UNIVERSITÄT DUISBURG ESSEN

Offen im Denken

Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV

-Endbericht-

Vorgelegt vom Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement der

Universität Duisburg-Essen

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Dr. Gerald Lux

Dr. Sonja Schillo

Vorgelegt am 25.01.2016

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis ... 3
Abbildungsverzeichnis ... 5
Tabellenverzeichnis ... 6
Executive Summary ... 7
1 Hintergrund und Aufbau des Gutachtens ... 18
2 Datengrundlagen und deskriptive Statistiken ... 23
2.1 Angeforderter Forschungsdatensatz ... 24
2.2 Datenlieferungen durch die Krankenkassen ... 26
2.3 Limitationen der Daten ... 28
3 Methodisches Vorgehen ... 31
3.1 Experteninterviews ... 31
3.2 Empirische Analysen ... 32
4 Bearbeitung der Forschungsfragen ... 34
4.1 Forschungsfrage 1 ... 34
4.1.1 Forschungsfrage 1a ... 36
4.1.2 Forschungsfrage 1b ... 41
4.1.3 Forschungsfrage 1c ... 42
4.1.4 Forschungsfrage 1d ... 53
4.2 Forschungsfrage 2 ... 70
4.3 Forschungsfrage 3 ... 73
4.4 Forschungsfrage 4 ... 77
Literaturverzeichnis ... 89
Anhang ... 91
Anhang A: Leitfragen für ein Experteninterview ... 91
Anhang B: Anspruchsbescheinigungen und Abrechnungsarten für Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland (für Mitgliedsstaaten) ... 92
Anhang C: Anspruchsbescheinigungen und Abrechnungsarten für Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland (für Abkommensstaaten) ... 94
Anhang D: Deskriptive Statistiken zum Forschungsdatensatz ... 95
Anhang E: Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 18/2013 vom 14. November 2014 ... 98
Anhang F: Gesamtübersicht Abrechnungsarten in Mitgliedsstaaten und Abkommensstaaten ... 99
Anhang G: Eingebundene Krankenkassenstatistiken und RSA-Datenmeldungen ... 103
Anhang H: Übersicht zum Verfahren der Kostenerstattung nach EG-VO 987/09 ... 104

Abkürzungsverzeichnis

AGG	=	Alters- und Geschlechtsgruppe
AOK	=	Allgemeine Ortskrankenkasse
AusAGG	=	Auslands-Alters- und Geschlechtsgruppen
BKK	=	Betriebskrankenkasse
BVA	=	Bundesversicherungsamt
c.p.	=	ceteris paribus; unter sonst gleichen Umständen
DVKA	=	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland
EDV	=	Elektronische Datenverarbeitung
EG	=	Europäische Gemeinschaft
EHIC	=	European Health Insurance Card
EMG	=	Erwerbsminderungsgruppe
et al.	=	und andere (et alia)
EU	=	Europäische Union
EWR	=	Europäischer Wirtschaftsraum
GKV	=	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FQWG	=	Gesetzliche Krankenversicherung – Finanzstruktur- und Qualitäts-weiterentwicklungsgesetz
HGB	=	Handelsgesetzbuch
HLB	=	Hauptleistungsbereich(e)
HMG	=	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe
ICD-10-GM	=	International Classification of Diseases, Version 10, German Modification
IKK	=	Innungskrankenkasse
ISO	=	International Organization for Standardization
KA	=	Kontenart
KBS	=	Knappschaft-Bahn-See
KEG	=	Kostenerstattergruppe
KJ1	=	Kassenjahresrechnung
KK	=	Krankenkasse
Max	=	Maximum
Med	=	Median
Min	=	Minimum
Mw	=	Mittelwert
Morbi-RSA	=	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
RF	=	RSA-Risikofaktor
RSA-ÄndV	=	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
RSAV	=	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SA	=	Satzart
Sd	=	Standardabweichung (Standard deviation)

SED	=	Strukturierte(s) elektronische(s) Dokumente (Dokument)
SGB V	=	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SVLFG	=	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Vgl.	=	Vergleiche
VJ	=	Versichertenjahr
VO	=	Verordnung
VT	=	Versichertentage

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auslands-Alters- und Geschlechtsgruppen im Teildatensatz AusAGG-Versicherte im Vergleich zu inländischen Versicherten im Forschungsdatensatz 43

Abbildung 2: Auslands-Alters- und Geschlechtsgruppen im Forschungsdatensatz und im BVA-Datensatz im Jahr 2013 44

Abbildung 3: Durchschnittsalter der Versicherten nach Einschreibungsländern im Teildatensatz Erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG* 45

Abbildung 4: Anzahl der Versicherten nach Einschreibungsländern im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG * 46

Abbildung 5: Personengruppenverteilung nach Einschreibungsländern im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG * 47

Abbildung 6: Versicherte nach Personengruppen im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG * 48

Abbildung 7: RF von Inlands- und Auslandsversicherten vor dem Jahr der Einschreibung nach AGG im Forschungsdatensatz 51

Abbildung 8: Leistungsausgaben von AusGGlern nach Ländern im Jahr 2013* 64

Abbildung 9: Kontenarten 480/483 für AusAGGler nach Ländern im Jahr 2013* 67

Abbildung 10: AusAGGler aus 2012: VT und AusAGG in 2013 im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG 70

Abbildung 11: Alters- und Geschlechtsgruppen im Forschungs-und BVA-Datensatz 95

Abbildung 12: EMGn im Forschungs- und BVA-Datensatz 96

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Deckungsquoten für Auslandsversicherte 2009 bis 2013 20

Tabelle 2: Statistische Kennzahlen für die Ausgaben der Auslandsversicherten im Vergleich 21

Tabelle 3: Statistische Kennzahlen für den Zuwendungsbereich der Auslandsversicherten im Vergleich 21

Tabelle 4: Forschungsdatensatz und seine Teilkomponenten 28

Tabelle 5: Anspruchsscheine von Mitgliedsstaaten bei gewöhnlichem Aufenthalt (Wohnortfall) 35

Tabelle 6: Vergleich der HMG-Prävalenzen zwischen Versicherten mit und solchen ohne Einschreibung im Folgejahr 2013 im Forschungsdatensatz (Top 20 Abweichungen) 52

Tabelle 7: Leistungsausgaben nach HLB im Jahr 2013 im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG* 59

Tabelle 8: Gesamtleistungsausgaben der AusAGGler im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit HLB-bezogenen Daten* 59

Tabelle 9: Gesamtleistungsausgaben im Jahr 2013 im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG* 60

Tabelle 10: Zuweisungsgrößen je VJ für AusAGGler für das Ausgleichsjahr 2013. 61

Tabelle 11: Durchschnittliche AusAGG-Zuweisung je VJ je Einschreibungsland im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG 62

Tabelle 12: Buchungen in den Kontenarten 480/483 für AusAGGler im Jahr 2013* 65

Tabelle 13: Buchungen in den Kontenarten 480/483 für AusAGGler im Jahr 2013* (mit Einbezug der AusAGGler, die keine Buchung aufweisen)* 65

Tabelle 14: Gegenüberstellung von Auslandsrechnungen (Kontenarten 480/483) für AusAGGler und Nicht-AusAGGler* 68

Tabelle 15: Versichertentageanalyse in 2012 und 2013* im Teildatensatz Erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG 69

Tabelle 16: Anspruchsbescheinigung und Abrechnungsart für die Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland - Mitgliedsstaaten 92

Tabelle 17: Anspruchsbescheinigung und Abrechnungsart für die Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland - Abkommensstaaten 94

Tabelle 18: Leistungsausgaben der Gesamtpopulation nach HLB im Jahr 2013* 97

Tabelle 19: Gesamtleistungsausgaben des Forschungsdatensatzes im Jahr 2013* 97

Tabelle 20: Höhe der Zu- und Abschläge je Versichertentage für Auslandsversicherte (mit Wohnsitz Ausland) 98

Tabelle 21: Abrechnungsarten in Mitgliedsstaaten und Abkommensstaaten 99

Executive Summary

1. Hintergrund und Aufbau des Gutachtens

- Seit 2009 werden für Auslandsversicherte spezielle Zuweisungsgruppen (Auslands-Alters- und Geschlechtsgruppen, AusAGGn) gebildet. Seitdem wird darüber eine kontroverse Diskussion geführt, weil für diese Versicherten zumeist Überdeckungen ermittelt wurden, andererseits eine Reihe von Krankenkassen gleichwohl postuliert, in diesem Bereich unterdeckt zu sein. Die Entwicklung der Deckungsquoten zeigt zwischen und innerhalb der Kassenarten ein heterogenes Bild, wobei (wie im Gutachten im Einzelnen dargelegt wird) die in die Deckungsquoten einfließenden „Ausgaben" nur näherungsweise die realen Ausgaben von Auslandsversicherten darstellen.

- Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-FQWG eine Übergangsregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte geschaffen und die Vergabe eines Gutachtens vorgesehen.

- Das Gutachten geht zunächst auf die Datengrundlagen ein, beschreibt das methodische Vorgehen und bearbeitet dann die in der Auftragsvergabe formulierten Forschungsfragen.

2. Datengrundlagen und deskriptive Statistiken

- Das Gutachten stützt sich auf vier empirische Grundlagen: Amtliche Dokumente, die im Kontext der Auslandsversicherten relevant sind, Experteninterviews bei DVKA und Krankenkassen, den Datensatz des Bundesversicherungsamts zur Durchführung des Morbi-RSA (im Folgenden: BVA-Datensatz) sowie einem für dieses Gutachten am Lehrstuhl für Medizinmanagement zusammengeführten Forschungsdatensatz.

- Der Forschungsdatensatz enthält Daten aus den Jahren 2012 und 2013 zu rd. 45,4 Mio. der rd. 72,7 Mio. GKV-Versicherten des BVA-Datensatzes, darunter rd. 207 Tausend Versicherte mit einer AusAGG (entsprechend rd. 70,5 % der rd. 295 Tausend AusAGG-Versicherten im BVA-Datensatz). Allerdings konnten nur von drei Kassen für etwas mehr als 17 Tausend AusAGG-Versicherte versichertenbezogene Auslandsausgaben (Kontenarten 480 bzw. 483) geliefert werden.

- Der Datensatz weist zahlreiche Limitationen auf. Beispielhaft war das Vorhandensein des Merkmals „Grenzgänger" nicht vollständig dokumentiert. Der ursprünglich im For-

schungskonzept für das Gutachten entwickelte Ansatz, Daten mit einem mehrjährigen Versatz mit dem aktuellen Rechnungsstand anzufordern, war nicht umsetzbar, weil viele Krankenkassen aufgrund ihrer Fusionshistorie oder Systemumstellungen dazu nicht oder nur teilweise in der Lage waren.

3. Methodisches Vorgehen

Das Gutachten wurde in drei Phasen bearbeitet.

- In einer Dokumentenanalyse wurden insbesondere die einschlägigen EG-Verordnungen nebst dazugehöriger (nicht öffentlich verfügbarer) Leitfäden für die Krankenkassen ausgewertet.

- Für die Experteninterviews wurde mittels eines im Projekt erarbeiteten Interviewleitfadens je Krankenkassenart mindestens ein Interviewpartner rekrutiert. Zudem wurde ein Experteninterview mit mehreren Vertretern der DVKA geführt. Nach den Interviews wurden die Expertenaussagen verschriftlicht und qualitativ ausgewertet.

- Zusätzlich wurden empirische Analysen auf dem für das Gutachten generierten Forschungsdatensatz durchgeführt; einige wenige Kennzahlen wurden auch auf den im BVA vorliegenden GKV-Daten (BVA-Datensatz) ermittelt.

4. Bearbeitung der Forschungsfragen

4.1 Forschungsfrage 1:

Wie ist das Status quo Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich gestaltet und welche Verbesserungspotenziale bestehen? Wie kommen die Meldungen der Krankenkassen zu den Auslandsversicherten zustande?

- Versicherte, deren gemeldete Auslandsversichertentage im Vorjahr 183 Versichertentage überschreiten, werden genau einer von – in der Struktur den inländischen AGGn entsprechenden – 40 AusAGGn zugeordnet, für die die durchschnittlichen Gesamtzuweisungen der inländischen Versicherten in der analogen AGG zugewiesen werden.

- Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungsaushilfe ist eine Anspruchsbescheinigung seitens des zuständigen inländischen Trägers und anschließende Einschreibung durch den ausländischen Träger. Abrechnungen zwischen aushelfendem und inländischem Kos-

tenträger erfolgen in aller Regel über die jeweiligen Verbindungsstellen (in Deutschland: DVKA). Bei Leistungsaushilfe zwischen Mitgliedsstaaten werden einheitliche Anspruchsbescheinigungen (sog. E-Vordrucke) verwendet, wobei aktuell eine (bis 2018 angelegte) Übergangsphase zu einem vollständig elektronischen Datenaustausch besteht.

4.1.1. Forschungsfrage 1a

Welche Meldewege gibt es für Abrechnungsdaten bei Auslandsversicherten?

- Leistungsaushilfe kann über Einzel- oder über Sammelabrechnungen abgerechnet werden. Zusätzlich ist zu unterscheiden zwischen der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand und der Abrechnung nach Pauschalen; bei letzteren finden entweder Kopfpauschalen je leistungsberechtigtem Versicherten oder Familienpauschalen Anwendung. Die Abrechnungsart differiert bei einzelnen Ländern teilweise nach den leistungsberechtigten Personengruppen. Pauschalen werden teilweise nach Altersgruppen differenziert.

- Für die Einreichung von Kostenrechnungen an die jeweilige Verbindungsstelle gelten in der Regel Einreichtermine. Diese sind innerhalb der EU einheitlich, bei den Abkommensländern bestehen teilweise Abweichungen. Bei Anwendung von Pauschalen bestehen erhebliche zeitliche Versätze bis diese nach einem abgelaufenen Jahr verbindlich festgesetzt werden.

- Von der Inanspruchnahme von Leistungen über die Leistungsaushilfe für eingeschriebene Versicherte sind Leistungen für Urlauber zu unterscheiden.

4.1.2. Forschungsfrage 1b

Welche Typen von Auslandsversicherten (Arbeitnehmer, Selbstständige, Rentner) gibt es?

Im Wesentlichen sind drei unterschiedliche Gruppen von Auslandsversicherten zu unterschieden:

- Versicherte (Mitglieder) bzw. Grenzgänger, die in Deutschland arbeiten und krankenversichert sind, aber im Ausland wohnen (für „Mitglied“ wird im Folgenden auch als Synonym der Begriff „Stammversicherter“ verwendet).

- Rentner bzw. Rentenantragssteller, die ihren Wohnort bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland verlagern und weiterhin Beiträge an eine gesetzliche Krankenkasse in Deutschland entrichten.

- Familienangehörige mit Wohnsitz im Ausland und Leistungsinanspruchnahme im Ausland bzw. in Deutschland, bei denen der Stammversicherte weiterhin in Deutschland krankenversichert ist.

4.1.3 Forschungsfrage 1c

Welche Altersprofile und Krankheitsbilder (z. B. Diagnosen) weisen Auslandsversicherte auf?

- Für knapp 170 Tausend Versicherte mit AusAGG war das Land der Einschreibung im Forschungsdatensatz verfügbar. Die meisten AusAGGler in dem vorliegenden Datensatz haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt bzw. Wohnort in Frankreich (33.337), gefolgt von der Türkei (17.980), Österreich (17.761) und Spanien (11.732). Eine Analyse der Verteilung von Auslandsversicherten bzw. von AusAGGlern für die gesamte GKV bzw. die am RSA teilnehmenden Krankenkassen liegt nach einer Anfrage bei der DVKA nicht vor, sodass hier keine Referenzwerte ausgewiesen werden können.

- Die Versicherten mit AusAGG weisen mit einem Durchschnittsalter von 53,0 Jahren in 2012 ein insgesamt deutlich höheres Altersniveau als inländische Versicherte auf. Dabei bestehen zwischen den Einschreibeländern erhebliche Unterschiede: Versicherte, die in Spanien eingeschrieben sind, weisen am einen Ende ein Durchschnittsalter von 71,9 Jahren auf, am anderen Ende stehen Versicherte, die in Polen eingeschrieben sind, mit einem Durchschnittsalter von 34,9 Jahren.

- Rentner und Rentenantragsteller sind im Forschungsdatensatz mit rd. 42,45% der AusAGGler die am stärksten besetzte Gruppe, 26,4% werden als Mitglied geführt und 27,56% als „Familienangehörige“. Auch hier sind die Unterschiede zwischen den Einschreibeländern groß. 21,7 % der AusAGGler sind Grenzgänger, wobei hier von einer Untererfassung auszugehen ist.

- Eine differenzierte Analyse der Morbiditätsstruktur von Auslandsversicherten war im vorliegenden Gutachten nicht umsetzbar. Ein teilweiser Ausschnitt der Morbiditätslast eines Auslandsversicherten ist nur bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Inland vorhanden, eine valide Verwendung dieser Morbiditätsinformationen ist jedoch nicht möglich.

- Die Studie wertete die Morbiditätslast derjenigen knapp 13.000 Versicherten des Forschungsdatensatzes aus, die erst im Folgejahr eine Einschreibung im Ausland aufweisen. Dies ist allerdings eine sehr spezifische Klientel. Aus der für diese Versicherten zu erkennenden deutlich niedrigeren Morbiditätslast in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen im Vergleich zu inländischen Versicherten lassen sich daher keine Schlussfolgerungen für die Gesamtheit der AusAGGler ziehen.

4.1.4 Forschungsfrage 1d

Wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten und Versichertentage von Auslandsversicherten?

Der Ausweis von Kosten für Auslandsversicherte ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden.

- So gibt die Mehrheit der befragten Krankenkassen an, die eingehenden Rechnungsbeträge nicht oder nur zum Teil versichertenbezogen zu erfassen, auch weil die Abrechnungen aktuell größtenteils in Papierform eintreffen. Auch werden etwa die Familienpauschalen auf das Mitglied gebucht, auch wenn dieses im Inland wohnt. Zudem weisen die eingehenden Rechnungen teilweise einen deutlichen Zeitversatz von bis zu mehreren Jahren auf. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Satzarten für den jeweiligen RSA-Schlussausgleich ist daher ein nicht unwesentlicher Anteil von Auslandsabrechnungen noch nicht bei den inländischen Kostenträgern eingetroffen.

- Inländische sonstige Leistungen für im Ausland eingeschriebene Versicherte können in den RSA-Datenmeldungen nicht von den im Rahmen der Leistungsaushilfe zu entrichtenden Kopf- oder Familienpauschalen bzw. den Auslandsabrechnungen nach tatsächlichem Aufwand abgegrenzt werden. Insbesondere bei Grenzgängern bzw. Versicherten mit Einschreibung in Grenzstaaten kann vermutet werden, dass diese auch in einem nicht unerheblichen Maße inländische Leistungen in Anspruch nehmen. Für die Ermittlung einer Deckungsquote von Auslandsversicherten müsste somit auch die inländische Inanspruchnahme berücksichtigt werden. Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Krankenkassen das „Grenzgänger“-Kennzeichen standardmäßig miterfassen, war im vorliegenden Gutachten allerdings eine valide Ermittlung von Grenzgänger-Anteilen in den gelieferten Datensätzen nicht möglich.

- Urlaubsabrechnungen über die Krankenversicherungskarte EHIC werden aktuell von den Krankenkassen in der gleichen Kontenart gebucht wie die über eine Leistungsaushilfe entstehenden Abrechnungen für Auslandsversicherte.

Die im Rahmen des Gutachtens mittels des Forschungsdatensatzes ermittelten Ausgaben für AusAGGler können daher nur mit erheblichen Einschränkungen interpretiert werden.

- Für 67.191 AusAGGler konnten Ausgabendaten nach RSA-Hauptleistungsbereichen von Krankenkassen geliefert werden. Danach wurden von den Kassen für diese Versicherten in 2013 pro Kopf 1.031 € aufgewendet, rd. die Hälfte davon im Hauptleistungsbereich „Sonstige Leistungsausgaben“, in welchem unter anderem die Zahlungen an die ausländischen Leistungsträger gebucht werden. Für weitere rd. 101.000 AusAGGler konnten nur Gesamtausgaben ohne Differenzierung nach Hauptleistungsbereichen geliefert werden, diese waren allerdings auf einem deutlich niedrigeren Ausgabenniveau, sodass die Gesamtausgaben der insgesamt mehr als 168.000 AusAGGler einen Durchschnittswert von 564 € pro Kopf erreichten. In jedem Falle liegen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten deutlich niedriger als die vergleichbaren Ausgaben inländischer Versicherter. Dies ist zum einen darin begründet, dass in vielen Ländern ein niedrigeres durchschnittliches Niveau von Gesundheitsausgaben besteht, und zum anderen aufgrund des Sachverhaltes, dass ein entsprechender Anteil von Auslandsabrechnungen entweder nicht versichertenbezogen gebucht wurde, oder aber bis zum Zeitpunkt der Datenerstellung noch nicht bei den inländischen Kostenträgern eingegangen war.

- Die Ausgaben variieren dabei in starkem Maße nach den Einschreibeländern, auch wenn sowohl mit Blick auf die teilweise geringen Fallzahlen und die Problematik der zum Zeitpunkt der Datenerstellung noch nicht vollständig eingegangenen Rechnungen als auch mit Blick auf den teilweise nicht vorhandenen Versichertenbezug (Stichwort: Familienpauschale) nur eingeschränkt interpretierbar sind. Die gebuchten Beträge in den HLBn sind in den Abkommensstaaten Serbien, Bosnien-Herzegowina, Mazedonien und Türkei deutlich niedriger als in den Mitgliedsstaaten. Diese Ergebnisse sind allerdings relativiert zu interpretieren, da die zu buchenden Pauschalbeträge für in Abkommensstaaten eingeschriebene Versicherte größtenteils noch nicht festgelegt und somit auch nicht versichertenbezogen gebucht sind. Teilweise stehen hohen Leistungsausgaben pro Kopf geringe Fallzahlen gegenüber.

- Werden den (mit aller Vorsicht zu interpretierenden) Ausgaben die Zuweisungen durch die AusAGGn länderspezifisch gegenübergestellt, ergeben sich zum Teil erhebliche Abweichungen. So sind etwa die Zuweisungen für Auslandsversicherte in den Abkommensstaaten aufgrund der Altersstruktur der dortigen Auslandsversicherten relativ hoch.

- In Bezug auf die Versichertentage von AusAGGlern im Forschungsdatensatz zeigt sich, dass diese in 2012 durchschnittlich etwa 359 Versichertentage aufweisen, von denen durchschnittlich 355 gleichzeitig auch Auslandsversichertentage darstellen. Im Folgejahr 2013 sind von den durchschnittlich etwa 349 VT etwa 338 VT mit einer gültigen Einschreibung dokumentiert. Die Größenordnungen sind mit denen im BVA-Datensatz vergleichbar. Nur rund 5 % der AusAGGler des Jahres 2012 erreichen im Jahr 2013 keine AusAGG und nur rd. 2 % weisen in 2013 gar keinen Auslandsversichertentag mehr auf.

4.2 Forschungsfrage 2

Welche Faktoren bestimmen die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für Auslandsversicherte? Welche Faktoren bestimmen die Entwicklung im Zeitverlauf, insbesondere die beobachtbaren starken Schwankungen?

- Bei der Bewertung augenscheinlicher Schwankungen der von den Krankenkassen gebuchten Ausgaben für Auslandsversicherte ist zwischen „tatsächlichen“ und rein buchhalterischen Effekten zu unterscheiden. Während die tatsächlichen Ausgaben von Auslandsversicherten von Kriterien wie der Morbiditätsentwicklung von Auslandsversicherten, Veränderungen in den Abrechnungspraktiken im Ausland oder sich deutlich verändernden Leistungsausgabenniveaus in den jeweiligen Zielländern, teilweise auch von der Entwicklung der Wechselkurse abhängig sind, sind die buchhalterischen Effekte auf unterschiedliche Buchungspraktiken bei den Krankenkassen im Inland zurückzuführen

- Die Höhe der „tatsächlichen“ Ausgaben einer Krankenkasse für Auslandsversicherte wird durch die folgenden Faktoren bedingt: Ihre Anzahl und Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur, Land der Einschreibung, Abrechnungsarten. Insbesondere spielt das Preisniveau der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Ländern eine erhebliche Rolle sowohl bei Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand als auch bei der Höhe vereinbarter Pauschalen. Daher sind (trotz einiger Interpretationsprobleme) in einigen Ländern systematische Über- (insbesondere für die Abkommensstaaten), in anderen ggfs. auch Unterdeckungen zu erwarten.

4.3 Forschungsfrage 3

Inwieweit lassen sich die unter Forschungsfrage 2 identifizierten Einflussfaktoren im Hinblick auf die Qualität, Transparenz und Abgrenzung der ihnen zugrundeliegenden Daten bewerten? Können diese Daten zeitnah, vollständig und praktikabel an das Bundesversicherungsamt weitergeleitet und im Risikostrukturausgleich verwendet werden?

- Grundsätzlich können Personengruppe und Einschreibungsland von jeder Krankenkasse versichertenbezogen erfasst und dokumentiert werden, wobei faktisch die Qualität der Datenlage von Kasse zu Kasse aktuell noch sehr unterschiedlich ausfällt.

- Im Rahmen der Abrechnungen ist es den Krankenkassen ebenfalls grundsätzlich möglich, eine versichertenbezogene Buchung und in diesem Zusammenhang auch eine Trennung von Urlauberrechnungen und Abrechnungen auf Basis einer Leistungsaushilfe nach Einschreibung vorzunehmen. Diese Aufteilung wird allerdings aktuell von keiner befragten Krankenkasse vorgenommen.

- Bisher ist es in der Buchungspraxis üblich, die Familienpauschale jeweils in die Kontenart 480 des entsprechenden Mitglieds zu verbuchen, da das Mitglied der Träger des Leistungsanspruchs ist und keine weitergehende Differenzierung der Buchung nach über- und zwischenstaatlichem Recht vorgegeben ist. Grundsätzlich wäre es den Krankenkassen aber anhand der Versichertenkennung technisch auch möglich, z. B. eine anteilige Buchung der Familienpauschale in die Kontenarten der Familienangehörigen vorzunehmen.

- Um eine standardisierte und fehlerfreie Datenübermittlung und Datenerfassung zwischen der DVKA und den Krankenkassen zu gewährleisten, ist die Lösung aktuell noch bestehender Schnittstellen- bzw. Datenübertragungsprobleme sowohl im Datenfluss von den inländischen Krankenkassen zur DVKA als auch von der DVKA zu den inländischen Krankenkassen notwendig. Für Mitgliedsstaaten soll eine vollständige Umstellung auf eine elektronische Datenübermittlung bis Ende 2018 umgesetzt sein – mit Abkommensstaaten ist eine solche Umstellung allerdings bisher nicht vorgesehen. Die Gutachter schlagen vor, auch eine elektronische Datenübermittlung bei Abkommensstaaten voranzutreiben und zusätzlich für alle Krankenkassen eine standardisierte Vorgabe der Datenerfassung für Auslandsversicherte verbindlich zu definieren.

- In diesem Zusammenhang ist eine Übertragung zentraler Dienstleistungen für alle Krankenkassen (zum Zwecke einer einheitlichen Datenerfassung, Datenhaltung und Datenübermittlung) an eine zentrale Institution wie die DVKA zu überdenken, damit die Datenerfassung und Datenhaltung sowohl standardisiert als auch effizient vorgenommen werden kann. Dies gilt auch für standardisierte Prüfroutinen der Kostenabrechnungen.

4.4 Forschungsfrage 4

Welche Empfehlungen für die Möglichkeit der zielgenaueren Berücksichtigung von Auslandsversicherten im Risikostrukturausgleich, einschließlich eines konkreten und umsetzbaren Vorschlags zur ggf. notwendigen Erweiterung der Datengrundlage, lassen sich aus den Erkenntnissen zu den Forschungsfragen 2. und 3. ableiten? Welche Aussagen lassen sich zu den (potentiellen) Auswirkungen des Vorschlags für die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf der Individual-, Gruppen-, und Krankenkassenebene treffen? Welche Folgen hat dies für den Durchführungsaufwand und Anpassungsaufwand im Risikostrukturausgleich?

Ansätze zur zielgenaueren Ermittlung von Zuweisungen für Auslandsversicherte

- Sowohl die Expertengespräche als auch die empirischen Analysen haben gezeigt, dass die aktuell nach Alter und Geschlecht einheitlich über die Versicherten aus allen Ländern standardisierten Zuweisungen für Auslandsversicherte multifaktorielle Verzerrungen enthalten und vermutlich zu systematischen Über- und Unterdeckungen bei verschiedenen Subpopulationen von Auslandsversicherten in den unterschiedlichen Ländern führen. Dies kann zu systematischen Wettbewerbsverzerrungen auf Kassenebene führen.

- Um diese Verzerrungen zu beheben, ist aus Sicht der Gutachter eine landesspezifische Differenzierung der bisherigen Zuweisungen für Auslandsversicherte sinnvoll und notwendig. Dabei können drei unterschiedliche Ansätze differenziert werden, von denen nach Einschätzung der Gutachter der dritte Ansatz realistisch in kürzerer Zeit umgesetzt werden könnte:

1. **Ansatz: Verwendung der Konten für die Auslandsausgaben (Kontenarten 480 und 483)**

   Es könnte mittelfristig eine belastbare versichertenbezogene Datenbasis der landesspezifischen Ausgaben der Krankenkassen geschaffen werden, auf Basis derer landesspezifische Zuweisungen für AusAGGler bestimmt werden könnten. Dazu müssten allerdings die aktuell noch bestehenden Probleme mit Blick auf die Datenerfassung wie die Verbuchung von Familienpauschalen, die Trennung von Urlauberrechnungen und Rechnungen

auf Basis eines Anspruchsscheines oder die Dateneingabe von Abrechnungen in Papierform gelöst werden. Familienpauschalen müssten z. B. anteilig auf alle über diese Familienpauschale abgedeckten eingeschriebenen Versicherten verteilt werden.

