

Ergebnisniederschrift

über die
Sitzung der Fachkonferenz DVKA

am 21.09.2023

TOP 1	Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung
Übergreifende Themen	
TOP 2	Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche - Sachstand
TOP 3	Republik Kosovo - Leistungsaushilfe und Kostenerstattung
TOP 4	Projekt „Tover“ in den Niederlanden
TOP 5	Digitalisierung von (Sozialversicherungs-)Nachweisen (DC4EU)
Versicherungsdienste International	
TOP 6	Multilaterales Rahmenübereinkommen über die Anwendung von Artikel 16 Absatz 1 VO (EG) 883/04 bei gewöhnlicher grenzüberschreitender Telearbeit
Koordinierungs- und Abkommensrecht International	
TOP 7	Erhebung statistischer Daten - Fragebögen EHIC, S1 und S2
TOP 8	Besonderes Verfahren bei der Feststellung und Überwachung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden
TOP 9	Türkei, Anforderung von Anspruchsbescheinigungen A/T 11 und A/T 21
TOP 10	E-Rezept im grenzüberschreitenden Verkehr
Forderungsmanagement und Kostenabrechnung International	
TOP 11	Stand der Forderungen
TOP 12	Entwicklung der Ausgleichsbeträge
TOP 13	Handhabung von Verzugszinsforderungen
TOP 14	Endgültige Forderungskklärung gemäß Beschluss Nr. S11 - Sachstand
Informationsverarbeitung International	
TOP 15	NAE-Betrieb
Verschiedenes	
TOP 16	Berichte über Gespräche, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt war
Top 17	Bestandspflege von Wohnortfällen in Abkommenstaaten - Authentifizierung einer ausländischen Wohnadresse
Top 18	Aktualisierung von Anspruchsbescheinigungen für bei Urlaubsreisen bestehende Vorerkrankungen
Top 19	Mitteilung der Europäischen Kommission zur Digitalisierung der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit
Top 20	Sachstand Marokko/ Türkei

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

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 23.08.2023 übermittelt.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Feststellung der Tagesordnung.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 2

Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche – Sachstand

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

Sachverhalt:

1. Urteile des LSG Bayern zu abgeleiteten Ansprüchen bei PKV

Mit Rundschreiben Nr. 2022/703 haben wir unsere Auffassung zu den abgeleiteten Ansprüchen in verschiedenen Fallkonstellationen veröffentlicht. Kernaussagen dieses Rundschreibens sind, dass

- die private Krankenversicherung bei der Beurteilung von abgeleiteten Ansprüchen bei der kollisionsrechtlichen Zuordnung zu berücksichtigen ist
- bei Wohnort in Deutschland die Durchführung einer Familienversicherung § 10 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist, wenn der mit dem Kind verwandte Ehegatte in einem anderen Mitgliedstaat privat abgesichert ist.

Nunmehr hat das LSG Bayern in zwei Verfahren (L 4 KR 195/20; L 12 KR 294/20) entschieden, die das Thema der abgeleiteten Ansprüche (auch im Verhältnis) zur PKV betreffen. Die rechtskräftigen Urteile haben wir beigefügt. Den Entscheidungen lag folgender Sachverhalt zu Grunde:

Die Familie lebt in Deutschland, die Mutter ist in Polen aufgrund einer Tätigkeit als Geschäftsführerin gesetzlich versichert und der Vater ist aufgrund einer Beschäftigung in Deutschland privat versichert. Es stellte sich die Frage, wie die in Deutschland wohnenden Kinder versichert werden können bzw. ob zu Lasten des polnischen Trägers in Deutschland die Sachleistungsaushilfe durchzuführen ist. Das LSG Bayern hat in beiden Sachverhalten entschieden, dass aufgrund des abgeleiteten Anspruchs über die Mutter zu Lasten des polnischen Trägers in Deutschland die Sachleistungsaushilfe durchzuführen ist.

Wir haben uns aufgrund der Urteile mit den zuständigen Ministerien (BMAS und BMG) in Verbindung gesetzt. Nach Analyse der Urteile besteht Einvernehmen, dass kein Bedarf besteht, das Rundschreiben Nr. 2022/703 anzupassen.

1.1 Abgeleitete Ansprüche unter Berücksichtigung der PKV

Die private Krankenversicherung ist auch weiterhin bei der Beurteilung von abgeleiteten Ansprüchen bei der kollisionsrechtlichen Zuordnung zu berücksichtigen. Die Urteile setzten sich nicht detailliert mit der Frage auseinander, ob sich aus einer privaten Krankenversicherung eines Elternteils im europäischen Kontext ein Anspruch des Kindes i. S. d. Art. 32 VO (EG) 883/04 ableiten kann. Es handelt sich hier um Einzelfallentscheidungen.

1.2 Keine Prüfung des § 10 Abs. 3 SGB V im Rahmen der Familienangehörigeneigenschaft bei Leistungsaushilfe

Des Weiteren hat Das LSG Bayern entschieden, dass bei der Prüfung einer Einschreibung eines Familienangehörigen § 10 Abs. 3 SGB V keine Anwendung finden darf. Begründet wird dies mit der Definition des Familienangehörigen nach Art. 1 Buchstabe i Nr. 1 Buchstabe ii VO (EG) 883/04. Bei der Prüfung des Status als Familienangehöriger seien nur solche Vorschriften zu prüfen, die auf die familienhafte Verwandtschaftsbeziehung abstellen. § 10 Abs. 3 SGB V sei hingegen eine versicherungs-/leistungsausschließende und keine Familienangehörigenbestimmungsvorschrift. Eine Ablehnung der Familienversicherung darf nicht allein aufgrund der Tatsache erfolgen, dass ein Elternteil privat versichert ist.

Die Auffassung des Gerichts ist sowohl aus Sicht der Ministerien als auch aus unserer Sicht nachvollziehbar. Entsprechend ist bei Einschreibungen § 10 Abs. 3 SGB V zukünftig nicht mehr zu prüfen. Die Entscheidung erfolgt in diesen Sachverhalten allein auf Basis des Artikels 32 VO (EG) 883/04. Diese Regelung gilt für neue Sachverhalte. Auch hier sollte in bestehende Versicherungssituationen nicht aktiv eingegriffen werden. Auf das im Rundschreiben Nr. 2022/703 dargestellten Beispiel 2 hat diese Änderung keine Auswirkung, weil die Krankenkasse § 10 Abs. 3 SGB V in diesen Fällen als zuständiger Träger prüfen darf. Der Umgang mit den Urteilen wird in einer Ergänzung zum Rundschreiben Nr. 2022/703 beschrieben.

Die Frage der Abgrenzung des „Bestandsschutzes“ von bestehenden Versicherungssituationen in unterschiedlichsten Fallkonstellationen (vgl. Rundschreiben Nr. 2022/703) planen wir, mit dem BMAS/BMG zu erörtern.

2. Verwaltungskommission und Schlichtungsausschuss

2.1 Neufälle: Zusammentreffen abgeleiteter Ansprüche aus verschiedenen Mitgliedstaaten aufgrund anderer Tatbestände als Beschäftigungen

Über den Umgang mit Neufällen, in denen sich abgeleitete Ansprüche ausschließlich aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis (unselbständige Arbeit) ableiten hat der GKV-Spitzenverband, DVKA unter TOP 2 der Sitzung der Fachkonferenz am 24.03.2023 informiert. Zu

Sachverhalten, in denen Ansprüche zusammentreffen, die sich aufgrund anderer Tatbestände als einer Beschäftigung im engen Sinne ableiten, konnte bisher keine bzw. keine ausdrückliche Einigkeit in der Verwaltungskommission erzielt werden. Hierbei handelt es sich um Fallkonstellationen, in denen Elternteil/e eine selbständige Erwerbstätigkeit ausübt/en oder nach den Rechtsvorschriften eines Staates aufgrund oder infolge seiner/ihrer Beschäftigung oder selbstständigen Erwerbstätigkeit eine Geldleistung beziehen.

Zum Umfang mit diesen Sachverhalten befinden wir uns derzeit in der Abstimmung mit u. a. Österreich, der Schweiz und den zuständigen Ministerien. Wir gehen davon aus, dass wir erste Informationen Ende des Jahres/ im 1. Quartal 2024 veröffentlichen können. Die Empfehlung, in diesen Sachverhalten die Versicherung in Deutschland durchzuführen besteht weiterhin.

2.2 Altfälle – gem. Art. 32 VO (EG) 883/04

Unmittelbar nach der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA hat sich die Verwaltungskommission mit der Frage befasst, wie mit Forderungen umzugehen ist, die beim Zusammentreffen abgeleiteter Ansprüche von Familienangehörigen gem. Art. 32 VO (EG) 883/04 entstanden sind und die bereits vom Debitorstaat beanstandet wurden. Die Diskussion in der Verwaltungskommission hat zu keinem klaren Ergebnis geführt. Im Protokoll der Sitzung werden die beteiligten Staaten vielmehr aufgefordert, für Sachverhalte aus der Vergangenheit bilaterale Lösungen zu finden.

Inzwischen hat Polen im Rahmen der endgültigen Forderungskklärung gem. Beschluss S11 einen ersten Schlichtungs-Antrag für rd. 1.500 Fälle vorgelegt, die der o. g. Thematik zugeordnet werden können. Das Schlichtungsgremium des Rechnungsausschusses sieht sich allerdings wegen Befangenheit des überwiegenden Teils der Mitglieder aktuell nicht in der Lage, eine Stellungnahme zum polnischen Schlichtungsantrag abzugeben. Gleichzeitig ist nicht zu erwarten, dass sich der Rechnungsausschuss selbst mit der Thematik beschäftigen wird.

In diesem Zusammenhang wird der GKV-Spitzenverband, DVKA sich kurzfristig mit den Kassenartenverbänden über das weitere Vorgehen abstimmen.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erörtert die derzeitige Rechtslage und die derzeit bestehenden Problemfälle ausführlich. Die Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA werden begrüßt, intensiv und konstruktiv diskutiert. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt zu, die nachfolgenden Themenkomplexe vor dem Hintergrund des von den Krankenkassen gemeldeten Klärungsbedarfs erneut mit den zuständigen Ministerien zu erörtern:

- Abgeleitete Ansprüche nach Art. 32 VO (EG) 883/04 unter Berücksichtigung der PKV
- Bedeutung des § 10 Abs. 3 SGB V in diesem Zusammenhang
- Umgang mit Bestandsfällen
- Umgang mit Sachverhalten, bei denen im zuständigen Staat kein Anspruch besteht

- Umgang mit getrenntem Sorgerecht bei der Prüfung des abgeleiteten Anspruchs

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird das Zusammentreffen abgeleiteter Ansprüche aus verschiedenen Mitgliedstaaten aufgrund anderer Tatbestände als Beschäftigungen (2.1) auch im Rahmen der sog. Vierseitigen Verbindungsstellengespräche mit den teilnehmenden Vertreterinnen und Vertretern von Österreich, der Schweiz und Liechtenstein erörtern, um mit diesen an Deutschland grenzenden Staaten eine einheitliche Vorgehensweise zu erzielen.

Bezüglich der unter 2.2 genannten Altfälle sieht es der GKV-Spitzenverband, DVKA als gewisse Überraschung an, dass die Verwaltungskommission für die in der Vergangenheit liegenden Sachverhalte keine klare Aussage getroffen hat. Es hätte erwartet werden können, dass mit Blick auf die Lösung für die Zukunft (Kostentragung Polen) für die Vergangenheit die jeweils anderen Staaten zur Tragung der Kosten verpflichtet worden wären (u. a. Deutschland).

Wie dargestellt, sind die betroffenen Parteien aufgefordert, bilaterale Lösungen zu finden. Der GKV-Spitzenverband, DVKA kündigt an, dass ein Lösungspaket auch andere als die reinen Sachverhalte nach Artikel 32 VO (EG) 883/04 beinhalten kann. Dabei sollte auch beachtet werden, dass es darum geht, Sachverhalte aus der Vergangenheit mit – im Verhältnis zu den Gesamtforderungen – relativ geringem Forderungsvolumen handelt. Insoweit wird auch auf TOP 14 – Endgültige Forderungskklärung gemäß Beschluss Nr. S11 – verwiesen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 3

Republik Kosovo – Leistungsaushilfe und Kostenerstattung

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

Sachverhalt:

Die Diskussion im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA zur Frage der Leistungsaushilfe und Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen bei Aufenthalt und Wohnort im Kosovo (vgl. TOP 5) hat der GKV-Spitzenverband, DVKA zum Anlass genommen, diese Thematik erneut gegenüber dem zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu adressieren.

Wir haben nochmals darauf hingewiesen, dass das Abkommen seit nunmehr über 20 Jahren ausgesetzt ist und es weiterhin keinerlei erkennbare Fortschritte hinsichtlich der Krankenversicherung/des Gesundheitssystems zu geben scheint. Gleichzeitig haben wir signalisiert, dass wir weiterhin bereit sind, mit der kosovarischen Seite in Dialog zu treten, wir hierfür aber Ansprechpartner benötigen, die uns bisher nicht bekannt sind.

Sollte ein Dialog auf Ebene der Verbindungsstellen/zuständigen Behörden weiterhin nicht möglich sein, haben wir angeregt, die (ggfs. einseitige) Aussetzung der Regelung des Art. 17 Abs. 4 des deutsch-jugoslawischen Abkommens zur Krankenversicherungspflicht der Rentner zu prüfen und gegenüber dem Kosovo ins Spiel zu bringen. Falls dies insbesondere auch aus politischen Gründen kein gangbarer Weg sein sollte, haben wir unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Abstimmung zur Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen vorgeschlagen, um ein einheitliches rechtssicheres Vorgehen der Krankenkassen zu ermöglichen.

Im Rahmen der Sitzung möchten wir über die aktuellen Entwicklungen berichten.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet, dass das Bundesministerium für Arbeit und Soziales erneut versuchen wird, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner auf Ministeriums- und Verbindungsstellenebene im Kosovo genannt zu bekommen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA

weist daraufhin, dass für die Erstattung der Kosten nach kosovarischen Vorschriften Grundvoraussetzung ist, dass es Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie festgelegte kosovarische Erstattungssätze gibt, die angefragt werden können. Beide Voraussetzungen sind nach Kenntnis des GKV-Spitzenverbandes, DVKA bisher nicht erfüllt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA bittet die Kassenartverbände um Mitteilung, der Fallzahlen zur Kostenerstattung im Kosovo seit Januar 2023, um die Relevanz der Thematik auch unter diesem Aspekt beurteilen und die weitere Vorgehensweise planen zu können. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird hierzu eine gesonderte Abfrage bei den Kassenartverbänden durchführen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 4

Projekt „Tover“ in den Niederlanden

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

Anlagen:

- Schreiben vom 06.07.2023
 - Schreiben vom 07.08.2023
-

Sachverhalt:

Mit Schreiben vom 06.07.2023 und 07.08.2023 hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer über das Projekt „Tover“ in den Niederlanden informiert. Hierbei geht es um eine Überprüfung durch den niederländischen Krankenversicherungsträger CZ Zorgverzekeringen, ob insbesondere Selbständige zu Recht in den Niederlanden abgesichert sind. In diesem Zusammenhang hatten wir Sie auch darüber informiert, dass es von unserer Seite noch offene Fragen gibt, insbesondere dazu, um wie viele Sachverhalte und um welche Zeiträume genau es sich handelt, ob in allen Sachverhalten die Tätigkeit ausschließlich in Deutschland ausgeübt wird und welche Krankenkassen betroffen sind. Diese Fragen sollen in einem Gespräch am 07.09.2023 zwischen der für das anwendbare Recht zuständigen niederländischen Sociale Verzekeringsbank (SVB) und dem GKV-Spitzenverband, DVKA unter Beteiligung der niederländischen Verbindungsstelle für die Sachleistungen bei Krankheit (CAK) adressiert werden.

Die niederländische Seite hat den betreffenden Personen mitgeteilt, dass die niederländische Versicherung beendet wird, sobald die deutsche Krankenversicherung beginnt. Daher hatten wir empfohlen, dass die deutschen Krankenkassen in diesen Sachverhalten keine Versicherung durchführen, bis wir die noch offenen Fragen mit der niederländischen Seite geklärt haben. Im Rahmen der Sitzung möchten wir über die aktuellen Entwicklungen berichten.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über das Gespräch, dass zwischen dem GKV-Spitzenverband, DVKA und der SVB stattgefunden hat.

Die SVB erläuterte dabei, dass das Ziel des Projekts „Tover“ die Bereinigung der Versicherungsbestände in den Niederlanden ist. Der GKV-Spitzenverband, DVKA führte aus, dass jeweils zu klären ist, welches Recht Anwendung findet. Erfolgte eine Festlegung des anwendbaren Rechts und gilt nach dieser das deutsche Recht, so ist eine Abmeldung korrekt.

Die SVB sagte zu, die Sachverhalte noch einmal zu überprüfen. Die SVB erläuterte zudem, dass sie, ebenso wie die deutsche Seite, nicht daran interessiert sei, Sachverhalte über lange Zeiträume rückabzuwickeln. Die SVB wird hierzu eine schriftliche Rückmeldung geben.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA bittet um Rückmeldung der betroffenen Krankenkassen, wie viele Sachverhalte es gibt.

Per E-Mail

AOK-Bundesverband
Frau Elisabeth Reker-Barske
Herrn Oliver Hein

BKK-Dachverband
Herrn Jürgen Rudack

BKK Dachverband e.V.
Herrn Dr. Roland Leuschner

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
Frau Petra Weigert

IKK e.V.
Herrn Heiko Piehl
Herrn Thomas Latz

Knappschaft
Frau Sabine Kienapfel
Herrn Christian Mettenborg

Verband der Ersatzkassen e. V.
Herrn Julian von Kleist
Herrn Ulf Schinke

Ihre Nachricht vom Ihre Zeichen

Unsere Zeichen
3231.04
31.0 (310)

Datum
06.07.2023

Arkadius Markowski

Tel.: +49 228 9530-604
Fax: +49 228 9530-600

arkadius.markowski@dvka.de

GKV-Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung - Ausland
Pennfeldsweg 12 c
53177 Bonn

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

**Prüfung von in Deutschland Selbständigen, die in den Niederlanden versichert sind:
Projekt „Tover“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die AOK Rheinland-Hamburg hat uns darüber informiert, dass der niederländische Krankenversicherungsträger CZ Zorgverzekeringen derzeit prüft, ob insbesondere Selbständige zu Recht in den Niederlanden abgesichert sind. Es sind bereits mehrere Kunden in den

Geschäftsstellen vorstellig geworden, die das hier beigefügte Schreiben von der niederländischen Seite erhalten haben – vgl. Anlage 1.

Altfälle

Konkret geht es um Personen, die ausschließlich in Deutschland selbständig tätig sind und im Regelfall seit Jahrzehnten in den Niederlanden leben und versichert sind. Nach unserem Verständnis handelt es sich hier um Altfälle, die unter der VO (EWG) 1408/71 in den Niederlanden abgesichert wurden. Die Versicherung wurde auch unter der VO (EG) 883/04 bis heute fortgeführt, ohne dass die Versicherung beanstandet wurde.

Bewertung der Rechtslage

Personen, die ausschließlich in Deutschland selbständig tätig sind, unterliegen nach Art. 11 Abs. 3 Buchstabe a) VO (EG) 883/04 den deutschen Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit. Daher teilen wir die Auffassung der niederländischen Seite, dass in diesen Fällen die deutschen Rechtsvorschriften Anwendung finden und sich die betreffenden Personen in Deutschland krankenversichern müssen. Sie benötigen eine Anspruchsbescheinigung S1 von einer deutschen Krankenkasse, damit sie in den Niederlanden eingeschrieben werden und dort weiterhin Leistungen in Anspruch nehmen können. Eine Aufnahme in die deutsche gesetzliche freiwillige Krankenversicherung auf Antrag dürfte aus unserer Sicht rechtlich möglich sein, da die erforderlichen Vorversicherungszeiten im Regelfall erfüllt sein dürften.

Weitere Schritte

Wir haben uns bereits mit der niederländischen Seite in Verbindung gesetzt und um nähere Erläuterung gebeten. Die Antwort der niederländischen Seite können Sie der Anlage 2 entnehmen. Derzeit stehen wir im Austausch mit der niederländischen Seite insbesondere hinsichtlich der Frage, ab wann ein Wechsel der Versicherung erfolgen soll.

Unseres Erachtens würde eine rückwirkende Aufnahme in die deutsche Krankenversicherung zu einem unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand bei den deutschen Krankenkassen führen. Gleichzeitig könnte es zu erheblichen finanziellen Nachteilen und sozialen Härten für die Kunden kommen. Daher haben wir der niederländischen Seite vorgeschlagen, dass die Umstellung von der Krankenversicherung nicht für rückwirkende Zeiträume, sondern ausschließlich zukunftsorientiert erfolgen soll. Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, dass die Versicherten ab dem Zeitpunkt in die deutsche Krankenkasse aufgenommen werden, ab dem der Kunde die Aufforderung erhalten hat, sich in Deutschland abzusichern (Datum des Schreibens des niederländischen Trägers).

Wir beabsichtigen, die Krankenkassen zu informieren, sobald mit der niederländischen Seite Einvernehmen besteht.

Sollten Sie hierzu weitere Anmerkungen/ Fragen haben, bitten wir Sie uns diese möglichst zeitnah, spätestens bis zum 21.07.2023, zu übermitteln.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Hanna Ternes

Per E-Mail

AOK-Bundesverband
Frau Elisabeth Reker-Barske
Herrn Oliver Hein

BKK Landesverband NORDWEST
Herrn Jürgen Rudack

BKK24
Frau Susann Taubert

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
Frau Petra Weigert

IKK e.V.
Herrn Heiko Piehl
Herrn Thomas Latz

Knappschaft
Frau Sabine Kienapfel
Herrn Christian Mettenborg

Verband der Ersatzkassen e.V.
Herrn Julian von Kleist
Herrn Ulf Schinke

Ihre Nachricht vom

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

3231.04
31.0 (310)

Datum

07.08.2023

Arkadius Markowski

Tel.: +49 228 9530-604

Fax: +49 228 9530-600

arkadius.markowski@dvka.de

GKV-Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung - Ausland
Pennfeldsweg 12 c
53177 Bonn

www.dvka.de

www.gkv-spitzenverband.de

**Prüfung von in Deutschland Selbständigen, die in den Niederlanden versichert sind:
Projekt „Tover“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 06.07.2023 hatten wir Sie über das Projekt „Tover“ in den Niederlanden informiert. Für Ihre Rückmeldungen hierzu bedanken wir uns an dieser Stelle recht herzlich.

Zwischenzeitlich haben wir von niederländischer Seite die Rückmeldung erhalten, dass sie der Ansicht ist, dass die Sachverhalte auch rückwirkend abgemeldet werden sollen. In diesem Zusammenhang verweist die niederländische Seite auf das EuGH-Urteil in der Rs. C-543/13 (Fischer-Lintjens) sowie die Ausführungen des Beschlusses S6. Gleichzeitig teilt die niederländische Seite mit, dass die jeweiligen Träger im eigenen Ermessen hiervon abweichen können.

Bewertung der aktuellen Situation

Im vorherigen Schreiben hatten wir Ihnen bereits unsere erste rechtliche Einschätzung mitgeteilt. Nach wie vor sind uns die konkreten Fallkonstellationen nicht bekannt. Es ist weiterhin unklar,

- um wie viele Sachverhalte es sich handelt
- um welche Zeiträume genau es sich handelt
- ob in allen Sachverhalten die Tätigkeit ausschließlich in Deutschland ausgeübt wird
- welche Krankenkassen betroffen sind.

Weitere Schritte und Empfehlung

Am 07.09.2023 finden Gespräche zwischen der für das anwendbare Recht zuständigen niederländischen Stelle SVB und dem GKV-Spitzenverband, DVKA statt. Es ist geplant, dass auch die niederländische Verbindungsstelle für die Sachleistungen bei Krankheit CAK an den Gesprächen teilnimmt. In diesem Rahmen werden wir die o. g. offenen Fragen adressieren und das weitere Vorgehen abstimmen.

Die niederländische Seite hat den betreffenden Personen mitgeteilt, dass die niederländische Versicherung beendet wird, sobald die deutsche Krankenversicherung beginnt. Daher empfehlen wir den deutschen Krankenkassen, in diesen Sachverhalten keine Versicherung durchzuführen, bis wir die noch offenen Fragen mit der niederländischen Seite geklärt haben.

Im Rahmen der Fachkonferenz am 21.09.2023 werden wir über die aktuellen Entwicklungen berichten.

Mit freundlichen Grüßen

gez.

Hanna Ternes

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 09.10.2023

TOP 5

Digitalisierung von (Sozialversicherungs-)Nachweisen (DC4EU)

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

Sachverhalt:

EU-Bürgerinnen und Bürger sollen digitale (Sozialversicherungs-) Nachweise zukünftig grenzüberschreitend über eine sog. europäische elektronische Briefftasche (EUid-Wallet) nutzen und sich rechtlich sicher über die europäische digitale Identität (EUid) authentifizieren können. Gemeint ist damit eine Smartphone-App, die eine einheitliche Online- und Offline-Identifizierung von EU-Bürgerinnen und EU-Bürgern innerhalb der EU ermöglicht. Gleichzeitig soll die App als Sammelordner für digitale Daten z. B. Ausweise und Gesundheitskarten.

1. Pilotprojekt DC4EU

Zur Entwicklung einer Referenzimplementierung dieser EUid-Wallet, die zukünftig die digitale Identität enthalten soll, ist ein von der EU gefördertes multinationales Konsortium DC4EU (Digital Credentials for Europe)¹ gegründet worden. Das Arbeitspaket WP6 des Konsortiums DC4EU hat zum Ziel, eine technische und fachliche Architektur für die Ausstellung, Aktualisierung, den Widerruf und die Überprüfung von elektronischen Bescheinigungen im Rahmen der Koordinierung der sozialen Sicherheit zu entwickeln. Hiervon sind u. a. die A1-Bescheinigung und die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) betroffen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt sich an dem Konsortium in Bezug auf die A1-Bescheinigung sowie die EHIC. Das Pilotprojekt soll bis Anfang 2025 Ergebnisse präsentieren.

Für die Beantragung und Ausstellung einer A1-Bescheinigung/EHIC bedeutet dies, dass deutsche Krankenkassen als sog. „Aussteller“ die A1-Bescheinigung/EHIC als digitalen Nachweis („credential“) in die Wallet der versicherten Person spielen, nachdem diese sich zuvor erfolgreich bei ihrer Krankenkasse identifiziert und authentifiziert hat. Anschließend hat sie die Möglichkeit, diesen Nachweis vom Prüfdienst/Leistungserbringer vor Ort als sog. „Prüfinstanz“ auslesen zu lassen und auf diese Weise das für sie geltende Recht/ihren Versicherungsschutz nachzuweisen.

¹ Mehr Infos zu DC4EU auch unter <https://www.dc4eu.eu/>

2. Rechtliche Grundlagen

Die rechtliche Grundlage für das Pilotprojekt bildet die eIDAS-Verordnung (EU) Nr. 910/2014², die u. a. zur Einführung der EUid-Wallet derzeit überarbeitet wird. Die überarbeitete Fassung tritt voraussichtlich Ende 2023 in Kraft. Nach Inkrafttreten müssen die EU-Mitgliedstaaten die EUid-Wallet nach derzeitigem Verhandlungsstand innerhalb von 12 Monaten implementieren. Als weitere rechtliche Grundlage ist die Single-Digital-Gateway-Verordnung (EU) Nr. 2018/1724 zu nennen, nach der bestimmte Verwaltungsleistungen bis Ende 2023 voll zu digitalisieren sind. Diese Verwaltungsleistungen sind in Anhang 2 der VO festgelegt und betreffen u. a. die Beantragung und Ausstellung der A1-Bescheinigung und der EHIC.

