

Ergebnisniederschrift

über die
Sitzung der Fachkonferenz DVKA

am 24.03.2023

TOP 1	Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung
Übergreifende Themen	
TOP 2	Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche – Sachstand
TOP 3	Auswirkungen der Erdbebenkatastrophe in der Türkei und Syrien auf die Krankenversicherung
TOP 4	Umgang mit nicht EU-rechtskonform ausgestellten europäischen Krankenversicherungskarten (EHICs) ausländischer Träger
TOP 5	Republik Kosovo – Leistungsaushilfe / Kostenerstattung
Koordinierungs- und Abkommensrecht International	
TOP 6	Verhandlungen zum Abschluss eines Zusatzabkommens mit Marokko über die Anwendung der Sachleistungen der Krankenversicherung
TOP 7	Versichertenanfragen zur Kranken- oder Pflegeversicherung bei über- und zwischenstaatlichen Sachverhalten; hier: direkter Verweis der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband, DVKA
TOP 8	Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland im Zusammenhang mit dem bilateralen Abkommensrecht
TOP 9	Sachverhalte im Zusammenhang mit dem EU-Sektoralabkommen mit der Schweiz
Forderungsmanagement und Kostenabrechnung International	
TOP 10	Stand der Forderungen
TOP 11	Entwicklung Ausgleichsbeträge
TOP 12	Endgültige Forderungsklärung gemäß Beschluss Nr. S11 – Sachstand
TOP 13	Modernisierung der deutsch-türkischen Kostenabrechnung – Sachstand
TOP 14	Ad-hoc-Gruppe „Kostenabrechnung“ – Erweiterung des Aufgabenspektrums
Informationsverarbeitung International	
TOP 15	NAE-Betrieb
TOP 16	Hintergrundinformationen zur nationalen eHealth-Kontaktstelle
Verschiedenes	
TOP 17	Aktueller Stand zu offenen Rundschreiben
TOP 18	Umgang mit im Ausland bezogenen Arzneimitteln ohne ärztliche Verordnung / E-Rezepte
TOP 19	Rückstellungen bezüglich italienischer Pauschalforderungen für das Jahr 2010
TOP 20	Berichte über Gespräche, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt war
TOP 21	Antwortverhalten Italiens im Rahmen von EESSI

TOP 22	Sachstand der Revision der Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09
TOP 23	Liste von ausländischen Leistungserbringenden, die telemedizinische Leistungen erbringen

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

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 08.03.2023 übermittelt.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Feststellung der Tagesordnung.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 2

Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche – Sachstand

Verfasser/in: Hanna Ternes / GKV-Spitzenverband, DVKA und vdek

Anlagen:

- E-Mail vom 22.02.2023
-

Sachverhalt:

Die Thematik der Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche wurden bereits im Rahmen der letzten Sitzungen der Fachkonferenz DVKA besprochen. Des Weiteren wurde zu dieser Thematik im Verhältnis zur PKV und bei verschiedenen Personengruppen das Rundschreiben Nr. 2022/703 veröffentlicht. Mit Schreiben vom 15.12.2022 sowie 22.02.2023 haben wir Sie bereits über den aktuellen Sachstand sowie die geplante Erörterung des Themas im Rahmen der nächsten Sitzung der Verwaltungskommission am 29. und 30.03.2023 informiert.

Im Rahmen dieses TOPS möchten wir Sie über die aktuellen Entwicklungen und die Auffassung einiger anderer Mitgliedstaaten zu dieser Thematik informieren.

Zu dieser Thematik wurden vom vdek um folgende Ergänzungen zum Rundschreiben Nr. 2022/703 gebeten:

Ergänzend zur Rückmeldung vom 16.01.2023 und dem dargestellten Sachstand der DVKA vom 22.02.2023 möchten wir auf folgenden Sachverhalt aufmerksam machen. In der Praxis führt hauptsächlich die Abgrenzung von Neufällen zu Bestandsfällen zu Unsicherheiten. Insbesondere auch dann, wenn z.B. in einem Bestandsfall ein weiterer Angehöriger hinzukommt.

Beispiel:

Die Eheleute Bayer wohnen mit ihrem Kind in DE. Herr Bayer arbeitet in Luxemburg und ist dort gesetzlich versichert. Er ist bei uns zu Lasten des luxemburgischen Trägers eingeschrieben. Das Kind ist ebenfalls seit Jahren über den luxemburgischen Träger bei uns eingeschrieben. Frau Bayer arbeitet mittlerweile in DE und ist privat versichert. Da es sich um einen Bestandsfall

handelt, führen wir die Betreuung des Kindes fort. Jetzt kommt ein weiteres Kind der Eheleute hinzu. Wie ist der Fall aufgrund der Geburt eines weiteren Kindes zu betrachten?

Ebenso bedarf es der Klärung, warum in Bestandsfällen die Nachfrage beim Ausländischen Träger mittels SED H001 nur dann erfolgen sollte, sofern der Ausländische Träger oder der Versicherte die Klärung verlangt. Dies dürfte regelhaft nicht der Fall sein.

Wie geht die DVKA mit der Realisierung von Forderungen um, wenn der Ausländische Träger in einem Bestandsfall rückwirkend die Zahlung verweigert?

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme und Bitte um Klarstellung

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert darüber, dass neben Deutschland, Polen, die Niederlande und Österreich Noten zu den abgeleiteten Ansprüchen bei Bestandsfällen für die Sitzung der Verwaltungskommission am 29. und 30.03.2023 eingebracht haben.

Deutschland ist der Ansicht, dass hinsichtlich der Bestandsfälle mit beanstandeten Forderungen berücksichtigt werden muss, dass die deutschen Krankenkassen die Wohnortträger seit 2011 auf den aus deutscher Sicht geltenden Vorrang des abgeleiteten Anspruchs im Wohnstaat informiert und aus diesem Grund Anspruchsbescheinigungen widerrufen haben. Die Wohnortträger konnten aufgrund dessen nicht auf die Gültigkeit von Anspruchsbescheinigungen vertrauen. Die Beanstandungen sind daher aus deutscher Sicht berechtigt. Die Zuständigkeit hinsichtlich der Kostentragung ist in diesen Sachverhalten rückwirkend zu ändern. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der jahrelangen Diskussion zu diesem Thema, dem Wortlaut der VO (EWG) 1408/71, der im Rahmen der Revision der VO (EG) 883/04 geplanten Anpassung des Art. 32 sowie der Verständigung für zukünftige Sachverhalte im Sinne der deutschen Auffassung.

Die oben genannten Staaten sind hingegen der Auffassung, dass Bestandsfälle unangetastet bleiben und keine rückwirkende Änderungen vorgenommen werden sollen. Aufgrund der ausnahmslos abweichenden Auffassungen der anderen Staaten weist der GKV-Spitzenverband, DVKA ausdrücklich darauf hin, dass die Chance einer Verständigung der Verwaltungskommission im Sinne der deutschen Position als gering eingeschätzt wird. Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

Ein Kassenverband hat noch eine Nachfrage zur Interpretation des Ergebnisses der Beratung in der Verwaltungskommission am 17. und 18.10.2022 zur Rangfolge beim Zusammentreffen mehrerer abgeleiteter Ansprüche für Familienangehörige. Laut dem Beratungsergebnis wird Art. 32 VO (EG) 883/04 „dahingehend ausgelegt, dass ein abgeleiteter Anspruch des Familienangehörigen auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats Vorrang vor

dem abgeleiteten Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften eines anderen Mitgliedstaats hat, wenn beide Elternteile in den jeweils beteiligten Mitgliedstaaten beschäftigt sind.“ (siehe Schreiben des GKV-Spitzenverbandes, DVKA an die Mitglieder der Fachkonferenz DVKA vom 21.11.2022).

Der GKV-Spitzenverband, DVKA bestätigt, dass man sich in dieser Sitzung der Verwaltungskommission (erst einmal) nur darauf verständigen konnte, dass der Vorrang nur gilt, wenn ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis (unselbständige Arbeit) besteht. Das heißt, dass Meinungsverschiedenheiten bei selbständiger Erwerbstätigkeit sowie Arbeitslosengeld, etc. möglich sind. Sollte ein anderer Mitgliedstaat die Auffassung vertreten, dass der Vorrang des abgeleiteten Anspruches aufgrund einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder des Bezuges von Arbeitslosengeld nicht gilt, empfiehlt es sich, die Versicherung in Deutschland durchzuführen. Eine weitere Erörterung der Thematik im Rahmen der Verwaltungskommission erscheint aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfolgsversprechend.

Zu den dargestellten Sachverhaltskonstellationen teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass ein Neufall vorliegt, wenn sich der vorherrschende Sachverhalt ändert. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn ein weiteres Kind hinzukommt. Ein neuer Sachverhalt würde auch dann vorliegen, wenn ein Ehepartner eine Beschäftigung in einem anderen Staat aufnimmt und aufgrund der Beschäftigung die Rechtsvorschriften des Beschäftigungsstaates gelten. Hier wäre der Sachverhalt hinsichtlich der abgeleiteten Ansprüche neu zu bewerten.

Hingegen liegt ein Bestandsfall vor, wenn der Ehepartner lediglich den Arbeitgeber innerstaatlich wechselt und die bisherigen Rechtsvorschriften weiterhin gelten.

Da es durch eine Änderung der Zuständigkeit für die betroffenen Familien zu einer erheblichen finanziellen Belastung kommen kann, hat sich der GKV-Spitzenverband, DVKA mit den zuständigen Ministerien darauf verständigt, dass die Bestandsfälle nicht aktiv verändert werden sollen. Dies bedeutet, dass bisherige Einschreibungen bestehen bleiben sollen, sofern der ausländische Träger keine Änderung verlangt.

Von: Fachkonferenz <fachkonferenz@dvka.de>

Gesendet: Mittwoch, 22. Februar 2023 10:00

An: Fachkonferenz <fachkonferenz@dvka.de>

Cc:

Betreff: Sachstand Rangfolge beim Zusammentreffen mehrerer abgeleiteter Ansprüche für Familienangehörige: Sitzung der Verwaltungskommission am 29./30.03.2023

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der 374. Sitzung der Verwaltungskommission am 29./30.03.2023 steht die Rangfolge beim Zusammentreffen mehrerer abgeleiteter Ansprüche für Familienangehörige erneut auf der Tagesordnung. Ziel ist es, für folgende Sachverhalte eine Verständigung zu erzielen:

1. Beanstandete Forderungen
2. Unstreitige Bestandsfälle
3. Streitige Bestandsfälle

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat in Zusammenarbeit mit dem BMAS eine Note erarbeitet, die auf der Basis Ihrer Rückmeldungen folgende Kernpunkte beinhaltet:

1. Beanstandete Forderungen

Bei den bereits zur Abrechnung eingereichten Kostenrechnungen handelt es sich um Forderungen für Familienangehörige, die nach polnischer Ansicht auf Grundlage „*gültiger Anspruchsbescheinigungen*“ in verschiedenen Mitgliedsstaaten geltend gemacht wurden. Aufgrund der fehlenden Vorschriften über die Rangfolge beim Zusammentreffen zweier abgeleiteter Ansprüche für Leistungen bei Krankheit in der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 vertritt u. a. die polnische Delegation die Auffassung, dass bis zur Diskussion in der Verwaltungskommission im Oktober 2022 die freie Wahl des zuständigen Staates zulässig war. Die deutsche Note unterstreicht hingegen die Ansicht, dass der abgeleitete Anspruch im Wohnstaat auch bisher Vorrang hatte. Die divergierenden Rechtsauffassungen sind seit 2011 bekannt und Ausgangspunkt für eine Vielzahl an beanstandeten (polnischen) Kostenrechnungen. Seit 2011 haben immer wieder Erörterungen zu dieser Thematik sowohl bilateral als auch auf EU-Ebene stattgefunden (Verwaltungskommission; Vorschlag der EU-Kommission zur Revision der VO (EG) Nr. 883/2004).

Daneben haben deutsche Träger dem jeweiligen (polnischen) Träger des Wohnorts regelmäßig mitgeteilt, dass sie der Einschreibung von Familienangehörigen widersprechen. Die (polnischen) Träger des Wohnortes haben eine Beendigung der Einschreibung ihrerseits jedoch abgelehnt. Insofern haben die deutschen Krankenkassen mit den Beanstandungen der eingereichten Forderungen die von der polnischen Seite postulierten „*gültigen Anspruchsbescheinigungen*“ seit Jahren hinterfragt. Die Beanstandungen sind nach deutscher Auffassung somit Ausdruck der in diesem Zusammenhang fortbestehenden divergierenden Rechtsauffassung zwischen den Mitgliedsstaaten.

Lösungsvorschlag:

- Angesichts der großen Zahl strittiger Forderungen, die in den letzten zehn Jahren entstanden sind, sollte aus unserer Sicht ein pauschaler Ansatz in Bezug auf die bereits beanstandenden polnischen Forderungen in Betracht gezogen werden. Im

Gegensatz zu einer Einzelfalllösung würde ein solcher Ansatz eine rasche und effiziente administrative Bearbeitung der jeweiligen Forderungen/Beanstandungen ermöglichen.

- In Anbetracht des Verlaufs der Diskussionen erscheint es angemessen, dass die zuständigen Träger der Mitgliedstaaten, die vor dem 31.12.2011 eingebrachten Forderungen begleichen werden. Bis zur ersten Erörterung des Sachverhalts in der Verwaltungskommission im Jahr 2011 konnte die polnische Seite davon ausgehen, dass die anderen Mitgliedstaaten die Rechtsauffassung teilten, d.h. dass eine Wahlfreiheit bestand. Nach diesem Zeitpunkt war jedoch bekannt, dass es unterschiedliche Auffassungen gibt und dass mehrere Mitgliedstaaten den Standpunkt vertreten, dass es keine Wahlfreiheit des zuständigen Staates für die Familienangehörigen gibt.

2. Umgang mit unstreitigen Bestandsfällen

Es handelt sich um Sachverhalte, in denen

- Familienangehörige zu Lasten eines Mitgliedstaats in anderen Mitgliedstaaten eingeschrieben sind,
- ein vorrangiger abgeleiteter Anspruch des Familienangehörigen im Wohnstaat besteht,
- die zuständigen Träger
 - die Einschreibung bisher nicht widerrufen sowie
 - die Forderungen für die Leistungsaushilfe nicht innerhalb der Frist des Art.67 VO (EG) Nr. 987/2009 der beanstandet und ggf. bereits bezahlt haben.

Lösungsvorschlag:

- Die Wohnortträger beenden die bisher unstreitigen Einschreibungen zum Stichtag 26.10.2022 mit Wirkung für die Zukunft mit dem SED S018, sofern die in der 372. Sitzung der Verwaltungskommission vereinbarten Voraussetzungen vorliegen (Vorrang des abgeleiteten Anspruchs auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats). Die bisher zuständigen Träger akzeptieren und bestätigen die Beendigung mit dem SED S019.
- Die Verpflichtung des Trägers des Wohnorts zur Beendigung der Einschreibung ergibt sich unseres Erachtens aus Artikel 1 Buchstabe i, Nr. 1 ii) i. V. m. Artikel 32 Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Hiernach richtet sich die Definition des Familienangehörigen nach den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem der Familienangehörige wohnt. Der Wohnortträger hat zu prüfen, ob es eine Vorrangversicherung im Wohnstaat für den Familienangehörigen gibt.
- Die (bisher) zuständigen Träger bewerten die Bestandsfälle im Rahmen ihrer turnusmäßigen Überprüfungen und greifen diese bei Hinweisen auf den Vorrang des abgeleiteten Anspruchs im Wohnstaat auf und informieren den Träger des Wohnortes. Ohne Anlass initiieren die zuständigen Träger die Beendigung der unstreitigen Bestandsfälle hingegen nicht.
- Die rückwirkende Beendigung von unstreitigen Einschreibungen zu einem Datum vor dem 26.10.2022 sowie die Einleitung des Overpayment-Prozesses sollen nicht zulässig sein.

- Es wird vorgeschlagen, dass sich die Mitgliedstaaten darauf verständigen, die Beendigung der unstreitigen Bestandsfälle zum Stichtag 26.10.2022 mit Wirkung für die Zukunft im Rahmen ihrer vertrauensvollen Zusammenarbeit bis zur 375. Sitzung der Verwaltungskommission am 21./22.06.2023 abzuschließen.

3. Umgang mit streitigen Bestandsfälle

Sachverhalte, bei denen der zuständige Träger unter Hinweis auf den Vorrang des abgeleiteten Anspruchs im Wohnstaat die Sachleistungsaushilfe zu seinen Lasten bisher abgelehnt hat, werden nicht nachträglich zu unstreitigen Sachverhalten, die unter Ziffer 2 dieser Note fallen. Vielmehr sind sie so zu behandeln wie die Sachverhalte der Ziffer 1. Die Einschreibungen sind rückwirkend zu beenden und die Kosten entsprechend der Ausführungen unter Ziffer 1 zu regeln.

Es bleibt abzuwarten, wie die Diskussion im Rahmen der Verwaltungskommission verlaufen wird. Die aktuell kommunizierten Positionen der polnischen Delegation zum einen und der deutschen Delegation zum anderen könnten durchaus als Maximalforderungen angesehen werden.

Im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz am 24.03.2023 werden wir Sie über Noten anderer Mitgliedstaaten sowie die zu erwartende Diskussion in der Verwaltungskommission informieren. Zum Umgang mit „Neufällen“ nach dem 26.10.2022 gibt es noch keine Neuigkeiten, wie die Verständigung innerhalb der Verwaltungskommission formalisiert wird (z. B. als Beschluss). Wir informieren Sie über die weitere Entwicklung.

Freundliche Grüße

Hanna Ternes, LL.M.
Stellvertretende Geschäftsführerin

Unterabteilungsleiterin
Koordinierungs- und Abkommensrecht International

GKV-Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung – Ausland (DVKA)
Postfach 20 04 64
D-53134 Bonn

Telefon +49 228 9530-666
Telefax +49 228 9530-600
E-Mail Hanna.Ternes@dvka.de
Internet www.dvka.de

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 3

Auswirkungen der Erdbebenkatastrophe in der Türkei und Syrien auf die Krankenversicherung

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

Sachverhalt:

Am 06.02.2023 hat in der Türkei und Syrien ein schweres Erbeben stattgefunden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit E-Mails vom 15.02.2023 und 23.02.2023 über die Auswirkungen und die bereits eingeleiteten Schritte informiert.

Um sicherzustellen, dass die aktuelle Situation bei der Durchführung der Verfahren nach dem deutsch-türkischen Abkommen über Soziale Sicherheit hinreichend berücksichtigt wird, haben wir mit Schreiben vom 27.02.2023 die türkische Verbindungsstelle u. a. zu den zu verwendenden Anspruchsvordrucken und ihrer Anforderung befragt. Zwischenzeitlich hat die türkische Verbindungsstelle auf unsere Fragen geantwortet.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA geht nach derzeitiger Einschätzung davon aus, dass er bis zur Sitzung der Fachkonferenz DVKA die Krankenkassen per Rundschreiben über die Auswirkungen der Erdbebenkatastrophe in der Türkei bei der Durchführung der Leistungsaushilfe nach dem deutsch-türkischen Sozialversicherungsabkommen informiert haben wird.

Ziel der Beratung:

Im Rahmen der Sitzung soll ein Meinungs austausch zu den Herausforderungen erfolgen, die sich hierbei in der Praxis ergeben. Darüber hinaus informiert der GKV-Spitzenverband, DVKA über weitere Entwicklungen, sofern es diese bis zur Sitzung gibt.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet, dass das Rundschreiben Nr. 2023/135 am 20.03.2023 veröffentlicht wurde. Es findet ein Austausch zu den Erfahrungen der Krankenkassen mit dem

Rundschreiben in der Praxis statt. Auf Nachfrage der Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer teilt der GKV-Spitzenverband, DVKA mit, dass die türkische Seite mitgeteilt habe, dass sie keine Notwendigkeit zur Aussetzung der 183-Tage-Regelung sehe. Eine Veranlassung, eine Aussetzung erneut anzuregen, sieht der GKV-Spitzenverband, DVKA vor diesem Hintergrund nicht. Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist darauf hin, dass die Möglichkeit bestehe, die erforderlichen Vordrucke datenschutzkonform per Brief bzw. Fax anzufordern.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 4

Umgang mit nicht EU–rechtskonform ausgestellten europäischen Krankenversicherungskarten (EHICs) ausländischer Träger

Verfasser/in: AOK–Bundesverband

Anlagen:

- Anlagen mit Abbildungen von nicht EU–rechtskonform ausgestellten ausländischen EHICs

Sachverhalt:

Es sind nicht EU–rechtskonforme ausländische EHICs im Umlauf. Diese betreffen nach den Erfahrungen der AOKs insbesondere die Länder Italien, Frankreich, Belgien und Niederlande (siehe beigefügte Beispiele – Anlage 1, 2, 3 und 4).

