deutschen Krankenkassen im Wege der Amtshilfe den ausländischen Träger befragen? (Art. 76 VO (EG) Nr. 883/2004)?

Die betroffenen Personen müssen die Träger des zuständigen Mitgliedstaats und des Wohnmitgliedstaats so bald wie möglich über jede Änderung ihrer persönlichen oder familiären Situation unterrichten, die sich auf die Leistungsansprüche auswirken. Der Wohnortträger kann die Einschreibung beenden bzw. die Eintragung streichen und dies im Rahmen des S_BUC_04 dem zuständigen Träger mitteilen – vergleiche Artikel 24 Absatz 2 Unterabsatz 2 VO (EG) 987/09 sowie Leitfaden zum Beschluss S6, Seite 14.

Bestehen Zweifel am Fortbestand der Voraussetzungen für die Einschreibung (z. B. bei Hinweis auf eine Aufnahme einer Tätigkeit im Wohnstaat), sollte der Wohnortträger zeitnah gebeten werden, die Einschreibung anhand der aktuellen Verhältnisse zu überprüfen. Dies kann z. B. im Rahmen des H_BUC_01 erfolgen.

Bei Änderungen in den Verhältnissen sind insbesondere die Zuständigkeiten nach den Art. 11 ff. VO (EG) Nr. 883/2004 zu beachten.

4. Eine Kostenerstattung von selbst bezahlten Leistungen ist für die Familienangehörigen in vollem Umfang zu leisten. Für den Versicherten kann dies nur im Rahmen des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V gelten. Muss auch bei der Kostenerstattung die Regelung des § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V geprüft werden?

Nach der Verordnung besteht ein Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen. Darüber hinaus gibt es keine Möglichkeiten, die Kostenerstattung einzuschränken. Sollte der Versicherte die Kosten für die Leistung privat beglichen haben, besteht aus unserer Sicht ein Anspruch auf Kostenerstattung nach den Verordnungsregelungen.

5. Entfällt das Wahlrecht nach Art. 25 Abs. 6 der VO (EG) Nr. 987/2009 zu ausländischen oder inländischen Kassensätzen?

Da die Verordnung diese Möglichkeit vorsieht, kann sie hier nicht ausgeschlossen werden.

6. Gilt der Punkt 1.3 der Einschätzung auch für die Sachleistungsaushilfe bei vorübergehenden Aufenthalten in Deutschland?

Ja, in diesen Fällen besteht ein Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen nach Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004.

7. Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 V ist in den beschriebenen Fällen ausgeschlossen – denn diese ist begrenzt auf die Höhe der Sachleistung, welche jedoch ruht(abhängig von der Leistung). Insofern ist es schwer erklärbar, warum die Kostenerstattung über die VO zu gewähren ist. Warum ist die möglich?

Bei Sachverhalten, in denen die Leistungen auf der Basis des Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004 in Anspruch genommen werden, findet § 16 Abs. 3a Satz 2 SGB V keine Anwendung. Der Sachleistungsanspruch nach Art. 19 VO (EG) Nr. 883/2004 auf medizinisch notwendige Leistungen ruht nicht. Dies bedeutet, dass auch ein Anspruch auf Kostenerstattung nach Art. 25 VO (EG) Nr. 987/2009 besteht. Die Verordnung sieht beide Möglichkeiten vor (Sachleistungsaushilfe/Kostenerstattung). Entsprechend kann nicht eine der Möglichkeiten ausgeschlossen werden.

Abkommensstaaten

8. Bei Aufenthalt in einem Abkommensstaat fehlen präzise Aussagen zu den Rechtsgrundlagen für Kostenerstattung nach den Abkommen. In Bezug auf die Türkei gibt es nur die Verbindungsstellenvereinbarung. Handelt es sich hierbei um eine ausreichende Rechtsgrundlage?

Das gesamte Verfahren zur Kostenabrechnung inklusive der Kostenerstattung findet seine Rechtsgrundlage in Art. 3 der Durchführungsvereinbarung zum deutsch-türkischen Abkommen über Soziale Sicherheit in Verbindung mit der Verbindungsstellenvereinbarung. Bei der Verbindungsstellenvereinbarung handelt es sich um Verwaltungsvorschriften, die zwar selbst keinen Gesetzescharakter haben. Jedoch gründen sie auf Art. 3 der Durchführungsverordnung und sind als Verwaltungsvorschriften bindend für die Verwaltung.

Ziel der Beratung:

Beratung

Beratungsergebnis:

Im Vorfeld zur Sitzung hat der GKV-Spitzenverband, DVKA den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern mit Schreiben vom 24.06.2022 eine Einschätzung zu der Thematik übermittelt. Zu dieser Einschätzung und den hier aufgeführten Fragen fand ein Erfahrungsaustausch statt. Es bestand Einvernehmen, dass die Stellungnahme vom 24.06.2022 als Anlage der Ergebnisniederschrift beigefügt werden soll.



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
Pennfeldsweg 12 c
53177 Bonn

www.dvka.de
www.gkv-spitzenverband.de

| Ihre Nachricht vom | Ihre Zeichen | Unsere Zeichen | Datum |
|--------------------|--------------|-----------------|------------|
| | | 3231.04 41.0 | 24.06.2022 |

Offene Fragen zum Ruhen von Leistungsansprüchen im Ausland

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA – TOP 8 – wurde vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA eine rechtliche Bewertung zu den offenen Fragen zum Ruhen von Leistungsansprüchen bei grenzüberschreitenden Sachverhalten übermittelt. Beigefügt übersenden wir Ihnen unsere Einschätzung.

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 COBADEFFXXX

Ausgangslage

Bei unserer Einschätzung gehen wir davon aus, dass es sich um ein Mitglied bei einer deutschen Krankenkasse handelt. Dieses Mitglied hat Beitragsrückstände. Sein Leistungsanspruch ruht nach § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V. Nunmehr stellt sich die Frage, ob eine solche Person einen Anspruch auf Sachleistungen bei einem Aufenthalt in einem EU-/EWR-Staat, dem Vereinigten Königreich, in der Schweiz oder in einem Abkommensstaat hat und ggf. in welchem Umfang.

Rechtliche Bewertung

1. EU-/EWR-Staat, Schweiz oder Vereinigtes Königreich¹

1.1 Vorübergehender Aufenthalt

Nach Art. 19 VO (EG) 883/04 haben ein Versicherter und seine Familienangehörigen, die sich in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat aufhalten, Anspruch auf die Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, [...]. Nach Art. 27 Abs. 1 VO (EG) 883/04 gilt Art. 19 VO (EG) 883/04 für Personen, die eine Rente beziehen entsprechend.

Nach Art. 19 VO (EG) 883/04 ist eine Voraussetzung für einen Leistungsanspruch, dass es sich um einem Versicherten handelt. Der Begriff des Versicherten ist in Art. 1 Buchst. c) VO (EG) 883/04 definiert und wird verwendet, um den Kreis der von diesen Regelungen erfassten Personen zu umschreiben. Hiernach ist „Versicherter“ in Bezug auf die Leistungen bei Krankheit, Mutter- und Vaterschaft sowie Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten jede Person, die unter Berücksichtigung der Bestimmungen dieser Verordnung die für einen Leistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften gemäß Titel II zuständigen Mitgliedstaats vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt. Auch der EuGH hat in der Rs. C-451/93 (Delavant) entschieden, dass sich die Voraussetzungen der Versicherungspflicht und das grundsätzliche Bestehen oder Erlöschen eines Leistungsanspruchs nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats richten. Nur für die Bestimmung des Leistungsumfangs und der Leistungsmodalitäten ist das Krankenversicherungsrecht des leistenden Wohnstaates oder des Staates des vorübergehenden Aufenthalts maßgeblich.

¹ Da die Regelungen im Handels- und Kooperationsabkommen zwischen der Europäischen Union und dem Vereinigten Königreich denen des EU-Rechts in diesen Fällen entsprechen, werden im Folgenden keine gesonderten Ausführungen zum Vereinigten Königreich gemacht.

In der vorliegenden Fallkonstellation ist Deutschland der zuständige Mitgliedstaat. Die Voraussetzungen der Versicherteneigenschaft und das Erlöschen des Versichertenverhältnisses richten sich deshalb nach dem deutschen Krankenversicherungsrecht, d. h. nach den Vorschriften des SGB V.

Bei der Vorschrift des § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V handelt es sich jedoch um eine Regelung, die den Leistungsumfang betrifft. Nach ihr ruht der Anspruch auf Leistungen für Versicherte, die mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für 2 Monate im Rückstand sind und trotz Mahnung nicht zahlen. Das Ruhen eines Leistungsanspruches bedeutet, dass ein dem Grunde nach bestehender Anspruch wegen eines Leistungshindernisses (Beitragsrückstand in zuvor genannter Höhe) nicht realisiert werden kann. Ausgenommen vom Leistungsruhen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Für die Bestimmung des Leistungsumfanges und der Leistungsmodalitäten ist jedoch ausschließlich das Krankenversicherungsrecht des leistenden Wohnstaates oder des Staates des vorübergehenden Aufenthalts maßgeblich. § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V hat auf den Leistungsumfang im Rahmen der Sachleistungsaushilfe bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich daher keine Auswirkungen.

Ergebnis:

Der Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen besteht bei Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich ungeachtet des § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V weiter. Entsprechend dürfen die Leistungen über die EHIC abgerechnet werden. Aus unserer Sicht ist es nicht möglich, die EHIC in diesen Fällen einzuziehen. Weiterhin gibt es keine Möglichkeiten, die Kostenerstattung einzuschränken. Sollte der Versicherte die Kosten für die Leistung privat beglichen haben, besteht aus unserer Sicht ein Anspruch auf Kostenerstattung nach den Ordnungsregelungen.

Hinweis zu Familienangehörigen

Die Leistungen für die Familienangehörigen ruhen ebenfalls nicht. Entsprechend gibt es auch für die Familienangehörigen keine Einschränkungen bei der Leistungsanspruchnahme.

1.2 Gewöhnlicher Aufenthalt in einem anderen EU-, EWR-Staat, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich

Nach Art. 17 VO (EG) 883/04 erhält ein Versicherter oder seine Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, in ihrem Wohnmitgliedstaat Sachleistungen, die vom Träger des Wohnorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob sie nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären. Dasselbe gilt nach Art. 24 VO (EG) 883/04 für Personen, die eine Rente beziehen.

