

Ergebnisniederschrift

über die
Sitzung der Fachkonferenz DVKA

am 12.03.2024

TOP 1	Begrüßung und Feststellung der Tagesordnung
Übergreifende Themen	
TOP 2	Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche - Sachstand
TOP 3	Digitalisierung von (Sozialversicherungs-)Nachweisen (DC4EU)
TOP 4	Relaunch der Website
Koordinierungs- und Abkommensrecht International	
TOP 5	Erhebung statistischer Daten - Fragebögen EHIC, S1 und S2
Versicherungsdienste International	
TOP 5a	Bescheinigungen über das anwendbare Recht aufgrund von SVA
Forderungsmanagement und Kostenabrechnung International	
TOP 6	Stand der Forderungen
TOP 7	Entwicklung der Ausgleichsbeträge
TOP 8	Endgültige Forderungserklärung gem. Beschluss S11 - Sachstand
TOP 9	Etablierung eines regelmäßigen Forderungsabgleichs zwischen dem GKV-Spitzenverband, DVKA und den Krankenkassen; Umgang mit nicht zugegangenen Poststücken
TOP 10	Beendigung der Einreichung deutscher Forderungen in Papierform zum 30.09.2024
Informationsverarbeitung International	
TOP 11	NAE-Betrieb
TOP 12	NCPeH Sachstand
Nationale Kontaktstelle	
TOP 13	Daten zur Inanspruchnahme von EU-Patienten.de in 2023
TOP 14	Lieferung statistischer Daten - Stand zur Änderung des Verfahrens
Verschiedenes	
TOP 15	Berichte über Gespräche, an denen der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt war
TOP 16	Beitreibungsersuchen
TOP 17	Verschiedenes
TOP 18	Tschechische Republik - Verwechslungsgefahr nationale tschechische Ersatzbescheinigung / provisorische Ersatzbescheinigung
TOP 19	Erstattung von in der Türkei selbst beschafften Sachleistungen
TOP 20	Abrechnung der Kosten einer stationären Behandlung für in Rumänien versicherte Personen

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

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 21.02.2024 übermittelt.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Feststellung der Tagesordnung.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 2

Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche – Sachstand

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

Anlagen:

- Schreiben vom 07.02.2024 an die Mitglieder der Fachkonferenz DVKA
 - Powerpoint-Präsentation vom 12.03.2024
-

Sachverhalt:

Im Rahmen der letzten Sitzungen der Fachkonferenz DVKA, zuletzt am 21.09.2023 – TOP 2 – hatten wir uns bereits ausgiebig zu den abgeleiteten Ansprüchen ausgetauscht. Daher verzichten wir an dieser Stelle auf eine Sachverhaltsdarstellung.

Mit unserem Schreiben vom 02.02.2024 haben wir Sie über die Gespräche mit den zuständigen Ministerien informiert und Sie um Ihre Einschätzung bis zum 29.02.2024 zu den Punkten

- Abgeleitete Ansprüche nach Art. 32 VO (EG) 883/04 unter Berücksichtigung der PKV
- Umgang mit Sachverhalten, bei denen im zuständigen Staat kein Anspruch besteht
- Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund unterschiedlicher Tatbestände

gebeten.

Im Rahmen der Fachkonferenz DVKA soll ein Austausch zu den von Ihnen übermittelten Ergebnissen erfolgen. Weiterhin möchten wir mit Ihnen die weitere Vorgehensweise sprechen. Sollten zu diesem Punkt weitere Fallkonstellationen/ Problemstellungen bei den Kassen existieren, bitten wir um entsprechende Rückmeldung – gerne vor und unabhängig von der bevorstehenden Fachkonferenz.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat die Antworten der Verbände auf das Schreiben vom 02.02.2024 ausgewertet und stellt die Ergebnisse in der beigefügten Präsentation vor. Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Folgende Punkte sind hervorzuheben bzw. werden ergänzend erläutert:

1. Abgeleitete Ansprüche nach Art. 32 VO (EG) 883/04 unter Berücksichtigung der PKV

Die Mehrheit der Krankenkassen befürwortet eine Aufhebung der Bestandsschutzregelung. Diese sollte zukunftsorientiert sein, sofern der ausländische Träger damit einverstanden ist. Eine generelle rückwirkende Aufhebung wird von den Krankenkassen nicht befürwortet. Es wird befürchtet, dass es dann zu einer Vielzahl von Widersprüchen kommt.

2. Umgang mit Sachverhalten, bei denen im zuständigen Staat kein Anspruch besteht

Die Problematik ist bei den Krankenkassen weitestgehend unbekannt. Die Krankenkassen unterstützen die Auffassung des GKV-Spitzenverbandes, DVKA, dass in Sachverhalten, in denen im zuständigen Staat kein Anspruch auf eine Absicherung besteht, eine Absicherung über die deutsche Krankenkasse erfolgen muss. Details sind in der beigefügten Präsentation dargestellt.

3. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund von Beschäftigung

Im Fokus stehen hier Sachverhalte im Verhältnis zu Polen. Im Ergebnis sind den Krankenkassen keine Sachverhalte bekannt, in denen die polnische Seite für Zeiträume ab dem 26.10.2022 auf ein Wahlrecht bestanden hat. Neufälle werden in der Regel problemlos gelöst.

Allerdings führen Bestandsfälle weiterhin zu Problemen. Die polnische Seite scheint für Zeiträume bis 25.10.2022 ihre bisherige Linie und Auffassung beizubehalten.

Auf Nachfrage erläutert der GKV-Spitzenverband, DVKA, dass die Verwaltungskommission nur eine Entscheidung zu den abgeleiteten Ansprüchen aufgrund von Beschäftigungen ab dem 26.10.2022 getroffen hat. Zu allen Sachverhalten vor diesem Zeitpunkt sollen sich die Mitgliedstaaten bilateral einigen. Daher steht fest, dass die Verwaltungskommission zu den Zeiträumen bis 25.10.2022 keine weiteren Entscheidungen treffen wird.

Weiter führt der GKV-Spitzenverband, DVKA aus, dass für einen Teil der damit verbundenen und beanstandeten Rechnungen ein Antrag beim Schlichtungsgremium des Rechnungsausschusses vorliegt. Dieses Gremium sieht sich derzeit jedoch nicht imstande, sich hierzu zu äußern, da sich die meisten Mitglieder als befangen ansehen. Aus diesem Grund strebt der GKV-Spitzenverband, DVKA die bereits erwähnte bilaterale Lösung an und steht dazu auch mit der polnischen Seite im Austausch. Eine solche Lösung wird voraussichtlich neben den sog. *Fällen nach Artikel 32* auch noch weitere Fallgruppen umfassen. Die Herausforderung besteht somit darin, eine Gesamtlösung zu finden, die die Interessen beider Seiten widerspiegelt.

Aus der angestrebten Lösung für die *Fälle nach Artikel 32* bezüglich der Kostenabrechnung dürfte sich dann auch die Antwort ergeben, wie das Meldeverfahren abzuwickeln ist. Der GKV-Spitzenverband, DVKA plädiert daher dafür, zunächst die Verhandlungen über eine Vereinbarung zur Kostenabrechnung mit der polnischen Seite abzuwarten und das Meldeverfahren in dieser Zeit unangetastet zu lassen. Dieser Auffassung wird von den Teilnehmenden geteilt.

4. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund unterschiedlicher Tatbestände

Die Krankenkassen sehen eine einheitliche Regelung, wonach auch in diesen Sachverhalten der Anspruch im Wohnstaat vorrangig sein soll, als transparent und bei der Umsetzung unproblematisch an. Es wird begrüßt, dass sich der GKV-Spitzenverband, DVKA für eine solche Lösung einsetzt. Eine entsprechende Rückmeldung wird vom GKV-Spitzenverband, DVKA an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales erfolgen, mit dem Ziel, eine Einigung in der Verwaltungskommission zu erreichen.

5. Abgeleitete Ansprüche aus der PKV

Seit dem 01.01.2009 ist jede Person mit Wohnsitz im Inland verpflichtet, krankenversichert zu sein (§ 193 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz – VVG). Personen, die nicht gesetzlich versichert sind oder eine andere anderweitige Absicherung haben, müssen sich privat versichern (§ 193 Abs. 3 Satz 1 VVG). Insbesondere durch die Einführung eines der GKV angeglichenen Basistarifs im Rahmen der PKV sind wesentliche Elemente sozialer Sicherung in die private Krankenversicherung übernommen worden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung und Literatur (BeckOK SozR/Utz VO (EG) 883/04 Art. 3 Rn. 3, Urteil des Bayerischen LSG vom 23.04.2018, L 4 KR 58/15) ist die PKV zumindest insoweit als ein Zweig der sozialen Sicherheit im Sinne des Art. 3 Abs. 1 Buchst. a) VO (EG) 883/04 anzusehen ist, als mit der PKV abgeschlossene KV-Verträge auch den Basiskrankenversicherungsschutz mit abdecken. Die zuständigen Ministerien (BMG und BMAS) vertreten daher die Auffassung, dass die PKV zwar nicht im Rahmen der Leistungsaushilfe koordiniert, aber für die kollisionsrechtliche Zuordnung berücksichtigt wird. Hieraus kann abgeleitet werden, dass auch bei Anwendung der kollisionsrechtlichen Regelung des Art. 32 VO (EG) 883/04 zu den abgeleiteten Ansprüchen die PKV in die Bewertung einzubeziehen ist.

Bei Leistungen, die über die PKV erbracht werden, handelt es sich auch um Leistungen, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates nach Art. 1 Buchst. I) VO (EG) 883/04 erbracht werden. Zu den Rechtsvorschriften im Leistungsbereich „Krankheit“ zählen in Deutschland insbesondere die Vorschriften des SGB V. Aber auch die von einem privaten Träger wie einem privaten Versicherungsunternehmen erlassenen Versicherungs-Statuten können nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) als Satzungen eines Trägers sozialer Sicherheit zu beurteilen sein – vgl. EuGH, Slg 1966, 584 (Vaassen-Göbbels).

Personen, die Anspruch aus einer PKV haben, sind Versicherte i. S. d. Art. 1 Buchst. c) VO (EG) 883/04, da sie in Bezug auf die Leistungen bei Krankheit die für einen Leistungsanspruch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats (hier: Deutschland) vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen. Die Tatsache, dass in der PKV jedes Familienmitglied eigenständig

versichert werden muss, steht der Anwendung des Art. 32 VO (EG) 883/04 hinsichtlich seiner kollisionsrechtlichen Zuordnung u. E. nicht entgegen. Für die kollisionsrechtliche Zuordnung leitet sich der Anspruch des Familienangehörigen vom Anspruch des Versicherten i. S. d. Art. 1 Buchst. c) VO (EG) 883/04 ab. Die vertragliche Ausgestaltung darf u. E. – wie bei der Definition des Trägers i. S. d. VO (EG) 883/04 (s. o.) – keine Rolle spielen.

6. Weiteres Vorgehen

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird die in der Präsentation dargestellten Ergebnisse an die zuständigen Ministerien (BMAS und BMG) weiterleiten und dabei insbesondere die von den Krankenkassen bestätigte Notwendigkeit einer zukunftsorientierten Aufhebung der Bestandsschutzregelung hervorheben (Ergebnis unter 1.). Des Weiteren kündigt der GKV-Spitzenverband, DVKA mehrere Rundschreiben für 2024/2025 zur Thematik der abgeleiteten Ansprüche an. Aufgrund der Komplexität des noch bevorstehenden Klärungsbedarfs und des Umfangs der Gesamtthematik erscheint es sachgerecht, zu den jeweils abgeschlossenen Themenkomplexen einzelne Rundschreiben zu veröffentlichen.



Spitzenverband

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



Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

per E-Mail

AOK-Bundesverband
Frau Elisabeth Reker-Barske
Herrn Oliver Hein

BKK Landesverband NORDWEST
Herrn Jürgen Rudack

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

Arkadius Markowski

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

arkadius.markowski@dvka.de

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

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

Ihre Nachricht vom	Ihre Zeichen	Unsere Zeichen	Datum
		3231.04 34.0	07.02.2024

Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche – Sachstand

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der letzten Sitzungen der Fachkonferenz DVKA – zuletzt am 21.09.2023 – TOP 2 – hatten wir uns bereits zu den abgeleiteten Ansprüchen ausgetauscht. Hierzu hatten wir zugesagt, dass wir uns zu den Themenkomplexen

- 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

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

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

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

- Umgang mit Sachverhalten, bei denen im zuständigen Staat kein Anspruch besteht
- Umgang mit getrenntem Sorgerecht bei der Prüfung des abgeleiteten Anspruchs

mit den zuständigen Ministerien austauschen werden. Dieser Austausch ist zwischenzeitlich erfolgt.

1. Abgeleitete Ansprüche nach Art. 32 VO (EG) 883/04 unter Berücksichtigung der PKV

Im Rahmen eines konstruktiven Gesprächs haben wir mit dem BMG und dem BMAS das Thema insbesondere unter dem Aspekt „Umgang mit Bestandsfällen“ erörtert und die von Ihnen gemeldeten Fallkonstellationen und die daraus resultierenden Probleme dargestellt.

Zur Bestandsschutzregelung hatte die luxemburgische Seite dem BMAS zwischenzeitlich mitgeteilt, dass sie diese ablehne. Nach Erläuterung der Anwendungsprobleme für die Krankenkassen in der Praxis sowie des mit der Regelung verbundenen Kostenrisikos haben sich die Ministerien (BMAS und BMG) offen dafür gezeigt, dass die im Rundschreiben 2022/703 auf Seite 5 dargestellte Bestandsschutzregelung aufgehoben werden könnte. Im Ergebnis würde dies bedeuten, dass in Fallkonstellationen, in denen ein Elternteil in Deutschland privat versichert ist und die Kinder in Deutschland leben, entweder über diesen Elternteil in der PKV versichert oder in Deutschland gesetzlich freiwillig versichert werden müssen. Eine Absicherung der Kinder über den anderen Elternteil, der in einem anderen Mitgliedstaat gesetzlich krankenversichert ist, wäre dann nicht mehr möglich bzw. wäre zu beenden. Ab welchem Zeitpunkt und mit welcher Wirkung eine solche Änderung sinnvoll wäre und erfolgen kann, ist noch zu klären.

Die Aufhebung der Regelung für die Bestandsfälle ohne entsprechende Übergangsfristen ist ein erheblicher Eingriff in die Rechte der betroffenen Personen, der begründet werden muss. Deshalb hat uns das Ministerium darum gebeten, dass wir uns zu dieser Thematik – in Abstimmung mit Ihnen – noch einmal schriftlich äußern.

Daher wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns bis zum **29.02.2024** Ihre Erfahrungen zu der Bestandsschutzregelung in den jeweiligen Krankenkassen schildern könnten. Weiterhin bitten wir Sie uns mitzuteilen, ob Sie mit der hier dargestellten Vorgehensweise (Aufhebung der Bestandsschutzregelung) einverstanden sind und welche Auswirkungen sowie Herausforderungen in der Praxis bei einer zukunftsorientierten Aufhebung gegenüber einer Aufhebung für rückwirkende Zeiträume zu beachten sind. Wir beabsichtigten, bis zur nächsten Sitzung der Fachkonferenz DVKA die Ergebnisse zu konsolidieren und bis Ende März den Ministerien eine entsprechende Antwort zukommen zu lassen. Für Ihre Stellungnahmen bedanken wir uns bereits an dieser Stelle recht herzlich im Voraus.

2. Umgang mit Sachverhalten, bei denen im zuständigen Staat kein Anspruch besteht

Neben der Thematik der Bestandsfälle haben wir die Sachverhalte erörtert, in denen der Wohnstaat mitteilt, dass nach seinen Rechtsvorschriften kein Anspruch für den Familienangehörigen bestehe. Es konnte Einvernehmen erzielt werden, dass es sich bei diesen Sachverhalten nicht um Anwendungsfälle des Art. 32 VO (EG) 883/04 handelt. Nach Art. 1 Buchstabe i) Nr. 1 ii) richtet sich der Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen nach dem Recht des Wohnstaates. Wenn in einem Staat die Voraussetzung als anspruchsberechtigter Familienangehöriger nicht erfüllt sind, dann besteht in diesem Staat kein Anspruch auf eine Familienversicherung und damit kein abgeleiteter Anspruch. Es liegt daher auch kein Zusammentreffen mehrerer abgeleiteter Ansprüche nach Art. 32 VO (EG) 883/04 vor. Entsprechend wäre dann nach Art. 17 VO (EG) 883/04 der Anspruch auf Familienversicherung zulasten des anderen Mitgliedstaates zu prüfen. Hierbei kann es sich beispielsweise um folgenden Sachverhalt handeln:

Fall 1:

Eine Familie lebt seit Jahren in Belgien, der Vater ist seit 2017 in Deutschland krankenversichert, die Mutter ist seit 2003 in Belgien abgesichert. Der Vater war bislang alleine zulasten einer deutschen Krankenkasse in Belgien zur Leistungsaushilfe eingeschrieben, die Familienversicherung der Kinder erfolgte in der Vergangenheit über die Mutter. Jetzt haben sich die Eltern getrennt und die Mutter hat innerhalb Belgiens den Wohnsitz gewechselt. Die Kinder sind weiter im Haushalt des Vaters wohnhaft.

Der belgische Träger argumentiert, dass eine Familienversicherung nach belgischem Recht nur dann durchgeführt werden kann, wenn die Kinder mit der Person, von der sich der Anspruch ableitet, gemeinsam in einem Haushalt leben. Da die Mutter nicht gemeinsam mit den Kindern in einem Haushalt lebt, ist eine Familienversicherung über den belgischen Träger nicht möglich.

Ergebnis:

Im vorliegenden Sachverhalt besteht nach belgischem Recht kein abgeleiteter Leistungsanspruch für die Kinder als Familienangehörige. Entsprechend handelt es sich um Familienangehörige, die nur einen Anspruch auf Familienversicherung über Art. 17 VO (EG) 883/04 aus Deutschland begründen können. Die Familienangehörigen leben mit dem Elternteil, von dem sich der Anspruch aus Deutschland ableitet in einem Haushalt. Die Voraussetzungen der Familienangehörigeneigenschaft, die sich nach Art. 1 Bst. i) Nr. 1 ii) VO (EG) 883/04 nach belgischem Recht richten, sind daher erfüllt. Es muss eine Familienversicherung bei einer deutschen Krankenkasse sowie eine Einschreibung in Belgien erfolgen.

Zum gleichen Ergebnis kommt man, wenn ein Elternteil aufgrund einer Tätigkeit über das Krankenfürsorgesystem der EU abgesichert ist oder bei einer Internationalen Organisation beschäftigt ist und die Kinder nicht über diese Systeme abgesichert werden können.

Fall 2:

Eine Familie lebt in Belgien. Der Vater ist in Deutschland bei einer Krankenkasse gesetzlich versichert. Die Mutter ist in Belgien über das Krankenfürsorgesystem der EU abgesichert. Nunmehr teilt uns der belgische Träger mit, dass eine Absicherung der Kinder in Belgien aufgrund der Absicherung der Mutter nicht möglich ist und fordert die deutsche Krankenkasse auf, in diesem Fall die Einschreibung aufrecht zu erhalten und die Kinder weiter im Rahmen der Familienversicherung abzusichern.