2. Ansatz: Verwendung externer Daten

Entkoppelt von der RSA-Systematik könnten Landesdurchschnitte in den Ausgaben für die medizinische Versorgung der jeweiligen Wohnbevölkerung (über die jeweiligen statistischen Ämter und evtl. nach wenigen Altersklassen differenziert) verwendet werden, um damit die Zuweisungen für Auslandsversicherte landesspezifisch zu adjustieren. Diese Werte müssten von öffentlichen Stellen (wie statistischen Ämtern) in den jeweiligen Ländern zur Verfügung gestellt werden. Dies würde allerdings auch bedeuten, dass das Zuweisungsverfahren des deutschen RSA von den Datenbereitstellungen öffentlicher Stellen anderer Länder abhängig wäre.

3. Ansatz: Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen

Unter der Annahme, dass die jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen im Zeitverlauf eine entsprechende Konstanz aufweisen, könnte eine Abkehr vom Für- zum Zufluss-Prinzip umgesetzt werden, um landesspezifische Zuweisungsbeträge ermitteln zu können. Für diesen Ansatz müssten folgende Schritte umgesetzt werden:

- Zunächst müssten die von der DVKA im Ausgleichsjahr beglichenen Rechnungen (Zufluss-Prinzip) eines Kalenderjahres nach Ländern differenziert aufsummiert und dem BVA übermittelt werden.

- Diese summierten Beträge wären um Urlauberrechnungen zu bereinigen, dafür müssten die Krankenkassen (oder die DVKA) eine Statistik mit landesspezifischen Summen beglichener Urlauberrechnungen desselben Kalenderjahres erstellen und dem BVA liefern. Zusätzlich müssen seitens der Krankenkassen die Summen der landesspezifischen Inlandsinanspruchnahmen zur Verfügung gestellt werden.

- Die Definition der im Morbi-RSA-Verfahren als Auslandsversicherte definierten Versicherten (mit Erreichen eines Schwellenwertes von mindestens 183 VT) muss in Übereinstimmung mit der Definition der Auslandsversicherten der DVKA gebracht werden, so dass die bei der DVKA aufsummierten Rechnungsbeträge kongruent zu den im Morbi-RSA verwendeten Beträgen sind.

- Die Zahl der Auslandsversicherten je Einschreibungsland müsste von allen Krankenkassen ermittelt und dem BVA zur Verfügung gestellt werden.
- Es ergäben sich bei diesem Verfahren durchschnittliche vom BVA ermittelte Ausgaben je Auslandsversicherten nach Einschreibeland, die als Basis für entsprechende Zuweisungen dienen würden.

Weiterentwicklung der Übergangsregelung?

Die Gutachter regen an zu prüfen, ob für die durch das GKV-FQWG eingeführte Übergangsregelung bis zur Weiterentwicklung der Zuweisungen für Auslandsversicherte insoweit modifiziert werden sollte, dass auch für den Fall einer Unterdeckung der Ausgaben durch die Zuweisungen eine lineare Anpassung der Zuweisungen auf die Ausgaben erfolgen sollte.

Partieller oder vollständiger Ist-Ausgleich?

In den Experteninterviews ist vereinzelt auch thematisiert worden, an die Stelle standardisierter Zuweisungen für Auslandsversicherte vollständig oder zumindest teilweise auf die Erstattung von Ist-Ausgaben überzugehen, da es sich bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte um einen sehr spezifischen Bereich handele. Eine detaillierte Analyse zeigt allerdings, dass Möglichkeiten der Einflussnahme/Steuerung der Ausgaben für Auslandsversicherte bestehen, zu denen bei einem Ausgabenausgleich und gleichzeitigem Verbleib der Aufgaben bei den Krankenkassen die Anreize verringert würden. Ein Ausgabenausgleich erscheint daher trotz administrativer Vorteile und der Behebung der aktuell bestehenden Verzerrungen im Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte in einer summarischen Betrachtung eher nicht wünschenswert.

1 Hintergrund und Aufbau des Gutachtens

Am Risikostrukturausgleich (RSA) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nehmen sämtliche gesetzlichen Krankenkassen außer der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) (als landwirtschaftliche Krankenversicherung) teil.[1] In dem bis Ende 2008 geltenden Verfahren des RSA bestand für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten (im Folgenden: Auslandsversicherte), keine gesonderte Regelung: Für sie wurden wie für Inlandsversicherte Durchschnittsausgaben nach Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, Teilnahmestatus an einem strukturierten Behandlungsprogramm und Krankengeldanspruch gebildet. Seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) im Jahr 2009 werden die Zuweisungen für Versicherte aus dem Gesundheitsfonds wesentlich auch aufgrund ihrer Morbidität bestimmt. Für Auslandsversicherte stehen Morbiditätsinformationen, wie sie das Bundesversicherungsamt (BVA) im Rahmen des Morbi-RSA verwendet, nämlich insbesondere von Krankenhäusern und Vertragsärzten kodierte Diagnosen nach dem Krankheitsklassifikationssystem ICD-10-GM sowie mit den Krankenkassen abgerechnete Arzneimittelverordnungen, im Allgemeinen nicht oder nur unvollständig zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund wurde von Krankenkassen die Befürchtung geäußert, die Auslandsversicherten würden durch den Morbi-RSA „unterdeckt“, das heißt, gemessen an den für sie zu leistenden Ausgaben würden zu geringe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erfolgen. Daher hat der Verordnungsgeber mit der 17. RSA-Änderungsverordnung (17. RSA-ÄndV) vom 28. März 2009 in § 31 Abs. 5 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vorgegeben, dass ab dem Ausgleichsjahr 2009 für diese Versicherten gesonderte Zuweisungsgruppen (Auslands-Alters- und Geschlechtsgruppen, AusAGG) zu bilden sind. Danach werden die Risikozuschläge für die Auslandsversicherten anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle (Nicht-Auslands-) Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen ermittelt. Mit der durch die 17. RSA-ÄndV getroffenen Regelung wird implizit unterstellt, dass

[1] Wenn in diesem Gutachten von „alle Krankenkassen“ bzw. „GKV-Ebene“ die Rede ist, sind – sofern dies nicht ausdrücklich anders dargestellt wird – immer alle Krankenkassen, die am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich durch den Gesundheitsfonds teilnehmen, gemeint. Auch sind Auslandsversicherte, die bei der SVLFG versichert sind, nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

die Auslandsversicherten einer Alters- und Geschlechtsgruppe für die Krankenkassen im Durchschnitt dieselben Ausgaben verursachen wie die entsprechenden Inlandsversicherten.

Über das seit 2009 implementierte Verfahren wird seitdem eine kontroverse Diskussion geführt. Hintergrund der Debatte ist, dass einerseits – bei insgesamt starken Schwankungen der für die Auslandsversicherten verbuchten Ausgaben – für die Gesamtheit dieser Versicherten zumeist „Überdeckungen“ ermittelt wurden, die aus dem Gesundheitsfonds geleisteten Zuweisungen also höher waren als die für diese Versicherten verbuchten Ausgaben. Bei einer Beurteilung dieses Befundes ist allerdings zu berücksichtigen, dass die in die Ermittlung der „Überdeckungen“ einfließenden „Ausgaben“ nur näherungsweise die Ausgaben von Auslandsversicherten darstellen, weil diese durch zwei gegenläufig wirkende Effekte verzerrt sind: Zum einen sind in den verbuchten Ausgaben nicht nur die Ausgaben der Auslandsversicherten, sondern auch die der Personen mit vorübergehendem Aufenthalt im Ausland (insbesondere Urlauber) enthalten und zum anderen sind die im Inland in Anspruch genommenen Leistungen der Auslandsversicherten (z. B. bei Grenzgängern (siehe Definition in Kapitel 4.1)) nicht enthalten. Welcher Effekt dabei überwiegt ist auf Basis der verfügbaren Daten nicht feststellbar.

Andererseits wurde von einer Reihe von Krankenkassen gleichwohl postuliert, in diesem Bereich weiterhin erheblich unterdeckt zu sein. Die gebuchten Auslandsausgaben haben in den Jahren 2009 bis 2012 jeweils zugenommen (2010: +52%; 2011: +25%; 2012: +12%), im Jahr 2013 hingegen kam es zu einer Reduktion der gebuchten Ausgaben in Höhe von 17%[2], wobei diese Variation auch Ausfluss geänderter Buchungsregelungen ist. Da die Zuweisungen vergleichsweise stabil sind, haben sich die vom BVA berechneten Deckungsquoten entsprechend verändert (siehe Tabelle 1).

Die Entwicklung der Deckungsquoten nach Kassenarten zeigt ein heterogenes Bild. So hat sich z. B. die Deckungsquote der Knappschaft Bahn-See (KBS) von deutlichen Überdeckungen hin zu einer deutlichen Unterdeckung im Jahr 2013 entwickelt. Für die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn) und die Innungskrankenkassen (IKKn) bewegt sich die Deckungsquote durchgängig in einem deutlich positiven Bereich. Die Deckungsquote der Ersatzkassen weist hingegen eine durchgängige Unterdeckung von Auslandsversicherten auf: von 76% im Jahr

[2] Vgl. Bundesversicherungsamt (2014a), S. 25.

2009 bis hin zu 77% im Jahr 2013. Wie bereits ausgeführt, stellen die gebuchten „Ausgaben“ allerdings allenfalls näherungsweise die „echten“ Werte dar, so dass die ausgewiesenen Über- und Unterdeckungen auf Krankenkassenarten- und Einzelkrankenkassenebene bestenfalls als Näherungswerte zu verstehen sind.

So ist z. B. aufgrund der Tatsache, dass in den gebuchten Ausgaben auch Urlauberrechnungen enthalten sind, bei Krankenkassen mit überdurchschnittlich hohem Anteil von Urlauberrechnungen innerhalb der über die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) eingehenden Auslandsabrechnungen c. p. der Ausweis einer anscheinenden Unterdeckung zu erwarten (und vice versa), obwohl diese Ausgaben für Urlauber gar nichts mit Auslandsversicherten zu tun haben. Umgekehrt kann eine ausgewiesene „Überdeckung“ auch zu hoch bzw. eine ausgewiesene „Unterdeckung“ c. p. zu gering ausfallen, insoweit der Krankenkasse Ausgaben für Auslandsversicherte im Inland entstanden sind, die bei der Berechnung der Deckungsquote nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Deckungsquoten für Auslandsversicherte 2009 bis 2013

Kassenart	DQ 2009	DQ 2010	DQ 2011	DQ 2012	DQ 2013*	DQ 2013S**
AOK	264,54 %	150,99 %	144,47 %	104,47 %	154,3%	121,8%
BKK	137,44 %	102,29 %	85,73 %	108,40 %	130,4%	102,9%
EAN	76,00 %	78,24 %	56,30 %	65,15 %	77,1%	60,8%
IKK	163,99 %	140,63 %	114,18 %	168,66 %	157,7%	124,5%
KBS	205,36 %	315,25 %	144,47 %	125,76 %	91,0%	71,8%
GKV	**172,93 %**	**126,56 %**	**105,71 %**	**98,02 %**	**126,8%**	**100,0%**

Quelle: BVA (2014). *Vor Anwendung der Sonderregelung; **Nach Anwendung der Sonderregelung.

Über alle Krankenkassenarten hinweg zeigt sich für die GKV insgesamt (mit Ausnahme des Ausgleichsjahres 2012) jeweils – mit den aufgezeigten Grenzen der Interpretationsfähigkeit – eine deutliche Überdeckung für Auslandsversicherte.

Eine vergleichende Analyse statistischer Kennzahlen des Ausgleichsjahres 2013 für den Zuweisungsbereich der Auslandsversicherten in der GKV zeigen die folgenden zwei Tabellen. In Tabelle 2 werden zunächst je Kassenart die in der Kassenjahresrechnung (KJ1) gebuchten Auslandsausgaben mit den zugehörigen Minimal-, und Maximalwerten ausgewiesen. Auf die AOKn entfallen zusammen knapp 50% aller Ausgaben für Auslandsversicherte. Bei den AOKn ist auch die Spannbreite zwischen dem minimalen und dem maximalen Wert am größten.

Dies liegt daran, dass sich die Anzahl der Auslandsversicherten bei den einzelnen AOKn sehr deutlich unterscheidet. Die AOK Rheinland / Hamburg hat traditionell die bei weitem höchste Zahl an Auslandsversicherten, da die später in der AOK Rheinland aufgegangene AOK Bonn früher alleinig für die Auslandsversicherten aller AOKn zuständig war.

Tabelle 2: Statistische Kennzahlen für die Ausgaben der Auslandsversicherten im Vergleich (2013)

	Ausgaben (in Mio. €)		
Kassenart	**Gesamt**	*Min.*	*Max.*
AOK	**312,72**	*0,57*	*143,65*
BKK	**92,37**	*-0,02*	*9,96*
EAN	**179,98**	*1,11*	*71,28*
IKK	**31,82**	*0,24*	*21,97*
KBS	**28,17**	*28,17*	*28,17*
GKV	**645,06**	***-0,02***	***143,65***

Quelle: Berechnungswerte vom BVA zur Verfügung gestellt.

In Tabelle 3 werden die Zuweisungssummen vor und nach Anwendung der Sonderregelung sowie die zugehörigen Deckungsquoten je Kassenart ausgewiesen. Die im BKK-Lager dargestellten Ausreißer bei den Minimum- und Maximum-Werten von 0% und 17.032% stellen Kennzahlen kleinerer BKKn dar, die auf Basis von Sondereffekten wie einer nachträglichen Erstattung bzw. Verpflichtung verzerrt sind.

Tabelle 3: Statistische Kennzahlen für den Zuwendungsbereich der Auslandsversicherten im Vergleich (2013)

		Zuweisungen vor Kürzung (in Mio. €)			DQ vor Kürzung		
Kassenart	**Gesamt**	*Anteil an Gesamtzuweisung*	*Min*	*Max*	**Gesamt**	*Min*	*Max*
AOK	**482,64**	(0,7%)	*0,82*	*327,15*	154%	*61%*	*228%*
BKK	**120,46**	(0,4%)	*0*	*16,66*	130%	*0%*	*17.032%*
EAN	**138,70**	(0,2%)	*0,96*	*47,04*	77%	*52%*	*189%*
IKK	**50,18**	(0,4%)	*0,17*	*36,83*	158%	*58%*	*180%*
KBS	**25,64**	(0,4%)	*25,64*	*25,64*	91%	*91%*	*91%*
GKV	**817,62**	***(0,4%)***	***0***	***327,15***	**127%**	***0%***	***17.032%***
		Zuweisungen nach Kürzung (in Mio. €)			**DQ nach Kürzung**		
Kassenart	**Gesamt**	*Anteil an Gesamtzuweisung*	*Min*	*Max*	**Gesamt**	*Min*	*Max*
AOK	**380,78**	(0,5%)	*0,60*	*258,11*	**122%**	*48%*	*180%*
BKK	**95,04**	(0,3%)	*0*	*13,15*	**103%**	*0%*	*13.438%*
EAN	**109,43**	(0,2%)	*0,76*	*37,11*	**61%**	*41%*	*149%*

IKK	**39,59**	(0,3%)	*0,14*	*29,05*	**124%**	*45%*	*142%*
KBS	**20,23**	(0,3%)	*20,23*	*20,23*	**72%**	*72%*	*72%*
GKV	**645,06**	***(0,3%)***	***0***	***258,11***	**100%**	***0%***	***13.438%***

Quelle: Berechnungswerte vom BVA zur Verfügung gestellt.

Vor dem Hintergrund der für 2009 beobachteten „Überdeckung“ hatte sich der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA im Evaluationsbericht als ersten Schritt hin zu einer zielgenaueren Zuweisung für Auslandsversicherte für eine Begrenzung der Zuweisungen auf die Summe der für diese Klientel verbuchten Ausgaben ausgesprochen (Drösler et al. 2011). Der Gesetzgeber hat dies im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) in § 269 Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufgegriffen, indem als „Sonderregelung“ die insgesamt an die Krankenkassen zu zahlenden Zuweisungen für Auslandsversicherte (Versicherte mit einer AusAGG) auf die Summe der insgesamt für diese Versicherten von den Krankenkassen gebuchten Leistungsausgaben begrenzt wird. Umgesetzt wird dies dadurch, dass die in den Aufwandskontenarten 480 und 483 (Konten 4800, 4801, 4802, 4830, 4831[3] gebuchten Ausgaben über alle Krankenkassen den im Schlussausgleich gemäß § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV ermittelten AusAGG-Zuweisungen über alle Krankenkassen gegenübergestellt werden. Bei einer „Überdeckung“ werden die AusAGG-Zuweisungen auf die Summe der in den genannten Konten verbuchten Rechnungsbeträge linear gekürzt. Bei Anwendung dieser Sonderregelung wird die Deckungsquote auf GKV-Ebene also in Jahren mit „Überdeckung“ durch eine lineare Kürzung der AusAGG-Zuweisungen auf 100% adjustiert (siehe beispielhaft die Anwendung der Sonderregelung für das Jahr 2013 in Tabelle 1, ganz rechte Spalte).

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-FQWG des Weiteren in § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV die Vergabe eines Gutachtens vorgesehen, in dem Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte entwickelt werden sollen. Dabei ist auch zu untersuchen, ob für eine Weiterentwicklung des Modelles für Auslandsversicherte zusätzliche Daten erforderlich sind. Mit der

[3] Kontenart 480: Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand; Kontenart 483: Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V (für Kostenübernahmen bei entsendeten Arbeitnehmern).

Durchführung dieses Gutachtens ist der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen nach erfolgter Ausschreibung beauftragt worden.

Das hiermit vorgelegte Gutachten ist wie folgt aufgebaut: In Kapitel 2 wird die Datengrundlage beschrieben und es werden wesentliche deskriptive Statistiken dargestellt. Im dritten Kapitel wird das methodische Vorgehen bei der Bearbeitung des Gutachtens erläutert. In Kapitel 4 werden die gemäß Ausschreibung zu beantwortenden acht Forschungsfragen behandelt; in diesem Kontext geben die Gutachter auch ihre Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Modelles für Auslandsversicherte.

Die Gutachter danken den Krankenkassen, die bereit waren, für diese Studie Daten zur Verfügung zu stellen, sowie den Gesprächspartnern bei Krankenkassen, der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) und dem BVA für die konstruktiven Gespräche.

2 Datengrundlagen und deskriptive Statistiken

Das Gutachten stützt sich auf vier empirische Grundlagen:

- Amtliche Dokumente, die im Kontext der Auslandsversicherten relevant sind, etwa Regelungen der Europäischen Union (EU) in Form von Verordnungen der Europäischen Gemeinschaft (EG) (sowie deren Leitfäden), Veröffentlichungen in den Amtsblättern der EU sowie bilaterale Abkommen mit ausländischen Staaten (und teilweise Informationen aus entsprechenden Vereinbarungen zwischen den Verbindungsstellen),
- Experteninterviews bei DVKA und Krankenkassen,
- den Datensatz des Bundesversicherungsamts zur Durchführung des Morbi-RSA (im Folgenden: BVA-Datensatz),
- einen für dieses Gutachten am Lehrstuhl für Medizinmanagement erstellten Forschungsdatensatz, der in Zusammenarbeit mit Krankenkassen erstellt werden konnte (im Folgenden: Forschungsdatensatz).

Die im Gutachten verwendeten bzw. in die Diskussion eingebundenen Krankenkassenstatistiken bzw. versichertenbezogenen Daten in Form der RSA-Datenmeldungen sind im Anhang G aufgeführt. Auf den Forschungsdatensatz wird im Folgenden näher eingegangen.

2.1 Angeforderter Forschungsdatensatz

Mit dem Forschungsdatensatz sollten weitergehende Fragestellungen zu den Auslandsversicherten bearbeitet werden, die mit dem BVA-Datensatz nicht untersucht werden können. Diese Bearbeitung weitergehender Fragestellungen soll im Sinne einer Hypothesengenerierung Anhaltspunkte für Zusammenhänge aufdecken, die weitergehender Untersuchungen (in Folgestudien) bedürfen. Vor diesem Hintergrund war es nicht Ziel der Datenerhebung, einen für sämtliche am RSA teilnehmende Krankenkassen repräsentativen Datensatz zu generieren. Vielmehr wurde angestrebt, möglichst alle Einschreibungsländer und Personengruppen adäquat abbilden zu können. Dem liegt die Erwartung zugrunde, dass Auslandsversicherte, wenn sie in demselben Land eingeschrieben sind und derselben Personengruppe zugehören, keine systematischen Unterschiede nach Kassenarten aufweisen sollten.

Für die empirischen Analysen mit dem Forschungsdatensatz wurde eine Datensatzbeschreibung erstellt, die die aus Sicht der Gutachter notwendigen Variablen zur Beantwortung der Forschungsfragen (siehe Kapitel 4) definiert und die aus den Experteninterviews (vgl. Kapitel 3.1) gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigt. Dabei wurden unter anderem die Daten angefordert, die für die Gruppierung aller Versicherten in die für das Zuweisungsverfahren relevanten Morbiditätsgruppen notwendig waren und primär für die spätere Morbiditätsanalyse verwendet wurden:

1. Ambulante Diagnosen (für das Jahr 2012),
2. Krankenhausdiagnosen (für das Jahr 2012),
3. Arzneimittelverordnungen (für das Jahr 2012),
4. Versichertenstammdaten inkl. Alters- und Geschlechtsinformationen, Anzahl der Versichertentage, Verstorbenen-Kennzeichen usw. (für die Jahre 2012 und 2013).

Zusätzlich wurden für den Forschungsdatensatz Informationen zu den Leistungsausgaben (LA) der Versicherten (Leistungsausgaben der einzelnen Hauptleistungsbereiche (HLB) „ambulante Ärzte“, „Zahnärzte“, „Krankenhaus“, „Arzneimittel“, „sonstige Leistungsausgaben“,

„Dialysekosten“) angefordert, die unter anderem dafür benötigt wurden, die Inlandsausgaben von Auslandsversicherten zu analysieren.

Ergänzt wurden diese Daten für den Forschungsdatensatz, um die Datei der „erweiterten Versichertenstammdaten“. Diese enthält zusätzliche Versichertenstammdaten, die die Grundlage für eine differenziertere Analyse der Auslandsversicherten bildeten. In der Datei der „erweiterten Versichertenstammdaten“ (angefordert für die Jahre 2011 bis 2013 mit dem aktuellsten verfügbaren Datenstand) wurden folgende zusätzliche Variablen angefragt:

1. Land der Einschreibung des Versicherten,
2. Einschreibe- und Ausschreibedatum,
3. Zugehörigkeit des Versicherten zu den Personengruppen, die bei der Begründung eines Anspruchs auf Leistungsaushilfe im Ausland differenziert werden und teilweise auch unterschiedliche Abrechnungsarten begründen (näheres dazu siehe Kapitel 4.1 bzw. 4.2):
    a. Mitglied,
    b. Grenzgänger,
    c. Familienangehöriger,
    d. Rentner bzw. Rentenantragssteller.

Zusätzlich wurde im Rahmen der erweiterten Versichertenstammdaten die „Anspruchsscheinnummer“ angefordert (Nummer des Anspruchsscheins, der die jeweilige Leistungsaushilfe im Ausland begründet und in der Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 SGB V in Anlage 1.4 bei der Beschreibung der Voraussetzung für die Meldung von Auslandsversichertentagen in der Satzart 100 (SA100) für den RSA gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV aufgeführt ist).[4]

Neben der Datei „erweiterte Versichertenstammdaten“ wurde zudem eine Datei „Auslandsausgaben“ angefordert, die die spezifischen versichertenbezogen gebuchten Auslandsausgaben der Aufwandskontenarten 480 und 483 umfasste. In der Datei der „Auslandsausgaben“ (angefordert für die Jahre 2012 und 2013 mit dem aktuellsten verfügbaren Datenstand)

[4] Vgl. Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 03.02.2014, Anlage 1.4 Seiten 11 und 12.

wurden die versichertenbezogen gebuchten Rechnungsbeträge der beiden folgenden Aufwandskontenarten angefragt:

a. Kontenart 480,
b. Kontenart 483.

2.2 Datenlieferungen durch die Krankenkassen

In den Analysen wurden die Datenlieferungen von insgesamt 13 Krankenkassen eingeschlossen und jede Krankenkassenart war mit mindestens einer Krankenkasse vertreten. Der Gesamtversichertenbestand des Forschungsdatensatzes belief sich auf 48.835.357 Versicherte. Als Basis für die Analysen wurden die Versicherten berücksichtigt, die in den Jahren 2012 und 2013 in den Versichertenstammdaten enthalten waren (Ausnahme: Neugeborene des Jahres 2013 wurden berücksichtigt).

Der für die Analysen relevante Datensatz umfasste letztlich insgesamt 45.396.028[5] Versicherte (=44.030.589 Versichertenjahre (VJ)), die auf Basis ihrer Vorjahresinformationen gemäß dem BVA-Verfahren in die Morbiditätsgruppen des Morbi-RSA gruppiert wurden. Der relevante Datensatz repräsentierte somit knapp zwei Drittel der GKV-Versicherten (62,42%).[6] Für die Gruppierung wurde die RSA-Gruppierungslogik des Ausgleichsjahres 2013 auf Basis der Morbiditätsdaten des Jahres 2012 zugrunde gelegt. Für die 45,4 Mio. Versicherten des Gesamtdatensatzes ergab sich ein Durchschnittsalter von 44,39 Jahren (Standardabweichung (Sd)=23,43) und eine Geschlechterverteilung von 53,40% weiblichen und 46,60% männlichen Versicherten (im GKV Gesamtdatensatz des BVA liegt das Durchschnittsalter bei 43,58 Jahren (Sd=23,29) und die Geschlechterverteilung bei 52,59% Frauen und 47,41% Männern). Der durchschnittliche Risikofaktor (RF) des Gesamtdatensatzes lag bei 1,05 (arithmetischer Mittelwert, der Median bei 0,86) und somit über dem GKV-Durchschnitt von 1,0. Dementsprechend ist das Zuweisungsniveau und somit die RSA-relevante Morbiditätslast der beteiligten Krankenkassen überdurchschnittlich hoch. Der Versicherte mit dem höchsten Zuweisungsvolumen wies einen RF von 129,64 auf. Zu einigen deskriptiven Statistiken, die einen Eindruck vom Forschungsdatensatz geben, siehe Anhang D.

[5] Versicherte komplett ohne Versichertentage im Vorjahr 2012 (mit Ausnahme Neugeborener) und Versicherte ohne Datensatz in der Datei der Leistungsausgaben wurden dem Datensatz entnommen.

[6] In den Versichertenstammdaten des Jahres 2013 enthielt der GKV-Datensatz im BVA insgesamt 72.727.022 Versicherte.

Insgesamt 228.447 Versicherte wiesen mindestens einen Auslandsversichertentag im Jahr 2012 auf, d. h. für diese Versicherten liegt mindestens ein Kalendertag mit bestehender Einschreibung in einem der Mitglieds- oder Abkommensstaaten vor (Teildatensatz Auslandsversicherte). Von diesen 228.447 Versicherten erfüllten 207.837 Versicherte (90,98%) das Kriterium einer AusAGG (mindestens 183 Auslandsversichertentage) (Teildatensatz AusAGG-Versicherte).[7] Im BVA-Datensatz wurden im Jahr 2013 (basierend auf den Auslandsversicherten im Vorjahr 2012) insgesamt 294.914 AusAGGler identifiziert, sodass der Teildatensatz AusAGG-Versicherte 70,47% der AusAGGler in der GKV enthält.

In den spezifischen Analysen der Auslandsversicherten nach Einschreibungsländern und nach Personengruppen wurden nur die Auslandsversicherten mit zusätzlichem Eintrag in der Datei der erweiterten Versichertenstammdaten berücksichtigt (Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten). Um eine eindeutige Zuordnung zu den Einschreibungsländern (insbesondere mit Blick auf die Ausgabenanalysen) vornehmen zu können, wurde dabei der Datensatz um diejenigen Versicherten bereinigt, die im Jahresverlauf 2012 das Einschreibungsland wechselten. Zusätzlich lagen bei einigen Versicherten Mehrfacheinträge in Form mehrerer vollkommen identischer Datensätze vor. Der Datensatz wurde ebenfalls um diese mehrfachen Datensätze bereinigt. Für das Jahr 2012 ergab sich ein Bestand von insgesamt 189.827 Auslandsversicherten (=178.128 VJ) mit Informationen in den „erweiterten Versichertenstammdaten“. Von diesen 189.827 Versicherten erreichten allerdings nur 168.878 Versicherte (=165.779 VJ) eine AusAGG auf Basis der Informationen des Jahres 2012 (Teildatensatz „erweiterte Versichertendammdaten“ mit AusAGG).