Auch in den Wohnortfällen ist für die Bestimmung des Leistungsumfangs und der Leistungsmodalitäten ausschließlich das Krankenversicherungsrecht des leistenden Wohnstaates maßgeblich. § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V hat auf den Leistungsumfang im Rahmen der Sachleistungsaushilfe beim gewöhnlichen Aufenthalt in einem anderen EU-/EWR-Staat oder der Schweiz daher keine Auswirkungen.

Ergebnis:

Der Anspruch auf Leistungen besteht – ungeachtet des § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V – nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates. Aus unserer Sicht darf die Ausstellung des Portablen Dokuments S1 nicht verweigert werden. Auch eine Einschränkung dieses Anspruchs ist aus unserer Sicht nicht möglich. Des Weiteren ist es auch nicht notwendig, den ausländischen Träger über das Leistungsruhen zu unterrichten.

Hinweis zu Familienangehörigen

Die Leistungen für die Familienangehörigen ruhen ebenfalls nicht. Entsprechend gibt es auch für die Familienangehörigen keine Einschränkungen bei der Leistungsanspruchnahme.

1.3 Gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland

Es stellt sich die Frage, ob eine Leistungsaushilfe in Deutschland aufgrund von bestehenden Beitragsrückständen aus einer früheren Versicherung in Deutschland abgelehnt werden kann. Aus unserer Sicht ist dies nicht möglich.

Nach Art. 17 VO (EG) 883/04 erhält ein Versicherter oder seine Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, in ihrem Wohnmitgliedstaat Sachleistungen, die vom Träger des Wohnorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob sie nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären. Dasselbe gilt nach Art. 24 VO (EG) 883/04 für Personen, die eine Rente beziehen.

Erhält die deutsche Krankenkasse das Portable Dokument S1 muss geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine Einschreibung erfüllt sind. Ein in Deutschland bestehender Beitragsrückstand aus einer früheren Versicherung in Deutschland ist kein Hinderungsgrund für eine Einschreibung. Für die Erhebung der Beiträge ist ausschließlich der Mitgliedstaat zuständig, der die Kosten für die Leistungen bei Krankheit zu tragen hat. Dies ist in diesen Fällen der Träger im anderen Mitgliedstaat. Entsprechend können sich hieraus keine Auswirkungen auf die Einschreibung zulasten des ausländischen Trägers ergeben.

2. Aufenthalt in einem Abkommensstaat

2.1 Vorübergehender Aufenthalt

Hält sich eine in Deutschland versicherte Person in einem Abkommensstaat (Türkei, Tunesien, Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro oder Serbien) vorübergehend auf, besteht ein Anspruch lediglich auf sofort notwendige Sachleistungen. Auch im Rahmen der Sozialversicherungsabkommen gilt der Grundsatz, dass sich die Bestimmung des Leistungsumfangs und der Leistungsmodalitäten ausschließlich nach dem Krankenversicherungsrecht des leistenden Staates des vorübergehenden Aufenthalts richtet. Das Leistungsruhen nach § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V spielt in diesen Sachverhalten keine Rolle.

Aus unserer Sicht sind die entsprechenden Leistungsbescheinigungen auszustellen. Im Falle des vorübergehenden Aufenthaltes in Nordmazedonien, Montenegro und Serbien wird die EHIC verwendet. Aus unserer Sicht ist es nicht möglich, die EHIC in diesen Fällen einzuziehen. Weiterhin gibt es keine Möglichkeiten, die Kostenerstattung einzuschränken. Sollte der Versicherte die Kosten für die Leistung privat beglichen haben, besteht aus unserer Sicht ein Anspruch auf Kostenerstattung nach den Regelungen des jeweiligen Abkommens.

2.2 Gewöhnlicher Aufenthalt

Bei einem gewöhnlichen Aufenthalt in einem Abkommensstaat (Türkei, Tunesien, Bosnien-Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro oder Serbien) hat die versicherte Person einen Anspruch auf alle Sachleistungen nach dem Recht des Wohnstaates. Für die Bestimmung des Leistungsumfangs und der Leistungsmodalitäten ist ausschließlich das Krankenversicherungsrecht des leistenden Wohnstaates maßgeblich. Das Leistungsruhen nach § 16 Abs. 3a S. 2 SGB V spielt in diesen Sachverhalten ebenfalls keine Rolle.

Die Bewertung ist mit dem Referat Leistungsrecht/Reha/Selbsthilfedes GKV-Spitzenverbandes abgestimmt.

Seite 6 / 6 des Schreibens vom 24.06.2022

Zeichen 3231.04
41.0

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns **bis zum 31.07.2022** mitteilen könnten, ob aus Ihrer Sicht weitere Erörterungen zu dieser Thematik erforderlich sind. Sollte dies der Fall sein, werden wir das Thema im Rahmen der nächsten Sitzung der Fachkonferenz DVKA nochmals erörtern. Sollte dies nicht der Fall sein, werden wir nach Ablauf der Frist ein Rundschreiben zu dieser Thematik vorbereiten.

Mit freundlichen Grüßen

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 5

Anforderung von Anspruchsbescheinigungen auf Antrag des Leistungserbringers; hier: Verwendung eines Dokuments in Anlehnung an die EU-Patientenerklärung für Versicherte aus Abkommensstaaten

Verfasser/in: AOK-Bundesverband

Anlagen:

- GKV-SV, DVKA-Rundschreiben 2022/383 vom 24.06.2022

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA (DVKA) hat mit Rundschreiben 2022/383 vom 24.06.2022 über die Anforderung von Anspruchsbescheinigungen auf Antrag des Leistungserbringers im Rahmen des EESSI-Geschäftsvorfalls S_BUC_05 informiert (s. Anlage 1).

In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, dass die Anforderung von Anspruchsbescheinigungen aus Staaten mit bilateralem Sozialversicherungsabkommen ebenfalls ausschließlich durch den aushelfenden Träger in Deutschland erfolgen muss, soweit nicht der Patient selbst die Anspruchsbescheinigung besorgt.

Der Leistungserbringer, der einen in einem Abkommensstaat versicherten Patienten ohne Nationalen Anspruchsnachweis einer aushelfenden Krankenkasse medizinisch behandelt, soll der Krankenkasse gemäß Punkt 3 des o.g. DVKA-Rundschreibens folgende Angaben zur Verfügung stellen:

- Nachweis, dass die betreffende Krankenkasse von der Patientin bzw. dem Patienten gewählt wurde,
- Personalien (Name, Vorname, Geburtsdatum),
- möglichst die Nummer des Identitätsnachweises,
- Wohnanschrift der Patientin bzw. des Patienten im Heimatstaat,
- Bezeichnung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers
- persönliche Identifikationsnummer (PIN) beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger.

Diese für eine Anforderung einer Anspruchsbescheinigung notwendige Angaben wurden mit der DKG vereinbart (siehe Merkblatt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern [„Informationen zur stationären und ambulanten Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ Stand 01/2022](#)). In den Merkblättern für die [vertragsärztliche Versorgung](#) und [vertragszahnärztliche Versorgung](#) sind keine Hinweise zur Anforderung von Anspruchsbescheinigungen aus Abkommensstaaten enthalten.

In der Praxis fehlen bei einer Anforderung einer Anspruchsbescheinigung von Staaten mit bilateralen Sozialversicherungsabkommen durch Leistungserbringer in der Regel Dokumentationen einer nachvollziehbaren Wahlerklärung der Patienten aus Abkommensstaaten. Die persönlichen Daten des Patienten werden unstrukturiert und nicht immer vollständig übermittelt.

Fraglich ist auch, inwieweit deutsche Krankenkassen persönliche Daten einer im Ausland versicherten Person verarbeiten dürfen, wenn keine Wahlerklärung der im Ausland versicherte Patient zu einer deutschen Krankenkasse vorliegt.

Vor diesem Hintergrund halten es die AOKs für sinnvoll, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA, mit den Leistungserbringern (insbes. der DKG) ein Formular vereinbart, das die Angaben des DVKA-Rundschreibens 383/2022 vom 24.06.2022 enthält. Dieses Formular ist von den Leistungserbringern in den Fällen auszufüllen, in denen die in Abkommensstaaten versicherten Patienten weder einen nationalen Anspruchsnachweis noch eine Anspruchsbescheinigung (z. B. A/T 11, A/T 12) zu Beginn der Behandlung im Krankenhaus vorlegen.

Der Vorteil des Formulars für den Leistungserbringer liegt darin, dass dieser alle Daten übersichtlich und umfänglich abgebildet bekommt, die die gewählte Krankenkasse für die Anforderung einer ausländischen Anspruchsbescheinigung und für die spätere Abrechnung benötigt.

Für die Übermittlung der Daten könnte ein Dokument in Anlehnung an die Patientenerklärung bei Verwendung der EHC entwickelt werden. Das Verfahren wäre mit der DKG, KBV und KZBV möglichst inhaltsgleich zu vereinbaren.

Ziel der Beratung:

Beratung und Votum, den GKV-Spitzenverband, DVKA zu bitten, mit den Leistungserbringern (insbes. der DKG) ein Formular zu vereinbaren, mit dem die Leistungserbringer der gewählten aushelfenden Krankenkasse die erforderlichen, im DVKA-Rundschreiben 383/2022 genannten Angaben zur Anforderung einer fehlenden Anspruchsbescheinigung für Patienten aus Abkommensstaaten zur Verfügung stellen können.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer verständigen sich darauf, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA auf der Grundlage von Fallzahlen und repräsentativen Sachverhalten

entscheidet, inwieweit der Vorschlag zur Aufnahme von Verhandlung mit der DKG bezüglich einer Vereinbarung eines Formulars für Sachverhalte, in denen von einem Patienten aus einem Abkommensstaat keine Anspruchsbescheinigung vorgelegt wurde und das Krankenhaus die vom Patienten gewählte Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung beim ausländischen zuständigen Träger bittet, weiterverfolgt wird. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird hierzu eine Abfrage bei den Kassenartverbänden vornehmen. Des Weiteren besteht Einvernehmen, dass der Vorschlag in Bezug auf die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung nicht weiterverfolgt wird.