Ergebnis:

Im vorliegenden Sachverhalt besteht in Belgien kein Leistungsanspruch. Entsprechend handelt es sich um Familienangehörige, die nur einen Anspruch auf Familienversicherung nach Art. 17 VO (EG) 883/04 begründen können. Es muss eine Einschreibung zulasten der deutschen Krankenkasse erfolgen.

Auch hier wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns eine Einschätzung übermitteln könnten, ob die hier erzielten Ergebnisse in der Praxis zu Problemen führen.

Ergänzend möchten wir uns den Hinweis gestatten, dass die hier dargelegte Vorgehensweise keine Auswirkungen auf Sachverhalte hat, in denen beispielsweise die Familienversicherung aufgrund der Altersgrenze beendet wurde. In einem solchen Sachverhalt würde dann auch die potenzielle Einschreibung zulasten eines anderen Mitgliedstaates abgelehnt werden.

3. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund von Beschäftigung

Wie bereits mehrfach berichtet, wurde für Sachverhalte, in denen zwei abgeleitete Ansprüche aufgrund von Beschäftigungen in verschiedenen Mitgliedstaaten zusammentreffen, eine Klärung in der Verwaltungskommission herbeigeführt. In diesen Fällen ist seit dem 26.10.2022 der abgeleitete Anspruch im Wohnstaat als vorrangig anzusehen.

Da es in der Vergangenheit in diesem Zusammenhang vor allem mit der polnischen Seite zu einer großen Anzahl an Beanstandungen gekommen ist, sind wir daran interessiert zu erfahren, ob sich die polnischen Träger in der Praxis an diese Auslegung halten. Haben polnische Träger beispielsweise von sich aus Einschreibungen von Kindern beendet oder ggf. Abmeldungen durch deutsche Krankenkassen korrekt bestätigt. Darüber hinaus interessiert uns, ob die Krankenkassen Hinweise darauf haben, dass polnische Träger auch für Leistungen nach dem 25.10.2022 weiterhin Rechnungen ausstellen, die mit einem Wahlrecht des Kindes im Falle des Zusammentreffens von zwei abgeleiteten Ansprüchen begründet werden.

4. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund unterschiedlicher Tatbestände

Weiterhin ungeklärt sind Sachverhalte, in denen zwei abgeleitete Ansprüche infolge unterschiedlicher Tatbestände aufeinandertreffen. Wir haben die Thematik im Rahmen der vierseitigen Verbindungsstellengespräche erörtert. Österreich, Liechtenstein und die Schweiz

unterstützen unsere Sichtweise, dass das in der Verwaltungskommission gefundenen Ergebnis auch auf Sachverhalte übertragen werden sollte, in denen eine selbständige Tätigkeit oder ein Geldleistungsbezug infolge oder aufgrund einer Erwerbstätigkeit vorliegt, sodass auch in diesen Fällen der Anspruch im Wohnstaat als vorrangig anzusehen wäre. Aus unserer Sicht wäre eine solche Vorgehensweise pragmatisch. Eine einheitliche Auslegung hätte den Vorteil, dass die Regelungen einfach und transparent wären.

Auch hier wären wir Ihnen dankbar, wenn Sie uns eine Einschätzung übermitteln könnten, ob diese Vorgehensweise in der Praxis zu Problemen führen könnte. Unter Berücksichtigung Ihrer Rückmeldung werden wir dann die weiteren Schritte einleiten, um eine EU-einheitliche Vorgehensweise zu erzielen.

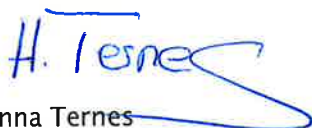
5. Weitere Sachverhalte

Die Thematik der elterlichen Sorge haben wir aus zeitlichen Gründen nicht erörtert. Im Ergebnis gelten hier unsere bisherigen Ausführungen, dass dies (bisher) ein Kriterium ist, welches im Regelfall nur bei Staaten mit nationalem Gesundheitsdienst eine Rolle spielt. Sollte jedoch dieses Kriterium nach den Rechtsvorschriften eines anderen Staates bei der Prüfung des Kreises der anspruchsberechtigten Familienangehörigen relevant sein, dann gilt die in Punkt 2 skizzierte Vorgehensweise. Sollten Sie hierzu weitere Erläuterungen benötigen, teilen Sie uns dies gerne mit.

Die Thematik des Ausschlusskriteriums nach § 10 Abs. 3 SGB V in grenzüberschreitenden Sachverhalten werden wir in den nächsten Monaten nochmals aufgreifen.

Für Ihre Mühe bedanken wir uns recht herzlich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen



Hanna Ternes

Top 2

Abgrenzung abgeleiteter Ansprüche – Sachstand

Fachkonferenz DVKA, am 12.03.2024

Schreiben an FK DVKA – Auswertung

- 1. Abgeleitete Ansprüche nach Art. 32 VO (EG) 883/04 unter Berücksichtigung der PKV**
- 2. Umgang mit Sachverhalten, bei denen im zuständigen Staat kein Anspruch besteht**
- 3. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund von Beschäftigung**
- 4. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund unterschiedlicher Tatbestände**
- 5. Weitere Sachverhalte**
 - ▶ Sorgerecht**
 - ▶ Prüfung des § 10 Abs. 3 SGB V bei abgeleiteten Ansprüchen**

1. Abgeleitete Ansprüche nach Art. 32 VO (EG) 883/04 unter Berücksichtigung der PKV

▶ Bestandsschutzregelung (Aktuell)

- Keine Probleme bei Fortsetzung der Versicherung
- Schwierigkeiten bei Abmeldung, Änderung des Sachverhalts

▶ Bestandsschutzregelung (Zukunft)

- Krankenkassen befürworten eine Aufhebung
- Möglichst zukunftsorientiert, wenn der ausländische Träger auch einverstanden ist – ansonsten Unsicherheiten bei den Krankenkassen
- Rückwirkende Forderungen sollten ausgeschlossen werden
- Vielzahl von Widersprüchen befürchtet

2. Umgang mit Sachverhalten, bei denen im zuständigen Staat kein Anspruch besteht

- ▶ KK unterstützen DVKA–Ansicht: Kein Zusammentreffen von zwei abgeleiteten Ansprüchen

- ▶ **Warum kann das nationale Recht eines Staates in diesen Fällen zu einem Zuständigkeitswechsel führen?**
 - Bei der Prüfung des abgeleiteten Anspruchs im Wohnstaat richten sich der Kreis der Familienangehörigen (z. B. Kinder) und die Voraussetzungen für die Anspruchsberechtigung (z. B. Zusammenleben in einem Haushalt) nach dem Wohnstaat

- ▶ **Warum dürfen Kinder nicht im EU–Krankenfürsorgesystem bzw. in einer Internationalen Organisation abgesichert bleiben?**
 - Bei Bediensteten vorrangig gegenüber einer nationalen Versicherung
 - Bei Familienangehörigen nachrangig gegenüber einer nationalen Versicherung

3. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund von Beschäftigungen

▶ Polenproblematik (Sachverhalte ab 26.10.2022)

- Keine Sachverhalte bekannt, in denen die polnische Sachverhalte für Zeiträume ab dem 26. Oktober 2022 auf ein Wahlrecht bestanden hat

▶ Polenproblematik (Sachverhalte bis 25.10.2022)

- Polnische Seite beharrt auf ihrer Auffassung
- Sachverhalte führen weiter zu Problemen: Krankenkassen befürworten eine Klarstellung zum Verfahren

▶ Weiteres Vorgehen

- Verwaltungskommission
- Bereich Kostenabrechnung

4. Zusammentreffen von abgeleiteten Ansprüchen aufgrund unterschiedlicher Tatbestände

► Ergebnis

- Vorschlag, dass Anspruch im Wohnstaat vorrangig ist, wird unterstützt
- Einheitliche Regelung wird als transparent angesehen
- Probleme werden nicht erwartet
- DVKA wird sich für Klärung auf EU-Ebene einsetzen

5. Weitere Sachverhalte

Prüfung des Sorgerechts bei abgeleiteten Ansprüchen

► Bewertung

- Es wird angeregt, beim alleinigen Sorgerecht keine weitere Prüfung durchzuführen
- DVKA weist auf das deutsche Recht hin (§ 10 SGB V)
- Familienversicherung ist nicht vom Sorgerecht abhängig

5. Weitere Sachverhalte

§ 10 Abs. 3 SGB V bei abgeleiteten Ansprüchen

- ▶ **Darf die Einkommensprüfung nach § 10 Abs. 3 SGB V durchgeführt werden?**
 - Ja, aber es müssen verschiedene Sachverhaltskonstellationen unterschieden werden
 - Die Einkommensprüfung erfolgt nur, wenn ein Elternteil in Deutschland gesetzlich versichert ist und die Familie in Deutschland wohnt.
- ▶ **Sachverhalt**
 - Familie (Vater, Mutter, 1 Kind) wohnt in Deutschland, Vater in Deutschland versichert, Mutter in Luxemburg privat versichert
- ▶ **Ergebnis**
 - Abgeleiteter Anspruch in Deutschland vorrangig
 - Einkommensprüfung nach § 10 Abs. 3 SGB V muss erfolgen

Back-up

5. Weitere Sachverhalte

§ 10 Abs. 3 SGB V bei abgeleiteten Ansprüchen

▶ Sachverhalt 2

- Familie (Vater, Mutter, 1 Kind) wohnt in Deutschland, Vater in Deutschland privat versichert, Mutter in Luxemburg gesetzlich versichert

▶ Ergebnis

- Abgeleiteter Anspruch in Deutschland vorrangig
- In Deutschland keine Familienversicherung möglich, da eine private Versicherung vorhanden ist
- Einkommensprüfung nach § 10 Abs. 3 SGB V kann **nicht** erfolgen

5. Weitere Sachverhalte

§ 10 Abs. 3 SGB V bei abgeleiteten Ansprüchen

▶ Sachverhalt 3

- Familie (Vater, Mutter, 1 Kind) wohnt in Deutschland, Vater in Österreich privat versichert, Mutter in Luxemburg gesetzlich versichert

▶ Ergebnis

- Abgeleiteter Anspruch in zwei Staaten vorhanden
- Es besteht ein Wahlrecht, in welchem Staat das Kinder versichert werden soll ist
- Einkommensprüfung nach § 10 Abs. 3 SGB V **erfolgt nicht**, da eine Einschreibung durchgeführt werden muss (LSG-Urteil)

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 3

Digitalisierung von (Sozialversicherungs-)Nachweisen (DC4EU)

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

Sachverhalt:

Im Rahmen der letzten Fachkonferenz hatten wir Sie über das Projekt ausführlich informiert. Im Rahmen dieser Sitzung möchten wir über die aktuellen Entwicklungen berichten.

1. Digitalisierung der A1-Bescheinigung

Der GKV-Spitzenverband, DVKA beteiligt sich weiterhin aktiv an den Arbeiten des „Workpackage 6“ (WP6). Dies beinhaltet die Vorbereitung von und Teilnahme an den entsprechenden Sitzungen, die in Präsenz und als Videokonferenz stattfinden. Aktuell und weiterhin liegt der Schwerpunkt der Arbeiten auf der Definition des Datenmodells, d. h. der Festlegung der Daten, die die „Bescheinigung“ enthalten soll (z. B. Name der Person, Arbeitgeber). Mit Schreiben vom 31.01.2024 haben wir angeregt, eine Ad-hoc-Gruppe aus Vertretern des GKV-Spitzenverbands, DVKA und interessierten Vertretern der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände zum Thema DC4EU zu etablieren. Hiermit soll kein offizielles Gremium neu geschaffen werden, vielmehr soll dieser informelle Informationsaustausch es uns ermöglichen, auch Ihre Expertise in das Projekt einzubringen; gleichzeitig sollen die interessierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer kurzfristiger über die jeweiligen Entwicklungen informiert werden können als lediglich in den Sitzungen der Fachkonferenz DVKA. Über Rückmeldungen – konsolidiert für die jeweilige Kassenart – bis zum 23.02.2024 freuen wir uns.

2. Digitalisierung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC)

Das Thema der Digitalisierung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) wird aufgrund der Verbindung zur nationalen GesundheitsID/gematik unter Federführung des GKV-Spitzenverbandes (Abteilung IT-Management/ Telematik) unter Beteiligung aller betroffener Abteilungen, d.h. auch der DVKA koordiniert. Wir werden über weitere Entwicklungen berichten.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis. Zu Punkt 1) wird um einen möglichst frühzeitigen Termin gebeten.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 4

Relaunch der Website

Verfasser/in: Steffen Reich / GKV-Spitzenverband, DVKA

Sachverhalt:

Mit dem erfolgten Relaunch zum 18.12.2023 erscheint die DVKA-Website www.dvka.de in einem neuen Design und ist für mobile Endgeräte optimiert. Damit kommen wir den Anforderungen an eine verbesserte Usability nach und verfügen nun über eine sogenannte „responsive“ Website. Die Inhalte passen sich dynamisch dem jeweils benutzten Endgerät an. Abhängig davon, ob Informationen über eine Desktop-Oberfläche aufgerufen oder mobil über ein Tablet oder auf einem Smartphone angesehen werden, verändert sich die Darstellung des Layouts und der Inhalte. Zudem führt das neue Design dazu, dass die Inhalte für die Nutzerinnen und Nutzer intuitiver erfassbar sind und die Navigation zu den gewünschten Informationen besser gelingt. Teil des überarbeiteten Corporate Designs des GKV-Spitzenverbandes ist das neue DVKA-Logo, das voraussichtlich ab Ende des ersten Quartals in diesem Jahr bei Publikationen und Medien sichtbar werden wird.

Neben den technischen und gestalterischen Anpassungen folgen in weiteren Schritten inhaltliche Neuerungen auf der Website. So wird das Angebot in ausgewählten Bereichen zusätzlich in englischer Sprache wiedergegeben. Informationen, die die Bedienbarkeit der Website erläutern, werden in „leichter Sprache“ besonders einfach formuliert, um den Zugriff auf die Inhalte für alle weiter zu erhöhen. Anpassungen in den internen Arbeitsabläufen sollen redaktionelle Überarbeitungen erleichtern, so dass Inhalte schneller auf der Website verfügbar sind. Dies gilt insbesondere für die Überführung der noch vorhandenen pdf-Leitfäden in die Website, deren Aktualisierung und Anpassung einen Schwerpunkt in diesem Jahr einnimmt.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zum Relaunch der Website zur Kenntnis. Zu dem aktuell eingestellten Leitfaden „Krankenversicherung der Rentner“ gab es Vorschläge, die im Rahmen einer kurzfristigen Abfrage erhärtet werden sollen.

Dazu gehören u.a. einführende Hinweise zum Umgang mit dem Leitfaden, ein Überblick zur Navigation, die Prüfung einer druckfähigen Variante, die Angabe des aktuellen Standes pro Seite sowie die Einbindung etwaiger Schaubilder. Der AOK-Bundesverband regt zudem eine enge Einbindung im Vorfeld an, um relevante Hinweise aus der Kassenpraxis aufnehmen zu können.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 5

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. 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.

Im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 21.09.2023 – TOP 7 – hatten wir uns bereits zu der Thematik ausgetauscht und uns darauf verständigt, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA auf die Thematik noch einmal zurückkommt.

Mit Schreiben vom 20.12.2023 hatten wir Ihnen ein Fragenbogen zur Erhebung statistischer Daten für die Fragebögen PD S1 und S2 zugesandt. Für die Rücksendung bedanken wir uns an ganz herzlich. Nach Auswertung der Fragebögen ergibt sich ein uneinheitliches Bild. Während eine Kassenart fast alle Daten zum Fragebogen S 1 liefern kann, können andere Kassenarten nur vereinzelte Daten liefern bzw. nur dann liefern, wenn die Anwendungssoftware entsprechend programmiert wird. Daten zum Fragenbogen S 2 können so gut wie gar nicht geliefert werden.

Aufgrund Ihrer Rückmeldungen und insbesondere vor dem Hintergrund der Wirtschaftlichkeit möchten wir die Thematik noch einmal intern erörtern. Wir können Ihnen bereits jetzt mitteilen, dass wir für das Berichtsjahr 2024 keine zusätzlichen Daten anfordern werden. Sollten wir von Ihnen weitere Informationen benötigen, werden wir auf Sie zukommen.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Sachstandsdarstellung zur Kenntnis.

Die Kassenartverbände weisen noch einmal daraufhin, dass Daten nur erhoben werden dürfen, wenn es hierfür eine Rechtsgrundlage gibt. Dies ist aus ihrer Sicht hier nicht der Fall.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 5a

Bescheinigungen über das anwendbare Recht aufgrund von SVA

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

Anlagen:

- Schreiben des BMAS vom 20.02.2024

Sachverhalt:

Das BMAS hat den GKV-Spitzenverband, DVKA gefragt, ob er bereit sei, auch jene Zuständigkeiten bzgl. der Ausstellung von sog. Entsendebescheinigungen im Rahmen von Sozialversicherungsabkommen (SVA) zu übernehmen, die bislang bei den Krankenkassen angesiedelt sind (s. Anlage).

Diese Anfrage erfolgt vor dem Hintergrund der neu vorgesehenen Digitalisierung der Antragstellung in Bezug auf Entsendungen, vorübergehende selbstständige Tätigkeiten und Ausnahmevereinbarungen für beschäftigte und für selbstständig tätige Personen in SVA-Staaten (§ 106c SGB IV). Die Einbindung dieser Sachverhalte in das elektronische Antrags- und Bescheinigungsverfahren war gesetzlich zum 01.01.2024 vorgesehen, wurde aufgrund der Komplexität der Sachverhalte jedoch in Absprache mit dem BMAS auf den 01.01.2025 verschoben. Derzeit befinden sich die „Gemeinsamen Grundsätze“ im Genehmigungsverfahren.

Aktuell sind die Zuständigkeiten für die Prüfung der Sachverhalte / Ausstellung der Bescheinigungen je nach Abkommen unterschiedlich geregelt. Mit den neben den Krankenkassen bisher zuständigen Trägern DRV und dem Hauptverband der Unfallversicherungsträger, sowie dem BMAS, wurde bereits vereinbart, diese Zuständigkeiten zu vereinheitlichen, so dass die DVKA die Zuständigkeiten von DRV und UV übernimmt.

Das BMAS fragt nun an, ob eine weitere, d. h. vollständige Zentralisierung in Betracht kommt. Im Kern läuft der der Vorschlag des BMAS vor allem darauf hinaus, dass die DVKA auch die Zuständigkeit für Entsendungen in Bezug auf SVA übernimmt.