Für die Datei „Auslandsausgaben“, die (wie beschrieben) die spezifischen versichertenbezogen gebuchten Auslandsausgaben der Aufwandskontenarten 480 und 483 umfasst, konnten nur drei Krankenkassen Daten zur Verfügung stellen. Der Teildatensatz “versichertenbezogene Auslandsausgaben“ umfasst Angaben für 44.052 Versicherte, wobei für nur 41.590 Versicherte vollständige Informationen des Vorjahres 2012 vorlagen, die notwendig waren, um eine Differenzierung von AusAGGlern und Nicht-AusAGGlern vornehmen zu können. Von den 41.590 Versicherten wiesen 17.220 Versicherte eine AusAGG und 24.370 Versicherte

[7] Die 228.447 Versicherten entsprechend 214.690 Versichertenjahren. Von diesen 214.690 VJ entfielen 204.039 VJ (= 95,04%) auf Versicherte, die die Kriterien für eine AusAGG erfüllten.

keine AusAGG auf. Die Gesamtzahl der AusAGGler der drei Krankenkassen lag bei 35.382 Personen (Teildatendatz „versichertenbezogene Auslandsausgaben mit AusAGG“).

Einen zusammenfassenden Überblick über den Forschungsdatensatz und seine Teilkomponenten gibt die folgende Tabelle 4.

Tabelle 4: Forschungsdatensatz und seine Teilkomponenten

Bezeichnung Datensatz	**Kurzcharakterisierung**	**Anzahl auswertbare Versicherte**	**Auswertbare Versichertenjahre**
Forschungsdatensatz	RSA-Daten	45.396.028	44.030.589
Teildatensatz Auslandsversicherte	Versicherte mit mindestens einem Auslandsversichertentag in 2012	228.447	214.690
Teildatensatz AusAGG-Versicherte	Auslandsversicherte mit mindestens 183 Auslandsversichertentagen	207.837	204.039
Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten	Versicherte des Teildatensatzes Auslandsversicherte mit Eintrag in der Datei erweiterte Versichertenstammdaten	189.827	178.128
Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG	Versicherte des Teildatensatzes AusAGG-Versicherte mit Eintrag in der Datei erweiterte Versichertenstammdaten	168.878	165.779
Teildatensatz versichertenbezogene Auslandsausgaben	Versichertenbezogene Auslandsausgaben	44.052	40.384
Teildatensatz versichertenbezogene Auslandsausgaben mit AusAGG	Versichertenbezogene Auslandsausgaben für Versicherte mit mindestens 183 Auslandsversichertentagen	35.382	33.758

Quelle: Eigene Berechnungen.

2.3 Limitationen der Daten

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Daten des Forschungsdatensatzes, die für diese Studie von mehreren Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden, und die eine Basis für die em-

pirischen Analysen zur Beantwortung der Forschungsfragen darstellen, gewissen Limitationen unterliegen.

Zunächst einmal war die Datenqualität zwischen den unterschiedlichen Datenlieferungen sehr heterogen – insbesondere mit Blick auf die angeforderten Daten zu Auslandsversicherten wie die erweiterten Versichertenstammdaten und die Buchungen zu den Kontenarten 480 und 483. Aber auch die Datensätze zu Inlandsinformationen entsprachen nicht immer den angeforderten Formaten, wobei sich dies bei den Inlandsinformationen durch größere Datenaufbereitungen beheben ließ.

Die angefragten versichertenbezogenen Auslandsausgaben konnten von nur drei Krankenkassen geliefert werden, da die anderen beteiligten Krankenkassen keine versichertenbezogene Buchung ausländischer Kostenabrechnungen vornehmen. Dementsprechend ist keine ausreichende Aussagekraft bzw. Repräsentativität der Ergebnisse basierend auf den Auslandsausgaben gegeben. Zudem enthielten die mit aktuellem Rechnungsstand im Jahr 2015 für das Jahr 2013 angefragten Datensätze nur einen Teil der tatsächlichen Kostenabrechnungen, was unter anderem mit einem Rechnungsverzug seitens des ausländischen Trägers oder aber mit verspätet festgelegten Pauschalbeträgen bei Abrechnungen nach Pauschalen begründet werden kann. Zusätzlich ist es so, dass ein Teil der Kostenabrechnungen (in Papierform) ebenfalls teilweise nicht versichertenbezogen gebucht wurde.

Aufgrund der fehlenden standardisierten Datenformate und Vorgaben zur Datenerfassung waren einige Informationen in den Datenlieferungen nicht oder nicht vollständig vorhanden (wie z. B. das Kennzeichen „Grenzgänger“). Die Länderkürzel wurden unter Verwendung unterschiedlicher Schlüsselverzeichnisse verwendet. Teilweise wurde der Länderschlüssel der Kostenrechnungsnummern genutzt, teilweise wurde die Tabelle der Datensatzbeschreibung des Lehrstuhls zugrunde gelegt und teilweise wurden anscheinend Abkürzungen von Listen wie der Länderkodierung nach ISO(International Standards Organization)-3166-1[8] verwendet. Alle Länderabkürzungen mussten deshalb zunächst in ein einheitliches Format gebracht bzw. übersetzt werden.

Der ursprünglich im Forschungskonzept der Gutachter präferierte Ansatz, Daten mit einem mehrjährigen Versatz mit dem aktuellen Rechnungsstand anzufordern, um eine möglichst

[8] Vgl. Bundesarchiv (o. J.).

hohe Ausschöpfungsquote in den Kontenarten 480 und 483 zu haben, war nicht umsetzbar, weil viele Krankenkassen aufgrund ihrer Fusionshistorie oder Systemumstellungen nicht oder nur teilweise in der Lage sind, versichertenbezogene Daten der Jahre 2010 und 2011 zur Verfügung zu stellen. Deshalb musste die Analyse auf Basis von Daten der Jahre 2012 und 2013 erfolgen.

Einige Krankenkassen wichen von den Vorgaben der angeforderten Datenlieferung ab, sodass z. B. von einigen Krankenkassen statt der Versichertenstammdaten angelehnt an die Formate der SA110 die Stammdaten gemäß SA100 geliefert wurden. Einige Krankenkassen konnten die Variable der extrakorporalen Blutreinigung (gemäß Datensatzbeschreibung) in den Stammdaten mit den Werten „0“ und „1“ füllen – die Datenlieferungen anderer Krankenkassen enthielten den Dummy-Wert „9“ (wie er auch im Rahmen einer SA110 gemeldet werden kann). In den Leistungsausgabendaten erfolgte nicht in allen Datenlieferungen eine Darstellung der einzelnen Hauptleistungsbereiche, sondern es wurde teilweise – sowohl mit Verweis auf Arbeitsökonomie als auch unter Nennung datenschutzrechtlicher Aspekte – nur die Gesamtsumme der Leistungsausgaben je Versicherten übermittelt.

3 Methodisches Vorgehen

Das Gutachten wurde in drei – teilweise parallel verlaufenden – Phasen bearbeitet. Neben einer Dokumentenanalyse (Dokumente bzw. Rundschreiben der DVKA und Amtsblätter der EU) erfolgten persönliche Interviews mit Krankenkassenmitarbeitern, die in den beteiligten Krankenkassen jeweils mit der Bearbeitung von Auslandsabrechnungen im Alltagsgeschäft betraut sind und größtenteils über langjährige Erfahrungen verfügen. Im Rahmen der Dokumentenanalysen wurden insbesondere die EG-Verordnungen 883/04 und 987/09 und deren jeweilige Leitfäden verwendet, wobei die Leitfäden (im Gegensatz zu den zugehörigen Verordnungen) nur den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stehen und nicht öffentlich verfügbar sind.

Zusätzlich wurden empirische Analysen auf Basis von Datenlieferungen mehrerer Krankenkassen mit dem am Lehrstuhl generierten Forschungsdatensatz (siehe Kapitel 2) durchgeführt; einige wenige Kennzahlen wurden auch auf den im BVA vorliegenden GKV-Daten (BVA-Datensatz) ermittelt).

Im folgenden Kapitel wird zunächst die Vorgehensweise im Rahmen der Experteninterviews mit Blick auf die Auswahl geeigneter Interviewpartner und die praktische Umsetzung der Interviews beschrieben. Anschließend erfolgt die Beschreibung des methodischen Vorgehens bei den empirischen Analysen. Die Dokumentenanalyse erfolgte primär auf Basis einiger seitens der DVKA bereitgestellten Dokumente zu den Abrechnungsverfahren von Auslandsversicherten. Diese Dokumente wurden mit Blick auf die Forschungsfragen analysiert.

3.1 Experteninterviews

Für die Experteninterviews wurde je Krankenkassenart mindestens ein Interviewpartner rekrutiert. Die Interviews wurden jeweils in Form eines persönlichen Gesprächs durchgeführt (bis auf ein Interview, das auf Wunsch der Krankenkasse telefonisch vorgenommen wurde). Für die Vorbereitung auf das Interview wurde den Ansprechpartnern im Vorfeld des Interviewtermins der Interviewleitfaden zugesendet (Interview-Leitfragen siehe Anhang A). Die Gespräche fanden unter Zuhilfenahme des Interviewleitfadens mit einem Zeitaufwand von jeweils zwei bis drei Zeitstunden statt. Für interne Zwecke der Protokollierung wurden die Gespräche aufgezeichnet - den Interviewpartnern wurde aber Anonymität zugesichert. Zu-

dem wurde ein Experteninterview mit mehreren Vertretern der DVKA geführt. Nach den Interviews wurden die Expertenaussagen verschriftlicht und qualitativ ausgewertet.

3.2 Empirische Analysen

Die empirischen Analysen mit dem BVA-Datensatz erfolgten im Bundesversicherungsamt mit dem SAS-Enterprise Guide (Version 4.3.0) und der Statistiksoftware SAS (Statistical Analysis Systems) in der Version 9.2. Die Analysen mit dem Forschungsdatensatz erfolgten am Lehrstuhl für Medizinmanagement primär mit der Statistiksoftware SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) in der Version 21 und ergänzend mit Microsoft Office Excel 2010. Für die Gruppierung der Versicherten wurde der Gruppierungsalgorithmus des BVA mit der Logik des Ausgleichsjahres 2013 verwendet.

Für die deskriptiven Statistiken wurden teilweise Werte je Versichertenjahr (VJ) ausgewiesen, um unvollständige Versichertenepisoden entsprechend zu berücksichtigen. Im Gesamtdatensatz wurden alle Versicherten erfasst, die eine Datenmeldung in den Leistungsausgaben des Jahres 2013 aufwiesen und (mit Ausnahme von Neugeborenen des Jahres 2013) in den Versichertenstammdaten des Vorjahres 2012 enthalten waren.

Für die spezifischen Analysen bei Auslandsversicherten mit Blick auf das Land der Einschreibung, die Zugehörigkeit zu den Personengruppen und die Auslandsausgaben wurden allerdings nur die Versicherten analysiert, die in den „erweiterten Versichertenstammdaten“ bzw. in der Datei der „Auslandsausgaben“ einen entsprechenden Datensatz aufwiesen.

Für die Analyse des Landes der Einschreibung und der Personengruppen wurden die Daten des Jahres 2012 verwendet. Für die Analyse der Auslandsausgaben erfolgte eine Analyse (aufgrund des prospektiven Ansatzes im Morbi-RSA) der Auslandsausgaben des Jahres 2013. Auslandsversicherte, die im Jahr 2012 mit mehr als einem Land der Einschreibung gemeldet waren, wurden aus diesen spezifischen Analysen ausgeschlossen, da es sich zum einen nur um wenige Versicherte handelte und da zum anderen eine landesspezifische Ausgabenanalyse bei unvollständigen Versichertenepisoden und der Notwendigkeit der Aufteilung der gebuchten Auslandsausgaben auf die Länder der Einschreibung methodisch nicht valide umsetzbar war. Ein Wechsel zwischen den Personengruppen in einem Land der Einschreibung hingegen (z. B. Wechsel eines Mitglieds zum Rentner oder eine Mitglieds zum Familienange-

hörigen) führte zu keinem Ausschluss der Versicherten, da keine nach Personengruppen differenzierte Ausgabenanalyse erfolgte. Bei personengruppenspezifischen Auswertungen waren also Mehrfachzählungen möglich.

4 Bearbeitung der Forschungsfragen

In diesem Abschnitt werden die acht Forschungsfragen (einschl. der bei Frage 1 formulierten vier Unterfragen) bearbeitet, die in der Ausschreibung durch das BVA vorgegeben waren.

4.1 Forschungsfrage 1

Wie ist das Status quo Verfahren zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich gestaltet und welche Verbesserungspotenziale bestehen? Wie kommen die Meldungen der Krankenkassen zu den Auslandsversicherten zustande?

In Forschungsfrage 1 wird zunächst das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte im aktuellen RSA dargestellt und anschließend werden die notwendigen Kriterien beschrieben, die für die Meldung von Auslandsversicherten seitens der inländischen Träger an das BVA erfüllt sein müssen. In der folgenden Forschungsfrage 1a („Welche Meldewege gibt es für Abrechnungsdaten bei Auslandsversicherten?“) erfolgt dann die detaillierte Darstellung der möglichen Abrechnungswege und Abrechnungsarten für eingeschriebene Auslandsversicherte.

Wie bereits in Kapitel 1 im Kontext der Entwicklung der GKV-Finanzierungsarchitektur beschrieben und eingeordnet, werden Versicherte, deren gemeldete Auslandsversichertentage im Vorjahr einen vom BVA festgelegten Schwellenwert (mindestens ein halbes Jahr = 183 Versichertentage) überschreiten, nicht in das Regressions- und Zuweisungsmodell für inländische Versicherte einbezogen und keiner Alters- und Geschlechtsgruppe (AGG), Kostenerstattergruppe (KEG), Erwerbsminderungsgruppe (EMG) oder hierarchisierten Morbiditätsgruppe (HMG) zugeordnet, sondern genau einer von – in der Struktur den inländischen AGGn entsprechenden – 40 AusAGGn, für die die durchschnittlichen Gesamtzuweisungen der inländischen Versicherten in der analogen AGG zugewiesen werden.

Für den Anspruch auf Leistungsaushilfe ist zunächst immer eine Anspruchsbescheinigung seitens des zuständigen inländischen Trägers vorzulegen, worauf eine Einschreibung des Versicherten mit einer entsprechenden Einschreibungsbestätigung seitens des ausländischen Trägers erfolgt. Erst bei erfolgter Einschreibung kann der jeweilige Versicherte Sachleistungen des ausländischen Trägers erhalten, die zu Lasten des zuständigen inländischen Trägers erbracht werden. Abrechnungen zwischen aushelfendem und inländischem Kostenträger

erfolgen (im Gegensatz zur direkten Kommunikation der Träger bei Einschreibung der Versicherten) über die jeweiligen Verbindungsstellen, nur in wenigen Ausnahmen (bei Zustimmungsfällen siehe Kapitel 4.1.1) direkt zwischen aushelfendem und inländischem Träger. Bei Leistungsaushilfe zwischen Mitgliedsstaaten werden zunächst einheitliche Anspruchsbescheinigungen (siehe Anhang B) verwendet, um die Leistungsaushilfe rechtlich zu begründen. Dabei handelt es sich um sogenannte „E-Vordrucke“, die gemäß der in Tabelle 5 dargestellten Systematik verwendet werden und für Mitgliedsstaaten (im Gegensatz zu Abkommensstaaten) gelten.[9]

Tabelle 5: Anspruchsscheine von Mitgliedsstaaten bei gewöhnlichem Aufenthalt (Wohnortfall)

Anspruchsbescheinigung	Personengruppe mit Anspruch auf Leistungsaushilfe
E106	1. Stammversicherte und deren Familienangehörige werden eingeschrieben
E109	2. Familienangehörige ohne den Stammversicherten werden eingeschrieben
E120	3. Rentenantragssteller und deren Familienangehörige werden eingeschrieben
E121	4. Rentner und deren Familienangehörige werden eingeschrieben
E121	5. Familienangehörige ohne den Rentner werden eingeschrieben

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an den Leitfaden zu Kostenabrechnungen im Rahmen der EG-Verordnung 987/09 und nach Abkommensrecht Stand 12.05.2014[10].

Vordruck E106 wird z. B. somit verwendet, wenn sich sowohl der Stammversicherte als auch seine Familienangehörigen im Ausland befinden. Verbleibt der Stammversicherte hingegen im Inland, so ist Vordruck E109 zu verwenden. Ist der Stammversicherte ein Rentner, so wird diese Differenzierung nicht getroffen und es erfolgt immer eine Einschreibung über den Anspruchsschein E121, egal, ob der Rentner sich im In- oder im Ausland befindet.

[9] Als Mitgliedsstaaten gelten hier EU-Staaten, Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und die Schweiz.

[10] Vgl. DVKA (2014a), S. 77.

Aktuell besteht eine sog. „Übergangsphase“ (Transitional Period), in der ein Umstieg auf einen vollständig elektronischen Datenaustausch (durch Verwendung sog. strukturierter elektronischer Dokumente (SED)) zwischen den Trägern erfolgt. Auch die in Tabelle 5 aufgeführten Anspruchsbescheinigungen werden durch SEDs ersetzt. Da die Rahmenbedingungen für den elektronischen Datenaustausch aber noch nicht vollständig erfüllt sind, werden aktuell sowohl E-Vordrucke als auch SEDs, die in der Regel mehr Informationen enthalten als E-Vordrucke und zusätzlich zwischen Pflichtfeldern und optional ausfüllbaren Feldern unterscheiden, verwendet, wobei derzeit ein elektronischer Austausch von SEDs noch nicht möglich ist, sondern lediglich ein Austausch in Papierform. Nach Abschluss der Übergangsphase (vermutlich bis zum Ende des Jahres 2018) soll nur noch die Verwendung von SEDs anstelle von E-Vordrucken möglich sein. Für die bilateralen Abkommensstaaten (wie z. B. die Türkei) gelten jeweils landespezifische Anspruchsbescheinigungen, die in Anhang C aufgeführt sind.

Bei vorliegender Meldung eines ausländischen Trägers mit der erfolgreichen Einschreibung eines Versicherten zur Leistungsaushilfe wird der Versicherte von der Krankenkasse im Rahmen der RSA-Datenmeldungen als Versicherter mit Wohnsitz im Ausland bzw. gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gemeldet und im BVA im RSA-Verfahren bei mindestens 183 Auslandsversichertentagen gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV im Vorjahr einer AusAGG zugeordnet; bei weniger als 183 Auslandsversichertentagen im Vorjahr findet keine AusAGGn Anwendung statt, vielmehr wird der Versicherte den regulären AGGn, EMGn, HMGn oder KEGn zugeordnet.

4.1.1 Forschungsfrage 1a

Welche Meldewege gibt es für Abrechnungsdaten bei Auslandsversicherten?

Das grundsätzliche Verfahren der Meldung und Abrechnung von im Ausland eingeschriebenen Versicherten basierend auf EG-Norm (EG-VO 987/09) ist in Anhang H aufgeführt. Die folgenden Erläuterungen beziehen sowohl die Ergebnisse der Dokumentenanalyse als auch die der Experteninterviews ein und beziehen sich auf die RSA-Datenmeldungen der Krankenkassen an das BVA.

Leistungsaushilfe kann über Einzel- oder über Sammelabrechnungen abgerechnet werden. Bei einer Sammelabrechnung handelt es sich um eine Vereinbarung, dass der inländische Träger die Abrechnungen für die eingeschriebenen Versicherten selbst erstellt. Für die Türkei werden z. B. Pauschalbeträge (in Form von Monatspauschalen) als Vorschuss seitens des inländischen Trägers (d. h. der deutschen Krankenkasse) entrichtet, die bei der späteren

Schlussrechnung (nach Bekanntgabe der final kalkulierten Pauschalbeträge und der tatsächlichen berücksichtigungsfähigen Monate) berücksichtigt werden, weil die ausländischen Träger aufgrund der größeren Anzahl anspruchsberechtigter Versicherter ansonsten finanziell stark belastet wären.[11] Für Einschreibungsländer, mit denen kein Sammelabrechnungsverfahren vereinbart ist, werden bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des jeweils geltenden Pauschalbetrages keine Abschlagszahlungen gezahlt.

Die Abschlagszahlungen, die im Rahmen der Sammelabrechnungen erfolgen, werden allerdings nicht versichertenbezogen gebucht. Falls die Krankenkasse versichertenbezogen bucht, so findet die Schlussabrechnung (Abgleich von Abschlagszahlungen und tatsächlicher Forderung des ausländischen Trägers) und die versichertenbezogene Buchung erst nach Bekanntgabe der finalen Pauschalbeträge statt. Somit sind die zu entrichtenden Abschlagszahlungen regelhaft nicht in der im RSA-Verfahren zu liefernden SA700 enthalten. Zwar wird in der SA700 nach dem Für-Prinzip gebucht, verspätet auflaufende Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand oder Pauschalabrechnungen können aber aufgrund der Tatsache, dass die SA700 jeweils im Sommer des Folgejahres erstellt und dem BVA gemeldet wird regelhaft nicht in den RSA-Meldungen enthalten sein und werden somit grundsätzlich nicht im RSA-Verfahren versichertenbezogen berücksichtigt.

Des Weiteren ist zu unterscheiden zwischen der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand und der Abrechnung nach Pauschalen:

1. Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand,
2. Abrechnung über Kopfpauschalen,
3. Abrechnung über Familienpauschalen.

Bei der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand wird dieser versichertenbezogen gemäß Artikel 62 der Verordnung (EG) 987/09[12] dem leistungsaushelfenden Träger erstattet. Bei Mitgliedsstaaten, für die eine Erstattung von tatsächlichen Aufwendungen gemäß Anhang 3 VO (EG) 987/09 nicht zweckmäßig ist, erfolgt für einige Personengruppen eine Abrechnung über Pauschalbeträge - im Übrigen werden grundsätzlich die tatsächlichen Aufwendungen

[11] Nach Auskunft der DVKA werden Gespräche mit der türkischen Verbindungsstelle über eine mögliche Umstellung auf Abrechnungen nach Kopfpauschalen bzw. tatsächlichem Aufwand geführt, deren Ergebnis aktuell nicht einschätzbar ist.

[12] Vgl. Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union (2009).

abgerechnet.[13] Die Pauschalbeträge werden gemäß Artikel 64 VO (EG) 987/09 jährlich kalkuliert und sollen den tatsächlichen Aufwendungen möglichst nahe kommen. Finnland, Irland, Niederlande, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien, Vereinigtes Königreich und Zypern (Norwegen seit dem 01.06.2012, Zypern seit dem 01.01.2013) rechnen für die Personengruppen 2, 4 und 5 (siehe Tabelle 5) pauschal (im Übrigen nach tatsächlichem Aufwand) ab. In den Personengruppen 4 und 5 werden dabei jeweils versichertenbezogene Kopfpauschalen abgerechnet und für Personengruppe 2 werden teilweise versichertenbezogene Kopfpauschalen (Finnland, Niederlande und Zypern) oder Familienpauschalen (Irland, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien und das Vereinigte Königreich) in Rechnung gestellt. Ab dem 01.05.2015 ist es für Mitgliedsstaaten jedoch nicht mehr möglich, Familienpauschalen in Rechnung zu stellen. Stattdessen müssen Kopfpauschalen abgerechnet werden oder aber Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand erfolgen.

Ein Überblick über alle Anspruchsscheinnummern, Abrechnungsarten in Abhängigkeit der Personengruppe sowohl für Mitgliedsstaaten als auch für Abkommensstaaten ist im Leitfaden der DVKA zur Leistungsaushilfe im Rahmen der EG-VO 883/04 und nach Abkommensrecht zu finden und hier im Anhang B aufgeführt.[14]

Die abzurechnenden Pauschalbeträge werden durch Addition aller für die im Ausland nach den dort gültigen Rechtsvorschriften wohnenden Versicherten erbrachten Sachleistungen und anschließende Division durch zwölf auf einen Monatsbetrag standardisiert. Anschließend wird der Referenzwert um 20% gekürzt; für Mitgliedsstaaten, die nicht in Anhang 4 der VO (EG) 883/04 aufgeführt sind, werden die Pauschalbeträge bei Rentnern und Familienangehörigen lediglich um 15% gekürzt.[15] Die Pauschalbeträge können dabei getrennt nach Altersklassen ermittelt werden (wie z. B. für die drei Altersklassen „jünger als 20 Jahre“, „20 bis 64 Jahre“ und „65 Jahre und älter“). Die altersklassenspezifischen Jahresdurchschnittskosten müssen für Mitgliedsstaaten bis spätestens zum Ende des zweiten Jahres, das auf das jeweilige Abrechnungsjahr folgt, dem Rechnungsausschuss mitgeteilt werden – andernfalls wer-

[13] In Deutschland angefallene Kosten im Rahmen der Leistungsaushilfe werden grundsätzlich mit ausländischen Verbindungsstellen nach tatsächlichem Aufwand abgerechnet.

[14] Vgl. DVKA (2014b), S. 101, 102.

[15] Die Kürzungen erfolgen, um der Tatsache gerecht zu werden, dass im Ausland eingeschriebene Versicherte teilweise zusätzlich Leistungen in Deutschland in Anspruch nehmen.

den die Pauschalbeträge des Vorjahres verwendet. Die Veröffentlichung für Mitgliedsstaaten erfolgt jährlich im Amtsblatt der EU.

Kostenrechnungen ausländischer Verbindungsstellen treffen in der Regel in Paketen (sogenannten Sendungen) bei der DVKA ein. Diese sortiert sie nach inländischen Trägern, erfasst sie unter Verwendung einer 15-stelligen Kostenrechnungsnummer in ihrem EDV-System, prüft sie auf Vollzähligkeit, Lesbarkeit und stichprobenhaft auch auf Vollständigkeit. Sie leitet die Forderungen an die zuständigen Krankenkassen weiter und umgekehrt die von der Kasse unter Angabe der Kostenrechnungsnummer zu leistende Erstattung an die ausländische Verbindungsstelle, die sie an den ausländischen Träger überweist. Die Kostenrechnungsnummer ist für die beiden Abrechnungsarten über Pauschalen und nach tatsächlichem Aufwand unterschiedlich aufgebaut; die letzten sechs Stellen ermöglichen als laufende Nummer eine eindeutige Identifizierung.

Für die Einreichung von Kostenrechnungen an die jeweilige Verbindungsstelle gelten in der Regel Einreichtermine:

Mitgliedsstaaten müssen eine Forderung grundsätzlich innerhalb von zwölf Monaten nach dem Kalenderhalbjahr, in dem sie entstanden ist, der jeweiligen Verbindungsstelle melden; danach werden Forderungen nicht mehr erstattet (sog. Einreichestopp). Die ermittelten Pauschalbeträge müssen von Mitgliedsstaaten allerdings erst bis spätestens zum Ende des zweiten Jahres, das auf das jeweilige Abrechnungsjahr folgt (24 Monate nach Abschluss des Abrechnungsjahres), ermittelt und kommuniziert werden. Die Frist für die Begleichung von Forderungen liegt bei Mitgliedsstaaten bei 18 Monaten.

Für Abkommensstaaten (wie z. B. Serbien) sind bzgl. der grundsätzlichen Einreichung von Forderungen in neueren Vereinbarungen zwischen der inländischen und ausländischen Verbindungsstelle Einreichefristen vereinbart worden, die sich an denen der Mitgliedsstaaten (siehe oben) anlehnen. Bzgl. der Ermittlung der Pauschalbeträge für die abschließende Abrechnung nach pauschalem Aufwand existieren jedoch für Abkommensstaaten keine Fristen, sodass es hier zu mehreren Jahren Verzug kommen kann. Fristen für die Begleichung von Forderungen sind mit Abkommensstaaten nicht vereinbart worden.

Die Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand erfolgen zwischen Mitgliedsstaaten unter Verwendung des Vordrucks E125. Auch für die Abrechnungsvordrucke gilt für Mitgliedsstaa-

ten (wie auch für die Daten im Rahmen der Einschreibung) aktuell ein Übergangszeitraum, in dem ein Übergang auf SEDs erfolgt. Auch bei Kostenabrechnungen soll somit bis spätestens zum Ende des Jahres 2018 eine Umstellung auf einen vollständig elektronischen Datenaustausch zwischen Mitgliedsstaaten erfolgt sein. Die Leistungsbereiche des aktuell verwendeten Vordrucks E125 umfassen die Bereiche „ärztliche Behandlung“, „zahnärztliche Behandlung“, „Arzneimittel“, „Krankenhausbehandlung“ und „sonstige Leistungsausgaben“. Zusätzlich ist auf den Abrechnungsvordrucken ablesbar, ob es sich bei der zugrunde liegenden Indikation um eine „Krankheit“, einen „Nicht-Arbeitsunfall“ oder einen „Arbeitsunfall“ bzw. eine „Berufskrankheit“ handelt.[16]

Mit Abkommensstaaten ist im Gegensatz zu Mitgliedsstaaten bisher keine Umstellung auf eine vollständige elektronische Datenübermittlung geplant. Die Abrechnungsvordrucke nach tatsächlichem Aufwand mit bilateralen Abkommensstaaten sind ähnlich aufgebaut wie der Vordruck E125 – auch hier sind lediglich die Rechnungsbeträge nach unterschiedlichen Leistungsbereichen ausgewiesen. Auf dem Vordruck wird unter anderem auch nach dem Beschäftigungsstatus des Versicherten differenziert (Arbeitnehmer, Selbstständiger, Grenzgänger als Arbeitnehmer, Grenzgänger als Selbstständiger, Arbeitsloser), wobei diese Differenzierung keine Auswirkung auf die Abrechnungsart hat. Die insbesondere für die Differenzierung von Urlauberrechnungen und Leistungsaushilfe bei bestehender Einschreibung relevante Information, auf Basis welchen Dokuments Leistungen erbracht wurden, ist ebenfalls aufgeführt. Hier gibt es die folgenden Auswahlmöglichkeiten:

1. Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC),
2. provisorische Ersatzbescheinigung für die EHIC,
3. E-Vordruck (mit Angabe der Nummer des E-Vordrucks).