Der GKV–Spitzenverband, DVKA hat der AOK Baden–Württemberg auf Nachfrage zum Umgang mit den digitalen EHICs aus Frankreich mit Mail vom 16.01.2023 wie folgt geantwortet:

In verschiedenen Mitgliedstaaten der Europäischen Union ist die Digitalisierung im Gesundheitswesen deutlich weiter fortgeschritten als in Deutschland. Verschiedene Träger dieser Staaten, darunter auch Frankreich, stellen den bei ihnen versicherten Personen (zusätzlich) eine digitale Version der EHIC zur Verfügung. Diese Staaten versuchen seit Längerem, die Digitalisierung der EHIC EU–weit zu forcieren. Die Verwaltungskommission hat im vergangenen Jahr eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die sich nun mit der möglichen Digitalisierung der EHIC auseinandersetzt.

Angestrebt wird eine Lösung für alle Staaten, für die die EG–Verordnungen Anwendung finden. Bis es zu einer solchen Lösung kommt, gilt: Die EHIC berechtigt entsprechend der bestehenden EU–Regelungen nur dann zur Inanspruchnahme von Sachleistungen im Rahmen der EG–Verordnungen Nr. 883/04 und Nr. 987/09, wenn sie den Vorgaben der Beschlüsse Nr. S1 und S2 der Verwaltungskommission entspricht, nach denen die EHIC als physische Karte bzw. die Provisorische Ersatzbescheinigung in Form des vereinbarten Vordrucks

vorzulegen ist. Die Verwaltungskommission hat in ihrer Sitzung im Oktober 2022 die Mitgliedstaaten noch einmal angehalten, die Vorgaben des Beschlusses Nr. S2 einzuhalten.

Die Verbände der Leistungserbringer wurden vom GKV-Spitzenverband, DVKA ausdrücklich darauf hingewiesen und gebeten, ihre Mitglieder entsprechend zu informieren.

Für die Praxis bedeutet das aus unserer Sicht, dass Sie in den Fällen, in denen Sie dennoch von einem deutschen Leistungserbringer eine Kopie einer EHIC erhalten, die dem Leistungserbringer offensichtlich in digitaler Form vorgelegt wurde, Kontakt mit dem zuständigen ausländischen Träger aufnehmen und zunächst die Anspruchsbestätigung (SED S045) im Rahmen des S_BUC_05 (Notwendige Behandlung im Mitgliedstaat des vorübergehenden Aufenthalts/Anforderung der Anspruchsbescheinigung) mit dem SED S044 beim zuständigen Krankenversicherungsträger anfordern. Im Rahmen einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlung ist zudem bis auf Weiteres der Workaround (Behelfslösung) zum Geschäftsprozess S_BUC_05 (siehe auch Rundschreiben Nr. 2020/009) zu beachten. Demnach soll die deutsche Krankenkasse den zuständigen Träger nach dem Versand des SEDs S044 mit dem SED H001 explizit darauf hinweisen, dass sie die Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) als Anlage zum SED S045 benötigt.

Eine AOK-interne Umfrage hat ergeben, dass es sich bei der Vorlage von nicht EU-rechtskonformen EHICs nicht nur um Einzelfälle handelt. Für Frankreich hat z. B. die französische Verbindungsstelle CLEISS die neue digitale EHIC auf dem Internetzugang für französische Versicherte eingestellt (siehe nachfolgender Screenshot):

The image shows two screenshots from a French website. The left screenshot is a social media post from 'CPAM du Bas-Rhin (Assurance Maladie)' with the text: 'Le saviez-vous ? Une fois la carte européenne d'assurance maladie commandée sur https://assure.ameli.fr, vous pouvez la retrouver en version dématérialisée directement dans votre compte ameli et même l'imprimer ! Retrouvez toutes les informations sur la prise en charge de l'Assurance Maladie pendant vos séjours en #Europe : https://lnkd.in/e/Ckx074g'. Below the text is a smartphone displaying a digital EHIC card. The right screenshot is a webpage titled 'Gagnez du temps avec les services en ligne' with a main heading 'COMMANDEZ VOTRE CEAM DEPUIS VOTRE COMPTE AMELI' and a pink button 'ACCÉDER À MON COMPTE'. The text below explains that users can order their CEAM (European Health Insurance Card) from their Ameli account and also via the Ameli app. A chatbot icon is visible in the bottom right corner with the text: 'Bonjour ! Je suis ameliBot, le chatbot créé pour vous assister pour toutes vos démarches sur l'Assurance Maladie. Interrogez-moi ! :)'

Allein dieses Beispiel zeigt schon, dass der Zugang in Frankreich zu digitalen EHICs für die dortigen Versicherten kein Problem ist und deshalb mit zahlreicher Nutzung zu rechnen ist.

Jeden Fall einer nicht EU-rechtskonformen EHIC durch die deutschen Krankenkassen mittels Einzelanfragen (SED S044, SED H001) an die zuständigen ausländischen Träger zu lösen, ist aus kassenpraktischer Sicht nicht der richtige Ansatzpunkt. Der zusätzliche Arbeitsaufwand durch das nicht-EU-konforme Verhalten einzelner Mitgliedstaaten ist eine ungerechtfertigte Belastung der aushelfenden deutschen Träger. Die Möglichkeit, Anspruchsbescheinigungen beim zuständigen ausländischen Träger durch die aushelfenden Träger anzufordern, ist nur für Fälle gedacht, in denen eine Anspruchsbescheinigung aus verschiedenen Gründen vor Beginn der Behandlung nicht vorgelegt werden kann. Sie ist nicht dafür gedacht, ein systematisch fehlerhaftes Vorgehen durch zuständige ausländische Träger nachträglich regelhaft zu heilen, um für Abrechnungssicherheit zu sorgen.

Vor diesem Hintergrund sollte aus Sicht der AOKs mit den entsprechenden Ländern Kontakt aufgenommen werden mit der Bitte, eine EU-rechtskonforme EHIC-Ausstellung sicherzustellen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass ausländische Versicherte bei Verwendung nicht EU-rechtskonformer EHICs in Deutschland aufgrund der Vorgaben für die Leistungserbringer auch mit Akzeptanzproblemen zu rechnen haben.

Zudem stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob der DVKA-Workaround überhaupt durchgeführt werden muss oder ob bis zur Abstimmung einer gemeinsamen Lösung zu einer digitalen EHIC in der Verwaltungskommission eine Zwischenlösung gefunden werden kann. Aus Sicht der AOKs könnte eine Lösung sein, im Vorgriff auf die Lösung der Verwaltungskommission die digitalen EHICs aus anderen Ländern unter festzulegenden Bedingungen zu akzeptieren.

Ziel der Beratung:

Die Mitglieder der Fachkonferenz der DVKA beraten die Thematik und tauschen sich über die Erfahrungen der Kassenpraxis aus.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird gebeten,

1. gegenüber den Ländern, die nicht EU-rechtskonforme EHICs ausstellen, darauf hinzuwirken, dass eine solche Ausstellung nicht mehr erfolgt, und die deutschen Leistungserbringer darüber zu informieren, dass nicht EU-rechtskonforme (digitale/ Papier-) EHICs nicht zu akzeptieren sind;
2. seine bisherige Positionierung in Bezug auf die Anforderung einer Anspruchsbescheinigung beim zuständigen ausländischen Träger dahingehend zu ändern, dass diese Anforderung durch die deutsche aushelfende Krankenkasse ausschließlich in Einzelfällen erfolgt und nicht regelhaft bei Vorliegen von „wohlbewusst“ nicht-EU-rechtskonform ausgestellten Anspruchsbescheinigungen.

Sollte der GKV-Spitzenverband, DVKA zu Punkt 1. keine Erfolgsaussichten sehen, so wird er gebeten, darauf hinzuwirken, dass gesicherte Bedingungen für die Kostenabrechnung von Leistungen, die von deutschen Leistungserbringern auf Basis nicht EU-rechtskonformer (digitale/Papier-) EHICs erbracht worden sind, mit den betreffenden Ländern, vorrangig mit Frankreich, Niederlande, Belgien und Italien, abgestimmt werden (Zwischenlösung).

Beratungsergebnis:

1. Nicht EU-rechtskonforme EHICs

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass er die Mitgliedstaaten, die digitale/Papier-EHICs ausstellen (Frankreich, Belgien, Niederlande, Italien), darauf hingewiesen hat, dass

- diese EHICs nicht den Beschlüssen S1 und S2 der Verwaltungskommission entsprechen,
- deutsche Leistungserbringer sie aus diesem Grund nicht akzeptieren und
- eine Ausstellung in dieser Form unterbleiben sollte.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat die Verbände der Leistungserbringer darüber informiert, dass die EHIC nur als physische Karte zu akzeptieren ist. Diese Information ist auch auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes, DVKA unter der Rubrik Leistungserbringer zu finden.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA führt Gespräche mit den betroffenen Staaten, um Lösungen für diese Thematik zu finden. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ist nicht davon auszugehen, dass die Staaten davon abkehren werden, digitale EHICs auszustellen (zur Zwischenlösung siehe Ausführung unter 3.). Es ist beabsichtigt, die von den italienischen Trägern nicht EU-rechtskonform ausgestellten Papier-EHICs in den anstehenden deutsch-italienischen Verbindungsstellengesprächen zu thematisieren.

2. Anforderung von provisorischen Ersatzbescheinigungen

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass die Anforderung einer provisorischen Ersatzbescheinigung keine Verpflichtung, sondern eine Handlungsempfehlung darstellt. Die Krankenkassen entscheiden in eigener Zuständigkeit und können, wie nach Verordnungsrecht vorgesehen, bei Zweifeln an den Ansprüchen der betreffenden Person, Kontakt mit dem zuständigen Träger aufnehmen und ggf. um Ausstellung einer provisorischen Ersatzbescheinigung bitten, um ein mögliches Kostenrisiko zu minimieren.

3. Kostenabrechnung bei digitale/Papier-EHICs, die nicht den Beschlüssen S1 und S2 entsprechen

Für Sachverhalte, in denen Leistungserbringer digitale oder Papier-EHICs entgegen der Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA akzeptiert haben, versucht der GKV-Spitzenverband, DVKA als Zwischenlösung mit den betroffenen Staaten in bilateralen Gesprächen Vereinbarungen zur Kostenabrechnung zu erzielen. Ggfs. wird die Thematik auch im Rahmen des Rechnungsausschusses und/oder der Verwaltungskommission adressiert.

315188129

STAMPA PRODOTTA DALLA TRANSAZIONE ESEGUITA SUL SISTEMA TESSERA SANITARIA



N.B. L'immagine potrebbe non rappresentare fedelmente il supporto della Tessera, ma ha il solo scopo di permettere l'acquisizione ottica del Codice Fiscale presso gli erogatori di servizi sanitari.

Nederland

Buitenland (EHIC)



3 Name

[REDACTED]

4 Given names

[REDACTED]

5 Date of birth

[REDACTED]

6 Personal identification number

[REDACTED]

7 Identification number of the institution

[REDACTED]

3 Name

Suljars van der Krogt

4 Given names

WIM

5 Date of birth

14/01/1972

6 Personal identification number

59926977

7 Identification number of the institution

1736-UMC

8 Identification number of the card

3052100755210281508

9 Expiry date

31/01/2023

EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD

NL

3 Name

[REDACTED]

4 Given names

[REDACTED]

5 Date of birth

[REDACTED]

6 Personal identification number

[REDACTED]

7 Identification number of the institution

[REDACTED]

8 Identification number of the card

[REDACTED]

9 Expiry date

[REDACTED]

Französisch



Deutsch



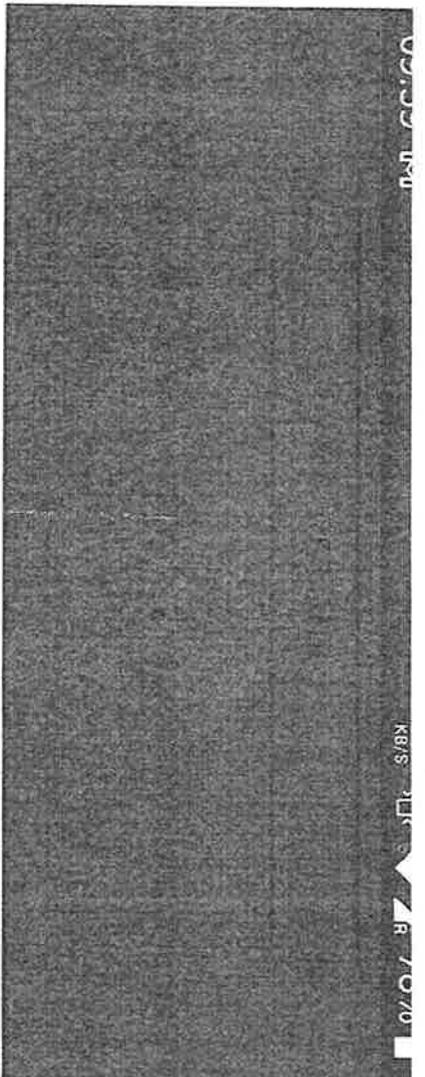
imprimez votre
CEAM



Drucken Sie Ihre
EHIC aus



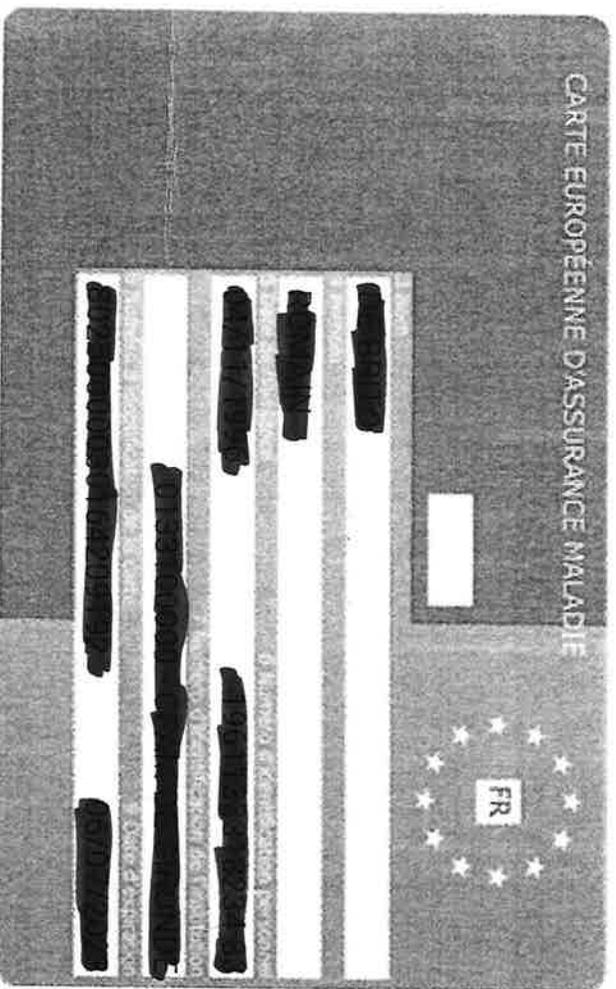
[In Google Übersetzer öffnen](#) • [Feedback geben](#)



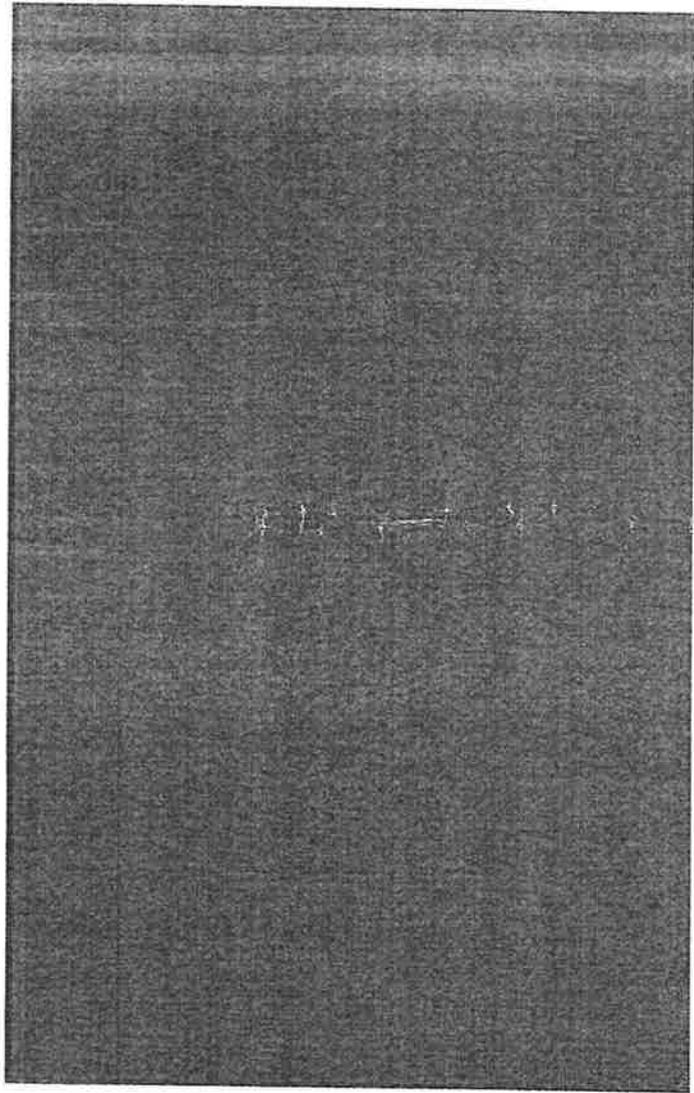
00:00 100

K8/S 215 9 R 7070

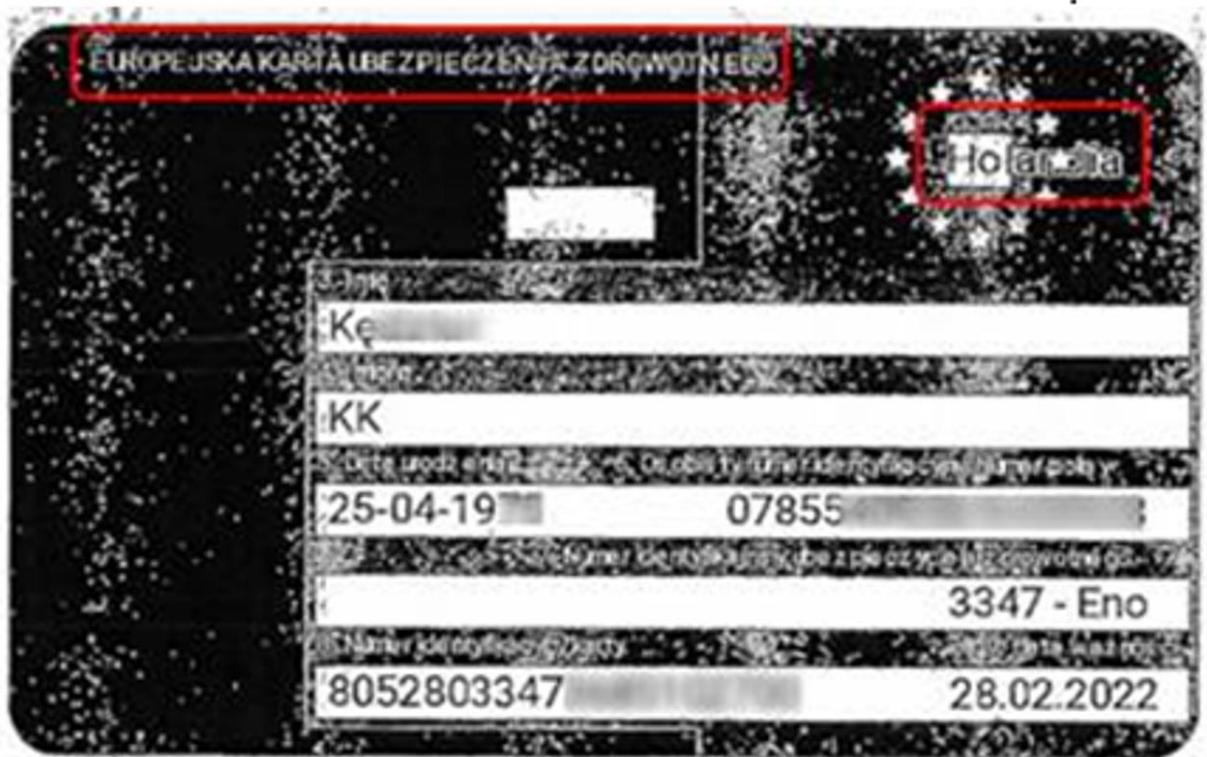
Imprimez votre CEAM



IMPRIMER



Weitere EHIC-Variante: EHIC der Niederlande in polnischer Sprache (Bezeichnung Niederlande in der polnischen Übersetzung „Holandia“):



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 5

Republik Kosovo – Leistungsaushilfe / Kostenerstattung

Verfasser/in: AOK-Bundesverband

Anlagen:

- Auszug aus der Ergebnisniederschrift über die Sitzung der Fachkonferenz der DVKA am 11.04.2019 zu Top 15 „Leistungsaushilfe in der Republik Kosovo“

Sachverhalt:

1. Allgemeines

Obwohl das deutsch-jugoslawische Abkommen im Verhältnis zur Republik Kosovo weitergilt ist die Leistungsaushilfe noch immer ausgesetzt. Die letztmals mit Rundschreiben Nr. 24/2008 des GKV-Spitzenverbandes, DVKA mitgeteilten Informationen zum Sachstand sind nach wie vor aktuell. In der Sitzung der Fachkonferenz der DVKA am 11.04.2019 wurde nochmals das Thema Kostenerstattung für Leistungen im Kosovo besprochen. Für nähere Einzelheiten siehe beigefügter Auszug aus der diesbezüglichen Ergebnisniederschrift zu TOP 15, in dem auch die DVKA-Rundschreiben bezüglich Kosovo enthalten sind (Anlage).