RUNDSCHREIBEN

RS 2022/383 vom 24.06.2022

Anforderung von Anspruchsbescheinigungen auf Antrag des Leistungserbringers nach Produktivsetzung des S_BUC_05

Themen: Europa/Internationales

Staaten: EU-/EWR-Staaten, Schweiz, Vereinigtes Königreich, Abkommensstaaten

Ihre Ansprechpartner/-innen:

Christine Steudter
Team Leistungsaushilfe
Abt. DVKA
Tel.: +49 228 9530-612
leistungsaushilfe@dvka.de

Karsten Weber
Team Leistungsaushilfe
Abt. DVKA
Tel.: +49 228 9530-691
leistungsaushilfe@dvka.de

Kurzbeschreibung: Seit der Produktivsetzung des S_BUC_05 in Deutschland dulden verschiedene Staaten nicht länger, dass deutsche Leistungserbringer eine Anspruchsbescheinigung unmittelbar beim zuständigen Krankenversicherungsträger bzw. bei der jeweiligen Verbindungsstelle anfordern und verweisen auf das nach EU-Recht vorgesehene Verfahren. Wie mit Rundschreiben Nr. 2015/365 mitgeteilt, müssen Krankenkassen der Bitte von Leistungserbringern zur Anforderung von Anspruchsbescheinigungen für in einem EU-

/EWR-Staat, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich versicherte Personen nachkommen, wenn ihnen vom Leistungserbringer die hierfür notwendigen Angaben zur Verfügung gestellt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Thematik liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Eine Patientin bzw. ein Patient aus einem EU-/EWR-Staat, der Schweiz oder dem Vereinigten Königreich wurde während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland ambulant oder stationär behandelt. Eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), Global Health Insurance Card (GHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) wurde nicht vorgelegt. Der Leistungserbringer bittet daher die von der Patientin bzw. dem Patienten gewählte deutsche Krankenkasse direkt oder nach eigenständiger erfolgloser Anforderung einer PEB im ausländischen zuständigen Staat, eine Anspruchsbescheinigung für die behandelte Person anzufordern.

1. Rechtlicher Hintergrund

Art. 25 VO (EG) 987/09 regelt das Verfahren und den Umfang des Anspruchs auf Sachleistungen während des vorübergehenden Aufenthalts im anderen Mitgliedstaat. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Sachleistungen ist die Vorlage eines von dem zuständigen Träger ausgestellten Dokuments, das den Sachleistungsanspruch bescheinigt (Art. 25 Abs. 1 Satz 1 VO (EG) 987/09).

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

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

Nach EU-Recht ist es somit dem aushelfenden Träger sowie der versicherten Person vorbehalten, eine Anspruchsbescheinigung beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anzufordern. Dass der Leistungserbringer eine Anspruchsbescheinigung unmittelbar beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger anfordert, ist hingegen nicht vorgesehen. Dennoch wurde in der Vergangenheit von verschiedenen Mitgliedstaaten geduldet, dass auch der Leistungserbringer (z. B. ein Krankenhaus) eine PEB unmittelbar beim zuständigen Träger anfordert.

2. Auswirkungen von EESSI auf die Ausstellung und Anforderung einer PEB

Die PEB hat nach Einführung von EESSI als mobiles Dokument (Portable Document) weiterhin Bestand. Sie wird vom zuständigen Träger im Rahmen der unmittelbaren Kommunikation mit der versicherten Person ausgestellt. Die versicherte Person hat somit auch nach Einführung von EESSI die Möglichkeit, wenn sie bei Behandlungsbeginn keine EHIC oder GHIC vorlegen kann, ihren Krankenversicherungsträger im zuständigen Staat zu bitten, ihr schnellstmöglich eine PEB zuzusenden.

Durch die Einführung von EESSI bzw. die Produktivsetzung des für die Anforderung von Anspruchsbescheinigungen vorgesehenen S_BUC_05 ergeben sich insoweit Änderungen in Bezug auf die Sachverhalte, in denen der aushelfende Träger eine PEB beim zuständigen Träger anfordert, als dass der Datenaustausch nur noch elektronisch erfolgt und der aushelfende Träger einen Datensatz als Anspruchsbestätigung erhält. Inzwischen wurde der S_BUC_05 in allen Mitgliedstaaten produktiv gesetzt.

2.1 Anfragen deutscher Leistungserbringer im Ausland

Nach der Einführung von EESSI und der Produktivsetzung des S_BUC_05 erhielten wir Rückmeldungen von verschiedenen Verbindungsstellen, die nicht nachvollziehen können, dass neben dem elektronischen Verfahren weiterhin Anfragen in Papierform von deutschen Leistungserbringern oder Abrechnungsstellen bei ihnen eingehen. Die ausländischen Verbindungsstellen lehnen diese Anfragen unter Hinweis auf die oben dargestellte Rechtslage ab.

Nach unserer Kenntnis sind bisher in erster Linie Krankenhäuser unmittelbar an die Verbindungsstellen oder Träger im zuständigen Staat herangetreten. Dies haben wir zum Anlass genommen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf das nach EU-Recht vorgesehene Verfahren hinzuweisen.

Dabei haben wir ausdrücklich darum gebeten, auch von der Regelung in § 1 Absatz 4 der zwischen DKG und GKV-Spitzenverband vereinbarten Empfehlung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte Gebrauch zu machen. Hiernach ist das Krankenhaus berechtigt und verpflichtet, von der Patientin bzw. dem Patienten eine Vergütung nach den in Deutschland geltenden Gesetzen und deren Vergütungsregelungen (u. a. der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausentgeltgesetz oder dem Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V bzw. nach § 116b Abs. 6 SGB V zu fordern, wenn die im Ausland versicherte Person eine Anspruchsbescheinigung (EHIC/GHIC oder PEB) und/oder den Identitätsnachweis nicht vorlegt.

Inzwischen wurde mit der DKG vereinbart (vgl. Rundschreiben Nr. 2022/042), dass das Krankenhaus, sofern es von der Möglichkeit Gebrauch macht, die von der Patientin bzw. dem Patienten gewählte deutsche Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung zu bitten, dieser folgende Angaben zur Verfügung stellt:

- Das von der Patientin/dem Patienten vollständig ausgefüllte Formular "Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung",
- Bezeichnung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers (z.B. Kopie der nationalen Krankenversicherungskarte),
- die persönliche Identifikationsnummer (PIN) beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger. Liegt diese Nummer nicht vor, sind folgende Angaben erforderlich: Geburtsort und Geburtsland der zu behandelnden Person.

In diesem Zusammenhang bitten wir zu beachten, dass in den Fällen, in denen die zu behandelnde Person nicht in der Lage ist, eine deutsche Krankenkasse zu wählen, z. B. weil sie im Koma liegt, die Wahl der Krankenkasse und das Ausfüllen der Patientenerklärung durch den Leistungserbringer vorgenommen werden kann (vgl. Rundschreiben Nr. 2011/321, TOP 5).

Sollte es trotz der vorliegenden Informationen, ggf. infolge von Unkenntnis oder Missverständnissen, zu einer unterschiedlichen Bewertung im Einzelfall kommen, bitten wir im Sinne der vertrauensvollen Zusammenarbeit zur Lösungsfindung die Kommunikationsmöglichkeiten vor Ort zu nutzen.

2.2 Anfragen ausländischer Leistungserbringer in Deutschland

Erhalten wir als GKV-Spitzenverband, DVKA in den umgekehrten Sachverhalten Anfragen ausländischer Leistungserbringer mit der Bitte um Ausstellung einer Anspruchsbescheinigung für in Deutschland versicherte Personen, werden wir die ausländischen Leistungserbringer künftig ebenfalls auf das nach EU-Recht vorgesehene Verfahren hinweisen. Sofern sich ausländische Leistungserbringer direkt an Sie wenden, bleibt es selbstverständlich Ihnen überlassen, wie sie mit diesen Anfragen im Sinne der bei Ihnen versicherten Person umgehen.

3. Abkommensrecht

Nach Abkommensrecht ist die Anforderung einer Anspruchsbescheinigung ausschließlich durch den aushelfenden Träger vorgesehen. Macht das Krankenhaus von der Möglichkeit Gebrauch, im Auftrag der zu behandelnden Person die gewählte deutsche Krankenkasse um Anforderung einer Anspruchsbescheinigung zu bitten, stellt es der Krankenkasse folgende Angaben zur Verfügung:

- Nachweis, dass die betreffende Krankenkasse von der Patientin bzw. dem Patienten gewählt wurde,
- Personalien (Name, Vorname, Geburtsdatum),
- möglichst die Nummer des Identitätsnachweises,
- Wohnanschrift der Patientin bzw. des Patienten im Heimatstaat,
- Bezeichnung des ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträgers,

- persönliche Identifikationsnummer (PIN) beim ausländischen zuständigen Krankenversicherungsträger.

Mit freundlichen Grüßen

GKV-Spitzenverband

Anlage(n)

Keine Anlagen

Sämtliche Rundschreiben finden Sie tagesaktuell unter

www.dvka.de

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 26.09.2022

TOP 6

Stand der Forderungen

Verfasser/in: Philipp Jaeschke/DVKA

Anlagen:

- Forderungsübersicht mit Stand 01.08.2022
-

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 01.08.2022 können der als Anlage beigefügten Präsentation entnommen werden. Es werden jeweils die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 17.03.2022 (Stand: 31.01.2022) ausgewiesen.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Ergänzend zur Anlage berichtet der GKV-Spitzenverband, DVKA über einige Entwicklungen, die sich seit der Erstellung der Übersicht ergeben haben:

- Dänemark: Der Stand der deutschen Forderungen, die älter als 18 Monate und unbeanstandet sind, wurde mittlerweile auf 8,4 Mio. EUR reduziert. Die dortige Verbindungsstelle arbeitet aktuell weiterhin verfristete Sendungen ab.
- Frankreich: Der Stand der deutschen Forderungen, die älter als 18 Monate und unbeanstandet sind, wurde mittlerweile auf 3,8 Mio. EUR reduziert.
- Vereinigtes Königreich: Der Stand der deutschen Forderungen, die älter als 18 Monate und unbeanstandet sind, wurde mittlerweile auf nahezu 0 reduziert.
- Türkei: Es wurde hat eine weitere Zahlung in Höhe von ca. 10 Mio. EUR angekündigt.

Da die Situation bei Griechenland und Italien nahezu unverändert ist, strebt der GKV-Spitzenverband, DVKA bilaterale Erörterungen mit den Verbindungsstellen dieser Staaten an.