Erste Einschätzungen zur Machbarkeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Fachanwendung der DVKA wird die Anträge „Entsendung“ und „vorübergehende Tätigkeiten“ ohnehin verarbeiten müssen. Damit entstehen keine wesentlichen zusätzlichen Implementierungsaufwände (ggf. Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen). Höhere (Betriebs-)Aufwände entstehen allerdings durch den höheren Speicherbedarf (Storage- und Datenbanklösung) sowie bei allen unterstützenden Bereichen innerhalb der DVKA.
- Die Bündelung der Zuständigkeiten für die DVKA würde bewirken, dass nicht jede Krankenkasse die Digitalisierung der Antrages- und Bescheinigungsverfahren gesondert vornehmen und betreiben muss (Einsparung der Investitionskosten bei den Krankenkassen)
- Entfall der betrieblichen und personellen Aufwände bei den Krankenkassen
- Einheitliche Zuständigkeit im Bereich des anwendbaren Rechts im Rahmen der Sozialversicherungsabkommen der Bundesrepublik Deutschland
- Ggf. höherer Automatisierungsgrad insgesamt, da durch Bündelung der Zuständigkeit auch die automatisierte Bearbeitung vieler Anträge bzgl. SVAs mit geringen Volumina wirtschaftlich ist
- Insgesamt dürfte eine zentrale Bearbeitung gesamtwirtschaftlich betrachtet finanziell sinnvoll sein

Um den Erfüllungsaufwand besser einschätzen zu können, würde uns interessieren, wie Sie a) das zu erwartende Mengengerüst und b) den Personalbedarf (bei digitalisierter Bearbeitung) einschätzen. Welche Annahmen haben die Krankenkassen für sich ab 01.01.2024 getroffen? Uns ist bewusst, dass Statistiken zu den Fallzahlen ggf. nicht erhoben werden, doch auch Schätzungen wären für die Einordnung sehr hilfreich. Für eine erste Einschätzung im Rahmen der Sitzung wären wir dankbar. Eine detaillierte Beantwortung unserer Fragen kann selbstverständlich im Nachgang der Sitzung bis zum 15.03.2024 erfolgen.

Zum anderen würden wir gerne auch ungeachtet der finanziellen Aspekte mit Ihnen erörtern, ob Sie den Vorschlag des BMAS ähnlich beurteilen, und welche weiteren Aspekte ggf. zu beachten sind.

Beratungsergebnis:

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Hinweise zu den Fallzahlen geben. Danach erscheint ein Wert von max. 150.000 SVA-Bescheinigungen bei Entsendung pro Jahr realistisch. Der personelle Aufwand – bei digitalisierten Verfahren – wird von den Krankenkassen, die sich zu diesem Punkt äußerten, als relativ gering eingeschätzt (1 Stelle pro 40.000 Bescheinigungen).

Zudem gaben die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen weiteres Feedback: Wichtig sei, dass es keinesfalls zu einer Verzögerung der Digitalisierung an sich kommen solle, also Krankenkassen ab 2025 jedenfalls keine Papieranträge mehr bearbeiten müssen. Bemängelt wurde auch, dass die vorgeschlagene Änderung zu Verwirrung bei den Antragstellern führen könne, da die

Zuständigkeiten für Entsendungen im Rahmen der VO (EG) 883/04 sowie bzgl. der Ausstrahlung (§ 4 SGB IV) ja beibehalten werden. Zudem bestünde weiterhin Aufwand bei der Beratung. Sollte man dem Vorschlag folgen, müsse sichergestellt werden, dass die Krankenkassen rechtzeitig vom Auslandssachverhalt erfahren und zur Leistungsanspruchnahme beraten können, etwa per nationalem BUC. Die Krankenkassen wiesen darauf hin, dass bereits gewisse Aufwände bzgl. der Digitalisierung dieser Prozesse getätigt wurden. Es wurde weiterhin festgestellt, dass der diesbezügliche Kontakt zu den Arbeitgebern eine Serviceleistung der Krankenkassen sei, an der diese festhalten wollen.

Zwischenzeitlich hat der GKV-Spitzenverband, DVKA, gegenüber dem BMAS dafür plädiert, keine solche Änderung der Zuständigkeiten vorzunehmen





Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 11017 Berlin

Herrn Geschäftsführer
Markus Weyres
GKV-Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle
Krankenversicherung-Ausland (DVKA)
Herrn Postfach 20 04 64
53134 Bonn

Moira Kettner
MR'in
Referatsleiterin
Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
Postanschrift: 11017 Berlin
Tel. +49 30 18 527-6617
Fax +49 30 18 527-5271
moira.kettner@bmas.bund.de
www.bmas.de
Berlin, 20. Februar 2024
AZ: V1a3-72700

Digitalisierung der Verfahren zur Beantragung von Bescheinigungen zum anwendbaren Recht im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen; hier: Mögliche Erweiterung des geplanten Zuständigkeitswechsels bei der DVKA

Sehr geehrter Herr Weyres,

ich wende mich heute an Sie mit einer Frage in Zusammenhang mit der Digitalisierung der Verfahren zur Beantragung von Bescheinigungen zum anwendbaren Recht im Rahmen von bilateralen Sozialversicherungsabkommen.

Mit Schreiben vom 7. November 2022 hatte Frau Schweikardt uns einige - mit DRV und DGUV abgestimmte - Vorschläge für Verfahrensänderungen gesendet, die im Zuge der Digitalisierung der oben genannten Verfahren sinnvollerweise vorgenommen werden könnten. Ein Vorschlag beinhaltete den Übergang der Zuständigkeit für die Ausstellung von Bescheinigungen über das anwendbare Recht von DRV auf DVKA. Hintergrund des Vorschlages war, dass die DRV zahlenmäßig nur sehr wenige solcher Bescheinigungen im Anwendungsbereich der SVA ausstellt, was die Einführung eines elektronischen Antrags- und Bescheinigungsverfahrens bei der DRV gesamtwirtschaftlich wenig sinnvoll erscheinen ließ.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales greift diesen Vorschlag gerne auf und bereitet aktuell ein entsprechendes (Vertrags-)Gesetzgebungsverfahren vor. Dieses ist

U-Bahn 2, 5, 6: Mohrenstraße / Unter den Linden
Bus 300: Mohrenstraße
S-Bahn 1, 2, 25: Brandenburger Tor

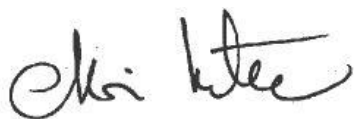
notwendig, weil die aktuelle Zuständigkeit der DRV für die Ausstellung von Bescheinigungen über das anwendbare Recht im Rahmen von SVA ebenfalls auf vertragsgesetzlichen Regelungen fußt.

Im Zusammenhang mit diesen Vorbereitungen ist bei uns nun noch eine weitere Frage aufgekommen, die ich an dieser Stelle gerne mit Ihnen teilen möchte und bei der mich die Einschätzung der DVKA interessiert:

Wäre es angesichts der im Vergleich zur EU-Koordinierung insgesamt geringen Fallzahlen von Bescheinigungen über das anwendbare Recht im Anwendungsbereich der SVA möglicherweise gesamtwirtschaftlich sinnvoll, die Zuständigkeiten für das elektronische Antrags- und Bescheinigungsverfahren in diesem Fall insgesamt bei der DVKA zu bündeln? Den aktuell ebenfalls zuständigen Krankenkassen würde dadurch die Einführung des elektronischen Verfahrens für diese Bescheinigungen „erspart“. Der zusätzliche Aufwand bei der Einführung des elektronischen Verfahrens bei der DVKA dürfte sich nach meinem Dafürhalten nicht wesentlich verändern, da die DVKA die Verfahren an sich ohnehin aufgrund der aktuellen bzw. von der DRV übergehenden Zuständigkeiten einführen muss. Was ich von meiner Seite nicht einschätzen kann, ist der mögliche zusätzliche Aufwand der DVKA beim Betrieb des Verfahrens aufgrund der dann höheren Fallzahlen für die DVKA. Sicherergestellt sein müsste natürlich auch, dass der DVKA bei der Antragsprüfung regelmäßig die gleichen oder vergleichbaren Informationen zur Verfügung stünden wie den aktuell zuständigen Kassen.

Ich möchte betonen, dass das BMAS in dieser Frage noch keine Vorfestlegung getroffen hat. Wir sind lediglich daran interessiert, diese Frage vor Beginn des Gesetzgebungsverfahrens einmal durchzuspielen - dies erscheint uns sinnvoller als eine mögliche Erkenntnis im Nachhinein, dass eine solche Bündelung zwar eine gute Idee gewesen wäre, aber die Chance nun vertan ist.

Mit freundlichen Grüßen



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 6

Stand der Forderungen

Verfasser/in: Marie-Christin Hansen/ 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 01.02.2024 können den als Anlage beigefügten Grafiken entnommen werden. Gesondert ausgewiesen ist jeweils pro Partnerstaat die Entwicklung der nach 18 Monaten offenen und unbeanstandeten Forderungen seit dem Jahr 2021.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen- und teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.

Anlage 1 zu TOP 6

Offene deutsche Forderungen, Mitgliedsstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 29.01.2024

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

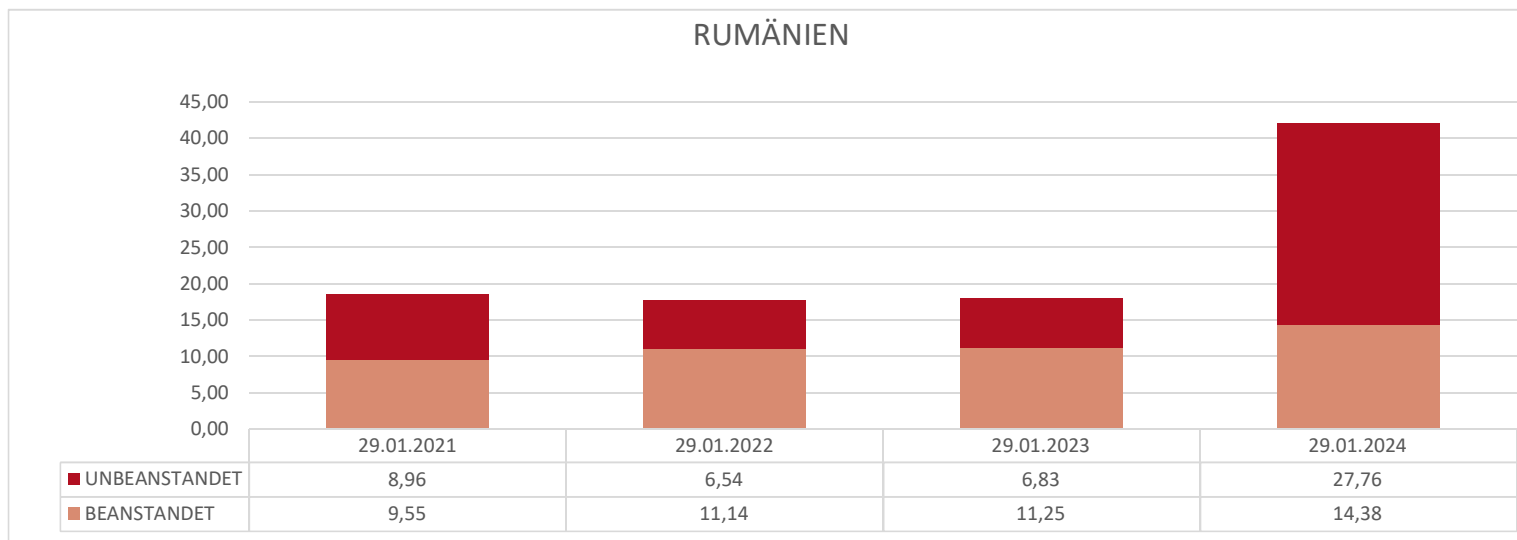
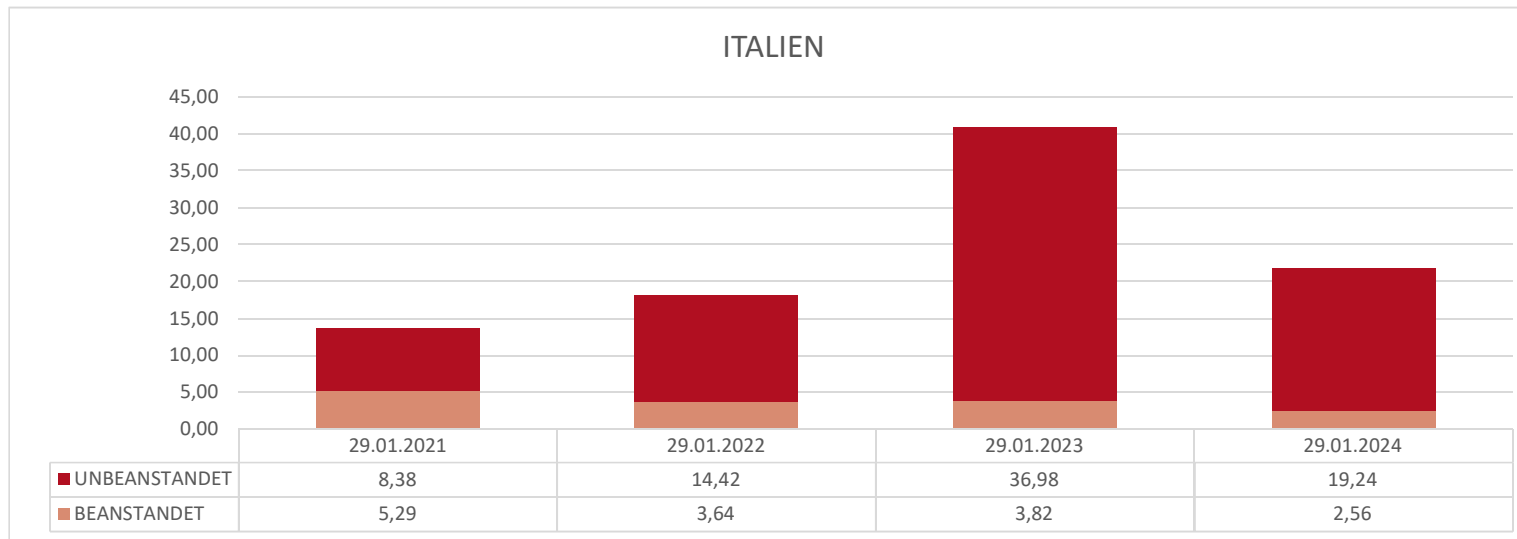


Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2021, 2022, 2023, 2024

	> 18 Monate*						< 18 Monate*	OFFENE GESAMT			
	unbeanstandet		beanstandet		Gesamt	Mio. EUR					
	Mio. EUR	in %	2021, 2022, 2023, 2024				Mio. EUR	in %			
Belgien	0,21	(1,2%)	—	—	—	—	0,31	(1,8%)	0,52	16,63	
Bulgarien	-0,03	-(0,1%)	—	—	—	—	0,44	(1,4%)	0,41	31,74	
Dänemark	0,21	(0,6%)	—	—	—	—	0,22	(0,7%)	0,43	32,04	
Estland	0,00	-(0,6%)	—	—	—	—	0,00	(0,0%)	0,00	0,39	
Finnland	0,00	(0,0%)	—	—	—	—	0,02	(0,5%)	0,02	2,94	
Frankreich	1,01	(1,3%)	—	—	—	—	12,68	(15,7%)	13,69	67,15	
Griechenland	13,01	(39,5%)	—	—	—	—	1,19	(3,6%)	14,20	18,76	
Großbritannien	13,97	(21,3%)	—	—	—	—	1,11	(1,7%)	15,07	50,57	
Irland	0,42	(11,8%)	—	—	—	—	0,00	(0,0%)	0,42	3,14	
Island	0,00	-(0,3%)	—	—	—	—	0,00	(0,0%)	0,00	1,05	
Italien	19,24	(24,5%)	—	—	—	—	2,56	(3,3%)	21,80	56,89	
Kroatien	0,00	(0,0%)	—	—	—	—	1,18	(6,9%)	1,18	15,87	
Lettland	0,00	(0,0%)	—	—	—	—	0,04	(0,5%)	0,03	8,10	
Liechtenstein	0,50	(16,7%)	—	—	—	—	0,02	(0,8%)	0,52	2,46	
Litauen	0,27	(8,5%)	—	—	—	—	0,05	(1,7%)	0,33	2,91	
Luxemburg	1,71	(2,3%)	—	—	—	—	1,12	(1,5%)	2,83	72,79	
Malta	0,00	(0,0%)	—	—	—	—	0,00	(0,5%)	0,00	0,69	
Niederlande	-0,01	(0,0%)	—	—	—	—	5,94	(3,7%)	5,94	156,49	
Norwegen	-0,03	-(0,5%)	—	—	—	—	0,03	(0,5%)	0,00	6,75	
Österreich	0,63	(0,5%)	—	—	—	—	7,81	(5,7%)	8,44	128,35	
Polen	-0,08	-(0,1%)	—	—	—	—	8,69	(7,6%)	8,61	105,00	
Portugal	7,36	(43,5%)	—	—	—	—	0,01	(0,0%)	7,36	9,57	
Rumänien	27,76	(21,4%)	—	—	—	—	14,38	(11,1%)	42,14	87,78	
Schweden	-0,01	-(0,1%)	—	—	—	—	0,08	(1,0%)	0,07	7,83	
Schweiz	-0,01	(0,0%)	—	—	—	—	0,16	(0,1%)	0,15	151,74	
Slowakische Republik	0,33	(2,7%)	—	—	—	—	0,36	(3,0%)	0,69	11,32	
Slowenien	1,66	(15,8%)	—	—	—	—	0,28	(2,6%)	1,94	8,61	
Spanien	0,08	(0,3%)	—	—	—	—	3,31	(12,8%)	3,39	22,48	
Tschechische Republik	0,65	(4,1%)	—	—	—	—	0,67	(4,3%)	1,31	14,30	
Ungarn	0,69	(3,1%)	—	—	—	—	1,54	(6,9%)	2,24	20,08	
Zypern	1,60	(7,6%)	—	—	—	—	0,00	(0,0%)	1,60	19,28	
91,13							64,18		155,31	1133,70	1289,02

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

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



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

Offene deutsche Forderungen, Abkommenstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 29.01.2024

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



Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2021, 2022, 2023, 2024

	>18 Monate						<18 Monate	OFFENE GESAMT
	<u>un</u> beanstandet		beanstandet		Gesamt	Mio. EUR		
	Mio. EUR	in %	2021, 2022, 2023, 2024	Mio. EUR			in %	
Bosnien/Herzegowina	1,95	(46,0%)		0,76	(18,0%)	2,71	1,52	4,23
Montenegro	0,72	(79,3%)		0,09	(9,8%)	0,81	0,10	0,91
Nordmazedonien	1,20	(38,0%)		0,60	(19,2%)	1,80	1,35	3,15
Republik Srpska	0,44	(44,7%)		0,15	(15,5%)	0,60	0,40	0,99
Serbien	0,00	(0,0%)		0,16	(10,2%)	0,16	1,42	1,59
Türkei	0,87	(5,0%)		1,65	(9,6%)	2,52	14,69	17,22
	5,18			3,43		8,60	19,48	28,08

Offene ausländische Forderungen, Mitgliedsstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 29.01.2024