Somit können eingehende Rechnungen auf Basis der EHIC oder auf Basis von E-Vordrucken voneinander unterschieden und seitens der Krankenkasse theoretisch voneinander getrennt erfasst werden.

[16] Vgl. Abrechnungsvordruck E125, der gemäß Beschluss der Verwaltungskommission der Europäischen Gemeinschaft für die Soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer für Abrechnungen zwischen Mitgliedsstaaten (EU, EWR die Schweiz) zu verwenden ist (für Pauschalabrechnungen gilt der Vordruck E127).

Bei Abrechnungen für Personen mit nur vorübergehendem Aufenthalt in Mitgliedsstaaten erfolgt eine Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand. Dafür wird die EHIC verwendet. Sollte es sich um einen sogenannten „Zustimmungsfall“ handeln, ist die vorherige Zustimmung des inländischen Trägers einzuholen. Ein solcher Zustimmungsfall liegt vor, wenn der Aufenthalt im Ausland zum Zweck der Behandlung erfolgt, es sich also um eine geplante medizinische Versorgung handelt. Für Abkommensstaaten ist der Zustimmungsfall abweichend definiert: hier reicht es aus, wenn bereits vor Abreise ins Ausland eine Behandlungsbedürftigkeit besteht (unabhängig davon, ob der Zweck der Reise die medizinische Versorgung ist oder nicht). In beiden Fällen muss jeweils vor der Inanspruchnahme von Leistungen eine Zustimmung des inländischen Trägers eingeholt werden.

4.1.2 Forschungsfrage 1b

Welche Typen von Auslandsversicherten (Arbeitnehmer, Selbstständige, Rentner) gibt es?

Zu unterscheiden sind (insbesondere auch mit Blick auf die Verwendung unterschiedlicher Anspruchsscheine und Abrechnungsarten) im Wesentlichen drei unterschiedliche Gruppen von Auslandsversicherten:

1. Versicherte (Mitglieder) bzw. Grenzgänger, die in Deutschland arbeiten und krankenversichert sind, aber im Ausland wohnen. Wenn der Versicherte täglich oder aber zumindest wöchentlich in seinen Wohnstaat zurückkehrt, gilt er als Grenzgänger. Der Versicherte hat – ebenso wie seine im Ausland lebenden Familienangehörigen – einen Leistungsanspruch im Wohnstaat gemäß den dort gültigen Vorschriften (selten haben Versicherte ein Arbeitsverhältnis im außereuropäischen Ausland und entrichten weiterhin Krankenversicherungsbeiträge in Deutschland, etwa um Leistungsansprüche in Deutschland zu bewahren).
2. Rentner bzw. Rentenantragssteller, die ihren Wohnort bzw. ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland verlagern und weiterhin Beiträge an eine gesetzliche Krankenkasse in Deutschland entrichten, haben (ebenso wie Familienangehörige, die zusammen mit dem Rentner den Wohnort wechseln), einen Anspruch auf Leistungsaushilfe im Ausland (sofern die EG-Verordnungen oder ein bilaterales Länderabkommen greift) gemäß den Vorschriften des neuen Wohnstaates.
3. Familienangehörige (mit Wohnsitz im Ausland und Leistungsinanspruchnahme im Ausland bzw. in Deutschland) haben einen Leistungsanspruch im Ausland bzw. in Deutschland gemäß den Vorschriften ihres Wohnstaates während das Mitglied weiterhin in

Deutschland krankenversichert ist (bei Leistungsaushilfe eines Mitgliedsstaates wird der Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen nach dem Recht des Wohnstaates und bei Leistungsaushilfe eines Abkommensstaates teilweise nach deutschem Recht definiert). Bei Abrechnung nach Familienpauschalen richtet sich der Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaates der jeweiligen Familienangehörigen. Die Familienangehörigen können dabei sowohl ohne als auch zusammen mit dem zugehörigen Mitglied ihren Wohnsitz im Ausland haben.

Für die genannten Gruppen (Versicherter/Grenzgänger, Rentner/Rentenantragssteller, Familienangehörige), die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, sind zusätzliche Differenzierungen mit Blick auf die umzusetzende Abrechnungsart in Abhängigkeit des Einschreibungslandes vorhanden.[17]

4.1.3 Forschungsfrage 1c

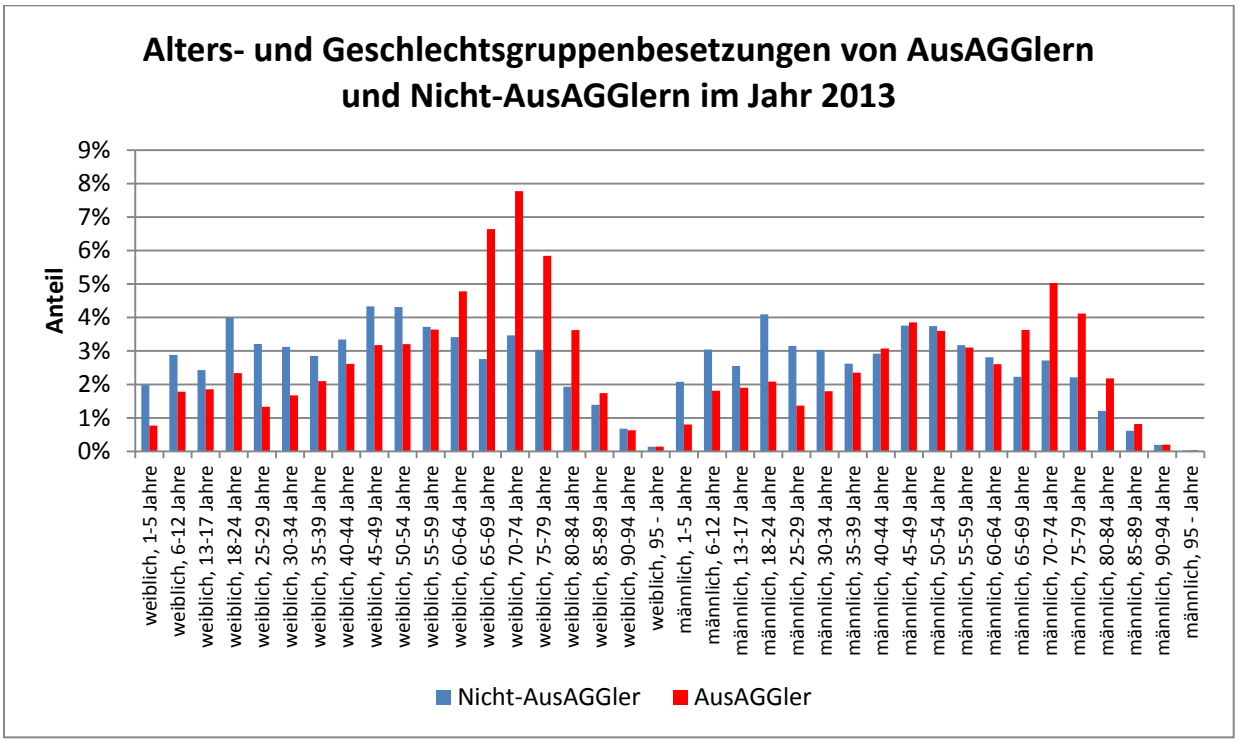
Welche Altersprofile und Krankheitsbilder (z. B. Diagnosen) weisen Auslandsversicherte auf?

Für die Analyse der Altersprofile und der Morbiditätslast von Auslandsversicherten wurde der für dieses Gutachten aufgebaute (vgl. Kapitel 2) Datenbestand (Forschungsdatensatz) am Lehrstuhl für Medizinmanagement verwendet. Dafür wurden für einige Darstellungen alle AusAGGler (Teildatensatz AusAGG-Versicherte) und teilweise nur solche mit zusätzlichen Informationen in der erweiterten Versichertenstammdatendatei (z. B. zum Einschreibungsland) verwendet, um differenziertere Analysen zu ermöglichen (Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG).

Die Analyse der AusAGGler im Teildatensatz AusAGG-Versicherte zeigt, dass diese 207.837 Versicherten ein insgesamt deutlich höheres Altersniveau als inländische Versicherte aufweisen – die höheren Altersklassen sowohl bei weiblichen (AusAGG02 bis AusAGG20) als auch bei männlichen (AusAGG22 bis AGG40) Versicherten sind bei AusAGGlern tendenziell stärker besetzt als bei inländischen Versicherten (siehe Abbildung 1: es zeigen sich jeweils rechtssteile und linksschiefe Verteilungen).

[17] Auf die in der Forschungsfrage auch angesprochenen Selbstständigen wird an dieser Stelle nicht weiter eingegangen, da für diese keine separaten E-Vordrucke oder Abrechnungsvordrucke verwendet werden und keine gesonderten Regelungen bestehen.

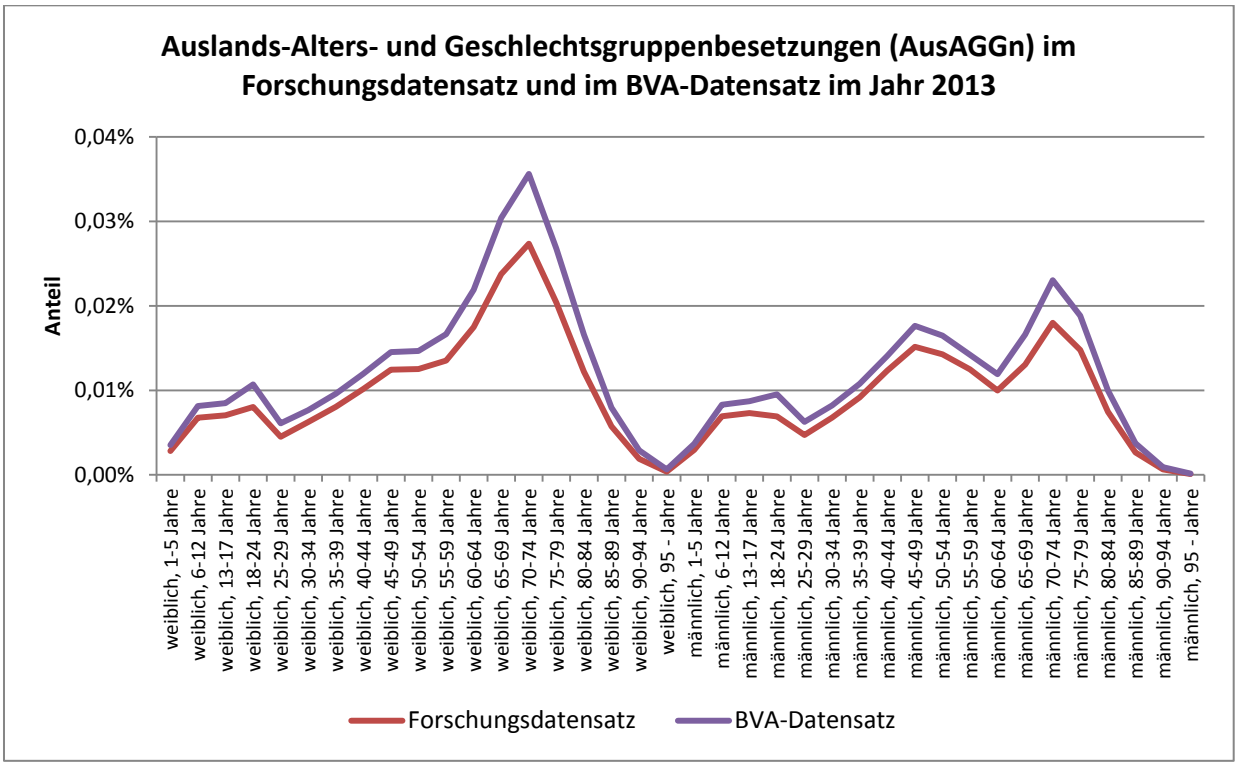
Abbildung 1: Auslands-Alters- und Geschlechtsgruppen im Teildatensatz AusAGG-Versicherte im Vergleich zu inländischen Versicherten im Forschungsdatensatz



Quelle: Eigene Berechnung. N(AGGler)=45.188.191; N(AusAGGler)=207.837.

In der folgenden Abbildung 2 werden die Alters- und Geschlechtsgruppenbesetzungen der AusAGGler im Forschungsdatensatz denen im BVA-Datensatz gegenübergestellt, um zu prüfen, inwieweit die Gruppe der AusAGGler im Forschungsdatensatz eine GKV-repräsentative Alters- und Geschlechtsverteilung aufweist. Zu erkennen ist, dass der Anteil von AusAGGlern in jeder Altersklasse des Forschungsdatensatzes höher liegt als im BVA-Datensatz über die Gesamt-GKV. Der Altersklassenverteilungen sind aber – wenn auch auf einem etwas abweichenden Gesamtniveau – miteinander vergleichbar.

Abbildung 2: Auslands-Alters- und Geschlechtsgruppen im Forschungsdatensatz und im BVA-Datensatz im Jahr 2013



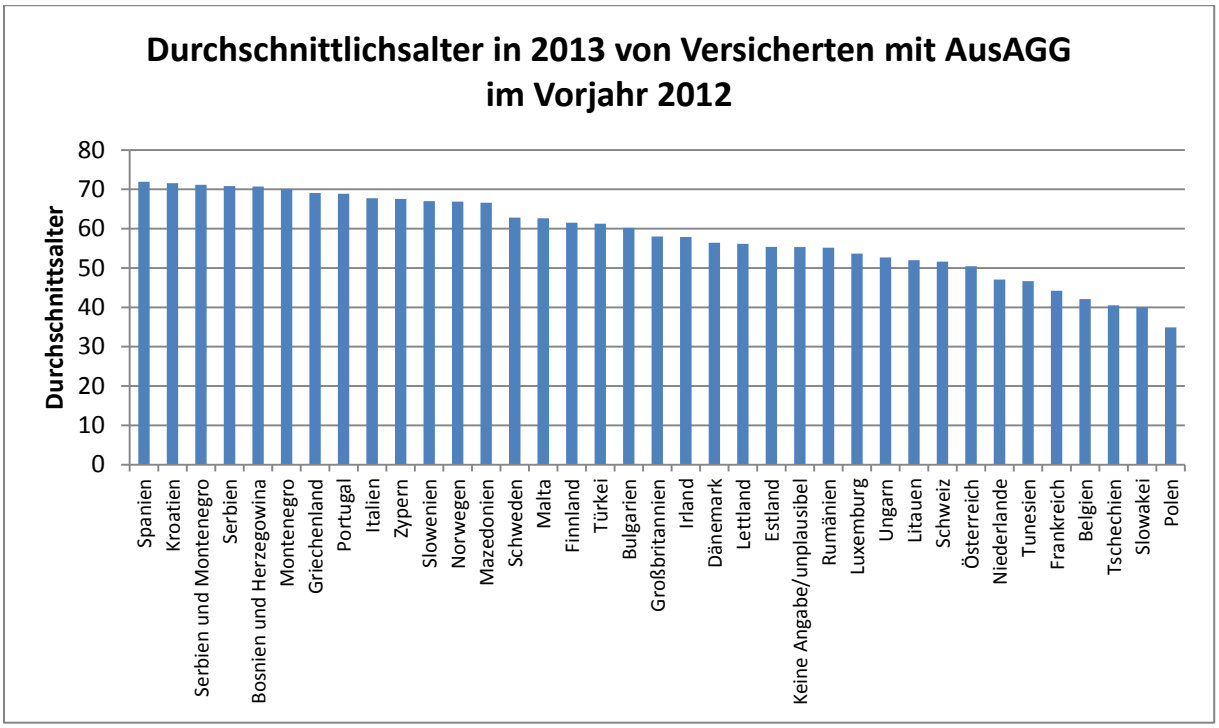
Quelle: Eigene Berechnungen. N(Forschungsdatensatz)=207.837; N(BVA-Datensatz)=294.914.

Für die 168.878 Versicherten mit AusAGGn im Forschungsdatensatz, für die zugleich Informationen in der Datei der „erweiterten Versichertenstammdaten“ vorlagen (Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusGG), ist es möglich, die Altersinformationen nach dem Land der Einschreibung zu differenzieren. Wie Abbildung 3 zeigt, gibt es hier sehr große Unterschiede, mit einer Spannweite der Durchschnittswerte von etwa 37 Jahren. So erreichen Auslandsversicherte, die in Spanien eingeschrieben sind, ein Durchschnittsalter von 71,94 Jahren und stellen somit die älteste Gruppe von Auslandsversicherten dar – gefolgt von den Einschreibeländern Kroatien und Serbien und Montenegro[18] mit einem Durchschnittsalter von 71,56 bzw. 71,16 Jahren. Diese hohen Durchschnittsalter sind mit den Rentneranteilen in diesen Einschreibungsländern zu erklären (siehe Abbildung 5). Die jüngsten Auslandsversicherten finden sich in Tschechien, in der Slowakei und in Polen mit 40,50

[18] Für einige Versicherte wurde das Länderkennzeichen für das ehemalige „Serbien und Montenegro“ geliefert und keine Angabe der Einzelländer „Serbien“ und „Montenegro“, sodass hier und im Folgenden neben den Ländern „Serbien“ und „Montenegro“ auch die Länderkennzeichnung „Serbien und Montenegro“ existiert.

Jahren, 39,99 Jahren bzw. 34,91 Jahren, die dementsprechend einen geringen Anteil von Rentnern innerhalb der Auslandsversicherten aufweisen (siehe Abbildung 5).

Abbildung 3: Durchschnittsalter der Versicherten nach Einschreibungsländern im Teildatensatz Erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG*

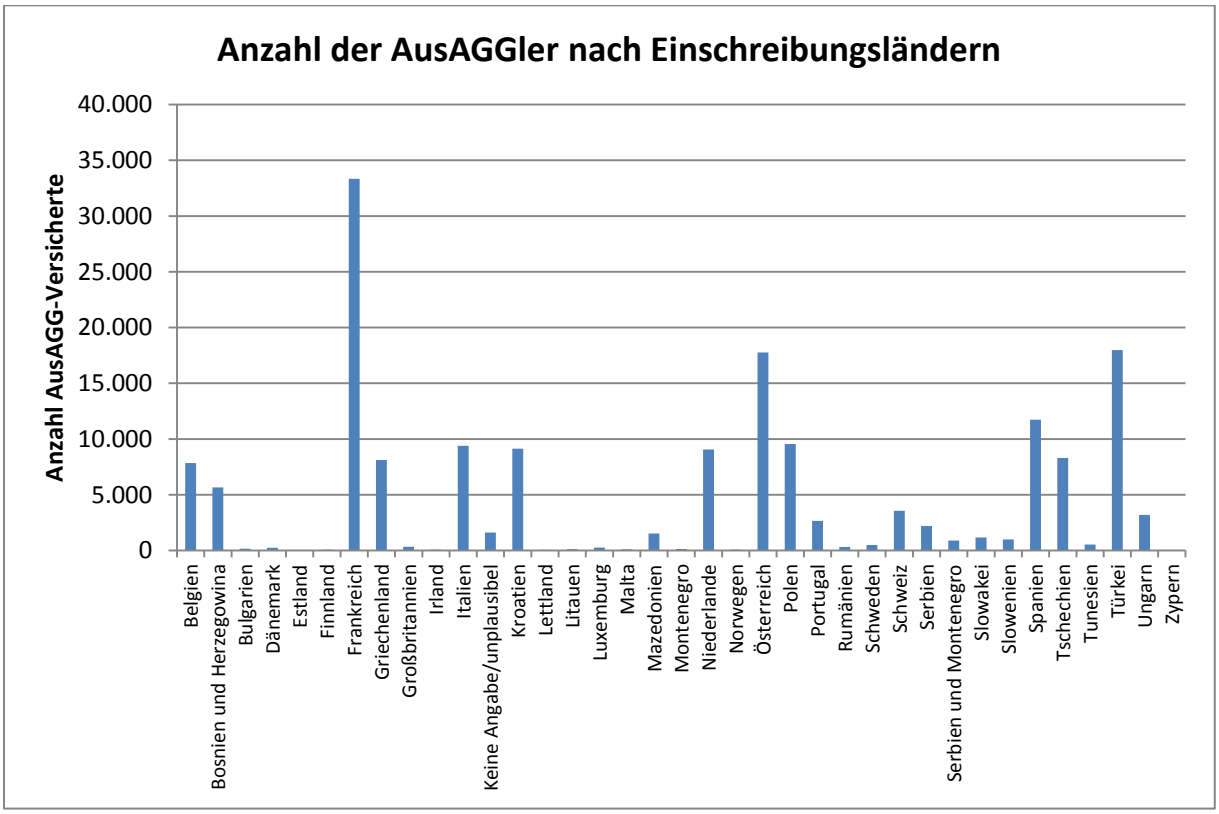


Quelle: Eigene Berechnung. N=168.878. *Nicht ausgewiesen sind wegen der zu geringen Fallzahlen und aus Gründen der Übersichtlichkeit die Staaten Liechtenstein und Island.

Das Durchschnittsalter der AusAGGler des Jahres 2012 liegt im Jahr 2013 bei 52,98 Jahren (Sd: 21,74). Unter den Versicherten mit einer AusAGG sind männliche Versicherte mit 50,28% gegenüber 49,72% weiblichen Versicherten vertreten.

In der folgenden Abbildung 4 sind zunächst die 168.878 Versicherten des Teildatensatzes erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG für das Jahr 2012 getrennt nach Einschreibungsland dargestellt. Die meisten AusAGGler in dem vorliegenden Datensatz haben ihren gewöhnlichen Aufenthalt bzw. Wohnort in Frankreich (33.337), gefolgt von der Türkei (17.980), Österreich (17.761) und Spanien (11.732). Eine Analyse der Verteilung von Auslandsversicherten bzw. von AusAGGlern für die gesamte GKV bzw. die am RSA teilnehmenden Krankenkassen liegt nach einer Anfrage bei der DVKA nicht vor, sodass hier keine Referenzwerte ausgewiesen werden können.

Abbildung 4: Anzahl der Versicherten nach Einschreibungsländern im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG *

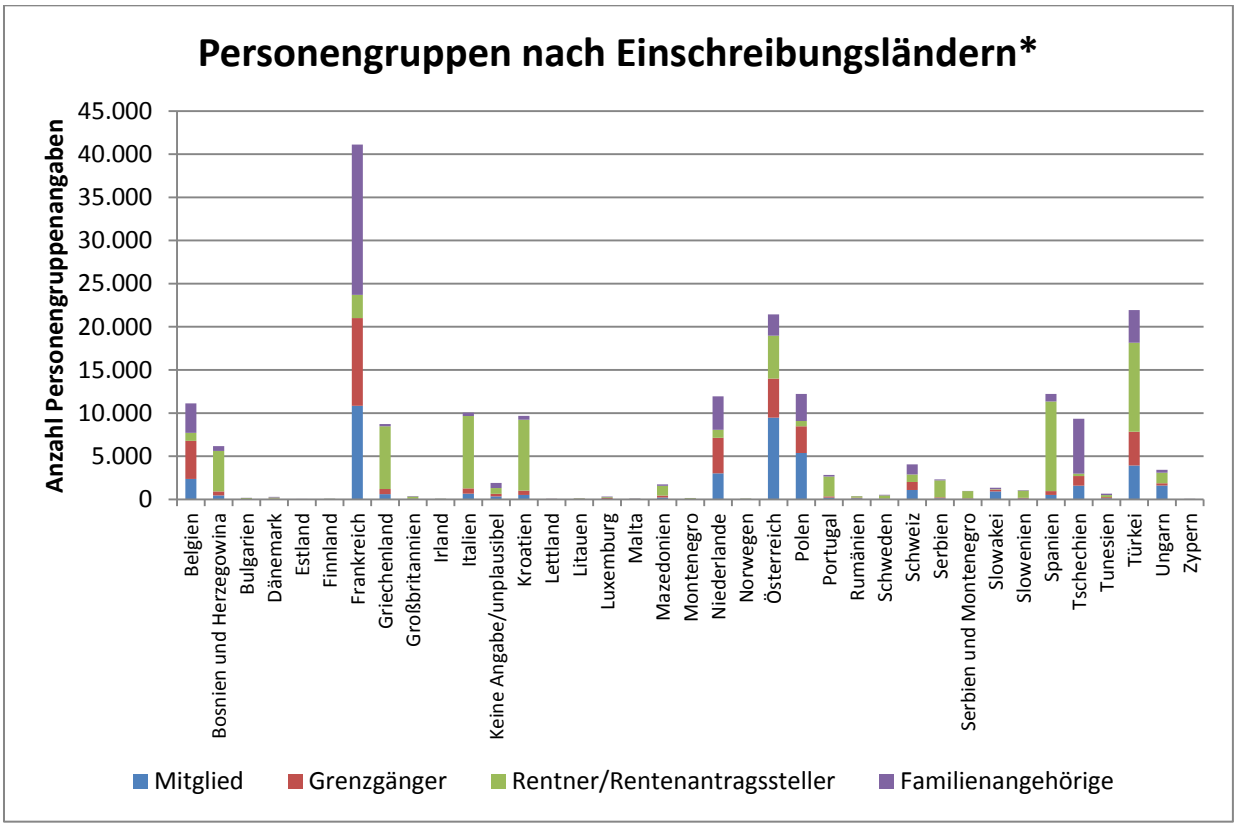


Quelle: Eigene Berechnung. N=168.878. *Nicht ausgewiesen sind wegen der zu geringen Fallzahlen und aus Gründen der Übersichtlichkeit die Staaten Liechtenstein und Island.

Die Verteilung der AusAGGler nach Ländern und Personengruppen zeigt sich in Abbildung 5, wobei hier Mehrfachangaben von Versicherten enthalten sind. Von den 168.878 AusAGGlern wurden 29.736 genau zwei Personengruppen, 402 genau drei Personengruppen zugeordnet und ein Versicherter weist alle vier Personengruppen im Jahresverlauf auf (bei 237 Versicherten fehlt die Angabe zur Personengruppe). Die meisten Mehrfachangaben (21.190) basieren allerdings auf der gleichzeitigen Angabe der Merkmale „Mitglied“ und „Grenzgänger“, sodass es sich um keinen Personengruppenwechsel handelt, sondern um ein Mitglied, das den zusätzlichen Status eines Grenzgängers aufweist.

Zu erkennen ist dabei, dass der Rentneranteil in Spanien, Italien und den Balkanstaaten am höchsten ist. In den Nachbarländern Tschechien, Polen, Niederlande, Belgien und Frankreich hingegen ist der Anteil Familienangehöriger und der von Mitgliedern bzw. Grenzgängern höher.

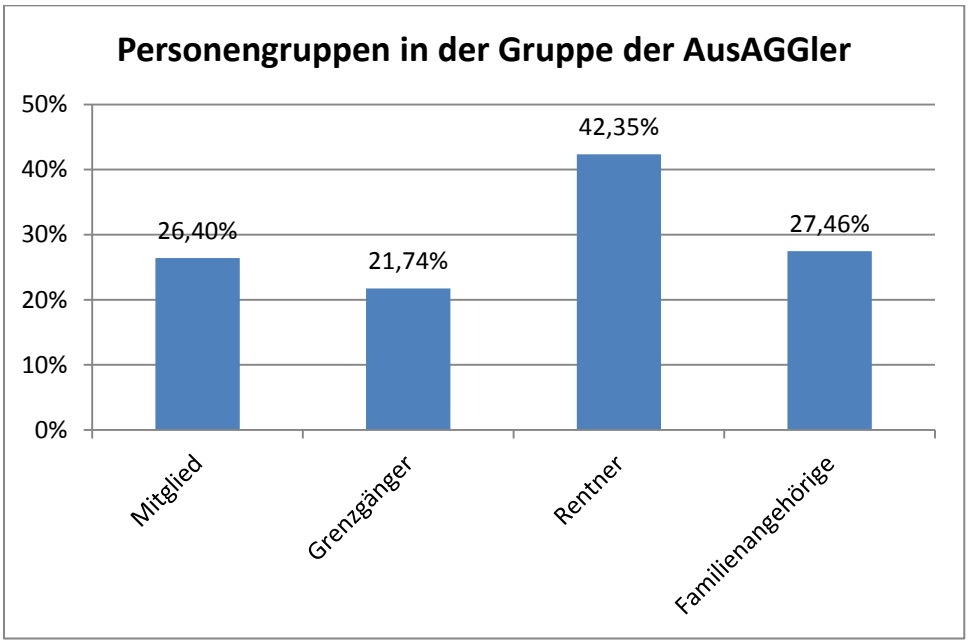
Abbildung 5: Personengruppenverteilung nach Einschreibungsländern im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG *



Quelle: Eigene Berechnung. N=168.878. *In der Darstellung sind Mehrfachangaben bei Wechseln der Personengruppe im Jahresverlauf 2012 enthalten. Nicht ausgewiesen sind wegen der zu geringen Fallzahlen und aus Gründen der Übersichtlichkeit die Staaten Liechtenstein und Island.

Die landesübergreifende Analyse der Personengruppenangaben zeigt, dass 42,35% der AusAGGler der Gruppe der Rentner und Rentenantragsteller zuzuordnen sind, welche somit die am stärksten besetzte Gruppe darstellt. Lediglich 21,74% der AusAGGler weisen das Grenzgänger-Kennzeichen auf und 26,40% werden als Mitglied geführt – 27,46% der Versicherten weisen das Kennzeichen „Familienangehörige“ auf (siehe Abbildung 6). Hier sei darauf hingewiesen, dass einige Krankenkassen bei der Erfassung von Anspruchsscheinen nicht regelhaft das Grenzgänger-Kennzeichen des Anspruchsscheins miterheben, sodass von einer systematischen Unterschätzung der „Grenzgänger“ ausgegangen werden kann.