Bei den für Ende Oktober geplanten Verbindungsstellengesprächen mit Bosnien und Herzegowina werden unter anderem die ausbleibenden Zahlungen zu deutschen Forderungen thematisiert.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen es, regelmäßig über den Forderungsstand informiert zu werden und 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 | 0,27 | 0,39 | 0,66 | (+0,25) | 26,42 | (+13,04) | 27,08 | (+13,29) |
| Bulgarien | 0,84 | 0,97 | 1,80 | (+0,18) | 36,54 | (+11,65) | 38,35 | (+11,83) |
| Dänemark | 18,46 | 0,12 | 18,58 | (+8,83) | 30,85 | (+0,55) | 49,43 | (+9,38) |
| Estland | | | 0,00 | (-0,00) | 0,56 | (-0,19) | 0,56 | (-0,19) |
| Finnland | 0,00 | 0,01 | 0,01 | (-0,01) | 1,82 | (-0,76) | 1,82 | (-0,77) |
| Frankreich | 9,90 | 10,96 | 20,86 | (+13,36) | 48,20 | (-10,79) | 69,06 | (+2,57) |
| Griechenland | 12,66 | 0,92 | 13,59 | (-0,43) | 18,30 | (+1,92) | 31,89 | (+1,49) |
| Irland | 1,51 | 0,19 | 1,70 | (+0,26) | 2,16 | (+0,00) | 3,85 | (+0,26) |
| Island | 0,00 | 0,00 | 0,00 | (-0,00) | 0,37 | (-0,04) | 0,38 | (-0,04) |
| Italien | 19,04 | 3,91 | 22,96 | (+4,25) | 58,01 | (+4,79) | 80,97 | (+9,03) |
| Kroatien | 0,11 | 0,22 | 0,32 | (-0,07) | 16,90 | (+2,16) | 17,22 | (+2,10) |
| Lettland | | 0,01 | 0,01 | (+0,01) | 10,05 | (+3,93) | 10,07 | (+3,94) |
| Liechtenstein | 0,00 | 0,01 | 0,01 | (-0,00) | 1,42 | (+0,40) | 1,43 | (+0,39) |
| Litauen | 0,01 | 0,00 | 0,01 | (-0,01) | 7,11 | (+2,91) | 7,12 | (+2,91) |
| Luxemburg | 0,42 | 1,48 | 1,90 | (+0,32) | 90,91 | (+69,96) | 92,81 | (+70,28) |
| Malta | | 0,00 | 0,00 | (+0,00) | 0,19 | (+0,17) | 0,19 | (+0,17) |
| Niederlande | 0,00 | 4,77 | 4,76 | (-0,68) | 180,75 | (+58,81) | 185,52 | (+58,14) |
| Norwegen | 0,00 | 0,01 | 0,01 | (+0,00) | 6,28 | (+0,93) | 6,29 | (+0,93) |
| Österreich | 0,79 | 10,15 | 10,94 | (-1,50) | 114,58 | (-6,54) | 125,52 | (-8,04) |
| Polen | -0,01 | 9,80 | 9,79 | (+1,27) | 150,10 | (+8,12) | 159,89 | (+9,39) |
| Portugal | 3,81 | 0,05 | 3,86 | (-1,22) | 6,81 | (+0,23) | 10,67 | (-1,00) |
| Rumänien | 2,46 | 10,99 | 13,45 | (-4,31) | 71,66 | (+6,74) | 85,10 | (+2,43) |
| Schweden | | 0,04 | 0,04 | (+0,01) | 5,86 | (+0,64) | 5,90 | (+0,66) |
| Schweiz | 0,01 | 0,25 | 0,26 | (+0,02) | 136,76 | (+21,18) | 137,02 | (+21,20) |
| Slowakei | 0,58 | 0,14 | 0,72 | (+0,32) | 12,02 | (+4,32) | 12,74 | (+4,64) |
| Slowenien | | 0,03 | 0,03 | (-0,00) | 6,57 | (+1,17) | 6,60 | (+1,17) |
| Spanien | 0,26 | 1,77 | 2,03 | (-0,03) | 20,54 | (+4,60) | 22,57 | (+4,57) |
| Tschech. Republik | 0,00 | 0,34 | 0,34 | (+0,12) | 14,22 | (+3,64) | 14,56 | (+3,76) |
| Ungarn | 0,47 | 1,22 | 1,69 | (+0,07) | 12,08 | (-5,07) | 13,76 | (-5,00) |
| Verein. Königreich | 6,80 | 1,34 | 8,14 | (+7,27) | 40,64 | (-2,50) | 48,77 | (+4,77) |
| Zypern | 0,00 | 0,01 | 0,01 | (+0,00) | 10,52 | (-1,39) | 10,53 | (-1,39) |
| GESAMT | 78,37 | 60,09 | 138,46 | (+28,27) | 1139,20 | (+194,59) | 1277,67 | (+222,86) |

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

**Zahlungsfrist noch nicht abgelaufen

Stand: 01.08.2022

Deutsche Forderungen gegenüber Abkommensstaaten (Mio. EUR)

| Staat | GESAMT | Entwicklung |
|---|--------------|-----------------|
| Bosnien und Herzegowina (Föderation) | 3,33 | (+0,75) |
| Bosnien und Herzegowina (Republik Srpska) | 0,65 | (+0,02) |
| Marokko | | (+0,00) |
| Montenegro | 1,27 | (+0,05) |
| Nordmazedonien | 3,83 | (+0,43) |
| Serbien | 3,15 | (+0,97) |
| Tunesien | 0,01 | (+0,00) |
| Türkei | 26,49 | (-20,54) |
| GESAMT | 38,72 | (-18,31) |

Stand: 01.08.2022

Ausländische Forderungen von Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

| Staat | > 18 Monate* | | | | < 18 Monate** | | GESAMT | Entwicklung |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------|
| | unbeanst. | beanst. | gesamt | Entwicklung | gesamt | Entwicklung | | |
| Belgien | 0,14 | 1,32 | 1,45 | (+0,30) | 17,99 | (+0,86) | 19,45 | (+1,17) |
| Bulgarien | 0,00 | 0,03 | 0,03 | (-0,02) | 1,18 | (-0,14) | 1,21 | (-0,16) |
| Dänemark | 0,06 | 0,77 | 0,83 | (+0,22) | 6,93 | (+0,40) | 7,75 | (+0,62) |
| Estland | 0,01 | 0,02 | 0,03 | (-0,00) | 0,24 | (+0,18) | 0,27 | (+0,18) |
| Finnland | 0,01 | 0,03 | 0,04 | (-0,35) | 0,65 | (-0,57) | 0,68 | (-0,92) |
| Frankreich | 1,67 | 7,96 | 9,63 | (+5,03) | 143,14 | (+8,72) | 152,77 | (+13,75) |
| Griechenland | 1,31 | 7,63 | 8,94 | (-0,49) | 15,79 | (-11,51) | 24,73 | (-12,00) |
| Irland | 0,55 | 0,16 | 0,71 | (+0,51) | 0,19 | (-1,25) | 0,89 | (-0,74) |
| Island | 0,00 | 0,03 | 0,03 | (+0,00) | 0,17 | (+0,07) | 0,20 | (+0,07) |
| Italien | 0,69 | 3,67 | 4,36 | (+1,69) | 31,96 | (-10,21) | 36,32 | (-8,52) |
| Kroatien | 0,18 | 0,39 | 0,57 | (-0,69) | 31,68 | (+0,97) | 32,25 | (+0,28) |
| Lettland | 0,00 | 0,00 | 0,00 | (-0,00) | 0,06 | (+0,01) | 0,07 | (+0,01) |
| Liechtenstein | 0,01 | 0,03 | 0,04 | (-0,00) | 0,13 | (+0,07) | 0,16 | (+0,07) |
| Litauen | 0,00 | 0,04 | 0,04 | (-0,00) | 1,77 | (+0,91) | 1,81 | (+0,91) |
| Luxemburg | 0,02 | 0,05 | 0,07 | (-0,08) | 6,53 | (+1,93) | 6,60 | (+1,85) |
| Malta | 0,00 | 0,00 | 0,00 | (+0,00) | 0,18 | (+0,07) | 0,18 | (+0,07) |
| Niederlande | 0,16 | 1,47 | 1,63 | (+0,09) | 35,46 | (+0,93) | 37,10 | (+7,00) |
| Norwegen | 0,09 | 0,08 | 0,17 | (-0,37) | 1,03 | (+0,52) | 1,20 | (+0,15) |
| Österreich | 1,50 | 0,93 | 2,43 | (+1,62) | 134,60 | (+32,45) | 137,03 | (+34,07) |
| Polen | 0,31 | 4,15 | 4,46 | (+0,51) | 40,63 | (+5,58) | 45,10 | (+6,09) |
| Portugal | 0,69 | 18,22 | 18,91 | (-3,22) | 6,53 | (+1,16) | 25,44 | (-2,06) |
| Rumänien | 0,00 | 0,07 | 0,07 | (+0,02) | 0,44 | (-0,42) | 0,51 | (-0,40) |
| Schweden | 0,05 | 0,11 | 0,15 | (-0,25) | 5,62 | (-1,98) | 5,78 | (-2,22) |
| Schweiz | 0,15 | 1,22 | 1,37 | (+0,39) | 57,19 | (+8,31) | 58,56 | (+8,70) |
| Slowakei | 0,01 | 0,12 | 0,13 | (+0,05) | 5,11 | (+0,88) | 5,24 | (+0,93) |
| Slowenien | 0,01 | 0,05 | 0,06 | (+0,02) | 6,72 | (-0,34) | 6,78 | (-0,32) |
| Spanien | 0,44 | 5,45 | 5,89 | (-0,41) | 91,01 | (+42,80) | 96,91 | (+42,39) |
| Tschech. Republik | 0,13 | 0,79 | 0,92 | (+0,15) | 26,99 | (-3,90) | 27,91 | (-3,74) |
| Ungarn | 0,02 | 0,50 | 0,52 | (+0,14) | 7,06 | (+1,22) | 7,58 | (+1,36) |
| Verein. Königreich | 0,25 | 1,47 | 1,72 | (+0,37) | 1,53 | (-1,58) | 3,25 | (-1,21) |
| Zypern | 0,01 | 0,01 | 0,01 | (+0,00) | 0,22 | (+0,12) | 0,23 | (+0,12) |
| GESAMT | 8,47 | 56,75 | 65,21 | (+5,24) | 678,72 | (+76,26) | 743,93 | (+87,49) |