3. Meilensteine

Im Mai 2023 fand die Auftakt-Veranstaltung für das Projekt statt, an der der GKV-Spitzenverband, DVKA für das Arbeitspaket WP6 teilgenommen hat, das folgende Meilensteine enthält.

Meilenstein	Zeit
Abschluss der Anforderungsanalyse – Analyse der IST-Prozesse für die A1-Ausstellung / eEHIC, u.a. Bereitstellung und Auswertung von Fragebögen – Erstellung des Datenmodells für das A1-Zertifikat bzw. die eEHIC – Implementierung wesentlicher Komponenten der EUid-Wallet	Q4 / 2023
Abschluss der Aufnahme der beteiligten Institutionen für das A1-Verfahren und der eEHIC für die Projektteilnahme	Q2 / 2024
Test und Pilotierung der entwickelten Artefakte für die Bereiche A1/eEHIC	Q4 / 2024
Analyse der Ergebnisse – Notwendige Anpassungen Ausgabeprozesse der A1-Bescheinigung / eEHIC – Welche technischen Erweiterungen sind notwendig?	Q1 / 2025

Aktuell liegt der Fokus auf einer umfassenden IST-Analyse jener Geschäftsprozesse, die der Ausstellung sowie Überprüfung einer A1-Bescheinigung/EHIC zugrunde liegen. Zur Analyse der IST-Prozesse hat das Konsortium DC4EU Fragebögen entwickelt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat die jeweiligen Fragebögen unter Beteiligung der Krankenkassen ausgefüllt und Anfang August 2023 an das Konsortium versendet. Folgende Ergebnisse lassen sich zusammenfassen:

- A1-Bescheinigungen werden größtenteils elektronisch beantragt / automatisiert bearbeitet.
- Die Änderung/Aufhebung einer A1-Bescheinigung setzt voraus, dass der Antragsteller den ursprünglichen Antrag storniert und ggf. einen neuen Antrag mit geänderten Daten stellt.
- Die EHIC wird auf der Rückseite der eGK ausgewiesen / i. d. R. automatisiert an die versicherte Person versendet. Ausnahmen gibt es bei Verlust oder Diebstahl der Karte.
- Die EHIC kann anders als die eGK nicht gesperrt werden (z. B. bei Verlust/Diebstahl).

² über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen

Seit Juni 2023 finden fachliche und technische Workshops für das A1-Verfahren/eEHIC statt, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA teilnimmt. Erste Erfahrungen haben gezeigt, dass hierbei insbesondere auch die technische Expertise aus dem Bereich Leistungserbringer/Telematik zwingend notwendig ist. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird dieses Erfordernis gegenüber dem BMG adressieren.

4. Bisher identifizierte Umsetzungsanforderungen

Zur Umsetzung der zu erwartenden Verpflichtungen aus den o. g. Rechtsakten lassen sich in einer ersten Einschätzung mindestens die folgenden Punkte festhalten:

- Die A1-Bescheinigung muss den Antragstellern künftig neben dem bisherigen Format gemäß SDG-VO auch in einer elektronischen Form angeboten werden können.
- Die elektronische A1-Bescheinigung muss in das EUid-Wallet der grenzüberschreitend tätigen Person geladen werden können. Dies gilt unabhängig davon, ob diese Person oder ihr Arbeitgeber den Antrag gestellt hat.
- Der Antragsteller muss sich dazu sicher gegen die Anwendung bzw. den ausgebenden Dienst der zuständigen Träger authentifizieren können.
- Ausgegebene elektronische A1-Bescheinigungen müssen so geändert bzw. widerrufen werden können, dass das Dokument in der Wallet aktuell ist.
- Antragsteller aus dem Ausland müssen die o. g. Prozesse nutzen können.

Weitere Anforderungen und Rahmenbedingungen müssen im Rahmen der Beteiligung an DC4EU ausgearbeitet und betrachtet werden. Ähnliche Anforderungen gelten für die Ausgabe und Nutzung von EHICs. Im Lichte der geplanten Änderungen am OZG ist auch zu klären, ob die A1-Bescheinigung über das Portal des Bundes beantragt werden kann und dem Antragsteller bzw. der Antragstellerin dort verfügbar gemacht werden muss.

5. Diskussion in der Verwaltungskommission zur Digitalisierung der EHIC

Im Rahmen der nächsten Sitzung der Verwaltungskommission am 17./18. Oktober 2023 wird sich die deutsche Delegation (BMAS/BMG) für eine Digitalisierung der EHIC unter Berücksichtigung von Kosten-/Nutzenerwägungen aussprechen. Fehlinvestitionen bei möglichen Zwischenlösungen müssen vermieden werden. Die Kommission scheint die Idee zu verfolgen, die EHIC als digitalen Nachweis entsprechend der Zielsetzung des Konsortiums DC4EU gestalten zu wollen. Jedoch will sie nicht bis zum Abschluss des Projekts Mitte 2025 abwarten, sondern prüfen, ob bereits „Vorstadien“ des Endprodukts in der Praxis eingesetzt werden können. Ziel der Beratungen im Rahmen der Sitzung der Verwaltungskommission soll u. a. sein:

- Roadmap für die einzelnen (Zwischen-)Schritte der Digitalisierung der EHIC vom Status quo bis zum finalen Endprodukt (EU-wallet fähiger digitaler Nachweis)
- Klärung der Zusammenarbeit zwischen der Verwaltungskommission und dem Konsortium DC4EU

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Allerdings scheint der vom Konsortium DC4EU aufgestellte Zeitplan aus Sicht der Krankenkassen nicht realistisch.

Die Kassenartverbände teilen mit, dass sie im Nachgang zur Sitzung weitere Gestaltungshinweise für die Umsetzung der Digitalisierung von Sozialversicherungsnachweisen in Zusammenhang mit dem DC4EU-Projekt übermitteln werden.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die Kassenartverbände über relevante Entwicklungen im Projekt DC4EU fortlaufend informieren. Zudem wird er prüfen, welche Form für einen regelhaften Austausch unter Beteiligung der Krankenkassen und relevanter Fachexpertinnen und -experten des GKV-Spitzenverbandes zum Thema DC4EU geeignet ist.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 6

Multilaterales Rahmenübereinkommen über die Anwendung von Artikel 16 Absatz 1 VO (EG) 883/04 bei gewöhnlicher grenzüberschreitender Telearbeit

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

Sachverhalt:

Spätestens seit der Pandemie arbeiten viele Menschen zumindest zum Teil in Telearbeit. Hierunter versteht man, dass Tätigkeiten nicht (nur) in den Räumlichkeiten des Arbeitgebers, sondern auch an anderen Orten, insbesondere in der häuslichen Umgebung, ausgeübt werden – ermöglicht durch den Einsatz elektronischer Informations- und Kommunikationssysteme.

Die VO (EG) 883/04 sieht bei gewöhnlich grenzüberschreitend ausgeübter Tätigkeit grundsätzlich keine Besonderheiten für Telearbeit vor, sodass Sozialversicherungsbeiträge im Staat des Arbeitgebersitzes abzuführen sind, wenn die Tätigkeit bis maximal 25% der Zeit im Wohnstaat ausgeübt wird. Bei Überschreiten dieser Grenze – etwa bei 2 Tagen Telearbeit pro Woche – würde allerdings das Sozialversicherungsrecht des Wohnstaats anwendbar werden.

Um den geänderten Arbeitsmustern Rechnung tragen zu können, hat eine EU-Arbeitsgruppe, an der der GKV-Spitzenverband, DVKA wesentlich beteiligt war, ein multilaterales Rahmenübereinkommen auf Grundlage von Artikel 16 Absatz 1 VO (EG) 883/04 erarbeitet. Die zuständigen Institutionen aus bereits 18 Staaten, darunter der GKV-Spitzenverband, DVKA für Deutschland, haben dieses unterzeichnet und wenden es seit dem 01.07.2023 an¹. Der Beitritt weiterer Staaten zu einem künftigen Zeitpunkt ist möglich. Es ist auf fünf Jahre geschlossen

¹ Belgien, Deutschland, Finnland, Frankreich, Kroatien, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Spanien, Schweiz, Slowakei, Tschechische Republik.

Eine aktuelle Übersicht wird unter <https://socialsecurity.belgium.be/en/internationally-active/cross-border-telework-eu-eea-and-switzerland> geführt.

worden und verlängert sich einmalig automatisch um weitere fünf Jahre. Diese Zeit soll genutzt werden zur Prüfung, ob die VO (EG) 883/04 selbst um eine neue Bestimmung für die Telearbeit erweitert wird.

Unter Bezugnahme auf das Rahmenübereinkommen können Beschäftigte bis zu 49,99% der Gesamtarbeitszeit in Form von Telearbeit im Wohnstaat erbringen, ohne den Versicherungsschutz in dem Mitgliedstaat zu verlieren, in welchem der Arbeitgeber ansässig ist.

Ist dies gewünscht, erfolgt die Antragstellung in dem Staat, dessen Sozialversicherungsrecht anwendbar sein soll. In Deutschland sind Anträge auf Ausnahmereinbarungen nach Artikel 16 Absatz 1 VO (EG) 883/04 – auch in Bezug auf grenzüberschreitende Telearbeit – über das elektronische Antrags- und Bescheinigungsverfahren beim GKV-Spitzenverband, DVKA zu stellen. Unter www.dvka.de → Arbeitgeber & Erwerbstätige → Anträge & Fragebögen finden → Abschluss einer Ausnahmereinbarung → Telearbeit ab 01.07.2023 stehen ausführliche Informationen zu Modalitäten und Verfahren sowie Links zu Originaltext und Gebrauchsübersetzung bereit.

Beratungsergebnis:

Die Ausführungen wurden zur Kenntnis genommen, zudem wurde auf Rückfrage noch Folgendes festgehalten:

- Der Begriff „gewöhnlich“ ist identisch zu dem in Art. 13 VO (EG) 883/04 zu verstehen. Gleiches gilt für die die Errechnung der Arbeitszeiten, bei denen es ebenfalls keine Abweichung zu Art. 16 VO (EG) 987/09 gibt.
- Welche Staaten das Übereinkommen unterzeichnet haben, ergibt sich jeweils aktuell auf der oben dargestellten Übersichtsseite der belgischen zuständigen Institution. In Bezug auf andere Staaten ist das anwendbare Recht regulär nach Art. 13 VO (EG) 883/04 festzulegen. Dies gilt auch für Zeiten, in denen das Übereinkommen auf einen Staat, der es zunächst nicht unterzeichnet hatte, erst später anwendbar wird.
- Artikel 6 Absatz 1 des Rahmenübereinkommens bezieht sich auf Konstellationen, die vom Rahmenabkommen nicht erfasst sind, insbesondere Telearbeit von Selbstständigen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 7

Erhebung statistischer Daten – Fragebögen EHIC, S1 und S2

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

Sachverhalt:

Auf der Grundlage von Art. 91 VO (EG) 987/09 richtet die Kommission jährlich Fragebögen an die Mitgliedstaaten, um Statistiken zur Durchführung der Verordnungen (EG) 883/04 und (EG) 987/09 erstellen zu können. Der Plan und die Methode für die Erhebung und Zusammenstellung dieser Daten werden von der Verwaltungskommission festgelegt. Hierüber hatten wir Sie im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 05.11.2020 informiert (vgl. Anlage 1).

Die Fragebögen leitet das BMAS an den GKV-Spitzenverband, DVKA mit der Bitte um Beantwortung weiter. Im Rahmen der Datenerhebung wertet der GKV-Spitzenverband, DVKA für den Bereich Leistungen bei Krankheit, Betrug und Beitreibung die Daten und Informationen aus, die ihm als Verbindungsstelle/EESSI-Access Point zur Verfügung stehen. Hierbei handelt es sich insbesondere um Daten aus dem Bereich der Kostenabrechnung und dem NAE-Betrieb, mit denen jedoch nicht alle Fragen beantwortet werden können. In der Vergangenheit hat der GKV-Spitzenverband, DVKA hilfsweise aus den Daten der beiden Bereiche Rückschlüsse auf die abgefragten Daten gezogen verbunden mit dem Hinweis, dass es sich z. T. nur um Hochrechnungen handelt.

Für den Bereich des anwendbaren Rechts werden die statistischen Daten – Anzahl ausgestellter PD A1 – regelmäßig von den Krankenkassen erhoben.

Im Bereich Leistungen bei Krankheit werden in den Fragebögen zu den Portablen Dokumenten (PD) S1 und S2 (Anlagen 2 und 3) unter anderem folgende Punkte abgefragt:

- Die Anzahl der ausgestellten PD S1 oder SED S072 (Frage 1)
- Die Anzahl der erhaltenen PD S1 oder SED S072 (Frage 3)
- Gesamtzahl der ausgestellten/erhaltenen PD S1 oder SED S072, die am 31. Dezember XXXX noch gültig sind (unabhängig von dem Jahr, in dem sie ausgestellt wurden – Frage 2)

- Die Anzahl der insgesamt ausgestellten PD S2 (Frage 1)
- Die Anzahl insgesamt eingegangenen PD S2 (Frage 4)

Bisher hatten wir von der Erhebung der Daten durch die Krankenkassen aufgrund des Aufwands der manuellen Erfassung abgesehen. Da der Datenaustausch inzwischen über EESSI elektronisch erfolgt, bitten wir um Mitteilung, ob auch die Ausstellung und der Erhalt der PD S1 oder SED S072 sowie SED S073 (als Bestätigung der Einschreibung) und PD S2 elektronisch erfasst werden und die Daten den einzelnen Krankenkassen vorliegen bzw. die Möglichkeit besteht, dass die Daten von den Krankenkassen generiert werden können. Daten zur Anzahl der abgelehnten Anträge auf Ausstellung eines PD S1, etc. oder S2 sowie weitere Detailinformationen zur Ausstellung oder Ablehnung dürften weiterhin nicht vorliegen.

Sollten die Zahlen bei den Krankenkassen vorliegen, planen wir zur Anzahl der ausgestellten sowie empfangenen PD S1 oder S072 sowie S073 und S2 sowie der Gesamtzahl der gültigen PD S1 oder S072 sowie S073 zukünftig mit Rundschreiben bei den Krankenkassen jährlich im Zeitraum März/April für das zurückliegende Berichtsjahr abzufragen. Die erstmalige Abfrage wird für das Berichtsjahr 2024 im März/April 2025 erfolgen. Wir bitten die Krankenkassen bereits jetzt, die entsprechenden Vorbereitungen hierfür zu treffen.

Folgende Fragebögen füllt der GKV-Spitzenverband, DVKA weiterhin in seiner Zuständigkeit für die Krankenkassen aus:

- EHC-Fragebogen
- Monitoring healthcare reimbursement
- Fragebogen zu Betrug und Fehlern
- Fragebogen zur Beitreibung

Die statistischen Daten zur RL 2011/24/EU haben die Kassenartverbände in diesem Jahr erstmals für 2022 in der mit dem BMAS abgestimmten, erweiterten Version zur Verfügung gestellt. Die NKS hat die Daten mit den entsprechenden Erläuterungen der Kassenartverbände über das BMAS an die Kommission weiterleiten lassen. Vielen Dank für die gute Kooperation. Das Verfahren wurde über den AOK-Bundesverband koordiniert. Es gilt festzulegen, ob die Datenübermittlung auch in den kommenden Jahren auf diesem Wege oder zukünftig anders organisiert werden soll.

Beratungsergebnis:

Die Rückmeldungen der Krankenkassen zur Datenlage in Bezug auf das PD S1 (ausgestellt, eingegangen, noch gültig) ist heterogen mit einer Tendenz dahingehend, dass diese Daten mit der notwendigen Vorlaufzeit größtenteils geliefert werden können.

Der AOK-Bundesverband weist darauf hin, dass ein Beschluss der Fachkonferenz DVKA für die Erhebung der Daten hilfreich wäre. Zu den PD S2 laufen derzeit Erhebungen, ob diese zur Verfügung gestellt werden können.

Der vdek teilt mit, dass es insbesondere bei der Ermittlung der Gesamtzahl der noch gültigen Dokumente zu Schwierigkeiten kommen dürfte. Des Weiteren könnte es bei der Ermittlung der PD S2 – insbesondere bei Behandlungen im Krankenhaus – zu Schwierigkeiten kommen.

Auf Nachfrage, insbesondere der Betriebskrankenkassen, erörtert der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass die abgefragten Daten nicht über den NAE-Betrieb vom GKV-Spitzenverband, DVKA generiert werden können. Grund hierfür ist, dass die Datensätze nicht geöffnet werden können bzw. dürfen und sich aus der Verwendung der entsprechenden BUCs/SEDs nicht ausreichend Rückschlüsse auf die zu erhebenden Daten, d. h. den Inhalt (z. B. Gültigkeit), ziehen lassen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird im Nachgang zur Sitzung noch einmal mit den Kassenartverbänden Kontakt aufnehmen, um Information zur erhalten, welche Daten tatsächlich geliefert bzw. generiert werden können. Im nächsten Schritt soll dann – wie vom AOK-Bundesverband vorgeschlagen – ein entsprechender Beschlussvorschlag erarbeitet werden.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer verständigen sich darauf, dass die Thematik der statistischen Daten zur RL 2011/24/EU zukünftig nicht mehr im Rahmen der Fachkonferenz DVKA, sondern im Rahmen der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht erörtert wird.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 8

Besonderes Verfahren bei der Feststellung und Überwachung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden

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

Anlagen:

- Schreiben vom 18.08.2023

Sachverhalt:

Seit Jahren besteht ein Sonderverfahren zur Feststellung und Überwachung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden. Mit Rundschreiben Nr. 2021/491 hatte der GKV-Spitzenverband, DVKA über die auf EESSI angepasste Verbindungsstellenvereinbarung mit der zuständigen niederländischen Stelle (UWV) informiert. Seit Juli 2022 nutzt UWV die EESSI-Geschäftsprozesse S_BUC_12 bis S_BUC_14b für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden. Seitdem gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Verfahrens, die es im Interesse aller am Verfahren beteiligter Akteure zu beheben gilt.

Trotz der Informationen zu Verfahrensbesonderheiten und Umsetzungsschwierigkeiten in den Rundschreiben Nrn. 2022/608 und 2023/354 halten einige Krankenkassen das vereinbarte Verfahren nicht ein, in dem sie u. a. den deutschen Arbeitgeber nicht über die Arbeitsunfähigkeit informieren und/oder den betreffenden Personen kein bzw. verspätet Krankengeld zahlen. Die Information des Arbeitgebers ist in Bezug auf die Niederlande eine Verpflichtung der Krankenkassen. Die betreffenden Personen beschwerten sich in ihrer Not bei UWV, das nicht länger gewillt ist, die Beschwerden weiterzuleiten und mit der Einschaltung der Ministerien droht.

Bisher haben UWV oder die betreffenden Personen den GKV-Spitzenverband, DVKA für die Klärung der Sachverhalte mit den Krankenkassen kontaktiert. Die Anfragen sind zwar leicht rückläufig, sie existieren jedoch weiterhin. Diese Aufgabe hat der GKV-Spitzenverband, DVKA ein Jahr lang übernommen. Die Erfahrung zeigt, dass es sich oftmals um kassenartspezifische (systembedingte) Umsetzungsprobleme handelt, die der GKV-Spitzenverband, DVKA nicht lösen

kann. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hält es daher für erforderlich, dass die Vermittlung zukünftig unter Beteiligung der Kassenartverbände erfolgt, damit diese über ihre Gremien bzw. im Rahmen ihrer Möglichkeiten sicherstellen können, dass die (Mitglieds-)Kassen das vereinbarte Verfahren umsetzen. Dies gäbe den Kassenartverbänden zudem die Möglichkeit, einen Überblick zu kassenartspezifischen Problemen zu erhalten und gezielt nachsteuern zu können. Hierüber und über die Art und Weise der Beteiligung hat der GKV-Spitzenverband, DVKA die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit Schreiben vom 18.08.2023 informiert.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert nochmals die Probleme, die im Zusammenhang mit der Feststellung und Überwachung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden seit Einführung von EESSI bestehen (insbesondere die verzögerte Bearbeitung und die fehlende Information der Arbeitgeber durch die Krankenkassen). Er weist auf die bereits ergriffenen Maßnahmen zur Information und Sensibilisierung der Mitarbeitenden bei den Krankenkassen hin (u. a. Rundschreiben, Erörterung in den für das Krankengeld zuständigen Gremien, Treffen mit dem niederländischen Träger UWV).

Laut UWV richten die betreffenden Personen ihre Beschwerden jedoch weiterhin an UWV und nicht an die zuständigen Krankenkassen. Zudem informierten die Krankenkassen die deutschen Arbeitgeber nicht über die Arbeitsunfähigkeit. Auch würden die über EESSI eingegangenen Fälle aus den Niederlanden von den deutschen Krankenkassen nicht abgerufen.

Die Kassenartverbände bestätigen, dass in verschiedenen Gremien über die Problematik berichtet wurde und die Bearbeitenden nun über das Verfahren informiert sein sollten. Es gebe aber immer noch Hinweise, dass Krankenkassen Probleme mit der Bearbeitung von Sachverhalten im Rahmen von EESSI hätten.

Da UWV oftmals die Arbeitsunfähigkeiten für einen längeren Zeitraum bescheinigten, möge der GKV-Spitzenverband, DVKA die UWV bitten, dass das Ende einer Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des S_BUC_14b den deutschen Krankenkassen zeitnah mitgeteilt werde, um Überzahlungen zu vermeiden. Zusätzliche Begutachtungen, die im Rahmen des H_BUC_08 von den deutschen Krankenkassen beauftragt werden, sollten ebenfalls zeitnah bearbeitet werden, da sonst eine weitere Auszahlung des Krankengeldes nicht sichergestellt werden könne. Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat UWV am 22.09.2023 darum gebeten, entsprechend zu verfahren.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer haben sich darauf verständigt, dass UWV die Problemfälle weiterhin an die Ansprechpartnerin beim GKV-Spitzenverband, DVKA richtet, die diese dann an die ihr mitgeteilten Kontaktpersonen bei den Kassenartverbänden bzw. Krankenkassen weiterleiten wird. Wenn festgestellt wird, dass ein Problem vermehrt auftritt, wird sich der GKV-Spitzenverband, DVKA an die Kassenartverbände wenden.



Spitzenverband

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



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Per E-Mail

Mitglieder der Fachkonferenz DVKA

Arbeitsgruppe Austausch Krankengeld

Anja Fricke

Tel.: +49 228 9530-+49 228 9530607
Fax: +49 228 9530-+49 228 9530600

anja.fricke@dvka.de

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

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

Ihre Nachricht vom

Ihre Zeichen

Unsere Zeichen

Datum

3231.02
45.0 (310)

18.08.2023

Feststellung und Überwachung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden Bestehende Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Verfahrens

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit Jahren besteht ein Sonderverfahren zur Feststellung und Überwachung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden. Mit Rundschreiben Nr. 2021/491 hatten wir über die auf EESSI angepasste Verbindungsstellenvereinbarung (VbStV) mit der zuständigen niederländischen Stelle (UWV) informiert. Seit Juli 2022 nutzt UWV die EESSI-Geschäftsprozesse S_BUC_12 bis S_BUC_14b für die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden. Seitdem gibt es Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Verfahrens. Um sie in den Griff zu bekommen, benötigen wir Ihre Unterstützung.

Notwendigkeit der Intervention

Trotz der Informationen zu den Verfahrensbesonderheiten und Umsetzungsschwierigkeiten in den Rundschreiben Nrn. 2022/608 und 2023/354 halten einige Krankenkassen das vereinbarte Verfahren nicht ein, in dem sie u. a. den deutschen Arbeitgeber nicht über die Arbeitsunfähigkeit informieren und/oder den betreffenden Personen kein bzw. verspätet Krankengeld zahlen. Die Information des Arbeitgebers ist in Bezug auf die Niederlande eine Verpflichtung der Krankenkassen. Die betreffenden Personen beschweren sich in ihrer Not bei UWV.

UWV hat bei Gesprächen deutlich gemacht, dass sie nicht mehr gewillt sind, den hierdurch produzierten Arbeitsaufwand zu leisten. Die Krankenkassen sind die für das Krankengeld zuständigen Träger, die ihre Verpflichtungen aus der VbStV erfüllen und sich bei Fragen an UWV wenden müssen. Um zu vermeiden, dass das Thema die ministerielle Ebene erreicht, haben wir mit UWV vereinbart, Sie zu involvieren, damit Sie über Ihre Gremien bzw. im Rahmen Ihrer

Möglichkeiten sicherstellen können, dass Ihre (Mitglieds-)Kassen das vereinbarte Verfahren umsetzen.

Bisherige und geplante Vorgehensweise

Bisher haben uns UWV oder die betreffenden Personen kontaktiert, um gegenüber den zuständigen Krankenkassen zu vermitteln. Die Anfragen bei uns sind zwar leicht rückläufig, jedoch erhalten wir weiterhin Mitteilungen, dass die Personen keine Lösung mit ihren Krankenkassen erreichen können. Die Vermittlung haben wir ein Jahr lang übernommen. Da die Krankenkassen trotz unserer Intervention z. T. die Rundschreiben und unsere Hilfestellungen nicht umsetzen, bitten wir Sie erneut nachdrücklich, in Ihrer Funktion für die regelhafte Einhaltung des vereinbarten Verfahrens bei den Krankenkassen zu sorgen.

Zudem halten wir es für notwendig, dass die Vermittlung in den Einzelfällen zukünftig unter Ihrer Beteiligung erfolgt, damit Sie einen Überblick zu kassenartspezifischen Problemen erhalten und entsprechend nachsteuern können. Dies fällt nicht in die Zuständigkeit des GKV-Spitzenverbandes, DVKA. Wir schlagen vor, dass das Vorgehen gegenüber UWV unverändert bleibt, sodass die betreffenden Personen weiterhin unsere Kontaktdaten erhalten und uns ihre Versichertennummer, die zuständige Krankenkasse und die Case-ID (Vorgangsnummer in EESSI) mitteilen. Wenn Sie uns eine Ansprechpartnerin oder einen Ansprechpartner nennen, werden wir die Informationen künftig gesichert an diese Personen weiterleiten.

Das Thema wird in der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 21.09.2023 erörtert. Bis dahin, spätestens jedoch bis zum 29.09.2023, bitten wir um Rückmeldung, da für Ende September das nächste Treffen mit UWV geplant ist.

Folgende Umsetzungsschwierigkeiten bestehen weiterhin:

Sicherstellung Empfang eines BUCs (Geschäftsvorfalls)

Die Krankenkassen erteilen die Auskunft, dass das SED S055 (im Rahmen des S_BUC_12) nicht eingegangen sei. Sie verweisen die betreffenden Personen an UWV, um einen Nachweis ihrer Arbeitsunfähigkeit zu besorgen. Teilweise fordern die Krankenkassen bei UWV Papierdokumente an, obwohl der Austausch zwischen den beteiligten Trägern ausschließlich via EESSI zu erfolgen hat. Die betreffenden Personen sind in keinem Fall an UWV zu verweisen. Die Krankenkassen müssen sicherstellen, dass sie von UWV eingehende SEDs regelmäßig und zeitnah abrufen bzw. Mitarbeitende über deren Eingang informieren. Wenn die Krankenkassen erfahren, dass UWV einen BUC versendet hat, diesen aber nicht abrufen können, müssen sie mit UWV Kontakt aufnehmen, um den entsprechenden BUC erneut anzufordern. Oftmals teilen die betreffenden Personen die 32-stellige Case-ID bereits den Krankenkassen mit, was eine Kontaktaufnahme z. B. mithilfe des H_BUC_01 oder per E-Mail an Bzheerlenlbv-Inv@uwv.nl erleichtert.

Case-ID ohne Bindestriche

Eine EESSI-Case-ID (32-stellige Vorgangsnummer, Notation: 8-4-4-4-12) von UWV enthält meist keine Bindestriche, was bei einer Suche nach einem Vorgang bei Krankenkassen zu Problemen führen kann. Daher erhalten Sie als Anlage eine Arbeitshilfe im Excel-Format mit zwei Tabellenblättern, mit denen die Krankenkassen Vorgangsnummern in abweichenden Formatierungen normieren und zusätzlich in verschiedenen Listentypen bündeln können.