Abbildung 6: Versicherte nach Personengruppen im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG *



Quelle: Eigene Berechnung. N=168.878. *Aufgrund von Mehrfachnennungen bei einigen Versicherten ergeben die aufsummierten Personengruppenanteile mehr als 100%.

Morbiditätsstruktur der Auslandsversicherten: Um mögliche systematische Fehldeckungen von Auslandsversicherten im Morbi-RSA-Verfahren bewerten zu können, stellt sich die Frage, welche Morbiditätsstruktur Auslandsversicherte im Vergleich zu inländischen Versicherten aufweisen. Falls die Morbiditätsstruktur von Auslandsversicherten AGG-spezifisch deutlich von der inländischer Versicherter abweicht (niedriger liegt), kann dies bei Zuweisung der AGG-durchschnittlichen Gesamtzuweisungen von inländischen Versicherten c. p. zu systematischen Überdeckungen für diese Klientel führen und vice versa. Im Falle pauschaler Kostenabrechnungen (sowohl in Form von Kopfpauschalen als auch in Form von Familienpauschalen) ist die Morbiditätsstruktur der Auslandsversicherten für die Deckungsquote von Auslandsversicherten allerdings ohne Bedeutung, da die tatsächliche Leistungsinanspruchnahme der konkreten Versicherten bei pauschalen Abrechnungen keine Bedeutung hat.

Neben der Möglichkeit einer Morbiditätsstruktur, die von der Struktur der in der analogen AGG eingruppierten inländischen Versicherten abweicht, beeinflussen aber auch zwei weitere Faktoren die Ausgabenstruktur (und somit die Deckungsbeitragssituation) von Auslandsversicherten: die Leistungsanbieterdichte bzw. die Angebotsstrukturen sowie die Leistungs-

ausgabenniveaus für medizinische Versorgung im jeweiligen Einschreibungsland (diese beiden Faktoren werden aber an dieser Stelle nicht weitergehend analysiert).

Eine differenzierte Analyse der Morbiditätsstruktur von Auslandsversicherten war im vorliegenden Gutachten nicht umsetzbar, da Versicherte mit Wohnort bzw. gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland über keine oder nur eine lückenhafte Morbiditätshistorie verfügen (was auch der Grund für die Bildung spezifischer AusAGGn war), da im Rahmen der Leistungsaushilfe im Ausland über die Kostenabrechnungen den inländischen Kostenträgern keinerlei Morbiditätsdaten übermittelt werden, sondern lediglich Rechnungsbeträge in Form einer Pauschale oder differenziert nach Leistungsbereich nach tatsächlichem Aufwand ausgewiesen werden.

Ein teilweiser Ausschnitt der Morbiditätslast eines Auslandsversicherten ist nur bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Inland vorhanden. Die Verwendung dieser Morbiditätsinformationen von Auslandsversicherten bei Inanspruchnahmen im Inland ist jedoch aus folgenden Gründen problematisch und aus Sicht der Gutachter nicht valide umsetzbar:

1. Es handelt sich um einen selektiven Ausschnitt des Morbiditätsspektrums eines Versicherten (in Abhängigkeit davon, ob es sich z. B. um einen ambulanten Hausarztkontakt oder einen Facharztkontakt handelt oder um einen stationären Aufenthalt, liegen unterschiedliche Behandlungsanlässe und auch unterschiedliche Kodierqualitäten zugrunde). Deshalb ist der jeweilige Morbiditätsausschnitt dieser Versicherten nicht zwangsläufig repräsentativ für die tatsächliche Gesamtmorbidität des Versicherten.

2. Es ist zu hinterfragen, ob diejenigen Versicherten, die im Inland Leistungen in Anspruch nehmen, eine repräsentative Klientel für die jeweilige AusAGG darstellen.

3. Hinzu kommt die methodische Frage, wie ein Vergleich der Morbiditätslast mit inländischen Versicherten umgesetzt werden könnte, da für inländische Versicherte Ganzjahresinformationen aus allen Leistungsbereichen vorliegen und die Morbiditätsausschnitte von Auslandsversicherten die tatsächliche Morbidität dieser Versicherten tendenziell unterschätzen würden.

4. Nur für wenige Länder und nicht für alle Personengruppen von Auslandsversicherten sind ausreichende Anzahlen von Versicherten mit einer teilweisen Inanspruchnahme

von Inlandsleistungen vorhanden und auswertbar. Hinzu kommt, dass die Inlandsinanspruchnahme vermutlich nicht gleichverteilt über die Einschreibungsländer ist.

Eine andere Möglichkeit, Morbiditätsinformationen von Auslandsversicherten zu analysieren besteht darin, die AGG-spezifische Morbiditätslast von Versicherten zu ermitteln, die erst im Folgejahr eine Einschreibung im Ausland aufweisen und diese dann der jeweiligen Morbiditätslast von inländischen Versicherten gegenüberzustellen. Auf diese Weise lässt sich zumindest abschätzen, inwieweit sich die Morbiditätslast von Versicherten kurz vor Verlagerung des gewöhnlichen Aufenthaltes bzw. des Wohnortes ins Ausland im Vergleich zu inländischen Versicherten darstellt.

Für diesen methodischen Ansatz wurden in einem ersten Schritt die Versicherten identifiziert, die im Forschungsdatensatz im Jahr 2013 mindestens einen Auslandsversichertentag aufwiesen und gleichzeitig keine Auslandsversichertentage im Vorjahr 2012. Diese Konstellation wurde von insgesamt 12.939 Auslandsversicherten im Jahr 2013 erfüllt. Anschließend wurden diese 12.939 Auslandsversicherten des Folgejahres hinsichtlich ihres - auf Basis ihrer Vorjahresmorbidität ermittelten - Risikofaktors (RF) mit inländischen Versicherten verglichen. Die Vergleiche erfolgten dabei AGG-spezifisch, da die aktuellen AusAGG-Zuweisungen AGG-spezifisch standardisiert sind, sodass c. p. lediglich eine innerhalb einer AGG unterschiedliche Morbiditätslast zwischen Inlands- und Auslandsversicherten zu systematischen Über- oder Unterdeckungen bei Auslandsversicherten führen könnte[19].

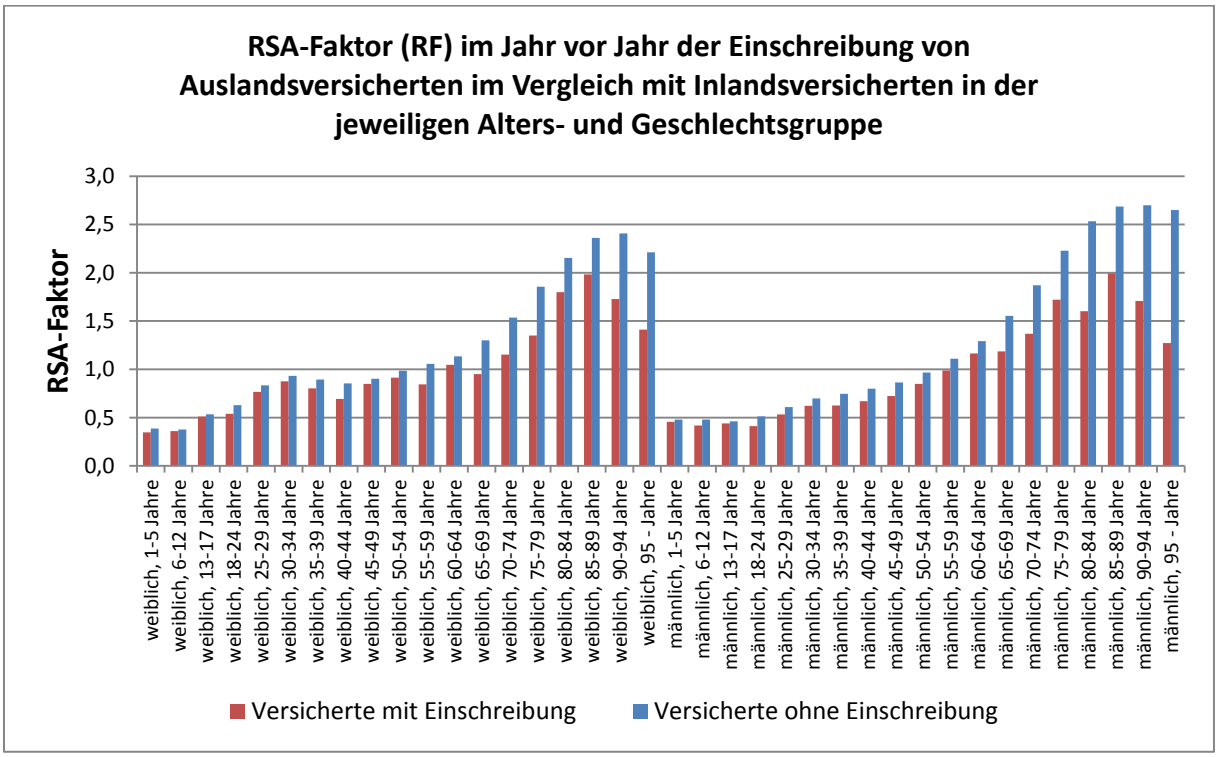
Der RF spiegelt dabei die RSA-relevante Morbiditätslast eines Versicherten bzw. einer Subpopulation im Vergleich zum GKV-Durchschnitt wider, also die Relation von versichertenindividuellen Morbi-RSA-Zuweisungen und GKV-durchschnittlichen Morbi-RSA-Zuweisungen. Ein RF mit dem Wert „1“ würde bedeuten, dass für den jeweiligen Versicherten GKV-durchschnittliche Zuweisungen erfolgen; die Zuweisungssummen je Versicherten ergeben sich auf Basis der erreichten Morbiditätsgruppen des Versicherten und der vom BVA veröffentlichten Zuweisungsgewichte.

Zu erkennen ist, dass für alle Alters- und Geschlechtsgruppen für Versicherte mit erfolgter Einschreibung im Folgejahr eine niedrigere durchschnittliche Morbi-RSA-relevante Morbidi-

[19] Wobei – wie beschrieben – das jeweilige landesspezifische Versorgungs- und Preisniveau der Gesundheitsausgaben den Effekte verstärken oder kompensieren kann.

tät vorliegt als für inländische Versicherte ohne Einschreibung im Folgejahr (siehe Abbildung 7). Insbesondere in höheren Altersklassen (ab AGG/AusAGG14 bzw. AGG/AusAGG34, also ab 65 Jahren) liegen die RF derer, die im Folgejahr im Ausland eingeschrieben werden, deutlich niedriger als bei den Versicherten, die keine Einschreibung aufweisen.

Abbildung 7: RF von Inlands- und Auslandsversicherten vor dem Jahr der Einschreibung nach AGG im Forschungsdatensatz



Quelle: Eigene Berechnung. N(Versicherte mit initialer Einschreibung im Folgejahr)=12.939; N(Versicherte ohne initialer Einschreibung im Folgejahr)=45.383.089. *Da definitionsgemäß die Gruppen der Neugeborenen AusAGG01 bzw. AusAGG21 aufgrund der nicht vorhandenen Auslandsversichertentage im Vorjahr 2012 nicht besetzt sind, können diese hier auch nicht den Neugeborenen der AGG01 und AGG21 gegenübergestellt werden.

Versicherte, die im Folgejahr im Ausland eingeschrieben werden, weisen insgesamt eine AGG-spezifisch niedrigere (RSA-relevante) Morbiditätslast auf als Inlandsversicherte ohne Einschreibung im Folgejahr. Dies würde – unter der Annahme, dass die medizinische Versorgung in den jeweiligen Einschreibungsländern ein vergleichbares Ausgabenniveau aufweist wie in Deutschland – systematische Überdeckungen für diese Klientel begründen, wenn für diese Versicherten die durchschnittlichen Gesamtzuweisungen inländischer Versicherter derselben Alters- und Geschlechtsklasse verwendet würden.

Dabei ist allerdings zu bedenken, dass die Gegenüberstellung der AGG-spezifischen Morbiditätslast zum einen nur einen kleinen Teil der Auslandsversicherten betrifft (da der Großteil der Auslandsversicherten einen dauerhaften Wohnsitz im Ausland hat) und zum anderen zu analysieren wäre, ob diese Relation nachhaltig besteht, oder ob sich die Morbiditätslasten von Auslands- und Inlandsversicherten in den Folgejahren evtl. einander annähern. Somit kann basierend auf den vorliegenden Ergebnissen lediglich eine unterdurchschnittliche Morbiditätslast von Auslandsversicherten im Vorjahr der Einschreibung und auch nur im für diese Untersuchung zur Verfügung stehenden Datensatz dargestellt werden. Zum Großteil der Auslandsversicherten, deren Einschreibung länger zurück liegt, sind mit den vorliegenden Daten keine Aussagen möglich.

In einem nächsten Schritt erfolgte eine Gegenüberstellung der Prävalenzen von Morbiditätsgruppen (HMGn) von Versicherten mit und solchen ohne Einschreibung im Folgejahr 2013. Von den 155 zuweisungsrelevanten HMGn wiesen 91 keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen auf. Die verbleibenden 64 HMGn unterschritten hingegen jeweils das Signifikanzniveau von 1%. Die Top 20 signifikanten relativen Abweichungen werden in der folgenden Tabelle 6 aufgeführt. Für alle 64 HMGn liegt in der Gruppe der späteren Auslandsversicherten eine deutlich niedrigere Prävalenz vor als in der Gruppe der auch im Folgejahr im Inland wohnenden Versicherten.

Tabelle 6: Vergleich der HMG-Prävalenzen zwischen Versicherten mit und solchen ohne Einschreibung im Folgejahr 2013 im Forschungsdatensatz (Top 20 Abweichungen)

Morbigruppe	Beschreibung	Rel. Prävalenz-abweichung	Sign.
HMG294	Paraplegie / Inkomplette oder nicht näher bezeichnete Quadriplegie / sonstige Rückenmarksläsion	-78,89%	<0,1%
HMG257	Tic- und andere Entwicklungsstörungen	-77,17%	<0,1%
HMG255	Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom	-67,33%	<0,1%
HMG051	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose	-64,72%	<0,1%
HMG203	Sonstige pathologische Frakturen	-63,92%	<0,1%
HMG152	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes	-62,49%	<0,1%
HMG260	Unerwünschte Wirkung von Medikamenten	-61,27%	<0,1%
HMG251	Adipositas	-60,52%	<0,1%
HMG204	Osteoporose bei Frauen	-58,60%	<0,1%
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	-57,73%	<0,1%
HMG078	Pulmonale Herzkrankheit	-56,61%	<0,1%
HMG134	Fortgeschrittene chronische Niereninsuffizienz	-55,57%	<0,1%
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien	-54,48%	<0,1%
HMG106	Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, n. n. bez. Krankheiten der Arterien und Arteriolen	-53,79%	<0,1%

HMG165	Andere iatrogene Komplikationen	-52,85%	<0,1%
HMG080	Herzinsuffizienz	-52,43%	<0,1%
HMG022	Andere kostenintensive schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen	-52,26%	<0,1%
HMG133	Neurogene Blase	-51,71%	<0,1%
HMG105	Lungenembolie / Periphere Gefäßerkrankungen (näher bezeichnet)	-51,53%	<0,1%

Quelle: Eigene Darstellung.

4.1.4 Forschungsfrage 1d

Wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten und Versichertentage von Auslandsversicherten?

Die Rechnungsstellung der ausländischen Kostenträger erfolgt über die ausländische Verbindungsstelle und die inländische Verbindungsstelle (die DVKA) bis zum inländischen Kostenträger. Die eingehenden Rechnungen weisen teilweise einen deutlichen Zeitversatz von bis zu mehreren Jahren auf. Aus den Experteninterviews ergab sich bei einigen Befragten die Einschätzung, dass landesspezifisch keine systematisch längeren oder kürzeren Zeiträume bis zum Zeitpunkt des Eintreffens der Rechnungen bei der DVKA bzw. dem inländischen Kostenträger erkennbar seien.[20]

Nach Verstreichen der für die meisten Länder geltenden Einreichefristen werden Forderungen nicht mehr erstattet, wenn das Verschulden beim ausländischen Kostenträger liegt. Es ist laut Aussagen der Interviewpartner aber anscheinend schwierig das Verschulden beim ausländischen Kostenträger nachzuweisen, da dieser evtl. ebenfalls seitens der Leistungserbringer eine Rechnung verspätet erhalten haben könnte usw., sodass teilweise auch Rechnungen, die außerhalb der Einreichfristen über die DVKA beim inländischen Träger eingehen, erstattet werden.

Für noch nicht eingegangene, aber erwartete Rechnungen müssen Verpflichtungen geschätzt werden.[21] Die Mehrheit der befragten Krankenkassen gab an, die eingehenden

[20] Mit Blick auf die Erstattung von Rechnungsbeträgen bei Leistungsaushilfe des inländischen Trägers gaben ebenfalls einige Krankenkassen an, dass insbesondere von einigen südlichen Ländern (wie z. B. Griechenland) Rechnungsbeträge teilweise erst mit einem Verzug von mehreren Jahren erstattet würden. Hierbei handelt es sich um Einschätzungen der Experten. Zahlen wurden den Gutachtern hierzu nicht vorgelegt.

[21] Im Rahmen eines Interviews wurde angemerkt, dass Krankenkassen evtl. zu niedrige Verpflichtungen in der Kassenjahresrechnung (KJ1) berücksichtigen und damit aufgrund der aktuell geltenden Sonderregelung für die Zuweisungen für Auslandsversicherte auch das Zuweisungsvolumen für die Klientel der Auslandsversicherten beeinflussen (reduzieren) könnten.

Rechnungsbeträge nicht oder nur zum Teil versichertenbezogen zu erfassen (was auch die Möglichkeiten im Rahmen der empirischen Analysen dieses Gutachtens deutlich einschränkte). Im RSA-Verfahren würden diese Rechnungsbeträge allerdings selbst bei versichertenbezogener Buchung nicht in der SA700 gemeldet werden können, da der Großteil der Rechnungen noch nicht vorliegt bzw. die jeweiligen Pauschalbeträge noch nicht veröffentlicht wurden. Dies betrifft sowohl Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand als auch Abrechnungen über Pauschalen (Kopf- und Familienpauschalen). Zum einen wurde angeführt, dass eine versichertenbezogene Erfassung jeder (größtenteils in Papierform) eintreffenden Kostenabrechnung aus Effizienzgründen nicht umgesetzt werden kann und zum anderen, dass eine solche Erfassung auch keine Relevanz für Zuweisungen im Morbi-RSA aufweist. So werden bei einigen Krankenkassen z. B. zwar Pauschalbeträge versichertenbezogen gebucht, aber Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand nur, falls ein elektronischer Datenaustausch gegeben ist – Abrechnungsvordrucke in Papierform werden über einen Verteilungsschlüssel in den maßgeblichen Konten gebucht.

Aber auch Krankenkassen, die versuchen, die eingehenden Kostenabrechnungen soweit wie möglich versichertenbezogen zu erfassen, sind offenbar dazu nicht vollumfänglich in der Lage. Bei nicht lesbaren Rechnungen (mit Blick auf die Versichertenzuordnung) kann es vorkommen, dass die Beträge nicht versichertenbezogen gebucht werden können, falls keine Korrektur der Abrechnung seitens des inländischen Trägers erfolgen kann bzw. keine korrigierte Abrechnung beim ausländischen Träger angefragt wird. Der Anteil nicht lesbarer Abrechnungen ist laut Expertenbefragungen von Land zu Land unterschiedlich hoch. Diese Fehlerquelle wäre durch Verwendung maschinenlesbar ausgefüllter Abrechnungen bzw. bei vollständig elektronisch übermittelten und empfangenen Abrechnungen vermeidbar.

Familienpauschalen finden z. B. bei Familienangehörigen (ohne den Versicherten bzw. den Rentnern) in der Türkei Anwendung. Dabei werden die Kosten für die medizinische Versorgung für alle in der Türkei eingeschriebenen Familienangehörigen über eine Familienpauschale abgedeckt – unabhängig der Anzahl der eingeschriebenen Familienangehörigen. Die Familienpauschale ergibt sich auf Basis der durchschnittlichen Leistungsausgaben je Familie im jeweiligen Wohnstaat. Diese durchschnittlichen Leistungsausgaben werden rückwirkend ermittelt.

Die Familienpauschale wird allerdings dem Stammversicherten zugeordnet, sodass diese nicht anteilig den betroffenen (eingeschriebenen) Familienangehörigen ursachengerecht zugeordnet werden kann. Die Buchung auf das führende Mitglied wird seit langem praktiziert und stammt noch aus der Zeit vor dem SGB V, mit dem ab 1989 in § 10 ein eigenständiger Leistungsanspruch der Familienversicherten den bis dahin lediglich vom Anspruch des Mitglieds abgeleiteten Leistungsanspruch auf Familienhilfe ersetzte. Solange diese Zuordnungspraxis nicht durch entsprechende Buchungsanweisungen geändert wird, besteht das Problem, dass die Familienpauschale in die Kontenart 480 des Mitglieds gebucht wird und somit bei der Satzarterstellung in den Hauptleistungsbereich der „sonstigen Leistungsausgaben“ der SA700 des Morbi-RSA einfließt (falls zum Zeitpunkt der Erstellung der SA700 die Pauschalbeträge bereits bekannt gegeben wurden). Die Familienpauschale wird bei der Erstellung der SA700 nicht von den anderen sonstigen Leistungsausgaben (Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten usw.) getrennt und ist in der SA700 deshalb auch nicht isoliert darstellbar.[22]

Des Weiteren besteht das Problem, dass der Stammversicherte (richtigerweise) nicht als Auslandsversicherter im Bestand geführt wird, ihm aber die zu entrichtende Familienpauschale zugeordnet wird. Da das Mitglied keine Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweist, führen die gebuchten Familienpauschalen zu Verzerrungen im Rahmen der Zuweisungsberechnungen, da diese in das inländische Regressionsmodell einfließen.

Bei den eingeschriebenen Familienangehörigen hingegen liegen zwar Versichertentage mit gewöhnlichem Wohnsitz im Ausland vor und diese Versicherten werden (wenn sie das Kriterium für die Definition von AusAGGlern von mindestens 183 relevanten Auslandsversichertentagen im Vorjahr erfüllen) dem Regressionsmodell entnommen, sie weisen aber keinerlei Leistungsausgaben in der SA700 auf. Den Zuweisungen über die AusAGGn stehen für diese Versicherten somit keine versichertenbezogenen Ausgaben gegenüber.

Zum Zeitpunkt der Erstellung der SA700 für den jeweiligen Schlussausgleich ist außerdem ein nicht unwesentlicher Anteil von Auslandsabrechnungen noch nicht bei den inländischen Kostenträgern eingetroffen – dies gilt sowohl für Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand als auch für Pauschalabrechnungen. Die SA700 eines Jahres wird bis Ende Juli des Folgejahres (also 7 Monate nach Ablauf des Abrechnungsjahres) erstellt und im Rahmen der RSA-

[22] Beschreibung der Struktur und Inhalte der einzelnen RSA-Satzartmeldungen siehe Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 03.02.2014, Anlage 1.4.

Datenmeldungen weitergeleitet. Mit Blick auf die für Mitgliedsstaaten und teilweise für Abkommensstaaten geltenden Einreichefristen und die für Mitgliedsstaaten zusätzlich geltende (und für Abkommensstaaten fehlende) Frist für die Ermittlung der Pauschalbeträge für die pauschalen Abrechnungen (siehe Forschungsfrage 1a) wird deutlich, dass vermutlich ein Großteil der Auslandsabrechnungen zum Zeitpunkt der Erstellung der SA700 noch nicht vorliegt.

Falls Auslandsabrechnungen in der SA700 nicht versichertenbezogen erfasst sind, liegen im Abgleich mit der KJ1 niedrigere Ausschöpfungsquoten[23] in den „sonstigen Leistungsausgaben“ für die jeweilige Einzelkasse bzw. in der GKV insgesamt vor, da gebuchte Verpflichtungen zwar in der KJ1, nicht aber in der SA700 berücksichtigt werden. Nach Durchführung des Regressionsmodells und Kalkulation der Zuweisungsbeträge werden (um Summentreue zu gewährleisten) die nicht versichertenbezogen erfassten Ausgaben über eine lineare Erhöhung aller Zuweisungsbereiche nachträglich berücksichtigt.

Abgrenzung von Auslands- und Inlandsleistungen: Die Buchungspraxis weist zwei zu berücksichtigende Besonderheiten bei der Frage der Abgrenzung von Auslands- und Inlandsleistungen bei im Ausland eingeschriebenen Versicherten auf, die bei einer Analyse der Deckungsbeitragssituation von „Auslandsversicherten“ berücksichtigt werden müssten:

1. Alle Abrechnungen, die von der DVKA weitergeleitet werden, fließen in den Hauptleistungsbereich der „sonstigen Leistungsausgaben“ in der SA700 ein. Inländische Leistungen für im Ausland eingeschriebene Versicherte können somit im Hauptleistungsbereich der „sonstigen Leistungsausgaben“ in der SA700 nicht von den im Rahmen der Leistungsaushilfe zu entrichtenden Kopf- oder Familienpauschalen bzw. den Auslandsabrechnungen nach tatsächlichem Aufwand abgegrenzt werden. Dieser Sachverhalt ist vor dem Hintergrund zu beachten, die Ausgaben der eingeschriebenen Versicherten nach Inlands- und Auslandsausgaben evtl. zu differenzieren und gesondert berücksichtigen bzw. ausgleichen zu wollen.

2. Insbesondere bei Grenzgängern bzw. Versicherten mit Einschreibung in Grenzstaaten wie den Niederlanden, Österreich, Polen, Dänemark oder der Schweiz kann vermutet wer-

[23] Unter Ausschöpfungsquoten versteht man den Anteil der in der KJ1 gebuchten Ausgaben, der in der SA700 tatsächlich versichertenbezogen erfasst wurde, also die Relation der Ausgaben in SA700 zu deren in der KJ1.

den, dass diese auch in einem nicht unerheblichen Maße inländische Leistungen in Anspruch nehmen. Für die Ermittlung einer Deckungsquote von Auslandsversicherten müsste somit auch die inländische Inanspruchnahme berücksichtigt werden. Aufgrund der Tatsache, dass nicht alle Krankenkassen das „Grenzgänger"-Kennzeichen standardmäßig miterfassen, war im vorliegenden Gutachten allerdings eine valide Ermittlung von Grenzgänger-Anteilen in den gelieferten Datensätzen nicht möglich.

Für Personengruppen, für die in einigen Ländern anstelle der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand Kopfpauschalen zu entrichten sind (wie z. B. für Rentner in den Niederlanden, die 65 Jahre oder älter sind), wird der Effekt noch einmal zusätzlich verstärkt, indem neben der jeweiligen Pauschale mögliche Inlandsinanspruchnahme die Ausgabenseite einer Krankenkasse zusätzlich belastet und evtl. dazu beitragen kann, dass für diese Versichertenklientel eine systematische Unterdeckung oder aber eine zusätzliche systematische Absenkung der Überdeckung besteht, da dieser inländischen Leistungsinanspruchnahme keine zusätzlichen Zuweisungen gegenübersteht.

Urlaubsabrechnungen: Bei Verwendung der EHIC bei Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland (Urlaubsaufenthalte) werden die Rechnungen auf demselben Wege wie bei Versicherten mit gewöhnlichem Wohnsitz im Ausland und bestehender Einschreibung (sog. Wohnortfall) über die ausländische Verbindungsstelle und die inländische Verbindungsstelle bis zum inländischen Kostenträger weitergeleitet. Den Krankenkassen ist es anhand der Kostenabrechnungen zwar grundsätzlich möglich, die Rechnungen, die durch Verwendung der EHIC entstanden sind, von solchen, die auf Basis eines Wohnortfalls (mit bestehender Einschreibung) entstanden sind, zu differenzieren, aber entsprechend dem Kontenrahmen werden alle von der DVKA auflaufenden Kostenabrechnungen in Kontenart 480 verbucht. Auch Kostenabrechnungen im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthaltes in Abkommensstaaten können eindeutig identifiziert und von Abrechnungen im Ausland eingeschriebener Versicherter differenziert werden, da hier gesonderte Anspruchsscheine (sogenannte Auslandskrankenscheine) gelten. Somit liegen derzeit in der bisherigen Kontenart 480 sowohl Rechnungsbuchungen für Versicherte mit gewöhnlichem Wohnsitz im Ausland als auch von solchen mit vorübergehendem Aufenthalt z. B. im Rahmen eines Urlaubs vor.

Falls der jeweilige Leistungserbringer die EHIC nicht akzeptiert, sondern eine Privatliquidation fordert, muss der Versicherte die Rechnung zunächst begleichen und im Nachhinein bei seiner inländischen Krankenkasse einreichen, um sie im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips erstattet zu bekommen.[24] In diesem Fall werden die Rechnungsbeträge jedoch nicht in Kontenart 480, sondern in Kontenart 481[25] (Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V) gebucht, sodass auch innerhalb der Klientel der „Urlauber“ keine eindeutige Zuordnung der Kostenabrechnungen in eine Kontenart erfolgt.