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



Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2021, 2022, 2023, 2024

	>18 Monate*						<18 Monate*	OFFENE GESAMT			
	unbeanstandet		2021, 2022, 2023, 2024	beanstandet		Gesamt					
	Mio. EUR	in %		Mio. EUR	in %						
Belgien	0,20	(1,2%)	---	---	---	---	1,41	(8,7%)	1,61	14,54	16,15
Bulgarien	0,00	(0,1%)	---	---	---	---	0,10	(3,2%)	0,10	2,88	
Dänemark	0,03	(0,4%)	---	---	---	---	0,70	(9,5%)	0,73	6,67	
Estland	0,00	(2,0%)	---	---	---	---	0,02	(13,2%)	0,03	0,14	
Finnland	0,01	(1,1%)	---	---	---	---	0,01	(0,4%)	0,02	1,35	
Frankreich	0,75	(0,5%)	█	█	█	█	9,33	(5,9%)	10,08	148,50	
Griechenland	0,14	(0,5%)	█	█	█	█	5,50	(17,4%)	5,64	26,01	
Großbritannien	0,20	(3,5%)	---	---	---	---	1,08	(19,4%)	1,27	4,29	
Irland	0,04	(2,7%)	---	---	---	---	0,15	(9,5%)	0,19	1,41	
Island	0,00	(0,3%)	---	---	---	---	0,03	(4,5%)	0,03	0,70	
Italien	0,10	(0,2%)	---	---	█	---	4,21	(8,9%)	4,32	42,90	
Kroatien	0,09	(0,2%)	---	█	---	---	0,91	(2,4%)	1,00	36,68	
Lettland	0,00	(0,1%)	---	---	---	---	0,00	(0,1%)	0,00	0,40	
Liechtenstein	0,00	(0,3%)	---	---	---	---	0,03	(8,5%)	0,03	0,30	
Litauen	0,00	(0,1%)	---	---	---	---	0,12	(7,2%)	0,12	1,55	
Luxemburg	0,02	(0,4%)	---	---	---	---	0,09	(2,0%)	0,11	4,34	
Malta	0,00	(0,3%)	---	---	---	---	0,00	(1,0%)	0,00	0,25	
Niederlande	0,08	(1,2%)	---	█	---	---	1,87	(29,2%)	1,95	4,46	
Norwegen	0,09	(2,9%)	---	---	---	---	0,07	(2,2%)	0,16	3,00	
Österreich	0,72	(0,4%)	---	---	█	█	1,13	(0,6%)	1,84	191,45	
Polen	0,09	(0,1%)	█	---	█	---	4,59	(6,9%)	4,68	62,24	
Portugal	0,41	(1,2%)	█	█	█	█	20,66	(62,5%)	21,07	11,98	
Rumänien	0,02	(1,6%)	---	---	---	---	0,07	(5,3%)	0,09	1,18	
Schweden	0,01	(0,1%)	---	---	---	---	0,17	(2,4%)	0,18	6,67	
Schweiz	0,09	(0,1%)	---	---	---	---	2,19	(2,9%)	2,29	72,82	
Slowakische Republik	0,01	(0,1%)	---	---	---	---	0,20	(3,4%)	0,21	5,83	
Slowenien	0,01	(0,1%)	---	---	---	---	0,21	(2,5%)	0,21	8,25	
Spanien	1,96	(2,5%)	█	█	█	█	7,56	(9,7%)	9,52	68,38	
Tschechische Republik	0,09	(0,1%)	---	---	---	---	0,98	(1,5%)	1,07	65,04	
Ungarn	0,02	(0,2%)	---	---	---	---	1,13	(12,8%)	1,14	7,69	
Zypern	0,01	(5,7%)	---	---	---	---	0,01	(5,7%)	0,01	0,09	
	5,20						64,51		69,71	801,95	871,66

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

Offene ausländische Forderungen, Abkommenstaaten (Mio. EUR)

Stichtag 29.01.2024

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



Sparklines: Trend in Mio. EUR über die Jahre 2021, 2022, 2023, 2024

	>18 Monate						<18 Monate	OFFENE GESAMT
	unbeanstandet		beanstandet		Gesamt	Mio. EUR		
	Mio. EUR	in %	2021, 2022, 2023, 2024				Mio. EUR	
Bosnien/Herzegowina	0,01	(1,1%)	---	---	---	---	0,27	0,85
Montenegro	0,01	(10,4%)	---	---	---	---	0,00	0,08
Nordmazedonien	0,02	(3,2%)	---	---	---	---	0,39	0,52
Republik Srpska	0,06	(4,5%)	---	---	---	---	1,26	1,39
Serbien	0,16	(3,5%)	---	---	---	---	3,66	4,60
Türkei	6,79	(57,4%)					1,12	11,83
	7,04						2,41	9,45
							9,81	19,26

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 7

Entwicklung der Ausgleichbeträge

Verfasser/in: Marie-Christin Hansen/ GKV-Spitzenverband, DVKA

Anlagen:

- Entwicklung der Ausgleichbeträge
-

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 die Situation der wechselkursbedingten Ausgleichsbeträge mit Stand vom 29.01.2024 dar. Es werden jeweils auch die Kontenzielbeträge sowie die stichtagsbezogene Entwicklung der Ausgleichsbeträge der letzten Jahre in Form von Trendlinien ausgewiesen.

Eine Herausforderung stellt nach wie vor die Entwicklung sowohl des Schweizer Franken als auch die der Tschechischen Krone dar. Aufgrund der beschlossenen erweiterten Anpassungsspanne beim Wechselkurs von +/- 10% aus März 2023 ist bereits bei der Tschechischen Krone eine leichte Umkehr der Entwicklung bei den Ausgleichsbeträgen zu erkennen. Hier kommt begünstigend hinzu, dass der Euro gegenüber der Tschechischen Krone in den letzten Monaten leicht aufgewertet hat (31.10.2023: 1 EUR = 24,558 CZK; 31.01.2024: 1 EUR = 24,891 CZK). Beim Schweizer Franken hat sich der Fehlbetrag zunächst noch leicht vergrößert, da entgegen der Erwartung der Euro gegenüber dem Schweizer Franken weiter abgewertet hat (31.10.2023: 1 EUR = 0,967 CHF; 31.01.2024: 1 EUR = 0,9348 CHF). Jedoch deutet sich auch beim Schweizer Franken eine leichte Verringerung des Fehlbetrages durch die vorgenommenen Wechselkursanpassungen an.

Der Fehlbetrag beim Polnischen Zloty resultiert aus der seit Oktober 2023 stetigen Aufwertung des Polnischen Zloty gegenüber dem Euro und dem zugleich konstant hohen Forderungsvolumen. Zwischen Oktober 2023 und Januar 2024 hat der Polnischen Zloty um ca. 6% aufgewertet. Mit

einer Anpassung des Wechselkurses bei der nächsten Einreichung dürfte sich der Ausgleichsbetrag mittelfristig wieder ins Positive wenden.

Nach der letzten Ausschüttung haben sich bei der türkischen Lira bislang nur in überschaubarem Ausmaß neue Ausgleichbeträge ergeben.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis.



Entwicklung der Ausgleichsbeträge



rote Punkte markieren negative Werte

Staat	Zielbetrag	Ausgleichsbetrag zum 29.01.2024	Abweichung von Ziel (%)	Trend 2018–2024
BIH (Föderationsgebiet)	100.000,00 €	77.814,40 €	-22%	
BIH (Rep. Srpska)	90.000,00 €	111.871,62 €	24%	
Bulgarien	0,00 € -	132,72 €		
Dänemark	100.000,00 €	75.032,93 €	-25%	
Island	15.000,00 €	3.882,29 €	-74%	
Kroatien	600.000,00 €	841.618,87 €	40%	
Liechtenstein	5.000,00 € -	9.807,68 €	-296%	
Nordmazedonien	25.000,00 €	15.772,24 €	-37%	
Norwegen	75.000,00 €	223.884,35 €	199%	
Polen	600.000,00 € -	834.472,63 €	-239%	
Rumänien	5.000,00 €	10.233,86 €	105%	
Schweden	300.000,00 €	1.262.225,28 €	321%	
Schweiz	1.750.000,00 € -	2.737.983,99 €	-256%	
Serbien	50.000,00 €	363.701,64 €	627%	
Tschechien	300.000,00 € -	1.963.555,40 €	-755%	
Türkei	1.500.000,00 €	2.552.792,59 €	70%	
Ungarn	150.000,00 €	1.071.138,71 €	614%	
Vereinigtes Königreich	50.000,00 € -	149.809,70 €	-400%	
Gesamt	5.715.000,00 €	914.206,66 €		

Stand: 29.01.2024

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 8

Endgültige Forderungskklärung gem. Beschluss S11 – Sachstand

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

Anlagen:

- Anlage 1
-

Sachverhalt:

Nachfolgend berichten wir über aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Umsetzung der endgültigen Forderungskklärung gem. Art. 19 des Beschlusses Nr. S11 der Verwaltungskommission.

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

1.1. Generelle Entwicklung erste Tranche

Im Jahr 2023 konnte die endgültige Forderungskklärung für die Einreichungsjahre 2018 sowie 2010–2013 abgeschlossen werden. Abbildung 1 im Anhang zeigt, dass von den rd. 11.000 zu Beginn der Klärungsphase noch unbezahlten deutschen Forderungen der ersten Tranche rd. 7.600 Kostenrechnungen i. H. v. 9,6 Mio. EUR ganz oder teilweise vom Debitor bezahlt wurden, während rd. 2.200 i. H. v. 2,4 Mio. EUR im Laufe des Klärungsprozesses von den zuständigen deutschen Trägern abgesetzt wurden.

622 deutsche Forderungen i. H. v. 1,7 Mio. EUR wurden im Laufe des Jahre 2023 gem. Art. 67 (7) VO (EG) 987/2009 i. V. m. Art. 19 Abs. 1 und 2 des Beschlusses S11 zur Schlichtung beim Rechnungsausschuss eingereicht. 77 % dieser zur Schlichtung angemeldeten Forderungen betrafen Rumänien, 6 Prozent Spanien, 5 % Griechenland, und 4 % Luxemburg; der verbliebene Anteil entfiel auf deutsche Forderungen gegenüber Polen, Frankreich, Italien und Österreich.

1.2. Bereits vom Schlichtungsgremium entschiedene Fälle mit deutscher Beteiligung

519 dieser im Jahr 2023 zur Schlichtung vorgelegten Forderungen wurden bereits vom Schlichtungsgremium des Rechnungsausschusses bearbeitet und Ende des vergangenen Jahres vom Rechnungsausschuss und der Verwaltungskommission bestätigt. Wie Abbildung 2 im Anhang

zeigt, hat das Schlichtungsgremium bei 450 deutschen Forderungen bzw. rd. 86 % des geschlichteten Gesamtbetrags zugunsten der deutschen Träger / Kreditoren entschieden. 29 Forderungen bzw. rd. 9 % der bereits geschlichteten Gesamtsumme wurden im Vorfeld einer potentiellen Entscheidung des Schlichtungsgremiums beglichen. Für 34 Fälle bzw. rd. 3 % des bereits geschlichteten Betrags besteht infolge des Schiedsspruchs hingegen kein deutscher Anspruch gegenüber dem Schuldner. In diesen Fällen hat der deutsche Träger eine Absetzung vorzunehmen. In einem weiteren Fall sprach sich das Schlichtungsgremium für eine Teilung der Zahlungspflicht von deutschem Kreditor und ausländischen Debitor aus.

Insgesamt hat das Schlichtungsgremium bis Ende Oktober 2023 über 25 Schlichtungsanträge aus der ersten Tranche entschieden. In 18 Anträgen war Deutschland als Kreditor (13) oder als Debitor (5) involviert. Zwei ausländische Anträge betrafen dabei die sogenannte „Fami-Polen“-Thematik, zu der das Schlichtungsgremium momentan aus Gründen der Befangenheit keine Entscheidung treffen kann. In einem weiteren Antrag sah das Gremium keine Zahlungspflicht auf der deutschen Seite. Zwei weitere Anträge betrafen polnische Forderungen gegenüber Deutschland, für die das Gremium keine Entscheidung getroffen hat, da die betroffenen Forderungen jeweils unter dem Forderungsbetrag von 350 EUR lagen.

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

2.1. Generelle Entwicklung zweite Tranche

In Bezug auf die unbezahlten deutschen Forderungen für die die Frist zur endgültigen Klärung gem. Art. 19 des Beschlusses S11 im Laufe des Jahres 2024 ausläuft, zeigt Abbildung 3 eine verhalten positive Entwicklung: In den letzten fünf Monaten hat sich die Anzahl unbezahlter deutscher Forderungen aus den Jahren 2014 und 2015 sowie 2019 im Zuge der bilateralen Forderungsklä rung um rd. 10.000 verringert; das Volumen der offenen Forderungen ist um rd. 8,4 Mio. EUR gesunken. Beide Werte haben sich somit um ca. die Hälfte reduziert.

2.2. Weitere Bearbeitung der unbezahlten deutschen Forderungen <350 EUR

Eine wesentliche operative Herausforderung im Kontext der endgültigen Forderungsklä rung liegt darin, dass die unbezahlten deutschen Forderungen in unterschiedlichen Monaten des Jahres 2024 dem Rechnungsausschuss vorgelegt werden müssen und sich hierdurch – wie Abbildung 4 verdeutlicht – vor allem im Mai und Juni eine hohe Fallmenge ergibt.

Unter Berücksichtigung der hohen Anzahl an weiterhin offenen Forderungen und der knappen personellen Ressourcen bei den Krankenkassen sowie beim GKV-Spitzenverband, DVKA werden daher alle unbezahlten deutschen Forderungen aus der zweiten Tranche, deren aktueller Forderungsbetrag unter 350 EUR beträgt, bereits im Februar/März zur Information beim Schlichtungsgremium eingereicht. Diese Forderungen werden nach den Leitlinien des Rechnungsausschusses ohnehin nicht vom Schlichtungsgremium behandelt. Eine Einreichung ist dennoch notwendig, um die Gläubigerposition der deutschen Kassen zu sichern und zu verhindern, dass die Forderungen unter 350 EUR gem. Art. 19 Abs. 1 und 2 des Beschlusses S11 hinfällig werden. Die finale Forderungsklä rung für die betroffenen Forderungen, die, wie Abbildung 4 zeigt, einen relativ hohen Anteil bei der *Anzahl* der Forderungen ausmachen, muss

ohnehin bilateral stattfinden und wird durch das beschriebene Vorgehen somit schlicht zeitlich gestreckt.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen den vorgetragenen Sachstand zustimmend zur Kenntnis.



Anlage 1 zu TOP 8

Abb. 1

Entwicklung endgültig geklärt Forderungen / erste Tranche (Stand 01/2024)

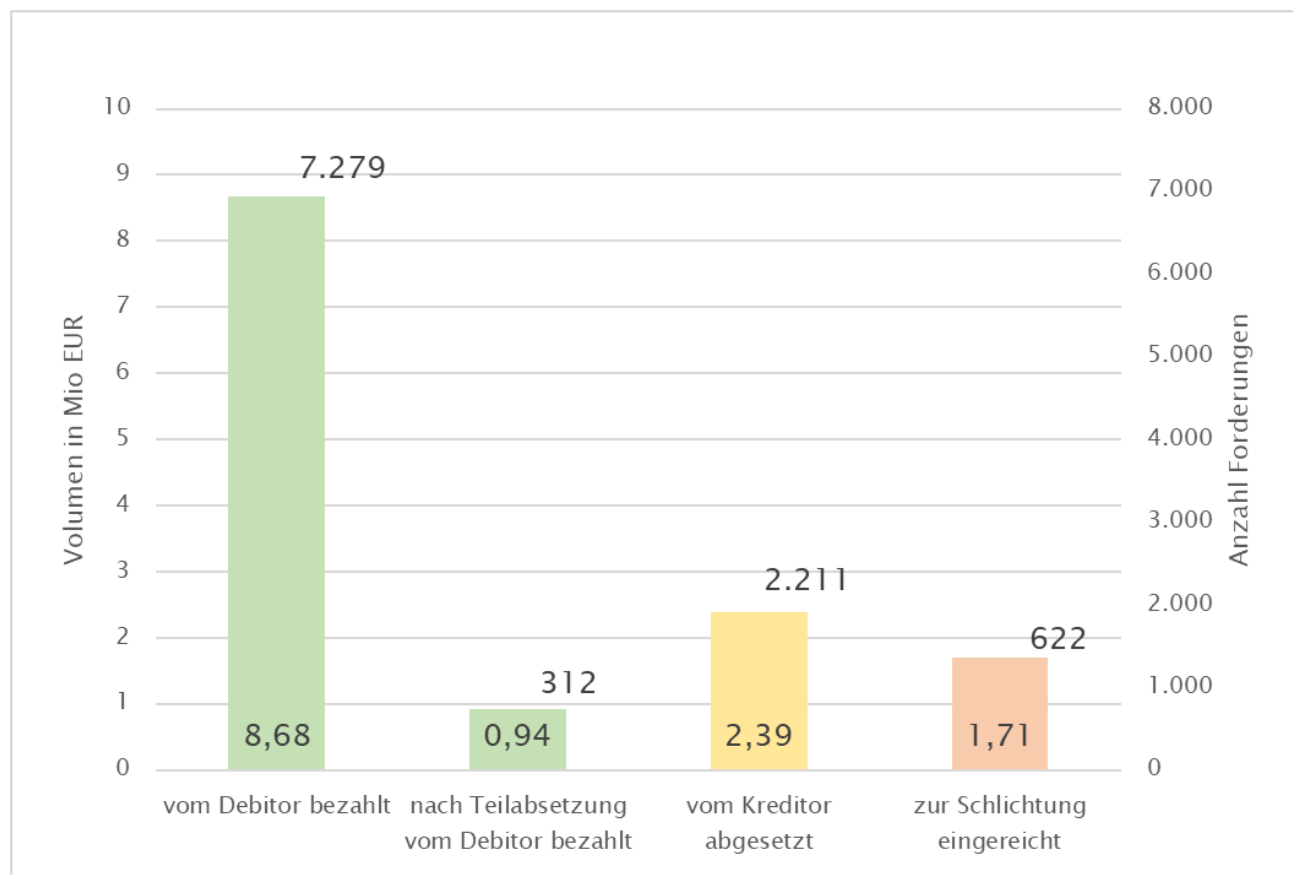


Abb. 2

Schlichtungsergebnisse für deutsche Forderungen / erste Tranche (Stand 01/2024)

Entscheidung Schlichtungsgremiums (CP)	Anzahl deutsche Forderungen	Forderungsbetrag in EUR	in % des geschlichteten Gesamtbetrags
vor CP Entscheidung von Debitor beglichen	29	132.764,67	8,5
Debitor zahlungspflichtig	450	1.348.829,12	85,5
Debitor teilweise zahlungspflichtig	3	54.554,79	3,5
Debitor nicht zahlungspflichtig	34	53.244,47	3,4
< 350 EUR - keine Entscheidung	3	219,83	0,01
Gesamt	519	1.578.581,73	100

Abb. 3

Entwicklung unbezahlter deutscher Forderungen / zweite Tranche (Stand 31.01.2024)