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

**Zahlungsfrist noch nicht abgelaufen

Ausländische Forderungen von Abkommensstaaten (Mio. EUR)

| Staat | GESAMT | Entwicklung |
|---|---------------|--------------------|
| Bosnien und Herzegowina (Föderation) | 1,10 | (+0,62) |
| Bosnien und Herzegowina (Republik Srpska) | 0,96 | (-0,20) |
| Marokko | 0,00 | (+0,00) |
| Montenegro | 0,10 | (-0,10) |
| Nordmazedonien | 0,17 | (-0,01) |
| Serbien | 1,56 | (+0,68) |
| Tunesien | | (+0,00) |
| Türkei | 32,81 | (-7,93) |
| GESAMT | 36,69 | (-6,93) |

Stand: 01.08.2022

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 26.09.2022

TOP 7

Entwicklung Ausgleichsbeträge

Verfasser/in: Philipp Jaeschke/DVKA

Sachverhalt:

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

Die folgende Tabelle stellt die Situation der wechsellkursbedingten Ausgleichsbeträge mit Stand vom 01.08.2022 dar. Es werden jeweils die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zur Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 17.03.2021 (Stand: 31.01.2022) ausgewiesen:

| Staat | Ausgleichsbetrag | Veränderung |
|----------------------------------|------------------|-----------------|
| Bosnien-Herzegowina (Föderation) | 78.148,00 € | (+3.293,20 €) |
| Bosnien-Herzegowina (Srpska) | 111.881,17 € | (+1.030,83 €) |
| Bulgarien | -521,03 € | (+122,40 €) |
| Dänemark | 64.160,22 € | (-420,36 €) |
| Island | 38.565,27 € | (-11.285,63 €) |
| Kroatien | 123.651,35 € | (+22.666,11 €) |
| Liechtenstein | -1.214,46 € | (-7.636,23 €) |
| Montenegro | -1.714,92 € | (0,00 €) |
| Nordmazedonien | 18.439,86 € | (0,00 €) |
| Norwegen | 106.731,62 € | (-17.229,46 €) |
| Polen | 2.354.505,31 € | (+337.856,06 €) |
| Rumänien | 16.905,62 € | (-6.308,49 €) |
| Schweden | 513.999,01 € | (+125.245,30 €) |
| Schweiz | -695.304,90 € | (-914.413,96 €) |
| Serbien | 375.886,61 € | (+0,00 €) |

| | | |
|------------------------|------------------------|--------------------------|
| Tschechische Republik | -696.893,42 € | (-920.259,07 €) |
| Türkei | 8.187.967,38 € | (+6.791.888,44 €) |
| Ungarn | 834.389,43 € | (+33.200,77 €) |
| Vereinigtes Königreich | -215.004,10 € | (-77.344,93 €) |
| GESAMT | 11.214.578,02 € | (+5.360.404,98 €) |

Aufgrund des zuletzt verstärkt vorgenommenen Ausgleichs von türkischen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand durch einzelne Krankenkassen, insbesondere für Forderungen aus den Jahren 2017–2019, haben sich aktuell zusätzliche Ausgleichsbeträge ergeben. Der GKV-Spitzenverband, DVKA spricht sich daher dafür aus, eine Summe von 8 Millionen Euro an Ausgleichsbeträgen in Bezug auf türkische Forderungen nach tatsächlichem Aufwand an die Krankenkassen auszuzahlen. Die Verteilung gemäß Kassenart auf Basis der anteiligen Forderungsbeträge würde in diesem Fall folgendermaßen aussehen:

| Kassenart | Anteil (gerundet) | Betrag (EUR) |
|---------------|-------------------|---------------------|
| AOK | 56,0% | 4.478.482,88 |
| BKK | 17,5% | 1.398.024,22 |
| KBS | 14,5% | 1.163.225,75 |
| VDEK | 6,5% | 516.467,85 |
| IKK | 5,5% | 442.592,59 |
| SVLFG | 0,0% | 1.206,71 |
| Gesamt | 100,00% | 8.000.000,00 |

Ziel der Beratung:

Beratung und Meinungsbild

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist auf die negativen Entwicklungen bei der Schweiz und der Tschechischen Republik hin, ist dabei jedoch zuversichtlich, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln ausreichend gegensteuern zu können.

Die Vertreterinnen und Vertreter der Kassenartverbände nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Sie sind insbesondere mit der vorgeschlagenen Ausschüttung der Ausgleichsbeträge bezüglich der Türkei in Höhe von 8 Mio. EUR einverstanden.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 27.09.2022

TOP 8

Sachstand Rechnungsabschlüsse gemäß Beschluss Nr. S11

Verfasser/in: Burchard Osterholz/DVKA

Anlagen:

- Sachstandsdarstellung vom 27.09.2022
-

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert die Krankenkassen über die FK DVKA regelmäßig über Entwicklungen beim Abschluss der Kostenabrechnung im Rahmen des Beschlusses Nr. S11 der Verwaltungskommission.

Im Rahmen der Sitzung ist ein Austausch über aktuelle Entwicklungen vorgesehen.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme und ggf. Beratung

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer der Fachkonferenz DVKA nehmen die als Anlage beigefügte Sachstandsdarstellung zur Kenntnis. Auf Nachfrage erläutert der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass sich zwischen Oktober 2021 und August 2022 auch die Anzahl der offenen ausländischen Forderungen aus den Jahren 2010–2013 und 2018 deutlich reduziert hat. Gleichzeitig verweist er darauf, dass ein Mengengerüst für potentielle Schlichtungsfälle nach Art. 67 Abs. 7 VO (EG) 987/09, die aus diesen ausländischen Forderungen resultieren, aktuell nicht zuverlässig prognostiziert werden kann. Dies liegt an dem teilweise stark von der deutschen Sichtweise abweichenden ausländischen Blick auf die offenen ausländischen Forderungen aus den betreffenden Jahren. Gleichzeitig hängt das Mengengerüst auch von den administrativen Ressourcen der ausländischen Verbindungsstellen ab, auch diese können von Seiten des GVK-Spitzenverbands, DVKA nicht zuverlässig eingeschätzt werden.

TOP 8 – Sachstand finale Forderungsklärung (S11)

Ausgangspunkt und Prozess Beschluss S11

- **Rechtsgrundlage:** Art. 19 Beschluss S11 („Endgültige Begleichung der Forderungen“)
- **Grundsatz:** Sofern strittige Forderungen nicht innerhalb der im Beschluss S11 genannten Frist **bilateral geklärt** oder beim **Schlichtungsgremium (CP)** eingereicht werden, sind sie **hinfällig**.
- **Ziel:** Rechnungsabschlüsse für alte Jahre /Begrenzung „Klarungsfrist“ auf 60 Monate
- **Seit 10/21:** finaler Klärungsprozess für offene ausländische und deutsche Forderungen aus den Jahren **2010–2013 & 2018** („1. Tranche“), Fristablauf CP: 2023
- **Ab 10/22:** parallel zur „1. Tranche“: Beginn finaler Klärungsprozess für Forderungen aus **2014–2015 & 2019** („2. Tranche“), Fristablauf CP: 2024
- **Heute:** Zwischenstand „1. Tranche“ & aktuelle Herausforderungen

Zwischenstand S11 – Forderungsklärung „1. Tranche“

Deutsche Forderungen – Vergleich 10/21 (t0) und 08/22 (t1)

| | Anzahl 10/21 | Anzahl 08/22 | Betrag (EUR) 10/21 | Betrag (EUR) 08/22 | Anzahl t0/t1 | Betrag t0/t1 |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|
| unbezahlte deutsche Forderungen | 9.259 | 4.931 | 14.254.102 | 8.642.016 | -47% | -40% |

| Status der Beanstandung | Anzahl 08/22 | Betrag (EUR) 08/22 |
|-------------------------|-----------------|-----------------------|
| OFFEN | 2.431 | 2.605.438 |
| VORMALS | 1.794 | 4.307.043 |
| AKTUELL | 706 | 1.729.535 |

Deutsche Forderungen TOP Debitoren Stand 08/2022

| Land | Betrag (EUR) | Anzahl |
|------|--------------|--------|
| RO | 3.542.695 | 848 |
| AT | 1.042.745 | 532 |
| GR | 1.016.929 | 1.954 |
| NL | 876.502 | 415 |
| LU | 454.839 | 244 |
| PL | 402.511 | 153 |
| IT | 353.990 | 91 |
| ES | 295.971 | 245 |
| FR | 218.321 | 84 |
| UK | 149.336 | 96 |
| BG | 101.511 | 33 |
| HU | 73.938 | 145 |
| HR | 28.028 | 7 |
| CH | 27.836 | 8 |
| CZ | 24.282 | 17 |
| BE | 15.545 | 12 |
| DK | 11.171 | 34 |
| SE | 3.400 | 3 |
| IE | 2.426 | 9 |
| LV | 32 | 1 |

FK DVKA 22.09.2022 TOP 8

27.09.2022 | Seite 3

Aktuelle Herausforderungen & Entwicklungen

im Zusammenhang mit dem Beschluss S11

- **Erfahrung:** Erörterungen Krankenkassen zu S11-Forderungen sind häufig ressourcenintensiv und langwierig.
- **Risiko:** Fristablauf für bilaterale Klärung; Klärung dann nur noch vor CP möglich – aber: aufwändig und nur für „wasserdicht“ begründete Forderungen >350 EUR.
- **Konsequenz:** DVKA setzt künftig verbindliche S11-Rückmeldefristen für Kassen (vgl. S10). Bei Nichteinhaltung können die betr. Forderungen nicht in aktueller Gesprächsrunde ggü. Ausland geltend gemacht werden.
- **Schlichtungsausschuss (CP):** Hierfür wird ein gesondertes Verfahren Kassen <-> DVKA etabliert; Kommunikation in 10/22.
- **Anliegen:** Absetzungsbitten der DVKA basieren auf vorliegenden Dokumenten der Kassen und einer ausführlicher Fallbewertung; d. h. es ist in der Regel keine erneute Prüfung bei den Kassen notwendig!

FK DVKA 22.09.2022 TOP 8

27.09.2022 | Seite 4

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 26.09.2022

TOP 9

Kostenabrechnung im Verhältnis zur Türkei

Verfasser/in: Burchard Osterholz/DVKA

Sachverhalt:

1. Bericht über die Ergebnisse der Sitzung der gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Zukunft der Kostenabrechnung

Mit E-Mail vom 01.07.2022 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA zu einer Sitzung der Ad-hoc-Gruppe „Zukunft deutsch-türkische Kostenabrechnung“ am 01.09.2022 eingeladen. Im Rahmen dieser Sitzung soll über den aktuellen Stand der Diskussionen unterrichtet, sowie ausgewählte Fragestellungen im Kreis der Verbände / Krankenkassen diskutiert werden. Neben der türkischen Positionierung zu den Fristen kommen hierbei auch Fragen in Betracht, die die technische Seite der geplanten Digitalisierung betreffen – beispielsweise die Frage, wie digitale Informationen aus der Türkei zwischen GKV-SV, DVKA und Krankenkassen ausgetauscht werden können.