Empirische Analyse der Ausgaben für AusAGGler: Die erfassten Ausgaben von Auslandsversicherten waren sowohl in den für dieses Gutachten angeforderten Daten, die sich an die offiziellen RSA-Meldungen in Form der SA700 anlehnten, als auch in den spezifischen Auslandsausgaben, die in den Kontenarten 480 bzw. 483 versichertenbezogen gebucht werden, lückenhaft. Die Ausgaben, die durch Leistungsaushilfe nach Einschreibung oder durch Urlauberrechnungen entstehen, werden im HLB der „sonstigen Leistungsausgaben“ der eingeschriebenen Versicherten verbucht - mit Ausnahme der Familienpauschalen, die beim Stammversicherten verbucht werden. In den anderen HLBn tauchen nur Rechnungen aufgrund von Leistungsinanspruchnahmen im Inland auf.

Im Folgenden werden zunächst die Gesamtleistungsausgaben und die HLB des Jahres 2013 der im Jahr 2012 im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG identifizierten Versicherten analysiert. Anschließend erfolgt eine Analyse der gesonderten Kontenarten 480 und 483 (die bereits teilweise im HLB der sonstigen Leistungsausgaben der jeweiligen Versicherten erfasst sein können) mit Rechnungsstand im Jahr 2015, um möglichst auch nachträglich eingegangene Auslandsrechnungen für die eingeschriebenen Versicherten zu erfassen.

Die folgende Tabelle 7 zeigt zunächst die Kennzahlen der HLB für AusAGGler. Für 67.191 der 168.878 Versicherten mit AusAGG und Eintrag in den erweiterten Versichertenstammdaten wurden Angaben zu Ausgaben nach HBL geliefert. In der Ergebniszeile der Mittelwerte sind

[24] Inwieweit Leistungserbringer berechtigt sind, Privatliquidationen zu fordern und Krankenkassen in diesen Fällen verpflichtet sind, die Kosten zu erstatten, bleibt außerhalb des Untersuchungsgegenstandes dieser Studie.

[25] Vgl. Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 03.02.2014, Anlage 1.1 Seite 13.

die Werte je VJ dargestellt. Für den Bereich der sonstigen Leistungsausgaben zeigt sich der (wie erwartet) höchste Wert mit 528 € pro Kopf bzw. 552 € pro VJ.

Tabelle 7: Leistungsausgaben nach HLB im Jahr 2013 im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG*

	Ambulante Ärzte	Zahnärzte	Krankenhaus	Apotheken	Sonstige LA	Dialyse
Mw	135 € (141 €)	62 € (65 €)	202 € (211 €)	107 € (112 €)	528 € (552 €)	3 € (3 €)
Med.	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Sd	409 €	224 €	1.783 €	1.207 €	3.464 €	231 €
Min.	-989 €	-56 €	-2.152 €	0 €	-6.155 €	0 €
Max.	26.460 €	11.965 €	153.093 €	82.275 €	252.705 €	33.060 €

Quelle: Eigene Berechnung. *Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=67.191 (VJ=64.304).

Die summierten Leistungsausgaben über alle HLB sind im Folgenden dargestellt (siehe Tabelle 9). Auch hier werden für den Mittelwert jeweils in Klammern die zugehörigen Werte je VJ ausgewiesen. Für die 67.191 Versicherten liegen die durchschnittlichen Gesamtleistungsausgaben bei 1.037 € pro Kopf bzw. 1.116 € je VJ.

Tabelle 8: Gesamtleistungsausgaben der AusAGGler im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit HLB-bezogenen Daten*

	Leistungsausgaben gesamt (ohne KG)
Mw	1.037 € (1.116 €)
Med.	64 €
Sd	4.382 €
Min.	-6.155 €
Max.	252.743 €

Quelle: Eigene Berechnung. *Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=67.191 (VJ=64.304).

In der folgenden Statistik sind auch die Versicherten eingeschlossen, für die zwar die Gesamtleistungsausgaben, aber keine HLB-spezifischen Leistungsausgaben geliefert wurden. Im Ergebnis fanden daher hier 168.878 Versicherte der 207.837 Personen des Teildatensatzes AusAGG-Versicherte Eingang. Zu erkennen ist, dass die durchschnittlichen Gesamtleistungsausgaben bei nur 564 € pro Kopf liegen (bzw. 591 € je VJ) und somit in der vorhergehenden Tabelle 7 bereits nur der Bereich der „sonstigen Leistungsausgaben“ mit 528 € bzw. 552 €

ein vergleichbares Niveau aufweist. Dies ist damit zu begründen, dass für die in Tabelle 9 hinzugekommenen Versicherten die Gesamtleistungsausgaben mit einem deutlich geringeren Ausgabenniveau geliefert wurden. Eine analoge Analyse der Gesamtleistungsausgaben von AusAGGlern des Jahres 2013 auf GKV-Daten im BVA-Datensatz ergab einen Mittelwert pro Kopf bzw. pro VJ von 642 € bzw. 701 € – somit liegen die AusAGGler der GKV zwischen den Mittelwerten der beiden Populationen aus Tabelle 8 und Tabelle 9 (564 € bzw. 1.037 € pro Kopf und 591 € bzw. 1.116 € pro VJ).

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten und VJ der AusAGGler liegen somit deutlich niedriger als die vergleichbaren Ausgaben inländischer Versicherter, denn die Referenzwerte des gesamten Forschungsdatensatzes (inländische und ausländische Versicherte) liegen bei 2.428 € pro Kopf (im Vergleich zu 564 €) bzw. bei 2.481 € pro VJ (im Vergleich zu 591 €) (siehe Tabelle 19 in Anhang D).

Tabelle 9: Gesamtleistungsausgaben im Jahr 2013 im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG*

	Leistungsausgaben gesamt (ohne KG)
Mw	564 € (591 €)
Med.	0 €
Sd	3.193 €
Min.	-6.155 €
Max.	252.743 €

Quelle: Eigene Berechnung. *Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=168.878 (VJ=161.341).

Das insgesamt deutlich niedrigere durchschnittliche Ausgabenniveau der AusAGGler in den versichertenbezogen gebuchten Ausgaben im Vergleich zu inländischen Versicherten basiert zum einen auf der Tatsache, dass in vielen Ländern ein niedrigeres durchschnittliches Niveau von Gesundheitsausgaben besteht und zum anderen auf dem Sachverhalt, dass ein entsprechender Anteil von Auslandsabrechnungen entweder nicht versichertenbezogen gebucht wurde, oder aber bis zum Zeitpunkt der Datenerstellung noch nicht bei den inländischen Kostenträgern eingegangen war. Die durchschnittlichen jährlichen bzw. monatlichen AusAGG-Zuweisungen liegen in Abhängigkeit der Alters- und Geschlechtsklasse zwischen 699 € und 5.665 € (Jahreswerte) bzw. 58 € und 472 € (Monatswerte) (siehe Tabelle 10) und somit deutlich höher als die versichertenbezogen gebuchten Ausgaben in Tabelle 9. Die durch-

schnittliche AusAGG-Zuweisung aller AusAGG-Versicherten im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG liegt bei Verwendung der in Tabelle 10 ausgewiesenen Zuweisungsgrößen bei 2.488 € je VJ und 207 € je Monat.

Tabelle 10: Zuweisungsgrößen je VJ für AusAGGler für das Ausgleichsjahr 2013.

Gruppe	Jahr	Monat	Gruppe	Jahr	Monat
AusAGG01	3.566 €	297 €	AusAGG21	3.993 €	333 €
AusAGG02	800 €	67 €	AusAGG22	999 €	83 €
AusAGG03	779 €	65 €	AusAGG23	1.003 €	84 €
AusAGG04	1.103 €	92 €	AusAGG24	955 €	80 €
AusAGG05	997 €	83 €	AusAGG25	699 €	58 €
AusAGG06	1.282 €	107 €	AusAGG26	729 €	61 €
AusAGG07	1.497 €	125 €	AusAGG27	835 €	70 €
AusAGG08	1.443 €	120 €	AusAGG28	958 €	80 €
AusAGG09	1.365 €	114 €	AusAGG29	1.124 €	94 €
AusAGG10	1.488 €	124 €	AusAGG30	1.334 €	111 €
AusAGG11	1.742 €	145 €	AusAGG31	1.665 €	139 €
AusAGG12	2.001 €	167 €	AusAGG32	2.142 €	178 €
AusAGG13	2.296 €	191 €	AusAGG33	2.695 €	225 €
AusAGG14	2.722 €	227 €	AusAGG34	3.272 €	273 €
AusAGG15	3.234 €	270 €	AusAGG35	3.955 €	330 €
AusAGG16	3.918 €	326 €	AusAGG36	4.721 €	393 €
AusAGG17	4.536 €	378 €	AusAGG37	5.357 €	446 €
AusAGG18	4.939 €	412 €	AusAGG38	5.653 €	471 €
AusAGG19	5.000 €	417 €	AusAGG39	5.665 €	472 €
AusAGG20	4.574 €	381 €	AusAGG40	5.522 €	460 €

Quelle: Eigene Berechnung in Anlehnung an die vom BVA veröffentlichten Zuweisungsgrößen im Zuweisungsverfahren des Morbi-RSA im Ausgleichsjahr 2013.[26]

Eine zusätzlich vorgenommene Differenzierung der durchschnittlichen AusAGG-Zuweisungen nach Einschreibungsländern berücksichtigt die landesspezifisch zum Teil deutlichen Altersunterschiede von AusAGGlern (siehe Abbildung 3), die auch unmittelbar die Höhe der AusAGG-Zuweisungen bedingt. Zu erkennen ist in Tabelle 11, dass die durchschnittlichen AusAGG-Zuweisungen landesspezifisch zwischen 1.368 € und 3.678 € je VJ variieren. In den Ländern Kroatien, Bosnien-Herzegowina und Spanien werden mit 3.678 €, 3.658 € und 3.639 € je VJ

[26] Vgl. Bundesversicherungsamt (2015): http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/bekanntmachung/article/bekanntmachung-zum-gesundheitsfonds-nr-182013.html (siehe Anhang E).

die höchsten AusAGG-Zuweisungen erreicht und in den Ländern Polen, Slowakei und Tschechien mit 1.368 €, 1.379 € und 1.391 € die niedrigsten. Dem stehen für die Abkommensstaaten geringe Pauschalen gegenüber (vgl. Tabelle 21 in Anhang F), auch wenn für ein abschließendes Bild hinsichtlich der daraus entstehenden Deckungsquoten die möglichen Ausgaben für diese Versicherten im Inland zu berücksichtigen sind.

Tabelle 11: Durchschnittliche AusAGG-Zuweisung je VJ je Einschreibungsland im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG

Einschreibungsland	Durchschn. AusAGG-Zuweisung
Kroatien	3.678 €
Bosnien und Herzegowina	3.658 €
Spanien	3.639 €
Serbien	3.631 €
Montenegro	3.628 €
Serbien und Montenegro	3.578 €
Portugal	3.468 €
Mazedonien	3.445 €
Griechenland	3.444 €
Norwegen	3.369 €
Zypern	3.328 €
Italien	3.278 €
Slowenien	3.221 €
Türkei	3.105 €
Schweden	3.031 €
Finnland	3.007 €
Malta	2.989 €
Irland	2.914 €
Großbritannien	2.867 €
Estland	2.829 €
Bulgarien	2.805 €
Dänemark	2.736 €
Lettland	2.628 €
Rumänien	2.597 €
Keine Angabe/unplausibel	2.539 €
Luxemburg	2.474 €
Litauen	2.400 €
Ungarn	2.267 €
Tunesien	2.244 €
Österreich	2.210 €
Schweiz	2.156 €
Niederlande	1.793 €
Belgien	1.733 €
Frankreich	1.651 €
Tschechien	1.391 €

Slowakei	1.379 €
Polen	1.368 €

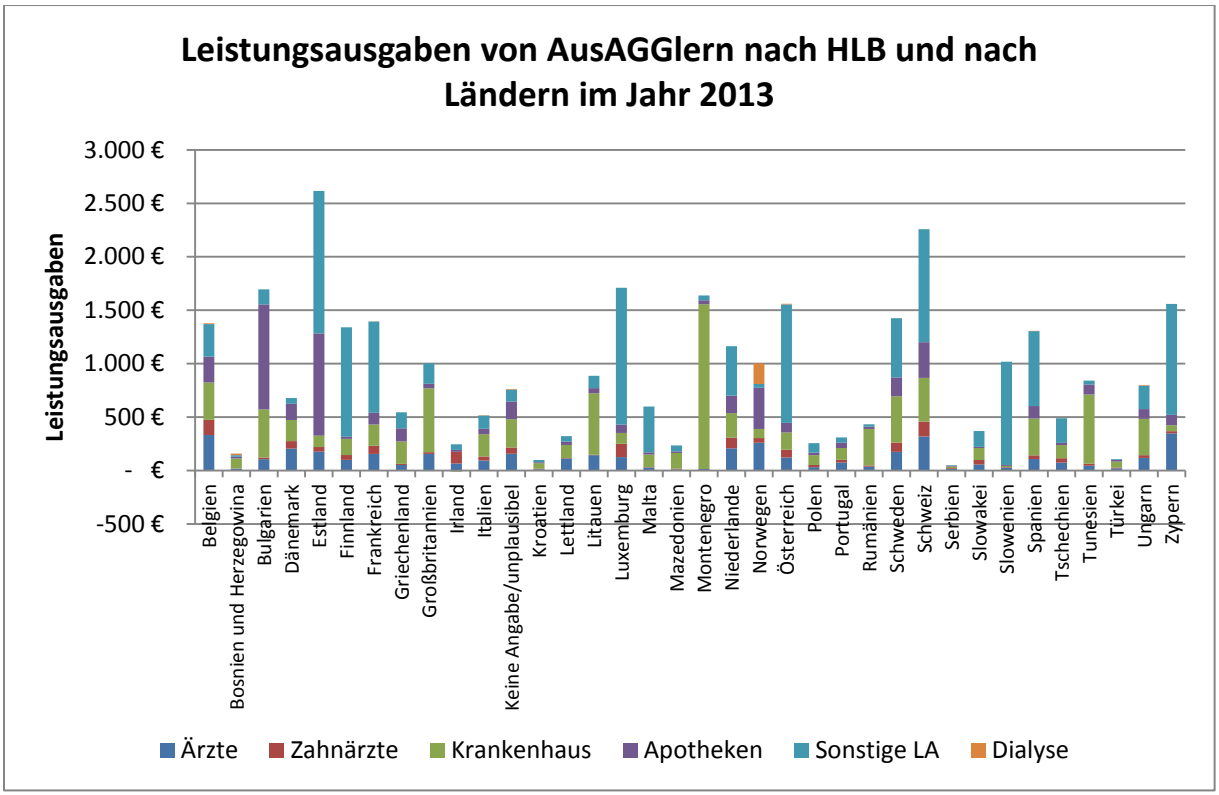
Quelle: Eigene Berechnung. N=168.878 (VJ=161.341).

In einem nächsten Schritt wurden die HLB-bezogenen Ausgaben und die Gesamtleistungsausgaben differenziert nach Einschreibungsländern ausgewertet, um zum einen landesspezifisch die Höhe der zum Zeitpunkt der Datenerstellung (SA700) aufgelaufenen Auslandsrechnungen (verbucht unter den „sonstigen Leistungsausgaben“) und zum anderen den Anteil der Inanspruchnahme von Inlandsleistungen (verbucht unter allen anderen HLBn) darstellen zu können. Hier wurde erneut auf die Population fokussiert, die HLB-bezogene Leistungsausgaben aufweist (67.191 Versicherte). Die aufgeführten Beträge sind allerdings sowohl mit Blick auf die teilweise geringen Fallzahlen und die Problematik der zum Zeitpunkt der Datenerstellung noch nicht vollständig eingegangenen Rechnungen als auch mit Blick auf den teilweise nicht vorhandenen Versichertenbezug (Stichwort: Familienpauschale) nur sehr eingeschränkt interpretierbar.

Für einige Länder (wie z. B. Estland, das den höchsten Leistungsausgaben-Mittelwert aufweist) liegen geringe Fallzahlen mit Angaben zu den Ausgaben vor, sodass einzelne Versicherte den Mittelwert verzerren können. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die landesspezifischen Ausgaben zum Zeitpunkt der SA700-Erstellung sehr heterogen gestalten. Die gebuchten Beträge in den HLBn sind in den Abkommensstaaten Serbien, Bosnien-Herzegowina, Mazedonien und Türkei deutlich niedriger als in den Mitgliedsstaaten. Diese Ergebnisse sind allerdings relativiert zu interpretieren, da die zu buchenden Pauschalbeträge für in Abkommensstaaten eingeschriebene Versicherte größtenteils noch nicht festgelegt und somit auch nicht versichertenbezogen gebucht sind. Beim Vergleich der in Abbildung 8 gezeigten Leistungsausgaben und der Anzahl der Personen mit AusAGG in den einzelnen Ländern in Abbildung 5 fällt zudem auf, dass Estland, die Schweiz und Luxemburg zwar hohe Leistungsausgaben pro Kopf aufweisen, aber relativ geringe Personenzahlen, während umgekehrt etwa die Türkei sehr geringe Ausgaben aufweist, aber eine große Personenzahl. Österreich ist demgegenüber ein Land mit relativ hohen Leistungsausgaben und zugleich relativ hoher Personenzahl; dies gilt auch für Frankreich, das die mit Abstand größte Zahl der Auslandsversicherten in Abbildung 5 aufweist. Der landesspezifische finanzielle Gesamteffekt für die jeweilige Krankenkasse wird somit von der Anzahl eingeschriebener Versicherter je Land und dem

jeweiligen landespezifischen Leistungsausgabenniveau bestimmt. Der Gesamteffekt für eine Kasse über alle ihre Auslandsversicherten ergibt sich dann als auslandsversicherten-gewichteter Effekt der landesspezifischen finanziellen Gesamteffekte.

Abbildung 8: Leistungsausgaben von AusGGlern nach Ländern im Jahr 2013*



Quelle: Eigene Berechnung. N=67.191 (VJ=64.304).*Nicht ausgewiesen sind wegen der zu geringen Fallzahlen und aus Gründen der Übersichtlichkeit die Staaten Liechtenstein, Island und Serbien Montenegro.

Auch die landesspezifischen Anteile der Inlandsinanspruchnahme können zwischen den Ländern kaum sinnvoll interpretiert werden. Hier läge z. B. die Inlandsinanspruchnahme von Versicherten aus Bulgarien, Estland und Montenegro am höchsten; die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Versicherte, die in Montenegro eingeschrieben sind, entfallen fast vollständig auf den Krankenhausbereich im Inland, allerdings gibt es hier einen von 17 Versicherten, der mehr als 26.000 € an inländischen Krankenhausleistungen verursacht und somit den Mittelwert stark beeinflusst hat. Unabhängig dieser Ausreißeranfälligkeit bei landesspezifisch teilweise sehr geringen Fallzahlen können zur Analyse der Inlandsinanspruchnahme alle HLBn außer dem Bereich der sonstigen Leistungsausgaben gegenübergestellt werden, da im HLB der sonstigen Leistungsausgaben neben den sonstigen im Inland in Anspruch ge-

nommenen Leistungen auch die Auslandsabrechnungen (sowohl solche nach tatsächlichem Aufwand als auch solche nach Pauschalen) einfließen.

Analyse der Auslandsausgaben: Insgesamt wurden nur von drei Krankenkassen versichertenbezogene Auslandsausgaben der Kontenarten 480 bzw. 483 übermittelt. Für 44.052 Versicherte wurden für das Jahr Einträge in den Kontenarten 480 bzw. 483 gemeldet. 19.025 Versicherte befinden sich in den erweiterten Versichertenstammdaten und weisen mindestens einen Auslandsversichertentag auf. Davon erreichen 17.220 bereits eine AusAGG im Jahr 2012. Im Folgenden werden die Kennzahlen der Kontenarten 480 bzw. 483 für die Gruppe der 17.220 AusAGGler zunächst insgesamt und anschließend getrennt nach Einschreibungsländern dargestellt.

Die folgende Tabelle 12 zeigt zunächst die Kennzahlen bzgl. der Kontenarten 480 und 483 für alle AusAGGler mit einem Konteneintrag (die Beträge der Kontenarten 480 und 483 wurden für diese Analyse summiert).

Tabelle 12: Buchungen in den Kontenarten 480/483 für AusAGGler im Jahr 2013*

	Kontenart 480+483
Mw	1.170 € (1.217 €)
Med.	225 €
Sd	5.085 €
Min.	0 €
Max.	252.705 €

Quelle: Eigene Berechnung. *Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=17.220 (VJ=16.559).

Bei zusätzlichem Einbezug auch der AusAGGler, die keinen Eintrag in den Kontenarten 480 bzw. 483 aufwiesen (=18.162), mit dem Wert „0“, liegen die Kennzahlen deutlich niedriger – der Mittelwert pro Kopf liegt dann bei nur noch 569 € bzw. bei 597 € je VJ (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Buchungen in den Kontenarten 480/483 für AusAGGler im Jahr 2013* (mit Einbezug der AusAGGler, die keine Buchung aufweisen)*

	Kontenart 480+483
Mw	569 € (597 €)
Med.	0 €
Sd	3.595 €
Min.	0 €

Max.	252.705 €

Quelle: Eigene Berechnung. *Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=35.382 (VJ=33.758).

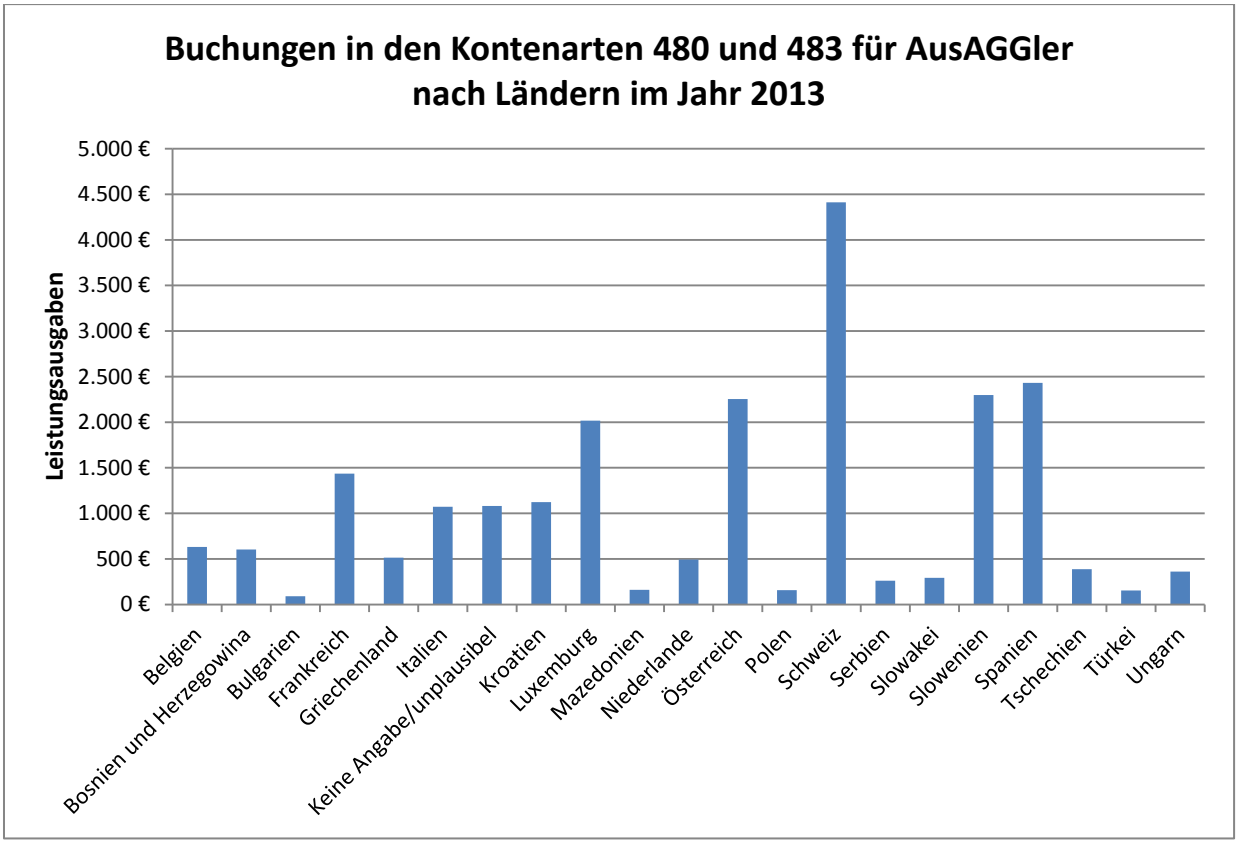
Eine landesspezifische Analyse der Kontenarten 480 und 483 zeigt die folgende Abbildung 9, wobei auch hier die Kontenarten 480 und 483 zusammengefasst wurden. Auch hier muss wie bei den HLB-bezogenen Analysen (siehe Abbildung 8) darauf hingewiesen werden, dass diese Ergebnisse nur eingeschränkt interpretiert und bewertet werden können, allerdings bei allen Einschränkungen Tendenzaussagen zulassen. Zwar handelt es sich bei den Beträgen in den Kontenarten 480 bzw. 483 um Buchungen, die mit dem aktuellsten Datenstand im Jahr 2015 abgefragt wurden, sodass hier höhere Ausschöpfungsquoten als in den HLBn im Rahmen der offiziellen RSA-Datenmeldungen zu erwarten sind, allerdings sind die Fallzahlen von Versicherten mit versichertenbezogenen Buchungen nach Ländern zu gering und die Limitationen der Datenlieferungen zu umfangreich, um eine uneingeschränkt valide Analyse durchführen zu können.

Auffallend sind jedoch die hohen durchschnittlichen gebuchten Beträge für Versicherte, die in der Schweiz eingeschrieben wurden; dem stehen sehr niedrige Beträge in einer Reihe südosteuropäischer Länder gegenüber. Zu beachten ist allerdings, dass es sich bei den ausgewiesenen Beträgen nur um Durchschnittswerte für Versicherte handelt, für die eine Buchung vorgenommen wurde – es ist nicht abschätzbar, für wie viele der Versicherten, für die noch keine Buchung eingegangen ist, noch eine spätere Buchung erfolgen wird und wie viele dieser Versicherten wirklich leistungsfrei bleiben (im Falle der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand).

Differenzierung in Urlauberrechnungen und Leistungsaushilfe nach Einschreibung: Die in den Kontenarten 480 enthaltenen Buchungen enthalten auch Urlauberrechnungen (Kontenart 483 enthält lediglich Erstattungen an den Arbeitgeber nach § 17 SGB V). Somit stellt sich die Frage nach der Relation von Rechnungen für Urlauber und für eingeschriebene Auslandsversicherte. Diese Analyse wird ermöglicht, indem Konteneinträge in den Kontenarten 480 bzw. 483 mit der Information einer vorliegenden Einschreibung verknüpft werden. Dabei ist zu beachten, dass mit den vorliegenden Daten keine trennscharfe Abgrenzung von Urlauberrechnungen und Rechnungen im Rahmen einer Leistungsaushilfe nach Einschreibung mög-

lich war. Dies hängt damit zusammen, dass lediglich Jahressummen in den Kontenarten 480 und 483 auf Versichertenebene vorlagen: auch ein eingeschriebener Auslandsversicherter kann Urlauberrechnungen verursachen, wenn er im Rahmen seines Urlaubs in einem anderen als dem Einschreibungsland Leistungen in Anspruch nimmt und z. B. die EHIC nutzt. Des Weiteren kann es sein, dass z. B. ein Versicherter erst im Jahresverlauf eingeschrieben wird und vor der Einschreibung eine Urlauberrechnung verursacht hat – in diesem Fall würde der Versicherte mit seinen Rechnungsbeträgen in den Analysen als „Auslandsversicherter" identifiziert werden. Wie groß der Einfluss dieser Phänomene ist, kann nicht beurteilt werden.

Abbildung 9: Kontenarten 480/483 für AusAGGler nach Ländern im Jahr 2013*



Quelle: Eigene Berechnung. N=17.220.*Nicht ausgewiesen sind in dieser Abbildung wegen der zu geringen Fallzahlen und aus Gründen der Übersichtlichkeit die Staaten Großbritannien, Liechtenstein, Lettland, Litauen, Estland, Portugal, Rumänien und Zypern.

Für die folgende Analyse wurden die Versicherten mit Blick auf eine vorliegende AusAGG im Vorjahr 2012 identifiziert und hinsichtlich ihrer Buchungen in den Kontenarten 480 bzw. 483 im Folgejahr 2013 verglichen. Bei denjenigen, die im Vorjahr keine AusAGG aufwiesen, wurde die Annahme getroffen, dass es sich bei den Buchungen größtenteils um Urlauberrech-

nungen handelt. Zu Verzerrungen führen in diesem Fall gebuchte Familienpauschalen, die beim Stammversicherten verbucht werden. Falls dieses nicht eingeschrieben ist, wird die Buchung in dieser Analyse als „Urlauberrechnung“ gewertet.

Von den 44.052 Versicherten des Teildatensatzes versichertenbezogene Auslandsausgaben mit einer Buchung in Kontenart 480 bzw. 483 verbleiben 41.590 Versicherte mit entsprechenden Vorjahresinformationen des Jahres 2012, die notwendig sind, um die Versicherten der Annahme entsprechend in potentielle „Urlauber“ und AusAGGler zu differenzieren. 17.220 Versicherte der 41.590 weisen eine entsprechende Aus-AGG auf. Die Buchungsbeträge von Versicherten mit einer AusAGG liegen mit 1.170 € gegenüber 559 € je Kopf bzw. 1.217 € respektive 571 € je VJ deutlich höher als bei Versicherten, die im Vorjahr keine Aus-AGG erreicht haben, und somit größtenteils den Urlaubern zuzurechnen sind (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Gegenüberstellung von Auslandsrechnungen (Kontenarten 480/483) für AusAGGler und Nicht-AusAGGler*

	KA 480/483 für AusAGGler (n=17.220)	KA 480/483 für Nicht-AusAGGler (n=24.370)
	(„Auslandsversicherte“)	**(„Urlauber“)**
Mw	1.170 € (1.217 €)	559 € (571 €)
Med.	225 €	79 €
Sd	5.085 €	3.178 €
Min.	0 €	0 €
Max.	252.705 €	186.901 €

Quelle: Eigene Berechnung. N = 41.590 *Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum.