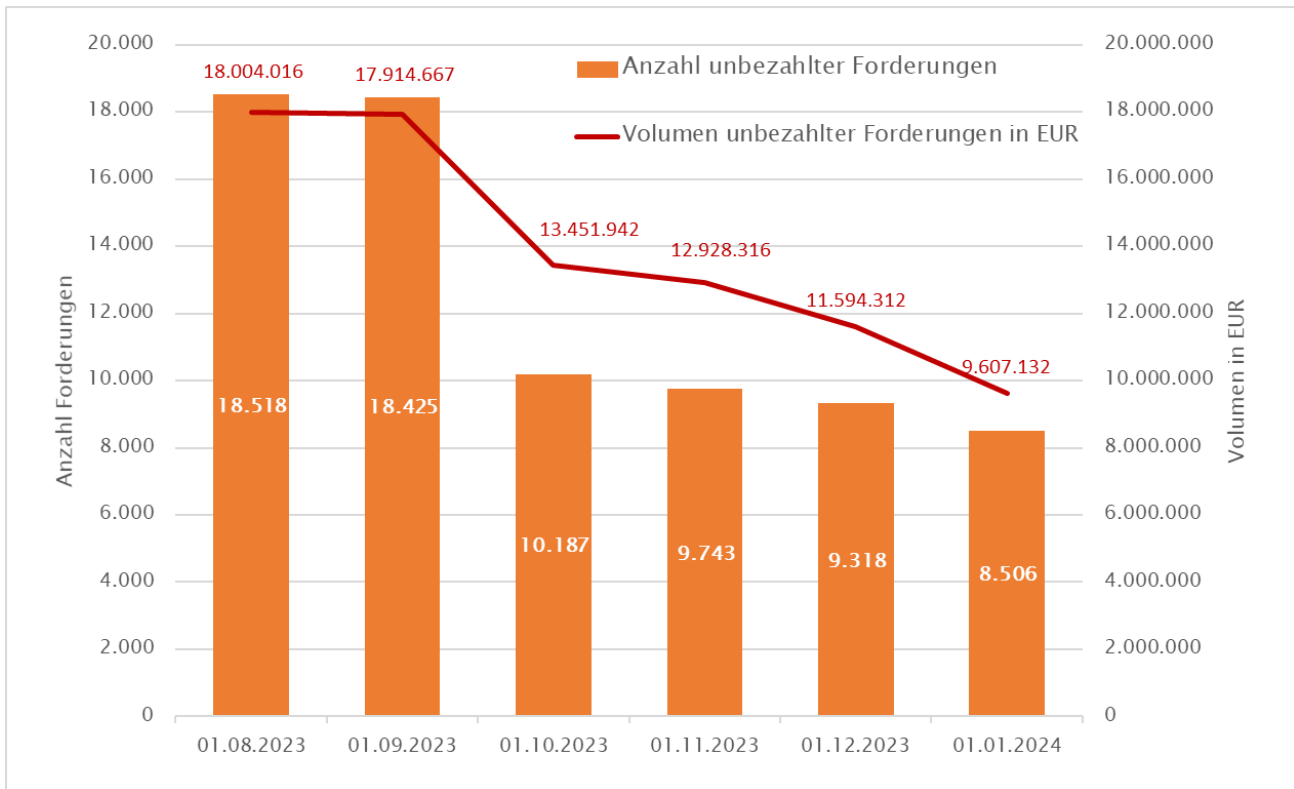


Abb. 4

Anzahl unbezahlter deutscher Forderungen nach Fristablauf und Forderungshöhe / zweite Tranche (Stand 31.01.2024)

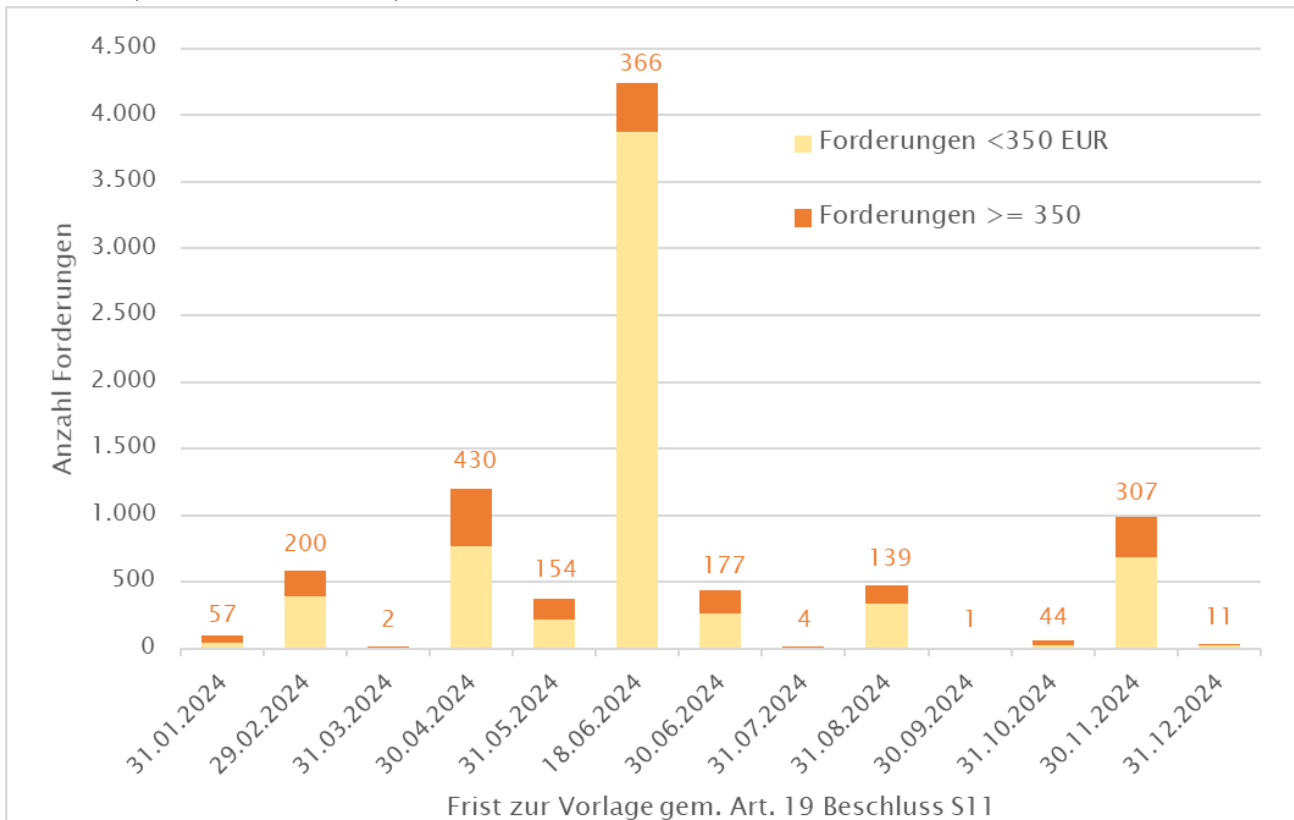


Abb. 5

Unbezahlte deutsche Forderungen nach Debitorstaaten / zweite Tranche (Stand 31.01.2024)

Land	Anzahl unbezahlter Forderungen	davon unbeanstandet	Volumen unbezahlter Forderungen in EUR	Volumen unbezahlter Forderungen in Prozent
Österreich	2.220	580	3.828.196	39,8
Rumänien	512	72	1.348.705	14,0
Italien	3.925	75	1.313.417	13,7
Frankreich	407	336	1.031.751	10,7
Polen	385	43	978.985	10,2
Niederlande	128	3	339.204	3,5
Griechenland	523	502	234.020	2,4
Ungarn	188	0	192.301	2,0
Kroatien	12	0	152.606	1,6
Spanien	29	7	86.070	0,9
Großbritannien	118	2	59.186	0,6
Luxemburg	21	0	17.861	0,2
Tschechische Republik	8	0	8.355	0,1
Belgien	14	0	6.904	0,1
Litauen	2	0	3.009	0,0
Irland	2	2	2.842	0,0
Schweiz	2	1	1.894	0,0
Bulgarien	1	0	691	0,0
Schweden	1	0	433	0,0
Slowakische Republik	2	0	387	0,0
Island	6	4	315	0,0
Gesamt	8.506	1.627	9.607.132	100,0

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 9

Etablierung eines regelmäßigen Forderungsabgleichs zwischen dem GKV–Spitzenverband, DVKA und den Krankenkassen;
Umgang mit nicht zugegangenen Poststücken

Verfasser/in: Michael Wagner / GKV–Spitzenverband, DVKA

1. Problemstellung

Im Zusammenhang mit der Forderungskklärung aufgrund des Beschlusses Nr. S11 der EG–Verwaltungskommission hat sich gezeigt, dass versandte Unterlagen in der Vergangenheit nicht immer den vorgesehenen Empfänger erreicht haben. Auf internationaler Ebene arbeitet der GKV–Spitzenverband, DVKA bereits mit den ausländischen Verbindungsstellen an geeigneten Lösungen, über die zu gegebener Zeit gesondert informiert wird. Ebenso ist es erforderlich, diesen Aspekt auf nationaler Ebene zu behandeln (s. Vorschlag am Ende des Dokuments). Zunächst soll jedoch eine konkrete Maßnahme – der regelmäßige Forderungsabgleich – vorgestellt werden, der die Prozesssicherheit *zukünftig* beim Austausch von Dokumenten zwischen dem GKV–Spitzenverband, DVKA und den Krankenkassen sowie in umgekehrter Richtung erhöhen kann.

Beispiel

- Eine deutsche Krankenkasse versendet eine Antwort als Reaktion auf die Erstbeanstandung einer deutschen Forderung über den Postweg an den GKV–Spitzenverband, DVKA.
- Aus im Nachhinein nicht nachvollziehbaren Gründen erreicht die Postsendung den GKV–Spitzenverband, DVKA nicht.

Ergebnis: Die Antwortfrist (12 Monate) verstreicht, **ohne** dass eine Antwort an die ausländische Verbindungsstelle geschickt werden konnte. Deren Beanstandung gilt somit als akzeptiert.

2. Interimslösung

Um Sachverhalte der oben beschriebenen Art frühzeitig zu identifizieren, stellt der GKV-Spitzenverband, DVKA den deutschen Krankenkassen seit September 2023 monatlich zwei Forderungslisten in Form von Excel-Dateien zur Verfügung. Diese Listen enthalten offene Forderungen (Non-EESSI und EESSI), deren Fristen am Ende des darauffolgenden Monats abzulaufen drohen.

- **Sog. F18-Liste:** unbezahlte und unbeanstandete **ausländische** Forderungen
 - **Gefährdete Frist:** 18 Monate Beanstandungsfrist
 - **Risiken:**
 - Eine eigentlich beanstandbare Forderung wird nicht beanstandet
 - Ggfs. drohen Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung
 - **Handlungsoptionen** der Krankenkasse
 - Forderung beanstanden
 - Forderung bezahlen
- **Sog. F12-Liste:** unbezahlte und erstmalig beanstandete deutsche Forderungen ohne Antwort
 - **Gefährdete Frist:** 12 Monate Reaktionsfrist
 - **Risiko:**
 - Eine unberechtigte Beanstandung erhält keine Antwort. Die berechnigte deutsche Forderung muss in der Konsequenz abgesetzt werden.
 - **Handlungsoptionen** der Krankenkasse
 - Berechnigte Forderung (erneut) wiedereinreichen
 - Unberechnigte Forderung absetzen

Beispiel (Fortführung)

- Im Rahmen des Forderungsabgleichs erhält die Krankenkasse die Rückmeldung (F12-Liste), dass zu der Beanstandung dieser konkreten deutschen Forderung aus Sicht des GKV-Spitzenverband, DVKA noch keine Antwort der Krankenkasse eingegangen ist und die Verfristung droht (12-Monats-Reaktionsfrist).
- Die Krankenkasse gleicht die Liste mit dem eigenen Datenbestand ab und stellt fest, dass die bereits versendete Antwort nicht bei dem GKV-Spitzenverband, DVKA eingegangen ist.
- Die Krankenkasse verschickt die Antwort erneut an den GKV-Spitzenverband, DVKA.

Ergebnis: Der GKV-Spitzenverband, DVKA leitet die Antwort der Krankenkasse infolge einer bevorzugten Bearbeitung fristgerecht an die ausländische Verbindungsstelle weiter.

3. Rückblick – versendete Listen

In der nachfolgenden Tabelle sind die bereits versendeten Listen, die Anzahl der Forderungen sowie die Gesamtsumme der Restforderung aufgeführt.

LISTENVERSAND	F18 (Ausländische Forderung)		F12 (Deutsche Forderung)	
	ANZ. FORDERUNGEN	VOL. RESTFORDERUNG	ANZ. FORDERUNGEN	VOL. RESTFORDERUNG
09/23	1.875	1.471.204,59 €	65	235.803,65 €
10/23	4.341	510.748,19 €	80	324.320,06 €
11/23	2.909	949.367,63 €	52	47.050,71 €
12/23	12.652	28.032.399,00 €	127	195.250,34 €
01/23	209	18.386,61 €	8	1.200,93 €
Summe	21.986	30.982.106,02 €	332	803.625,69 €

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat seitens der Krankenkassen sehr positive Rückmeldungen zu dem bisherigen Verfahren des Forderungsabgleichs erhalten.

Folgende Fallkonstellationen konnten bereits festgestellt werden:

- Krankenkasse hat Frist/Vorgang schlicht „übersehen“
- Kommunikationsverlust auf dem Postweg
- Kommunikationsverlust auf dem elektronischen Weg im Verantwortungsbereich der Krankenkasse
- Export-Fehler in der Anwendung einer Krankenkasse

4. Vorschlag

Bereits das bisherige Vorgehen hat gezeigt, dass der Forderungsabgleich ein geeignetes Verfahren zur Risikoreduzierung darstellt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverband, DVKA sollte geprüft werden, ob eine Automatisierung und eine inhaltliche Ausweitung des Forderungsabgleichs sinnvoll ist.

4.1 Kommunikationskanal und Automatisierung

- Aktuell wird das Verfahren beim GKV-Spitzenverband, DVKA manuell durchgeführt und resultiert in einem hohen Aufwand, der mit den vorhandenen Personalressourcen nicht dauerhaft bereitgestellt werden kann.
- Für die Zukunft schlägt der GKV-Spitzenverband, DVKA daher einen automatisierten elektronischen Datenaustausch in Bezug auf die Übermittlung der Forderungslisten vor. Denkbar sind verschiedene technische Verfahren bzw. Ausbaustufen:
 - DVKA-Portal mit individuellem Kassenzugang (ähnlich Testlabor). In einem „Austausch-Bereich“ können Dateien (z. B. csv-Dateien) zwischen den Krankenkassen und der DVKA ausgetauscht werden. Auch ein Zugriff über eine REST-API wäre denkbar.
 - Nationaler GKV-BUC „Forderungsabgleich“ nach EESSI Vorbild mit SEDs als Informationsträger.

4.2 Inhaltliche Erweiterung

- Bislang beschränkt sich der Forderungsabgleich lediglich auf die rechtzeitige Bearbeitung ausländischer Forderungen (18-Monats-Frist) sowie der rechtzeitigen Übersendung einer Reaktion auf die Beanstandung einer deutschen Forderung (12-Monats-Frist). Denkbar

wäre auch eine Ausdehnung auf weitere Forderungslisten, z. B. S11-Listen die aktuell noch manuell erstellt und versendet werden.

- Ggf. gibt es weitere Listen und zusätzliche Felder, die in den Forderungsabgleich aufgenommen werden können.

5. In der Vergangenheit nicht zugegangene Poststücke

Wie oben bereits erwähnt, ist es auch auf nationaler Ebene vereinzelt dazu gekommen, dass Poststücke nicht beim vorgesehenen Empfänger angekommen sind. Hierauf sind die betroffenen Krankenkassen gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband, DVKA insbesondere im Rahmen der sog. S11-Forderungsklä rung aufmerksam geworden.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA schlägt vor, dass sich die Arbeitsgruppe Kostenabrechnung mit dieser Thematik und möglichen Lösungen befasst. Soweit vorhanden, könnten dort auch erste Erkenntnisse aus den auf internationaler Ebene erarbeiteten Lösungsoptionen einfließen.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer begrüßen die Vorschläge des GKV-Spitzenverbandes, DVKA. Aufgrund der Hinweise der Teilnehmer wird der GKV-Spitzenverband, DVKA die erwähnten Excel-Listen möglichst bald bereits im dritten statt bisher zweiten Monat vor Fristablauf versenden.

Die Krankenkassen werden in Kürze über das Verfahren mit einem Rundschreiben informiert. Hierdurch soll auch sichergestellt werden, dass die vom GKV-Spitzenverband, DVKA verschickten Unterlagen direkt den zuständigen Bereich/Mitarbeitenden der jeweiligen Krankenkasse erreichen.

Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, den Krankenkassen neben den o. g. Aufstellungen einmal jährlich eine Liste der offenen Forderungen inkl. Datum der Erinnerung gegenüber der jeweiligen ausländischen Verbindungsstelle (tabellarischer Abgleich) zur Verfügung zu stellen.

Bezüglich der technischen Lösung für den Datentransfer sprechen sich die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer überwiegend für einen GKV-BUC aus. Insgesamt sollen die Details in einer Arbeitsgruppe beraten werden, die der GKV-Spitzenverband, DVKA einberufen wird.

Darüber hinaus wird der GKV-Spitzenverband, DVKA zu einer Sitzung der Arbeitsgruppe Kostenabrechnung einladen und dort die Thematik der in der Vergangenheit nicht zugegangenen Poststücke auf die Tagesordnung setzen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 10

Beendigung der Einreichung deutscher Forderungen in Papierform zum 30.09.2024

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

Sachverhalt:

Aktuell existieren für die Krankenkassen drei Verfahrensweisen zur Einreichung von deutschen Forderungen gegenüber ausländischen Trägern beim GKV-Spitzenverband, DVKA. Forderungen gegenüber Mitgliedstaaten, die S_BUC_19 bereits implementiert haben, werden ausschließlich über EESSI geltend gemacht. Forderungen gegenüber den übrigen Partnerstaaten werden entweder mit elektronischen E125 oder auf Basis von Vordrucken in Papierform eingereicht.

Im Jahr 2023 haben mehr als 70 Krankenkassen weiterhin Kostenrechnungen in Papierform beim GKV-Spitzenverband, DVKA eingereicht. Die in Papierform eingereichten Kostenrechnungen entfallen dabei nahezu ausschließlich auf Krankenkassen, welche die Anwendung Bitmarck ISKV 21c in Gebrauch haben. Betroffen sind folgende Verbände (inklusive Stückzahl):

Verband	Anzahl Kostenrechnungen
BKK	45.109
IKK	18.549
VDEK	3.631
SVLFG	272
GESAMT	67.561

Im Jahr 2023 wurden für die Erfassung von in Papierform eingereichten deutschen Forderungen durch einen externen Dienstleister im Auftrag des GKV-Spitzenverbands, DVKA nahezu 100.000 EUR aus Umlagemitteln aufgewendet. Unter Verweis auf gestiegene Betriebskosten hat der Dienstleister mittlerweile den Dienstleistungsvertrag zum 31.12.2024 gekündigt.

Auch wenn sich infolge der zunehmenden Implementierung von S_BUC_19 in den verbleibenden Mitgliedstaaten die o. g. Anzahl von Papierrechnungen verringert, wird es weiterhin dauerhaft ein gewisses Kontingent an non-EESSI Forderungen gegenüber Abkommensstaaten geben. Vor dem Hintergrund sinkender Fallzahlen ist es allerdings nicht sicher, dass ein externer Dienstleister gefunden werden kann, der diese Arbeiten unter akzeptablen wirtschaftlichen Bedingungen übernimmt. Interne Erfassungsarbeiten unmittelbar beim GKV-Spitzenverband, DVKA sind zugleich nur bei sehr geringen Fallzahlen darstellbar.