Anzumerken ist, dass es zumindest eine Art staatliche „medizinische Grundversorgung“ zu geben scheint. Zwar ist die Behandlung in den Familien-Gesundheitszentren, den regionalen Krankenhäusern und der staatlichen Uniklinik von Pristina kostenlos, doch das System ist wohl völlig überlastet und anfällig für Korruption (s. z. B. [Patientenverlegung aus dem Kosovo \(ambulanzflug-zentrale.de\)](http://ambulanzflug-zentrale.de)

2. Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen im Kosovo

Bei der AOK Bayern gehen in letzter Zeit auffallend viele Anfragen und Rechnungen für Behandlungen aus dem Kosovo ein. Der Umgang damit ist aus unserer Sicht immer problematisch. Einerseits wäre, nachdem die Leistungsaushilfe im Kosovo ausgesetzt ist, auch eine analoge

Anwendung der Kostenerstattungsregelungen wohl eher nicht möglich. Andererseits sollten die "verwaltungstechnischen Probleme" im Kosovo aber auch nicht auf dem Rücken unserer Versicherten ausgetragen werden, da das deutsch-jugoslawische Abkommen ja für den Staat Serbien, als Rechtsnachfolger des ehemaligen Jugoslawien, generell weitergilt. Für die grundsätzliche Weitergeltung des deutsch-jugoslawischen Abkommens spricht auch, dass die Grundlage für eine neue Verbindungsstellenvereinbarung – wie bisher – das deutsch-jugoslawische Abkommen über soziale Sicherheit wäre. Macht man sich diese Argumentation zu Nutze wäre der Schluss zulässig, dass trotz bestehendem Sozialversicherungsabkommen lediglich die Leistungsaushilfe ruht bzw. nicht möglich ist und eine analoge Anwendung der Kostenerstattungsregelungen für Abkommensstaaten zumindest nicht ausgeschlossen erscheint. Vor diesem Hintergrund sind wohl auch die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA (DVKA) in der Fachkonferenz vom 11.04.2019 zu sehen. Ob der Verweis auf eine Leistungsanspruchnahme im benachbarten Serbien mit Blick auf das Verhältnis der dort lebenden Bevölkerungsgruppen wirklich Sinn macht ist zumindest fraglich.

Da es offensichtlich auch innerhalb des GKV-Systems unterschiedliche Handlungsweisen bezüglich Kostenerstattung für selbstbeschaffte Sachleistungen im Kosovo gibt, wäre die Abstimmung einer gemeinsamen Linie wünschenswert.

Zu klären wäre insbesondere:

- Wird der Empfehlung zur Kostenerstattung in Höhe deutscher Sätze grundlegend gefolgt (ohne Anfrage bei Beträgen über 1.000 EUR)?
- Soll eine Kostenerstattung für alle Leistungserbringer im Kosovo oder nur bei Inanspruchnahme der „staatlichen Einrichtungen“ erfolgen?

3. Wohnortfälle im Kosovo

Neben den Fällen des vorübergehenden Aufenthalts hat die AOK Bayern den ersten Fall, in dem ein Versicherter (Einfachrentner mit deutscher Rente) bewusst angibt, seinen Lebensmittelpunkt in den Kosovo zu verlegen und eine entsprechende Wohnortbescheinigung oder die Zusage einer künftigen Kostenerstattung verlangt, sofern die KVdR bestehen bleibt. (Anmerkung: Es gibt mit Sicherheit einige Fälle in denen der Wohnort im Kosovo „verschleiert“ wird, um eine Kostenerstattung im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthalts im Bedarfsfall zu beanspruchen.) Für diese Fallkonstellation gibt es nach wie vor keine Lösung und die Sachlage stellt sich wie folgt dar:

Eine Beendigung der KVdR bei Verzug in den Kosovo ist nicht möglich, da das deutsch-jugoslawische Abkommen weitergilt. Nachfolgend ein Auszug aus dem Online KVdR-Seminar der DVKA:

Person bezieht nur eine deutsche Rente und verlegt Wohnort nach Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Serbien, Nord Mazedonien, Türkei, Tunesien



Ist der Rentner KVdR versichert, bleibt die KVdR bestehen.

Da die Leistungsaushilfe ausgesetzt ist kann keine Anspruchsbescheinigung ausgestellt werden. Eine Emailanfrage beim GKV-Spitzenverband, DVKA hat wie erwartet ergeben, dass das DVKA-Rundschreiben Nr. 24/2008 immer noch „aktuell“ ist und, dass Gerichtsurteile, wenn möglich, vermieden werden sollen, da ggf. ein Systemversagen festgestellt würde (Rückmeldung der DVKA erfolgte telefonisch).

Es stellt sich nun die praktische Frage wie mit derartigen Fällen umzugehen ist. Interessant wäre auch zu erfahren, was aus der im DVKA-Rundschreiben Nr. 24/2008 vom GKV-Spitzenverband, DVKA zugesicherten Suche nach Lösungsmöglichkeiten für unsere im Kosovo lebenden Versicherten in den letzten Jahren geworden ist.

Im vorliegenden Einzelfall läuft das reguläre Widerspruchsverfahren. Ein sozialgerichtliches Urteil in diesem Einzelfall würde sich nach erster Einschätzung nur durch die Zusage der Kostenerstattung bei Wohnort im Kosovo vermeiden lassen. Dabei ist zu bedenken, dass sich im Falle einer Kostenerstattung in Wohnortfällen unser Handeln auch ohne Gerichtsurteil Auswirkungen auf gleichgelagerte Fälle hätte. Es ist klar, dass die Weiterführung der KVdR ohne entsprechenden Nutzen bei Wohnortverlegung in den Kosovo, auch im sozialgerichtlichen Verfahren, nicht vermittelbar ist. Eine Beendigung der KVdR ist unter den jetzigen Voraussetzungen und in Anbetracht der aktuellen Vorgaben aber wohl auch ausgeschlossen.

Ziel der Beratung:

Erfahrungsaustausch

Konkrete rechtssichere Stellungnahme/Handlungsanleitung (Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes, DVKA)

- zur Abwicklung von Wohnortfällen in der Republik Kosovo und
- zum Umgang mit Kostenerstattungsanträgen in Fällen des vorübergehenden Aufenthalts in der Republik Kosovo.

Ein entsprechender Rundschreiben-Entwurf ist vorab – wie üblich – mit den Mitgliedern der Fachkonferenz der DVKA abzustimmen.

Anlage

Beratungsergebnis:

Nach wie vor ist für den Kosovo das deutsch-jugoslawische Abkommen gültig, da es nicht gekündigt wurde. Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass die zum Kosovo veröffentlichten Rundschreiben weiterhin aktuell sind. Hinweise, dass es im Kosovo offensichtlich eine Art „Grundversorgung“ gebe, können bestätigt werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist jedoch darauf hin, dass die Anwendung des Abkommens funktionierende Strukturen voraussetze, die über eine „Grundversorgung“ hinausgehen. Im Kosovo existieren nach Kenntnis des GKV-Spitzenverbandes, DVKA sowie des BMAS aber keine Strukturen, die eine Leistungsaushilfe zulassen. Daher gelten aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA die in der Beratungsunterlage dargestellten Hinweise zur Kostenerstattung sowie die Empfehlung weiterhin, dass Gerichtsurteile, wenn möglich, vermieden werden sollen, da ggf. ein Systemversagen festgestellt werden könnte.

Eine kassenübergreifende Zunahme von Sachverhalten im Verhältnis zum Kosovo kann im Rahmen der Sitzung nicht festgestellt werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Thematik erneut aufgreifen, wenn die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer dem GKV-Spitzenverband, DVKA belastbare Informationen zur Zunahme von Fallzahlen und Sachverhaltskonstellationen zur Verfügung stellen.

Des Weiteren weist der GKV-Spitzenverband, DVKA darauf hin, dass die Bundesrepublik Deutschland den Kosovo als eigenständigen Staat anerkannt hat. Personen, die im Kosovo leben, können nicht über Serbien betreut bzw. abgerechnet werden.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA bietet an, dass sich die AOK Bayern mit dem vorliegenden Einzelfall direkt an den GKV-Spitzenverband, DVKA wenden kann.



Top 15

Leistungsaushilfe in der Republik Kosovo

Sachverhalt:

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

In dem gleichen Schreiben teilt die DVKA eine Auslegung einer möglichen Leistungsaushilfe im Kosovo mit. Sie schlägt Erstattungen bis zur Höhe der deutschen Vertragsätze vor. Eine Anfrage der Erstattungsätze im Kosovo sei aufgrund der bestehenden Situation nicht möglich. Angesichts der besonderen Situation hält die DVKA es außerdem für sachgerecht, den im Kosovo wohnenden Versicherten einen Vordruck SRB 1 1 2 DE auszustellen. Auf diese Weise könnten die Versicherten Leistungen zulasten der deutschen Krankenkasse im nahe gelegenen Serbien in Anspruch nehmen.

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

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

Insofern kann die Argumentation der DVKA nicht nachvollzogen werden, dass die deutschen Krankenkassen nun Kostenerstattungen durchführen sollten. Insbesondere eine Kostenerstattung von Rechnungen in Höhe der deutschen Vertragsätze lässt sich unserer Einschätzung nach aus dem SGB V nicht begründen. Auch eine Begründung für die Ausstellung des Vordrucks SRB 1 1 2 DE fehlt unsere Einschätzung nach.

Ergebnis:

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



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

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

–Anlagen–



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland

Krankenkassen und
Verbände

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

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

RUNDSCHREIBEN Nr. 24/2008 Kosovo

Gesprächspartner/in
Sabine Kortkamp

Durchwahl
604

Datum
05.05.2008

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

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

Mit freundlichen Grüßen

Hans-Holger Bauer



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland

Geschäftsführer: Hans-Holger Bauer
Stellv. Geschäftsführer: Markus Weyres

SEB AG
(BLZ 380 101 11)
Konto 102 717 0000
IBAN DE88 3801 0111 1027 1700 00
BIC ESSEDE5F380

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

IK 1099 10998



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland

RUNDSCHREIBEN Nr. 21 / 2000

Kosovo

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

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

21.03.2000

Durchführung des Abkommens im Verhältnis zum Kosovo

Gegenseitige Sachleistungsaushilfe ist nicht durchzuführen

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

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



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

Dr. Neumann-Duesberg

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

Liste der Ortschaften im Kosovo

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

Crmljan – Cërmjan

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

Elezhan - Đeneral Jankovic

Ferizaj – Uroševac
 Fushë Kosovë – Kosovo Polje

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

Hogosht – Ogošte

Istok – Istog
 Irzniq – Rznic

Janjevo – Janjevë
 Junik – Junik

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

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

Magura – Magurë
 Mališevo – Malishevë
 Mamuša – Mamushë
 Miloševo – Milloshëvë
 Mitrovica e Titos
 Mucivrcë – Muçivërc
 Mušutište – Mushtisht

Novo Brdo – Novobërdë

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

Pasjane – Pasjan
 Pec – Pejë
 Podujevo – Podujevë
 Ponoševac – Ponoshec
 Požaranje – Pozharan
 Priluzhe – Prelluzhë
 Priština – Prishtine
 Prizren – Prizren

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

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

Titova Mitrovica – Mitrovica e Titos
 Turicevac – Turiqevc

Ujmirë – Dobra Voda
 Uroševac – Ferizaj

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

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



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung -
Ausland

RUNDSCHREIBEN Nr. 35 / 2000 Kosovo

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

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

31.05.2000

Anspruchsbescheinigungen aus dem Kosovo

Weiterhin keine Sachleistungsaushilfe in Deutschland

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

HEALTH CARE AND HEALTH INSURANCE FUND OF KOSOVA

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



Bei Rückfragen zu diesem
Rundschreiben wenden Sie
sich bitte an
Frau Steudter
Tel. (02 28) 95 30-6 12

Dr. Neumann-Duesberg

DOKU: 190.351;191.40(352)

Direktor: Dr. Rüdiger Neumann-Duesberg

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

Sparkasse Bonn IK 1099 10998
(BLZ 380 500 00)
Konto 200 089 00

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 6

Verhandlungen zum Abschluss eines Zusatzabkommens mit Marokko über die Anwendung der Sachleistungen der Krankenversicherung

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

Sachverhalt:

In der Zeit vom 01.03 bis 03.03.2023 haben deutsch-marokkanische Regierungsgespräche unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA stattgefunden. Gegenstand der Gespräche war der Abschluss eines Zusatzabkommens mit Marokko über die Anwendung der Sachleistungen der Krankenversicherung im Rahmen des Sozialversicherungsabkommens. Die Delegationen haben sich auf gemeinsame Texte für das Zusatzabkommen und die Durchführungsvereinbarung verständigt, nach denen die Sachleistungsaushilfe Anwendung findet. Die Texte werden nun juristisch und sprachlich geprüft, bevor sie unterzeichnet werden.

Das Zusatzabkommen tritt erst nach seiner Ratifizierung in Kraft. Parallel zum Ratifizierungsprozess werden die Verbindungsstellen die existierende Verbindungsstellenvereinbarung ergänzen und die notwendigen Vordrucke vereinbaren. Nach derzeitigem Stand gehen wir davon aus, dass die Vordrucke Ende des Jahres 2023/Anfang 2024 fertig abgestimmt sein werden. Wir beabsichtigen, die Vordrucke den deutschen Krankenkassen so schnell wie möglich zur Verfügung zu stellen, damit die Umsetzung bzw. Implementierung der Vordrucke erfolgen kann. Es besteht Einigkeit mit dem BMAS, dass der Ratifizierungsprozess erst abgeschlossen wird, wenn alle erforderlichen Vordrucke vereinbart und implementiert sind.

Hinsichtlich der Kostenabrechnung wurde im Rahmen der Regierungsgespräche zum Ausdruck gebracht, dass die entstehenden Kosten nach tatsächlichem Aufwand abgerechnet werden sollen.

Beide Delegationen haben die Überlegungen begrüßt, die Prozesse im Bereich der Kostenabrechnung und ggfs. auch weitere Prozesse digital zu gestalten. Die Möglichkeiten der Digitalisierung sollen im Rahmen der Verbindungsstellengespräche geprüft und entsprechende Regelungen in die Verbindungsstellenvereinbarung aufgenommen werden.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass die marokkanische Seite die Verhandlungen bereits 2011 angestoßen und in den Folgejahren vorangetrieben hat. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat im Verlauf der letzten zehn Jahre das BMAS immer wieder darauf hingewiesen, dass die Umsetzung und Implementierung von Vorschriften zur Krankenversicherung, insbesondere zur Leistungsaushilfe, im Verhältnis zu den zu erwartenden Fallzahlen einen hohen Verwaltungsaufwand erfordern. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA die Aufnahme der Leistungsaushilfe in das Sozialversicherungsabkommen daher nicht anzustreben sei. Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Fachkonferenz DVKA über den Beginn sowie den Stand der Verhandlungen zur Ergänzung der Verbindungsstellenvereinbarung regelmäßig informieren.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 7

Versichertenanfragen zur Kranken- oder Pflegeversicherung bei über- und zwischenstaatlichen Sachverhalten; hier: direkter Verweis der Krankenkassen an den GKV-Spitzenverband, DVKA

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

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA verzeichnet in letzter Zeit eine Zunahme der Anfragen von Personen, die sich

- mit Fragen zu ihrer Kranken- oder Pflegeversicherung bei über- und zwischenstaatlichen Sachverhalten an ihre zuständige Krankenkasse gewandt haben und
- von dieser zwecks Klärung direkt an den GKV-Spitzenverband, DVKA verwiesen wurden.

Hierbei handelt es sich z. B. um Personen, die eine oder mehrere Renten beziehen und deren Krankenversicherungsschutz zu klären ist. Der GKV-Spitzenverband, DVKA darf die Personen im Rahmen seiner Zuständigkeit nach § 219a Absatz 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V nur über die geltenden Rechtsgrundlagen informieren. Für die Entscheidung des Einzelfalls ist die Krankenkasse zuständig. Durch den direkten Verweis an den GKV-Spitzenverband, DVKA werden die Personen mit der Sachverhaltsklärung belastet, die Aufgabe der zuständigen Krankenkasse gegebenenfalls in Rücksprache mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA ist. Die Situation ist für alle Beteiligten unbefriedigend, da die Personen oftmals mangels Kenntnis nicht alle notwendigen Informationen an die Krankenkassen weitergeben. Die Krankenkassen müssen gegebenenfalls bei den Personen oder dem GKV-Spitzenverband, DVKA nachfragen, um über den Sachverhalt entscheiden zu können. Das Vorgehen verursacht einen vermeidbaren Mehraufwand.

Daher möchten wir für Folgendes sensibilisieren:

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen sollten Anfragen von Personen zu ihrer Kranken- oder Pflegeversicherung bei über- und zwischenstaatlichen Sachverhalten in ihrer Zuständigkeit beantworten und in diesem Rahmen bei Bedarf mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA klären.

- Ein Verweis der Personen an den GKV-Spitzenverband, DVKA zur Klärung des Sachverhalts sollte vermieden werden.