Basic Medical Report (BMR)

Seit der elektronischen Meldung der Arbeitsunfähigkeiten von UWV gab es Probleme beim Öffnen des sog. Basic Medical Reports (BMR), den UWV als Anlage zum SED S055 (im Rahmen des S_BUC_12) den Krankenkassen übermittelt. Die niederländische Seite hat seit Monaten das Java Script in dem pdf-basierten BMR deaktiviert. Daher sollte dieses Problem nicht mehr auftreten. Ggf. ist ein neuer BMR bei UWV im Rahmen des H_BUC_01 anzufordern.

Austausch mit UWV

Bei allen Fragen an UWV zur in den Niederlanden festgestellten Arbeitsunfähigkeit sollte der H_BUC_01 verwendet werden. Eine Zurückweisung des SEDs S055 mithilfe des Subprozesses AD_BUC_09 sollte nur dann erfolgen, wenn keine Mitgliedschaft bei der Krankenkasse besteht, nicht jedoch bei Unkenntnis des Verfahrens. Sollte die neue Krankenkasse der Person bekannt sein, ist der BUC mithilfe von AD_BUC_05 dorthin weiterzuleiten.

Informationspflicht der versicherten Person

Das mit Ihnen und UWV abgestimmte zweisprachige Informationsschreiben haben wir den Krankenkassen mit Rundschreiben Nr. 2023/354 zur Verfügung gestellt. Damit werden die betreffenden Personen auch darüber informiert, dass das Krankengeld nicht direkt nach Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, sondern rückwirkend gezahlt wird.

Information des Arbeitgebers durch Krankenkasse

Da die betreffende Person bei Feststellung von Arbeitsunfähigkeit in den Niederlanden keinen Arbeitsunfähigkeitsnachweis zur Vorlage beim Arbeitgeber erhält, haben die Krankenkassen seitjeher den Arbeitgeber unverzüglich nach Kenntnis der Arbeitsunfähigkeit zu informieren - vgl. Absatz 8 VbStV. Dies gilt auch für den Zeitraum der Entgeltfortzahlung und kann formlos erfolgen. Die Information des Arbeitgebers ist verpflichtend und zwingend notwendig, um eventuelle arbeitsrechtliche Konsequenzen für die betreffende Person zu vermeiden.

Frist zur Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

UWV hat die Arbeitsunfähigkeit unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 3 Arbeitstagen, der Krankenkasse mitzuteilen - vgl. Absatz 4 VbStV. Ein nach deutschem Recht nicht rechtzeitig von UWV übermittelter Nachweis der Arbeitsunfähigkeit darf jedoch nicht zum Nachteil der versicherten Person führen, da sie selbst weder einen Nachweis über ihre Arbeitsunfähigkeit erhält noch für die Übermittlung des Nachweises an die Krankenkasse verantwortlich ist. Wenn die

betreffende Person darauf hinweist, dass UWV ihre Arbeitsunfähigkeit (weiter) festgestellt hat, die Krankenkasse jedoch bisher keinen Nachweis (SED S055) erhalten hat, hat sie diesen z. B. mithilfe des H_BUC_01 bei UWV anzufordern.

Dauer der Arbeitsunfähigkeit und Mitteilung über das Ende

Die Prüfung und Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch UWV erfolgt entsprechend EU-Recht nach niederländischen Rechtsvorschriften. Dies gilt auch für die Festlegung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Nach niederländischem Recht ist es möglich, dass eine Arbeitsunfähigkeit für mehr als 6 Monate bescheinigt wird. Daher darf die Krankengeldzahlung nicht deshalb unterbleiben bzw. eingestellt werden, weil z. B. nach 4 Wochen keine neue Meldung der Arbeitsunfähigkeit mithilfe des SED S055 erfolgt. Sollte ein aktueller Nachweis über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit für die Auszahlung von Krankengeld benötigt werden, ist eine Kontrolluntersuchung mithilfe von H_BUC_08 zu veranlassen. Die dafür entstehenden Kosten haben die Krankenkassen zu tragen. UWV informiert die zuständige Krankenkasse im Rahmen des S_BUC_14b mit SED S048, dass die betreffende Person wieder arbeitsfähig ist. So weiß eine Krankenkasse bei über mehreren Monaten ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, dass diese früher enden.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Bemühungen. Bei Fragen können Sie sich gerne an Frau Fricke wenden.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

gez.

Hanna Ternes

Anlage

UUID_without_hyphen	-	UIDUpperCaseFormatted	UIDUpperCaseCommaSeperated
6eb861c093294f52aed7776a9691af6d	32	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,
1F60DE6BC4B14A29B927762DEBD92E6D	32	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6D	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6D,
1f60de6bc4b14a29b927762debd92e6d	32	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6D	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6D,
1f60de6bc4b14a29b927762debd92e6	31	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6,
6EB861C093294F52AED7776A9691AF6D	32	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,
6EB861C093294F52AED7776A9691AF6D	32	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,
6EB861C093294F52AED7776A9691AF6D	32	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,
6EB861C093294F52AED7776A9691AF6D	32	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,
6EB861C093294F52AED7776A9691AF6D	32	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,
6EB861C093294F52AED7776A9691AF6DD	33	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,
6EB861C093294F52AED7776A9691AF6D	32	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,

UUIDupperCaseCommaSeperatedText	UUIDlowerCaseFormatted	UUIDlowerCaseCommaSeperated	UUIDlowerCaseCommaSeperatedText
'6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	'6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6D'	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d,	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d'
','1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6D'	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d,	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d'
','1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6'	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6,	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'

UUID_with_hyphen	-	UIDUpperCaseFormatted	UIDUpperCaseCommaSeperated
6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6E	36	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6E	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6E,
1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d	36	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d,
1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6	35	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6,
1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6sdf	38	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6sdf	1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6sdf,
6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	36	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D	6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D,

UIDUpperCaseCommaSeperatedText	UIDLowerCaseFormatted	UIDLowerCaseCommaSeperated	UIDLowerCaseCommaSeperatedText
'6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6E'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6e	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6e,	'6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6e'
','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d'	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d,	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6d'
','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6'	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6,	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6'
','1F60DE6B-C4B1-4A29-B927-762DEBD92E6sdf'	1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6sdf	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6sdf,	','1f60de6b-c4b1-4a29-b927-762debd92e6sdf'
','6EB861C0-9329-4F52-AED7-776A9691AF6D'	6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d,	','6eb861c0-9329-4f52-aed7-776a9691af6d'

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 9

Türkei, Anforderung von Anspruchsbescheinigungen A/T 11 und A/T 21

Verfasser/in: Jürgen Rudack / BKK Landesverband NORDWEST

Sachverhalt:

Unverändert (siehe auch Rundschreiben Nr. 2021/390 vom 02.06.2021) werden Anspruchsbescheinigungen A/T 11 offenbar nicht auf Antrag von türkischen Kunden ausgestellt. Für die Praxis ergibt sich hieraus ein erhöhter Verwaltungsaufwand, da türkische Patienten mit Behandlungsbedarf während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland den A/T 11 nicht vorlegen können. Vielmehr muss die deutsche KK das Formular in der Türkei anfordern.

Der A/T 21 wird vom türkischen Träger befristet für ein Jahr ausgestellt. Nach Jahresablauf muss durch die deutsche Kasse ein neuer A/T 21 angefordert werden. Eine Anforderung durch die Versicherten wird von Seiten des türkischen Trägers nicht akzeptiert. Auch hier entsteht vermeidbarer, erhöhter Verwaltungsaufwand.

Ziel der Beratung:

Thematisierung in den nächsten Verbindungsstellengesprächen mit der Türkei. Der A/T 11 sollte bereits in der Türkei ausgestellt werden. Zumindest sollte eine Anforderung durch die türkischen Patienten aus der BRD heraus möglich sein. Der A/T 21 sollte nicht automatisch auf ein Jahr befristet werden. Eine unbefristete Ausstellung ist nicht zu erwarten, aber eine deutliche Verlängerung des Zeitraums wäre wünschenswert.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die gewünschten Änderungen prüfen und ggf. aufgreifen. Derzeit sind keine deutsch-türkischen Verbindungsstellengespräche geplant. Sollte ein weiterer Meinungsaustausch erforderlich sein, wird sich der GKV-Spitzenverband, DVKA an die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wenden. Zudem werden die Kassenartverbände darum gebeten, weitere Problemstellungen bis zur nächsten Sitzung der Fachkonferenz zu melden.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 10

E-Rezept im grenzüberschreitenden Verkehr

Verfasser/in: Julian von Kleist / vdek

Anlagen:

- Bekanntmachung der gematik zum Feature: ePrescription/eDispensation Land A vom 09.06.2023
-

Sachverhalt:

Die gematik hat am 09.06.2023 ein Feature: ePrescription/eDispensation an Fachexperten des GKV-Spitzenverbandes, der Verbände der Kassenarten und einzelne Krankenkassen übermittelt. In diesem Feature ist das Anwendungsszenario zum Abruf und Einlösen eines E-Rezeptes durch einen Versicherten in einer Apotheke eines EU-Mitgliedsstaates beschrieben. Dabei geht es um Versicherte in Deutschland, die ein in Deutschland verordnetes Arzneimittel in einer beliebigen Apotheke innerhalb der EU abrufen und einlösen wollen. Das Feature beschreibt vor allem die technischen Anforderungen für die Nutzung des E-Rezeptes im grenzüberschreitenden Verkehr innerhalb der EU.

Entsprechend sind auch die User Stories (Kapitel 4.3.) in dem Dokument ausgestaltet. Hier werden konkrete Bedürfnisse für verschiedene Fallkonstellationen beschrieben mit dazugehörigen Lösungswegen, die technisch umgesetzt werden müssen.

Nicht beschrieben sind in dem Feature der Umgang mit Zuzahlungen für im Ausland bezogene Arzneimittel. Bereits heute reichen Versicherte Eigenanteilsrechnungen für im Ausland erworbene Arzneimittel bei den Krankenkassen ein. Es ist davon auszugehen, dass sich diese Praxis im Umgang mit E-Rezepten fortsetzen wird. Daraus ergeben sich folgende Fragen:

- Wie können Zuzahlungen bei der Einlösung von E-Rezepten im Ausland berücksichtigt werden?

- Werden die Zuzahlungen nach dem Recht des Landes, in dem das E-Rezept verordnet wurde oder nach dem Recht des Landes, in dem das Arzneimittel ausgegeben wurde, bemessen?
- Werden Zuzahlungen dem Versicherten in der Apotheke im EU-Ausland direkt in Rechnung gestellt?
- Wie werden Zuzahlungen auf Auslandsrechnungen dokumentiert und kenntlich gemacht?
- Wie erkennen die Krankenkassen in Deutschland Rechnungen über anfallende und geleistete Zuzahlungen?

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer einigen sich darauf, die Thematik an die Ad-hoc Arbeitsgruppe zum über- und zwischenstaatlichen Leistungsrecht zu übertragen. Die Ad-hoc Arbeitsgruppe soll sich dazu bis Ende 2023 treffen und darüber beraten, wie Zuzahlungen für E-Rezepte im grenzüberschreitenden Verkehr berücksichtigt werden können.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur

**Feature:
ePrescription/eDispensation
Land A**

Version:	0.5.0
Revision:	647580
Stand:	09.06.2023
Status:	zur Abstimmung freigegeben
Klassifizierung:	öffentlich_Entwurf
Referenzierung:	gemF_ePres-eDisp

32

Dokumentinformationen

33 **Änderungen zur Vorversion**

34 Anpassungen des vorliegenden Dokumentes im Vergleich zur Vorversion können Sie der
35 nachfolgenden Tabelle entnehmen.

36

37 **Dokumentenhistorie**

Version	Stand	Kap./ Seite	Grund der Änderung, besondere Hinweise	Bearbeitung
0.5.0	09.06.2023		Neuerstellung	gematik

38

Inhaltsverzeichnis

40	1 Einordnung des Dokuments	5
41	1.1 Zielsetzung	5
42	1.2 Zielgruppe	5
43	1.3 Abgrenzungen	5
44	1.4 Methodik	6
45	2 Allgemeine Rahmenbedingungen	7
46	2.1 Gesetzliche Regelungen in Deutschland	7
47	2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der EU	7
48	2.2.1 Vorgaben an ePrescription gemäß Implementing Directive EC 2012/52	8
49	2.3 Vorbedingungen zur Übertragung von E-Rezepten in das EU-Ausland	8
50	2.4 Netzanbindung an das europäische Netzwerk	8
51	2.5 Validierung und Qualitätskontrolle der eingesetzten Terminologien	9
52	3 Anwendungsumfeld	10
53	3.1 Anwendungsszenario: ePrescription/eDispensation Land-A	10
54	3.2 Akteure und Rollen	11
55	4 Features und User Stories	12
56	4.1 Gesamtübersicht der Features	12
57	4.2 Feature: Identifizierung von Versicherten	13
58	4.2.1.1 Identifizierung des Versicherten im Abgabeland	13
59	4.3 Feature: Abruf und Abgabe von E-Rezepten im EU-Ausland	14
60	4.3.1 User Stories	14
61	4.3.1.1 Auflistung von E-Rezepten des Versicherten	14
62	4.3.1.2 Abruf der abzugebenden E-Rezepte des Versicherten	15
63	4.3.1.3 Abruf der abzugebenden E-Rezepte des Versicherten als Original	16
64	4.3.1.4 Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte im Abgabeland	16
65	4.4 Feature: Berechtigungsverwaltung	17
66	4.4.1 User Stories	17
67	4.4.1.1 Berechtigungserteilung zum Datenaustausch mit einem anderen	
68	europäischen Mitgliedsstaat	17
69	4.4.1.2 Informationen über die gültige Zugriffsberechtigung	18
70	4.5 Feature: Informationen, Protokolldaten und Audit Trails	18
71	4.5.1 User Stories	19
72	4.5.1.1 Protokollierung von Informationen über Zugriffsversuche und	
73	Zugriffsberechtigungen	19
74	4.5.1.2 Bereitstellung der digitalen Beweiskette (Audit Trail)	19
75	4.6 Feature: IT-Sicherheit, Datenschutz und Integrität	19
76	4.6.1 User Stories	20

77	4.6.1.1 Keine unautorisierten Änderungen von sensiblen Daten	20
78	4.6.1.2 Nur autorisierte Nutzer haben Einsicht in sensible Daten	20
79	4.6.1.3 Keine Auswertung des Nutzerverhaltens.....	20
80	4.7 Feature: Testbarkeit	21
81	4.7.1 User Stories	21
82	4.7.1.1 Testbarkeit der Anwendung eP/eD.....	21
83	4.7.1.2 Keine Testschnittstellen in der Produktivversion von Produkten	21
84	4.7.1.3 Durchführung von Production Environment Tests	22
85	4.8 Feature: Performance und Betrieb.....	22
86	4.8.1 User Stories	22
87	4.8.1.1 Verfügbarkeit der Anwendung eP/eD	22
88	4.8.1.2 Maximale Wartezeit bei der Bereitstellung von E-Rezepten im EU-Ausland	
89	23
90	4.8.1.3 Service Desk ist verfügbar.....	23
91	4.8.1.4 Monitoring von Log- und Betriebsdaten	23
92	4.8.1.5 Monitoring von MyHealth@EU-Transaktionsdaten	23
93	5 Anhang A – Verzeichnisse	25
94	5.1 Abkürzungen	25
95	5.2 Referenzierte Dokumente	25
96	5.2.1 Dokumente der gematik.....	25
97	5.2.2 Weitere Dokumente.....	26
98		
99		

100

1 Einordnung des Dokuments

101 Dieses Dokument beschreibt das Anwendungsszenario zum Abruf und Einlösen der
102 elektronischen Rezepte (E-Rezepte) eines Versicherten in einer Apotheke, die sich in
103 einem anderen europäischen Mitgliedsstaat befindet, nach vorheriger Autorisierung der
104 Apotheke durch den Versicherten.

105 1.1 Zielsetzung

106 Dieses Dokument beschreibt den Funktionsumfang aus der Sicht der Nutzer und dient
107 dazu, die Bedürfnisse der Nutzer besser zu verstehen. Mit dem ermittelten
108 Funktionsumfang sollen gematik und Hersteller in der Lage sein, den zusätzlichen
109 Funktionsumfang ihrer verantworteten Komponenten des NCPeH-Fachdienstes zu
110 bewerten und umsetzen zu können. Ziel dieses Featuresteckbriefs ist, aus einer Vielzahl
111 von Anforderungen thematisch gebündelte Features als Arbeitspakete zu beschreiben und
112 damit die Grundlage für die Anbindung des E-Rezept-Fachdienstes an die eHDSI zu
113 schaffen.

114 1.2 Zielgruppe

115 Dieser Featuresteckbrief dient der gematik, der Deutschen Verbindungsstelle
116 Krankenversicherung – Ausland (DVKA), BfArM, den Gesellschaftern der gematik und den
117 Hersteller und Anbieter der Produkttypen E-Rezept-Fachdienst und E-Rezept FdV als
118 Grundlage für den gemeinsamen Austausch und zur Umsetzung der einzelnen Features.

119 1.3 Abgrenzungen

120 Folgende Aspekte werden im vorliegenden Dokument nicht betrachtet:

- 121 • Der Abruf von E-Rezepten, in denen der Versicherte seine Autorisierung nicht
122 erteilen kann. Dies sind z. B. Notfallsituationen
- 123 • Verordnung von E-Rezepten im Ausland und Einstellen der E-Rezepte durch LE-EU
124 in den E-Rezept-Fachdienst
- 125 • Zugriff auf andere Fachanwendungen eines Versicherten in Deutschland
- 126 • Lesender und schreibender Zugriff für Leistungserbringer in Deutschland (LE-DE)
127 auf äquivalente E-Rezepte, die sich in elektronischen Gesundheitsinfrastrukturen
128 anderer EU-Mitgliedsstaaten befinden (Land-B Anwendungsszenario)
- 129 • Einlösung von E-Rezepten von Versicherten aus Deutschland, die in einem
130 anderen EU-Mitgliedsstaat verordnet wurden, in Apotheken in Deutschland
- 131 • Die grenzüberschreitende Übermittlung und Einlösung von E-Rezepten von
132 Privatversicherten
133 *Hinweis: Dieses Feature wird separat betrachtet und in einer zukünftigen Version*
134 *umgesetzt.*

- 135 • Einlösen von E-Rezepten in anderen europäischen Mitgliedsstaaten durch
136 gesetzliche Vertreter
137 *Hinweis: Dieses Feature wird separat betrachtet und in einer zukünftigen Version*
138 *umgesetzt.*
- 139 • Anforderungen zur Anbindung des NCPeH-Fachdienstes an die eHDSI gemäß
140 [gemSpec_NCPeH_FD]
- 141 • Die Auflistung und Abgabe von E-Rezepten die in
142 [MyHealth@EU_Scope_Business_Goals] Abschnitt "MyHealth@EU OUT OF SCOPE
143 description" definiert sind
- 144 • Arzneimittel, die in einer Apotheke nach ärztlicher Verschreibung oder nach den
145 Vorschriften eines Arzneibuchs für einen einzelnen Versicherten zubereitet werden
- 146 • Übermittlung einer Kopie des ursprünglich abgegebenen Arzneimittels (PDF) von
147 Land B nach Land A.
- 148 • Die Bereitstellung der Abrechnungsinformationen für den Kostenträger

149 **1.4 Methodik**

150 **Feature**

151 Ein Feature beschreibt eine abgrenzbare Sammlung von funktionalen Anforderungen die
152 in Gänze einen eigenständigen Mehrwert (Funktionalität) für das Produkt bereitstellen.

153 **User Story**

154 Eine User Story ist eine in Alltagssprache formulierte Software-Anforderung. Sie ist
155 bewusst kurzgehalten und umfasst in der Regel nicht mehr als zwei Sätze. User Stories
156 werden im Rahmen der agilen Softwareentwicklung zusammen mit Akzeptanztests zur
157 Spezifikation von Anforderungen eingesetzt. [Wikipedia: User Story]

158 Aus diesem Grund kann in den User Stories eine abweichende Terminologie genutzt
159 werden, welche für den Leser nachvollziehbar (bspw. Patient = Versicherter) ist. User
160 Stories werden durch Akzeptanzkriterien ergänzt. Mit den Akzeptanzkriterien beschreibt
161 der Anforderer, wie er die korrekte Umsetzung der User Story testen würde. Dies ist
162 sowohl für das Verständnis, als auch für den Test der User Story hilfreich. [Wikipedia:
163 User Story]

164 Hinweise auf offene Punkte Themen, die noch intern geklärt werden müssen oder eine
165 Entscheidung seitens der Gesellschafter erfordern, sind wie folgt im Dokument
166 gekennzeichnet:

167 *Dies ist ein Beispiel für einen offenen Punkt.*

168

2 Allgemeine Rahmenbedingungen

169

170 Die allgemeinen Rahmenbedingungen ergeben sich aus dem gesetzlichen Rahmen des
171 [SGB V] und den Vorgaben der eHDSI. Die referenzierten Dokumente können dem
172 Anhang entnommen werden.

173 Die nachfolgenden Punkte benennen Vorbedingungen für die Realisierung der
174 Anwendung. Sie entstehen zum Teil aus den Anforderungen der eHDSI oder der TI.

175 2.1 Gesetzliche Regelungen in Deutschland

176 Grundlage für die Inhalte einer Verordnung von Arzneimitteln nach §31 SGB V ist in
177 Deutschland die "Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln"
178 (Arzneimittelverschreibungsverordnung - AMVV). In der AMVV ist ebenfalls festgehalten,
179 dass

180 *den aus Deutschland stammenden ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibungen*
181 *entsprechende Verschreibungen aus den Mitgliedstaaten der Europäischen Union,*
182 *aus den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum*
183 *und aus der Schweiz gleichgestellt, sofern diese die Angaben nach Absatz 1*
184 *aufweisen und dadurch ihre Authentizität und ihre Ausstellung durch eine dazu*
185 *berechtigte ärztliche oder zahnärztliche Person nachweisen.*

186 (§ 2 Abs. 1a, AMVV)

187 Somit besteht eine rechtliche Grundlage für die Anerkennung von Rezepten aus u.a. dem
188 EU-Ausland in Deutschland, ebenso wie eine Anerkennung von deutschen Rezepten im
189 EU-Ausland besteht (siehe dazu [Rechtliche Rahmenbedingungen der EU](#)).

190 Die gematik ist verpflichtet

191 *bis zum 1. Januar 2024 die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Versicherte*
192 *über die Komponenten nach Absatz 10 Satz 1 zum Zweck des*
193 *grenzüberschreitenden Austauschs von Daten der elektronischen Verordnung,*
194 *nach vorheriger Einwilligung in die Nutzung des Übermittlungsverfahrens und*
195 *technischer Freigabe zum Zeitpunkt der Einlösung der Verordnung bei dem nach*
196 *dem Recht des jeweiligen anderen Mitgliedstaats der Europäischen Union zum*
197 *Zugriff berechtigten Leistungserbringer, Daten elektronischer Verordnungen nach*
198 *Absatz 2 Satz 1 der nationalen eHealth-Kontaktstelle übermitteln können.*

199 (§ 360 Abs. 12, Nr. 2 SGB V)

200 Auf Basis dieser Regelung erstellt die gematik die Spezifikation und weitere
201 Dokumente, auf deren Basis der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Deutsche
202 Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland, die nationale eHealth-Kontaktstelle
203 aufbaut und betreibt (siehe auch §219d Abs. 6, SGB V).

204 2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der EU

205 Gemäß Artikel 11 Absatz 2 der Richtlinie 2011/24/EU ist die Kommission verpflichtet,
206 Maßnahmen zur Erleichterung der Anerkennung von Verschreibungen zu erlassen, die in

207 einem anderen Mitgliedstaat ausgestellt wurden als in dem, in dem das verschriebene
208 Produkt abgegeben werden soll. Diese Maßnahmen wurden in der Durchführungsrichtlinie
209 2012/52/EU festgelegt.

210 **2.2.1 Vorgaben an ePrescription gemäß Implementing Directive EC** 211 **2012/52**

212 Die [Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU] beschreibt Maßnahmen zur Erleichterung der
213 Anerkennung von in einem anderen Mitgliedstaat ausgestellten ärztlichen
214 Verschreibungen. Im Rahmen dieser Richtlinie ist festgelegt, welche Informationen eine
215 Verschreibung enthalten muss, damit diese in einem Mitgliedsstaat der EU akzeptiert
216 wird. Ebenso wird festgehalten, welche Informationen eine Verschreibung enthalten
217 muss, damit Leistungserbringern im EU-Ausland ermöglicht wird, die Authentizität der
218 Verschreibung zu prüfen.

219 Im Rahmen der Richtlinie wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Bereitstellung der
220 Informationen nur für jene Verschreibungen gelten soll, die in einem anderen
221 Mitgliedsstaat (in diesem Fall also nicht in Deutschland) eingelöst werden sollen.

222 Die Vorgaben zum Inhalt einer Verschreibung zur Einlösung in einem EU-Mitgliedsstaat
223 kann der Durchführungsrichtlinie entnommen werden.

224 **2.3 Vorbedingungen zur Übertragung von E-Rezepten in das EU-** 225 **Ausland**

226 Voraussetzung für die Nutzung von E-Rezepten im EU-Ausland ist die vorherige Anlage,
227 Befüllung und gültige qualifiziert elektronische Signierung von E-Rezepten durch
228 autorisierte Leistungserbringer in Deutschland. Ferner wird vorausgesetzt, dass der Abruf
229 von E-Rezepten durch den NCPeH-Fachdienst beim E-Rezept-Fachdienst berechtigt ist,
230 sobald der Versicherte sein Einverständnis dazu gegeben hat. Eine Netzanbindung an die
231 TI muss existieren und korrekt freigeschaltet sein, um dadurch den Datenaustausch zu
232 ermöglichen.

233 **2.4 Netzanbindung an das europäische Netzwerk**

234 Die Europäische Kommission hat mit "eHealth Digital Service Infrastructure" (eHDSI)
235 eine elektronische Infrastruktur geschaffen, durch die bestehende nationale
236 Infrastrukturen grenzüberschreitend vernetzt werden und damit zusätzliche
237 grenzüberschreitende Gesundheitsdienste angeboten werden können. Mit der eHDSI
238 wurde ein Rahmen geschaffen, mit dem die Gesundheitsdaten der Versicherten sicher
239 und interoperabel grenzüberschreitend ausgetauscht werden können. Der
240 Datenaustausch zwischen den einzelnen nationalen Infrastrukturen und der eHDSI erfolgt
241 über die NCPeHs, die unter der Hoheit der einzelnen europäischen Mitgliedsstaaten
242 stehen.

243 Weitere Voraussetzung für den europäischen Datenaustausch ist der Zugang und die
244 Kommunikation mit dem europäischen Netzwerk Trans European Services for Telematics
245 between Administrations - new generation (TESTA-ng). Das "TESTA-ng" genannte Netz
246 wurde für den steigenden Bedarf an sicherer grenzüberschreitender Zusammenarbeit
247 zwischen den einzelnen Verwaltungen der EU-Mitgliedsländer aufgebaut und sorgt auf der
248 Netzwerkebene für verschlüsselte und zuverlässige Übertragung von sensiblen Daten. Die

249 eHDSI baut auf TESTA-ng auf. Auf diese Weise wird mittels TESTA-ng ein sicherer
250 Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den nationalen
251 Gesundheitsinfrastrukturen der EU-Mitgliedstaaten gewährleistet.

252 In der aktuellen Konstellation wird in Deutschland die Verbindung zum europäischen
253 Netzwerk über die Anbindung an die Netze des Bundes (NdB) realisiert, welche eine
254 eigene Anbindung an das TESTA-ng unterhalten. Die entsprechende Netzanbindung,
255 Freischaltung und Sicherheitsabnahme muss erfolgreich durchgeführt werden, bevor
256 NCPeHs anderer EU-Mitgliedsstaaten eine Abfrage beim deutschen NCPeH-Fachdienst
257 stellen können. Zusätzlich müssen Kommunikationsverbindungen zu den zentralen
258 Diensten der eHDSI möglich sein.