Von einigen der Krankenkassen, die aktuell noch Kostenrechnungen in Papierform einreichen, ist der GKV-Spitzenverband, DVKA bereits angesprochen worden, ob eine Datenanlieferung [auf einem anderen Weg als über die Bitmarck-Software] elektronisch erfolgen kann. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Bitmarck-Software bereits heute die Übermittlung und Verarbeitung von elektronischen Abrechnungsdaten, die der GKV-Spitzenverband, DVKA vom Ausland elektronisch erhält, unterstützt. Von der Implementierung einer analogen Funktionalität in der Bitmarck-Software zur Einreichung von deutschen Forderungen in elektronischer Form wurde jedoch bislang abgesehen.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes, DVKA bietet die gegenwärtige Situation die Möglichkeit, die Prozesse für die Einreichung von Forderungen sowohl gegenüber Mitglied- als auch Abkommensstaaten weiter zu vereinheitlichen und zu modernisieren. Ein auf Dauer angelegtes dreigliedriges Einreichverfahren (EESSI/konventionell elektronisch/Papier) erscheint vor dem Hintergrund der anhaltenden Anstrengungen zur Digitalisierung im Gesundheitswesen wenig zeitgemäß, zumal bereits seit geraumer Zeit ein stabil etabliertes Verfahren zur Einreichung von Non-EESSI Forderungen in elektronischer Form existiert. Nicht zuletzt dürfte es schwer vermittelbar sein, dass umlagefinanzierte Erfassungsarbeiten weiterhin durch alle Krankenkassen getragen werden sollen, obwohl viele davon bereits ausschließlich auf elektronische Einreichverfahren umgestellt haben. Wie bereits erwähnt, besteht seitens Krankenkassen, die ihre Kostenrechnungen aktuell noch auf Papier einreichen, das Interesse, dieses Verfahren abzulösen. Der GKV-Spitzenverband, DVKA beabsichtigt daher, vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Gesamtumstände die Verarbeitung von deutschen Forderungen in Papierform zum 30.09.2024 einzustellen. Zu diesem Datum können demnach letztmalig Non-EESSI Forderungen in Papierform eingereicht werden. Sofern zu diesem Datum alle Forderungen aus dem Rechnungshalbjahr 1/2024 eingereicht werden, bliebe der 31.12.2025 als Frist zur Einreichung von Forderungen, die im 2. Halbjahr 2024 in die Rechnungsführung der Krankenkassen eingestellt werden. Hierdurch ist sichergestellt, dass die Krankenkassen gemeinsam mit ihren IT-Dienstleistern ausreichend Zeit zur Implementierung des elektronischen Datenaustauschs für Non-EESSI Forderungen im KKS-Verfahren über die ITSG haben. Nähere Informationen hierzu können der im DVKA-Extranet unter der Rubrik „Datenaustausch“ hinterlegten Verfahrensspezifikation entnommen werden.

Bekanntermaßen ist es für die Umsetzung von Prozessänderungen, die Anpassungen im IT-Bereich erfordern, hilfreich, wenn fachseitig auf verbindliche Vorgaben verwiesen werden kann.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird daher in den kommenden Monaten einen auf § 219b SGB V basierenden Entwurf für Gemeinsame Verfahrensgrundsätze zwecks Erörterung zur Verfügung stellen. Dieser wird voraussichtlich weitere Themengebiete umfassen, beispielsweise die nationalen EESSI-Verfahren sowie die Lieferung elektronischer Abrechnungsinformationen durch den GKV-Spitzenverband, DVKA an die Krankenkassen. Außerdem werden die Verfahren mit der Renten- sowie der Unfallversicherung aufgenommen. An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Gemeinsamen Verfahrensgrundsätze gemäß § 219b SGB V vom GKV-Spitzenverband, der DRV Bund und der DGUV bestimmt werden. Gegebenenfalls können die Gemeinsamen Verfahrensgrundsätze auch sukzessive weiterentwickelt werden.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zur Kenntnis. Es besteht Einvernehmen, dass die Einreichung von Forderungen in Papierform nicht mehr zeitgemäß ist und daher beendet werden soll. Die von der Thematik betroffenen Kassenartverbände sagen zu, dass die ihnen angeschlossenen Krankenkassen in Kürze entsprechende Anforderungen gegenüber ihrem IT-Dienstleister adressieren. Der GKV-Spitzenverband, DVKA erklärt seine Bereitschaft, soweit erforderlich bei der Umsetzung der elektronischen Einreichung von Forderungen in beratender Funktion tätig zu werden.

In diesem Zusammenhang hebt der GKV-Spitzenverband, DVKA nochmals hervor, dass bei vollständiger Einreichung von Forderungen des Rechnungshalbjahres 1/2024 zum Termin 30.09.2024, ein Zeitraum bis zum 31.12.2025 bleibt, um Forderungen aus dem Rechnungshalbjahr 2/2024 geltend zu machen. Aus Sicht der Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer sollten fristkritische Sachverhalte jedoch vermieden werden, indem eine Lösung zur elektronischen Einreichung von Forderungen deutlich früher realisiert wird. Ggf. können in Einzelfällen gesonderte Lösungen zur Anwendung kommen.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA wird in absehbarer Zeit einen Entwurf der Gemeinsamen Verfahrensgrundsätzen im Sinne von § 219b SGB V zur Verfügung stellen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 11

NAE-Betrieb

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

Sachverhalt:

Nachrichtentransport

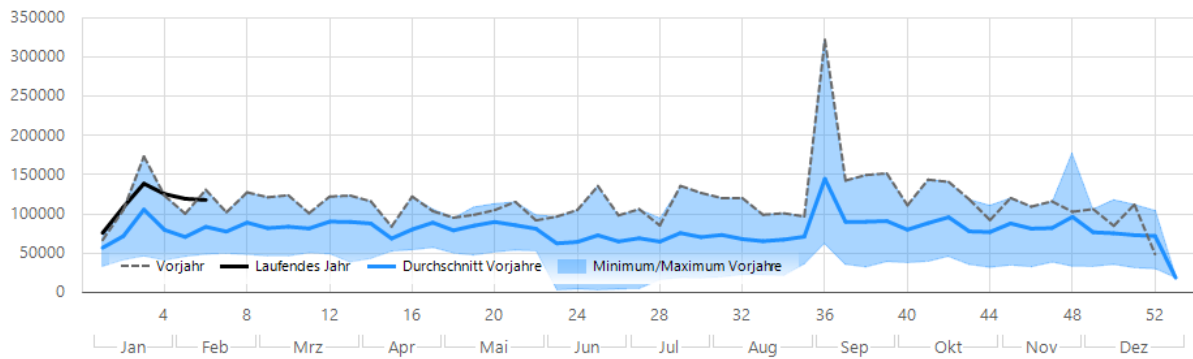
Per 06.12.2021 sind national alle geplanten EESSI-Geschäftsprozesse in Verwendung.

Alle Angaben in Mio.	Vorgänge (BUCs)	Nachrichten (SEDs)
Gesamtzahl seit Inbetriebnahme	7,72	15,17
Gesamt 2021	1,59	3,04
Gesamt 2022	2,47	4,87
Gesamt 2023	2,98	6,07
Jan 2024 (-1% ggü. Vorjahreszeitraum)	0,27	0,52
Anteil GKV europ. Vorgangs-Gesamtaufkommen:		ca. 15,2%

Der Anteil Deutschlands beträgt zum Berichtszeitpunkt ca. ein Fünftel des gesamten europäischen Vorgangsaufkommens (20,9 %), von welchem ca. 73 % der GKV zuzurechnen ist. Für das Jahresende 2024 werden ca. 3,5 Mio. Vorgänge und ca. 6,5 Mio. Nachrichten prognostiziert (FCT 1+11).

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 wurden:



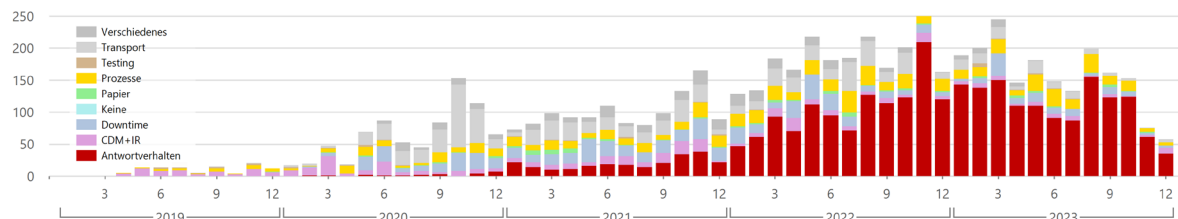
(Anzahl ein- und ausgehender Nachrichten pro Kalenderwoche seit 06/2020, rollierend)

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

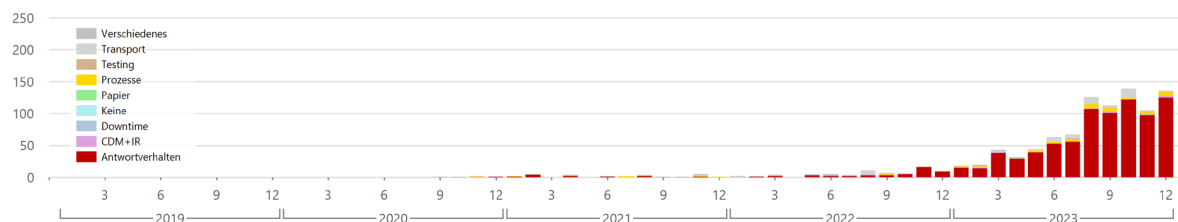
Anfragen an den NAE-Betrieb

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

Erlidigte nach Kategorie



Offene nach Kategorie



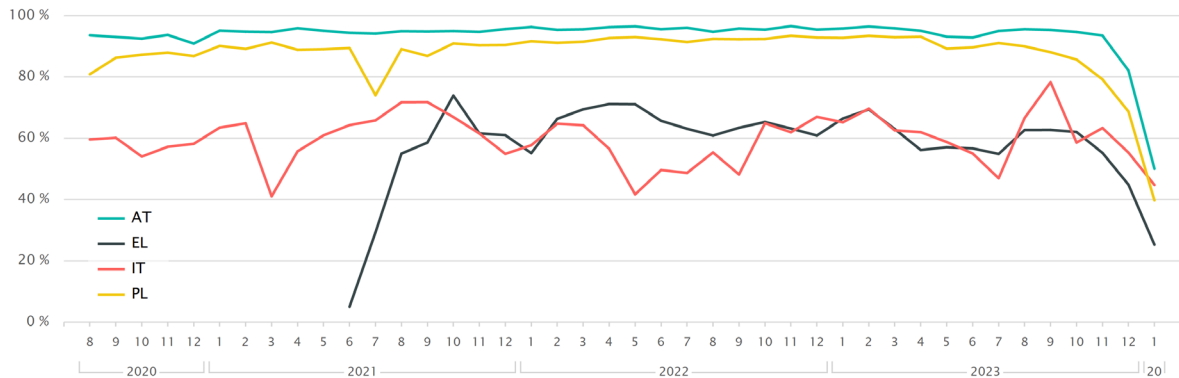
Ein Großteil der Anfragen an den NAE-Betrieb bezieht sich weiterhin auf ausbleibende Antworten in bestimmten Mitgliedstaaten (>75%), Fragen zur Trägeradressierung sowie der Abfrage von Zustellungen.

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 pro Mitgliedstaat nach Jahr und Monat



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

Betreffend Griechenland ist eine kontinuierliche Abarbeitung zu beobachten, nachdem die dort geplanten Maßnahmen zur Ausweitung der EESSI-Nutzung durch lokale Träger abgeschlossen wurde. Technische Schwierigkeiten sind in EL nicht aufgetreten.

Bezüglich Italien waren nach den mehrmonatigen technischen Schwierigkeiten, die durch IT erst zum Beginn des 4. Quartals 2023 behoben wurden, Folgeeffekte in der Vorgangsbearbeitung festzustellen. Das Bestehen technischer Schwierigkeiten überlagerte die unverändert anhaltenden italienischen Organisationsprobleme, welche nach wie vor zu beobachten sind.

Prozessbereich Kostenabrechnung

Ein zwischenzeitlich bei der Verbindungsstelle im Vereinigten Königreich bestehendes Verarbeitungsproblem konnte dank enger Zusammenarbeit behoben werden, alle fehlgeschlagenen und wartenden Nachrichten wurden im Anschluß erfolgreich zugestellt.

Die Anbindung der DGUV an die Kostenabrechnung konnte plangemäß im Dezember 2023 abgeschlossen werden, die Aufnahme der Forderungseinreichung war erfolgreich.

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.

EU-Themen – Sachstand RINA-Handover

Das vom RINA-Konsortium ausgewählte Dienstleisterkonglomerat – u.a. das italienische Unternehmen „Engineering“ zusammen mit Ernst&Young – hat bis Ende November 2023 eine Aufwandsschätzung abgegeben, welche die an der gemeinsamen Beschaffungsvereinbarung (Joint Procurement Agreement, JPA) teilnehmenden Mitgliedstaaten bis Oktober 2024 in die Lage versetzen soll, eine neue RINA-Version einsetzen zu können. Der Erfolg der Übernahme dürfte erheblichen Einfluss auf den neuen Inbetriebnahmezeitpunkt 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.

Nachdem Ende November 2023 auch eine Einschätzung des RINA-Konsortiums zu einem Umsetzungstermin vorlag, wurde über den Jahreswechsel 2023/2024 im Umlaufverfahren von den Mitgliedstaaten der 21.10.2024 als Inbetriebnahmetag für das CDM-Release 4.3.1 festgelegt.

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.

Die weitreichenden Änderungen bei den Conformance- und Interoperabilitätstests, welche der Kommission vorschwebten, wurden seitens der Mitgliedstaaten vollständig abgelehnt. Die weitere Vorgehensweise soll im Rahmen eines Piloten gefunden werden, um die Ausgestaltung praxisnäher vorzunehmen.

Die geplante vollständig neuen Access-Point-Software soll nach Vorstellungen der EU-Kommission bis Ende 2024 in allen Mitgliedstaaten produktiv sein. Aufgrund der hohen Komplexität sowie der Relevanz des Systems erscheint die vorgelegte Zeitplanung außerordentlich ambitioniert, es ist damit zu rechnen, dass sich noch Verschiebungen ergeben. Für den APDE05 ist eine Umsetzung frühestens im Jahr 2025 vorgesehen.

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. So haben die Mitgliedstaaten zwischenzeitlich Orientierungswerte zu Antwortzeiten vereinbart, und bezüglich der Geschäftsfortführung im Fehlerfall liegen erste operationale Vorschläge vor.

Im November 2023 wurde eine Initiative der Kommission erkennbar, die Verwendung von Zertifikaten zur Signierung von EESSI-Nachrichten weg von einer zentralen Stelle und hin zu den Institutionen zu verlagern. Aktuell werden alle EESSI-Nachrichten der Mitgliedskassen Richtung Ausland an genau einer Stelle mit einem gemeinsamen Zertifikat signiert, welches von der ITSG verwaltet wird. Dies enthebt die Mitgliedskassen von der Aufgabe, selbst für Signierung und die zugehörige Zertifikatsverwaltung sorgen zu müssen – dies wäre insbesondere für kleine Kassen aufwendig und umständlich.

Hielte die Kommission am gefassten Plan fest, bedeutete dies effektiv:

- die Einführung einer gesonderten Public-Key-Infrastruktur (PKI),
- signifikante Änderungen an allen Kassenanwendungen,
- die Einführung oder Anpassung von organisatorischen Zertifikatsverwaltungsstrukturen in den Kassen,
- Stockungen und Störungen im Nachrichtentransport durch Zertifikatsprobleme
- ein erhöhtes Ticketaufkommen beim NAE-Betrieb aufgrund von versäumten Zertifikatsverlängerungen, Falschhandhabungen oder Fehlsignierungen.

Es wird daher daran gearbeitet, gemeinsam mit den anderen deutschen Sozialversicherungszweigen sowie mit anderen betroffenen Mitgliedstaaten (u.a. BE, LU, NL) der Kommission die erheblichen Nachteile ihrer Initiative aufzuzeigen. In einem Ende Januar anberaumten Termin zum Thema haben beide Seiten ihre Beweggründe dargelegt. Es ist noch unklar, ob das Kommissionsvorhaben in der ursprünglichen Form abgewendet werden kann.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Sachstandsdarstellung zur Kenntnis.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 12

NCPeH Sachstand

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

Anlagen:

- RoadMap_NCPeH_EPA30.pdf

Sachverhalt:

Rückblick auf die Arbeiten im Jahr 2023

Gemäß der Projektplanung für das Jahr 2023 waren die folgende Meilensteine definiert:

Meilenstein	Datum	Ergebnis
Minimum Viable Product ist implementiert	30.06.2023	✓
Anschluss an TESTA-NG inkl. Konnektivitätstest	30.06.2023	✓
Durchführung des „preparatory Pre-Production-Test (prepPPT)“	08.12.2023	✓

Hervorzuheben sind vor allem die Durchführung und die Ergebnisse des prepPPT. Hierbei wurden im Zeitraum vom 23.10.2023 bis 08.12.2023 die technische Konnektivität an das TESTA-Netzwerk sowie der Austausch von Patientendaten mit mehreren Testländern geprüft. Im Ergebnis konnte mit den Testländern Niederlande, Irland und Malta erfolgreich ein Anfragen und Abrufen der Patient Summary aus Deutschland getestet werden. Die Tests beinhalteten die Anwendungsfälle Patientenidentifikation, Dokumentenauswahl und Bereitstellung der Patient Summary (zunächst für das auch im Produktivbetrieb geforderte PDF-Format in Deutsch). Zudem wurden die Daten über das ursprüngliche Ziel hinaus auch per XML mit manueller Transcodierung ausgetauscht. Der Abruf der Daten aus dem Aktensystem der TI wurde simuliert, da die Verbindung zur TI gem. Planung erst zu einem späteren Zeitpunkt hergestellt wird. Die Rückmeldungen der Testpartner in Form von direkten Feedbacks und Evaluationsbögen sowie die Verifikationen durch den eHDSI Service Provider belegen, dass alle Testschritte des Prep-PPT erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen werden konnten.

Darüber hinaus fanden kontinuierlich die Arbeiten an der fachlichen Transcodierung und Übersetzung der MIO-Daten durch das BfArM sowie die sukzessive Implementierung des Transformationsmanagers des NCPeH-Fachdienstes statt.

Im August 2023 hat das Bundeskabinett die Digitalgesetze für bessere Versorgung und Forschung im Gesundheitswesen beschlossen. Als Kernelement des Digital-Gesetzes wird die ePA ab 2025 für alle gesetzlich Versicherten, die dem nicht widersprechen, bereitgestellt (Opt-Out). Aufgrund dessen werden Änderungen an der NCPeH / ePKA Spezifikation notwendig sein, v.a. hinsichtlich der Sicherheitsarchitektur der TI. Dieser Beschluss hat signifikante Auswirkungen auf den Projektplan und die Umsetzung des NCPeH-Fachdienstes in funktionaler und zeitlicher Hinsicht, die im Folgenden kurz skizziert werden.