Es ist Kernaufgabe des GKV-Spitzenverbandes, DVKA die Krankenkassen bei Fragen des über- und zwischenstaatlichen Rechts zu beraten und bei der Anwendung zu unterstützen. Hierfür können sich die Krankenkassen bei Klärungsbedarf jederzeit an den GKV-Spitzenverband, DVKA wenden. Zusätzlich bietet der GKV-Spitzenverband, DVKA ein breitgefächertes Schulungsprogramm für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen an. Sollte darüber hinaus ein weiterer Schulungs- oder Informationsbedarf bestehen, um die Beratung der Krankenkassen zu erleichtern, bitten wir um Nennung der Themen.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer erklären, dass die deutschen gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht auf den GKV-Spitzenverband, DVKA verweisen. Sollte dies in Einzelfällen geschehen, bieten die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer dem GKV-Spitzenverband, DVKA an, mit konkreten Sachverhalten auf die jeweiligen Kassenartverbände zuzugehen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 8

Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland im Zusammenhang mit dem bilateralen Abkommensrecht

Verfasser/in: AOK-Bundesverband

Sachverhalt:

In der Ergebnisniederschrift über die Sitzung der Fachkonferenz der DVKA am 08.10.2021 zu TOP 8 „Erfahrungstausch zu den Auswirkungen bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung auf die Kranken- und Pflegeversicherung“ wurde unter dem Beratungsergebnis folgender Hinweis des GKV-Spitzenverbandes, DVKA (DVKA) in Bezug auf Sachverhalte in Abkommensstaaten festgehalten:

„Auf Rückfrage bestätigt der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass Sachverhalte in Abkommensstaaten anders behandelt werden müssen. Dies liegt daran, dass die Regelungen nicht identisch sind. Im Rahmen der VO (EG) 883/04 gibt es eine Definition einer Beschäftigung sowie den Grundsatz, dass immer nur die Rechtsvorschriften eines Staates gelten können. In den Abkommen finden Sie diese Grundsätze nicht. Eine explizite Regelung in den Abkommen, dass die Beschäftigung zur alleinigen Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften führt, gibt es nicht. Entsprechend kann es zu Doppelversicherungen kommen. Aus diesem Grund können die Krankenkassen insbesondere bei Studierenden, die eine geringfügige Beschäftigung ausüben, beim zuständigen Träger im jeweiligen Abkommensstaat nachfragen, ob eine Versicherung trotz dieser Beschäftigung weiterhin bestehen bleiben kann. Ist dies der Fall, dann muss der Studierende nicht zwingend in Deutschland abgesichert werden.“

Am Beispiel Türkei heißt das, dass also beim Zusammentreffen von geringfügiger Beschäftigung, geringfügiger Selbständigkeit oder Werkstudententätigkeit in Deutschland und gleichzeitiger Anspruchsbescheinigung A/T 9, A/T 11 und A/T 21 nicht zwangsläufig eine Versicherung in Deutschland erfolgen muss. Konkret wird empfohlen, beim zuständigen türkischen Träger anzufragen, ob trotz Erwerbstätigkeit in Deutschland die Versicherung in der Türkei weiterhin vorrangig bestehen bleiben kann.

Die Kassenpraxis hat gezeigt, dass solche Anfragen vom türkischen Träger weder verstanden noch beantwortet werden. Auch die in der Türkei Versicherten erhalten bei persönlicher Vorsprache bei ihrem zuständigen türkischen Träger keine entsprechenden schriftlichen Bestätigungen.

In der Folge kommt erschwerend für die Betroffenen hinzu, dass gleichartige Sachverhalte unterschiedlich rechtlich bewertet und entschieden werden. So ist es in der Praxis möglich, dass sich zwei Studenten, die bei derselben Universität den gleichen Studiengang besuchen und auch beim gleichen Arbeitgeber geringfügig beschäftigt sind, mit einem A/T 11 (Familienangehöriger) an unterschiedliche deutsche Kassen wenden. Im Ergebnis aber wird der eine Student über das deutsch-türkische Sozialversicherungsabkommen betreut, während dem anderen nur die Möglichkeit der Absicherung in der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) oder einer privaten Absicherung in Aussicht gestellt wurde.

Auch ist in Frage zu stellen, ob durch die Akzeptanz der Betreuung in unklarer (oder „schwammiger“) Rechtslage, der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung unberechtigt mögliche Einnahmen vorenthalten werden.

Ziel der Beratung:

Richtlinie/Rundschreiben zur verbindlichen Entscheidungsvorgabe, dass zukunftsorientiert eine Betreuung in den Sachverhalten grundsätzlich durchzuführen oder grundsätzlich nicht durchzuführen ist.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass es bei Sachverhalten im Verhältnis zu Abkommensstaaten grundsätzlich zulässig ist, eine Einschreibung in Deutschland zu Lasten eines ausländischen Trägers bei Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung in Deutschland vorzunehmen und fortzuführen. Eine explizite Regelung, dass die Beschäftigung zur alleinigen Anwendung der deutschen Rechtsvorschriften führt, gibt es in den Abkommen nicht. Es besteht Einvernehmen im Sinne eines bundeseinheitlichen Vorgehens in der Kassenpraxis, dass

- die Krankenkassen für Studierende aus bilateralen Abkommensstaaten, für die gültige Anspruchsbescheinigungen (z. B. A/T 11) vorliegen, für den Anspruchszeitraum auch dann eine Betreuung zulasten des ausländischen Trägers durchführen, wenn diese parallel eine

geringfügige Beschäftigung, geringfügige selbständige Tätigkeit oder eine Tätigkeit als Werkstudierende bzw. Praktikant/Praktikantin (jeweils im Umfang einer geringfügigen Beschäftigung) ausüben und

- die Krankenkassen nicht mehr beim ausländischen Träger nachfragen, ob eine Versicherung trotz dieser Beschäftigung weiterhin bestehen bleiben kann.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 9

Sachverhalte im Zusammenhang mit dem EU-Sektoralabkommen mit der Schweiz

Verfasser/in: AOK-Bundesverband

Sachverhalt:

Mit dem Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über ihre Freizügigkeit vom 30.04.2002 (im Folgenden „Sektoralabkommen“), aktualisiert durch den [Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31.12.2012](#) wird die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit durch den Anhang II (bzw. XI der VO (EG) 883/2004) geregelt, insbesondere die Abweichungen und Besonderheiten gegenüber der Anwendung der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009.

Einige der Abweichungen und Besonderheiten lassen sich nur sehr schwer oder zum Teil gar nicht umsetzen, da selbst die Schweiz als zuständiger Versicherungsstaat oder ggf. aushelfender Träger Teile der Ausnahmen nicht berücksichtigt, die in den DVKA-Rundschreiben [029/2002](#) und [190/2012](#) beschrieben hat. Die Zahl der Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die in die Schweiz zur Arbeit pendeln, wächst stetig. Einer aktuellen Pressemitteilung zufolge, ist diese Zahl innerhalb eines Jahres um 6,1 Prozent gestiegen. Dieser Personenkreis stellt aktuell 7,3 Prozent der Erwerbstätigen in der Schweiz. Von dieser Entwicklung ist nicht nur Deutschland (insbesondere Baden-Württemberg), sondern auch die anderen Nachbarstaaten Frankreich, Italien und Österreich betroffen. Darüber hinaus ist die Schweiz für GKV-Versicherte beliebt für vorübergehende Aufenthalte, zu denen auch gezielte Behandlung in der Schweiz gehören.

Für diese hohe Anzahl der Fälle mit Bezug zur Schweiz besteht ein Abstimmungs- und ggf. Handlungsbedarf, wie die bestehenden geltenden Regelungen sachgerecht modernisiert werden können, insbesondere zu den nachfolgenden Sachverhalten.

1. Keine Aufnahme der Drittstaatenverordnung VO (EG) 1231/10 in das Sektoralabkommen

Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die keine schweizerische oder EU-Staatsangehörigkeit besitzen, sind nicht vom Abkommen erfasst. Für diesen nicht unerheblichen Personenkreis kann auf Basis der VO (EG) 883/2004 keine Leistungsaushilfe am Wohn- oder Aufenthaltsort erbracht werden. Das für Drittstaatsangehörige prinzipiell geltende deutsch-schweizerische Abkommen lässt sich weder in Bezug auf die Anspruchsbescheinigungen noch auf den eingeschränkten Leistungsanspruch realisieren. Die zuständigen Versicherungsträger in der Schweiz stellen Anspruchsbescheinigungen bei Wohnort in Deutschland ungeachtet der Staatsangehörigkeit aus. Auf Nichtakzeptanz (insbesondere aufgrund technischer Hürden) wird mit völligem Unverständnis reagiert. EHIC-Leistungen lassen sich für Drittstaatsangehörige auf beiden Seiten nicht einschränken.

Grundsätzlich gilt, dass ein Versicherungsträger, der eine falsche Anspruchsbescheinigung ausgestellt hat (EHIC oder Wohnortbescheinigung), die daraus resultierenden Kosten bezahlen muss, was nach allgemeinem Kenntnisstand in den Kostenabrechnungen zwischen der Schweiz und Deutschland auch reibungslos läuft.

Allerdings wird auf den Webseiten des Internetauftritts des GKV-Spitzenverbandes, DVKA und in den DVKA-Schulungen zum über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht darauf hingewiesen, dass Drittstaatsangehörige nach dem Sektoralabkommen keinen oder nur einen eingeschränkten Anspruch auf Leistungen haben – leider ohne, dass umsetzbare Lösungen vorliegen.

Für ein gemeinsames, koordiniertes Auftreten innerhalb der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind deshalb möglichst nichtdiskriminierende Lösungen notwendig, um die Leistungsberechtigung der Drittstaatsangehörigen aufgrund des deutsch-schweizerischen Abkommen rechtskonform an das Leistungsniveau und Verfahren nach EU-Recht anzugleichen – was de facto aus vielerlei Gründen bereits gelebt wird.

2. Leistungsansprüche von Grenzgängern, die für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung optiert haben

Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die in der Schweiz arbeiten und aufgrund des Optionsrechts freiwillig in der deutschen GKV versichert sind, haben (wie bisher auch) einen unbeschränkten Leistungsanspruch in der Schweiz. Dieser wird durch den Vordruck E 106 (jetzt PD S1 bzw. SED S072) dokumentiert, auf dem das Feld „Grenzgänger“ und die Adresse des Versicherten in Deutschland anzugeben ist (Abschnitt 3.2.2 [DVKA-Rundschreiben 2012/190 vom 20.04.2012](#)).

Im Anhang II zum Sektoralabkommen und Anhang XI der VO (EG) 883/2004 steht jedoch unter 5.: *„Für Personen, die in der Schweiz arbeiten, aber nicht dort wohnen und die aufgrund von Nummer 3 Buchstabe b der gesetzlichen Krankenversicherung ihres Wohnstaats angehören sowie für deren Familienangehörige gelten während ihres Aufenthalts in der Schweiz die Bestimmungen von Art. 19 der Verordnung.“*

Das bedeutet, dass Grenzgängerinnen und Grenzgänger, für die deutsches Krankenversicherungsrecht gilt, obwohl sie einer Beschäftigung in der Schweiz nachgehen, nach dem Sektoralabkommen medizinisch notwendige Behandlung während des Aufenthalts in der Schweiz mit der EHIC erhalten.

In diesem Zusammenhang ist eine Klärung notwendig, ob dieser – über den Anspruch aus dem Abkommen hinausgehende – Leistungsanspruch noch sachgerecht und rechtskonform ist, beispielsweise durch zusätzliche Vereinbarungen mit der Schweiz. In diesem Zusammenhang ist zu klären,

- ob ein PD S1 oder SED S072 mit Wohnort in Deutschland eine gültige Anspruchsbescheinigung für einen anderen Staat sein kann,
- inwieweit der Beschluss S6 für diese Fälle gilt. Wie kann eine turnusmäßige, datenschutzkonforme Überprüfung der Bestandsfälle erfolgen?
- welche Daten bei einem Antrag auf eine Anspruchsbescheinigung mit unbeschränktem Leistungsanspruch für den Beschäftigungsstaat erhoben werden dürfen.

3. Sachleistungen der schweizerischen Unfallversicherungsträger bei Nichtberufsunfällen

Die schweizerische Unfallversicherung leistet für Nichtberufsunfälle (Freizeitunfälle) – auch dann, wenn für die in der Schweiz beschäftigte Person aufgrund des Optionsrechts deutsches Krankenversicherungsrecht gilt und diese Person bei einer deutschen Krankenkasse freiwillig versichert ist.

Mit den Rundschreiben [066/2006](#), [2012/190](#), und [2021/559](#) hat der GKV-Spitzenverband, DVKA über die Regelungen, Kostenteilung und die Kostenabwicklung ohne Einbindung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, wenn der Behandlungsort in der Schweiz ist, informiert. Die

leistungsrechtliche Anspruchsprüfung erfolgt nachgelagert, wenn die Rechnung des schweizerischen Unfallversicherungsträgers (mittels Vordruck E 125) vorliegt.

Ist der Behandlungsort in Deutschland, werden von den schweizerischen Unfallversicherungsträgern PD S2 ausgestellt, unabhängig davon, ob der Patient in Deutschland GKV-versichert ist, oder im Rahmen eines originären Betreuungsverhältnisses (Art 17. Art., 20 VO (EG) 883/2004) zu führen ist. Für GKV-Versicherte ist die Kostenabwicklung trotz Ausstellung des PD S2 ohne Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA durchzuführen.

Für diesen Sondersachverhalt ist ein digitalisierter Verfahrensablauf und die digitalisierte Kostenabrechnung bzw. -abwicklung notwendig. Der Sachleistungsanspruch in beiden Staaten und die daraus resultierende Kostenabrechnung erfolgt aus Abkommens- und EU-Recht. Mit einer Integrierung in die normalen technischen Ablaufstrukturen, inkl. S2-Verfahren für beide Versicherungsträger und einer Kostenabrechnung über den GKV-Spitzenverband, DVKA werden Arbeitsabläufe qualitativ sicher und effizient. Ein manueller, papierbasierter Prozess passt nicht in die bestehenden digitalen Arbeitsabläufe und ist umständlich und fehleranfällig. Sollte hier ausnahmsweise auf eine Direktabrechnung zwischen den Trägern nicht verzichtet werden können, sollte die Kostenabrechnung trotzdem in der gleichen technisch gestützten Weise wie bei einer Abrechnung über den GKV-Spitzenverband, DVKA erfolgen können, nur eben direkt an den schweizerischen Unfallversicherungsträger.

Ziel der Beratung:

Beratung und Abstimmung über die Anforderungen und Möglichkeiten, die Sondersachverhalte in Bezug auf die Schweiz rechtskonform zeitgemäß zu gestalten.

Beratungsergebnis:

1. Keine Aufnahme der Drittstaatenverordnung VO (EG) 1231/10 in das Sektoralabkommen

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat das Thema gegenüber dem BMAS adressiert. Dieser Punkt soll im Rahmen von Gesprächen mit der Schweiz auf ministerieller Ebene erörtert werden, die in diesem Jahr geplant sind. Die Gemeinsame Einrichtung KVG sieht keine Probleme bei der Kostenabrechnung, wenn Träger in der Schweiz Anspruchsbescheinigungen für Drittstaatsangehörige ausstellen. Das von einer Beanstandung aufgrund einer Drittstaatsangehörigkeit abgesehen wird, kann jedoch nicht garantiert werden, es ist aber unwahrscheinlich. Da es sich hierbei um eine Frage handelt, die nur auf ministerieller Ebene entschieden werden kann, sind die Ergebnisse der anstehenden Gespräche abzuwarten.

2. Leistungsansprüche von Grenzgängern, die für die deutsche gesetzliche Krankenversicherung optiert haben

Für diese Personen haben das deutsche und das schweizerische zuständige Ministerium 1999 vereinbart, dass sie einen unbeschränkten Leistungsanspruch in der Schweiz haben. In Abstimmung mit der schweizerischen Seite ist für diesen Personenkreis auch weiterhin das Portable Dokument PD S1 oder das SED S072 trotz des Wohnortes in Deutschland eine gültige Anspruchsbescheinigung für die Leistungsanspruchnahme in der Schweiz. Die Gemeinsame Einrichtung KVG erkennt diese Fälle aufgrund des Wohnsitzes in Deutschland. Das Portable Dokument PD S1 bzw. SED S072 bestätigt die Gemeinsame Einrichtung KVG per SED S073. Sollte nur eine EHIC vorgelegt werden, fordert die Gemeinsame Einrichtung KVG eine Anspruchsbescheinigung an. Der Beschluss S6 gilt auch für diese Fälle. Die turnusmäßige, datenschutzkonforme Überprüfung der Bestandsfälle sollte mit einem formlosen Schreiben erfolgen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird ein Muster für eine Überprüfung der Bestandsfälle erstellen und den Krankenkassen zur Verfügung stellen. Auch dieses Thema soll Gegenstand der für dieses Jahr geplanten Gespräche auf ministerieller Ebene sein.

3. Sachleistungen der schweizerischen Unfallversicherungsträger bei Nichtberufsunfällen

Eine Abrechnung per EESSI ist mit den schweizerischen UV-Trägern nicht möglich, da sie sich nicht als KV-Träger für den S_BUC_19a + b eintragen lassen (können). Eine Direktabrechnung zwischen Krankenkassen und UV-Trägern dürfte ausscheiden, da die deutsche Krankenkasse als zuständiger Träger einen S_BUC 19 starten müsste. Dies ist so (bisher) nicht vorgesehen. Eine (verpflichtende) Abrechnung über EESSI ist angesichts der geringen Fallzahlen auch nicht erstrebenswert. Die hohen Kosten für eine Systemanpassung zur EESSI-Abrechnung würden in einem Missverhältnis zu den geringen Fallzahlen stehen. Die Anpassung des Sonderverfahrens (50/50-Kostenteilung) wird Gegenstand der geplanten Gespräche mit der Schweiz auf ministerieller Ebene sein.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 10

Stand der Forderungen

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

Anlagen:

- Forderungsübersicht mit Stand 31.01.2023
-

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 31.01.2023 können der als Anlage beigefügten Präsentation entnommen werden. Es werden jeweils die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zu der Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 22.09.2022 (Stand: 01.08.2022) ausgewiesen.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert einige Hintergründe zu aktuell überfälligen deutschen Forderungen. Teilweise sind seitens der ausländischen Verbindungsstellen bereits Zahlungen angekündigt (z.B. Dänemark, Ungarn) oder die Bearbeitung von zuvor eingegangenen Beanstandung stand zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch aus (insbesondere Frankreich, Luxemburg). Bei Griechenland und Portugal erfolgt der Forderungsausgleich in der Regel erst nach Fristablauf durch Verrechnung. Schwierig stellt sich die Situation vor allem im Falle von Italien und Rumänien dar. Mit beiden Staaten steht der GKV-Spitzenverband, DVKA in Kontakt und plant zeitnahe bilaterale Gespräche. Positiv hervorzuheben sind wiederum die Bemühungen der türkischen Verbindungsstelle, die zuletzt den Betrag der ausstehenden deutschen Forderungen weiter deutlich reduzieren konnte.