Die Mitglieder der FK DVKA sind zur o. g. Sitzung der Ad-hoc-Gruppe eingeladen. In der Sitzung der FK DVKA besteht die Möglichkeit, sich ggf. über weitere in der Zwischenzeit gewonnene Erkenntnisse auszutauschen.

2. Ausgleich der gegenseitigen Forderungen ab dem Jahr 2015

Im Rahmen der Sitzung der FK DVKA am 17.03.2022 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA auf die umfangreichen Zahlungen aus der Türkei hingewiesen. Die türkische Verbindungsstelle hat trotz der fortschreitenden Entwertung der türkischen Lira allein im Laufe des Jahres 2022 Zahlungen in Höhe von 35,1 Mio. EUR geleistet. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat im laufenden Jahr Zahlungen in Höhe von 18,1 Mio. EUR an die türkische Seite geleistet.

Während die türkische Seite damit die aus ihrer Sicht unstrittigen deutschen Forderungen teilweise bis ins Jahr 2021 ausgeglichen hat, sind einige deutsche Krankenkassen noch mit Teilen der Abrechnung vorangegangener Jahre befasst. Wie bereits berichtet, hat die türkische Seite vor diesem Hintergrund zuletzt einen adäquateren Zahlungsausgleich zu türkischen Forderungen gefordert. Im Rahmen der Sitzung der FK DVKA am 17.03.2022 wurde vereinbart, dass sich 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 wurde Bereitschaft signalisiert, den Dialog mit den Krankenkassen bei Bedarf zu unterstützen.

Über die seitdem erfolgte Entwicklung sowie den aktuellen Stand der Situation wird der GKV-Spitzenverband, DVKA berichten.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme und ggf. Beratung

Beratungsergebnis:**Zu 1. Zu Bericht über die Ergebnisse der Sitzung der gemeinsamen Arbeitsgruppe zur Zukunft der Kostenabrechnung**

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass in der Sitzung der Ad-hoc-Gruppe am 01.09.2022 wie angekündigt mögliche Fristen für die Kostenabrechnung nach tatsächlichem Aufwand sowie die Digitalisierung des entsprechenden Kostenabrechnungsprozesses angesprochen wurden. Von Seiten der Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer DVKA wird unterstrichen, dass die vom GKV-Spitzenverband, DVKA verfolgten Ziele bei der Modernisierung der Verbindungsstellenvereinbarung von den Fachebenen der Krankenkassen unterstützt werden. Wie auch in der Sitzung des NAE-BLA am 15.09.2022 vereinbart, wird es darüber hinaus als dringend erforderlich angesehen, die IT-Bereiche der Krankenkassen in die weiteren Diskussionen zu dem Thema einzubeziehen. Es wird darüber hinaus vorgeschlagen, zu prüfen, ob der bereits praktizierte Datenaustausch zwischen Deutschland und der Türkei beibehalten werden kann. Der GKV-Spitzenverband, DVKA bestätigt, die Belange der Krankenkassen bei der Überarbeitung der Kostenabrechnungsprozesse mit der türkischen Seite zu berücksichtigen. Gleichzeitig sind auch die bilateralen Verfahren den aktuellen Gegebenheiten anzupassen, insbesondere, wenn dies insgesamt auch im Interesse der deutschen Krankenkassen liegt. Dass die Einschätzungen hierzu unter den Krankenkassen abweichen oder sich aufgrund aktueller Entwicklungen auch ändern können, ist dem GKV-Spitzenverband, DVKA bewusst. Seine Aufgabe ist es, die geschilderten Belange angemessen zu berücksichtigen. Schließlich bestätigt der GKV-Spitzenverband, DVKA, diese Thematik ebenfalls auf Vorstandsebene zu erörtern.

Zu den Gesprächen mit der türkischen Verbindungsstelle am 08./09.09.2022 teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass die türkische Seite zwar grundsätzlich an ihren Vorschlägen zu den Fristen festgehalten, sich der Argumentation der deutschen Seite gegenüber jedoch auch offen gezeigt habe. Ein wesentlicher Aspekt könnte die Zusage sein, nach einer gewissen Übergangszeit zu prüfen, ob die vereinbarten Fristen verkürzt werden können.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands, DVKA wird es jedoch auf das Gesamtpaket ankommen, das mit der türkischen Seite erzielt werden kann. Hierbei spielen auch die Regelungen zur pauschalen Kostenabrechnung sowie Rechnungsabschlüsse für die Jahre 2016 ff. eine zentrale Rolle. Über den weiteren Verlauf der Beratungen hierzu, die demnächst fortgesetzt werden, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA wie üblich berichten.

Zu 2. Ausgleich der gegenseitigen Forderungen ab dem Jahr 2015

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet, dass es seit der letzten Sitzung der FK DVKA aufgrund der vereinbarten Vorgehensweise signifikante Zahlungen deutscher Krankenkassen zu türkischen Forderungen der Jahre bis 2019 gegeben habe. Allerdings sei zu beachten, dass die türkische Seite über den o. g. Betrag hinaus noch ca. 10 Mio. EUR an deutschen Forderungen beglichen habe. Hiermit werden im Wesentlichen bereits deutsche Forderungen des Jahrs 2021 und 2022 ausgeglichen.

In diesem Zusammenhang weist der GKV-Spitzenverband, DVKA darauf hin, dass die zügige Begleichung türkischer Forderungen ein wichtiges Signal darstellen könnte, das dazu beitragen kann, dass sich die türkische Seite den deutschen Vorschlägen zu den Fristen im Rahmen einer modernisierten Verbindungsstellenvereinbarung annähert. Vor diesem Hintergrund wird sich der GKV-Spitzenverband, DVKA weiterhin an die Krankenkassen wenden, die noch signifikante Beträge bezüglich der Jahre bis 2019 zu zahlen haben und dabei ggf. auch die jeweiligen Vertreter der Kassenartenverbände einbeziehen.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer unterstützen die vom GKV-Spitzenverband, DVKA skizzierte Vorgehensweise.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 26.09.2022

TOP 10

Richtlinie Beanstandungs- und Forderungsverzicht gemäß § 219a SGB V

Verfasser/in: Burchard Osterholz/DVKA

Sachverhalt:

Mit Schreiben vom 14.07.2022 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Kassenartenverbände aufgefordert, die Zeitaufwände für das Beanstandungsverfahren bei den Krankenkassen mitzuteilen, vgl. Ziffer 3.11 der Richtlinie zum Beanstandungs- und Forderungsverzicht gemäß § 219a SGB V.

Zum Zeitpunkt der Sitzung der Fachkonferenz DVKA sollte die Berechnung des Mindestbetrages abgeschlossen und das entsprechende Rundschreiben veröffentlicht worden sein.

Es ist ein Austausch über ggf. noch zu klärende Punkte vorgesehen, insbesondere auch bezüglich des Standes der technischen Umsetzung bei den Krankenkassen.

Ziel der Beratung:

Beratung

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet, dass der Entwurf des Rundschreibens, mit dem der Mindestbetrag für Beanstandungen bekannt gegeben wird, erst in den nächsten Tagen fertiggestellt sein wird. Als Mindestbetrag werden voraussichtlich 29,51 EUR festgesetzt. Der Entwurf für das Rundschreiben soll dann mit einer relativ kurzen Frist zur Prüfung an die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer gegeben werden.

Aufgrund der in der Richtlinie nach § 219a SGB V enthaltenen Regelung zum Inkrafttreten eines Mindestbetrags wird dieser voraussichtlich für Kostenrechnungen anzuwenden sein, die ab dem 01.02.2023 beim GKV-Spitzenverband, DVKA eingehen.

Zum Stand der technischen Umsetzung wird von den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern zum einen berichtet, dass die Anwendung bereits ausgeliefert sei und getestet wird. Bei anderen ist der genaue Stand nicht bekannt, es wird jedoch von einer ähnlichen Entwicklungsstufe ausgegangen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 26.09.2022

TOP 11

Italien: Umsetzung der Stellungnahme des Schlichtungsausschusses (Conciliation Panel) zu Pauschbetragsforderungen betreffend die Jahre 2000 bis 2007

Verfasser/in: Burchard Osterholz/DVKA

Sachverhalt:

Die italienische Verbindungsstelle hatte im Rahmen des Beschlusses Nr. S10 (Klärung von Forderungen, die nach der alten Verordnung zu behandeln sind) auch Forderungen von Pauschbeträgen für die Jahre 2000 bis 2007 gegenüber deutschen Trägern geltend gemacht. Allerdings hatte sie die Einzelforderungen bis vor kurzem nicht benannt und auch keine entsprechenden Unterlagen oder Informationen eingereicht.