Analyse der Versichertentage: Im Folgenden werden einige Kennzahlen der Versichertentage von AusAGGlern ausgewiesen. Die Datenbasis bilden hier erneut (wie auch in Tabelle 9) alle 168.878 AusAGGler, für die auch erweiterte Versichertenstammdaten vorliegen und die sowohl in den Stammdaten des Jahres 2012 als auch in denen des Jahres 2013 enthalten sind. Die AusAGGler des Jahres 2012 weisen durchschnittlich etwa 359 Versichertentage (VT) in 2012 auf, von denen durchschnittlich 355 gleichzeitig auch Auslandsversichertentage darstellen. Im Folgejahr 2013 sind von den durchschnittlich etwa 349 VT etwa 338 VT mit einer gültigen Einschreibung dokumentiert.

Tabelle 15: Versichertentageanalyse in 2012 und 2013* im Teildatensatz Erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG

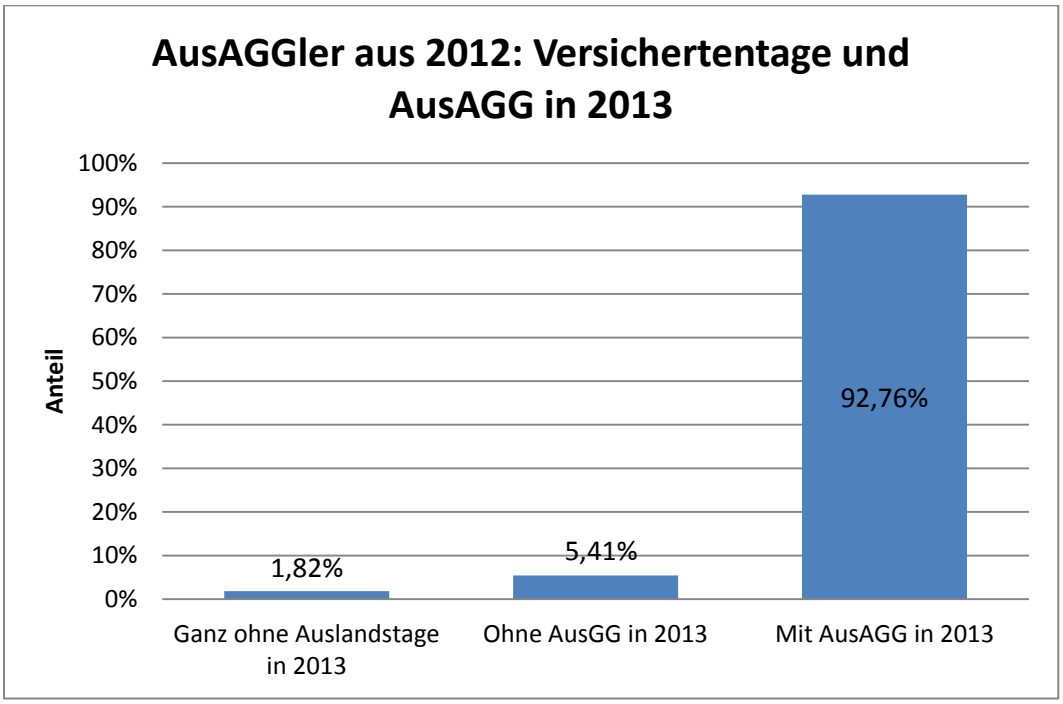
	VT in 2012	Auslands-VT in 2012	VT in 2013	Auslands-VT in 2013
Mw	359	355	349	338
Med.	366	366	365	365
Sd	27,67	34,80	58,55	79,98
Min.	183	183	1	0
Max.	366	366	365	365

Quelle: Eigene Berechnung. *Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=168.878 (VJ=161.341).

Eine Analyse auf GKV-Daten im BVA ergab einen vergleichbaren Durchschnittswert für die VT von AusAGGlern im Folgejahr 2013. 281.821 Versicherte des Jahres 2013 erreichten im Vorjahr 2012 eine AusAGG und wiesen im Folgejahr durchschnittlich 346 VT auf (im Vergleich zu den 349 VT der AusAGGler im Datensatz für diese Untersuchung), was insgesamt 266.212 VJ entspricht. 71.718.178 Versicherte ohne jeden Auslandsversichertentag im Vorjahr erreichten im Folgejahr 2013 durchschnittlich 355 VT.

In einem nächsten Schritt wurde der Frage nachgegangen, wie groß der Anteil der AusAGGler des Jahres 2012 ist, der im Folgejahr 2013 keine Auslandsversichertentage oder keine AusAGG mehr erreicht. Von den 168.878 AusAGGlern des Jahres 2012 erreichen nur 7,2% (=12.221) Versicherte im Folgejahr keine AusAGG mehr. Der Anteil, derjenigen, die überhaupt keinen Auslandsversichertentag im Folgejahr mehr erreichen, liegt bei lediglich 1,82% (3.079 Versicherte) und 5,41% weisen zwar mindestens einen Auslandsversichertentag auf, aber keine AusAGG (siehe Abbildung 10). Somit kann zum einen festgehalten werden, dass ein nur sehr geringer Anteil von Auslandsversicherten keine entsprechende AusAGG erreicht und zum anderen, dass die Anzahl der Auslandsversicherten und auch der Auslandsversicherten mit erreichter AusAGG im Zeitverlauf relativ konstant ist.

Abbildung 10: AusAGGler aus 2012: VT und AusAGG in 2013 im Teildatensatz erweiterte Versichertenstammdaten mit AusAGG



Quelle: Eigene Berechnung. N=168.878.

4.2 Forschungsfrage 2

Welche Faktoren bestimmen die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse für Auslandsversicherte? Welche Faktoren bestimmen die Entwicklung im Zeitverlauf, insbesondere die beobachtbaren starken Schwankungen?

Bei der Bewertung augenscheinlicher Schwankungen der von den Krankenkassen gebuchten Ausgaben in den Aufwandskontenarten 480 und 483 ist zwischen „tatsächlichen“ und rein buchhalterischen Effekten zu unterscheiden. Während die tatsächlichen Ausgaben von Auslandsversicherten von Kriterien wie der Morbiditätsentwicklung von Auslandsversicherten, Veränderungen in den Abrechnungspraktiken im Ausland oder sich deutlich verändernden Leistungsausgabenniveaus in den jeweiligen Zielländern, teilweise auch von der Entwicklung der Wechselkurse abhängig sind, sind die buchhalterischen Effekte auf unterschiedliche Buchungspraktiken bei den Krankenkassen im Inland zurückzuführen (z. B. bei der Abschätzung von Verpflichtungen für Auslandsversicherte und die Frage, in welchem Zeitraum die Buchungsverpflichtung nach Vorschriften des Handelsgesetzbuches im Bereich der Auslandsversicherten umgesetzt wurde). Da Krankenkassen der Einstellung von Verpflichtungen ver-

gangener Jahre in unterschiedlicher Geschwindigkeit nachgekommen sind, kann dies zu den beobachteten deutlichen Schwankungen in den gebuchten Ausgaben für Auslandsversicherte und somit auch bei den Deckungsquoten von Auslandsversicherten geführt haben. Im Rahmen der Erstellung der Kassenjahresrechnung (KJ1) können kassenseitig höhere oder aber niedrigere als eigentlich erwartete Verpflichtungen für Auslandsversicherte relevant sein, wobei der Spielraum der Krankenkassen aufgrund des Einsatzes von Wirtschaftsprüfern deutlich eingeschränkt ist.

Die Höhe der „tatsächlichen“ Ausgaben einer Krankenkasse für Auslandsversicherte wird durch die folgenden Faktoren bedingt:

1. **Anzahl und Alters-, Geschlechts- u. Morbiditätsstruktur der Auslandsversicherten:** Die absolute Anzahl von Auslandsversicherten und deren Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur bedingen die Höhe der Ausgaben für Auslandsversicherte. Die Altersstruktur ist zum einen im Falle von Pauschalabrechnungen relevant, da die Pauschalbeträge in der Regel nach zwei oder drei Altersklassen getrennt ermittelt werden und somit eine tendenziell höhere Altersstruktur auch höhere Pauschalbeträge nach sich zieht. Zum anderen sorgt eine höhere Altersstruktur in Verbindung mit der im Alter ansteigenden Morbiditäts- und evtl. auch einer - zwischen den Krankenkassen unterschiedlichen - Geschlechtsstruktur für höhere Ausgaben (aufgrund eines höheren Behandlungsbedarfes) im Falle der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand.

2. **Land der Einschreibung:** In Abhängigkeit des Landes der Einschreibung ergeben sich unterschiedliche Abrechnungsarten und unterschiedliche Ausgabenstrukturen im Rahmen der medizinischen Versorgung. Da die Versicherten mit Anspruch auf Leistungsaushilfe den Leistungsanspruch nach dem im Wohnstaat geltenden Recht besitzen, hängen die Rechnungen der ausländischen Träger vom jeweiligen Ausgabenniveau des Wohnstaates sowie dem dort geltenden Leistungskatalog ab.

3. **Abrechnungsarten:** Aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsarten im jeweiligen Zielland in Abhängigkeit der Personengruppe, der ein Versicherter angehört (Mitglied/Grenzgänger, Rentner/Rentenantragsteller, Familienangehörige), beeinflusst die kassenspezifische Verteilung der Auslandsversicherten nach Personengruppe ebenfalls die Ausgaben für Auslandsversicherte.

So ist laut Aussage der befragten Experten bspw. die medizinische Versorgung in der Schweiz oder in den Niederlanden deutlich kostenintensiver als z. B. im Abkommensstaat Türkei. Bereits die Gegenüberstellung der Kopfpauschalen der unterschiedlichen Länder und Personengruppen (Mitglied/Grenzgänger, Rentner/Rentenantragssteller, Familienangehörige) und der Vergleich mit z. B. der in der Türkei zu entrichtenden Familienpauschale oder der in Balkanstaaten zu leistenden Kopfpauschalen zeigt deutliche Unterschiede auf der Ausgabenseite. Vgl. dazu eine umfassende Übersicht über die Regelungen und Beträge in Tabelle 21 in Anhang F. Dort sind für das Jahr 2012 in einer Gesamtübersicht sowohl die Abrechnungsarten als auch (falls bereits vereinbart) die Pauschalbeträge im Rahmen von Pauschalabrechnungen je Mitgliedsstaat und Abkommensstaat ausgewiesen.[27] Die Pauschalbeträge außerhalb des Euroraumes wurden basierend auf den historischen Wechselkursen zum 01.01.2012 in entsprechende Euro-Beträge überführt.

Die Kopfpauschalen, die für Abkommensstaaten gelten, liegen im Jahr 2012 somit deutlich niedriger als die in wenigen Mitgliedsstaaten gültigen Pauschalbeträge. In Mazedonien als Extrembeispiel lag die Kopfpauschale im Jahr 2012 bei nur 14 € im Monat und 166 € im Jahr. Zwar ist zu berücksichtigen, dass ggfs. Leistungsausgaben im Inland entstanden sind, jedoch legt ein Vergleich mit den AusAGG-Zuweisungen, die zwischen 699 € und 5.665 € (Jahreswerte) bzw. 58 € und 472 € (Monatswerte) schwanken (siehe Tabelle 10) nahe, dass zumindest im Durchschnitt die in Mazedonien eingeschriebenen Versicherte deutlich überdeckt sein dürften. Die durchschnittliche AusAGG-Zuweisung der mazedonischen AusAGGler liegt aufgrund der überdurchschnittlich hohen Altersstruktur sogar bei 3.445 € pro VJ und somit bei 287 € pro Monat (siehe Tabelle 11).

Auch zwischen Mitgliedsstaaten variieren die Pauschalbeträge von Land zu Land, wobei sich die Pauschalbeträge hier insgesamt betrachtet auf einem deutlich höheren Niveau als in den Abkommensstaaten befinden. So wurde z. B. vergleichend bei einer Leistungsaushilfe in Finnland eine Kopfpauschale für Rentner ab 65 Jahren bzw. für jeden Familienangehörigen des Rentners ab 65 Jahren ein monatlicher Betrag von 320 € in Rechnung gestellt und somit

[27] Aufgrund der Tatsache, dass es sich um Pauschalbeträge des Jahres 2012 handelt, sind die Pauschalen nicht direkt mit den Ausgabenanalysen dieses Gutachtens, die sich auf das Jahr 2013 beziehen, vergleichbar, lassen aber grundsätzliche Bewertungen zu.

ist diese Kopfpauschale im Vergleich zu der monatlichen Kopfpauschale in Mazedonien in Höhe von 14 € etwa 23mal so hoch.[28,29]

Diese beispielhafte Gegenüberstellung von Pauschalbeträgen zeigt bereits, dass landesspezifisch bei pauschaler Abrechnung und vermutlich auch bei Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand in einigen Ländern systematische Über- (insbesondere für die Abkommensstaaten) als auch Unterdeckungen zu erwarten sind. Aufgrund der Tatsache, dass zusätzlich zu den Pauschalen noch Inlandsleistungen hinzukommen können, können diese Beträge zwar nicht 1:1 für die Bestimmung einer Deckungsquote verwendet werden, sie zeigen aber die bestehenden Verzerrungen in der Zuweisungssystematik auf, da für alle Auslandsversicherten dieselben alters- und geschlechtsstandardisierten Zuweisungen gelten. Unabhängig davon, ob es aggregiert über alle Auslandsversicherten zu Über- oder Unterdeckungen kommt, sind Versicherte aus Ländern mit sehr niedrigen Abrechnungsbeträgen, insbesondere: niedrigen Pauschalbeträgen, zumindest im Durchschnitt überdeckt, während die Wahrscheinlichkeit einer Überdeckung bei Versicherten aus Ländern mit hohen Ausgabenniveaus sehr viel geringer ist; bei Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand können sie bei vorliegender überdurchschnittlicher Morbidität sehr wohl auch (ggfs. auch beträchtlich) unterdeckt sein.

4.3 Forschungsfrage 3

Inwieweit lassen sich die unter Forschungsfrage 2 identifizierten Einflussfaktoren im Hinblick auf die Qualität, Transparenz und Abgrenzung der ihnen zugrundeliegenden Daten bewerten? Können diese Daten zeitnah, vollständig und praktikabel an das Bundesversicherungsamt weitergeleitet und im Risikostrukturausgleich verwendet werden?

Krankenkassen liegen grundsätzlich die beschriebenen versichertenbezogenen Daten mit Blick auf die Anspruchsscheine und die Abrechnungsvordrucke vor. Anhand des Anspruchsscheines kann die Personengruppe (Mitglied bzw. Grenzgänger, Rentner bzw. Rentenantragssteller oder Familienangehöriger) und das Land der Einschreibung identifiziert werden. Diese Daten können theoretisch von jeder Krankenkasse versichertenbezogen erfasst und dokumentiert werden, wobei faktisch die Qualität der Datenlage von Kasse zu Kasse aktuell

[28] Vgl. Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit (2014).

[29] Die Kopfpauschale findet unter anderem Anwendung bei Familienangehörigen gemäß Artikel 26 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, die in einem anderen Mitgliedsstaat als dem Wohnmitgliedsstaat des Rentners wohnen.

noch sehr unterschiedlich ausfällt. Dies hängt von mehreren Faktoren ab wie z. B. von der Fusionshistorie oder möglichen Softwareumstellungen der Krankenkasse nach denen jeweils keine vollständige Migration aller Daten erfolgte. Teilweise bestehen Probleme in der Datenerfassung, weil keine krankenkassenübergreifend einheitliche Software verwendet wird und somit unterschiedliche technische Möglichkeiten der Datenerfassung bestehen. Da auch für einige Informationen keine verpflichtenden Standards der Datenerfassung vorgegeben sind, werden unterschiedliche Verfahren im Rahmen der Buchungen umgesetzt. So erfassen einige Krankenkassen z. B. das Kennzeichen „Grenzgänger“ nicht standardmäßig. Auch die Art und Weise der Erfassung des Länderkennzeichens fällt unterschiedlich aus und es werden unterschiedliche Kürzel für die Länderkennzeichnung verwendet. Hier müsste ein einheitlicher Standard der Datenerfassung vorgegeben werden, damit die Daten mittelfristig standardisiert und versichertenbezogen an das BVA weitergeleitet werden könnten.

Auch mit Blick auf die eingehenden Kostenabrechnungen gehen die einzelnen Krankenkassen unterschiedlich vor. Während einige Krankenkassen überhaupt keine versichertenbezogene Rechnungserfassung umsetzen, erfassen andere zumindest die Pauschalbeträge und die auf elektronischem Wege (aber nicht die in Papierform) übertragenen Abrechnungen. Einige wenige Krankenkassen versuchen, auch die in Papierform eingehenden Abrechnungen versichertenbezogen zu dokumentieren.

Im Rahmen der Abrechnungen ist es den Krankenkassen ebenfalls möglich, eine versichertenbezogene Buchung und in diesem Zusammenhang auch eine Trennung von Urlauberrechnungen und Abrechnungen auf Basis einer Leistungsaushilfe nach Einschreibung vorzunehmen, da diese Information auf den jeweiligen Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand vermerkt ist (siehe z. B. der einheitliche Abrechnungsvordruck E125 bei Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand für Mitgliedsstaaten). Diese Aufteilung wird allerdings aktuell von keiner befragten Kasse vorgenommen.

Bisher ist es in der Buchungspraxis üblich, die Familienpauschale jeweils in die Kontenart 480 des entsprechenden Stammversicherten zu verbuchen, da das Mitglied der Träger des Leistungsanspruchs ist und keine weitergehende Differenzierung der Buchung nach über- und zwischenstaatlichem Recht vorgegeben ist. Grundsätzlich wäre es den Krankenkassen aber anhand der Versichertenkennung technisch auch möglich, z. B. eine anteilige Buchung der Familienpauschale in die Kontenarten der Familienangehörigen vorzunehmen.

Die genannten versichertenbezogenen Informationen laufen bei den Krankenkassen teilweise in digitaler Form und teilweise in Papierform auf. Einige Abrechnungsvordrucke sind vom ausländischen Träger z. B. handschriftlich ausgefüllt und schwer leserlich und deshalb evtl. nicht versichertenbezogen zu verbuchen. Einige Krankenkassen geben an, aus Effizienzgründen keine versichertenbezogene Erfassung von Papierrechnungen vorzunehmen.

Laut Auskunft der DVKA können und werden bisher alle elektronisch eingehenden Abrechnungen von ausländischen Verbindungsstellen auch in dieser Form an die inländischen Träger weitergeleitet, falls die Möglichkeit der digitalen Übermittlung bei den inländischen Trägern besteht. Insbesondere die baltischen Staaten (aber auch einige andere Staaten) seien z. B. in der Lage, einen vollständig elektronischen Datenaustausch zu gewährleisten. Laut Aussage der DVKA sind allerdings nach eigener Schätzung aktuell weniger als 20 inländische Kostenträger in der Lage, einen vollständig elektronischen Datenaustausch umzusetzen. Die DVKA sieht die Problematik in den heterogenen EDV-Systemen. Deshalb werden – so die DVKA – für viele inländische Krankenkassen die eigentlich elektronisch vorliegenden Abrechnungen der ausländischen Verbindungsstellen ausgedruckt und postalisch versendet.

Die Interviewpartner der Krankenkassen gaben hingegen unter anderem an, dass die DVKA anscheinend nicht in der Lage sei, die Daten elektronisch zu verarbeiten bzw. weiterzuleiten (was laut Aussage der DVKA nicht der Fall ist). Zusätzlich wurde von einigen befragten Experten angemerkt, dass einige Rechnungspakete seitens der DVKA unnötigerweise aggregiert als Gesamtbetrag gemeldet würden und somit von vornherein kein Versichertenbezug mehr bestünde und die Krankenkassen dadurch teilweise nicht in der Lage seien, die Rechnungsbeträge versichertenbezogen zu buchen – auch dieser Sachverhalt wurde von der DVKA so bestritten.

Einige Krankenkassen äußerten den Wunsch, dass die bei der DVKA eingehenden Auslandsabrechnungen seitens der DVKA in für die Krankenkassen elektronisch lesbarer Form aufbereitet werden sollten. Die DVKA hingegen gab die Notwendigkeit an, dass die Krankenkassen ihrerseits eine elektronische Übermittlung von Rechnungen, die von der DVKA an die ausländischen Verbindungsstellen weiterzuleiten sind, gewährleisten sollten. In dieser Frage zeigt sich ein notwendiger Abstimmungsbedarf zwischen Krankenkassen und der DVKA für die künftige Zusammenarbeit.

Um eine standardisierte und fehlerfreie Datenübermittlung und Datenerfassung zwischen der DVKA und den Krankenkassen zu gewährleisten, ist die Lösung aktuell noch bestehender Schnittstellen- bzw. Datenübertragungsprobleme sowohl im Datenfluss von den inländischen Krankenkassen zur DVKA als auch von der DVKA zu den inländischen Krankenkassen notwendig. Für Mitgliedsstaaten soll eine vollständige Umstellung auf eine elektronische Datenübermittlung bis Ende 2018 umgesetzt sein – mit Abkommensstaaten ist eine solche Umstellung allerdings bisher nicht vorgesehen. Die Gutachter schlagen vor, auch eine elektronische Datenübermittlung bei Abkommensstaaten voranzutreiben und zusätzlich für alle Krankenkassen eine standardisierte Vorgabe der Datenerfassung für Auslandsversicherte verbindlich zu definieren.

Eine Lieferung und Verwendung dieser versichertenbezogenen Informationen wie das Land der Einschreibung stellt somit ein mittel- und kein kurzfristiges Ziel dar. Inwieweit diese zusätzlichen Informationen für eine Anpassung des aktuellen Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte genutzt werden können, wird im Rahmen der folgenden Forschungsfrage 4 diskutiert. Eine Digitalisierung auch der Datenflüsse bei Abrechnungen von Abkommensstaaten wäre zwar wünschenswert, ist aber mit Blick auf die Notwendigkeit einer Verständigung mit diesen Stellen auf absehbare Zeit zumindest nicht flächendeckend zu bewirken.

Eine zusätzlich zu diskutierende Option ist in diesem Zusammenhang eine Übertragung zentraler Dienstleistungen für alle Krankenkassen an eine zentrale Institution wie die DVKA, damit die Datenerfassung und Datenhaltung sowohl standardisiert als auch effizient vorgenommen werden kann. Diese Dienstleistungen könnten neben der Datenerfassung und Datenpflege auch standardisierte Prüfroutinen der Kostenabrechnungen umfassen.

4.4 Forschungsfrage 4

Welche Empfehlungen für die Möglichkeit der zielgenaueren Berücksichtigung von Auslandsversicherten im Risikostrukturausgleich, einschließlich eines konkreten und umsetzbaren Vorschlags zur ggf. notwendigen Erweiterung der Datengrundlage, lassen sich aus den Erkenntnissen zu den Forschungsfragen 2. und 3. ableiten? Welche Aussagen lassen sich zu den (potentiellen) Auswirkungen des Vorschlags für die Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf der Individual-, Gruppen-, und Krankenkassenebene treffen? Welche Folgen hat dies für den Durchführungsaufwand und Anpassungsaufwand im Risikostrukturausgleich?

Sowohl die Expertengespräche als auch die empirischen Analysen haben gezeigt, dass die aktuell nach Alter und Geschlecht einheitlich über die Versicherten aus allen Ländern standardisierten Zuweisungen für Auslandsversicherte multifaktorielle Verzerrungen enthalten und aller Voraussicht nach zu systematischen Über- und Unterdeckungen bei verschiedenen Subpopulationen von Auslandsversicherten in den unterschiedlichen Ländern führen. Dies kann zu systematischen Wettbewerbsverzerrungen auf Kassenebene führen.

Zum einen ist hierfür das unterschiedliche Leistungsausgabenniveau der Länder verantwortlich. Bei Ländern, mit denen die Abrechnung (noch) über Pauschalen (als Kopf- oder Familienpauschale ausgestaltet) läuft, führen unterschiedlich hohe Leistungsausgabenniveaus verschiedener Länder zu unterschiedlich hohen Pauschalen, wohingegen die Zuweisungen für die Versicherten landesunabhängig sind. Systematische Über- und Unterdeckungen sind die Konsequenz: für Versicherte aus Ländern mit niedrigen Pauschalen ergeben sich eher Überdeckungen, für Versicherte aus Ländern mit hohen Pauschalen resultieren eher Unterdeckungen (aufgrund der Tatsache, dass bei der Ermittlung von Deckungsquoten zusätzlich Inlandsausgaben der Versicherten mit zu berücksichtigen sind, muss dies nicht immer der Fall sein). Dies gilt analog c. p. für Länder mit Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand.

Zum anderen ist allerdings zu berücksichtigen, dass finanzielle Doppelbelastungen der Krankenkassen durch Inanspruchnahmen von inländischen medizinischen Leistungen von Auslandsversicherten (bei gleichzeitig im Ausland bestehenden Pauschalabrechnungen) entstehen können. Von diesen Doppelbelastungen werden die einzelnen Länder unterschiedlich stark betroffen sein, was wiederum zu systematischen Verzerrungen zwischen den Auslandsversicherten nach den verschiedenen Ländern und bei unterschiedlicher Verteilung dieser Versicherten auf die Krankenkassen auch zwischen Krankenkassen führen muss. Hier-

bei ist allerdings zu beachten, dass die Kürzungen der Pauschalbeträge von Mitgliedsstaaten zur Vermeidung von Doppelbelastungen von inländischen Kostenträgern um 15% bzw. 20% diesen Aspekt bereits zumindest pauschal berücksichtigen, wenngleich zu erwarten ist, dass sich die inländischen Inanspruchnahmen landesspezifisch unterscheiden können.

Um diese Verzerrungen zu beheben, ist aus Sicht der Gutachter eine landesspezifische Differenzierung der bisherigen Zuweisungen für Auslandsversicherte sinnvoll und notwendig. Dabei können drei unterschiedliche Ansätze differenziert werden:

1. Ansatz: Verwendung der Kontenarten 480 und 483

Um landesspezifische Anpassungen der bisherigen AusAGG-Zuweisungen vornehmen zu können, muss zunächst eine entsprechend belastbare Datenbasis vorliegen, die die Berechnung landesspezifischer Ausgabenprofile und landesspezifischer Deckungsquoten ermöglicht. Zu diesem Zweck müssen neben den versichertenbezogenen Informationen zum Einschreibungsland auch belastbare Ausgabendaten vorliegen. Dafür ist es notwendig zunächst die bisherigen Probleme in der Datenerfassung und Datenbuchung zu beheben.

Das Länderkennzeichen könnte kassenseitig z. B. als weitere Variable in der Datei der Versichertenstammdaten (SA100) ergänzend zu den Auslandsversichertentagen geliefert werden, damit auf Basis dieser Variable und der zusätzlichen Bereitstellung von Daten mit versichertenbezogenen Auslandsausgaben (Kontenarten 480 und 483) in einer gesonderten Datei landesspezifische Adjustierungsfaktoren ermittelt werden könnten. Diese Adjustierungsfaktoren bzw. Relationen der landesspezifischen Ausgabenniveaus könnten allerdings aufgrund des teilweise erheblichen Rechnungsverzugs immer nur retrospektiv mit einem Verzug von einigen Jahren ermittelt und dann prospektiv angewendet werden (in regelmäßigen Abständen könnten die landesspezifischen Faktoren auf aktuelleren Daten überprüft bzw. aktualisiert werden). Dieser Ansatz könnte sowohl im Für- als auch unter Berücksichtigung des Zufluss-Prinzips umgesetzt werden, wobei an dieser Stelle das Beibehalten des Für-Prinzips präferiert würde. Das Länderkennzeichen könnte regelhaft in den jährlichen Meldungen der SA100 geliefert werden; die zusätzliche Datei der versichertenbezogenen Auslandsausgaben in Form einer weiteren Satzart könnte alle paar Jahre zusätzlich (außerhalb des Regelverfahrens und unter der Annahme, dass die landesspezifischen Ausgabenniveaus in Relation zueinander im Zeitverlauf eine relative Konstanz aufweisen) angefordert worden, um jeweils Aktualisierungen der landesspezifischen Adjustierungsfaktoren vornehmen zu können.

Bei diesem Ansatz handelt es sich allerdings um einen mittel- und nicht kurzfristig umsetzbaren Ansatz, für dessen Umsetzung aktuell noch bestehende Probleme mit Blick auf die Datenerfassung wie die Verbuchung von Familienpauschalen, die Trennung von Urlauberrechnungen und Rechnungen auf Basis eines Anspruchsscheines oder die Dateneingabe von Abrechnungen in Papierform gelöst werden müssten. Familienpauschalen müssten z. B. anteilig auf alle über diese Familienpauschale abgedeckten eingeschriebenen Versicherten verteilt werden, damit diese nicht dem evtl. nicht eingeschriebenen Mitglied zugeordnet werden und somit in der Ausgabenanalyse unberücksichtigt bleiben. Dafür müssten Krankenkassen beim Eingang der Pauschalabrechnungen datentechnisch eine Zuordnung von Familienangehörigen und Mitglied ermöglichen.