Im Falle von ausländischen Forderungen betreffen die überfälligen Außenstände in der Regel nur einige wenige Krankenkassen, welche jeweils die Zahlungsfrist haben verstreichen lassen. Problematisch sind überfällige Außenstände insbesondere deshalb, da aufgrund der aktuellen Zinsentwicklung inzwischen wieder Verzugszinsen auf zu spät bezahlte Forderungen erhoben werden können. Insbesondere die polnische Verbindungsstelle hat bereits zu erkennen gegeben, dass sie von diesem Mittel Gebrauch machen wird. Insofern sollten die deutschen Krankenkassen Sorge dafür tragen, dass unbeanstandete ausländische Forderungen fristgerecht bezahlt werden. Darüber hinaus ist zu beachten, dass mit den Staaten Griechenland, Portugal, Montenegro, Nordmazedonien und Serbien Verrechnungsvereinbarungen bestehen. Der Forderungsausgleich durch die Krankenkassen in Bezug auf ausländische Forderungen dient hier als Basis für den Ausgleich von deutschen Forderungen. In Bezug auf Portugal und Nordmazedonien werden aktuell mehrere Abrechnungsjahre von ausländischen Forderungen nach pauschalem Aufwand an die Krankenkassen weitergeleitet, wovon sich der GKV-Spitzenverband, DVKA einen baldigen Anstieg der Verrechnungsmasse zum Ausgleich deutscher Forderungen verspricht.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

Deutsche Forderungen gegenüber Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	> 18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeant.	beant.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Belgien	0,25	0,34	0,59	(-0,07)	8,01	(-18,41)	8,60	(-18,48)
Bulgarien	0,78	0,77	1,55	(-0,26)	26,67	(-9,88)	28,21	(-10,13)
Dänemark	9,47	0,00	9,47	(-9,11)	36,92	(+6,07)	46,39	(-3,04)
Estland			0,00	(+0,00)	0,68	(+0,12)	0,68	(+0,12)
Finnland		0,01	0,01	(+0,01)	1,68	(-0,13)	1,69	(-0,13)
Frankreich	14,90	10,26	25,16	(+4,30)	47,99	(-0,21)	73,15	(+4,09)
Griechenland	17,39	1,03	18,41	(+4,83)	15,12	(-3,18)	33,53	(+1,64)
Irland	1,86	0,22	2,08	(+0,38)	1,85	(-0,31)	3,92	(+0,07)
Island	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,46	(+0,09)	0,47	(+0,09)
Italien	37,30	4,21	41,51	(+18,56)	56,93	(-1,08)	98,45	(+17,48)
Kroatien	0,11	0,76	0,87	(+0,55)	14,18	(-2,72)	15,06	(-2,17)
Lettland		0,02	0,02	(+0,01)	8,74	(-1,32)	8,76	(-1,31)
Liechtenstein	0,03	0,00	0,03	(+0,02)	1,38	(-0,05)	1,40	(-0,03)
Litauen	0,29	0,01	0,30	(+0,29)	0,59	(-6,52)	0,89	(-6,23)
Luxemburg	1,75	1,51	3,27	(+1,37)	38,24	(-52,67)	41,51	(-51,30)
Malta		0,00	0,00	(-0,00)	0,17	(-0,02)	0,17	(-0,02)
Niederlande	0,03	6,48	6,52	(+1,75)	130,15	(-50,61)	136,66	(-48,85)
Norwegen	0,00	0,04	0,04	(+0,03)	6,71	(+0,44)	6,75	(+0,46)
Österreich	0,79	10,56	11,35	(+0,41)	112,20	(-2,38)	123,54	(-1,98)
Polen	0,00	9,03	9,03	(-0,76)	149,55	(-0,55)	158,58	(-1,31)
Portugal	6,08	0,05	6,13	(+2,27)	5,80	(-1,02)	11,93	(+1,26)
Rumänien	6,87	11,28	18,16	(+4,71)	81,18	(+9,52)	99,33	(+14,23)
Schweden		0,09	0,09	(+0,05)	7,32	(+1,45)	7,41	(+1,51)
Schweiz	0,02	0,24	0,26	(+0,00)	140,19	(+3,43)	140,45	(+3,43)
Slowakei	0,59	0,27	0,86	(+0,14)	12,56	(+0,55)	13,43	(+0,69)
Slowenien		0,02	0,02	(-0,01)	9,18	(+2,62)	9,20	(+2,60)
Spanien	0,09	2,37	2,47	(+0,44)	19,19	(-1,35)	21,66	(-0,91)
Tschechien	0,65	0,40	1,05	(+0,71)	11,70	(-2,53)	12,75	(-1,81)
Ungarn	3,69	1,22	4,91	(+3,22)	18,08	(+6,00)	22,98	(+9,22)
Verein. Königreich	0,10	1,32	1,42	(-6,71)	47,84	(+7,20)	49,26	(+0,49)
Zypern	0,00	0,01	0,01	(+0,00)	9,20	(-1,32)	9,21	(-1,32)
GESAMT	103,03	62,54	165,58	(+27,11)	1020,43	(-118,77)	1186,01	(-91,66)

Deutsche Forderungen gegenüber Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien und Herzegowina (Föderation)	2,98	(-0,35)
Bosnien und Herzegowina (Republik Srpska)	0,69	(+0,04)
Marokko		(+0,00)
Montenegro	1,27	(+0,00)
Nordmazedonien	3,98	(+0,16)
Serbien	1,48	(-1,67)
Tunesien	0,00	(-0,01)
Türkei	17,16	(-9,33)
GESAMT	27,57	(-11,15)

Stand: 31.01.2023

Ausländische Forderungen von Mitgliedstaaten (Mio. EUR)

Staat	> 18 Monate*				< 18 Monate**		GESAMT	Entwicklung
	unbeanst.	beanst.	gesamt	Entwicklung	gesamt	Entwicklung		
Belgien	0,13	1,34	1,47	(+0,01)	16,83	(-1,16)	18,29	(-1,15)
Bulgarien	0,00	0,04	0,04	(+0,01)	2,03	(+0,85)	2,07	(+0,86)
Dänemark	0,02	0,80	0,82	(-0,01)	5,91	(-1,02)	6,73	(-1,02)
Estland	0,00	0,02	0,02	(-0,00)	0,34	(+0,09)	0,36	(+0,09)
Finnland	0,01	0,02	0,03	(-0,00)	1,59	(+0,94)	1,62	(+0,94)
Frankreich	2,47	10,29	12,76	(+3,13)	133,84	(-9,30)	146,60	(-6,17)
Griechenland	0,41	5,61	6,02	(-2,92)	27,60	(+11,80)	33,61	(+8,89)
Irland	0,58	0,16	0,74	(+0,03)	0,88	(+0,70)	1,62	(+0,73)
Island	0,00	0,03	0,03	(-0,00)	0,79	(+0,62)	0,82	(+0,62)
Italien	0,67	4,45	5,12	(+0,76)	18,17	(-13,80)	23,29	(-13,04)
Kroatien	0,45	0,40	0,84	(+0,27)	28,82	(-2,86)	29,66	(-2,59)
Lettland	0,00	0,00	0,00	(+0,00)	0,32	(+0,25)	0,32	(+0,25)
Liechtenstein	0,00	0,03	0,03	(-0,01)	0,08	(-0,04)	0,11	(-0,05)
Litauen	0,00	0,07	0,08	(+0,04)	0,94	(-0,83)	1,02	(-0,79)
Luxemburg	0,01	0,01	0,02	(-0,05)	3,82	(-2,71)	3,84	(-2,76)
Malta		0,00	0,00	(-0,00)	0,26	(+0,08)	0,26	(+0,08)
Niederlande	0,14	1,58	1,72	(+0,09)	26,08	(-9,38)	27,80	(-9,29)
Norwegen	0,17	0,10	0,28	(+0,11)	1,22	(+0,19)	1,50	(+0,30)
Österreich	0,78	1,24	2,02	(-0,41)	140,82	(+6,22)	142,84	(+5,81)
Polen	1,24	4,33	5,57	(+1,11)	42,46	(+1,82)	48,03	(+2,93)
Portugal	1,60	20,57	22,17	(+3,26)	2,19	(-4,34)	24,36	(-1,08)
Rumänien	0,00	0,07	0,07	(-0,00)	0,82	(+0,39)	0,89	(+0,38)
Schweden	0,34	0,27	0,61	(+0,45)	6,43	(+0,81)	7,04	(+1,26)
Schweiz	0,11	1,25	1,36	(-0,01)	65,15	(+7,96)	66,51	(+7,95)
Slowakei	0,01	0,12	0,12	(-0,01)	4,84	(-0,27)	4,96	(-0,28)
Slowenien	0,01	0,06	0,07	(+0,01)	7,59	(+0,86)	7,65	(+0,87)
Spanien	6,08	6,56	12,64	(+6,75)	56,24	(-34,78)	68,88	(-28,03)
Tschech. Republik	0,10	0,82	0,92	(-0,00)	50,32	(+23,33)	51,24	(+23,33)
Ungarn	0,08	0,78	0,86	(+0,34)	5,21	(-1,85)	6,07	(-1,51)
Verein. Königreich	0,52	1,60	2,12	(+0,40)	3,35	(+1,82)	5,47	(+2,22)
Zypern	0,01	0,00	0,01	(+0,00)	0,21	(-0,01)	0,22	(-0,00)
GESAMT	15,95	62,62	78,56	(+13,35)	655,13	(-23,59)	733,69	(-10,24)

Ausländische Forderungen von Abkommensstaaten (Mio. EUR)

Staat	GESAMT	Entwicklung
Bosnien und Herzegowina (Föderation)	1,20	(+0,10)
Bosnien und Herzegowina (Republik Srpska)	1,25	(+0,29)
Marokko	0,00	(-0,00)
Montenegro	0,08	(-0,01)
Nordmazedonien	2,03	(+1,86)
Serbien	2,36	(+0,80)
Tunesien		(+0,00)
Türkei	19,57	(-13,24)
GESAMT	26,49	(-10,20)

Stand: 31.01.2023

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 11

Entwicklung Ausgleichsbeträge

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 02.02.2023 dar. Es werden jeweils die Veränderungen gegenüber der Beratungsunterlage zur Sitzung der Fachkonferenz DVKA vom 22.09.2022 (Stand: 01.08.2022) ausgewiesen:

Staat	Ausgleichsbetrag	Veränderung
Bosnien u. Herzegowina (Föderation)	78.053,04 €	(-94,96 €)
Bosnien u. Herzegowina (Srpska)	111.881,17 €	(0,00 €)
Bulgarien	-457,35 €	(+63,68 €)
Dänemark	64.447,26 €	(+287,04 €)
Island	38.543,74 €	(-21,53 €)
Kroatien	481.664,59 €	(+358.013,24 €)
Liechtenstein	-4.736,71 €	(-3.522,25 €)
Nordmazedonien	18.439,86 €	(0,00 €)
Norwegen	74.517,76 €	(-32.213,86 €)
Polen	2.152.922,29 €	(-201.583,02 €)
Rumänien	11.210,02 €	(-5.695,60 €)
Schweden	754.644,11 €	(+240.645,10 €)
Schweiz	-2.295.119,03 €	(-1.599.814,13 €)
Serbien	373.175,72 €	(-2.710,89 €)
Tschechien	-1.557.269,43 €	(-860.376,01 €)

Türkei	8.900.834,01 €	(+712.866,63 €)
Ungarn	1.255.361,33 €	(+420.971,90 €)
Vereinigtes Königreich	-168.298,45 €	(+46.705,65 €)
GESAMT	10.289.813,93 €	(-926.479,01 €)

Sowohl der Schweizer Franken als auch die Tschechische Krone haben im Jahr 2022 spürbar gegenüber dem Euro aufgewertet. Infolgedessen sind beim Forderungsausgleich gegenüber diesen beiden Staaten zuletzt deutliche Fehlbeträge entstanden, die voraussichtlich nicht kurzfristig nivelliert werden können. Der GKV-Spitzenverband, DVKA spricht sich vor diesem Hintergrund für eine vorübergehende Erweiterung der üblichen Anpassungsspanne für die Berechnung des Wechselkurses für neu eingehende Forderungen aus dem Ausland aus. Anstatt der üblichen Spanne von +/-5% wird in Bezug auf die Schweiz und Tschechien eine Spanne von bis zu +/-10% vorgeschlagen, bis die Kontenzielbeträge von 1.750.000,00 EUR (CH) und 300.000,00 EUR (CZ) erreicht sind.

Aufgrund der weiterhin andauernden Bemühungen zum nachhaltigen Ausgleich von türkischen Forderungen nach tatsächlichem Aufwand, insbesondere aus den Jahren 2017–2021, haben sich aktuell zusätzliche Ausgleichsbeträge ergeben. Der GKV-Spitzenverband, DVKA spricht sich daher dafür aus, mit Zustimmung der Kassenartverbände erneut 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 sähe in diesem Fall folgendermaßen aus:

Kassenart	Anteil (gerundet)	Betrag (EUR)
AOK	55,7%	4.458.125,93
BKK	18,6%	1.488.254,83
KBS	13,2%	1.053.299,70
VDEK	7,3%	581.285,72
IKK	5,2%	419.028,49
SVLFG	0,0%	5,87
Gesamt	100,00%	8.000.000,54

Im Fall von anhaltenden Aufwertungen von Fremdwährungen gegenüber dem Euro ist auch ein gegenteiliges Szenario im Vergleich zur Entwicklung in Bezug auf die Türkei denkbar. In einem solchen Fall könnten fehlende Ausgleichsbeträge ggf. nicht mehr allein durch Wechselkursanpassungen aufgefangen werden. Insofern kann nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, dass in Extremsituationen in umgekehrter Richtung Fehlbeträge z. B. im Rahmen einer Umlage ausgeglichen werden müssten. Sofern sich in der Praxis Anzeichen hierfür ergeben, wird der GKV-Spitzenverband, DVKA frühzeitig auf die Situation aufmerksam machen.

Ziel der Beratung:

Beratung und Meinungsbild. Rückmeldung der Teilnehmenden, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, damit ggf. Ausgleichszahlungen aufgrund anhaltender Aufwertungen von Fremdwährungen möglich sind.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Sie unterstützen die vorgeschlagene Erweiterung des Rahmens für Wechselkursanpassungen in Bezug auf schweizerische und tschechische Forderungen auf +/- 10%. Darüber hinaus befürworten sie die vorgeschlagene Ausschüttung von Ausgleichsbeträgen in Höhe von 8.000.000,54 EUR in Bezug auf türkische Forderungen.

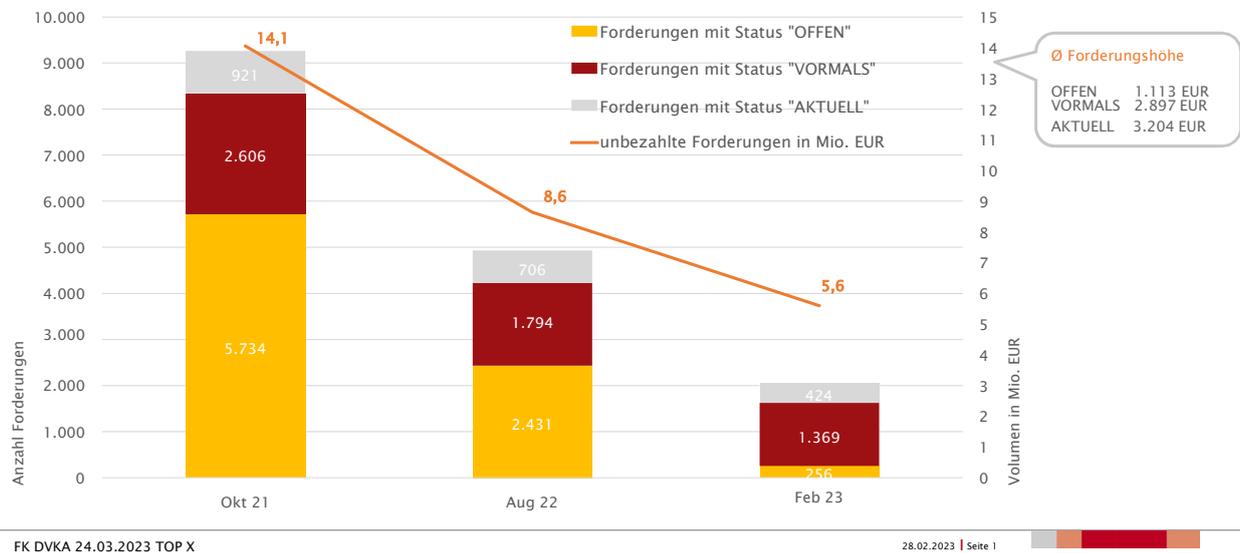
Ein Kassenartverband bittet darum, die in der Beratungsunterlage enthaltene Übersicht um die Angabe der staatenbezogenen Kontenzielbeträge zu erweitern. Zudem wird angeregt, die Betragsentwicklung in Diagrammform darzustellen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt die Überarbeitung der Darstellung im Rahmen der Vorbereitungen auf die nächste Sitzung der Fachkonferenz DVKA zu.



Abb. 1 – S11 erste Tranche:
Anzahl & Volumen unbezahlter dt. Forderungen
Stand 02/2023



DVKA Deutsche
Versicherungsgeselle
Krankenkassenversicherung –
Austland



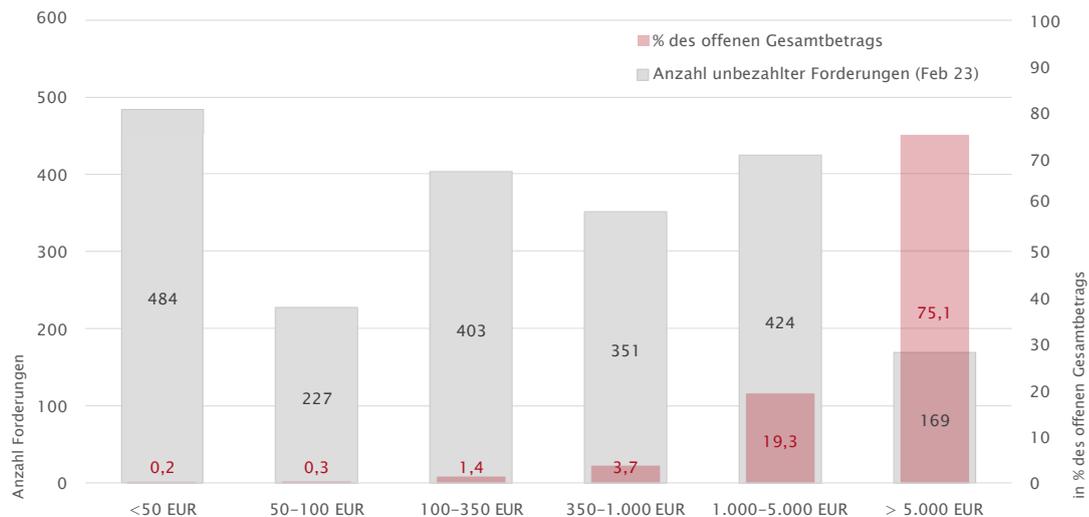
FK DVKA 24.03.2023 TOP X

28.02.2023 | Seite 1

Abb. 2 – S11 erste Tranche:
Höhe der dt. Forderungen & Anteil am Gesamtbetrag
Stand 02/2023



DVKA Deutsche
Versicherungsgeselle
Krankenkassenversicherung –
Austland



FK DVKA 24.03.2023 TOP X

28.02.2023 | Seite 2

Abb. 3 – S11 erste Tranche: Unbezahlte dt. Forderungen nach Debitorstaat

Stand 02/2023



DVKA Deutsche
Versicherungsgeselle
Krankensicherung –
Aussland

	Anzahl unbezahlter dt. Forderungen	Volumen unbezahlter dt. Forderungen (EUR)	in % des Gesamtvolumens
Rumänien	647	2.605.691	46,56
Niederland	308	744.660	13,31
Österreich	277	650.752	11,63
Luxemburg	152	360.435	6,44
Griechenland	135	91.539	1,64
Ungarn	107	53.225	0,95
Vereinigtes Königreich	98	102.405	1,83
Polen	89	248.484	4,44
Italien	83	338.487	6,05
Spanien	73	109.787	1,96
Frankreich	52	140.393	2,51
Bulgarien	13	86.248	1,54
Belgien	8	698	0,01
Kroatien	7	27.394	0,49
Tschechien	6	35.316	0,63
Schweiz	3	406	0,01
GESAMT	2.058	5.595.918	100

FK DVKA 24.03.2023 TOP X

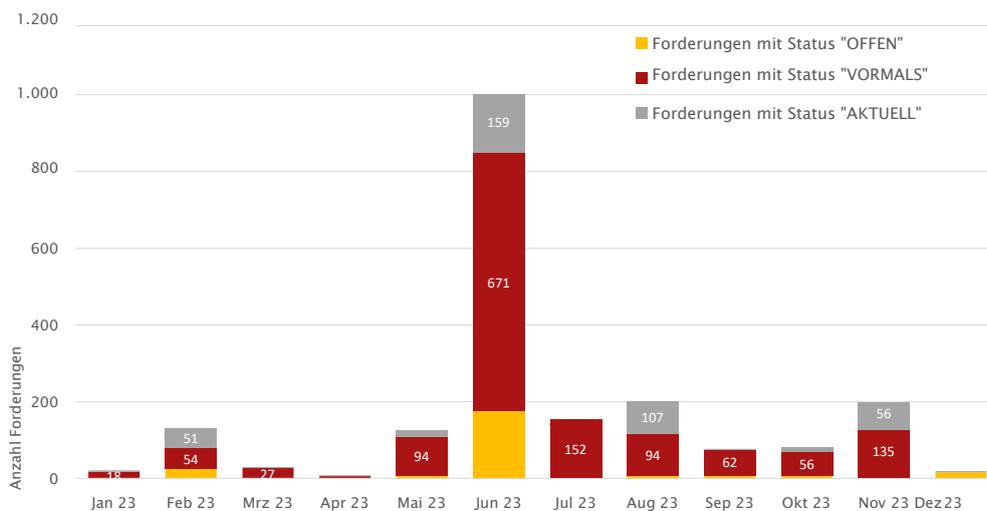
28.02.2023 | Seite 3

Abb. 4 – S11 erste Tranche: Unbezahlte dt. Forderungen nach Fristablauf (gem. Art. 19 Beschluss S11)

Stand 02/2023



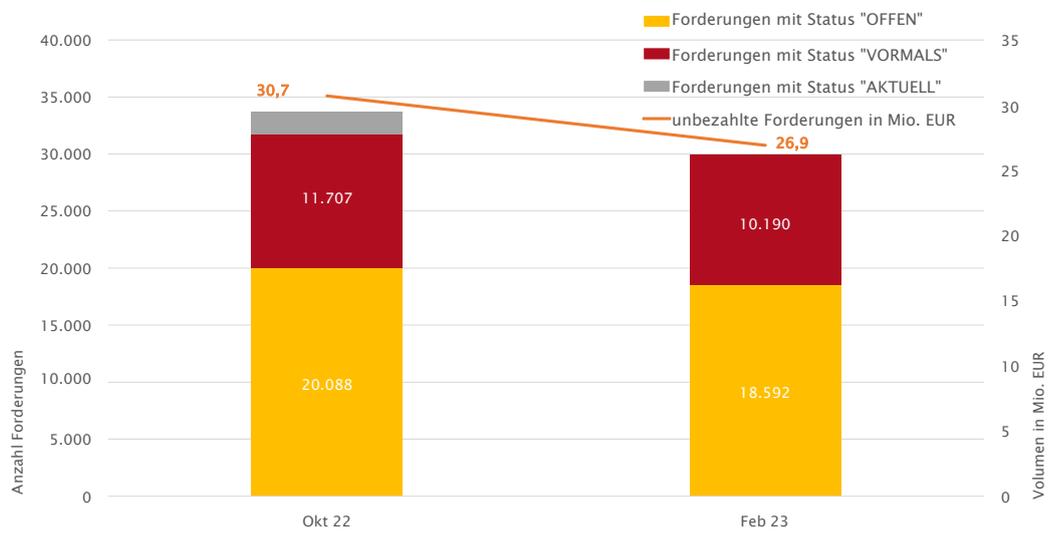
DVKA Deutsche
Versicherungsgeselle
Krankensicherung –
Aussland



FK DVKA 24.03.2023 TOP X

28.02.2023 | Seite 4

Abb. 5 – S11 zweite Tranche
 Anzahl & Volumen unbezahlter dt. Forderungen
 Stand 02/2023



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 12

Endgültige Forderungsklärung gemäß Beschluss Nr. S11 – Sachstand

Verfasser/in: Simone Grimmeisen / GKV-Spitzenverband, DVKA

Anlagen:

- Datenauswertung S11 (Abb. 1–5)
-

Sachverhalt:

Entsprechend der Erörterung im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 08.10.2021 berichten wir nachfolgend erneut über aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der endgültigen Forderungsklärung gem. Art. 19 des Beschlusses Nr. S11 der Verwaltungskommission. Im zweiten Teil der Beratungsunterlage stellen wir dann die sich daraus ergebenden Bearbeitungsgrundsätze für deutsche Forderungen der „ersten Tranche“ dar.