259 Die eHDSI Vorgaben fordern im Rahmen der formalen Zulassung zum operativen Betrieb
260 des NCPeH-Fachdienstes eine Konformitätsprüfung [eHDSI Compliance Check Services].
261 Die Konformitätsprüfung soll durch einen von DG SANTE beauftragten Prüfer mit der
262 Organisation des NCPeH (in Deutschland die DVKA) und seinen Vertragspartnern und
263 Unterauftragnehmern durchgeführt werden. Damit soll die Konformität des NCPeH des
264 jeweiligen europäischen Mitgliedsstaates gemäß Kriterien und Anforderungen der eHDSI
265 auf allen Ebenen eingehalten werden. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen die eHDSI
266 und relevanten europäischen Gremien (z.B. eHealth Network) bei der Entscheidung
267 unterstützen, ob der geprüfte NCPeH in den Produktivbetrieb des grenzüberschreitenden
268 eHealth-Informationssystems CBeHIS aufgenommen werden kann.

269 Die Bereitstellung der Ergebnisse der Konformitätsprüfung ist Aufgabe aller an der
270 Entwicklung und dem Betrieb des NCPeH-Fachdienstes beteiligten Partner. Die
271 Verantwortung über die korrekte Abarbeitung der Checkliste obliegt der DVKA.

272 **2.5 Validierung und Qualitätskontrolle der eingesetzten** 273 **Terminologien**

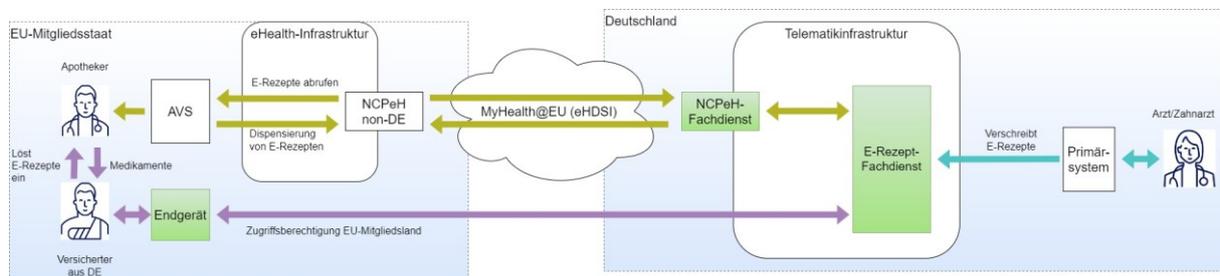
274 Im eHDSI-E-Rezept (ePrescription) sind einige Angaben in codierter Form zu erfassen
275 und zu übermitteln. Damit dem Apotheker im Ausland die Bezeichnungen (auch) in seiner
276 Landessprache angezeigt werden können, sieht die eHDSI eine Transkodierung der
277 nationalen Codes in von der eHDSI vorgegebene Codesysteme und Codes vor. Formale
278 Regeln wurden dafür zwischen den Mitgliedsstaaten vereinbart. Die Transkodierung
279 erfolgt mit Hilfe eines Master Value Set Catalogues (MVC) und eines länderspezifischen
280 Master Translation Catalogues (MTC). Die Pflege und Qualitätskontrolle des MVC erfolgt
281 gemeinsam durch die EU-Mitgliedsstaaten. Den EU-Mitgliedsstaaten obliegt die
282 Validierung und Qualitätskontrolle der national eingesetzten Codesysteme und des
283 jeweiligen MTC. In Deutschland obliegt die Festlegung der semantischen Interoperabilität
284 dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) entsprechend § 219d
285 Abs. 6. SGB V.

286 HL7 CDA wurde von eHDSI als das eHDSI-Dokumentenformat für die
287 grenzüberschreitende Übermittlung und Verarbeitung von E-Rezepten vordefiniert.
288 Innerhalb der TI wird eine FHIR-Profilierung für das deutsche E-Rezept verwendet. Für
289 die grenzüberschreitende Datenübermittlung bedeutet dies, dass eine Transformation der
290 Nutzdaten (ePrescription- und eDispensation-Dokument) zwischen den
291 Dokumentformaten HL7 CDA und FHIR notwendig ist. Voraussetzung dafür ist jedoch,
292 dass alle erforderlichen Informationen bereits in den Datenfeldern des nationalen E-
293 Rezeptes gemäß den zwischen den Mitgliedstaaten vereinbarten Regeln für ein eHDSI E-
294 Rezept enthalten sind. Darüber hinaus müssen die aktuellen Transformations- und
295 Transkodierungsregeln im NCPeH-Fachdienst zur Laufzeit verfügbar sein.

3.1 Anwendungsszenario: ePrescription/eDispensation Land-A

Elektronische Rezepte (E-Rezepte) sollen von Versicherten aus Deutschland vor Ort in der Apotheke ihrer Wahl im europäischen Ausland eingelöst werden. Die Versicherten sollen selbst entscheiden, in welchen europäischen Mitgliedsstaaten sie ihre E-Rezepte einlösen wollen. Die Nutzung dieser Möglichkeit ist den Versicherten freigestellt und erfordert eine vorherige Zugriffsberechtigung für den jeweiligen europäischen Mitgliedsstaat.

304
305



306
307
308

Abbildung 1: Fachlicher Ablauf des Anwendungsszenarios ePrescription/eDispensation Land-A

Voraussetzung für die Einlösung von E-Rezepten in anderen europäischen Mitgliedsstaaten ist, dass E-Rezepte von den verordneten Leistungserbringern mit ihren Primärsystemen in Deutschland erstellt, qualifiziert elektronisch signiert und in dem zentralen E-Rezept-Fachdienst eingestellt wurden.

Vor dem Einlösen von E-Rezepten in anderen EU-Staaten treffen Versicherte selbständig über ihre Endgeräte die Entscheidung, aus welchem anderen europäischen Mitgliedsstaat Apotheker bzw. Leistungserbringer (LE-EU) auf ihre E-Rezepte zugreifen dürfen. Um den Zugriff unbefugter Dritter auf E-Rezepte von Versicherten zu verhindern, ist es notwendig, bei der Erstellung von Zugriffsberechtigungen durch Versicherte ein sicheres Geheimnis zu generieren. Nur durch die Mitteilung des generierten Geheimnisses durch die Versicherten an ihre LE-EU haben sie die Möglichkeit zu steuern, welche LE-EU auf ihre E-Rezepte zugreifen dürfen. Damit können die Versicherten den Kreis ihrer berechtigten LE-EU selbst bestimmen.

322

Die Zugriffsberechtigung soll automatisch nach einer Stunde ablaufen, wodurch auch das mit der Zugriffsberechtigung verbundene Geheimnis automatisch ungültig wird. Damit können die LE-EU keinen weiteren Zugriff auf die E-Rezepte des Versicherten erhalten. Erteilt der Versicherte erneut eine Zugriffsberechtigung für denselben EU-Mitgliedsstaat, wird auf dem Endgerät des Versicherten ein neues Geheimnis generiert, um den Missbrauch eines bereits abgelaufenen Geheimnisses zu verhindern.

Die deutsche E-Rezept-Lösung setzt auf den privilegierten Zugriff des Versicherten als Eigentümer seiner E-Rezepte. Der LE-EU muss seine Berechtigung über die Vorlage des Geheimnisses bei jedem Abruf oder Abgabe von E-Rezepten nachweisen. Das Geheimnis erhält er vom Versicherten direkt vor Ort in der Apotheke.

332

333 Sobald der LE-EU die Arzneimittel an den Versicherten ausgegeben hat, übermittelt er für
334 jedes dispensierte E-Rezept über sein AVS (Apothekenverwaltungssystem) die
335 Information über die erfolgte Dispensierung an Deutschland. Damit werden die E-Rezepte
336 in Deutschland in den Status der Dispensierung im zentralen E-Rezept-Fachdienst
337 versetzt und stehen nicht mehr zur Einlösung zur Verfügung.

338 **3.2 Akteure und Rollen**

339 Für das Anwendungsszenario ePrescription/eDispensation Land-A werden
340 unterschiedliche Akteure bzw. Rollen als aktive Beteiligte berücksichtigt.

341 Personen, die sich als Nutzer an dem Anwendungsszenario beteiligen:

- 342 • Versicherte in Deutschland
- 343 • Apotheker einer Leistungserbringerinstitution in einem anderen europäischen
344 Mitgliedsstaat (LE-EU)
- 345 • Mitarbeiter des Apothekers in einem anderen europäischen Mitgliedsstaat (LE-EU)
- 346 • Verordnende Leistungserbringer in Deutschland
- 347 • Mitarbeiter des verordnenden Leistungserbringers in Deutschland

348 Akteure, die an der Fachanwendung E-Rezept/eDispensation im Rahmen der
349 Bereitstellung und des Betriebs beteiligt sind:

- 350 • Fachanwendungsanbieter in einem anderen europäischen Mitgliedstaat
351 (Abgabeland): stellen Komponenten und Dienste der Fachanwendung
352 ePrescription/eDispensation bereit. Zu diesen Diensten bzw. Komponenten
353 gehören: Primärsystem, Identity Provider, NCPeH Land-B, etc.
- 354 • Betreiber der TESTA-ng,
- 355 • Betreiber und Anbieter der zentralen Dienste der eHDSI,
- 356 • Betreiber und Anbieter des NCPeH-Fachdienstes,
- 357 • BfArM (Pflege und Bereitstellung von Terminologien),
- 358 • alle Beteiligten für die Bereitstellung der Telematikinfrastuktur (Zentrale Dienste,
359 VZD, etc.),
- 360 • Betreiber des E-Rezept-Fachdienstes,
- 361 • Hersteller und Anbieter Frontend des Versicherten,
- 362 • Hersteller von Primärsystemen: stellen
363 Praxisverwaltungssysteme, Zahnarztverwaltungssysteme und
364 Krankenhausinformationssysteme her.

365

4 Features und User Stories

4.1 Gesamtübersicht der Features

Die nachfolgende Übersicht dient als vereinfachte Zusammenfassung der in diesem Dokument für die Entwicklung beschriebener Features der Anwendung ePrescription/eDispensation. Relevante Geschäftsanforderungen der eHDSI für die Features des Europäischen Datenaustauschs finden sich im [eHDSI_Requirements_Catalogue].

372

Tabelle 1: Gesamtübersicht der Features

Feature	User Story
4.2- Feature: Identifizierung von Versicherten	4.2.1.1- Identifizierung des Versicherten im Abgabeland
4.3- Feature: Abruf und Abgabe von E-Rezepten im EU-Ausland	4.3.1.1- Auflistung von E-Rezepten des Versicherten
	4.3.1.2- Abruf der abzugebenden E-Rezepte des Versicherten
	4.3.1.3- Abruf der abzugebenden E-Rezepte des Versicherten als Original
	4.3.1.4- Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte im Abgabeland
4.4- Feature: Berechtigungsverwaltung	4.4.1.1- Berechtigungserteilung zum Datenaustausch mit einem anderen europäischen Mitgliedsstaat
	4.4.1.2- Informationen über die gültige Zugriffsberechtigung
4.5- Feature: Informationen, Protokolldaten und Audit Trails	4.5.1.1- Protokollierung von Informationen über Zugriffsversuche und Zugriffsberechtigungen
	4.5.1.2- Bereitstellung der digitalen Beweiskette (Audit Trail)
4.6- Feature: IT-Sicherheit, Datenschutz und Integrität	4.6.1.1- Keine unautorisierten Änderungen von sensiblen Daten
	4.6.1.2- Nur autorisierte Nutzer haben Einsicht in sensible Daten

Feature	User Story
	4.6.1.3- Keine Auswertung des Nutzerverhaltens
4.7- Feature: Testbarkeit	4.7.1.1- Testbarkeit der Anwendung eP/eD
	4.7.1.2- Keine Testschnittstellen in der Produktivversion von Produkten
4.8- Feature: Performance und Betrieb	4.8.1.1- Verfügbarkeit der Anwendung eP/eD
	4.8.1.2- Maximale Wartezeit bei der Bereitstellung von E-Rezepten im EU-Ausland
	4.8.1.3- Service Desk ist verfügbar
	4.8.1.4- Monitoring von Log- und Betriebsdaten
	4.8.1.5- Monitoring von MyHealth@EU-Transaktionsdaten

373

374 In den folgenden Unterkapiteln werden die User Stories der einzelnen Features
375 beschrieben. An dieser zentralen Stelle wird die Bedeutung des Begriffs "E-Rezepte"
376 definiert, der in den folgenden Unterkapiteln verwendet wird. Der Begriff "E-Rezepte"
377 steht für die Liste der E-Rezepte, die einlösbar, nicht durch den Versicherten
378 eingeschränkt und auch sonst nicht unzulässig für das europäische Nutzungsszenario
379 sind.

380 **4.2 Feature: Identifizierung von Versicherten**

381 Damit berechnete LE-EU die E-Rezepte des Versicherten abrufen können, ist es
382 notwendig, die demografischen Daten des Versicherten zuvor in Deutschland ermitteln zu
383 lassen. Ein LE-EU kann die ermittelten demografischen Versichertendaten mit den auf der
384 eGK abgebildeten Daten vergleichen und so auf Richtigkeit prüfen. Nur mit richtigen
385 demografischen Versichertendaten, die tatsächlich zum Versicherten gehören, kann LE-
386 EU auf die E-Rezepte zugreifen.

387 **4.2.1.1 Identifizierung des Versicherten im Abgabeland**

388 Als LE-EU möchte ich aktuelle demografische Daten des Versicherten abrufen, um die
389 Identität des Versicherten überprüfen zu können und um mehr Sicherheit darüber zu
390 bekommen, dass ich in nachfolgenden Schritten auf die richtigen E-Rezepte des
391 Versicherten zugreifen werde.

392 **Akzeptanzkriterien**

- 393 • Ein im Abgabeland authentifizierter und berechtigter LE-EU kann mittels von
394 entsprechenden Zugriffsdaten (z.B. KVNR und ein Geheimnis des Versicherten)
395 lesend die demographischen Versichertendaten abrufen

- 396 • Informationen und begleitendes Bildmaterial über den Prozess der Abfrage und
397 Überprüfung der demografischen Versichertendaten im Abgabeland sind für den
398 LE-EU verfügbar
- 399 • Der LE-EU kann mit jeder Anfrage im Erfolgsfall die demografischen
400 Versichertendaten für maximal einen Versicherten abrufen
- 401 • Nach erfolgreicher Ermittlung der demographischen Versichertendaten in
402 Deutschland werden dem LE-EU folgende Identitätsmerkmale des Versicherten
403 bereitgestellt: Geburtsdatum, Vorname, Nachname und KVNR
- 404 • Der LE-EU kann die ermittelten demographischen Daten des Versicherten und
405 damit die Identität des Versicherten anhand der Angaben auf der EHIC
406 (Europäische Krankenversicherungskarte) und des Fotos auf der Vorderseite der
407 elektronischen Gesundheitskarte des Versicherten (eGK) überprüfen
- 408 • Für Zwecke der Nachweisbarkeit und Nachvollziehbarkeit durch den Versicherten
409 sind Informationen über die Identität des LE-EU, das Abgabeland und den
410 versuchten Zugriff auf die demographischen Versichertendaten protokolliert
- 411 • Nach erfolgreicher Identifizierung des Versicherten kann der LE-EU die folgenden
412 Aktivitäten durchführen, um E-Rezepte des Versicherten abzurufen.

413 **4.3 Feature: Abruf und Abgabe von E-Rezepten im EU-Ausland**

414 Versicherte in Deutschland sollen die Möglichkeit haben, ihre in Deutschland
415 verschriebenen E-Rezepte freiwillig auch in einer beliebigen Apotheke innerhalb der EU
416 abrufen und einlösen zu können. Erst nach Freigabe durch den Versicherten sollen E-
417 Rezepte durch den LE-EU abrufbar sein.

418 **4.3.1 User Stories**

419 **4.3.1.1 Auflistung von E-Rezepten des Versicherten**

420 Als LE-EU möchte ich E-Rezepte des Versicherten auflisten, damit ich eine fachliche
421 Bewertung der E-Rezepte in Bezug auf die gesamte Liste vornehmen und in Absprache
422 mit dem Versicherten benötigte E-Rezepte für die weitere Abgabe auszuwählen kann.

423 **Akzeptanzkriterien**

- 424 • Ein im Abgabeland authentifizierter und berechtigter LE-EU kann die Liste mit
425 einlösbaren, nicht durch den Versicherten eingeschränkten und für den EU-
426 Szenario nicht anderweitig unzulässigen E-Rezepten abrufen, indem er die
427 entsprechenden Zugriffsdaten (z.B. KVNR und ein Geheimnis des Versicherten)
428 vorlegt
429 *Hinweis: Die Funktionalität zum Einschränken von E-Rezepten ist Bestandteil einer*
430 *möglichen Roadmap der Fachanwendung E-Rezept und greift auch bei der*
431 *grenzüberschreitenden Übermittlung von E-Rezepten.*
- 432 • Die Auflistung enthält keine E-Rezepte die in
433 [MyHealth@EU_Scope_Business_Goals] Abschnitt "MyHealth@EU OUT OF SCOPE
434 description" definiert sind: z.B. Betäubungsmittel und Arzneimittel die nach
435 ärztlicher Verschreibung oder nach den Vorschriften eines Arzneibuchs für den
436 Versicherten zubereitet werden (bezeichnet als "formula magistralis" oder
437 "extemporale Zubereitungen")

- 438 • Die Auflistung darf nur Humanarzneimittel umfassen, die durch ein industrielles
439 Verfahren hergestellt oder bei deren Herstellung ein industrielles Verfahren
440 angewandt wurde
- 441 • Die Auflistung enthält mindestens die obligatorischen Angaben gemäß Vorgaben
442 aus Tabelle in [eHDSI_Requirements_Catalogue] Kapitel "06.02. Transcode,
443 translate and exchange cross-border the ePrescription/s". Die in der Auflistung
444 enthaltenen Informationen sind für den Versicherten und den LE-EU verständlich
445 und eindeutig, so dass das benötigte E-Rezept leicht vom LE-EU ausgewählt
446 werden kann.
- 447 • In der Auflistung stellt der NCPeH-Fachdienst die kodierten Angaben mit
448 englischen Bezeichnungen bereit, die auf der Grundlage des MTC und nach
449 Vorgaben des BfArM erstellt wurden.

450 **4.3.1.2 Abruf der abzugebenden E-Rezepte des Versicherten**

451 Als Versicherter möchte ich im Gespräch mit dem LE-EU entscheiden können, welche E-
452 Rezepte ich durch den LE-EU abrufen und einlösen möchte.

453 Als LE-EU möchte ich die abzugebenden E-Rezepte des Versicherten abrufen, damit ich
454 die Arzneimittel an den Versicherten abgeben und ihn über die Anwendung der
455 Arzneimittel beraten kann.

456 **Akzeptanzkriterien**

- 457 • Ein im Abgabeland authentifizierter und berechtigter LE-EU kann unter Vorlage
458 der entsprechenden Zugriffsdaten (z.B. KVNR und ein Geheimnis des
459 Versicherten) die abzugebende E-Rezepte des Versicherten abrufen
- 460 • Die abgerufenen E-Rezepte wurden nach einem vom BfArM festgelegten Verfahren
461 transkodiert und in das eHDSI CDA Pivot Level 3 Dokumentenformat
462 umgewandelt. Die Inhalte der E-Rezepte sind für LE-EU gleichbedeutend und
463 verständlich (z.B. der Inhalt des Feldes "Wirkstoff" hat in beiden Ländern die
464 gleiche Bedeutung).
- 465 • Der LE-EU hat keinen schreibenden Zugriff auf den Inhalt der E-Rezepte des
466 Versicherten (Ändern und Löschen sind nicht möglich)
- 467 • Die abgerufenen E-Rezepte des Versicherten erfüllen die Vorgaben der
468 [eHN_eP_eD_Guideline] an die Struktur und Semantik des E-Rezept-Datensatzes,
469 um das richtige Arzneimittel durch LE-EU im Abgabeland ermitteln und sicher an
470 den Versicherten abgeben zu können
- 471 • Die abgerufenen E-Rezepte des Versicherten enthalten wesentliche
472 Datenelemente gemäß Vorgaben aus [eHDSI_Requirements_Catalogue] Kapitel
473 "06.01. Create the MyHealth@EU ePrescription(s) content"
- 474 • Jedes abgerufene E-Rezept, in dem wesentliche Abschnitte fehlen, enthält
475 Informationen über den Grund für die fehlenden Daten
- 476 • Der LE-EU kann aus den Informationen des E-Rezepts des Versicherten klar
477 erkennen, ob eine Substitution für das betreffende Arzneimittel zulässig ist oder
478 nicht.

479 **4.3.1.3 Abruf der abzugebenden E-Rezepte des Versicherten als Original**

480 Als LE-EU, der der deutschen Sprache vertraut ist, möchte ich die E-Rezepte des
481 Versicherten im Original abrufen, damit ich den Versicherten bei der Abgabe von
482 Arzneimitteln besser beraten kann.

483 **Akzeptanzkriterien**

- 484 • Ein im Abgabeland authentifizierter und berechtigter LE-EU kann unter Vorlage
485 der entsprechenden Zugriffsdaten (z.B. KVNR und ein Geheimnis des
486 Versicherten) die abzugebende E-Rezepte des Versicherten im Dokumentenformat
487 CDA Pivot Level 1 inkl. E-Rezepten im PDF/A-Format abrufen
- 488 • Der LE-EU hat keinen schreibenden Zugriff auf den Inhalt der E-Rezepte des
489 Versicherten (Ändern und Löschen sind nicht möglich)
- 490 • Das abgerufene E-Rezept wurde in das eHDSI CDA Pivot Level 1
491 Dokumentenformat umgewandelt. Die Inhalte des E-Rezeptes sind in dem PDF-
492 Dokument lesbar und gut strukturiert.
- 493 • Die benutzerfreundliche Darstellung der Inhalte im PDF/A-Dokument entspricht
494 den Vorgaben der BfArM
- 495 • Der LE-EU kann anhand von Informationen aus dem PDF/A-Dokument eindeutig
496 erkennen, ob die Substitution für das betreffende Arzneimittel zulässig ist oder
497 nicht.

498 **4.3.1.4 Abgabe von Arzneimitteln an Versicherte im Abgabeland**

499 Als LE-EU möchte ich Deutschland über den Vorgang der Abgabe von Arzneimitteln an
500 den Versicherten informieren, um eine weitere Abgabe derselben Arzneimittel an den
501 Versicherten durch andere Apotheken zu verhindern.

502 Als Versicherter kann ich den aktuellen Status des abgegebenen E-Rezeptes einsehen, so
503 dass ich den Überblick über den Status meiner E-Rezepte behalten kann.

504 **Akzeptanzkriterien**

- 505 • Ein im Abgabeland authentifizierter und berechtigter LE-EU kann einen Datensatz
506 über die an den Versicherten abgegebenen Arzneimittel unter Vorlage der
507 entsprechenden Zugriffsdaten (z.B. KVNR und ein Geheimnis des Versicherten)
508 nach Deutschland übermitteln.
- 509 • Der Datensatz über die abgegebenen Arzneimittel enthält notwendige Angaben
510 gemäß Vorgaben aus [eHDSI_Requirements_Catalogue] Kapitel "07.01. Create
511 the MyHealth@EU eDispensation content", um die Identifizierung des E-Rezepts
512 und des damit verbundenen abgegebenen Arzneimittels zu ermöglichen
- 513 • Die kodierten Inhalte des Datensatzes über die abgegebenen Arzneimittel sind bei
514 der Weitergabe an den E-Rezept-Fachdienst nach den Vorgaben des BfArM auf die
515 nationalen Kodiersysteme abgebildet
- 516 • Die Prüfung der ordnungsgemäßen Substitution von E-Rezepten obliegt dem LE-
517 EU bzw. Abgabeland. In Deutschland erfolgt keine Validierung der
518 ordnungsgemäßen Substitution von E-Rezepten, die in einem anderen
519 europäischen Mitgliedstaat abgegeben wurden.
520 *Hinweis: Die Substitution von E-Rezepten wird gemäß den Rechtsvorschriften des*
521 *Abgabelandes (Land-B) gehandhabt, sofern sie nicht vom verschreibenden LE in*
522 *Deutschland verboten ist. Die Regelungen in den einzelnen Ländern fallen nicht in*

523 *den Anwendungsbereich von MyHealth@EU (eHDSI).*
524

- 525 • Der LE-EU erhält eine positive Rückmeldung, wenn der Datensatz über die an den
526 Versicherten abgegebenen Arzneimittel in Deutschland erfolgreich verarbeitet
527 wurde
- 528 • Nach erfolgreich dokumentierter Abgabe von E-Rezepten können diese E-Rezepte
529 nicht mehr von einem LE-EU oder LE abgerufen werden.
- 530 • Die Möglichkeiten des E-Rezept-FdV gelten wo anwendbar auch für die
531 Anwendung ePrescription/eDispensation, z.B. als Versicherter kann ich mich auf
532 meinem Endgerät über den Status der abgegebenen und verbleibenden E-Rezepte
533 informieren

534 **4.4 Feature: Berechtigungsverwaltung**

535 Der Abruf und die Abgabe von E-Rezepten in anderen europäischen Mitgliedsstaaten
536 ohne ausdrückliche Erteilung einer Zugangsberechtigung durch die Versicherten ist für
537 Dritte nicht möglich. Versicherte müssen vor der Einlösung ihrer E-Rezepte aktiv eine
538 Zugriffsberechtigung für den jeweiligen europäischen Mitgliedsstaat erteilen. Neben der
539 erteilten Zugriffsberechtigung durch den jeweiligen Versicherten kann der LE-EU nur
540 unter Vorlage der KVNR und eines Geheimnisses des Versicherten Anfragen zum Abruf
541 und Abgabe von E-Rezepten stellen.

542 **4.4.1 User Stories**

543 **4.4.1.1 Berechtigungserteilung zum Datenaustausch mit einem anderen** 544 **europäischen Mitgliedsstaat**

545 Als Versicherter möchte ich die Kontrolle über die Zugriffe auf meine E-Rezepte haben
546 und eigenverantwortlich entscheiden, in welchem anderen europäischen Mitgliedsstaat
547 ich meine E-Rezepte einlösen möchte.

548 Als LE-EU benötige ich eine technische freigebende Handlung durch den Versicherten, um
549 auf seine E-Rezepte zugreifen und die vom Versicherten ausgewählten E-Rezepte an ihn
550 abgeben zu können.