Ausblick auf das Jahr 2024

Derzeit finden Gespräche zwischen GKV-Spitzenverband, BMG und gematik statt mit dem Zweck, das weitere Vorgehen vor dem Hintergrund des Digital-Gesetzes abzustimmen. Mit dem aktuell favorisierten Szenario der Implementierung der ePA3.0 mit EU-Zugriff wären die folgenden Meilensteine zentral für das Projekt:

- die ePA 3.0 Spezifikation wird bis zum 31.03.2024 durch die gematik um den EU-Zugriff erweitert.
- eine dazu passende NCPeH Spezifikation wird durch die gematik bis zum 31.03.2024 (Vorabversion) bzw. bis zum 15.07.2024 (finale Version) erstellt.
- die Abnahmekriterien für den NCPeH-Fachdienst werden zwischen der gematik und dem Projekt bis zum 31.03.2024 festgelegt.
- die Industrie muss dafür die Erweiterungen für die ePA 3.0 mit EU-Zugriff bis zum 15.01.2025 umsetzen. Die Zulassung im Herbst 2024 (Wave 8) erfolgt ohne PVS-Anbindung, ohne FdV (Frontend des Versicherten) und mit synthetischen Testdaten.
- Ein entsprechendes Testsystem muss ab dem 30.08.2024 verfügbar sein.
- Spätestens zum prepPPT im Oktober 2024 wird eine Referenzumgebung seitens der ITSG zur Verfügung gestellt, mit der auch die formalen Abnahmetests im Februar 2025 durchgeführt werden können. Die finale Betriebsumgebung ist bis Ende Januar 2025 aufgebaut und abgenommen.
- In Q1/Q2 2025 findet ein formaler Abnahme- und Compliance-Test der EU statt.
- Der Termin zur Produktivsetzung ist gegenwärtig noch unklar.

Im Anhang befindet sich zur Visualisierung eine Road Map. Hierbei handelt es sich wesentlich nicht um einen Projektplan, da die Entscheidungen zum Vorgehen noch nicht abschließend getroffen sind.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA berichtet über den aktuellen Sachstand, der von den Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmern zur Kenntnis genommen wird. Einige Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wünschen sich zukünftig eine knapper gehaltene und

allgemein verständlichere Beratungsunterlage für die Fachkonferenz DVKA. Diesem Wunsch wird nachgekommen.



Projekt NCPeH

Vorläufige Road Map zur Umsetzung der ePA3.0 mit EU-Zugriff

Bonn,
07. Februar 2024
GKV-Spitzenverband, DVKA

BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 13

Daten zur Inanspruchnahme von EU-Patienten.de in 2023

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

Anlagen:

- Powerpoint-Folien
-

Sachverhalt:

Die Nationale Kontaktstelle EU-Patienten.de berichtet über die jährliche Inanspruchnahme und über die Verteilung der Anfragen auf die anfragenden Nutzer.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.

Anlage 1 zu TOP 13

TOP 13

Statistik zur Patienten-Mobilitäts-Richtlinie (RL 2011/24/EU)

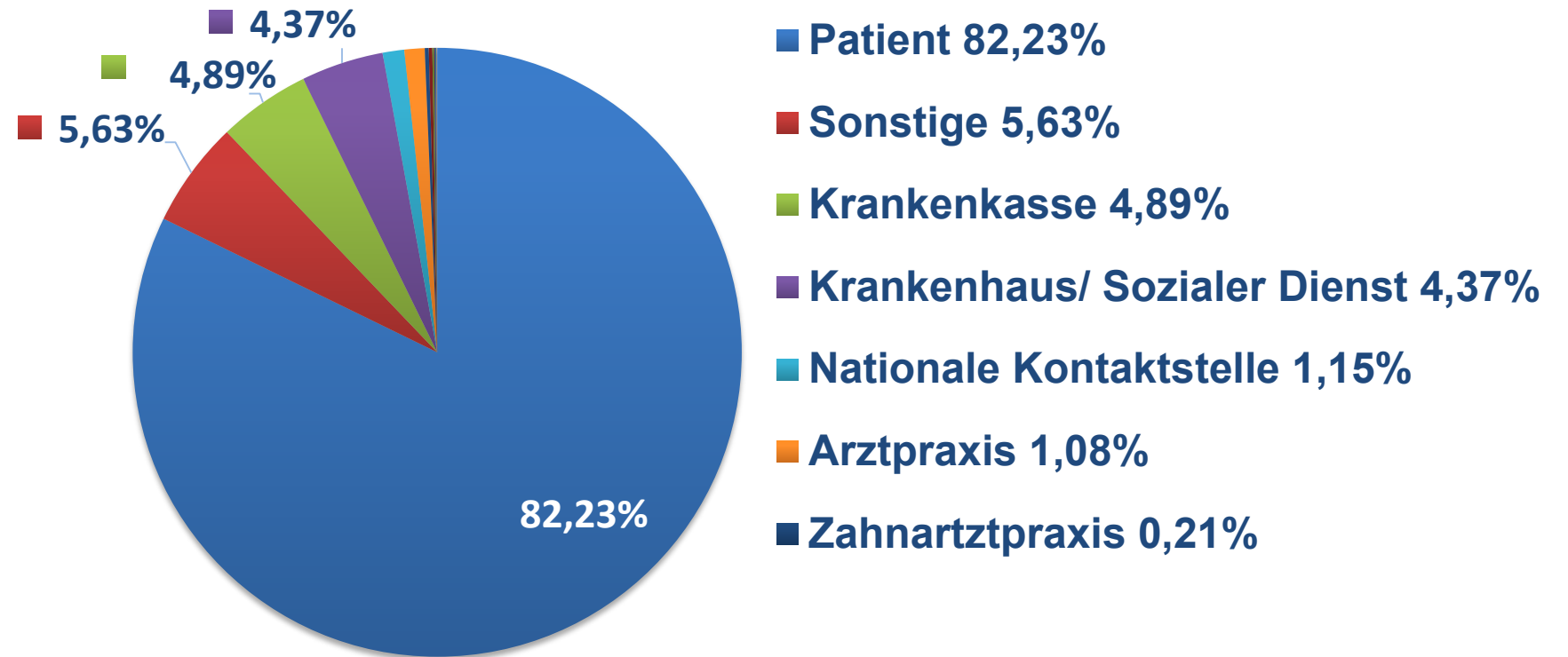


EU-
PATIENTEN
DE

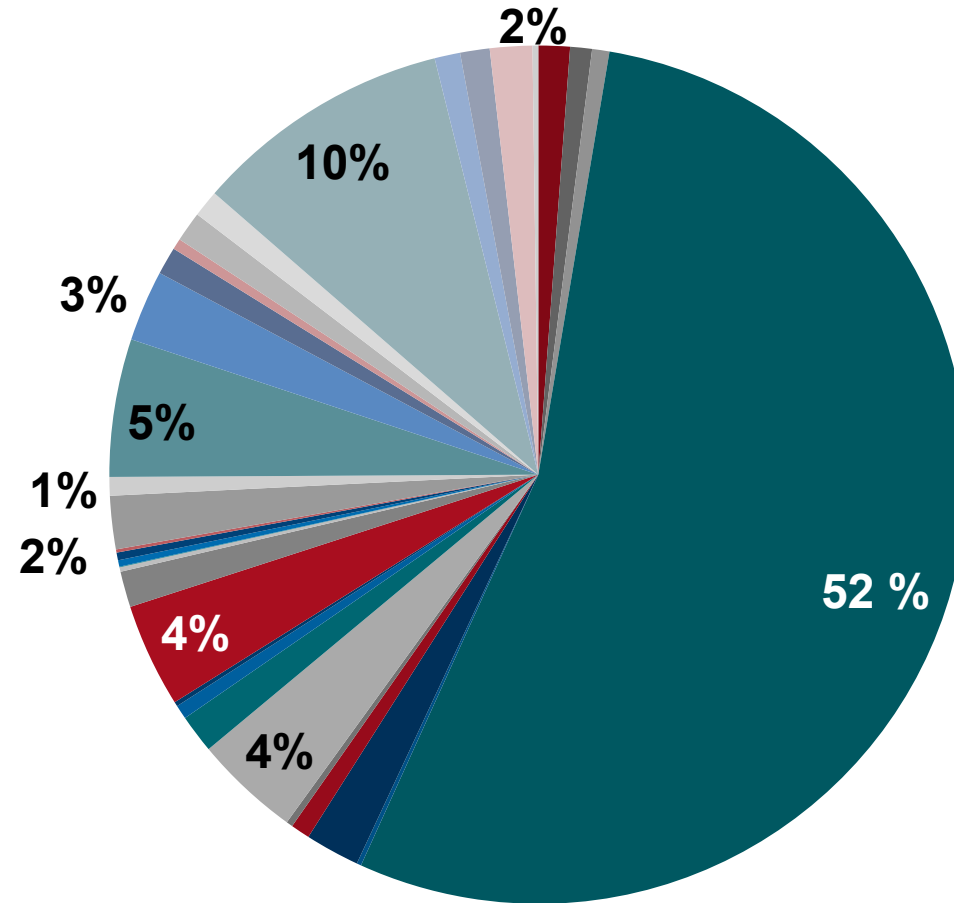
Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 12.03.2024
Bernd Christl

	2022	2023
▶ Gesamtanfragen	3.926	4.277 +9%
▶ Verteilung Anfragen aus DE/Ausland	49%/51%	52%/48%
▶ Verteilung Anteil der Patientenanfragen	82%/18%	82%/18%
▶ Verteilung nach gesetzlich/privat	93%/7%	93%/7%

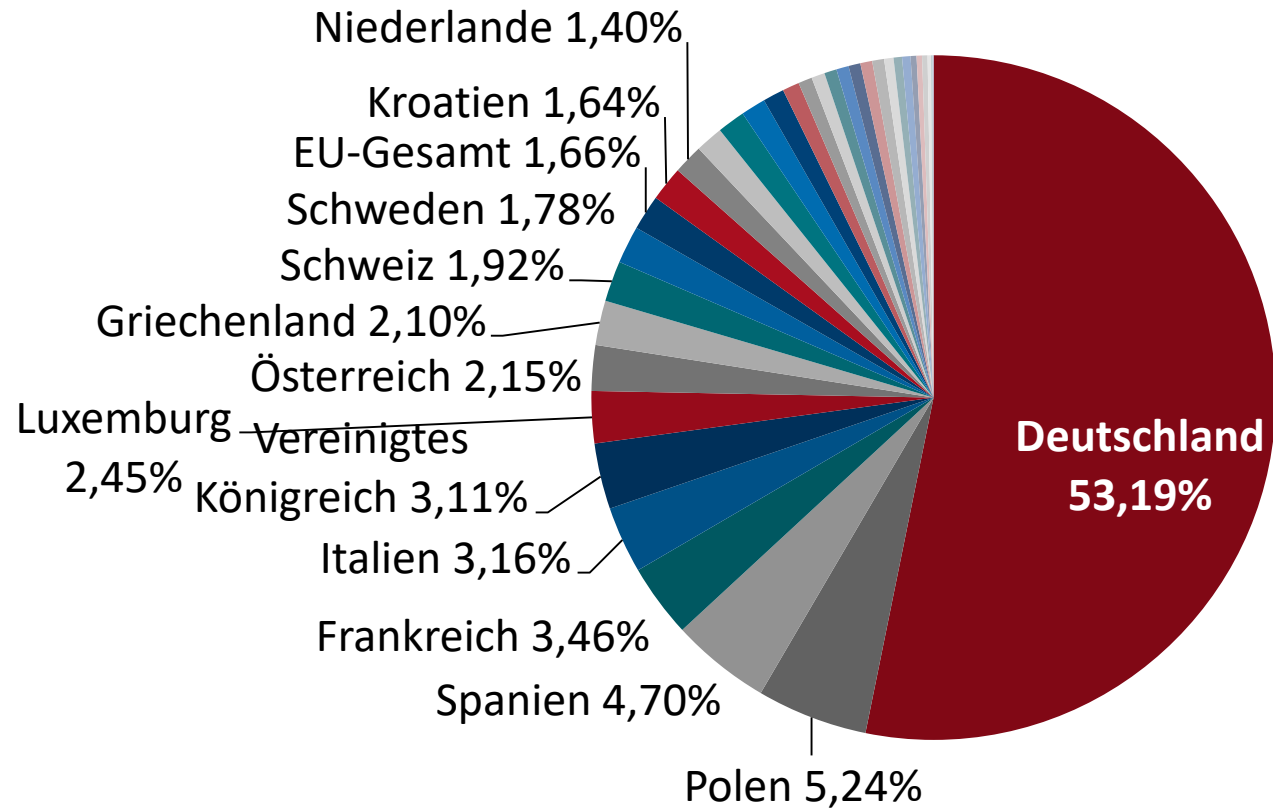
Wer hat angefragt?



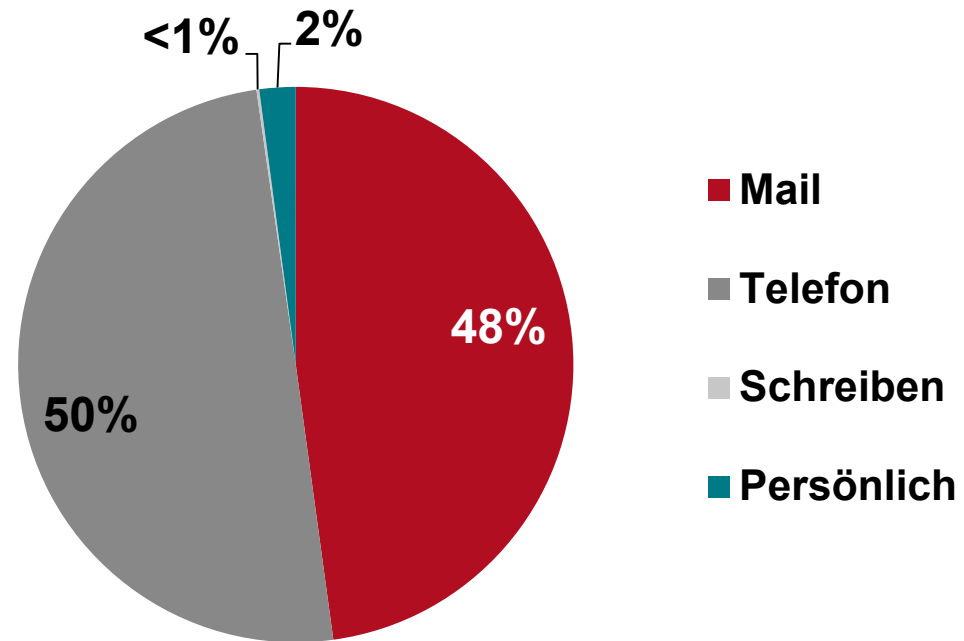
Wo sollte behandelt werden?

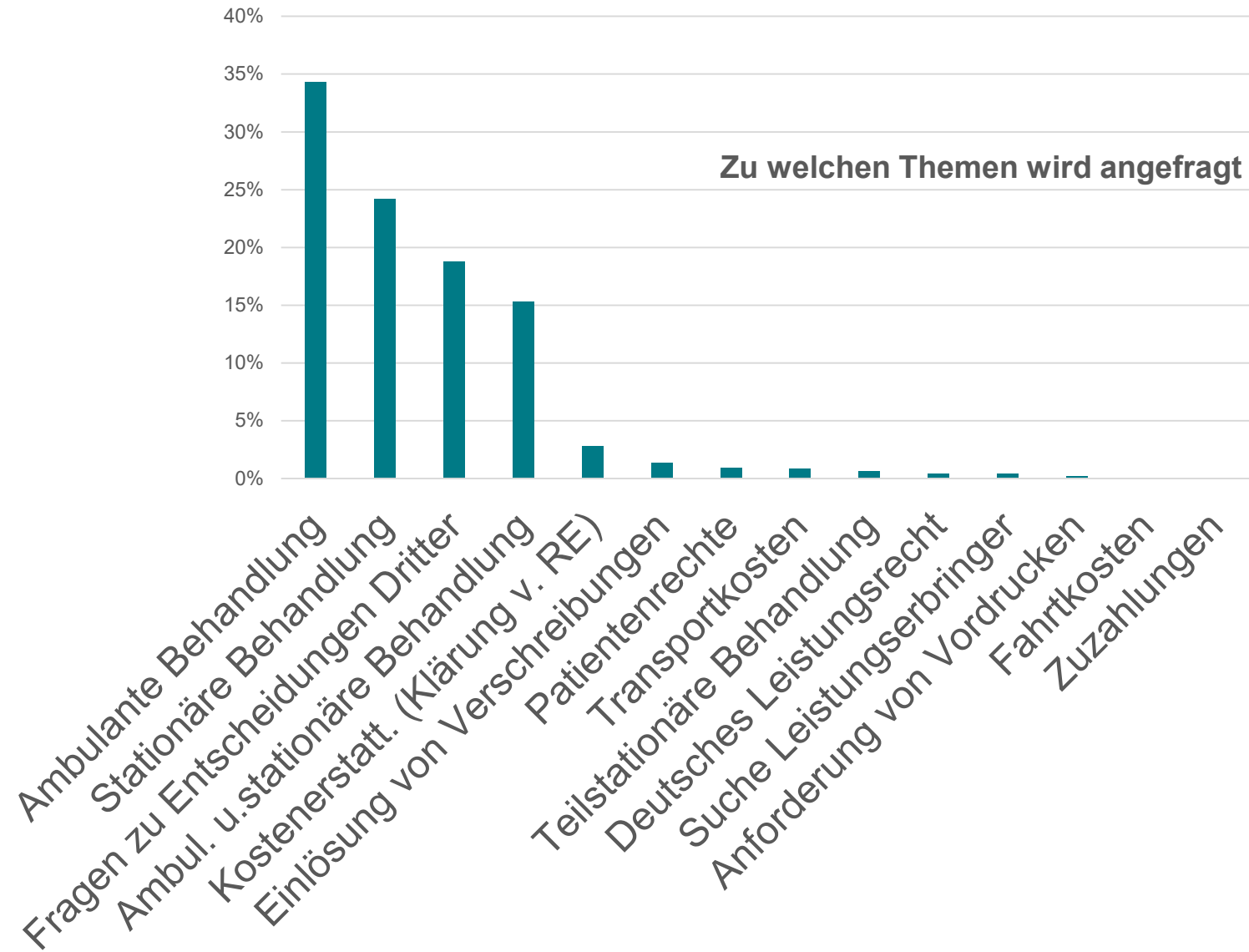


- Deutschland 52,42%
- EU-Gesamt 1,99%
- Frankreich 3,86%
- Griechenland 1,40%
- Italien 3,79%
- Kroatien 1,31%
- Niederlande 1,94%
- Österreich 5,03%
- Polen 2,60%
- Schweden 1,10%
- Spanien 9,42%
- Ungarn 1,08%
- Vereinigtes Königreich 1,54%

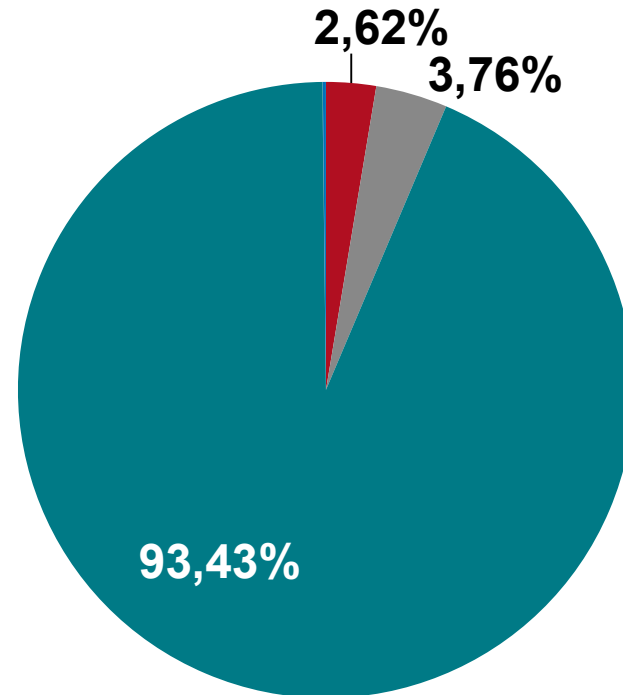


Anfrageart - Zugang





Versicherungsstatus



- Privat versichert
2,62%
- Gesetzlich und privat versichert
3,76%
- Gesetzlich versichert
93,43%
- Versichert im vertragslosen Ausland (Sonstige)
0,02%

BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 14

Lieferung statistischer Daten – Stand zur Änderung des Verfahrens

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

Sachverhalt:

In der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 27.09.2023 und zuletzt in der Sitzung am 07.12.2023 wurde über eine Änderung des Verfahrens zur jährlichen Meldung der statistischen Daten an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im Rahmen der Patienten-Mobilitäts-Richtlinie beraten. Es wird über den sich aus der letzten Sitzung der Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht vom 07.12.2023 ergebenden Stand des Verfahrens und über das Ergebnis der dort vom Fachbereich in Berlin angesprochenen Anfrage an das BMG hinsichtlich einer möglichen Aussetzung der Lieferung der Daten in 2024 für die Daten aus 2023 berichtet.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis. In der Sitzung teilten die Vertreter der Kassenartverbände mit, dass alle Daten, also sowohl die der Kosten als auch der Fälle nach Artikel 7 und 8 der Richtlinie bis 30.06.2024 übermittelt werden können.