1. Entwicklung und aktuelle Situation der endgültigen Forderungsklärung

Bekanntlich regelt Art. 19 des Beschlusses S11 die endgültige Klärung von Forderungen nach den neuen Verordnungen. Absatz 1 des Artikels 19 sieht für (strittige) Forderungen ab dem Rechnungsjahr 2018 eine Begrenzung der Klärungsfrist auf 60 Monate vor. Sofern in diesem Zeitraum keine bilaterale Klärung erzielt werden kann und die Forderungen auch nicht beim Rechnungsausschuss zur Schlichtung eingereicht wurde, ist die Forderung hinfällig. Für die Rechnungsjahre 2010–2017 sieht Absatz 2 des Artikels 19 Übergangsfristen vor: Die alten Forderungsjahre werden in drei Abschnitten in den Jahren 2023–2025 abgeschlossen (vgl. auch unser Rundschreiben Nr. 495/2021).

Seit rund einem Jahr bemüht sich der der GKV-Spitzenverband, die unbezahlten deutschen Forderungen zu klären und abzuschließen, für die die Frist zur Eröffnung des Schlichtungsverfahrens gem. Art. 67 Abs. 7 der VO (EG) 987/09 i. V. m. Art. 19 Beschluss S11 im Laufe des Jahres 2023 ausläuft. Es handelt sich hierbei um Forderungen, die im Jahr 2018 sowie in den Jahren 2010–2013 im Ausland eingereicht wurden. Intern fassen wir die vorbenannten Forderungsjahre unter dem Begriff „erste Tranche“ zusammen.

Auf den im Oktober 2021 angestoßenen Datenabgleich zwischen den deutschen Krankenkassen und dem GKV-Spitzenverband, DVKA – zu ausländischen und deutschen Forderungen der ersten Tranche erfolgte ab Februar 2022 zunächst der Versand von Listen mit unbezahlten deutschen Forderungen an die ausländischen Verbindungsstellen. Zwischen März und Dezember schlossen sich dann mannigfaltige bilaterale Klärungsbemühungen an – sowohl schriftlich als auch im Rahmen zahlreicher Gespräche zwischen den beteiligten Stellen.

Im Ergebnis konnte in der ersten Phase der nationalen bzw. bilateralen Forderungsklä rung eine erhebliche Reduktion der ausstehenden deutschen Forderungen für die erste Tranche erreicht werden. Gleichzeitig musste Ende 2022 aber auch konstatiert werden, dass mit über 2.200 Forderungen und einem offenen Volumen von rd. 6 Mio. EUR weiterhin eine substantielle Zahl deutscher Forderungen aus der ersten Tranche noch nicht abschließend geklärt werden konnten.

Die im **Anhang aufgeführten Abbildungen** geben einen Überblick über die aktuelle Situation des S11-Verfahrens. Sie zeigen,

- wie sich die unbezahlten deutschen Forderungen der ersten Tranche zwischen Oktober 2021 und Februar 2023 entwickelt haben. (**Abb. 1**)
- welches Volumen die aktuell noch unbezahlten deutschen Einzelforderungen aufweisen und wie sich das Gesamtvolumen auf die Einzelforderungen verteilt. (**Abb. 2**)
- welche Schuldnerstaaten bei den deutschen Forderungen aus der ersten Tranche mit welchen Anteilen betroffen sind. (**Abb. 3**)
- in welchem Monat des Jahres 2023 die noch unbezahlten deutschen Forderungen beim Schlichtungsgremium vorzulegen sind, um sie vor der Hinfälligkeit zu schützen. (**Abb. 4**)
- wie sich die unbezahlten deutschen Forderungen der zweiten Tranche zwischen Oktober 2022 und Februar 2023 entwickelt haben. (**Abb. 5**)

2. Bearbeitungsgrundsätze für die deutschen Forderungen der ersten Tranche

Betrachtet man die im Anhang dargestellten Daten, so wird deutlich, dass in den kommenden Monaten des Jahres 2023 eine große Anzahl von deutschen Forderungen auf ihre Vorlagefähigkeit beim Schlichtungsgremium geprüft und dann in einem zweiten Schritt ggfs. auch zur Einreichung vorbereitet werden muss.

Dieser Prozess, der in der Unterabteilung 3260 des GKV-Spitzenverbands, DVKA zusätzlich zum laufenden Kostenabrechnungs- und Beanstandungsverfahren bewerkstelligt werden muss, ist sehr ressourcenintensiv und zudem zeitkritisch.

Zusätzlich zur Finalisierung der ersten Tranche hat die Unterabteilung bereits den Klärungsprozess für die zweite Tranche (Rechnungsjahre 2019 und 2014–2015) eingeleitet. Im Vergleich zur ersten Tranche sind diese Jahre durch ein deutlich höheres Ausgangsniveau gekennzeichnet (vgl. Abb. 5). Parallel sind Stellungnahmen zu Anträgen ausländischer Stellen beim Schlichtungsausschuss zu bearbeiten, in denen deutsche Krankenkassen als Schuldner benannt sind. Diese sind in einem engen Zeitfenster zu beantworten, in der Regel innerhalb von 2 Wochen. Dabei ist es jedoch ex ante kaum möglich, die Anzahl dieser Fälle bzw. deren Komplexität zu prognostizieren (vgl. Fachkonferenz DVKA 09/2022).

Aufgrund der dargestellten Entwicklungen im Zusammenhang mit der endgültigen Forderungsklä rung nach Beschluss S11 ergibt sich für die Jahre 2023–2025 eine temporäre starke zusätzliche Arbeitsbelastung für die Unterabteilung 3260 der DVKA. Diese wird voraussichtlich erst ab dem Jahr 2026 absinken, da dann die Übergangsjahre abgeschlossen sind.

Vor dem Hintergrund, dass die regulären Beanstandungsprozesse wie gewohnt weiterlaufen und die EESSI–Kostenabrechnungsprozesse gleichzeitig nicht wie erwartet zu einer Verringerung des Arbeitsaufwands beitragen, ist eine operative Priorisierung und Standardisierung der Bearbeitung der S11–Forderungen durch die Abteilung 3260 der DVKA in den kommenden drei Jahren unvermeidbar. Diese soll eine effiziente Bearbeitung der verbliebenen deutschen Forderungen ermöglichen. Konkret beabsichtigt der GKV– Spitzenverband, DVKA, bei der Bearbeitung der unbezahlten, zeitkritischen deutschen Forderungen aus der ersten Tranche ab 04/2023 folgende Grundsätze anzuwenden:

1. Alle **unbeanstandeten bzw. nicht innerhalb der Frist beanstandeten und unbezahlten** deutschen Forderungen der ersten Tranche werden unabhängig von der Forderungshöhe anhand von Sammelanträgen je Land beim Schlichtungsgremium eingereicht.
2. Für die **beanstandeten und unbezahlten deutschen Forderungen** gilt Folgendes:
 - a) Es werden nur die deutschen Forderungen beim Schlichtungsausschuss eingereicht, bei denen der **Anspruch mit den entsprechenden Unterlagen zweifelsfrei begründet** werden kann.
 - b) Prioritär werden zunächst die 361 **Hochpreisfälle (= Forderungen >3.000 EUR)** auf ihre Vorlagefähigkeit beim Schlichtungsgremium geprüft und bei entsprechender Eignung ein Antrag ausgearbeitet. Diese Forderungen machen rd. 85 % des Gesamtbetrags aus.
 - c) In einem weiteren Schritt werden – je Fälligkeitsmonat – die **zwischen 350 und 3.000 EUR** liegenden Forderungen auf ihre Vorlagefähigkeit hin überprüft. Sollte es hierbei zu Bearbeitungsengpässen kommen (z. B. im Juni 2023), erfolgt die Bearbeitung priorisiert nach Forderungshöhe. Es ist jedoch klares Ziel des GKV–Spitzenverbands, DVKA, sämtliche dieser Forderungen einer Einzelfallprüfung zuzuführen.
 - d) Das Schlichtungsgremium bearbeitet gemäß Statut nur Forderungen >350 EUR. Unbezahlte, beanstandete deutsche **Forderungen bis zu 350 EUR werden** zur Sicherung der deutschen Gläubigerposition beim Schlichtungsgremium eingereicht, werden jedoch von dort zur weiteren bilateralen Klärung an die betroffenen Staaten zurückverwiesen. Auch wenn es hierfür keine festgelegten Fristen gibt, sollte es das Interesse aller Beteiligten sein, diese Restanten möglichst unverzüglich zu klären. Ggf. können hierfür die Bestimmungen zum Rechnungsabschluss angewendet werden, die in der Richtlinie gemäß § 219a SGB V enthalten sind.
3. Sofern die Prüfung der Forderungen unter den Optionen 2a–d ergibt, dass ein Antrag beim Schlichtungsgremium prinzipiell möglich erscheint, jedoch für die Fertigstellung des Antrags weitere **anspruchsbegründende Unterlagen notwendig sind, erfolgt eine Fristsetzung gegenüber der jeweiligen Krankenkasse** für die Übermittlung der

entsprechenden Unterlagen. Die Frist orientiert sich dabei am jeweiligen Fälligkeitsdatum des Antrags. Sollte die Krankenkasse die von der DVKA angeforderten Unterlagen nicht innerhalb der Frist zur Verfügung stellen, kann die Forderung nicht beim Schlichtungsgremium eingereicht werden und ist daher abzusetzen.

4. Sollte bei der Prüfung festgestellt werden, dass die **vorgesehene Frist zur Wiedereinreichung** einer deutschen Forderung im Ausland von der jeweiligen Krankenkasse **nicht eingehalten** wurde, hat diese Forderung in einem Verfahren beim Schlichtungsausschuss keine Aussicht auf Erfolg. Die jeweilige Krankenkasse wird daher mit einem Standardschreiben aufgefordert, die Forderung abzusetzen.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme und Bestätigung der unter 2. aufgeführten Handlungsgrundsätze.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen den aktuellen Sachstand zur endgültigen Forderungsklä rung nach dem Beschluss S11 zur Kenntnis. Dasselbe gilt für die vom GKV-Spitzenverband, DVKA vorgestellten Handlungsgrundsätze für unbezahlte deutsche Forderungen aus der sogenannten ersten Tranche der S11-Forderungen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist im Zuge der Klärung endgültiger Forderungen nochmals darauf hin, dass die Fristsetzung an die Krankenkassen zur Einholung anspruchsbegründender Unterlagen kurzfristig sein werden und eingehalten werden müssen, damit Forderungen nicht abgesetzt werden müssen.

Auf Nachfrage erläutert der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass auch bei der dritten Tranche der S11-Forderungen – d.h. den noch unbezahlten Forderungen aus den Jahren 2016, 2017 und 2020 – ein analoges Verfahren des nationalen Forderungsabgleichs angewandt werden soll wie bei den ersten beiden Tranchen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 13

Modernisierung der deutsch-türkischen Kostenabrechnung – Sachstand

Verfasser/in: Simone Grimmeisen / GKV-Spitzenverband, DVKA

Anlagen:

- Tabellarische Zusammenfassung der Rückmeldungen der IT-Dienstleister

Sachverhalt:

1. Machbarkeitsanalyse Digitalisierung DE/TR Kostenabrechnung

Im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA haben Vertreter der Kassenartenverbände ihre prinzipielle Unterstützung für die angestrebte Modernisierung und Digitalisierung der Kostenabrechnungsprozesse zwischen Deutschland und der Türkei zum Ausdruck gebracht. Gleichzeitig wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, die IT-mäßige Umsetzbarkeit in den weiteren Diskussionsprozess einzubeziehen.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband, DVKA im NAE BLA am 15.12.2022 die Durchführung einer Machbarkeitsanalyse zur Digitalisierung der deutsch-türkischen Kostenabrechnung mit den IT-Dienstleistern der Kassenarten vorgeschlagen. Im NAE BLA wurde vereinbart, dass die Machbarkeitsstudie eruieren soll,

- ob die Umsetzung des vom GKV-Spitzenverband, DVKA entwickelten Konzepts technisch grundsätzlich möglich ist,
- in welchem zeitlichen Rahmen eine solche Umsetzung möglich wäre und
- wie hoch die Aufwände hierfür auf Seiten der Krankenkassen/ IT-Dienstleistern wären?

Um eine fundierte Bewertung zu ermöglichen, hat der GKV-Spitzenverband, DVKA den dem NAE BLA mitgeteilten Stellen am 25.01.2023 einen Fragenbogen sowie ein Konzept zur Verfügung gestellt, das die geplante IT-technische Umsetzung einer modernisierten deutsch-türkischen Kostenabrechnung beschreibt. Das Konzept folgt dabei dem Grundgedanken, dass die neuen Datenstrukturen und Prozesse weitgehend „EESSI-konform“ sind – was Sequenz, Anzahl, Struktur

und Informationsumfang der SEDs anbelangt. Gleichzeitig sind im Konzept aber auch die bereits abzusehenden potentiellen Änderungen zu den EESSI-Standardprozessen beschrieben.

Die Rückmeldungen der IT-Dienstleister zum Fragebogen sind in der Anlage 1 dargestellt.

Zusammenfassend ergibt sich in Bezug auf die o. g. Fragestellungen folgendes Meinungsbild:

- Grundsätzlich halten die befragten Institutionen das vom GKV-Spitzenverband, DVKA vorgelegte Konzept – einschließlich der aktuell anzunehmenden fachlichen Abweichungen vom EESSI Verfahren – für technisch umsetzbar.
- Der personelle Implementierungsaufwand wird insgesamt als mäßig bewertet, dürfte aber nach Einschätzung der Fachebene dennoch deutlich höher ausfallen als bei der Umsetzung des aktuellen NAE-Releases 4.3_5.0. Dabei weisen zwei Dienstleister darauf hin, dass die von der türkischen Seite gewünschte Ergänzung des Personenblocks im Forderungs-SED nur mit sehr hohem Aufwand umsetzbar ist. Auch die von der türkischen Seite präferierte Begrenzung auf maximal 25 Angaben pro Leistungsart je Kostenrechnung wird von einem Dienstleister als sehr aufwändig eingeschätzt. Ein weiterer Dienstleister bewertet die Umsetzung aufgrund einer sehr geringfügigen Fallzahl von unter 100 Kostenrechnungen pro Jahr als nicht rentabel.
- Darüber hinaus geben die befragten Dienstleister an, dass für die digitale Kostenabrechnung mit der Türkei ab Bereitstellung der Spezifikationen durch den GKV-Spitzenverband, DVKA ein Implementierungszeitraum zwischen 9 und über 18 Monaten anzusetzen ist. Ein Dienstleister weist drauf hin, dass eine Umsetzung erst Mitte 2025 möglich ist, dem Zeitpunkt der Umstellung seines IT-Kernsystems auf eine neue Software.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Rückmeldungen der Dienstleister nun intern analysieren bzw. bewerten und diese Erkenntnisse dann bei den weiteren Verhandlungen mit der Türkei und auch bei der weiteren fachlichen Abstimmung mit den Krankenkassen/Kassenartenverbänden berücksichtigen.

2. Stand der Diskussion gemeinsame Arbeitsgruppe; weitere Schritte

Im letzten Quartal 2022 ist die gemeinsame deutsch-türkische Arbeitsgruppe zu drei weiteren Sitzungen zusammengekommen. Dabei stand bei den beiden technischen Sitzungen die IT-Umsetzung der Kostenabrechnung nach tatsächlichem Aufwand im Vordergrund; bei der Sitzung im November hingegen lag der Fokus erstmalig auf der Zukunft der pauschalen Kostenabrechnung.

Ungeachtet der Tatsache, dass die rechtliche Grundlage im deutsch-türkischen Abkommen und damit nicht im Zuständigkeitsbereich der Verbindungsstellen liegt, hat sich die türkische Seite im Rahmen der Novembersitzung mit Nachdruck dafür ausgesprochen, künftig alle in der Türkei anfallenden Kosten nach tatsächlichem Aufwand abzurechnen und die pauschale Kostenabrechnung zu beenden. Begründet wurde dies zum einen mit der zunehmenden Digitalisierung auf nationaler Ebene und dem Umstand, dass somit die tatsächlich angefallenen Kosten zur Verfügung stehen. Zum anderen erhofft sich die türkische Seite dadurch ein gerechteres Ergebnis, da die berechneten Pauschbeträge aktuell ihrer Aussage zufolge nicht kostendeckend sind.

Darüber hinaus wurde im Rahmen des Termins das Eckpunktepapier zur Zukunft der pauschalen Kostenabrechnung diskutiert, in dem der GKV-Spitzenverband, DVKA ein Verfahren analog zum S_BUC_21 vorgeschlagen hatte. Diesbezüglich besteht Einigkeit, dass die pauschale Kostenabrechnung künftig durch die türkischen Träger und nicht mehr auf deutscher Seite gestartet wird, d. h. das Sammelabrechnungsverfahren abgelöst wird. Darüber hinaus strebt auch die Türkei die vollständige Digitalisierung der pauschalen Kostenabrechnungsprozesse (Einreichung/Bezahlung und Beanstandung) an. Nicht umsetzbar scheint hingegen ein nach 3 Altersklassen differenzierter Pauschbetrag. Der geplante Wegfall der Vorschüsse wurde bisher nicht explizit diskutiert. Für Ende März 2023 ist ein weiteres Treffen mit der türkischen Seite vorgesehen, bei dem es um die konkrete IT-technische Umsetzung des künftigen Pauschalverfahrens gehen wird.