551 **Akzeptanzkriterien**

- 552 • Der Versicherte kann in seinem Endgerät nur die europäischen Mitgliedsstaaten
553 sehen, mit denen Deutschland ein Datenaustausch vereinbart hat.
554 *Hinweis: Nicht alle EU-Staaten sind direkt vom Start an dabei. Die Staaten, mit*
555 *denen ein gegenseitiger Betrieb zum grenzüberschreitenden Austausch von E-*
556 *Rezepten aufgebaut werden soll, werden im VZD aufgelistet sein.*
- 557 • Der Versicherte kann zu einem Zeitpunkt auf seinem Endgerät maximal einen
558 europäischen Mitgliedstaat auswählen, um diesen für den Zugriff zu berechtigen.
559 Erst nach Ablauf der Zugriffsberechtigung kann der Versicherte erneut einen
560 europäischen Mitgliedsstaat auswählen und die Zugriffsberechtigung für diesen
561 Mitgliedsstaat erteilen.
- 562 • Vor Erteilung einer Zugriffsberechtigung erhält der Versicherte in seinem Endgerät
563 Informationen über seine Rechte in Bezug auf den Schutz seiner persönlichen und
564 Gesundheitsdaten und der Verarbeitung seiner E-Rezepte innerhalb der

- 565 grenzüberschreitenden Dienste (Aufklärungstext zur Einwilligung in den
566 Datenaustausch).
- 567 • Die Gültigkeitsdauer einer Zugriffsberechtigung ist auf eine Stunde festgelegt.
- 568 • Die Dauer der Zugriffsberechtigung beginnt ab dem Zeitpunkt, zu dem der
569 Versicherte die Zugriffsberechtigung erstellt hat.
- 570 • Bei der Erstellung der Zugriffsberechtigung wird im Endgerät des Versicherten ein
571 Geheimnis erstellt. Durch Mitteilung oder Vorlage des Geheimnisses zusammen
572 mit der KVNR an den LE-EU durch den Versicherten wird der Zugriff auf die E-
573 Rezepte des Versicherten für die Gültigkeitsdauer der Zugriffsberechtigung
574 gewährt.
- 575

576 **4.4.1.2 Informationen über die gültige Zugriffsberechtigung**

577 Als Versicherter möchte ich die gültige Zugriffsberechtigung auf meinem Endgerät sehen
578 können, damit ich die Zugriffsdaten zu meinen E-Rezepten dem LE-EU vorzeigen kann.

579 **Akzeptanzkriterien**

- 580 • Der Versicherte kann sich die aktuell gültige Zugriffsberechtigung auf seinem
581 Endgerät anzeigen lassen und sich über die verbleibende Gültigkeitsdauer der
582 Zugriffsberechtigung und den Zugriffsdaten (z.B. KVNR und Geheimnis des
583 Versicherten) informieren
- 584 • Der Versicherte hat die Möglichkeit, sich die Informationen zu den Zugriffsdaten
585 für die LE-EU auf seinem Endgerät bei Bedarf in der Sprache des berechtigten
586 europäischen Mitgliedsstaates anzeigen zu lassen. Damit kann der Versicherte
587 dem LE-EU die Informationen auf seinem Endgerät zeigen und so die Nutzung der
588 Zugriffsdaten verständlich machen.
- 589 • Die vom Versicherten erteilte Zugriffsberechtigung für den ausgewählten
590 Mitgliedsstaat wird automatisch ungültig, wenn die Gültigkeitsdauer der
591 Zugriffsberechtigung abgelaufen ist. Mit Ablauf der Zugriffsberechtigung wird auch
592 das zugehörige Geheimnis ungültig, so dass LE-EU die E-Rezepte des Versicherten
593 nicht abrufen oder abgeben können. Dies bedeutet auch, dass das Geheimnis für
594 den Versicherten auf seinem Endgerät nicht mehr zugänglich ist.
- 595 • Die automatisch ablaufende Zugriffsberechtigung kann nicht vorfristig durch den
596 Versicherten widerrufen werden
- 597 • Nach Ablauf der Zugriffsberechtigung, kann der Versicherte auf seinem Endgerät
598 eine Erinnerung über den Auslauf der Zugriffsberechtigung erhalten. Der
599 Versicherte hat die Möglichkeit, die abgelaufene Zugriffsberechtigung auf seinem
600 Endgerät für denselben Mitgliedsstaat zu erneuern (mit Generierung eines neuen
601 Geheimnisses) oder eine neue Zugriffsberechtigung für einen anderen
602 europäischen Mitgliedsstaat zu erteilen.

603 **4.5 Feature: Informationen, Protokolldaten und Audit Trails**

604 Leistungserbringer aus dem EU-Ausland (LE-EU) können jederzeit eine Anfrage zur
605 Bereitstellung von E-Rezepten eines Versicherten stellen. Damit der Versicherte sich
606 vergewissern kann, dass auch nur die von ihm autorisierten LE-EU Zugriff bekommen
607 haben, müssen sämtliche Zugriffe und Zugriffsversuche protokolliert werden.

608 Im Streitfall, z.B. wegen einer möglichen Fehlbehandlung, möchte der Versicherte in der
609 Lage sein, die digitale Beweiskette aller Nachrichten anhand eines angeforderten
610 Datensatzes zu erhalten. Um dies zu ermöglichen, geht aus der digitalen Beweiskette
611 hervor, wer wann auf welche Daten zugegriffen hat.

612 **4.5.1 User Stories**

613 **4.5.1.1 Protokollierung von Informationen über Zugriffsversuche und** 614 **Zugriffsberechtigungen**

615 Als Versicherter möchte ich alle Zugriffe und Zugriffsversuche auf E-Rezepte im Protokoll
616 angezeigt bekommen, damit ich diese nachvollziehen und ggf. Verletzungen des
617 Datenschutzes und meiner Persönlichkeitsrechte erkennen kann.

618 **Akzeptanzkriterien**

- 619 • Das Protokoll soll mindestens enthalten Angaben über:
 - 620 • erfolgreiche,
 - 621 • abgelehnte,
 - 622 • und sonstige nicht erfolgreiche Zugriffsversuche auf E-Rezepte (z.B. Timed-
623 Out),
 - 624 • Erteilung und Ablauf von Zugriffsberechtigungen für europäische
625 Mitgliedsstaaten
- 626 • Zu jedem Eintrag ist ein Zeitstempel vorhanden
- 627 • Der Versicherte hat Lesezugriff auf die Protokolleinträge über sein Endgerät
- 628 • Die Protokolleinträge enthalten Informationen über das Abgabeland, den Namen
629 des LE-EU, die LEI-EU (falls vorhanden), den Zeitpunkt des Zugriffs, das
630 betreffende E-Rezept, die durchgeführte Aktion (z. B. Abruf, Abgabe, usw.) und
631 das Ergebnis der Aktion (erfolgreich oder erfolglos).

632 **4.5.1.2 Bereitstellung der digitalen Beweiskette (Audit Trail)**

633 Als Betreiber des NCPeH-Fachdienstes möchte ich die berechtigten Auskunftsinteressen
634 der betroffenen Versicherten und Datenschutz-Aufsichtsbehörden bedienen können.
635 Hierfür benötige ich eine geeignete digitale Beweiskette, die entsprechend über eine
636 Schnittstelle abrufbar sein muss.

637 **Akzeptanzkriterien**

- 638 • Die digitale Beweiskette (Audit Trail) ist geeignet, die rechtlichen
639 Auskunftsansprüche zu erfüllen
- 640 • Die Schnittstelle zum Abruf der digitalen Beweiskette erfüllt die Vorgaben gemäß
641 [eHDSI_NCPeH_Architecture_Specification] Kapitel "Audit Repository".

642 **4.6 Feature: IT-Sicherheit, Datenschutz und Integrität**

643 Die Bereitstellung von E-Rezepten der Versicherten aus Deutschland an LE-EU erfordert
644 ein hohes Maß an die Sicherheit der verwendeten Dienste und ein hohes
645 Datenschutzniveau. Die Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität der
646 personenbezogenen medizinischen Daten muss stets gewährleistet werden.

647 **4.6.1 User Stories**

648 **4.6.1.1 Keine unautorisierten Änderungen von sensiblen Daten**

649 Als Versicherter möchte ich, dass keine unautorisierte Änderung meiner
650 demographischen und klinischen Daten stattfinden kann, um zu verhindern, dass meine
651 Daten nicht verfälscht werden können.

652 **Akzeptanzkriterien**

- 653 • Die sensiblen Daten können nicht während des Transports unautorisiert geändert
654 werden
- 655 • Die sensiblen Daten können nicht während der Verarbeitung unautorisiert
656 geändert werden
- 657 • Die sensiblen Daten können nicht während der Persistierung unautorisiert
658 geändert werden.

659 **4.6.1.2 Nur autorisierte Nutzer haben Einsicht in sensible Daten**

660 Als Versicherter möchte ich, dass nur autorisierte Nutzer meine demographischen und
661 klinischen Daten einsehen können, um zu verhindern, dass meine Daten durch
662 unautorisierte Dritte missbraucht werden können.

663 **Akzeptanzkriterien**

- 664 • Der Betreiber eines Dienstes hat keine Einsicht in die sensiblen Daten des
665 Versicherten
- 666 • Nur autorisierte Nutzer haben Zugriff auf die Daten des Versicherten
- 667 • Unautorisierte Dritte haben keine Einsicht in die sensiblen Daten während des
668 Transports
- 669 • Unautorisierte Dritte haben keine Einsicht in die sensiblen Daten während der
670 Verarbeitung
- 671 • Unautorisierte Dritte haben keine Einsicht in die sensiblen Daten während der
672 Persistierung

673 **4.6.1.3 Keine Auswertung des Nutzerverhaltens**

674 Als Versicherter möchte ich, dass mein Nutzungsverhalten keine Rückschlüsse auf
675 meinen Gesundheitszustand oder meinen Aufenthaltsort zulässt, damit unberechtigte
676 Dritte mein Nutzungsverhalten nicht missbräuchlich verwenden können.

677 **Akzeptanzkriterien**

- 678 • Eine unberechtigte Profilbildung von Beziehungen zwischen LE-EU,
679 Leistungserbringerinstitution im Abgabeland (LEI-EU) und Versicherten ist
680 ausgeschlossen
- 681 • Eine unberechtigte Profilbildung von den individuellen Nutzungsaktivitäten ist
682 ausgeschlossen.

683 **4.7 Feature: Testbarkeit**

684 Die Entwicklung der Anwendung bedarf auch verschiedener Testaktivitäten. Dazu zählen
685 entwicklungsbegleitende Tests, Zulassungstests für Produkte der TI und die
686 Zulassungstests auf europäischer Ebene.

687 Es muss zumindest für die Abnahmetests zur Anbindung des NCPeH-Fachdienstes an die
688 TI und die Nutzung der TI-Produkte möglich sein, eine Testautomatisierung des
689 Anwendungsablaufes und der Validierung zu implementieren. Eine tool-gestützte Prüfung
690 der Interoperabilität zwischen den beteiligten Produkten muss ermöglicht werden. Die
691 Automatisierbarkeit der Interoperabilitätstests soll die Durchführung von Tests
692 erleichtern und eine einfache Reproduzierbarkeit gewährleisten. Falls in Produkten der TI
693 bereits vorhanden, sollen die dort vorhandenen testspezifischen Funktionen
694 wiederverwendet bzw. passend erweitert werden.

695 Die nationalen Nutzergruppen für testspezifische Funktionen sind Hersteller und Betreiber
696 des NCPeH-Fachdienstes, die BfArM, die Betreiber und Hersteller der Produkte der E-
697 Rezept Anwendung (Fachdienst, Anwendung des Versicherten, Primärsysteme der LE-DE)
698 und die gematik.

699 **4.7.1 User Stories**

700 **4.7.1.1 Testbarkeit der Anwendung eP/eD**

701 Als Entwickler oder Tester des NCPeH-Fachdienstes oder eines TI-Produktes, das an der
702 Realisierung der Anwendung beteiligt ist, benötige ich testspezifische Funktionen und
703 Schnittstellen in oder an diesen TI-Produkten, damit ich die Interoperabilität und die
704 Ende-zu-Ende Funktionalität in einer integrierten Testumgebung automatisiert prüfen
705 kann.

706 **Akzeptanzkriterien**

- 707 • Testdaten können mindestens in Komponenten der TI automatisiert bereitgestellt
708 werden
- 709 • Die Kommunikation und korrekte Verarbeitung der Daten können im Rahmen von
710 Tests analysiert werden
- 711 • Der Testablauf kann automatisiert von Client-Seite angesteuert werden
- 712 • Die fachliche Korrektheit der erhaltenen Daten kann geprüft werden
- 713 • Die Anforderungen der eHDSI werden entsprechend dem
714 [eHDSI_Test_Framework] erfüllt.

715 **4.7.1.2 Keine Testschnittstellen in der Produktivversion von Produkten**

716 Als Betreiber muss ich sicherstellen, dass testspezifischen Funktionen in der
717 Produktivversion von Produkten nicht enthalten sind, damit im Produktivbetrieb keine
718 Sicherheitslücken entstehen.

719 **Akzeptanzkriterien**

- 720 • Es dürfen keine testspezifischen Funktionen im produktiven Produkt vorhanden
721 sein

722 **4.7.1.3 Durchführung von Production Environment Tests**

723 Als Betreiber muss ich im Rahmen der Inbetriebnahme bzw. eines Wave-Rollouts einen
724 Production Environment Test entsprechend der Forderungen der eHDSI durchführen
725 können.

726 **Akzeptanzkriterien**

- 727 • Es sind Prüf-Identitäten für Versicherte in der Produktivumgebung der TI
728 vorhanden, für die Prüf-E-Rezepte erstellt werden können.
- 729 • Ein Versicherter mit Prüf-Identität kann in einer App die Prüf-E-Rezepte
730 verwalten.
- 731 • Ein Versicherter mit Prüf-Identität kann in einer App die Berechtigung für den
732 NCPeH verwalten.
- 733 • Es sind Ärzte in der Produktivumgebung der TI verfügbar, die Prüf-E-Rezepte für
734 die entsprechenden Versicherten erstellen können.
- 735 • Der NCPeH-FD darf wie in einem normalen Nutzungsszenario auf die Prüf-Identität
736 des Versicherten und dessen Prüf-E-Rezepte zugreifen.
- 737 • Es muss sichergestellt sein, dass mittels der Prüf-E-Rezepte keine Abgabe von
738 Medikamenten erfolgen kann.

739 **4.8 Feature: Performance und Betrieb**

740 Um einen geordneten Betriebsablauf herzustellen, benötigt die gematik Informationen
741 zur Nutzung und Qualität der eingesetzten Fachdienste. Diese setzen sich aus zu
742 definierenden Rohdaten und Use-Case-bezogenen Informationen zusammen. Mithilfe
743 dieser Informationen ist es möglich, den aktuellen Stand der Nutzung der Anwendung
744 nachzuvollziehen sowie bei auftretenden Störungen schnell und gezielt zu reagieren und
745 eine umgehende Fehlerbehebung voranzutreiben.

746 **4.8.1 User Stories**

747 **4.8.1.1 Verfügbarkeit der Anwendung eP/eD**

748 Als Versicherter möchte ich jederzeit (24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche)
749 bedarfsgerecht und zeitnah den Zugriff auf meine E-Rezepte ermöglichen sowie die
750 Berechtigungen verwalten können, damit meine Versorgungsqualität bestmöglich
751 gewährleistet ist.

752 Als LE-EU möchte ich bei Anfrage des Versicherten auf seine E-Rezepte zugreifen können,
753 damit ich die Arzneimittel an den Versicherten zeitnah abgeben kann.

754 **Akzeptanzkriterien**

- 755 • Die Verfügbarkeit der Dienste rund um der Anwendung eP/eD liegt innerhalb der
756 Hauptzeit bei 99,95%
- 757 • Die Verfügbarkeit der Dienste rund um der Anwendung eP/eD in der Nebenzeit
758 liegt bei 99,90%
- 759 • Genehmigte Wartungsfenster zählen nicht negativ in die
760 Verfügbarkeitsberechnung ein
- 761 • Die Haupt- und Nebenzeiten sind wie folgt definiert:

- 762
- Montag bis Freitag: 6:00 Uhr – 22:00 Uhr
- 763
- Samstag und Sonntag: 6:00 Uhr – 20:00 Uhr
- 764
- Alle übrigen Stunden der Woche sind Nebenzeit
- 765
- Bundeseinheitliche Feiertage werden wie Sonntage behandelt, alle übrigen
- 766
- Feiertage wie Werktage

767 **4.8.1.2 Maximale Wartezeit bei der Bereitstellung von E-Rezepten im EU-**

768 **Ausland**

769 Als Versicherter möchte ich, dass für meinen LE-EU bei der Bereitstellung der E-Rezepte
770 möglichst geringe Wartezeiten entstehen, damit mein LE-EU mehr Zeit für die sichere
771 Identifizierung der Arzneimittel hat und mich besser beraten kann.

772 **Akzeptanzkriterien**

- 773
- Die Systemreaktion der Anwendung eP/eD nach der Anfrage vom Abgabeland, soll
- 774 innerhalb von 5 Sekunden und muss innerhalb von 10 Sekunden beantwortet
- 775 werden.

776 **4.8.1.3 Service Desk ist verfügbar**

777 Als Versicherter möchte ich, dass der Service Desk für mich erreichbar ist, damit ich mich
778 bei technischen Problemen oder rechtlichem Klärungsbedarf zur Behandlung im Ausland
779 an einen zentralen Ansprechpartner wenden kann.

780 **Akzeptanzkriterien**

- 781
- Der Versicherte darf den Service Desk kontaktieren (VHD) und hat Zugriff auf
- 782 Kontaktinformation des Service Desk
- 783
- Der Service Desk erfüllt die Anforderungen an einen „Country Service Desk“
- 784 gemäß [eHDSI_Operations_Framework].

785 **4.8.1.4 Monitoring von Log- und Betriebsdaten**

786 Als gematik Service-Delivery-Manager möchte ich jederzeit aktuelle Informationen über
787 die Funktionsfähigkeit, den Zustand und Status aller beteiligten Komponenten des
788 NCPeH-Fachdienstes erhalten, damit sichergestellt werden kann, dass eine
789 gleichbleibende Servicequalität im operativen Betrieb vorliegt und Service Reviews mit
790 den Betreibern der Produkte für die Anwendung eP/eD durchgeführt werden können.

791 **Akzeptanzkriterien**

- 792
- Unterstützt wird die Schnittstelle für Log- und Betriebsdaten gemäß
- 793 [gemSpec_Perf], um Betriebsdaten verfügbar zu machen.
- 794
- Die Nutzung der Produkte der Anwendung eP/eD ist täglich nachvollziehbar.
- 795
- Die Leistung der Produkte der Anwendung eP/eD ist täglich nachvollziehbar.
- 796
- Die Verfügbarkeit der Produkte der Anwendung eP/eD ist in 5-minütigen
- 797 Intervallen nachvollziehbar.

798 **4.8.1.5 Monitoring von MyHealth@EU-Transaktionsdaten**

799 Als eHDSI Solution-Provider und gematik möchte ich regelmäßig über definierte Key
800 Performance Indicators (KPI) informiert werden, um den Zustand und die Nutzung des
801 Systems nachvollziehen und die Servicequalität optimieren zu können.

802 **Akzeptanzkriterien**

- 803
- 804
- Die Aufzeichnung und Übermittlung der KPIs erfüllen die Anforderungen gemäß [MyHealth@EU_Monitoring_Framework].
- 805
- Die an den eHDSI Solution Provider übermittelten Daten werden innerhalb von
- 806
- einer Woche mit der gematik geteilt.

807

5 Anhang A – Verzeichnisse

808 **5.1 Abkürzungen**

Kürzel	Erläuterung
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical
AVS	Apothekenverwaltungssysteme
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
eGK	elektronische Gesundheitskarte
eHDSI	eHealth Digital Service Infrastructure
EHIC	European Health Insurance Card - Europäische Krankenversicherungskarte
eP/eD	ePrescription / eDispensation
FdV	Frontend des Versicherten
LE-EU	Leistungserbringer in einem EU-Mitgliedsstaat
MTC	Master Translation Catalogue
MVC	Master Value Set Catalogue
NdB	Netz des Bundes
TI	Telematikinfrastruktur

809

810 **5.2 Referenzierte Dokumente**811 **5.2.1 Dokumente der gematik**

812 Die nachfolgende Tabelle enthält die Bezeichnung der in dem vorliegenden Dokument
813 referenzierten Dokumente der gematik zur Telematikinfrastruktur.

[Quelle]	Herausgeber: Titel
[gemGlossar]	gematik: Glossar der Telematikinfrastuktur
[gemSpec_Perf]	Spezifikation Performance und Mengengerüst TI-Plattform

814

815 5.2.2 Weitere Dokumente

[Quelle]	Herausgeber (Erscheinungsdatum): Titel
[Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU]	Amtsblatt der Europäischen Union, 20. Dezember 2012 https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32012L0052
[eHDSI_Audit_Framework]	eHDSI Solution Provider: Audit Framework https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/display/EHDSI/4.+MyHealth@EU+Compliance+Checks+Services
[MyHealth@EU_Monitoring_Framework]	eHDSI Solution Provider: Monitoring Framework Version 6.1.0 https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/display/EHDSI/MyHealth@EU+Monitoring+Framework+-+Version+History
[eHDSI_NCPeH_Architecture_Specification]	eHDSI Solution Provider: NCPeH Architecture Specifications Version 6.1.0 https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/display/EHDSI/NCPeH+Architecture+Specifications
[eHDSI_Operations_Framework]	eHDSI Solution Provider: Operations Framework Version 4.1.0 https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/display/EHDSI/6.+eHDSI+Operations+Framework
[eHDSI_Requirements_Catalogue]	https://europe.eu.sharepoint.com/teams/GRP-eHDSIMSCommunitiesandWorkGroups/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fteams%2FGRP%2DeHDSIMSCommunitiesandWorkGroups%2FShared%20Documents%2FGeneral%2FRequirements%20Catalogue%2FeHDSI%20Requirements%20Catalogue%20v6%2E1%2E4%20OR%2Epdf&parent=%2Fteams%2FGRP%2DeHDSIMSCommunitiesandWorkGroups%2FShared%20Documents%2FGeneral%2FRequirements%20Catalogue

[Quelle]	Herausgeber (Erscheinungsdatum): Titel
[eHDSI_Test_Framework]	eHDSI Solution Provider: Test Framework https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/pages/viewpage.action?spaceKey=EHDSI&title=eHDSI+Test+Framework
[eHN_eP_eD_Guideline]	https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/pages/viewpage.action?pageId=888801881&preview=%2F888801881%2F888801887%2F%28Adopted%29+ePrescription+Guideline+cross-border+exchange+of+health+data+%28release+2%29.pdf
[MyHealth@EU_Glossary]	https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/display/EHDSI/MyHealth@EU+Glossary
[MyHealth@EU_Scope_Business_Goals]	MyHealth@EU Scope and Business Goals Version 1.3 https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/wikis/pages/viewpage.action?spaceKey=EHDSI&title=MyHealth@EU+Scope+and+Business+Goals
[SGB V]	Sozialgesetzbuch V https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/BJNR024820988.html

BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 22.09.2023

TOP 11

Stand der Forderungen

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

Anlagen:

- Stand der Forderungen
-

Sachverhalt:

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

Die Forderungsstände zum 01.07.2023 können der als Anlage beigefügten Präsentation in neuer Aufmachung entnommen werden. Gesondert ausgewiesen ist jeweils pro Partnerstaat die Entwicklung der nach 18 Monaten offenen und unbeanstandeten Forderungen seit dem Jahr 2020.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis und begrüßen die neue Darstellungsweise der Forderungsstände.

Offene deutsche Forderungen, Mitgliedsstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 01.07.2023

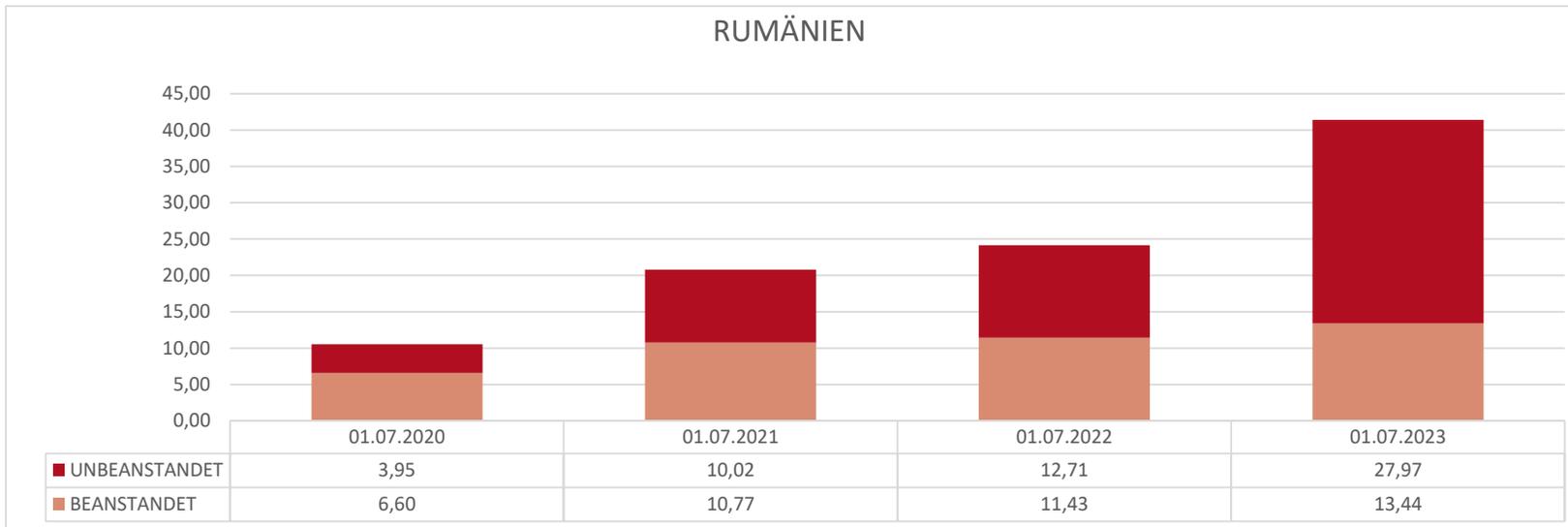
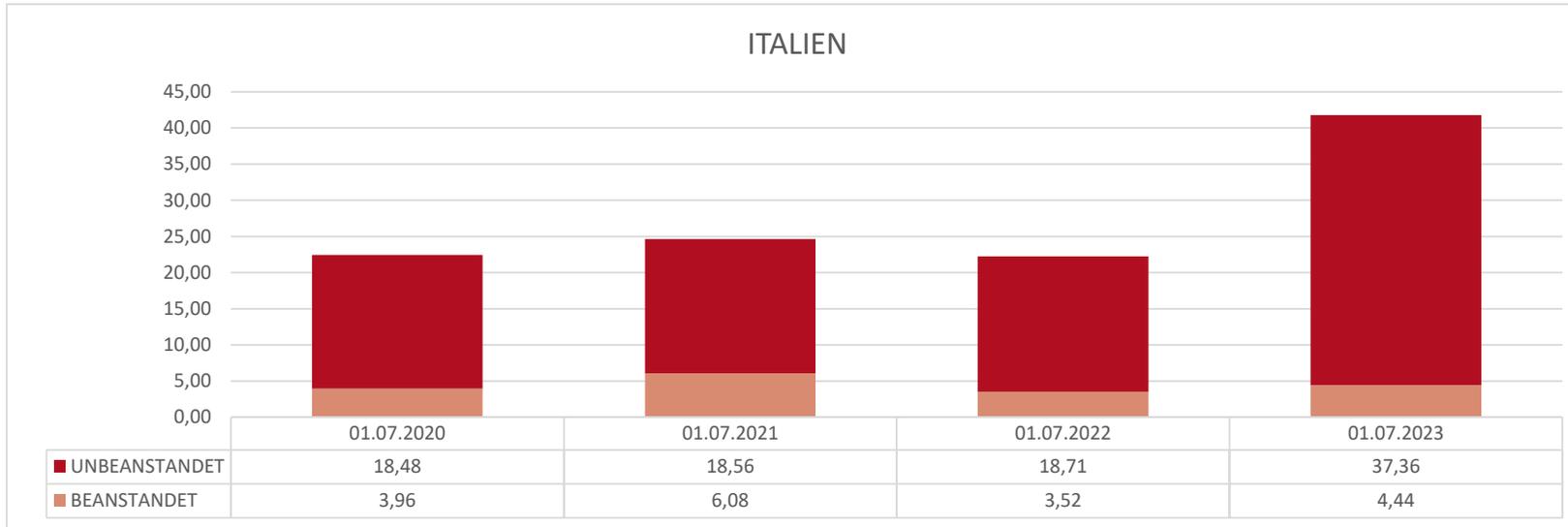
(%) prozentualer Anteil an den gesamten offenen Forderungen (€) eines Landes

Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2020, 2021, 2022, 2023

	>18 Monate*								<18 Monate*	GESAMT	
	unbeanstandet						beanstandet				Gesamt
	Mio. EUR	in %	2020	2021	2022	2023	Mio. EUR	in %			
Belgien	0,21	(2,3%)					0,29	(3,2%)	0,50	8,50	9,00
Bulgarien	-0,03	-(0,1%)					0,48	(1,4%)	0,45	33,20	33,65
Dänemark	0,07	(0,2%)					0,14	(0,4%)	0,22	34,71	34,92
Estland	0,00	(0,0%)					0,00	(0,0%)	0,00	1,07	1,07
Finnland	0,00	(0,0%)					0,03	(1,6%)	0,03	1,74	1,77
Frankreich	1,04	(1,4%)					15,63	(20,4%)	16,67	60,02	76,69
Griechenland	12,68	(38,5%)					1,62	(4,9%)	14,30	18,68	32,98
Großbritannien	5,67	(10,8%)					1,42	(2,7%)	7,09	45,24	52,33
Irland	0,42	(20,1%)					0,00	(0,1%)	0,42	1,68	2,10
Island	0,00	-(0,4%)					0,00	(0,0%)	0,00	0,76	0,76
Italien	37,36	(37,0%)					4,44	(4,4%)	41,80	59,27	101,07
Kroatien	0,16	(1,1%)					0,84	(5,4%)	1,01	14,47	15,48
Lettland	1,29	(12,1%)					0,04	(0,4%)	1,33	9,29	10,62
Liechtenstein	0,03	(1,3%)					0,01	(0,3%)	0,03	2,03	2,06
Litauen	0,29	(7,6%)					0,04	(1,0%)	0,33	3,50	3,83
Luxemburg	2,25	(2,6%)					1,22	(1,4%)	3,48	82,63	86,10
Malta	0,00	(0,0%)					0,00	(0,8%)	0,00	0,34	0,35
Niederlande	0,00	(0,0%)					5,15	(4,3%)	5,15	113,49	118,65
Norwegen	0,00	-(0,1%)					0,05	(1,0%)	0,04	4,85	4,89
Österreich	0,62	(0,5%)					10,86	(9,2%)	11,48	106,39	117,87
Polen	0,07	(0,1%)					10,68	(7,6%)	10,75	129,40	140,15
Portugal	4,80	(36,8%)					0,00	(0,0%)	4,80	8,24	13,05
Rumänien	27,97	(21,4%)					13,44	(10,3%)	41,41	89,06	130,47
Schweden	0,00	-(0,1%)					0,08	(1,1%)	0,07	7,09	7,16
Schweiz	0,00	(0,0%)					0,18	(0,1%)	0,18	164,63	164,81
Slowakische Republik	0,33	(3,4%)					0,52	(5,3%)	0,84	8,86	9,71
Slowenien	0,00	(0,0%)					0,01	(0,1%)	0,01	9,53	9,54
Spanien	2,17	(8,6%)					2,82	(11,1%)	4,99	20,32	25,31
Tschechische Republik	0,65	(3,9%)					0,46	(2,8%)	1,11	15,53	16,64
Ungarn	0,81	(3,9%)					1,61	(7,7%)	2,42	18,58	21,00
Zypern	0,00	(0,0%)					0,00	(0,0%)	0,00	11,41	11,41
	98,88						72,04		170,91	1084,51	1255,43

*Zahlungsfrist gemäß Art. 67 Abs. 5 VO (EG) 987/2009

AUSGEWÄHLTE MITGLIEDSSTAATEN | Offene deutsche Forderungen > 18 Monate* (Mio. EUR)



*Zahlungsfrist abgelaufen gemäß Art. 67 Abs. 5 VO (EG) 987/2009

Offene deutsche Forderungen, Abkommenstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 01.07.2023

(%) prozentualer Anteil an den gesamten offenen Forderungen (€) eines Landes



Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2020, 2021, 2022, 2023

	>18 Monate							Gesamt	<18 Monate	GESAMT	
	Mio. EUR	unbeanstandet in %	2020	2021	2022	2023	Mio. EUR				beanstandet in %
Bosnien/Herzegowina	1,69	(49,2%)	—	—	—	—	0,61	(17,9%)	2,31	1,13	3,44
Montenegro	0,71	(55,4%)	—	—	—	—	0,51	(39,9%)	1,22	0,06	1,28
Nordmazedonien	1,04	(36,4%)	—	—	—	—	0,43	(15,1%)	1,47	1,38	2,85
Republik Srpska	0,40	(50,2%)	—	—	—	—	0,14	(16,9%)	0,54	0,27	0,81
Serbien	0,00	(0,0%)	—	—	—	—	0,16	(7,0%)	0,16	2,08	2,24
Tunesien	0,00	(0,0%)	—	—	—	—	0,00	(0,0%)	0,00	0,00	0,00
Türkei	0,64	(3,6%)	█	█	█	█	1,60	(9,1%)	2,24	15,37	17,61
	4,48						3,45		7,93	20,30	28,23

Offene ausländische Forderungen, Mitgliedsstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 01.07.2023

(%) prozentualer Anteil an den gesamten offenen Forderungen (€) eines Landes

Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2020, 2021, 2022, 2023

	> 18 Monate*							Gesamt	< 18 Monate*	GESAMT	
	unbeanstandet						beanstandet				
	Mio. EUR	in %	2020	2021	2022	2023	Mio. EUR				in %
Belgien	0,21	(1,0%)	---	---	---	---	1,53	(7,5%)	1,74	18,69	20,44
Bulgarien	0,02	(0,8%)	---	---	---	---	0,10	(4,6%)	0,11	1,96	2,07
Dänemark	0,04	(0,5%)	---	---	---	---	0,99	(11,4%)	1,03	7,62	8,65
Estland	0,00	(1,0%)	---	---	---	---	0,02	(6,8%)	0,03	0,30	0,33
Finnland	0,01	(0,9%)	---	---	---	---	0,01	(0,4%)	0,02	1,66	1,69
Frankreich	0,87	(0,8%)	---	---	---	---	12,19	(11,5%)	13,05	92,61	105,67
Griechenland	0,38	(1,6%)	█	---	---	---	6,00	(25,7%)	6,38	16,99	23,37
Großbritannien	0,24	(6,5%)	---	---	---	---	1,07	(28,4%)	1,32	2,45	3,77
Irland	0,06	(5,9%)	---	---	---	---	0,15	(15,2%)	0,21	0,79	1,00
Island	0,00	(0,3%)	---	---	---	---	0,03	(3,9%)	0,03	0,76	0,79
Italien	0,09	(0,3%)	---	---	---	---	3,33	(11,3%)	3,42	26,01	29,43
Kroatien	0,09	(0,3%)	---	---	---	---	0,60	(1,7%)	0,70	35,56	36,25
Lettland	0,00	(0,2%)	---	---	---	---	0,00	(0,2%)	0,00	0,30	0,30
Liechtenstein	0,00	(0,2%)	---	---	---	---	0,03	(7,3%)	0,03	0,36	0,39
Litauen	0,00	(0,2%)	---	---	---	---	0,07	(2,9%)	0,07	2,25	2,32
Luxemburg	0,02	(0,5%)	---	---	---	---	0,09	(2,2%)	0,11	4,15	4,26
Malta	0,00	(0,4%)	---	---	---	---	0,00	(1,7%)	0,00	0,18	0,19
Niederlande	0,19	(1,0%)	---	---	---	---	1,65	(9,1%)	1,84	16,34	18,19
Norwegen	0,11	(5,5%)	---	---	---	---	0,10	(5,0%)	0,21	1,76	1,97
Österreich	0,74	(0,6%)	---	---	---	---	1,32	(1,0%)	2,06	127,37	129,43
Polen	0,10	(0,2%)	---	---	---	---	4,51	(7,7%)	4,62	53,66	58,28
Portugal	1,54	(5,2%)	---	---	---	---	20,67	(70,4%)	22,21	7,17	29,38
Rumänien	0,02	(3,6%)	---	---	---	---	0,08	(14,4%)	0,10	0,45	0,55
Schweden	0,02	(0,2%)	---	---	---	---	0,24	(2,2%)	0,26	10,71	10,97
Schweiz	0,09	(0,2%)	---	---	---	---	1,76	(3,0%)	1,85	57,28	59,13
Slowakische Republik	0,01	(0,3%)	---	---	---	---	0,16	(3,4%)	0,17	4,55	4,72
Slowenien	0,01	(0,1%)	---	---	---	---	0,08	(0,9%)	0,09	8,81	8,90
Spanien	0,87	(0,8%)	---	---	---	---	6,88	(6,5%)	7,75	97,63	105,38
Tschechische Republik	0,12	(0,3%)	---	---	---	---	0,92	(2,2%)	1,04	41,33	42,37
Ungarn	0,02	(0,4%)	---	---	---	---	0,95	(17,1%)	0,97	4,59	5,56
Zypern	0,00	(0,9%)	---	---	---	---	0,00	(2,2%)	0,01	0,16	0,17
	5,88						65,54		71,43	644,47	715,90

*Zahlungsfrist gemäß Art. 67 Abs. 5 VO (EG) 987/2009

Offene ausländische Forderungen, Abkommenstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 01.07.2023

(%) prozentualer Anteil an den gesamten offenen Forderungen (€) eines Landes



Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2020, 2021, 2022, 2023

	>18 Monate							<18 Monate	GESAMT		
	unbeanstandet		beanstandet		Gesamt		Mio. EUR				
	Mio. EUR	in %	2020	2021	2022	2023				Mio. EUR	in %
Bosnien/Herzegowina	0,00	(0,3%)					0,24	(21,8%)	0,24	0,84	1,08
Montenegro	0,01	(9,0%)					0,07	(83,3%)	0,08	0,01	0,08
Nordmazedonien	0,01	(2,3%)					0,11	(17,2%)	0,12	0,50	0,62
Republik Srpska	0,07	(7,1%)					0,04	(4,0%)	0,11	0,91	1,02
Serbien	0,12	(6,3%)					0,58	(30,8%)	0,70	1,19	1,89
Türkei	7,36	(52,3%)					1,16	(8,3%)	8,52	5,54	14,07
	7,58						2,20		9,77	8,99	18,76

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 12

Entwicklung der Ausgleichsbeträge

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

Anlagen:

- Entwicklung der Ausgleichsbeträge
-

Sachverhalt:

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

Die als Anlage beigefügte Tabelle stellt in überarbeiteter Aufmachung die Situation der wechsellkursbedingten Ausgleichsbeträge mit Stand vom 01.08.2023 dar. Es werden jeweils auch die Kontenzielbeträge sowie die stichtagsbezogene Entwicklung der Ausgleichsbeträge seit dem Jahr 2017 in Form von Trendlinien ausgewiesen.

Eine Herausforderung stellt nach wie vor die Entwicklung sowohl des Schweizer Franken als auch die der Tschechischen Krone dar. Der Forderungsausgleich gegenüber beiden Staaten resultierte zuletzt weiterhin in einem Fehlbetrag. Aufgrund der erweiterten Anpassungsspanne für die Wechselkursfestsetzung dürfte jedoch im kommenden Jahr mit einer Umkehr der zuletzt beobachteten Entwicklung zu rechnen sein.

Der Forderungsausgleich gegenüber der Türkei andererseits hat zuletzt weiterhin zu positiven Ausgleichsbeträgen geführt. Seit der Ausschüttung von 8 Millionen Euro an die Krankenkassen im Nachgang zur letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA haben sich zwischenzeitlich neue signifikante Ausgleichsbeträge gebildet. Der GKV-Spitzenverband, DVKA spricht sich vor diesem Hintergrund dafür aus, mit Zustimmung der Kassenartverbände diesmal eine Summe von 6,5 Millionen Euro an Ausgleichsbeträgen in Bezug auf türkische Forderungen an die Krankenkassen auszusahlen. Diese beziehen sich sowohl auf Forderungen nach tatsächlichem als auch nach

pauschalem Aufwand. Die Verteilung gemäß Kassenart auf Basis der Anteile am Gesamtforderungsaufkommen stellt sich wie folgt dar:

Kassenart	Anteil (gerundet)	Betrag (EUR)
AOK	58,7%	3.814.952,85 €
BKK	17,2%	1.120.662,40 €
KBS	11,7%	760.676,40 €
VDEK	7,3%	474.046,72 €
IKK	5,1%	328.700,77 €
SVLFG	0,0%	960,86 €
Gesamt	100,00%	6.500.000,00 €

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis und sprechen sich für die vorgeschlagene Ausschüttung von 6,5 Mio. EUR an die Krankenkassen aus.

Entwicklung der Ausgleichsbeträge



rote Punkte markieren negative Werte

Staat	Zielbetrag	Ausgleichsbetrag zum 01.08.2023	Abweichung von Ziel (%)	Trend 2017-2023
BIH (Föderationsgebiet)	100.000,00 €	77.889,29 €	-22%	
BIH (Rep. Srpska)	90.000,00 €	111.921,13 €	24%	
Bulgarien	0,00 € -	358,92 €		
Dänemark	100.000,00 €	69.276,21 €	-31%	
Island	15.000,00 €	43.277,78 €	189%	
Kroatien	600.000,00 €	701.523,07 €	17%	
Liechtenstein	5.000,00 € -	8.781,00 €	-276%	
Nordmazedonien	25.000,00 €	15.772,24 €	-37%	
Norwegen	75.000,00 €	161.881,10 €	116%	
Polen	600.000,00 €	1.138.776,36 €	90%	
Rumänien	5.000,00 €	9.302,64 €	86%	
Schweden	300.000,00 €	1.015.794,92 €	239%	
Schweiz	1.750.000,00 € -	2.732.834,84 €	-256%	
Serbien	50.000,00 €	373.175,72 €	646%	
Tschechien	300.000,00 € -	2.268.721,71 €	-856%	
Türkei	1.500.000,00 €	7.322.754,31 €	388%	
Ungarn	150.000,00 €	1.158.766,08 €	673%	
Vereinigtes Königreich	50.000,00 € -	135.445,70 €	-371%	
Gesamt	5.715.000,00 €	7.053.968,68 €		

Stand: 01.08.2023

BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 13

Handhabung von Verzugszinsforderungen

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

Sachverhalt:

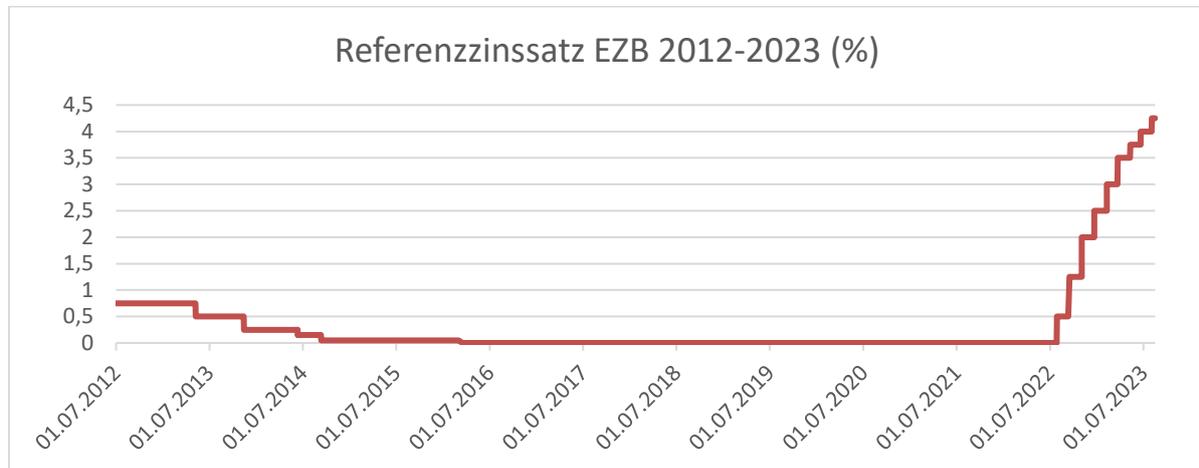
Grundsätzliches

Artikel 68 Absatz 1 VO (EG) 987/2009 sieht vor, dass für nicht fristgerecht bezahlte Forderungen Verzugszinsen erhoben werden können. Die Berechnung der Verzugszinsen ergibt sich aus Artikel 16 des Beschlusses Nr. S11 der EG-Verwaltungskommission und erfolgt auf Basis des zum Zeitpunkt der Fristüberschreitung gültigen Referenzzinssatzes der Europäischen Zentralbank (EZB). Verzugszinsforderungen können binnen 6 Monaten nach dem Monat des verspäteten Zahlungseingangs für jeden vollen Monat des Zahlungsverzugs geltend gemacht werden. Anschließend sind die Verzugszinsforderungen innerhalb von 12 Monaten nach dem Monat der Geltendmachung zu begleichen. Für Forderungen, die im Rahmen der vorgesehenen Fristen beanstandet wurden, können keine Verzugszinsen geltend gemacht werden. Konkrete Formvorgaben für das Einreichen von Verzugszinsforderungen werden erstmals mit S_BUC_22 geschaffen. Verzugszinsforderungen im „non-EESSI“-Kontext können insofern formlos – wahlweise z. B. mit E125 oder in Listenform (elektronisch bzw. Papier) – geltend gemacht werden.

Bisherige Entwicklung und aktueller Sachstand

Im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 20.10.2015 wurde vereinbart, vorerst keine Verzugszinsforderungen zu stellen, zumindest bis auf Seiten des GKV-Spitzenverbands, DVKA die notwendigen Voraussetzungen zur Verarbeitung von Verzugszinsforderungen in der Fachanwendung geschaffen seien. Zum Zeitpunkt der Umsetzung der entsprechenden Funktionalität (vgl. Ergebnisniederschrift zur Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 28.03.2017) war der Referenzzinssatz jedoch bereits auf 0,00% abgesenkt worden, sodass keine neuen Ansprüche auf Verzugszinsen begründet wurden. Die Nullzinspolitik der EZB wurde anschließend bis ins Jahr 2022 fortgeführt, sodass das Thema „Verzugszinsen“ zwischenzeitlich nicht erneut in der Fachkonferenz DVKA aufgegriffen wurde.

Infolge der Aufgabe ihrer Nullzinspolitik im Juli 2022 hat die EZB nun wieder die Voraussetzungen für potenzielle Verzugszinsforderungen geschaffen. In den letzten 12 Monaten ist der Referenzzinssatz schrittweise auf mittlerweile 4,25% (Stand: 02.08.2023) angehoben worden:



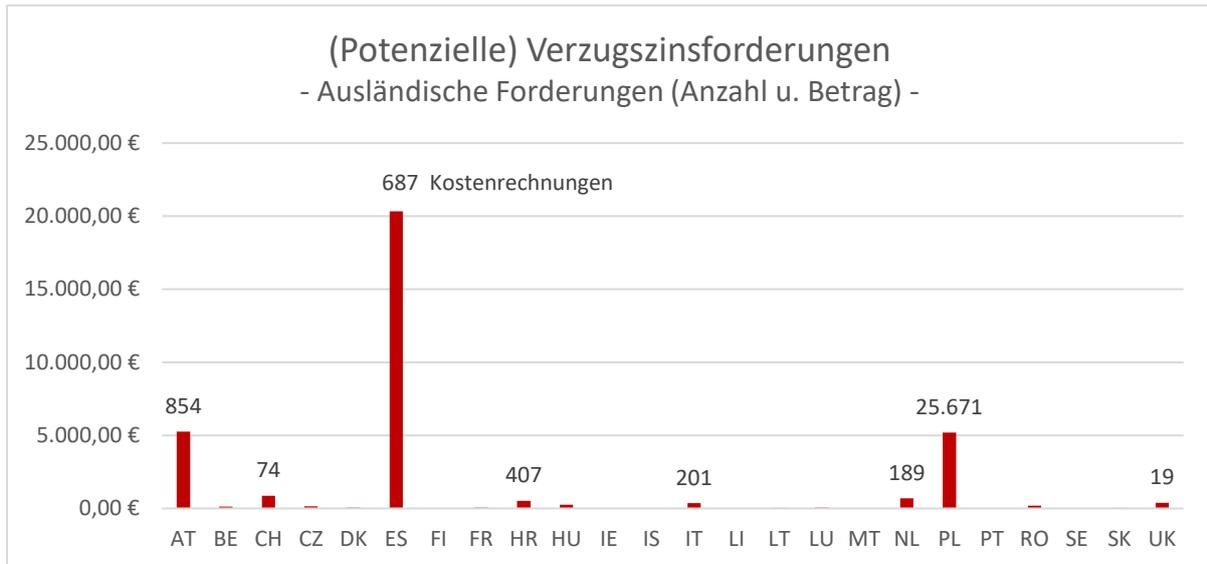
Vor diesem Hintergrund ist nun die Situation gegeben, dass für verspätet bezahlte und zuvor nicht beanstandete Forderungen, die ab dem 01.08.2022 die Zahlungsfrist überschritten haben, grundsätzlich Verzugszinsforderungen in Frage kommen. Dies gilt sowohl für deutsche Forderungen als auch für ausländische Forderungen.

Infolge von nicht fristgerecht geleisteten Zahlungen einzelner Krankenkassen für „non-EESSI“ Forderungen hat kürzlich die polnische Verbindungsstelle als erster Mitgliedstaat Sendungen mit berechtigten Verzugszinsforderungen in Listenform beim GKV-Spitzenverband, DVKA eingereicht. Die Weiterleitung an die betroffenen Krankenkassen befindet sich derzeit in Vorbereitung. Der GKV-Spitzenverband, DVKA stellt in dieser Beratungsunterlage zunächst die geplante Verfahrensweise für die Verarbeitung von ausländischen Verzugszinsforderungen vor. Anschließend wird ein Vorschlag für den Umgang mit deutschen Verzugszinsansprüchen dargestellt.

Ausländische Verzugszinsforderungen

Entsprechend unserer Datenauswertungen könnten ausländische Träger für ca. 30.000 Kostenrechnungen Verzugszinsforderungen in Höhe insgesamt ca. 35.000 EUR gegenüber deutschen Krankenkassen geltend machen. Bislang hat jedoch nur Polen von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und ca. 25.000 Verzugszinsforderungen in Höhe von umgerechnet ca. 5.000 EUR eingereicht. Dies entspricht durchschnittlich ca. 0,20 EUR pro Rechnung.

Darüber hinaus könnten nach aktuellem Stand derzeit Spanien (ca. 20.000 EUR) und Österreich (ca. 5.000 EUR) Verzugszinsforderungen in relevanter Höhe, jedoch in deutlich geringerer Stückzahl, geltend machen. Insgesamt ergibt sich folgendes Bild:



Nach Analysen des GKV-Spitzenverbands, DVKA sind die meisten Krankenkassen nur geringfügig oder gar nicht von möglichen Verzugszinsforderungen betroffen. Insgesamt 80% der potenziellen Verzugszinsforderungen entfallen auf lediglich vier Krankenkassen. In der Regel wurden einzelne Sendungen mit ausländischen Forderungen nicht fristgerecht bearbeitet.

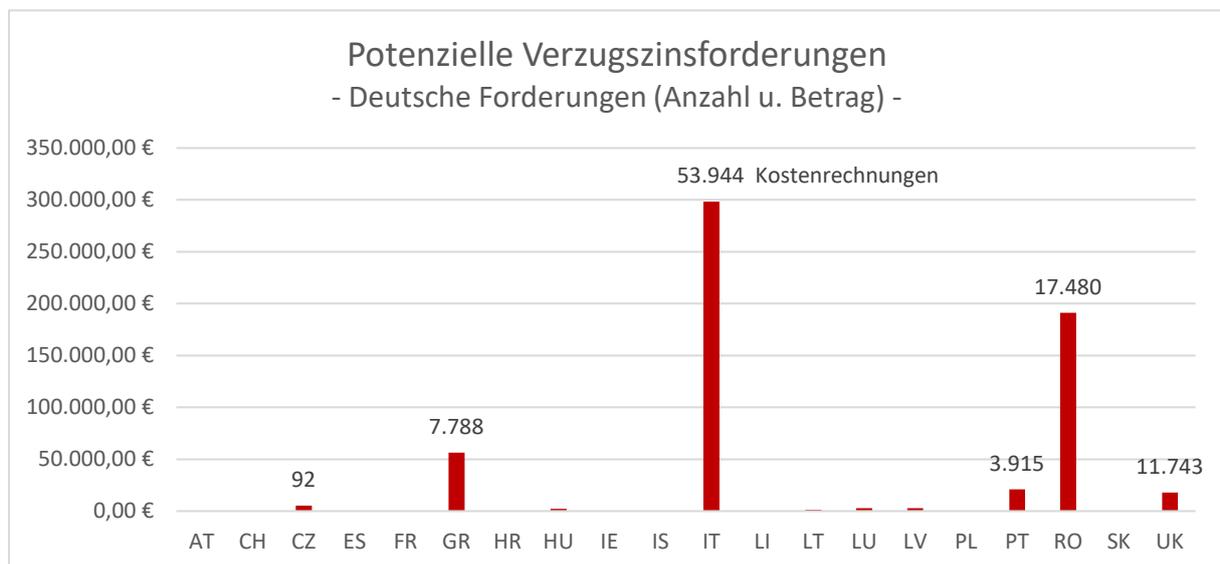
Die bereits vorliegenden Verzugszinsforderungen aus Polen betreffen zu mehr als 90% eine einzelne Krankenkasse. Die Forderungen wurden seitens der polnischen Verbindungsstelle in Form einer EXCEL-Tabelle eingereicht. Der GKV-Spitzenverband, DVKA plant derzeit die Forderungen in Listenform nach Vorbild eines Versandjournals an die zahlungspflichtigen Krankenkassen weiterzuleiten. Darin werden die Höhe der einzelnen Forderung und die Nummer der nicht fristgerecht bezahlten Kostenrechnung aufgeführt. Zusätzlich können bei Bedarf EXCEL-Tabellen zur Verfügung gestellt werden. Nach diesem Vorbild soll auch mit künftigen Verzugszinsforderungen verfahren werden.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA weist nochmals auf die Wichtigkeit der fristgerechten Bearbeitung von ausländischen Forderungen hin. Durch die Begleichung von Forderungen im Rahmen der geltenden Fristen können Verzugszinsforderungen vermieden werden.

Deutsche Verzugszinsforderungen

Wie bereits unter TOP 9 – Stand der Forderungen – dargestellt, weisen einzelne Mitgliedstaaten teils deutliche Zahlungsrückstände in Bezug auf deutsche Forderungen auf. Dies trifft derzeit insbesondere auf Italien, Rumänien und Griechenland zu. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern künftig Verzugszinsforderungen gegenüber ausländischen Trägern gestellt werden sollten bzw. inwiefern Verzugszinsen als Druckmittel für ein besseres Zahlverhalten eingesetzt werden könnten.

Sofern die noch offenen Forderungen aktuell beglichen würden, könnten infolgedessen ca. 97.000 Kostenrechnungen mit Verzugszinsforderungen und einem Volumen von nahezu 600.000 EUR geltend gemacht werden. Die Verteilung wäre in diesem Fall wie folgt:



Die potenziellen Verzugszinsforderungen verteilen sich dabei auf über 70 Träger aller Kassenarten. Eine durchschnittliche Verzugszinsforderung würde nach jetzigem Sachstand ca. 6,18 EUR betragen.

Da bei den bisherigen Diskussionen zur Frage, ob Verzugszinsen gefordert werden sollten, die Reziprozität einen wichtigen Aspekt dargestellt hat, weisen wir darauf hin, dass Polen als Debitorstaat bisher praktisch nicht betroffen ist.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbands, DVKA stellen die Erstattung der ursprünglichen Forderungen sowie ein generell verbessertes Zahlverhalten durch die betroffenen Staaten die oberste Zielsetzung dar. Die Geltendmachung von Verzugszinsforderungen im „non-EESSI“-Kontext wiederum ist mit enormen Aufwänden verbunden. Vor diesem Hintergrund schlägt der GKV-Spitzenverband, DVKA vor, im „non-EESSI“-Kontext zunächst weiterhin auf die Inrechnungstellung von Verzugszinsforderungen zu verzichten. Stattdessen sollten insbesondere mit den Staaten Italien, Rumänien und Griechenland nach Möglichkeit Absprachen getroffen werden, um das Zahlverhalten auf Dauer zu verbessern. Derlei Absprachen könnten vorsehen, dass vorübergehend im Gegenzug für den baldigen Ausgleich offener Beträge und ein nachhaltig verbessertes Zahlverhalten auf die Geltendmachung von Verzugszinsforderungen verzichtet wird.