Die Nationale Kontaktstelle schreibt die Mitglieder Fachkonferenz DVKA zeitnah nach der Sitzung per Mail an und erfragt die Ansprechpartner bei den Kassenarten und sendet eine Vorlage zur Übermittlung der Daten. Hinweis: Dies ist mit Mail vom 13.03.2024 erfolgt.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 15

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

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

Sachverhalt:

In der Zeit vom 21.09.2023 bis 11.03.2024 war der GKV–Spitzenverband, DVKA an folgenden Verbindungsstellengesprächen beteiligt:

Schweiz

Am 26.09.2023 fanden deutsch–schweizerische Ministeriumsgespräche statt, an denen der GKV–Spitzenverband, DVKA und die schweizerische Verbindungsstelle, die GE KVG, ebenfalls teilgenommen haben. Folgende Themen wurden besprochen:

- 1) Rückwirkende Zuständigkeit Schweiz
- 2) Anwendung der Verordnungen (EG) zur Koordinierung der sozialen Sicherheit für Drittstaatsangehörige in Bezug auf die Schweiz
- 3) Ansprüche auf Leistungen bei Nichtberufsunfällen (NBU) und Kostenabrechnung
- 4) Befreiung vom schweizerischen Obligatorium
- 5) Weitergehende Leistungsansprüche in der Schweiz für Grenzgänger

Vierseitige Verbindungsstellengespräche vom 28. und 29.09.2023

Die Verbindungsstellen und teilweise die zuständigen Behörden der Schweiz, von Liechtenstein, Österreich und Deutschland haben sich über verschiedene Themen zum Verordnungsrecht ausgetauscht.

Deutsch–schweizerische Verbindungsstellengespräche am 28. und 29.11.2023

Bei den Gesprächen wurde von schweizerischer Seite über den Stand der Umstellung auf EESSI im Bereich der Kostenabrechnung informiert. Außerdem wurde das „Self-Check-In“-Verfahren erläutert, mit dem sich im Ausland versicherte Personen bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus in der Schweiz registrieren lassen können. Der Leistungserbringer erhält sofort die

Mitteilung, ob die Person einen Anspruch auf Sachleistungsaushilfe hat. Ggf. wird über die GE KVG als aushelfenden Träger eine Antragsbescheinigung im Ausland angefordert.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer nehmen die Ausführungen zu Kenntnis.



BERATUNGSERGEBNIS

DVKA

Deutsche
Verbindungsstelle
Krankenversicherung –
Ausland

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 16

Beitreibungersuchen

Verfasser/in: Sabine Kienapfel / Knappschaft / Minijobzentrale

Sachverhalt:

Das EESSI-Verfahren wird in der Minijob-Zentrale/Knappschaft zur Beitreibung von Sozialversicherungsbeiträgen angewendet. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich bei dem Land, in dem vollstreckt werden soll, entweder um einen EU-Staat oder um einen Staat handelt, mit dem die Bundesrepublik Deutschland ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen hat.

Seit dem 6. Juli 2020 gehört die Bundesrepublik Deutschland zu den Ländern, die im Bereich der Verwaltungsvollstreckung von Sozialversicherungsbeiträgen im EU-Ausland Vollstreckungsaufträge nur noch per maschineller Datenübermittlung im EESSI-Verfahren an Träger in anderen Staaten übermitteln dürfen. Dabei kann jeder am EESSI-Verfahren teilnehmende EU-Staat Vollstreckungsaufträge sowohl versenden als auch vom jeweils anderen Träger im Ausland empfangen.

Jedoch bestehen in der Praxis bei der Durchführung der Vollstreckung über EESSI zahllose Schwierigkeiten. Diese beziehen sich sowohl auf technische Probleme (z.B. keine Zuordnung zu einer Betriebsnummer, in einigen Ländern nicht hochladbare Anlagen bzw. Angaben) als auch auf stetig wechselnde Voraussetzungen der Länder für die Annahme der Vollstreckungsaufträge.

Hinzu kommt, dass die im Ausland zuständigen Stellen nicht immer eine Rückmeldung zu den Vollstreckungsversuchen geben, sodass nicht feststellbar ist, ob der Auftrag bei der im Ausland zuständigen Stelle angekommen oder eine durchgeführte Vollstreckung erfolglos verlaufen ist. Auf Sachstandsanfragen erfolgen keine bzw. ganz selten Reaktionen. Insgesamt sind die Bemühungen zur Beitreibung trotz eines hohen Zeit- und Personalaufwandes bislang fruchtlos geblieben. Positive Erfahrungen haben wir mit dem Auskunftersuchen hinsichtlich der Adressermittlung durch die ausländischen Stellen.

Beratungsergebnis:

Die Sitzungsteilnehmerinnen und -teilnehmer tauschen sich über die Erfahrungen ihrer Einzugsstellen zum Beitragseinzug im Ausland bei Anwendung des elektronischen Datenaustauschs EESSI aus. Alle Kassenartverbände können berichten, dass sich das Verfahren mit dem R_BUC_07 schwierig gestaltet. Insbesondere würden Schwierigkeiten bei der Übermittlung von Dokumenten an die ersuchte Stelle bestehen, aber es sei auch unklar, ob das Ersuchen die zuständige Stelle im Ausland erreicht habe, da das Antwortverhalten sehr langwierig sei bzw. keine Rückmeldungen von den ausländischen Stellen erfolgen würden. Beispielhaft wird Bulgarien und Rumänien genannt. Der GKV-Spitzenverband, DVKA kann anhand von Auswertungen des R_BUC_07 ein langwieriges Antwortverhalten bestätigen.

Es wird vereinbart, dass der GKV-Spitzenverband, DVKA in Absprache mit den Kassenartverbänden einen Workshop zu diesem Thema organisieren wird, in dem alle beteiligten Personen ihre Erfahrungen austauschen und die Schwierigkeiten bei der Vollstreckung im Ausland erörtert werden. Es sollen Lösungsansätze zur Verbesserung des Verfahrens erarbeitet werden.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 17

Verschiedenes

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

Julian van Kleist / vdek

Sachverhalt:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt zu nachfolgenden Punkten im Rahmen der Sitzung Stellung:

Projekt Tover

Im Rahmen der letzten Sitzung der Fachkonferenz DVKA am 21.09.2023 wurden das „Projekt Tover“ unter TOP 4 erörtert. Der vdek bitte um einen aktuellen Sachstand.

Betriebslenkungsausschuss

1. Ticketsystem

Im Rahmen der letzten Sitzung des NAE-Betriebslenkungsausschuss am 07.12.2023 ist die Überlegung angesprochen worden, ein JIRA-Ticket-Verfahren auch für Anfragen an die Grundsatzreferate der DVKA einzuführen. Ein vergleichbares System ist im NAE-Betrieb im Einsatz. Der vdek bittet um Auskunft zum aktuellen Sachstand. Was plant die DVKA und wann könnte so ein Ticketsystem in die Nutzung gehen?

2. Workaround „S_BUC_03 und S_BUC_04: Stornierung von Anspruchsbescheinigungen in Wohnortfällen

Im Rahmen der letzten Sitzung des NAE-Betriebslenkungsausschuss am 07.12.2023 wurde unter TOP 8 Verschiedenes besprochen, dass im Extranet der DVKA ein Workaround angepasst wird zum Thema „S_BUC_03 und S_BUC_04: Stornierung von Anspruchsbescheinigungen in Wohnortfällen“. Dies ist auch geschehen und abgebildet mit den zwei Abschnitten unter der Überschrift „Besonderheit in Bezug auf Niederlande, Dänemark und Polen:“ hier:

https://www.dvka.de/de/extranet/eessi_informationsmaterial/behelfsloesungen_und_musterschreiben/musterschreiben_1.html

Es gab allerdings dazu keine Informationen jenseits dieser Seite „Workarounds“. Für die Krankenkassen ist es wichtig, dass die Tatsache der Änderung von Arbeitshilfen oder Workarounds bekannt gemacht wird. Sonst geht die Änderung unter und kann nur durch Zufall entdeckt und umgesetzt werden.

Darum bitten wir, dass diese Art Änderungen von Arbeitshilfen oder Workarounds auch immer unter „Neueinstellungen der letzten 30 Tage“ bekannt gemacht werden hier:

<https://www.dvka.de/de/extranet/extranet.html>

Ergänzung der Urlauber-Merkblätter

Zuletzt wurde in der Ad-hoc-Gruppe am 12.11.2023 in Aussicht gestellt, alle Urlauber-Merkblätter für Touristen um einen Hinweis zu ergänzen, dass Papierausdrucke notwendig sind, um sich Kosten für e-Rezepte im Ausland erstatten zu lassen.

Wie ist hier der Stand?

Beratungsergebnis:

Projekt Tover

Es fand ein schriftlicher Austausch zu dieser Thematik mit der zuständigen niederländischen Stelle Sociale Verzekeringsbank statt. Einige Rückfragen sind noch zu klären. Es zeichnet sich ab, dass es sich nicht um ein Massenphänomen handelt.

Ticketsystem

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erläutert, dass er derzeit die verschiedenen Kundenschnittstellen aus seinem Geschäftsbereich analysiert, zu denen auch Anfragen zu Grundsatzfragen zählen. Ziel ist es, möglichst einheitliche, transparente und kundenfreundliche Kommunikationswege zu etablieren.

Mitteilung zu Änderungen von Arbeitshilfen, Workarounds etc.

Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt die Anregung auf und prüft, wie sich der geäußerte Bedarf realisieren lässt.

Ergänzung der Urlauber-Merkblätter

Der GKV-Spitzenverband, DVKA hat die Urlaubermerkblätter um einen entsprechenden Hinweis ergänzt. Einige Staaten haben mitgeteilt, dass es keinen Papierausdruck bei elektronischen Verschreibungen gebe. In diesen Fällen enthalten die Merkblätter den Hinweis, dass die Versicherte eine detaillierte Rechnung erhalten, die sie für die Kostenerstattung einreichen sollen.

Austausch Leistungsaushilfe/Kostenabrechnung – Portal

Der AOK-Bundesverband fragt nach dem aktuellen Stand der LAH-Servicekachel im NAE-Portal und bringt vor, es habe dazu im eigenen Haus Unklarheit gegeben. Der GKV-Spitzenverband, DVKA verweist auf die kommende Vorstellung im NAE-Betriebslenkungsausschuss sowie die damit verbundenen zusätzlichen Informationsveranstaltungen.



BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 18

Tschechische Republik – Verwechslungsgefahr nationale tschechische Ersatzbescheinigung / provisorische Ersatzbescheinigung

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

Anlagen:

- Muster der tschechischen nationalen Ersatzbescheinigung
-

Sachverhalt:

Der AOK-Bundesverband berichtet, dass es bei den Krankenkassen derzeit vermehrt zu Verwechslungen zwischen der nationalen tschechischen Ersatzbescheinigung und der Provisorischen Ersatzbescheinigung auf EU-Ebene kommt. Die nationale tschechische Ersatzbescheinigung für die tschechische Gesundheitskarte sieht fast genauso aus wie die Provisorische Ersatzbescheinigung auf EU-Ebene.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt die Ausführungen zur Kenntnis und bittet um Übersendung von Sachverhalten. Er sichert zu, die Sachverhalte zu prüfen und ggf. weitere Schritte einzuleiten. Unter anderen soll geprüft werden, ob hierzu ein Hinweis auf der Homepage für die Leistungserbringer aufgenommen wird.

nationale Ersatzbescheinigung



Náhradní průkaz pojištěnce Všeobecné zdravotní pojišťovny VZP ČR

Informace o pojištěnci

Příjmení: [redacted]
 Jméno: [redacted]
 Datum narození: [redacted]
 Číslo pojištěnce: [redacted]

Informace o kompetentní instituci

Kód ZP: [redacted]

Informace o průkazu zdravotního pojištění

Číslo průkazu:
 Platnost do:

Doba platnosti

Od: [redacted]
 Do: [redacted]

Datum vydání Náhradního průkazu

[redacted]

Podpis a razítko instituce

[redacted]

Poznámky a informace:

Tento náhradní průkaz pojištěnce opravňuje držitele k čerpání plné zdravotní péče na území České republiky.

Provisorische Ersatzbescheinigung

POTVRZENÍ DOČASNĚ NAHRAZUJÍCÍ EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ (Toto potvrzení se vydává na základě přílohy 2 Rozhodnutí č. 190 z 18. června 2003, týkající se technické specifikace Evropského průkazu zdravotního pojištění)

Označení formuláře

1. E-□□□□

Kód vydávající země

2. CZ

Informace o pojištěnci

3. Příjmení: [redacted]
 4. Jméno: [redacted]
 5. Datum narození: [redacted]
 6. Číslo pojištěnce: [redacted]

Informace o kompetentní instituci

7. Kód ZP: [redacted]

Informace o evropském průkazu zdravotního pojištění

8. Číslo průkazu: [redacted]
 9. Platnost do: [redacted]

Doba platnosti

a) Od: [redacted]
 b) Do: [redacted]

Datum vydání formuláře

c) [redacted]

Podpis a razítko instituce

d) [redacted]

Poznámky a informace:

Všechny normy použité pro okem čitelné údaje na Evropském průkazu zdravotního pojištění týkající se názvů polí, hodnot, délek a poznámek se uplatní i na tomto Potvrzení.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 19

Erstattung von in der Türkei selbst beschafften Sachleistungen

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

Sachverhalt:

Der AOK-Bundesverband berichtet, dass bei den Krankenkassen immer wieder Kunden mit sehr hohen Rechnungen für in der Türkei in Anspruch genommene Sachleistungen um eine Kostenerstattung bitten. Die Anfragen der erstattungsfähigen Vertragsätze in der Türkei mit dem T/A 26 ergeben im Regelfall einen sehr geringen Erstattungssatz, der nur einen Bruchteil der entstandenen Kosten ersetzt. Der AOK-Bundesverband schlägt vor, in den Vordruck T/A 26 eine zusätzliche Erläuterung aufzunehmen, in der – ähnlich der Erläuterung zu Zahnersatzleistungen – mehrere Gründe (Kennbuchstaben) festgelegt werden, warum ein Rechnungsbetrag gekürzt bzw. abgelehnt wird.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA nimmt die Ausführungen zur Kenntnis und erläutert, dass die Problematik bekannt ist. Ein Hauptgrund für den großen Unterschied ist, dass nach türkischen Rechtsvorschriften für eine Behandlung in einem privaten Krankenhaus ohne Vertrag mit der SGK bzw. bei einer privaten Behandlung in der Türkei bis zu 200 % Mehrkosten abgerechnet werden können. Der GKV-Spitzenverband, DVKA sagt zu, dass Merkblatt „Urlaub in der Türkei“ zu prüfen und ggf. ergänzende Hinweise aufzunehmen.

BERATUNGSERGEBNIS

Fachkonferenz DVKA

am: 12.03.2024

Stand: 12.03.2024

TOP 20

Abrechnung der Kosten einer stationären Behandlung für in Rumänien versicherte Personen

Verfasser/in: Jürgen Rudack / BKK Landesverband NORDWEST

Sachverhalt:

Der BKK Landesverband Nordwest berichtet, dass bei einigen Krankenkassen Probleme bei der Abrechnung bzw. Gültigkeit der rumänischen EHIC auftreten. In den vorliegenden Sachverhalten wurden in Rumänien versicherte Personen in deutschen Krankenhäusern behandelt. Eine Vorlage der EHIC erfolgte zunächst nicht, sondern sie wurde nachgereicht. Bei der Kostenabrechnung werden die Rechnungen von rumänischer Seite regelmäßig mit dem Hinweis beanstandet, dass die EHIC erst ab einem Tag nach dem Beginn des Krankenhausaufenthalts gültig ist. Entsprechend wird eine Kostenübernahme für Leistungen vor dem Beginndatum abgelehnt.

Beratungsergebnis:

Der GKV-Spitzenverband, DVKA erörtert, dass die Problematik bekannt ist. Es wurde bereits in der Vergangenheit geklärt, dass der zuständige Träger tatsächlich nur die Kosten für die Zeiträume erstatten muss, in denen eine gültige EHIC/Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorgelegen hat. Der GKV-Spitzenverband, DVKA bittet das im Merkblatt „Informationen zur stationären und ambulanten Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“ (www.dvka.de → „Leistungserbringer“ → „Stationäre Versorgung“ → „Informationen zur stationären und ambulanten Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten, die im Ausland krankenversichert sind“) beschriebene Verfahren (insbesondere Punkt 1.2) zu beachten. Das Merkblatt führt aus, dass eine EHIC nur am Aufnahmetag oder spätestens am folgenden Arbeitstag nachgereicht werden kann. Andernfalls können die Kosten nicht von der aushelfenden Krankenkasse übernommen werden. Auf Nachfrage weist der GKV Spitzenverband, DVKA auch auf die Informationen zur EHIC bzw. PEB auf der Homepage sowie die Ausführungen im RS 2021/252 vom 31.03.2021 hin.

Bei den länderspezifischen Besonderheiten zu Rumänien wird darauf hingewiesen, dass Rumänien eine EHIC für zwei Jahre ausstellt. Somit kann die Krankenkasse anhand der Gültigkeitsdauer

direkt feststellen, wann die EHIC ausgestellt wurde. Sollte dies nach dem Beginn der Krankenhausbehandlung sein, dann wird empfohlen, die Kostenübernahme direkt abzulehnen.