Es ist davon auszugehen, dass die türkische Seite bei nächster Gelegenheit die Thematik der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand erneut ansprechen wird. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass sich nur bei dieser Art der Kostenabrechnung der Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen nach deutschem Recht richtet.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme und Einholung eines ersten Meinungsbilds der Kassenartverbände zum Vorschlag der türkischen Seite, künftig alle Kosten im Rahmen des tatsächlichen Aufwands abzurechnen.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die dargestellten Ergebnisse der Machbarkeitsstudie sowie den aktuellen Sachstand zu den Gesprächen mit der türkischen Seite zur Kenntnis. Hinsichtlich der Art der Kostenabrechnung zwischen der Türkei und Deutschland signalisieren die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer grundsätzliche Bereitschaft die Kostenabrechnung für Wohnortfälle ebenfalls auf der Basis von tatsächlichen Aufwendungen durchzuführen. Zwei Kassenartverbände ersuchen den GKV-Spitzenverband, DVKA die finanziellen Auswirkungen dieser Änderung zu projizieren und stellen heraus, dass in diesem Zusammenhang weitere Anpassungen im Bereich der deutsch-türkischen Kostenabrechnung für notwendig erachtet werden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA betont, dass eine entsprechende Änderung der Art der Kostenabrechnung nur als Teil eines Gesamtpakets zur Modernisierung der deutsch-türkischen Kostenabrechnung in Frage käme und zudem von den zuständigen Behörden unterstützt werden müsste.

Rückmeldung der IT-Dienstleister auf den Fragebogen des GKV-Spitzenverbands, DVKA

IT-Dienstleister A:	IT-Dienstleister B:	IT-Dienstleister C:	IT-Dienstleister D:	IT-Dienstleister E:
<p>Frage 1a-6a</p> <p><i>Sind die aktuell bereits identifizierten sechs Abweichungen zwischen der geplanten digitalen Kostenabrechnung DE/TR und EESSI technisch umsetzbar?</i></p>				
<p>alle Abweichungen sind prinzipiell technisch umsetzbar</p>	<p>alle Abweichungen sind prinzipiell technisch umsetzbar</p>	<p>Abweichungen sind prinzipiell technisch umsetzbar</p> <p>Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Begrenzung auf maximal 25 Angaben pro Leistungsart/Rechnung 	<p>nicht umsetzbar</p>	<p>keine Angabe</p>
<p>Frage 1b-6b</p> <p><i>Mit welchem Ressourcenaufwand können die aktuell bereits identifizierten sechs Abweichungen realisiert werden?</i></p>				
<p>geringer - mäßiger Aufwand</p>	<p>geringer - mäßiger Aufwand</p> <p>sehr hoher Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zusätzliche Informationen im Personenblock der Forderung 	<p>geringer - mäßiger Aufwand</p> <p>sehr hoher Aufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zusätzliche Informationen im Personenblock der Forderung - Eingeschränkte Prozesse (Gutschrift/Verzugszinsen) - Begrenzung auf maximal 25 Angaben pro Leistungsart/Rechnung 	<p>keine Angabe</p>	<p>keine Angabe</p>

Frage 7a				
<i>Geschätzte Umsetzungsdauer ab Bereitstellung des NAE-Releases mit TR-Spezifikationen?</i>				
9–12 Monate	15–18 Monate	>18 Monate	keine Angabe	keine Angabe
Frage 7b				
<i>Geschätzter personeller Aufwand im Vergleich zum aktuellen NAE Release (4.3_5.0)?</i>				
etwas höher	deutlich höher	deutlich höher	keine Angabe	keine Angabe
Frage 8				
<i>Sonstige Anmerkungen?</i>				
<ul style="list-style-type: none"> – Digitalisierung der Kostenabrechnung wäre auch für weitere Abkommensstaaten wünschenswert. 	<ul style="list-style-type: none"> – Grundsätzlich sollte Umsetzung DE/TR max. analog zu EESSI sein. – TR / Abkommensstaaten müssten in das IR integriert werden. 	<ul style="list-style-type: none"> – Vor eine Implementierung müssen die fachlichen Ausprägungen und Besonderheiten klar definiert sein und abgestimmt vorliegen. – TR müsste ins IR aufgenommen werden. 	<ul style="list-style-type: none"> – Aufgrund der geringfügigen Fallzahlen (jährlich geringe zweistellige Höhe) ist die Entwicklung neuer Geschäftsfälle und die damit verbundenen hohen Entwicklungsaufwendungen nicht wirtschaftlich. 	<ul style="list-style-type: none"> – Fachlich besteht grundsätzlich Interesse an der Umsetzung des Vorschlags. – Aufgrund des geplanten Wechsels zu einem anderen Softwaresystem voraussichtlich Mitte 2025 ist jedoch keine eigenständige Umsetzung des DE/TR Datenaustauschs vor diesem Zeitpunkt möglich.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 14

Ad-hoc-Gruppe „Kostenabrechnung“ – Erweiterung des Aufgabenspektrums

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

Anlagen:

- Ergebnisniederschrift der Sitzung des NAE-BLA am 15.12.2022, TOP 10
-

Sachverhalt:

In Rahmen der Sitzung des NAE-BLA am 15.12.2022 wurde unter TOP 10 die „Vermeidung von Beanstandungen durch Kumulierung von Leistungen“ angesprochen. Als Ergebnis wurde festgehalten, dass es hierzu einen Workshop geben soll. Hintergrund hierfür war die Bewertung, dass es sich hierbei nicht ausschließlich um ein EESSI-Thema handelt und außerdem fachliche Aspekte im Vordergrund stehen.

Daneben sind in letzter Zeit in der Unterabteilung 3260 (Forderungsmanagement und Kostenabrechnung International) mehrere Themen aufgetaucht, die einen Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und den Kassenartenverbänden sinnvoll erscheinen lassen, z. B.

- Kumulierung von Leistungen
- Entwicklung des Beanstandungsverfahrens in Frankreich
- Verfahren der Krankenkassen bei teilweiser Absetzung ihrer Forderungen
- ...

Es ist davon auszugehen, dass Themen dieser Art regelmäßig auftreten. Um einerseits die Belange der Krankenkassen in Erfahrung zu bringen und andererseits die Sichtweise des GKV-Spitzenverbands, DVKA zu entwickeln bzw. darzustellen, sollte die bereits existierende Ad-hoc-Gruppe „Kostenabrechnung“ thematisch erweitert werden. Bisher hat sich diese ausschließlich mit der Modernisierung der Kostenabrechnung im Verhältnis zur Türkei befasst, vgl. ENS zur Sitzung der FK DVKA am 17.03.2022, TOP 5.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA schlägt vor, den Mitgliedern der FK DVKA in Kürze eine Abfrage einschließlich Terminvorschlag zu übersenden, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Krankenkassen sowie deren Kassenartenverbände benannt werden.

Ziel der Beratung:

Bestätigung der vorgeschlagenen Vorgehensweise.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer stimmen dem Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zu.



Lenkungsausschuss des Betriebes „Nationale Anbindung EESSI(NAE)“

am: 15.12.2022

Stand: 15.12.2022

TOP 10

Vermeidung von Beanstandungen durch Kumulierung von Leistungen

Verfasser/in: DVKA Silvia Holthoff

Sachverhalt:

Der Bereich Beanstandungsmanagement möchte darauf hinweisen, dass innerhalb einer Kostenrechnung die Mehrfachnennungen gleicher Leistungsbezeichnungen zu signifikanten Beanstandungen führen, sobald sich der Leistungszeitraum um mindestens einen Tag überschneidet. Kostenrechnungen dieser Art lassen im Ausland Raum für Interpretationen zu und werden von den ausländischen Krankenkassen effizient genutzt. Diese Beanstandungen könnten leicht vermieden werden, würden alle erbrachten Leistungen zu einer Leistungsbezeichnung kumuliert angegeben werden.

Beispiele für Beanstandungen aufgrund gesetzter Interpretationsspielräume in einer Kostenrechnung:

A) Die konkretisierten „sonst. Leistungen“ sind identisch

Bsp. „Stationäre Pflege“ und weitere „Stationäre Pflege“.

Alle sonst. Leistungen unterliegen dem selben „Zeitraum der Leistung“ im SED S080. Mit zwei gleichen Leistungsbezeichnungen öffnen sie den Interpretationsspielraum, dass die zweite „Stationäre Pflege“ teilweise oder vollständig mit der ersten abgerechnet worden sein könnte. Der Verdacht einer Doppelabrechnung wird ausgesprochen.

B) Mindestens zwei KHAufenthalte, die sich hinsichtlich der Aufenthaltszeit überschneiden.

Bsp. Zeitraum des KH Aufenthaltes 01.10.22–15.10.22 und weiterer Zeitraum des KH Aufenthaltes 13.10.2022–30.10.2022

Sobald sich KH–Zeiten überschneiden, wird der Interpretationsspielraum gesetzt, dass einzelne Tage doppelt abgerechnet worden sein könnten.

Konsequentes kumulieren schließt Interpretationsspielräume und reduziert Beanstandungen signifikant.

Aktuelles Beispiel:

Sendungsgröße	beanstandet gesamt	vermeidbar durch Kumulierung
ca. 15.500	ca. 3.700 ca. 24%	ca. 2.200 ca. 14%

Ausgehend von diesem Beispiel ist die Umsetzung einer stringenten Kumulierung mit folgenden Vorteilen verbunden:

- Kostenreduzierung (Personalaufwand für Beanstandungsbearbeitung)
- Reduktion des Risikos die Forderung nicht durchsetzen zu können (z.B. Fristablauf bei Wiedereinreichung).
- Schneller Zahlungsausgleich (Bezahlung nach spätestens 18 Monaten).

Beschlussvorschlag:

Die BLA–Mitglieder nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Es wird eine kurze Diskussion angeregt, ob die Kumulierung bei gleicher Leistungsbezeichnung unter EESSI systemseitig unterstützt wird.

Beratungsergebnis:

Frau Holthoff stellt das in der Beratungsunterlage aufgeführte Thema vor. Es wird im Teilnehmerkreis vereinbart, einen Workshop zum Thema durchzuführen, um auf die fachlichen Aspekte eingehen zu können.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 15

NAE-Betrieb

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

Sachverhalt:

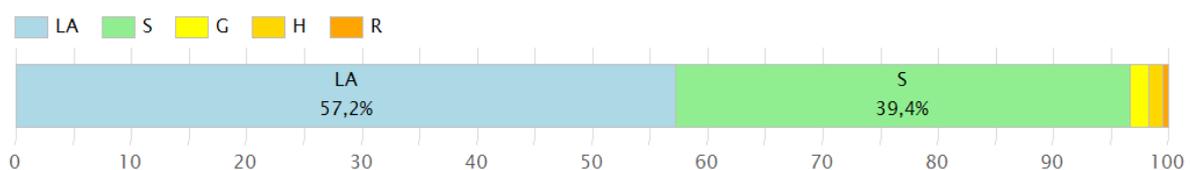
Nachrichtentransport

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

Alle Angaben in Mio.	Vorgänge (BUCs)	Nachrichten (SEDs)
Gesamtzahl seit Inbetriebnahme	5,15	9,83
Gesamt 2020	0,55	0,94
Gesamt 2021	1,59	3,04
Gesamt 2022	2,47	4,87
Jan – Feb 2023 (+47% ggü. Vorjahreszeitraum)	0,54	0,98
Anteil GKV europ. Vorgangs-Gesamtaufkommen:		ca. 14,7%

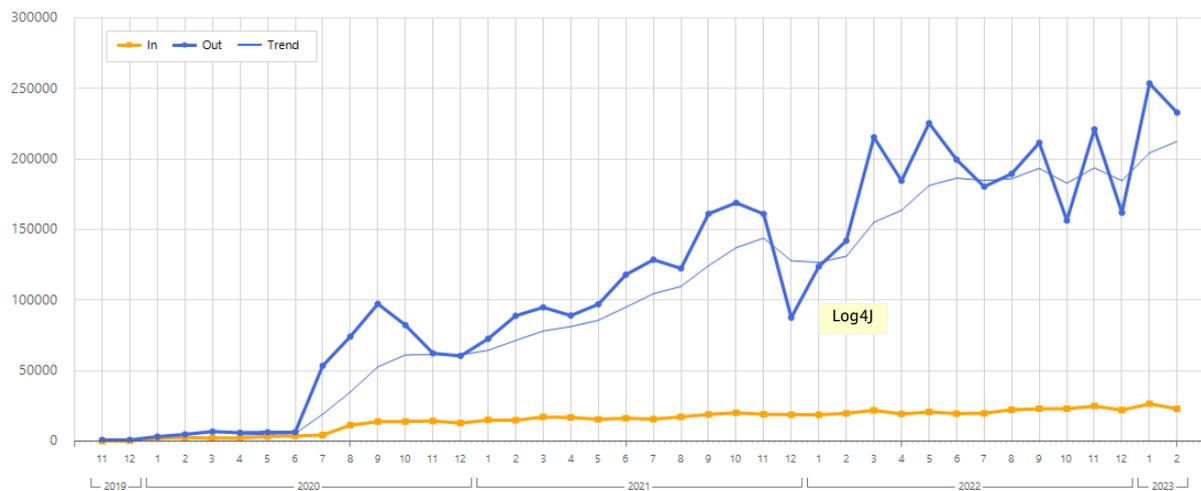
Der Anteil Deutschlands beträgt zum Berichtszeitpunkt ca. ein Fünftel des gesamten europäischen Vorgangsaufkommens (21,9%), von welchem ca. 67% der GKV zuzurechnen ist.

Die Verteilung der Vorgänge nach Prozessbereichen gestaltete sich per 02/2023 wie folgt:



Die Geschäftsprozesse im anwendbaren Recht (u.a. Entsendungen) stellen zusammen mit dem Bereich Sickness annähernd 97% aller Fälle dar, eine nur geringfügige Änderung gegenüber dem vorherigen Berichtszeitraum.

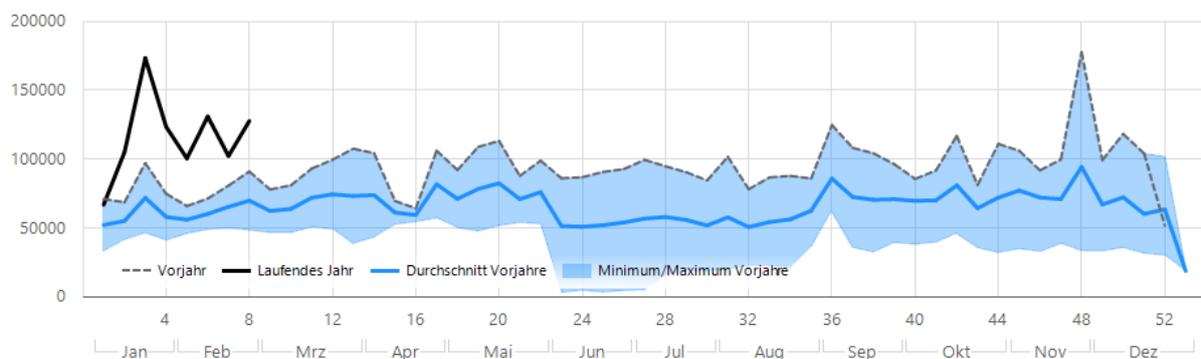
Das nachfolgende Diagramm zeigt die monatlichen Anzahlen der Geschäftsprozessnutzung seit der EESSI-Betriebsaufnahme.



(Anzahl ein- und ausgehender Vorgänge pro Monat, gleitender Durchschnitt: 6 Monate)

Auch im abgelaufenen Berichtszeitraum ist eine gestiegene Prozessnutzung gegenüber dem Vorjahr zu erkennen. Ein Ende des Anstieges der Vorgangs- und Nachrichtenzahlen ist weiterhin nicht abzusehen. Bei den drei am häufigsten genutzten Geschäftsprozessen haben sich keine Änderungen ergeben.

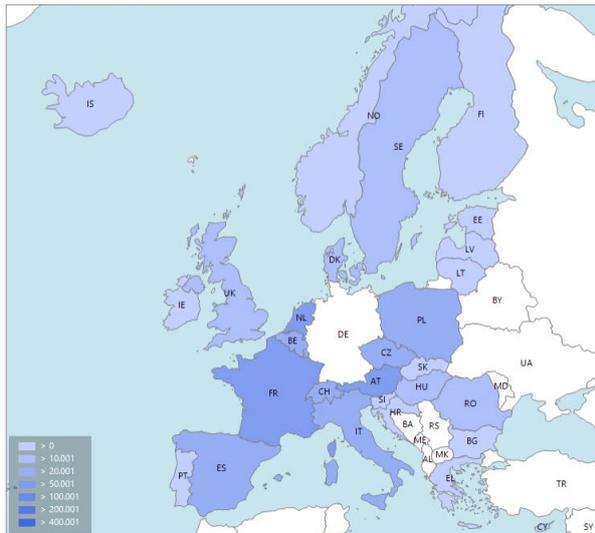
In nachfolgendem Diagramm ist erkennbar, dass auch im Jahr 2023 die Gesamtnachrichtenmenge weiter ansteigt:



(Anzahl ein- und ausgehender Nachrichten pro Kalenderwoche seit 06/2020, rollierend)

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



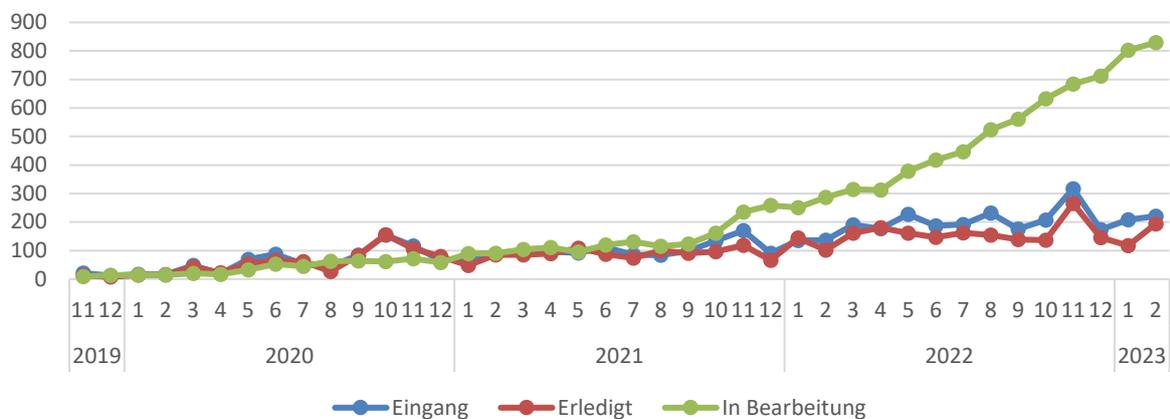
Empfangene Nachrichten



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

Anfragen an den 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.)

Ein Großteil der Anfragen an den NAE-Betrieb bezieht sich weiterhin auf ausbleibende Antworten in bestimmten Mitgliedstaaten (>75%), Fragen zur Trägeradressierung sowie der Abfrage von Zustellungen.

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.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass sich die aus der Vor-EESSI-Zeit bekannten Bearbeitungs- und Datenpflege-Probleme auch im digitalen Datenaustausch zu erkennen sind. Die Sichtweise auf die Ausschließlichkeit der EESSI-Nutzung ist von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat dabei durchaus verschieden.

Bei einigen Mitgliedstaaten, insbesondere Italien und Griechenland, ist nach wie vor ein verzögertes Antwortverhalten festzustellen.

Bezüglich Italien waren trotz der Lösung der technischen Schwierigkeiten Folgeeffekte festzustellen, welche über den Jahreswechsel hinweg ausgelaufen sind. In organisatorischer Hinsicht ist keine wesentliche Verbesserung zu erkennen, sodass in Zusammenarbeit mit dem BMAS ein Schreiben an das italienische Gesundheitsministerium gerichtet und darüber hinaus der Sachverhalt in allen relevanten internationalen Gremien zur Sprache gebracht wurde. Mit einem Anhalten der Problemlage ist mindestens bis ins 3. Quartal 2023 zu rechnen.

Betreffend Griechenland sind zwar ausbleibende Antworten zu verzeichnen, durch die dort bis Juni 2023 geplanten Maßnahmen zur Ausweitung der EESSI-Nutzung durch lokale Träger wird hier mit einer Entspannung der Situation gerechnet. Seitens EL wurde in einem direkten Austausch zugesichert, dass zu noch offenen Vorgängen Antworten lediglich eine Zeitfrage seien.

Prozessbereich Kostenabrechnung

Versandprobleme wurden im abgelaufenen Berichtszeitraum nicht festgestellt. Ende 01/2023 insgesamt 4.115 internationale sowie 671.005 nationale Kostenabrechnungsnachrichten versendet bzw. empfangen. Zu Kostenabrechnungsthemen wurden seit der Inbetriebnahme insgesamt 191 Anfragen gestellt.