Unabhängig davon wird der GKV-Spitzenverband, DVKA die Entwicklung von deutschen Verzugszinsansprüchen sowie den Umgang anderer Mitgliedstaaten mit eigenen Ansprüchen weiterhin aufmerksam beobachten und anlassbezogen im Rahmen der Fachkonferenz DVKA darüber berichten. Sofern mit den Debitorstaaten keine zufriedenstellende Absprache erreicht werden kann bzw. sich das Volumen der potenziellen Verzugszinsforderungen weiter deutlich

erhöhen sollte, kommt auch die Entwicklung eines Verfahrensvorschlags für Verzugszinsforderungen im „non-EESSI“-Kontext in Betracht. Dieser wäre dann Rahmen der Fachkonferenz DVKA vorzustellen und zu beraten.

Im Kontext von EESSI spricht aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA nichts dagegen, den S_BUC_22 wie vorgesehen zu verwenden. Erste Verzugszinsansprüche für „EESSI-Forderungen“ sind nach jetzigem Sachstand zum 01.09.2023 zu erwarten und könnten infolgedessen seitens der Krankenkassen nach Eingang der verspäteten Zahlung geltend gemacht werden.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Hintergrundinformationen und den aktuellen Sachstand im Zusammenhang mit Verzugszinsforderungen zur Kenntnis.

In Bezug auf ausländische Verzugszinsforderungen zeigen sich die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer mit der vorgeschlagenen Verfahrensweise zur Verarbeitung von Verzugszinsforderungen grundsätzlich einverstanden, bitten jedoch um standardmäßige Zusendung von Verzugszinsforderungen in elektronischer Form als EXCEL-Tabellen.

In Bezug auf mögliche deutsche Verzugszinsforderungen informiert der GKV-Spitzenverband, DVKA über eine in der Vorwoche aus Italien eingegangene Zahlung zu deutschen Forderungen in Höhe von 34,5 Mio. EUR. Hierdurch wurde der Großteil der offenen überfälligen Forderungen beglichen. Dies wiederum wirft aktuell die Frage auf, wie im vorliegenden Fall und auch künftig mit Verzugszinsansprüchen zu deutschen Forderungen im non-EESSI-Kontext verfahren werden soll. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbandes, DVKA könnten infolge der durch Italien verspätet geleisteten Zahlung ca. 53.000 Verzugszinsforderungen im Gesamtvolumen von ca. 413.000 EUR in Rechnung gestellt werden. Mehr als die Hälfte dieser Forderungen würde weniger als 1,00 EUR betragen. Vor diesem Hintergrund sollte aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA ein kostenintensives papierbasiertes Abrechnungsverfahren unbedingt vermieden werden.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer teilen die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, dass sich das Stellen von Verzugszinsforderungen im non-EESSI-Kontext als sehr aufwendig darstellt. Neben einer Kosten-/Nutzen-Abwägung müssen jedoch auch den erwartbaren Anforderungen der verschiedenen Aufsichtsbehörden berücksichtigt werden, wonach nicht ohne Weiteres auf die Durchsetzung von Verzugszinsansprüchen verzichtet werden sollte. Die Implementierung eines gesonderten elektronischen Einreichverfahrens wird insbesondere seitens eines Kassenartverbandes jedoch nicht befürwortet. Zugleich werden Überlegungen geäußert, ob bilaterale Absprachen zum gegenseitigen Verzicht auf Verzugszinsforderungen oder aber auch Bagatellgrenzen denkbar wären.

Aufgrund der Komplexität und Vielzahl der Fragestellungen verständigen sich die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer darauf, das Thema nachgelagert zur Sitzung zunächst

auf dem Schriftweg weiter zu erörtern. Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird diesbezüglich die Initiative ergreifen und auf die Kassenartverbände zugehen, um nach Möglichkeit die Basis für ein einheitliches Vorgehen zu schaffen. Eine Geltendmachung der gegenüber Italien bestehenden Verzugszinsansprüche müsste bis zum 31.03.2024 erfolgen.



BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 14

Endgültige Forderungsklä rung gemäß Beschluss Nr. S11 – Sachstand

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

Anlagen:

- Datenauswertung S11
-

Sachverhalt:

Entsprechend der Erörterung im Rahmen der Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 08.10.2021 berichten wir nachfolgend über aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der endgültigen Forderungsklä rung gem. Art. 19 des Beschlusses Nr. S11 der Verwaltungskommission.

1. Entwicklung und aktueller Stand „erste Tranche“ S11-Forderungen

Aktuell liegt der Fokus des GKV-Spitzenverbands, DVKA sowie der Krankenkassen darauf, unbezahlte deutsche Forderungen zu klären, 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 werden die unbezahlten Forderungen der vorbenannten Jahre unter dem Begriff „erste Tranche“ zusammengefasst.

Abbildung 1 im Anhang gibt einen ersten Überblick zum aktuellen Stand des S11-Verfahrens für die Forderungen der ersten Tranche. Sie zeigt, wie sich die Anzahl und das Volumen der unbezahlten deutschen Forderungen, die in den o. g. Jahren eingereicht wurden, seit Dezember 2021 entwickelt hat.

Als Zwischenfazit zur Entwicklung der deutschen Forderungen aus der ersten Tranche kann festgehalten werden, dass inzwischen

- rd. 9.000 bis dato unbezahlte deutsche Forderungen aus den genannten Forderungsjahren einer Klärung zugeführt wurden.

- der GKV-Spitzenverband, DVKA für deutsche Forderungen der ersten Tranche vom Ausland Zahlungen bzw. Zahlungszusagen in Höhe von rd. 12 Mio. EUR erhalten hat.
- 557 deutsche Forderungen der ersten Tranche mit einem Volumen von 1,7 Mio. EUR zur Schlichtung beim Rechnungsausschuss der Verwaltungskommission eingereicht wurden.
- vom GKV-Spitzenverband, DVKA und den Krankenkassen 5 polnische Schlichtungsanträge mit rd. 900 Forderungen aus der ersten Tranche beantwortet wurden.

Aus der ersten Tranche verbleiben noch rd. 300 deutsche Forderungen mit einem Gesamtvolumen von rd. 1,3 Mio. EUR, die einer Klärung zugeführt werden müssen (Stand 31.07.2023). Sollte keine Einigung mit der jeweiligen ausländischen Verbindungsstelle mehr erzielt werden können, werden wir auch diese Forderungen rechtzeitig beim Rechnungsausschuss einreichen.

Ferner ist in den nächsten Monaten der Eingang weiterer ausländischer Schlichtungsanträge zur ersten Tranche zu erwarten. Sofern der GKV-Spitzenverband, DVKA vorab von den betreffenden Kreditorstaaen über die Anträge informiert wurde, laufen hier bereits die Vorbereitungen zur Beantwortung des Schlichtungsantrags, da ansonsten die sehr enge Antwortfrist von vier Wochen kaum eingehalten werden kann.

2. Entwicklung und aktueller Stand „zweite Tranche“ S11-Forderungen

Nachdem die deutschen Forderungen der ersten Tranche weitestgehend abgearbeitet sind, rückt zunehmend die zweite Tranche in den Fokus. Damit kommen deutsche Forderungen in den Blick, die im Jahr 2019 sowie in den Jahren 2014–2015 im Ausland eingereicht wurden. Für diese läuft 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 2024 aus.

Die im Anhang aufgeführten **Abbildungen 2–5** geben einen Überblick über die aktuelle Situation des S11-Verfahrens für die Forderungen der zweiten Tranche. Sie zeigen,

- wie sich die unbezahlten deutschen Forderungen der zweiten Tranche seit Februar 2023 entwickelt haben (**Abb. 2**).
- welche Schuldnerstaaten bei den deutschen Forderungen aus der zweiten Tranche mit welchen Anteilen (in Bezug auf Anzahl und Gesamtvolumen) betroffen sind (**Abb. 3**).
- in welchem Monat des Jahres 2024 die noch unbezahlten deutschen Forderungen beim Schlichtungsgremium vorzulegen sind, um sie vor der Hinfälligkeit zu schützen (**Abb. 4**).
- wie sich die Forderungshöhe der unbezahlten deutschen Forderungen aus der zweiten Tranche verteilt (**Abb. 5**).

Als Zwischenfazit zur Entwicklung der deutschen Forderungen aus der zweiten Tranche kann festgehalten werden, dass

- die Gesamtzahl der zu klärenden Forderungen und auch das Volumen für die zweite Tranche aktuell doppelt so hoch ist wie einst für die erste Tranche.
- dass Italien, Rumänien und Österreich für 75% des zu klärenden Gesamtvolumens aus der zweiten Tranche verantwortlich sind; Polen und Frankreich für weitere 15%.

- dass nach aktuellem Stand in 2024 rd. 9.000 beanstandete und rd. 9.000 unbeanstandete Forderungen zu klären bzw. beim Schlichtungsausschuss vorzulegen sind; wobei allein im Juni 2024 die Frist für 4.500 initial vom Ausland beanstandete Forderungen ausläuft.
- dass rd. 1.200 oder 12% aller Forderungen aus der zweiten Tranche für 88% des gesamten Forderungsvolumens verantwortlich sind – und über 8.000 Forderungen bzw. 43% der Forderungen nur 1% des Gesamtvolumens ausmachen.

3. Ausblick auf die S11-Bearbeitung im vierten Quartal 2023 sowie im Jahr 2024

Die im Anhang präsentierten Datenauswertungen verdeutlichen, dass die Forderungsklä rung gem. Beschluss S11 weiterhin eine erhebliche Herausforderung für die Prozesse der Krankenkassen sowie die Unterabteilung 3260 des GKV-Spitzenverbands, DVKA darstellt. Dies gilt insbesondere bei den vom Schlichtungsgremium angeforderten Antworten auf ausländische Anträge, für die der deutschen Seite aktuell maximal vier Wochen zur Verfügung stehen.

Mit Blick auf die massiven Fallzahlen in 2024 sind u.a. folgende Maßnahmen vorgesehen:

- Anwendung der im Rahmen der Fachkonferenz DVKA am 24.03.2023 bereits erörterten Bearbeitungsgrundsätze. D.h. u. a. die priorisierte Prüfung von Hochpreisforderungen sowie die Sicherung der deutschen Gläubigerposition durch die gesammelte Einreichung aller unbeanstandeten deutschen Forderungen sowie von Forderungen unter 350 EUR beim Schlichtungsgremium. Letztere werden dort in der Regel nur zur Kenntnis genommen und zur Klärung an die betroffenen Mitgliedsstaaten zurückverwiesen.
- Fortführung bzw. Intensivierung der bilateralen Gespräche mit den fünf Mitgliedsstaaten, die für 90% der unbezahlten deutschen Forderungen aus der zweite Tranche verantwortlich sind. Wobei darauf hingewiesen werden muss, dass sich die Gespräche – mit Ausnahme Österreichs – aktuell weiterhin schwierig gestalten.
- Initiierung einer Diskussion über die Grundsätze sowie die Qualitätskriterien der beim Schlichtungsgremium vorzulegenden Anträge sowie der von dort vorgegebenen, sehr engen Antwortfristen.
- Anwendung der in der sog. Mindestbetragsrichtlinie enthaltenen Regelungen zum Abschluss der Rechnungsführung für die zweite Tranche. Dies ist potenziell vor allem für polnische Forderungen relevant, die zur Schlichtung vorgelegt wurden/werden und die durch eine Vielzahl an Einzelforderungen von sehr geringer Höhe gekennzeichnet sind.

4. Ausblick „dritte Tranche“ S11-Forderungen

Ende September wird ferner der Versand der trägerspezifischen Listen für den Abgleich zur dritten Tranche der S11-Forderungen erfolgen. Für den Forderungsabgleich zwischen GKV-Spitzenverband, DVKA und Krankenkassen hat sich inzwischen eine gute Routine entwickelt. Gleichzeitig soll auch in diesem Jahr eine flankierende S11-Online-Informationsveranstaltung für die Krankenkassen angeboten werden.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen den vorgetragenen Sachstand zur endgültigen Forderungsklä rung gem. Beschluss S11 sowie die vom GKV-Spitzenverband, DVKA avisierten Maßnahmen für die Bearbeitung der deutschen Forderungen aus den Jahren 2014/2015 und 2019 zustimmend zur Kenntnis.

TOP 14 Anlage 1 – Datenauswertung S11

Abb. 1 Entwicklung unbezahlter deutscher Forderungen / **erste Tranche**

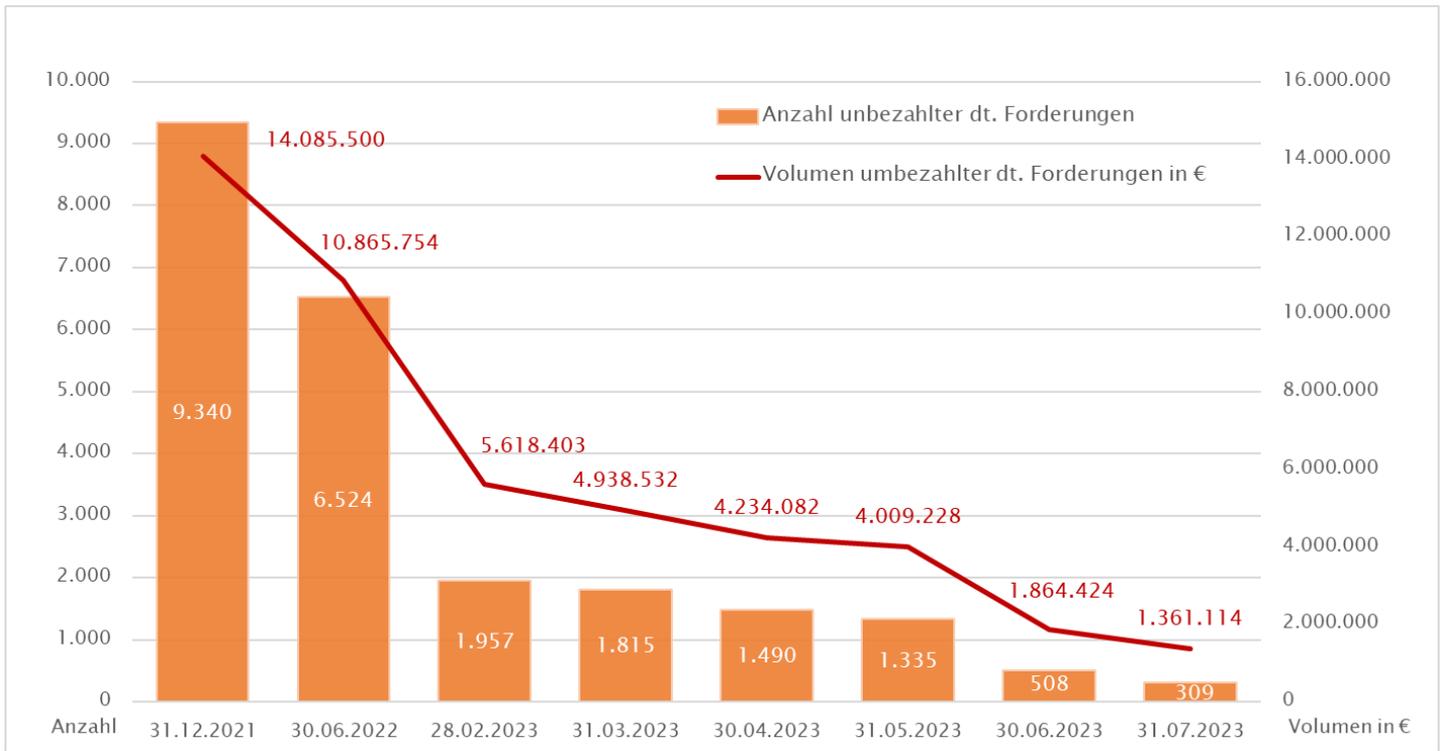


Abb. 2 Entwicklung unbezahlter deutscher Forderungen / **zweite Tranche**

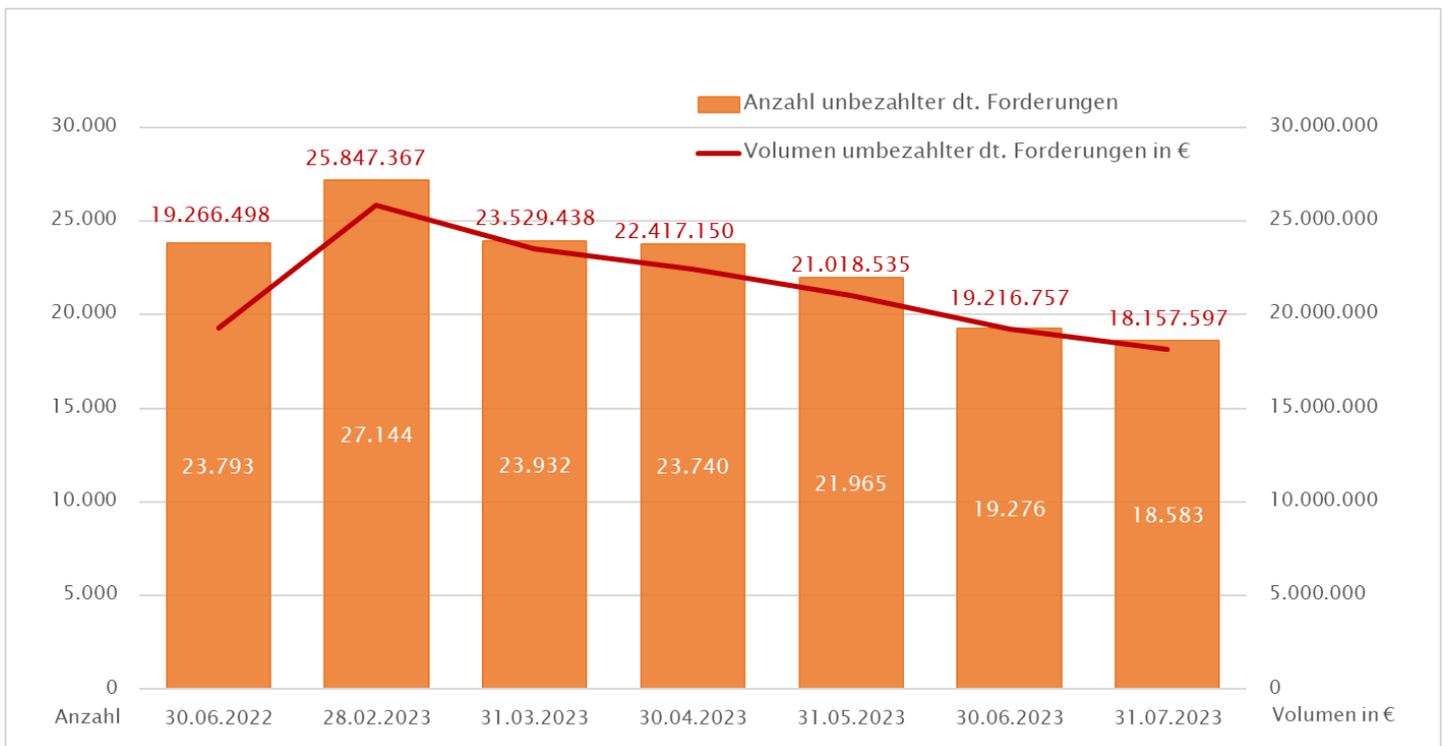


Abb. 3 Unbezahlte deutsche Forderungen nach Debitorstaaten / **zweite Tranche**

Land	Anzahl unbezahlter dt. Forderungen	Volumen in EUR	Anteil am Gesamtvolumen
Italien	12.087	5.364.097	29,54%
Rumänien	1.338	4.217.232	23,23%
Österreich	2.339	4.042.286	22,26%
Polen	502	1.417.746	7,81%
Frankreich	438	1.086.646	5,98%
Griechenland	870	597.873	3,29%
Niederlande	311	420.998	2,32%
Luxemburg	86	256.181	1,41%
Ungarn	244	213.580	1,18%
Kroatien	15	194.097	1,07%
Großbritannien	200	106.648	0,59%
Spanien	50	98.331	0,54%
Tschechische Republik	25	65.194	0,36%
Belgien	35	41.356	0,23%
Irland	18	11.959	0,07%
Schweiz	4	10.209	0,06%
Bulgarien	6	8.889	0,05%
Litauen	3	3.028	0,02%
Slowakische Republik	4	495	0,00%
Schweden	1	433	0,00%
Island	6	315	0,00%
Zypern	1	5	0,00%
	18.583	18.157.597	100,00%

Abb. 4 Anzahl unbezahlter deutscher Forderungen nach Fristablauf / **zweite Tranche**

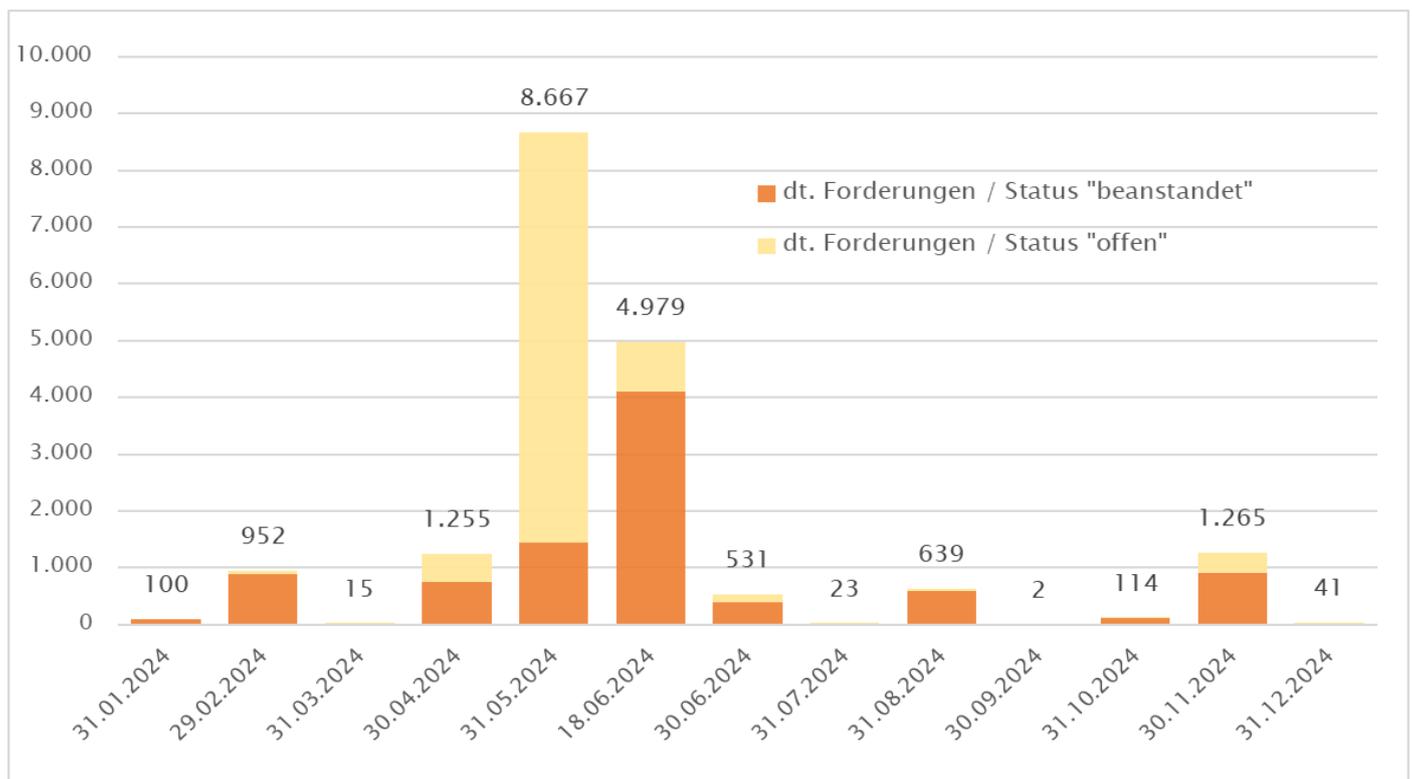
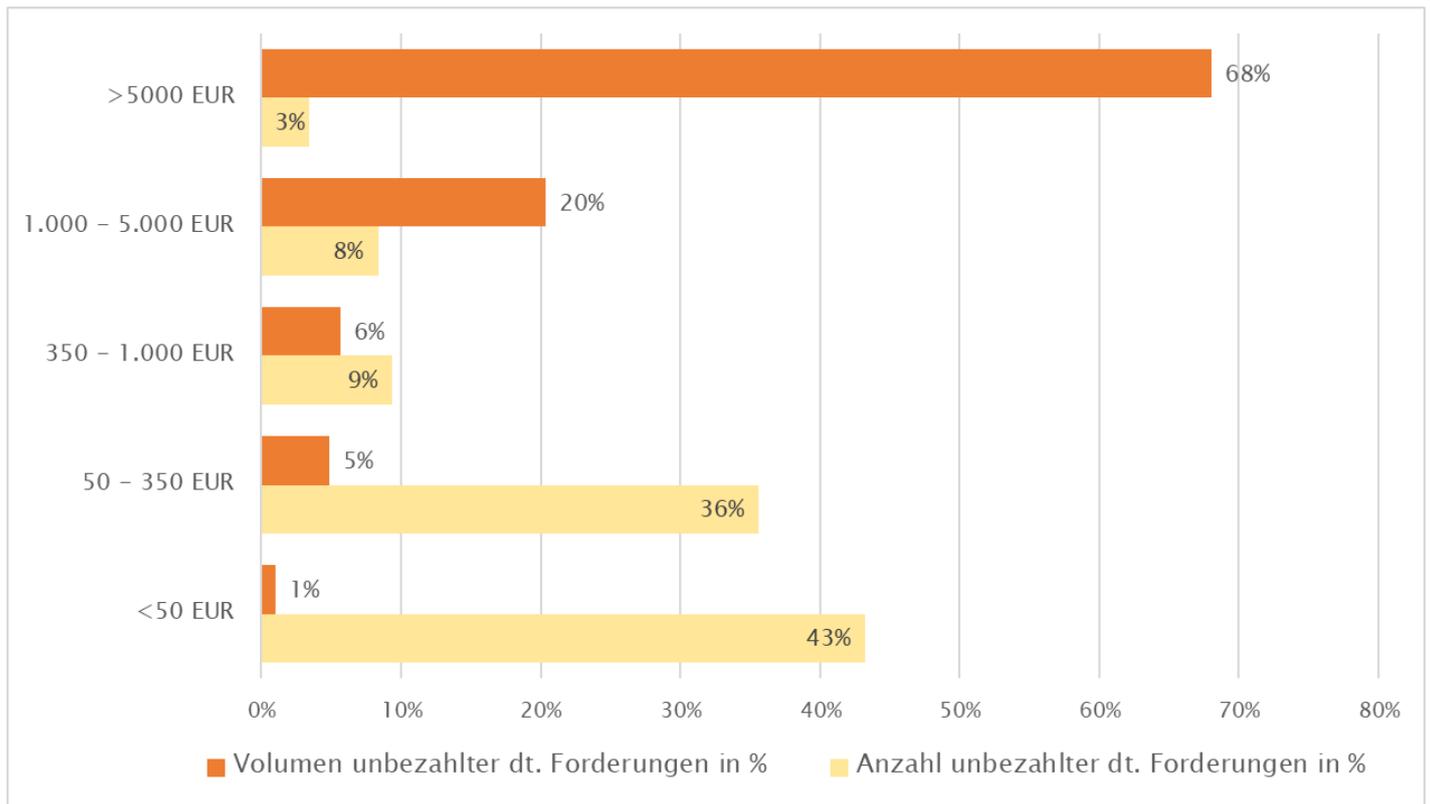


Abb. 5 Anzahl und Volumen unbezahlter dt. Forderungen nach Betrag / **zweite Tranche**



BERATUNGSUNTERLAGE

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 15

NAE-Betrieb

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

Anlagen:

Verteilung S_BUC_06 auf Kassen

Sachverhalt:

Nachrichtentransport

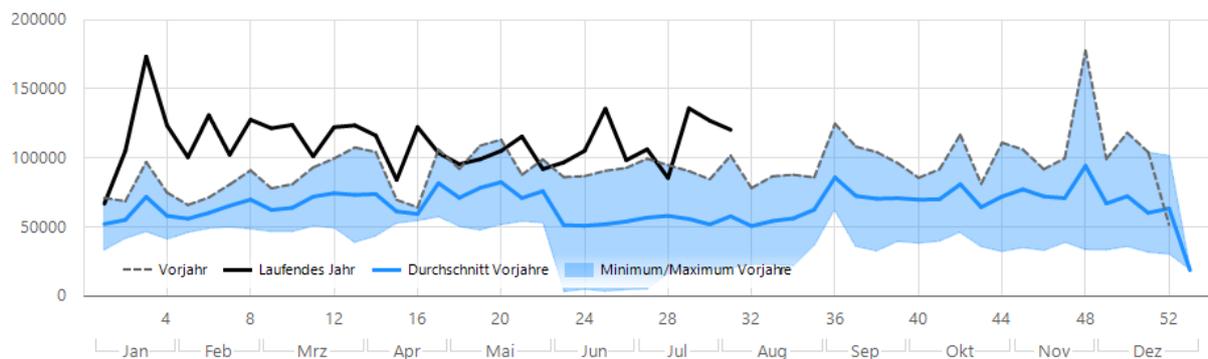
Per 06.12.2021 sind national alle geplanten EESSI-Geschäftsprozesse in Verwendung.