Seit Anfang Juli liegt nun eine solche Liste vor. Auch wenn eine vertiefte Prüfung noch aussteht, lässt sich bereits jetzt erkennen, dass es weiterhin Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Zahlungspflicht deutscher Krankenkassen geben wird. Fraglich ist zum einen, ob die italienische Seite die vorgesehenen Fristen eingehalten hat. Zum anderen lässt sich absehen, dass es in diversen Sachverhalten unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, ob ein Doppelrentenbezug vorliegt. Festzustellen ist jedoch auch, dass die italienische Seite bereits in einer Vielzahl von Sachverhalten ihre Forderung zurückgezogen hat.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird über den aktuellen Sachstand der Bearbeitung sowie der vorgesehenen Schritte informieren.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme und ggf. Beratung

Beratungsergebnis:

Ergänzend zu den obigen Ausführungen teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass er bestrebt ist, nach Möglichkeit bis Ende Oktober 2022 ein umfassendes Bild der fast 4.000 gelisteten Forderungen zu erhalten. Für einen erheblichen Teil (rund 60%) hat die italienische Seite mitgeteilt, dass sie die Forderung zurückzieht. Dennoch bleibt eine große Anzahl an Forderungen, die vertieft zu prüfen sind.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA geht davon aus, dass er die Antwort an die italienische Verbindungsstelle anhand der bereits vorliegenden Informationen vornehmen kann. Dennoch beabsichtigt er, die Krankenkassen zu informieren, die im Rahmen der laufenden Prüfungen noch als zuständiger Träger aufgeführt sind.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen es ausdrücklich, dass die potentiell betroffenen Krankenkassen informiert werden.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 12

EESSI/NAE (Nationale Anbindung EESSI)

Verfasser/in: Robert Reier/DVKA

Sachverhalt:

1. Betriebskennzahlen

1.1 Nachrichtentransport

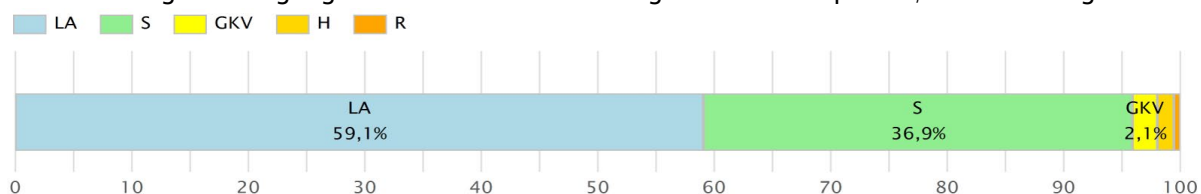
Per 06.12.2021 sind national alle geplanten EESSI-Geschäftsprozesse in Verwendung.

| | Vorgänge (BUCs) | Nachrichten (SEDs) |
|---|--------------------|-----------------------|
| Gesamtzahl seit Inbetriebnahme | 3.564.230 | 6.651.788 |
| Jan-Jul 2020 | 106.112 | 175.596 |
| Jan-Jul 2021 | 796.828 | 1.545.876 |
| Jan-Jul 2022 (+ca. 77% ggü. Vorj.) | 1.410.528 | 2.657.513 |
| Anteil GKV europ. Vorgangs-Gesamtaufkommen per 07/2022: | | 17,5% |

Der Anteil Deutschlands beträgt per 07/2022 annähernd ein Viertel des gesamten europäischen Vorgangsaufkommens (26,6%), von welchem ca. 65,6% der GKV zuzurechnen ist.

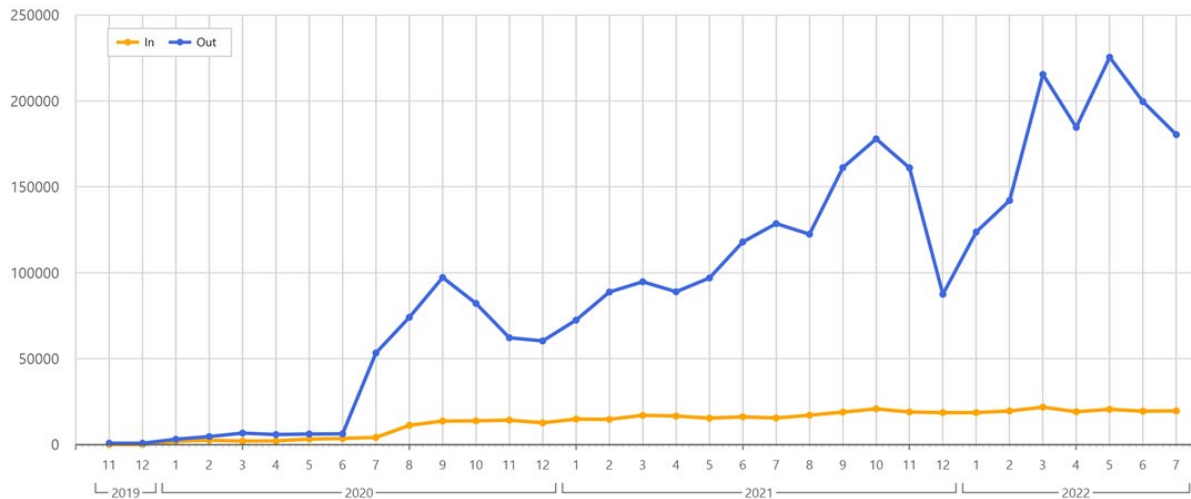
Die Gründe für den kontinuierlichen Anstieg der Vorgangszahlen liegen im Wechsel von Papierverfahren auf einen schnelleren elektronischen Austausch, in der Betriebsaufnahme von Mitgliedstaaten sowie der damit einhergehenden Vergrößerung der EU-weiten Sachbearbeitungs-Nutzerschaft.

Die Verteilung der Vorgänge nach Prozessbereichen gestaltete sich per 04/2022 wie folgt:



Die Geschäftsprozesse im anwendbaren Recht (u.a. Entsendungen) stellen zusammen mit dem Bereich Sickness annähernd 96% aller Fälle dar, eine nur geringfügige Änderung gegenüber dem vorherigen Berichtszeitraum.

Das nachfolgende Diagramm zeigt die monatlichen Anzahlen der Geschäftsprozessnutzung seit der EESSI-Betriebsaufnahme.

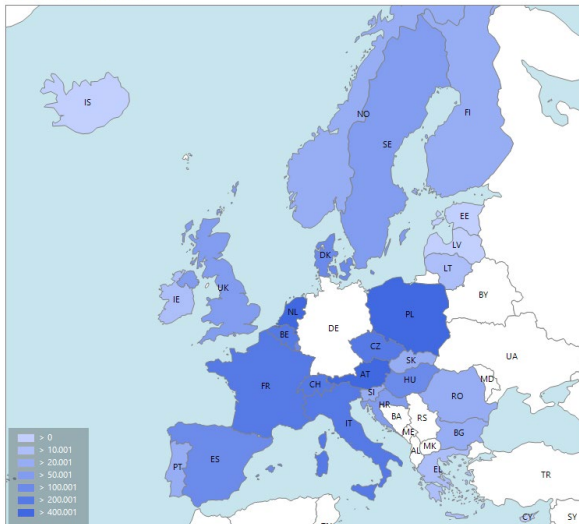


Auch im zweiten Quartal 2022 ist eine weiter steigende Prozessnutzung gegenüber dem Vorjahr zu erkennen. Mit einem weiteren Anstieg ist zu rechnen.

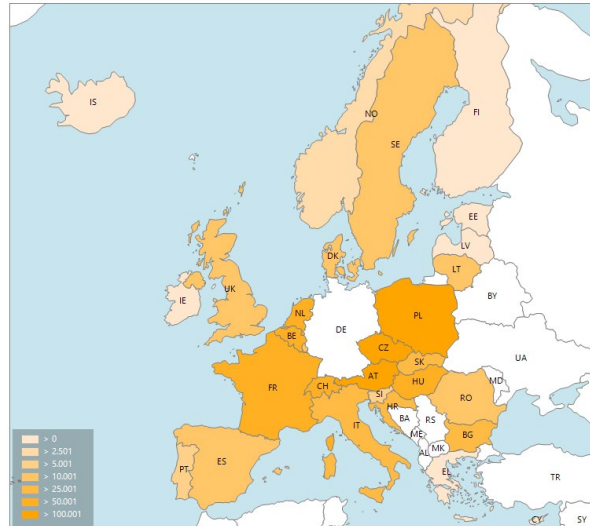
Der Unterschied zwischen aus- und eingehenden Vorgängen erklärt sich aus einer überproportionalen Nutzung zweier Geschäftsprozesse im Bereich anwendbares Recht, bei welchen die annehmende Stelle in DE die DRV ist, und somit in der vorliegenden Statistik keine eingehenden Vorgänge existieren können. Allein auf diese beiden Prozesse entfallen ca. 62% aller Vorgänge.

Eine Auswertung nach Mitgliedstaaten sowohl für initiierte als auch empfangene Vorgänge zeigt, dass mit fast allen an EESSI angebundenen Staaten kommuniziert wird, vorwiegend mit den Nachbarstaaten.

Gesendete Nachrichten



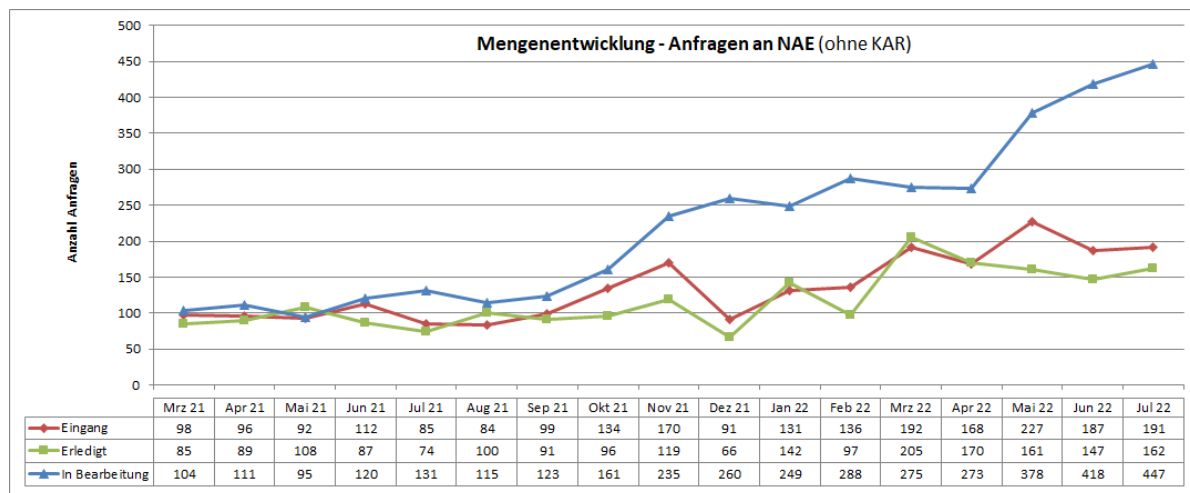
Empfangene Nachrichten



(Hinweis: Die Farbintensitäten gesendeter zu empfangenen Nachrichten sind nicht vergleichbar, siehe Legenden)

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, unerledigte Anfragen zu ausbleibenden Antworten werden als „in Bearbeitung“ gewertet.)

Auch wenn sich die Transitionsphase hin zu EESSI in den meisten Mitgliedstaaten dem Ende zuneigt, bedeutet dies nicht automatisch, dass EU-weit alle Handhabungsfragen geklärt sind, oder dass in den Sozialversicherungsstrukturen der Umgang bereits vollkommen beherrscht wird.

Ein Großteil der Anfragen an den NAE-Betrieb bezieht sich auf ausbleibende Antworten in bestimmten Mitgliedstaaten, Fragen zur Trägeradressierung sowie der Abfrage von Zustellungen. Die Abfrage von Zustellungen ist mittlerweile automatisiert möglich, hier wird ab 2023 mit einer Entlastung gerechnet, sobald in den Kassensystemen, die sich für eine Umsetzung entschieden haben, die Anbindung umgesetzt ist.