In Mitgliedstaaten sind weiterhin Verschiebungen der Termine zur Kostenabrechnungs-Produktivnahme festzustellen. Die geplante Inbetriebnahme Italiens wurde zwischenzeitlich ebenfalls verschoben, hier war vorgesehen, besonderes Augenmerk auf jede einzelne Forderungsnachricht zu legen.

EU-Themen – 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 ursprünglich für Ende August 2022 angekündigte Ausschreibung zur Findung eines gemeinsamen Dienstleisters wurde Mitte Februar 2023 in italienischer Sprache veröffentlicht. Die von IT in Aussicht gestellte Zuschlagserteilung im April 2023 wird allgemein als unrealistisch eingeschätzt.

EESSI-Release 2021

Das von der Kommission überarbeitete EESSI-Releasepaket 4.3.1 wurde den Mitgliedstaaten Ende 2021 zur Verfügung gestellt, nachdem die vorherige Version 4.3.0 produktionsverhindernde Fehler enthielt. Auf Basis dieses internationalen Releases hat der NAE-Betrieb im April 2022 ein um die nationalen Artefakte erweitertes nationales Release bereitgestellt. Die im Juni 2022 vereinbarte Entwicklungs- und Testplanung befindet sich im Durchlauf, der geplante Inbetriebnahmetermin 01.10.2023 wird aller Voraussicht nach eingehalten. Aufgrund der Verzögerungen durch RINA planen betroffene Mitgliedstaaten, in der kommenden Sitzung des Technischen Ausschusses eine Terminverschiebung zu erwirken.

Ausblick auf Kommissionsvorhaben bezüglich EESSI

Nachdem der für EESSI zuständige Kommissionsbereich die Verantwortung für die RINA-Software auf die Mitgliedstaaten übertragen hat, sind Kommissionsvorhaben nicht mehr durch die Notwendigkeit eingeschränkt, auch selbst für eine Umsetzung sorgen zu müssen. Seit November 2022 ist festzustellen, dass die Kommission eine Vielzahl von Optimierungs- und Umstellungskonzepten bzw. -vorhaben initiiert:

- Umbau EESSI-Grundkonzepte
- Projekt zur Geschäftsprozessoptimierung
- Einführung eines Übersetzungsverwaltungssystems
- Ausweitung von Konformitäts-Tests
- Vollständig neue Access-Point-Software
- Risikobereichsbezogene Aufteilung von Releases
- Abschaltung der bisherigen Auslieferung des Trägerverzeichnisses

Nicht jedes dieser Vorhaben erscheint gleichermaßen relevant oder hilfreich. Der NAE-Betrieb plant, diese Vorhaben eng zu begleiten, um die Interessen der GKV angemessen zu vertreten.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Sachstandsdarstellung zur Kenntnis. Ein Kassenartverband bittet darum, den in der Beratungsunterlage enthaltenen Sachstandsbericht „NAE-Betrieb“ um eine Darstellung der beim GKV-Spitzenverband, DVKA aus dem Ausland eingegangenen Anzahl von SEDs S067 „Anfrage Erstattungsätze“ und deren GKV-interne Verteilung

auf die Krankenkassen zu erweitern. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt die entsprechende Erweiterung des Sachstandsberichts „NAE Betrieb“ für die nächste Sitzung der Fachkonferenz DVKA zu.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 16

Hintergrundinformationen zur nationalen eHealth-Kontaktstelle

Verfasser/in: Markus Weyres / GKV-Spitzenverband, DVKA

Sachverhalt:

Die Spezifikation der gematik liegt seit dem 30.09.2022 den Gesellschaftern zur Kommentierung vor. Eine Vielzahl von Aspekten wurden adressiert und konnten im Nachgang in mehrere Workshoprunden geklärt werden. Die gematik ihrerseits hat ihre Stellungnahme am 24.02.2023 an die Gesellschafter versandt. Auf Grundlage der vorliegenden Spezifikationsfassung konnten die Projektarbeiten begonnen werden.

Wie in der letzten Sitzung der Fachkonferenz konnte das Projekt „Einführung und Betrieb NCPeH“ noch in Q4 2022 gestartet werden. Ein Kickoff-Meeting mit allen im Projekt beteiligten Parteien (gematik, BfArM, GKV-Spitzenverband) fand am 24.01.2023 in Bonn statt. Die erforderlichen Projektressourcen sind bis auf den Softwareentwicklungsdienstleister beschafft.

Die Verfügbarkeit der Spezifikation für die ePKA zum 30.06.2023 liegt auf dem kritischen Pfad. Falls sich die Spezifikation und die Umsetzung der ePKA und damit die Einführung der ePKA verzögert, wird sich dies auch auf den Inbetriebnahmetermin des NCPeH 01.07.2025 auswirken.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über den aktuellen Sachstand, der von den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern zur Kenntnis genommen wird.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 17

Aktueller Stand zu offenen Rundschreiben

Verfasser/in: vdek/ GKV-Spitzenverband, DVKA

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert die Bundesverbände der Kassenarten regelmäßig mittels Info- und Rundschreiben. Die Rundschreiben enthalten wichtige Handlungsvorgaben für das Verwaltungshandeln der Krankenkassen. Bei manchen Themen und Sachverhalten warten die Krankenkassen seit geraumer Zeit auf klarstellende Informationen und Rundschreiben. Dies betrifft beispielsweise die Aktualisierung des Leitfadens Leistungshilfe und den Leitfaden „Krankenversicherung der Rentner“. Die auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes, DVKA zur Verfügung gestellten Arbeitshilfen können die Leitfäden nicht ersetzen.

Ziel der Beratung:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet regelmäßig im Rahmen der Fachkonferenzen darüber, zu welchen Themen Informations- und Rundschreiben geplant sind und wie der Umsetzungsstand ist. Statt Arbeitshilfen sollten verbindlichere Leitfäden zur Verfügung gestellt werden.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA informiert, dass der neue Leitfaden „Grundsätze“ auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes, DVKA verfügbar ist. Die anderen Leitfäden werden sukzessive bis zum Ende des Jahres aktualisiert. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA sind die Arbeitshilfen neben den Rundschreiben ein wichtiges und geeignetes Mittel zur Information der Krankenkassen. Sie geben detaillierte praxisorientierte Hinweise zu einzelnen Themen und ergänzen die Rundschreiben. Die Kassenartverbände regen an, aktiv über Neuerscheinungen beim GKV-Spitzenverband, DVKA informiert zu werden und verweisen darauf, dass die Prüfbehörden Rundschreiben als verbindlicher ansehen als Arbeitshilfen.

BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 18

Umgang mit im Ausland bezogenen Arzneimitteln ohne ärztliche Verordnung/ E-Rezepte

Verfasser/in: vdek

Sachverhalt:

Für die Durchführung einer Kostenerstattung für im Ausland bezogene Arzneimittel benötigen die Kassen neben der Apothekenrechnung auch eine ärztliche Verordnung. Im Rahmen der Einführung von E-Rezepten in immer mehr europäischen Ländern gibt es unterschiedliche Regelungen im Umgang mit E-Rezepten. Versicherte reichen zunehmend Apothekenrechnungen (ohne Verordnungen) ein. Folgende Konstellationen sind den Krankenkassen bislang aufgefallen:

- E-Rezept lag vor– diese Info fehlt jedoch auf dem Kassenbon der Apotheke.
- Teilweise ist dem Kassenbon zu entnehmen, dass ein Rezept vorlag, die Nummer des E Rezeptes ist angegeben– was verordnet wurde ist jedoch nicht ersichtlich.
- Teilweise ist unklar, für welche Arzneimittel des Kassenbons das Rezept tatsächlich ausgestellt ist.
- Teilweise ist nicht gekennzeichnet, welche nationalen Eigenanteile für ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel zu zahlen sind.
- Es ist ebenso nicht ersichtlich, ob es sich nur um Eigenanteile handelt oder die tatsächlichen Kosten des Arzneimittels in Rechnung gestellt wurden.
- Teilweise werden nicht verschreibungspflichtige Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel auch mittels E Rezept verordnet.

Für eine eindeutige Prüfungsgrundlage sind beigelegte Ausdrucke oder Kopien der Verordnungen/E-Rezepte notwendig. Fehlen diese, ist die Kostenerstattung im Ausland erworbener Arzneimittel mit einem hohen Prüfaufwand für die Kassen verbunden, bzw. nicht möglich.

Ziel der Beratung:

Wir bitten den GKV–Spitzenverband, DVKA, Informationen zur Verfügung zu stellen, in welchen Ländern das E-Rezept bereits eingeführt wurde und welche konkreten Regeln in den einzelnen Ländern zur Ausstellung und Einlösung von E- Rezepten gelten?

Darüber hinaus bitten wir um eine Auflistung dieser Informationen im Extranet des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, um sie dort den Kassen verfügbar zu machen.

Zusätzlich bitten wir um Anpassung der Merkblätter für Touristen auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes, DVKA. Diese Informationen sind insbesondere wichtig, damit sich Versicherte im Falle eines Bezuges von Arzneimitteln im Ausland die ärztlichen Verordnungen (E-Rezept) ausdrucken bzw. anderweitig zusenden lassen können.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist auf den dazu bereits geführten Austausch und den laufenden Prozess in der Arbeitsgruppe zum über- und zwischenstaatlichen Leistungsrecht hin. Weitere Beratung zu der Thematik soll in der Arbeitsgruppe zum über- und zwischenstaatlichen Leistungsrecht stattfinden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird Informationen zum Einsatz von E-Rezepten in den EU-/EWR-Staaten, der Schweiz und dem Vereinigten Königreich einholen und diese an geeigneter Stelle (z. B. Extranet, Merkblätter) zugänglich machen. Die Kassenartverbände prüfen, ob Hinweise zur Notwendigkeit der Vorlage einer ärztlichen Verordnung bei Beantragung einer Kostenerstattung von Arzneimitteln aus dem Ausland in Mitgliederzeitschriften veröffentlicht werden.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 19

Rückstellungen bezüglich italienischer Pauschalforderungen für das Jahr 2010

Verfasser: Burchard Osterholz / GKV-Spitzenverband, DVKA

Sachverhalt:

Aus dem Kreis der Fachkonferenz DVKA wurde die Frage adressiert, wie die Krankenkassen mit Rückstellungen verfahren sollen, die sie in der Vergangenheit für italienische Pauschalforderungen aus dem Jahr 2010 gebildet haben.

Hinsichtlich dieser Forderungen von Pauschalen hat der Rechnungsausschuss auf seiner 131. Tagung die Auffassung des Schlichtungsgremiums bestätigt, dass keine Verpflichtung Deutschlands besteht, diese zu begleichen, da die Verzeichnisse für das Rechnungsjahr 2010 nicht im Rahmen der in Art. 67 (2) VO (EG) 987/2009 genannten Frist eingereicht wurden.

Allerdings hat Italien im Rahmen der 131. Tagung dieser Auffassung widersprochen und dem Schlichtungsgremium gleichzeitig Intransparenz und Parteilichkeit vorgeworfen. Dieser Vorwurf wurde vom Schlichtungsgremium unter Bezug auf das Mandat sowie die dort hinterlegten und auch in diesem Fall eingehaltenen Regelungen zur Vermeidung von Befangenheit zurückgewiesen.

In den darauffolgenden Sitzungen hat Italien wiederholt versucht, eine Wiederaufnahme des Falles vor der Verwaltungskommission zu erwirken, hierfür erhielt es jedoch keine Zustimmung seitens des Rechnungsausschusses. Gleichwohl kam der Rechnungsausschuss überein, dass das Verhältnis bzw. die Prozesse zwischen Rechnungsausschuss und Verwaltungskommission in Bezug auf strittige Sachverhalte gem. Art. 67 (7) VO (EG) 987/2009 zu konkretisieren seien.

Am Ende des Diskussionsprozesses stand eine Überarbeitung des Beschlusses H4 – inzwischen Beschluss H 13 – der Verwaltungskommission. Dort wird in Artikel 5 nun klar geregelt, dass die beiden von einem Schlichtungsfall betroffenen Parteien bei der Abstimmung über den Schlichtungsvorschlag im Rechnungsausschuss nicht mitstimmen dürfen. Sofern der Rechnungsausschuss bei der Abstimmung des Schlichtungsvorschlags nicht einstimmig entscheidet, ist die Entscheidung mit einem Bericht und von einem gesonderten unparteiischen Berichterstatter bei der Verwaltungskommission vorzulegen.

Mit dieser Konkretisierung sollte künftig Verfahrensklarheit herrschen. Auf den Fall der italienischen Pauschalforderungen aus 2010 angewandt, bietet sich aus Sicht des GKV-

Spitzenverband, DVKA keine Möglichkeit der Wiederaufnahme des Verfahrens durch die Verwaltungskommission, da der Beschluss im Rechnungsausschuss von den unbeteiligten Staaten einstimmig ergangen ist.

Aktuell stellt Sachlage wie folgt dar: Während Deutschland in seiner halbjährlichen Berichterstattung zur Implementierung der Schlichtungssprüche im Rahmen der Sitzung des Rechnungsausschusses den Sachverhalt als „umgesetzt“ berichtet, stellt IT regelmäßig fest, dass der Sachverhalt aus italienischer Sicht „nicht umgesetzt“ ist.

Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbands, DVKA besteht für die italienische Seite aktuell keine Möglichkeit Rechtsmittel gegen die Entscheidung einzulegen. Vor dem Hintergrund der relativ langen Untätigkeit der italienischen Seite in dieser Angelegenheit erscheint es daher durchaus vertretbar, dass die Krankenkassen etwaige Rückstellungen, die für diesen konkreten Streitfall gebildet wurden, auflösen.

Unabhängig davon strebt der GKV-Spitzenverband an, in den nächsten Monaten Gespräche mit der italienischen Verbindungsstelle durchzuführen. Nach derzeitigem Stand würde dieses Thema vom GKV-Spitzenverband, DVKA nicht auf die Tagesordnung gesetzt. Sollte die italienische Seite dies ebenfalls nicht tun, könnte dies als Signal interpretiert werden.

Im Nachgang der Gespräche wird der GKV-Spitzenverband, DVKA hierauf zurückkommen.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

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 23.09.2022 bis 23.03.2023 war der GKV–Spitzenverband, DVKA an folgenden Verbindungsstellengesprächen beteiligt:

Bosnien und Herzegowina

Gegenstand der am 25.10.2022 digital geführten Gespräche waren unter anderem die Vereinbarung den Austausch von Vordrucken ohne Unterschrift und Stempel neben der bisherigen Form der Ausstellung zuzulassen. Des Weiteren wurde sich über eine Änderung der AOK–Zuständigkeit für Rentner bei Wohnsitz in Bosnien und Herzegowina verständigt. Zudem wurde ein Zeitplan für den Abschluss der Forderungsjahre 2012 bis 2019 vereinbart. Weitere Ausführungen können dem Schreiben, dass den Sitzungsteilnehmerinnen und –teilnehmern am 13.12.2022 zur Verfügung gestellt wurde, entnommen werden.

Marokko

In der Zeit vom 01.03. bis 03.03.2023 haben deutsch–marokkanische Regierungsgespräche unter Beteiligung des GKV–Spitzenverbandes, DVKA stattgefunden. Gegenstand der Gespräche war der Abschluss eines Zusatzabkommens mit Marokko über die Anwendung der Sachleistungen der Krankenversicherung im Rahmen des Sozialversicherungsabkommens (vgl. TOP 6).

Österreich

Am 12.08.2022 fand unter Beteiligung der zuständigen Behörden ein Treffen mit dem österreichischen Dachverband der Sozialversicherungsträger statt. Eine von beiden Seiten gewünschte Rahmenvereinbarung zum Abschluss von Ausnahmevereinbarungen bei Tätigkeiten, die zum Teil (bis zu 40%) im Wohnstaat ausgeübt werden, wurde dem wesentlichen Inhalt nach bei diesem Treffen vereinbart und in anschließenden Videokonferenzen finalisiert.

Tschechien

Am 17.01.2023 fand unter Beteiligung der zuständigen Behörden eine Videokonferenz mit der tschechischen CSSZ statt. Dabei wurde sich auf eine Rahmenvereinbarung zum Abschluss von Ausnahmevereinbarungen verständigt bzgl. Tätigkeiten, die zum Teil (bis zu 40%) im Wohnstaat ausgeübt werden.

Ziel der Beratung:

Kenntnisnahme

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 21

Antwortverhalten Italiens im Rahmen von EESSI

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

Sachverhalt:

Die Vertreterin des AOK-Bundesverbandes hat folgendes Thema eingebracht:
Antwortverhalten Italiens im Rahmen von EESSI

Beratungsergebnis:

Auf Wunsch der Vertreterin des AOK-Bundesverbandes findet ein Austausch über die Entwicklungen des Antwortverhaltens Italiens im Rahmen von EESSI sowie über die Mitteilung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA vom 16.03.2023 statt, dass das BMAS in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA keine Note zum Antwortverhalten in die Sitzung der Verwaltungskommission am 29. Und 30.03.2023 einbringt.

Die Vertreterin des AOK-Bundesverbandes weist darauf hin, dass die AOKen mit dieser Entscheidung und der Kommunikation des GKV-Spitzenverbandes, DVKA hierzu unzufrieden seien. Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass das Thema nach Abwägung aller Gesichtspunkte in enger Abstimmung aller betroffener Bereiche innerhalb des GKV-Spitzenverbandes, DVKA mit dem BMAS insbesondere aus strategischen Gründen nicht als Note in der Verwaltungskommission adressiert wird. Seit Anfang 2023 konnte die italienische Seite zumindest die technischen Probleme größtenteils beheben. Für das schleppende Antwortverhalten bzw. die organisatorischen Probleme wird der GKV-Spitzenverband, DVKA im Rahmen der geplanten bilateralen Verbindungsstellengespräche versuchen, eine Besserung zu bewirken. Die Vertreterin des AOK-Bundesverbandes teilt mit, dass die AOKen die im Schreiben des GKV-Spitzenverbandes, DVKA vom 16.03.2023 erbetenen Informationen zu besonders auffälligen italienischen Trägern und Erfahrungen zu ihrem Antwortverhalten liefern können. Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt dieses Angebot dankend an.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 22

Sachstand der Revision der Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09

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

Sachverhalt:

Die Vertreterin des AOK-Bundesverbandes hat folgendes Thema eingebracht:
Sachstand der Revision der Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert den aktuellen Stand der Revision der Verordnungen (EG) 883/04 und 987/09. Der Rat der Europäischen Union, in dem die Mitgliedstaaten vertreten sind, erörtert derzeit im Rahmen des sog. Trilogs einen neuen Vorschlag zu den Vorschriften zu den anwendbaren Rechtsvorschriften und den Leistungen bei Arbeitslosigkeit. Sollte zu diesem Vorschlag Einigkeit im Rat erzielt werden, prüft das Europäische Parlament ihn in einem nächsten Schritt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat dem BMAS zu dem Vorschlag mitgeteilt, dass es aus seiner Sicht weiterhin keine Ausnahmeregelungen, z. B. für kurze Dienstreisen, geben soll. Weitere Einzelheiten können bei der Leitung der Unterabteilung Versicherungsdienste International erfragt werden.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 24.03.2023

Stand: 24.03.2023

TOP 23

Liste von ausländischen Leistungserbringenden, die telemedizinische Leistungen erbringen

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

Sachverhalt:

Der Vertreter des vdek hat folgendes Thema eingebracht:

Liste von ausländischen Leistungserbringenden, die telemedizinische Leistungen erbringen

Beratungsergebnis:

Der Vertreter des vdek bittet um die Erstellung einer Liste von ausländischen Leistungserbringenden, die in den EU-/EWR-Staaten, der Schweiz oder im Vereinigten Königreich zur Erbringung von telemedizinischen Leistungen berechtigt sind. Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist dazu auf die bereits geführten Austausche und laufenden Prozesse in der Arbeitsgruppe zum über- und zwischenstaatlichen Leistungsrecht sowie in der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht und auf den fehlenden direkten Bezug zur VO (EG) 883/04 und damit zum GKV-Spitzenverband, DVKA hin. Die VO (EG) 883/04 erfordert für ihre Anwendung den tatsächlichen Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat. Der vdek wird intern noch einmal prüfen, worin der Bezug zur VO (EG) 883/04 gesehen wird und wird ggfs. nochmals auf den GKV-Spitzenverband, DVKA zukommen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist jedoch bereits darauf hin, dass eine Liste von ausländischen Leistungserbringenden, die telemedizinische Leistungen erbringen, von ihm weder erstellt noch gepflegt werden kann.