Alle Angaben in Mio.	Vorgänge (BUCs)	Nachrichten (SEDs)
Gesamtzahl seit Inbetriebnahme	6,39	12,27
Gesamt 2020	0,55	0,94
Gesamt 2021	1,59	3,04
Gesamt 2022	2,47	4,87
Jan – Jul 2023 (+26% ggü. Vorjahreszeitraum)	1,76	3,37
Anteil GKV europ. Vorgangs-Gesamtaufkommen:		ca. 13,2%

Der Anteil Deutschlands beträgt zum Berichtszeitpunkt ca. ein Fünftel des gesamten europäischen Vorgangsaufkommens (21,6%), von welchem ca. 61% der GKV zuzurechnen ist. Für das Jahresende 2023 werden ca. 3,1 Mio. Vorgänge und ca. 6,1 Mio. Nachrichten prognostiziert (FCT 7+5).

Auf die Bereiche Anwendbares Recht und Sickness entfallen weiterhin mehr als 96% aller Vorgänge. Bei den drei am häufigsten genutzten Geschäftsprozessen haben sich keine Änderungen ergeben.

In nachfolgendem Diagramm ist erkennbar, dass auch in 2023 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum bzw. dem langjährigen Mittel die Nachrichtenmenge weiterhin neue Maxima erreicht:



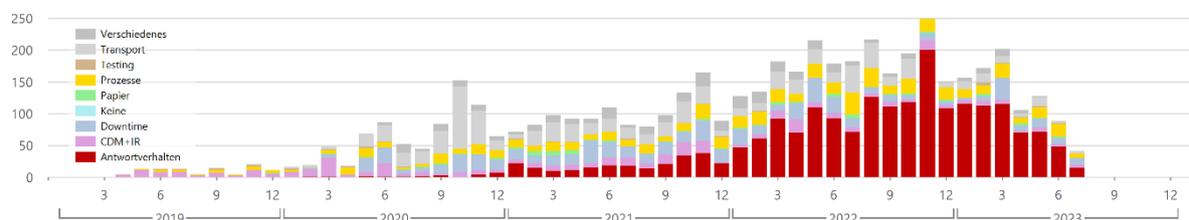
(Anzahl ein- und ausgehender Nachrichten pro Kalenderwoche seit 06/2020, rollierend)

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

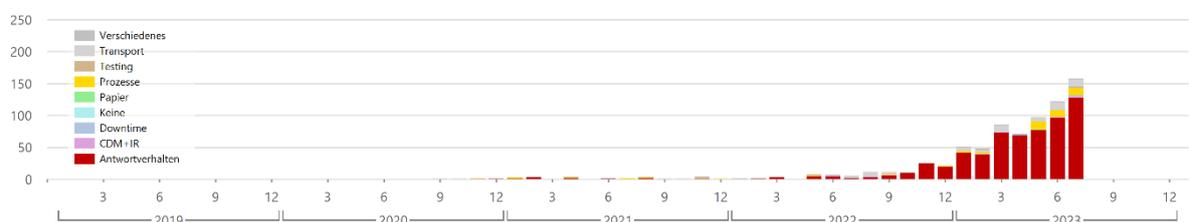
Anfragen an den NAE-Betrieb

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

Erledigte nach Kategorie



Offene nach Kategorie

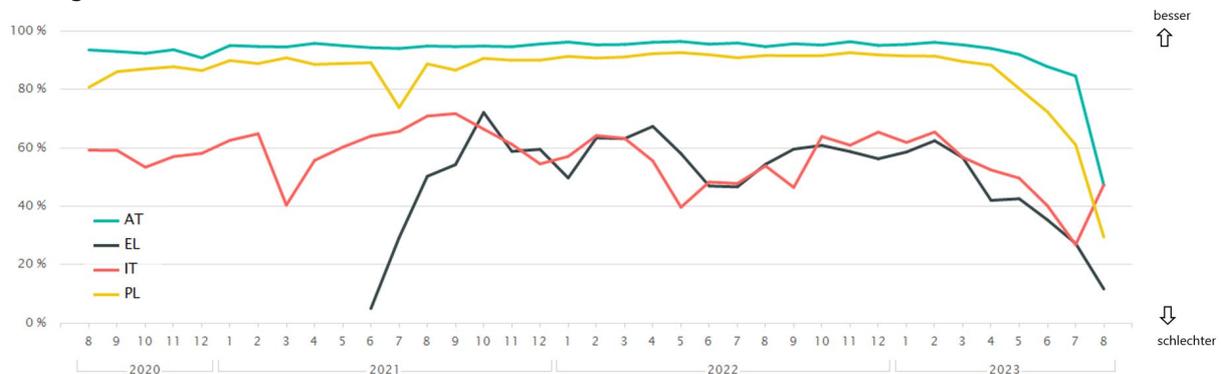


Ein Großteil der Anfragen an den NAE-Betrieb bezieht sich weiterhin auf ausbleibende Antworten in bestimmten Mitgliedstaaten (>75%), Fragen zur Trägeradressierung sowie der Abfrage von Zustellungen.

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass sich die aus der Vor-EESSI-Zeit bekannten Bearbeitungs- und Datenpflege-Probleme auch im digitalen Datenaustausch zu erkennen sind. Insbesondere

Anfragen zum Antwortverhalten bleiben häufig lange Zeit offen. 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.



(Rückmeldequoten Meldeverfahren IT und EL (50–60%) im Vergleich zu AT und PL (85–95%).

Bezüglich Italien waren trotz der Lösung der technischen Schwierigkeiten zum Jahreswechsel 2022/2023 Folgeeffekte in der Vorgangsbearbeitung wahrzunehmen. In organisatorischer Hinsicht war keine wesentliche Verbesserung zu erkennen, auch nicht nach einer Intervention des BMAS beim italienischen Gesundheitsministerium sowie einem Verbindungsstellengespräch zwischen DVKA und der italienischen Verbindungsstelle. Zwischenzeitlich traten Ende Mai in Italien erneute technische Probleme auf, die noch andauern. Mit einem Anhalten der Problemlage ist mindestens bis ins 4. Quartal 2023 zu rechnen.

Betreffend Griechenland sind zwar ausbleibende Antworten zu verzeichnen, durch die dort geplanten Maßnahmen zur Ausweitung der EESSI-Nutzung durch lokale Träger wird hier allerdings mit einer Entspannung der Situation gerechnet. Seitens EL wurde in einem direkten Austausch zugesichert, dass Antworten zu noch offenen Vorgängen lediglich eine Zeitfrage seien. Seitens des NAE-Betriebes wird eine Zunahme der Abarbeitung beobachtet, jedoch keine technischen Schwierigkeiten.

Prozessbereich Kostenabrechnung

Die im abgelaufenen Berichtszeitraum aufgetretenen Versandprobleme wurden unmittelbar adressiert und behoben (Annahmefehler in Mitgliedstaaten etc.). Per Ende 07/2023 wurden insgesamt 8.107 internationale sowie 1.092.230 nationale Kostenabrechnungsnachrichten versendet bzw. empfangen.

In vielen Mitgliedstaaten sind weiterhin Verschiebungen der Termine zur Kostenabrechnungs-Produktivnahme festzustellen – für alle anderen BUCs ist zwischenzeitlich in allen Mitgliedstaaten EESSI-Ready erklärt worden.

Abgleich der Schlüssel zur Ermittlung der Erstattungssätze zur Nutzung des S_BUC_06

Die vom GKV-Spitzenverband, DVKA aus Mitgliedstaaten entgegengenommenen Anfragen zur Ermittlung der Erstattungssätze werden anhand eines abgestimmten Verteilschlüssels an die Mitgliedskassen weitergesendet. Ein Abgleich der zugehörigen Nachrichten an Mitgliedskassen hat eine weitgehende Übereinstimmung mit dem Verteilschlüssel ergeben. Abweichungen bewegen sich im Bereich von wenigen Prozent. Ursache hierfür ist die Auswertungsmethodik: für den NAE-Betrieb ist ausschließlich eine zeitbezogene Gruppierung möglich, in VIBA findet hingegen eine Aufteilung in 10.000er-Blocks statt.

EU-Themen – Sachstand RINA-Handover

Die Übergabe der RINA-Software von der Kommission an die Mitgliedstaaten, welche ursprünglich im 2. Quartal 2021 abgeschlossen sein sollte, dauert weiter an. 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. Auf die von italienischer Seite veröffentlichte Ausschreibung bewarb sich genau ein Konsortium, für welches per August 2023 nach derzeitigem Informationsstand in Kürze ein Zuschlag angestrebt wird. Im Anschluss daran ist ein Übernahmetermin vorgesehen, in welchem der Dienstleister sich mit den Umgebungen in den Mitgliedstaaten vertraut macht und anschließend die RINA-Software final übernimmt. Der Erfolg der Übernahme dürfte erheblichen Einfluss auf den neuen Inbetriebnahmeterminpunkt des EESSI-Releases haben.

EESSI-Release 2021

Das von der Kommission überarbeitete EESSI-Releasepaket 4.3.1 wurde den Mitgliedstaaten Ende 2021 zur Verfügung gestellt, welches vom NAE-Betrieb im April 2022 als erweitertes nationales Release bereitgestellt wurde. Die im Juni 2022 vereinbarten Entwicklungs- und Testplanungen wurden zwischenzeitlich kassenseitig umgesetzt bzw. durchgeführt und befinden sich in der Endphase. Wesentliche Probleme traten nicht auf.

Der durch die Kommission bereits verschobene Inbetriebnahmetermin 01.10.2023 wurde aufgrund der Verzögerungen im RINA-Handover-Projekt aufgehoben, ein neuer Termin steht noch nicht fest. Es ist vorgesehen, in der kommenden Sitzung des Technischen Ausschusses gemeinsam mit den Mitgliedstaaten einen neuen Termin festzulegen.

Aktuelle Kommissionsthemen 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.

Bei dem im November 2022 initiierten Vorhaben zur Geschäftsprozessoptimierung (Business Process Improvement, BPI) wurden gemeinsam mit den Ad-Hoc-Gruppen eine Reihe von

Grundlagenthemen beraten, wobei die sehr ambitionierten Vorstellungen der Kommission sich jedoch durchweg einem realistischeren Ansatz annähern. So blieben die EESSI-Grundkonzepte bislang weitestgehend unverändert außer sporadischen Definitionsschärfungen.

Das Anfang 2023 eingeführte Übersetzungsverwaltungssystem wird seine Praxistauglichkeit im kommenden Release CDM 4.4, dessen Veröffentlichung für das 4. Quartal 2023 avisiert ist, erweisen.

Die weitreichenden Änderungen bei den Conformance- und Interoperabilitätstests, welche der Kommission vorschwebten, wurden seitens der Mitgliedstaaten fast vollständig abgelehnt, da sie überall eine erhebliche Aufwandssteigerung in den Institutionen bedeutet hätte.

Zur der geplanten vollständig neuen Access-Point-Software sowie der risikobereichsbezogenen Aufteilung von Releases liegen noch keine weiteren Informationen vor.

Zu dem zwischenzeitlich von der Kommission erkannten Bedarf der Klärung von längeren Nichterreichbarkeiten in Mitgliedstaaten sowie einer besseren bilateralen Bearbeitung technischer Themen werden zwei diesbezügliche Arbeitspakete vom NAE-Betrieb nicht nur begleitet, sondern durch konzeptionelles Mitgestalten im Sinne der GKV und der Mitgliedskassen maßgeblich beeinflusst.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Sachstandsdarstellung zur Kenntnis.

In Bezug auf die Nichterreichbarkeit Italiens wird festgestellt, dass die Probleme weiterhin bestehen. Die Kassenartverbände fordern eine Lösung, um dem erhöhten Verwaltungsaufwand durch die mehrmaligen Erinnerungen etc. und Beschwerden der betreffenden Personen gerecht werden zu können. Die Rückkehr zur Verwendung von Papiervordrucken in Bezug auf Italien wird nur von einigen Kassenartverbänden unterstützt.

Im NAE-Lenkungsausschuss des Betriebs am 14.09.2023 wurde das Thema bereits ausführlich diskutiert mit dem Ergebnis, dass das Thema aufgrund der Relevanz und Dringlichkeit in einem gesonderten Workshop besprochen werden soll, um eine gemeinsame Vorgehensweise zu vereinbaren.

Im Vorfeld eines solchen Workshops wird der GKV-Spitzenverband, DVKA mit dem BMAS besprechen, ob eine Rückkehr zur Verwendung von Papiervordrucken in Bezug auf Italien grds. möglich ist. Darüber hinaus soll das Thema bei den Vierseitigen Verbindungsstellengesprächen

am 28. und 29.09.2023 mit Österreich, Liechtenstein und der Schweiz angesprochen werden, um ggf. eine gemeinsame Note für die Verwaltungskommission zu fertigen.¹

¹ Bei den Gesprächen wurde besprochen, dass die deutsche und österreichische Delegation ihren zuständigen Ministerien vorschlagen werden, eine Note zu diesem Thema für die Verwaltungskommission vorzubereiten. Die schweizerische und liechtensteinische Delegation prüfen, ob sie genannt werden möchten.

Verteilung S_BUC_06 auf Kassen

19.07.2023

Kasse	IK	SED 2022	SED 2023	Gesamt
AOK Baden-Württemberg	DE:108018007	1184	718	1902
AOK Bayern	DE:108310400	1224	827	2051
AOK Hessen	DE:105313145	411	284	695
AOK Nordost	DE:109519005	416	360	776
AOK NordWest	DE:103411401	750	485	1235
AOK PLUS	DE:107299005	1008	592	1600
AOK Rheinland/Hamburg	DE:104212505	779	450	1229
AOK Rheinland-Pfalz/Saarland	DE:107310373	286	175	461
AOK Sachsen-Anhalt	DE:101097008	196	176	372
AOK-Niedersachsen	DE:102114819	750	512	1262
Audi BKK	DE:108534160	188	147	335
BAHN-BKK	DE:109938503	145	122	267
BARMER	DE:104940005	2402	1540	3942
BIG direkt gesund	DE:103501080	122	77	199
BKK MOBIL OIL	DE:101520078	295	146	441
BKK VBU	DE:109723913	142	118	260
DAK-Gesundheit	DE:105830016	1497	1015	2512
Hanseatische Krankenkasse	DE:101570104	166	89	255
hkk	DE:103170002	228	138	366
IKK classic	DE:107202793	811	565	1376
IKK gesund plus	DE:101202961	102	84	186
IKK Südwest	DE:109303301	142	102	244
KKH	DE:102171012	467	317	784
Knappschaft (KBS)	DE:109905003	426	294	720
Mhplus Betriebskrankenkasse	DE:108035612	155	80	235
Novitas BKK	DE:104491707	107	76	183
pronova BKK	DE:106492393	154	140	294
SBK Siemens Betriebskrankenkasse	DE:108433248	285	178	463
SVLFG	DE:108808855	174	92	266
TK	DE:101575519	2858	1788	4646
VIATIV Krankenkasse	DE:104526376	183	126	309
		19563	12774	32337

> 0,5%

Mitglieder gesamt	Mitglieder- anteil	kalk. Anzahl	Ist-Soll	proz. Abweichg.
3.473.452	6,02%	1.947	45	2,34%
3.615.836	6,27%	2.027	-24	-1,17%
1.265.863	2,19%	710	15	2,08%
1.380.016	2,39%	774	-2	-0,29%
2.196.728	3,81%	1.232	-3	-0,27%
2.745.170	4,76%	1.539	-61	-3,95%
2.246.942	3,90%	1.260	31	2,45%
928.290	1,61%	520	59	11,43%
675.126	1,17%	379	7	1,72%
2.246.608	3,90%	1.260	-2	-0,19%
547.661	0,95%	307	-28	-9,10%
483.457	0,84%	271	4	1,50%
7.126.472	12,36%	3.996	54	1,34%
387.807	0,67%	217	18	8,48%
732.353	1,27%	411	-30	-7,40%
438.065	0,76%	246	-14	-5,86%
4.536.081	7,86%	2.543	31	1,23%
419.251	0,73%	235	-20	-8,48%
694.565	1,20%	389	23	6,02%
2.430.501	4,21%	1.363	-13	-0,97%
359.446	0,62%	202	16	7,71%
473.969	0,82%	266	22	8,18%
1.295.458	2,25%	726	-58	-7,94%
1.209.310	2,10%	678	-42	-6,19%
408.914	0,71%	229	-6	-2,50%
312.403	0,54%	175	-8	-4,48%
506.651	0,88%	284	-10	-3,50%
846.732	1,47%	475	12	2,47%
431.869	0,75%	242	-24	-9,85%
8.429.505	14,62%	4.726	80	1,70%
570.102	0,99%	320	11	3,33%
57.674.767				

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 16

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

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

Sachverhalt:

In der Zeit vom 24.03.2023 bis 20.09.2023 war der GKV–Spitzenverband, DVKA an folgenden Verbindungsstellengesprächen beteiligt:

Italien

Am 15.05.2023 haben im Rahmen einer Videokonferenz Verbindungsstellengespräche zwischen dem GKV–Spitzenverband, DVKA und dem Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria stattgefunden. Kernpunkte waren das Antwortverhaltens Italiens im Rahmen von EESSI, Papier–EHICs sowie verschiedene Themen im Bereich der Kostenabrechnung, insbesondere zu

- der Entwicklung der Forderungsstände
- der Absicht, eine Verrechnungsvereinbarung abzuschließen (s. auch gesonderten TOP)
- Zahlungsankündigungen

Korea

Am 06.06.2023 fanden Gespräche zwischen dem Center for International Affairs, National Pension Service (NPS) und dem GKV–Spitzenverband, DVKA zur Klärung von Auslegungsfragen hinsichtlich der Durchführung des Abkommens zwischen der Republik Korea und der Bundesrepublik Deutschland über Soziale Sicherheit vom 10.03.2000 statt. Besonderer Fokus lag dabei auf der Vereinfachung und der Beschleunigung der gemäß Verwaltungsvereinbarung zur Durchführung der Bestimmungen über die anzuwendenden Rechtsvorschriften vorgesehenen Verfahren.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und –teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 17

Bestandspflege von Wohnortfällen in Abkommensstaaten – Authentifizierung einer ausländischen Wohnadresse

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

Sachverhalt:

Zum Rundschreiben 2022/562 wird um eine Klarstellung gebeten. Das Rundschreiben beinhaltet folgende Passage:

Auszug aus DVKA-RS 2022/562, S. 5, vorletzter Absatz:

„Der Fragebogen beinhaltet auch Abfragen zum Stammversicherten, die im Rahmen des Meldeverfahrens benötigt werden. Er wurde von uns datenschutzrechtlich überprüft und enthält nur Angaben, die für eine Prüfung bzw. Überprüfung notwendig sind. Zur Authentifizierung einer ausländischen Wohnadresse im Rahmen der Versendung einer eGK ist es aus unserer Sicht ausreichend, wenn im Fragebogen eine Adresse im Ausland angegeben wird. Ggf. kann auch das vom Wohnortträger übersandte SED S073 als Nachweis einer gesicherten ausländischen Wohnadresse herangezogen werden.“

Derzeit bezieht sich die Passage nicht auf Abkommensstaaten, da im letzten Satz das SED S073 explizit genannt ist. Es wird um Klarstellung gebeten, ob die Aussagen auf für die Träger in einem anderen Abkommensstaat gelten.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA bestätigt, dass die Aussage zum Nachweis einer gesicherten Wohnadresse auch für die bilateralen Vordrucke gilt, mit denen ein Wohnortträger eines anderen Abkommensstaats die Einschreibung bestätigt. Diese sog. Einschreibemitteilungen gelten somit auch als Nachweis einer gesicherten ausländischen Wohnadresse.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 18

Aktualisierung von Anspruchsbescheinigungen für bei Urlaubsreisen bestehende Vorerkrankungen

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

Sachverhalt:

Der AOK-BV berichtet, dass es bei den Vordrucken TN/A 12, BH 5, RM/D 112, SRB 112 DE, MNE/D 112 immer wieder zu Ausstellungsproblemen und Rückfragen kommt. Hier sehen die AOKen Aktualisierungsbedarfe insbesondere für bei Urlaubsreisen bestehende Vorerkrankungen, da es keinerlei offizielle Ausfüllhilfen vom GKV-Spitzenverband, DVKA dazu gebe und die existierenden Vordrucke den Sachverhalt bzgl. geplante Behandlung nicht mehr geeignet abbildeten. Deshalb bitten die AOKen, die Anspruchsbescheinigungen TN/A 12, BH 5, RM/D 112, SRB 112 DE und MNE/D 112 im Rahmen evtl. Verbindungsstellengespräche mit den betroffenen Staaten zu aktualisieren (z. B. Verknüpfen mit elektronischer Unterschrift).

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt die Ausführung zu Kenntnis. Er bittet um weitere Konkretisierung des Aktualisierungsbedarfs. Des Weiteren weist er darauf hin, dass eine Aktualisierung der Vordrucke immer einen erheblichen Verwaltungsaufwand – sowohl bei den Krankenkassen und den ausländischen Trägern als auch bei den jeweiligen Verbindungsstellen – darstellt. Daher wird zusätzlich um Klarstellung gebeten, welche Änderungen genau in den jeweiligen Vordrucken aus Sicht der AOKen notwendig seien. Der AOK-Bundesverband wird dem GKV-Spitzenverband, DVKA die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 09.10.2023

TOP 19

Mitteilung der EU-Kommission zur Digitalisierung der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Verfasser/in: Elisabeth Reker-Barske/ AOK Bundesverband

Sachverhalt:

Die Europäische Kommission hat Anfang September 2023 eine Mitteilung zur Digitalisierung der Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit veröffentlicht. Darin werden die europäischen Strategien und Prozesse dargestellt, die den Rahmen für die Initiativen zur Digitalisierung der Koordinierung der sozialen Sicherheit bilden:

- Verordnung für ein einheitliches digitales Zugangstor (EU) Nr. 2018/1724, nach der bestimmte Verwaltungsleistungen bis zum 12. Dezember 2023 voll zu digitalisieren sind. Diese Verwaltungsleistungen sind in Anhang 2 der Verordnung festgelegt und betreffen u. a. die Beantragung und Ausstellung der A1-Bescheinigung und der EHIC.
- eIDAS-Verordnung (EU) Nr. 910/2014, die u. a. zur Einführung der EUid-Wallet derzeit überarbeitet wird. Mit dem Rahmen für die Europäische digitale Identität soll den Bürgern und Unternehmen ein elektronischer Identitätsnachweis in Form einer digitalen Brieftasche (EUiD) bereitgestellt werden, die es ihnen ermöglicht, sich digital zu identifizieren. Sie ist Grundlage für das DC4EU-Projekt (siehe TOP 5).
- Kommissionsvorschlag für eine Verordnung für interoperable digitale öffentliche Dienste. Die Verordnung soll einen Kooperationsrahmen für öffentliche Verwaltungen in der gesamten EU schaffen, um gemeinsame Interoperabilitätslösungen zu vereinbaren und ihre Wiederverwendung bei der Gestaltung grenzüberschreitender öffentlicher Dienste zu verbessern.
- Das EESSI-System: Effizientere Behandlung grenzüberschreitender Sozialversicherungsfälle zwischen Trägern

Der AOK Bundesverband bittet um eine kurze Einschätzung seitens des GKV-Spitzenverbandes, DVKA.

Beratungsergebnis:

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA handelt es sich bei der Mitteilung der Kommission in erster Linie um ein Übersichtspapier. Eine praktische Einordnung der Initiativen mit Schlussfolgerungen, wo sie zusammenwirken, ggf. aufeinander aufbauen bzw. sich gegenseitig beeinflussen, enthält das Papier nicht. Eine intensive inhaltliche Auseinandersetzung mit den einzelnen Maßnahmen ist notwendig. Insgesamt ergibt sich weiterhin ein noch schwer zu überblickendes Themenfeld. Diese Einschätzung hat der GKV-Spitzenverband, DVKA gegenüber dem zuständigen BMAS kommuniziert.

Zu EESSI enthält die Mitteilung die Aufforderung an die Mitgliedstaaten, so schnell wie möglich alle EESSI-Geschäftsprozesse einzusetzen. Diese Forderung vertritt der GKV-Spitzenverband, DVKA von Beginn an und unterstützt sie auch weiterhin. Die Mitteilung enthält in diesem Zusammenhang den zutreffenden Hinweis, dass der gegenwärtige Zustand Mehraufwände bei denjenigen Trägern/Mitgliedstaaten verursacht, die bereits alle EESSI-Geschäftsprozesse eingesetzt haben.

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 21.09.2023

Stand: 21.09.2023

TOP 20

Sachstand Marokko/ Türkei

Verfasser/in: Julian von Kleist / vdek

Sachverhalt:

Der vdek bittet um Sachstandsmitteilung zur Ergänzung des deutsch-marokkanischen Abkommens über Soziale Sicherheit zum Bereich der Krankenversicherung / Leistungsaushilfe sowie zu den Verhandlungen mit der Türkei zur Digitalisierung der Kostenabrechnung.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet, dass sich die Ergänzungen des deutsch-marokkanischen Abkommens noch in der juristischen Prüfung befinden. Gespräche zur Ergänzung der Verbindungsstellenvereinbarung haben auch angesichts der aktuellen Erdbebenkatastrophe in Marokko noch nicht stattgefunden. Derzeit werden Fragestellungen hinsichtlich der Identifizierung der betroffenen Personenkreise geklärt, um die nächsten Gespräche vorzubereiten.

Bezüglich der Digitalisierung der Kostenabrechnungsverfahren mit der Türkei informiert der GKV-Spitzenverband, DVKA darüber, dass sich die türkische Seite zuletzt nicht zur Fortsetzung der Gespräche geäußert hat. Es kann nur vermutet werden, dass dies im Zusammenhang mit den Folgen der Erdbeben im Zusammenhang steht. Ggf. wird der GKV-Spitzenverband, DVKA unter Berücksichtigung der vorhandenen Kapazitäten erneut die Initiative ergreifen.