Bezüglich Mitgliedstaaten mit einem ausbaufähigen Antwortverhalten zeichnet sich aktuell jedoch noch eine Zunahme ab. In einer Anfrage befinden sich häufig mehrere oder gar viele einzelne Fälle, an welche die Mitgliedskassen bereits mehrmals erinnert haben.

Der NAE-Betrieb hat begonnen, mit entsprechenden Stellen in den jeweiligen Mitgliedstaaten das Gespräch zu suchen und in vielen Fällen auch bereits entsprechende Lösungen erreicht. Insbesondere mit Italien, bei welchem die meisten Schwierigkeiten anliegen, ist nun ein regelmäßiger Austausch vereinbart. Die italienischen Kollegen werden vom NAE-Betrieb mit Auswertungen und Basisdaten versorgt, um gegenüber ihren inländischen Institutionen sprachfähig zu sein. Gleichwohl zeichnet sich ab, dass die Problemlösung noch geraume Zeit in Anspruch nehmen wird. Entsprechende Kommissionsstellen werden an der Problemlösung beteiligt.

2. Inbetriebnahme Kostenabrechnung

Die Geschäftsprozesse für die Kostenabrechnung wurden wie geplant zum 06.12.2021 in Betrieb genommen. Die im Nachrichtentransport aufgetretenen Versandprobleme vom 11.02.2022 und 08.06.2022 wurden zwischenzeitlich behoben.

Ab Inbetriebnahme wurden bis Ende 07/2022 insgesamt 1.254 internationale sowie 309.366 nationale Kostenabrechnungsnachrichten versendet bzw. empfangen. Zu Kostenabrechnungsthemen wurden seit der Inbetriebnahme am 06.12.2021 insgesamt 145 Anfragen gestellt. Die Zahl der in den Kostenabrechnungsnachrichten enthaltenen Einzelforderungen reicht dabei von wenigen Stück bis hin zu mehreren Zehntausend.

Ein kritischer Meilenstein, zu dem mit Verfristungen zu rechnen gewesen wäre, war das Halbjahresende am 30.06.2022. Aufgrund von einer sehr engmaschigen Begleitung durch den NAE-Betrieb gemeinsam mit dem Fachbereich für Mitgliedskassen, welche auch kurz vor diesem Zeitpunkt noch keine Forderung abgesendet hatten, konnte eine fast vollständige Abdeckung der Kassenlandschaft bei der Einreichung deutscher Forderungen erzielt werden.

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 Überführung der Projektgremienstruktur in eine Betriebsgremienstruktur ist ebenfalls erfolgt.

Die im NAE-Projekt identifizierten Folgearbeiten, die erst nach Projektende begonnen werden sollten, befinden sich entweder in Bearbeitung oder sind bereits abgeschlossen.

Mit Mitgliedstaaten, bei welchen die Inbetriebnahme der Kostenabrechnung ansteht, wird weiterhin bilateral getestet, um ein gemeinsames Verständnis der Fachlichkeit zu erzielen. Da die erwarteten Verzögerungen bei den Inbetriebnahmen aktuell eintreten, ist zu erwarten, dass auch im Jahr 2023 noch derartige Tests stattfinden werden.

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 Ende August 2022 gerechnet werde. Dies stellt eine erneute Verzögerung im Verfahren dar, es ist nicht auszuschließen, dass weitere folgen.

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.

Auf Basis dieses internationalen Releases hat der NAE-Betrieb am 06.04.2022 ein um die nationalen Artefakte erweitertes nationales Release bereitgestellt, welches am 08.06. und am 20.07. durch Fixpacks ergänzt wurde. Eine entsprechende Entwicklungs- und Testplanung wurde im Betriebslenkungsausschuss vom 23.06.2022 noch einmal mit allen Mitgliedskassen und Softwareherstellern besprochen.

Die Kommission hat in der Sitzung der Technischen Kommission am 14.03.2021 im Rahmen einer Abstimmung durch die Mitgliedstaaten als Inbetriebnahmezeitpunkt den 01.10.2023 festgelegt. Gleichwohl werden NAE-seitig schon im Herbst 2022 sowohl die zentrale Teststelle als auch das Testlabor (dieses inklusive Self-Service-Portal und konfigurierbaren Testfällen) für Kassentests zur Verfügung stehen, um die kassenseitige Entwicklung bestmöglich zu unterstützen.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Sachstandsdarstellung zur Kenntnis.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 13

Hintergrundinformationen zur nationalen eHealth-Kontaktstelle

Verfasser/in: Markus Ahlrichs/ DVKA

Sachverhalt:

Wie in der letzten Fachkonferenz DVKA am 17.03.2022 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.

Wie ebenfalls in der letzten Fachkonferenz DVKA berichtet, hatte die gematik einen Featuresteckbrief und ein Produktkonzept geliefert. Das auf der Grundlage eines strukturierten Kommentierungsverfahrens übermittelte Feedback wurde in einem Reviewmeeting mit der gematik besprochen. Eine diesbezügliche Überarbeitung der Dokumente wird durch die gematik gewährleistet. Die gematik plant, bis zum 30.09.2022 auf dieser Grundlage eine Spezifikation zu erstellen. Diese bildet die Grundlage für die dann folgende Implementierung.

Wie überdies bereits berichtet wurde, hat die DVKA die Teilnahme am Förderungsprogramm der EU zur Errichtung des NCPeH eingereicht. Dem Förderantrag wurde mittlerweile seitens der EU-Kommission generell zugestimmt. Entgegen der ursprünglichen Annahme, dass max. 1 Mio. Euro an Fördermitteln überstellt werden (ca. 60% von 1,8 Mio.), erhält die DVKA tatsächlich 1,8 Mio. € (= 100% des Höchstförderbetrages) als maximalen Förderbetrag für das Projekt NCPeH. Die DVKA wurde aufgefordert, das sog. Grant Agreement als Vorbereitung für die Vertragsunterzeichnung im September 2022 zu erstellen. Aktuell findet die Prüfung der Antragsdokumente durch die EU-Kommission statt.

Vor diesem Hintergrund wird derzeit das Projekt zur Umsetzung der Anforderungen geplant. Dies umfasst einerseits die finanzielle Projektkalkulation und andererseits die inhaltliche bzw. organisatorische Planung des Projektes mit dem Ziel, das Projekt in Q4/2022 zu starten. Die

Implementierungsarbeiten erfolgen im Jahre 2023. Das Jahr 2024 ist im Wesentlichen durch diverse Testphasen geprägt, die neben den internen Systemtests verschiedene, vorgegebene Teststufen der gematik und der EU-Kommission umfassen. Der finale Integrationstest vor Inbetriebnahme erfolgt in Q2/2025. Darüber hinaus wird im Zeitraum 2024 bis Q1/2025 die Vorbereitung des IT-Betriebes auf Basis der Vorgaben des eHDSI durchgeführt. Das Gesamtsystem soll mit Wirkung zum 01.07.2025 in Betrieb genommen werden.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis und begrüßen eine regelmäßige Information zum NCPeH.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 14

Statistische Daten zur Patientenmobilität nach der Richtlinie 2011/24/EU

Verfasser/in: Bernd Christl/DVKA

Sachverhalt:

Stand zum Verfahren der Ermittlung weiterer statistischer Daten zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Rahmen der RL 2011/24/EU.

Die Krankenkassen hatten zugesichert, die Programmierung der erweiterten Abfragen (siehe mit den Kassenartenverbänden abgestimmtes Schreiben vom 12.03.2021 an das BMG) im Laufe des Jahres 2022 durchzuführen, damit in 2023 entsprechende Daten erstmals für das Jahr 2022 geliefert werden können. Es soll ein Austausch zum Stand der Umsetzung bei den Krankenkassen erfolgen. Ziel ist es den Termin für die Datenlieferung im nächsten Jahr in jedem Fall zu halten, um nicht eine erneute Diskussion hierüber auf Seiten des BMGs zu eröffnen.

Ziel der Beratung:

Austausch über den Stand des Verfahrens

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer teilen mit, dass der Termin für die Datenlieferung gehalten werden kann. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Datenlieferungen voraussichtlich im August und November eines Jahres jeweils rechtzeitig bei den Kassenartenverbänden anfragen. Bis zur nächsten Sitzung werden der vdek und der AOK-Bundesverband einen Entwurf für ein Verfahren zur gemeinsamen kassenartenübergreifenden Gesamtdatenlieferung erarbeiten.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 22.09.2022

Stand: 22.09.2022

TOP 15

Aktualisierung der DVKA-Homepage

Verfasser/in: vdek, DAK-Gesundheit

Sachverhalt:

Es ist aufgefallen, dass die Aktualisierungen auf der Homepage der DVKA nicht immer kommuniziert werden. Wir bitten bei Änderungen immer eine Art News – kein Rundschreiben – unter Neueinstellungen <https://www.dvka.de/de/startseite/startseite.html> zu hinterlegen.

Dies betrifft die FAQs zu Corona oder den Brexit etc.

Ziel der Beratung:

Vereinbarung, dass regelmäßig Informationen über Aktualisierungen auf der Homepage der DVKA im Bereich unter Neueinstellungen <https://www.dvka.de/de/startseite/startseite.html> hinterlegt werden, um den Informationsfluss an die Sachbearbeiter der Kassen sicherzustellen.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer vereinbarten, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA im Rahmen dieser Niederschrift das seinerzeit mit den Kassenartenverbänden vereinbarte und aktuell praktizierte Verfahren bei Neueinstellungen/Änderungen noch einmal kurz skizziert. Es sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA auf Aktualisierungen oder Neueinstellungen (z. B. Rundschreiben, Merkblätter, Leitfäden, Änderungen im Web) in der Rubrik „[Neueinstellungen](#)“ im Extranet hinweist und ggf. mit einem Link direkt auf das geänderte Dokument oder die geänderte Seite verlinkt. Bei den Merkblättern „Urlaub in...“ werden außerdem die Abschnitte benannt, in denen Änderungen zur Vorversion enthalten sind. Geänderte Internetseiten erhalten außerdem ein aktualisiertes Änderungsdatum unten auf der Seite.

Da zunehmend auch die bisher als Printversion gestalteten Leitfäden in eine webbasierte Version überführt werden, wird das o. g. Verfahren dann auch auf diese Medien anwendbar sein.