Urlauberrechnungen können anhand des Kostenvordrucks auch als solche identifiziert und versichertenbezogen in ein gesondertes Konto gebucht werden. Abrechnungen auf Basis eines zugrunde liegenden Anspruchsscheines können ebenfalls identifiziert und versichertenbezogen in ein gesondertes Konto gebucht werden. Es wäre aus Sicht der Gutachter allerdings zu empfehlen, die Aufteilung der eingehenden Abrechnungen nicht an der jeweiligen Angabe, ob es sich um eine Urlauberrechnung oder eine Rechnung auf Basis eines Anspruchsscheines handelt, vorzunehmen, sondern anhand der versichertenbezogenen Angabe in der krankenkasseninternen Datenbank, ob für diesen Versicherten eine Einschreibung in einem Land vorliegt oder nicht, denn auch ein eingeschriebener Versicherter kann Urlauberrechnungen in einem anderen Land, in dem er nicht eingeschrieben ist, durch Verwendung der EHIC verursachen. Auch diese Abrechnungen auf Basis der EHIC sollten allerdings bei der Bestimmung der landespezifischen pro-Kopf-Ausgaben berücksichtigt werden, da ansonsten eine systematische Unterschätzung der Ausgaben für diese Klientel und somit der landesspezifischen Zuweisungen entstehen würde.

Abrechnungen in Papierform hingegen müssten ebenfalls zwingend händisch versichertenbezogen erfasst und gebucht werden, was evtl. zu hohem personellen Aufwand bei den Krankenkassen führen kann.

2. Ansatz: Verwendung externer Daten

In einem zweiten denkbaren Ansatz könnten die landesspezifischen Besonderheiten durch den Einbezug weiterer Daten berücksichtigt werden. Als Basis würde man ebenfalls versichertenbezogen die Information des Einschreibungslandes benötigen. In einem ersten

Schritt wären aber bereits kassenspezifische Statistiken über die Verteilung der Auslandsversicherten – idealerweise klassiert in groben Altersklassen – über die Länder ausreichend. In einem nächsten Schritt würden dann entkoppelt von der RSA-Systematik Landesdurchschnitte in den Ausgaben für die medizinische Versorgung der Wohnbevölkerung (über die jeweiligen statistischen Ämter und evtl. nach wenigen Altersklassen differenziert) verwendet werden. Diese müssten von öffentlichen Stellen (wie statistischen Ämtern) in den jeweiligen Ländern zur Verfügung gestellt werden. Dies würde allerdings auch bedeuten, dass das Zuweisungsverfahren des deutschen RSA von den Datenbereitstellungen öffentlicher Stellen anderer Länder abhängig wäre. Aufgrund der Tatsache, dass bereits im heutigen Verfahren die Ermittlung von Pauschalbeträgen in Abkommensstaaten teilweise mehrere Jahre Verzug aufweisen, stellt sich die Frage, inwieweit eine zeitnahe Bereitstellung ausreichend valider Durchschnittswerte der jeweiligen Wohnbevölkerung insbesondere aus Abkommensstaaten realistischerweise gewährleistet werden könnte.

Diese landesspezifischen Durchschnittswerte der verschiedenen Länder würden dann in Relation zueinander gesetzt, um diese Relationen für eine landesspezifische Adjustierung der bisherigen AusAGG-Zuweisungen (wenn man an dem bisherigen AusAGG-Verfahren festhalten möchte) zu verwenden. Mit diesem Ansatz der weiteren Verwendung der AusAGGn wären zwar die landesspezifischen Verzerrungen behoben, aber nicht das Problem der möglichen allgemeinen Überdeckung von Auslandsversicherten. Die beschriebenen Ausgabenivеaus der jeweiligen Länder könnte man deshalb auch direkt anstelle von AusAGGn als Zuweisungsgrößen für Auslandsversicherte festlegen. Auf diese Weise würden die möglichen systematischen Überdeckungen von Auslandsversicherten vermieden werden und gleichzeitig die landesspezifischen Besonderheiten erfasst.

Bei diesem Ansatz wäre noch die methodische Frage zu klären, wie zusätzliche landesspezifisch unterschiedlich hohe inländische Inanspruchnahmen berücksichtigt werden könnten, die zu Verzerrungen führen können. Hier wäre es z. B. denkbar, für die Personengruppen, für die Pauschalen zu entrichten sind (denn hier wird eine Krankenkasse durch die inländische Inanspruchnahme ceteris paribus zusätzlich belastet), aus den HLBn in der SA700 den Anteil der zum Zeitpunkt der SA700-Erstellung enthaltenen Inlandsrechnungen (die zu diesem Zeitpunkt alle vollständig sind) jedes eingeschriebenen Versicherten landesspezifisch (in Abhängigkeit des Einschreibungslandes des Versicherten) zu bestimmen. Der HLB der sonstigen

Leistungsausgaben müsste dabei allerdings unberücksichtigt bleiben, da in diesem auch möglicherweise schon vorliegende Auslandsabrechnungen enthalten sind. Auf Basis dieser Summe könnte dann je Land bzw. Personengruppe, für die eine Pauschale zu entrichten ist, ein zusätzlicher Tageswert berechnet werden, der zusätzlich zu den bereits landesspezifisch ermittelten Zuweisungsbeträgen hinzugerechnet werden kann.

3. Ansatz: Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen

Ein alternativer Ansatz zur Verbesserung des aktuellen Zuweisungsverfahrens könnte darin bestehen, die Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen Abrechnungssummen je Land zu ermitteln. Dies könnte unter der Annahme geschehen, dass die jährlichen landesspezifischen Rechnungssummen im Zeitverlauf eine entsprechende Konstanz aufweisen. Auch wenn es größere Unterschiede etwa im zeitlichen Rhythmus der Vereinbarung von Pauschalen gäbe, würde davon ausgegangen, dass sich dadurch ausgelöste Verwerfungen in einer mittel- und langfristigen Betrachtung ausgleichen würden.
Für diesen Ansatz müssten folgende Schritte umgesetzt werden:

1. Zunächst müssten die von der DVKA im Ausgleichsjahr beglichenen Rechnungen (Zufluss-Prinzip) eines Kalenderjahres nach Ländern differenziert aufsummiert und dem BVA übermittelt werden.

2. Um diese summierten Beträge um Urlauberrechnungen zu bereinigen, müsste seitens der Kostenträger einerseits eine Statistik mit landesspezifischen Summen beglichener Urlauberrechnungen desselben Kalenderjahres erstellt und dem BVA geliefert werden (diese Aufgabe könnte auch der DVKA übertragen werden), wobei dafür zunächst die entsprechenden (technischen) Voraussetzungen einer Differenzierung von Urlauber- und Auslandsversichertenabrechnungen geschaffen sein müssten. Auch müssten andererseits für Auslandsversicherte geleistete Inlandsaufwendungen von den Krankenkassen je Einschreibungsland erfasst und dem BVA gemeldet werden.

3. Anschließend müsste sichergestellt werden, dass die im Morbi-RSA-Verfahren als Auslandsversicherte definierten Versicherten (mit Erreichen eines Schwellenwertes von mindestens 183 VT) zu den Versichertendefinitionen passen, die die bei der DVKA aufsummierten Rechnungsbeträge verursachen können. Da das Zufluss-Prinzip

verfolgt wird, sind die beglichenen Rechnungsbeträge im jeweiligen Kalenderjahr nicht den als Auslandsversicherte definierten Versicherten zuzuordnen, aber zumindest die zugrundeliegende Definition von Auslandsversicherten sollte analog erfolgen. Dies könnte durch eine Anpassung des Schwellenwertes von Auslandsversichertentagen erreicht werden. Dafür müsste der Schwellenwert auf einen Auslandsversichertentag im Vorjahr gesetzt werden. Um zu vermeiden, dass Versicherte, die lediglich zu Beginn des Vorjahres im Ausland eingeschrieben waren, als Auslandsversicherte identifiziert werden, könnte alternativ festgelegt werden, dass für eine Zuordnung zu einer AusAGG am 31.12. des Vorjahres eine Einschreibung vorgelegen haben muss.

4. In einem weiteren Schritt müssten die Zahl der Auslandsversicherten (gemäß der unter Punkt 3 festgelegten Definition) je Einschreibungsland von allen Krankenkassen ermittelt und dem BVA zur Verfügung gestellt werden. Dies könnte durch eine zusätzliche Variable „Einschreibungsland“ in der SA100 gewährleistet werden, oder aber in Form einer Statistik wie der KM1[30] (bzgl. des Einschreibungslandes könnte festgelegt werden, dass das Einschreibungsland geliefert wird, das am 31.12. des Vorjahres oder als letztes gemeldetes Einschreibungsland vorgelegen hatte).

Es ergäben sich bei diesem Verfahren durchschnittliche vom BVA ermittelte Ausgaben je Auslandsversicherten nach Einschreibeland, die als Basis für entsprechende Zuweisungen dienen würden. Wie heute blieben hierbei allerdings die Inlandsausgaben von Auslandsversicherten unberücksichtigt, woraus sich Über- und Unterdeckungen ergeben könnten.

In allen drei beschriebenen Ansätzen würde sich die Zuweisungsgenauigkeit im Bereich der Auslandsversicherten deutlich verbessern, da die aktuell bestehenden landesspezifischen systematischen Über- und Unterdeckungen und somit die Verzerrungen bei Auslandsversicherten größtenteils behoben wären, wobei im 2. Ansatz das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte im deutschen RSA unmittelbar von der Validität und der Zuverlässigkeit der von den einzelnen Ländern ermittelten Durchschnittsbeträgen abhängig wäre und zu hinterfragen ist, inwieweit ein solcher Ansatz realistisch umsetzbar ist. Auch die statistischen Kennzahlen sowohl auf Individual-, Gruppen- und Krankenkassenebene dürften sich insge-

[30] Statistik des BMG über „Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand“.

samt verbessern, weil die aktuell bei Auslandsversicherten evtl. bestehenden Überdeckungen abgebaut würden.

Weiterentwicklung der Übergangsregelung?

Im Rahmen einer Bewertung der aktuell geltenden Übergangsregelung sind neben den drei beschriebenen Ansätzen einer Modellverbesserung (siehe vorherige Abschnitte) auch die beiden bisherigen Optionen der Regelung vor Umsetzung der Sonderregelung nach § 269 Abs. 2 SGB V und der Regelung vor Einführung der AusAGGn sowie die aktuell geltende Sonderregelung zusammenfassend zu bewerten:

1. **Szenario: Regelung vor Einführung von AusAGGn.** Vor Einführung von AusAGGn wurden eingeschriebene Auslandsversicherte genauso wie Inlandsversicherte im inländischen RSA-Verfahren berücksichtigt, was dazu führte, dass die meisten Auslandsversicherten lediglich eine AGG erreichen konnten, da relevante Morbiditätsdaten fehlten. Bei Rückgriff auf dieses Szenario wäre eine systematische Unterdeckung von Auslandsversicherten auf der GKV-Ebene insgesamt wahrscheinlich, da ein Großteil der aktuell geltenden AusAGG-Zuweisungen (der Zuweisungsanteil, der auf inländischen EMG- und HMG-Zuweisungen beruht) fast vollständig entfiele. Es ist zu erwarten, dass es auch in diesem Szenario für Auslandsversicherte einiger Länder zu systematischen (vermutlich geringen) Überdeckungen (z. B. bei Abkommensstaaten) kommen kann, für Auslandsversicherte anderer Länder (Mitgliedsstaaten mit relativ hohem Ausgabenniveau wie z. B. den Niederlanden, Schweiz, Österreich oder die skandinavischen Länder) hingegen sind systematisch deutliche Unterdeckungen zu erwarten.
2. **Szenario: Regelung vor Einführung der Sonderregelung nach § 269 Abs. 2 SGB V.** Ab dem Ausgleichsjahr 2010 wurden für Auslandsversicherte eigene Zuweisungsgruppen in Form von AusAGGn gebildet, die den durchschnittlichen Gesamtzuweisungen inländischer Versicherter der entsprechenden AGG entsprachen. Hier konnte bei Gegenüberstellung von AusAGG-Zuweisungen und den in der KJ1 gebuchten Ausgaben auf GKV-Ebene auf festgestellt werden, dass die Zuweisungen größer als die Ausgaben waren. Diese systematische Differenz zeigt auch im Zeitverlauf eine entsprechende Konstanz, wobei – wie in Kapitel 1 beschrieben - die in den Kontenarten 480 und 483 gebuchten Ausgaben durch zwei gegenläufige Effekte in Form von nicht berücksichtigten Inlandsinanspruchnahmen auf der einen und Urlauberrechnungen auf der anderen Seite verzerrt

sind, die hinsichtlich ihrer Größenordnung und damit auch der Frage eines möglichen Ausgleichs der gegenläufigen Effekte nicht quantifiziert werden können. Die AusAGGler einiger Länder (Mitgliedsstaaten mit relativ hohem Ausgabenniveau wie z. B. die Niederlande, Schweiz, Österreich oder die skandinavischen Länder) könnten in diesem Szenario trotzdem systematische Unterdeckungen bzw. eine lediglich ausreichende Deckung aufweisen, während für in niedrigpreisigen Ländern (wie z. B. in Abkommensstaaten wie Mazedonien oder Montenegro) eingeschriebene Auslandsversicherte teilweise deutliche Überdeckungen bestehen müssten.

3. **Szenario: Sonderregelung nach § 269 Abs. 2 SGB V.** Das aktuelle Verfahren sieht infolge der durch das GKV-FQWG geschaffenen Regelung eine Kappung der AusAGG-Zuweisungen auf 100% der in der KJ1 gebuchten Ausgaben der Kontenarten 480 und 483 vor. In Jahren, in denen diese Kappung zur Anwendung kommt, wird die unter Szenario 2 beschriebene zu vermutende systematische Unterdeckung von AusAGGlern in einigen Ländern verstärkt und die zu vermutende bisherige deutliche Überdeckung von AusAGG-lern anderer Länder reduziert.

Mit Blick auf die drei beschriebenen Ansätze einer Verbesserung des aktuellen Zuweisungsverfahrens erachten die Gutachter einen der Vorschläge einer länderspezifischen Differenzierung der AusAGGn als zielführend und auch umsetzbar. Allerdings sind hierzu erst – wie beschrieben – die Voraussetzungen zu schaffen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob die Übergangsregelung des § 269 Abs. 2 SGB V bis dahin weiterentwickelt werden sollte. Aus Sicht der Gutachter fällt insbesondere die Asymmetrie der Regelung auf. Sie ist geprägt von der Erfahrung, dass in den meisten Ausgleichsjahren die Zuweisungen für Auslandsversicherte die in der KJ1 gebuchten Ausgaben der Kontenarten 480 und 483 überstiegen. Allerdings hat sich gezeigt, dass dies nicht grundsätzlich der Fall sein muss – so ist etwa im Jahr 2012 – wenn auch nur in geringem Umfang – die Summe der Zuweisungen für Auslandsversicherte geringer als die Summe der in der KJ1 gebuchten Ausgaben der Kontenarten 480 und 483 war. Grundsätzlich können auch in den Folgejahren Unterdeckungen auf der Aggregationsebene der GKV für die Auslandsversicherten auftreten. Die Gutachter regen an zu prüfen, ob für diesen Fall nicht ebenfalls eine lineare Anpassung der Zuweisungen auf die Ausgaben vorgenommen werden sollte.

Partieller oder vollständiger Ist-Ausgleich?

In den Experteninterviews ist vereinzelt auch thematisiert worden, ob ein möglicher Ansatz darin bestehen könnte, von einem Modell mit standardisierten Zuweisungen für Auslandsversicherte vollständig oder zumindest teilweise auf die Erstattung von Ist-Ausgaben überzugehen, da es sich bei den Zuweisungen für Auslandsversicherte um einen sehr spezifischen Bereich handelt, in dem die Datenlage bei inländischen Krankenkassen aufgrund diverser Verzerrungen mit Blick auf versichertenbezogene Buchungen als mangelhaft einzustufen ist und somit die Umsetzung eines zielgerichteteren Zuweisungsverfahrens weitreichenden Limitationen unterliegt und auch nur mittelfristig realisierbar zu sein scheint. So wurde als Beispiel die Sonderregelung für Zuweisungen für Krankengeld genannt, bei der mit dem GKV-FQWG die Hälfte der Zuweisungen retrospektiv anhand der tatsächlichen Krankengeldausgaben einer Krankenkasse erfolgt. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Steuerungsmöglichkeiten inländische Krankenkassen in Bezug auf die Ausgaben ihrer Auslandsversicherten besitzen und welche negativen Anreizwirkungen insofern von einem Ist-Ausgabenausgleich ausgehen könnten. Die Analysen ergaben, dass vier unterschiedliche Bereiche der Einflussnahme/Steuerung der Ausgaben für Auslandsversicherte differenziert werden können, wobei die genannten Punkte a bis d auch von einer zentralen Abrechnungsstelle wie z. B. von der DVKA übernommen werden könnten:

a. Der inländische Träger nimmt in der Regel Prüfungen des Versicherungsverhältnisses für die Versicherten vor, für die eine Abrechnung über die DVKA eingegangen ist. Hier erfolgt ein Abgleich des Leistungszeitraumes mit dem Versicherungszeitraum des Versicherten, um zu prüfen, ob zur Zeit der Leistungsinanspruchnahme tatsächlich ein Versicherungsverhältnis bestand.

b. Im Rahmen von geplanten Behandlungen sind teilweise Vorschüsse seitens des zuständigen Trägers vorgesehen. Nach Abschluss der Behandlung erfolgt die Endabrechnung unmittelbar zwischen den beiden Trägern. Bei der Ankündigung eines geplanten Eingriffs besteht teilweise auch die Möglichkeit seitens des inländischen Trägers, einen elektiven Eingriff zu verweigern und die Behandlung nur in Deutschland zu erstatten.

c. Die eingehenden Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand werden teilweise in den Krankenkassen bei Überschreitung von Schwellenwerten genauer geprüft bzw. es erfolgt eine klärende Rückfrage beim aushelfenden Träger. Die Schwellenwerte können z. B. Ta-

geswerte in Euro je Krankenhausfall sein. Sollte der ausländische Träger allerdings die Abrechnung in der ausgewiesenen Höhe bestätigen, ist der inländische Träger dazu verpflichtet, die Rechnung zu begleichen, sodass die Prüfung auf Basis von Schwellenwerten lediglich dazu dienen kann, mögliche Abrechnungsfehler zu identifizieren und zu beheben.

d. Eine weitere theoretische Möglichkeit der Beeinflussung von Leistungsausgaben von Auslandsversicherten besteht darin, mit ausländischen Leistungserbringern individuelle Versorgungsverträge zu schließen. Die Möglichkeit bzw. Sinnhaftigkeit des Abschlusses solcher Verträge ist allerdings von einer ausreichenden Fallzahl und regionalen Konzentrationen der Auslandsversicherten abhängig, die der inländische Träger aufweisen muss (was bei fast allen Krankenkassen nicht der Fall ist). Mithilfe solcher Versorgungsverträge wäre es jedoch grundsätzlich möglich, zumindest teilweise die medizinische Versorgung der Versicherten im Ausland zu steuern und die Leistungsausgaben positiv zu beeinflussen.

Im Falle eines Ist-Ausgleich bei Auslandsversicherten wären die Anreize inländischer Träger für Engagements in allen vier genannten Bereichen nicht mehr bzw. im Falle eines partiellen Ist-Ausgleichs nicht mehr vollständig gegeben. Im Gegenteil könnte zusätzlich der Fehlanreiz bestehen, Inlandsversicherte bei geplanten kostenintensiven Behandlungen aufgrund des Ist-Ausgleiches ins Ausland zu steuern. Unabhängig von grundsätzlichen ordnungspolitischen Bedenken, die überwiegend auch in den Experteninterviews geäußert wurden, erscheint ein Übergang zum einem (partiellen) Ist-Ausgleich auf Grund der genannten Fehlanreize daher – trotz der Vorteile der allgemeinen Vereinfachung des Verfahrens und der Behebung der aktuell bestehenden Verzerrungen im Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte – in einer summarischen Betrachtung eher nicht wünschenswert.

Empfehlungen

Mit Blick auf ein mögliches Folgegutachten müsste die praktische Umsetzbarkeit der beschriebenen drei Ansätze einer Modellverbesserung qualitativ analysiert und in den Ansätzen 1 und 3 (in Abhängigkeit der Validität und Vollständigkeit der Datenbasis) zusätzlich basierend auf entsprechender Empirie bewertet werden. In den Ansätzen 1 und 3 könnten entsprechende landesspezifische Ausgabenniveaus ermittelt und hinsichtlich ihrer Validität ge-

genübergestellt werden, damit abschließend Empfehlungen für die Differenzierung der bisherigen AusAGG-Zuweisungen abgegeben werden können.

Für den 1. Ansatz müssten kassenseitig erneut (wie auch für das vorliegende Gutachten) Datenlieferungen außerhalb der Datensätze des Regelverfahrens erfolgen, wobei das vorliegende Gutachten bereits die Irrelevanz von inländischen Morbiditätsdaten der Auslandsversicherten für eine Anpassung der AusAGG-Zuweisungen aufgezeigt hat. Somit müssten im Rahmen der von den Krankenkassen bereitzustellenden Daten die Versichertenstammdaten der SA100 sowie die SA700 zur Verfügung gestellt werden, die benötigt wird, um die Inlandsinanspruchnahmen von Auslandsversicherten quantifizieren zu können. Des Weiteren ist eine gesonderte Datei mit versichertenbezogenen Auslandsausgaben als Summe der Kontenarten 480 und 483 je Versicherten zu melden. Die Auslandsausgaben könnten für das mögliche Folgegutachten kassenseitig mit aktuellem Rechnungsstand versichertenbezogen abgezogen werden (aufgrund der Tatsache, dass Krankenkassen in unterschiedlichen Zeitintervallen die Rechnungsbeträge in ihren Systemen erfassen), wobei für eine spätere Umsetzung des Verfahrens der Stichtagsbezug sinnvoll wäre (z. B. gebuchte Auslandsausgaben je Versicherten in den Kontenarten 480 und 483 mit Stand vom 31.12.2015 für das Rechnungsjahr 2011).

Die SA100 müsste um eine zusätzliche Variable, ein Länderkennzeichen (mit Stichtag zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres), erweitert werden, damit landesspezifische Ausgabenanalysen erfolgen können. Für diese Variable der Länderkennung könnte z. B. der ISO-Standard 3166-1 in 2-stelliger Form oder alternativ die in der Kostenrechnungsnummer der Auslandsabrechnungen enthaltene 3-stellige Länderkodierung verwendet werden. Des Weiteren könnte in der SA100 ein zusätzliches „Grenzgänger“-Kennzeichen (falls die Zuweisungen zusätzlich nach Grenzgängern und Nicht-Grenzgängern differenziert werden sollen) in Form einer Dummy-Variable (0/1-kodiert) gemeldet werden (ebenfalls mit Stichtag zum 31.12. des jeweiligen Berichtsjahres). Das Grenzgänger-Kennzeichen kann die jeweilige Krankenkasse dem der Einschreibung zugrunde liegenden Anspruchsschein entnehmen – dieses sollte kassenseitig standardmäßig je Versicherten miterfasst werden.

Die Datenlieferungen für diesen 1. Ansatz sind allerdings erst valide möglich, wenn die noch bestehenden Probleme der Buchungspraxis (Stichwort: Umgang mit Familienpauschalen, keine durchgängig versichertenbezogene Erfassung von Auslandsabrechnungen, keine

durchgängig standardisierte Erfassung des Grenzgänger-Kennzeichens usw.) zumindest größtenteils behoben sind. Des Weiteren ist es notwendig, dass aufgrund des deutlichen Zeitverzugs der eingehenden Auslandsrechnungen bzw. der Pauschalenfestlegungen die Datensätze retrospektiv mit mindestens 4 Jahre Zeitversatz angefordert werden sollten, um von einer weitgehend vollständigen Datenmeldung ausgehen zu können (für Montenegro bestünde aber auch dann noch das Problem, dass die letzte verfügbare veröffentlichte Pauschale aus dem Jahr 2008 stammt).

Für Ansatz 3 würden lediglich Statistiken verwendet, um landesspezifische Ausgabendurchschnittswerte bestimmen zu können. Diese Statistiken sind von der DVKA und den einzelnen Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

Von der DVKA werden die landesspezifischen Rechnungssummen (nach dem Zufluss-Prinzip) benötigt. Von den einzelnen Krankenkassen würden Statistiken bzgl. der nach Einschreibungsländern differenzierten Auslandsversicherten angefordert. Zusätzlich müssten Krankenkassen die Summen der nach Ländern differenzierten Auslandsabrechnungen melden, die für Versicherte ohne bestehende Einschreibung entstanden sind (sog. Urlauberrechnungsbeträge), damit die von der DVKA ermittelten landesspezifischen Rechnungssummen um die landesspezifischen Urlauberrechnungen bereinigt werden können. Zusätzlich wäre es notwendig, kassenseitig die durchschnittlichen landesspezifischen Inlandsinanspruchnahmen von Auslandsversicherten über die aktuell in der SA700 enthaltenen Hauptleistungsbereiche (je Land eine nach Hauptleistungsbereichen getrennte Summenstatistik) anzufordern.

Literaturverzeichnis

Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 03.02.2014, Anlage 1.1. Im Internet unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Rechtsgrundlagen/Bestimmung_nach_267_SGB_V_in_der_Fassung_vom_03.02.2014.pdf [Zugriff am 12.11.2015].

Bundesarchiv (o. J.): Ländercodierung nach ISO-Standard 3166-1. Im Internet unter: http://www.bundesarchiv.de/imperia/md/content/archivportald/iso_3166_1_laender.pdf [Zugriff am 24.11.2015].

Bundesversicherungsamt (2014a): Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013. Im Internet unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/Auswertung_JA_2013.pdf [Zugriff am 11.11.2015].

Bundesversicherungsamt (2014b): Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 18/2013 vom 14. November 2014. Im Internet unter: http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/bekanntmachungen/bekanntmachung/article/bekanntmachung-zum-gesundheitsfonds-nr-182013.html [Zugriff am 8.11.2015].

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (2014a): Leitfaden - Kostenabrechnungen im Rahmen der EG-Verordnung 987/09 und nach Abkommensrecht. Gewöhnlicher Aufenthalt (Wohnortfall). Stand 12.05.2014.

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (2014b): Leitfaden - Leistungsaushilfe im Rahmen der EG-Verordnung 883/04 und nach Abkommensrecht. Gewöhnlicher Aufenthalt (Wohnortfall). Stand 08.07.2014.

Drösler S., Hasford J., Kurth B.-M., Schäfer M., Wasem J., Wille E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Im Internet unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf [Zugriff am 13.11.2015].

Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union (2009): Verordnung (EG) Nr. 987/2009 vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Im Internet unter: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:284:FULL:DE:PDF [Zugriff am 02.11.2015].

Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit (2013): Durchschnittskosten für Sachleistungen 2013/C 273/04. Amtsblatt der Europäischen Union. Im Internet unter: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2013.273.01.0006.01.DEU&toc=OJ:C:2013:273:TOC [Zugriff am 16.11.2015].

Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (2014a): Durchschnittskosten für Sachleistungen 2014/C 75/03. Amtsblatt der Europäischen Union. Im Internet unter: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:52014XX0314(01) [Zugriff am 16.11.2015].

Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (2014b): Durchschnittskosten für Sachleistungen 2014/C 381/06. Amtsblatt der Europäischen Union. Im Internet unter: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?qid=1447934812597&uri=CELEX:52014XX1028(01) [Zugriff am 16.11.2015].

Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit (2015): Durchschnittskosten für Sachleistungen 2015/C 133/05. Amtsblatt der Europäischen Union. Im Internet unter: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2015.133.01.0004.01.DEU&toc=OJ:C:2015:133:TOC [Zugriff am 21.12.2015].

Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit (2015): Durchschnittskosten für Sachleistungen 2015/C 288/07. Amtsblatt der Europäischen Union. Im Internet unter: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2015.288.01.0007.01.DEU&toc=OJ:C:2015:288:TOC [Zugriff am 16.11.2015].

Anhang

Anhang A: Leitfragen für ein Experteninterview zum Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV

1 Angaben zum Interviewpartner

1.1 Wie lautet Ihr Name (Ansprechpartner für Rückfragen)?

1.2 In welcher Organisation sind Sie tätig?

1.3 Was ist Ihre Position in Ihrer Organisation?

1.4 Was sind Ihre Berührungspunkte mit dem Thema Auslandsversicherte?

2 Fragen zu Auslandsversicherten-Abrechnungen und zum Auslandsversicherten-Bestand (Versicherte mit einer AusAGG)

2.1 Existiert eine eigene Abteilung für den Bereich der Auslandsversicherten oder ist dieser Bereich in eine andere Abteilung integriert? (wenn ja, in welche?)

2.2 Wie viele Mitarbeiter beschäftigen sich in Ihrem Hause mit den Abrechnungen von Auslandsversicherten?

2.3 Wie vielen Mitarbeiter in Form von Vollzeitäquivalente entspricht dies?

2.4 Wie viele Mitarbeiter Vollzeitäquivalente hat die Krankenkasse insgesamt?

2.5 Wie groß ist der Anteil von Auslandsversicherten (mit einer erreichten AusAGG) am Gesamtbestand Ihrer Krankenkasse?

3 Fragen zu den verfügbaren Daten

3.1 Erfolgt eine versichertenbezogene Buchung/Erfassung von Abrechnungen seitens der DVKA oder werden die Abrechnungen pauschal in Konto 480 gebucht?

3.2 Welche Daten stehen Ihnen im Bereich der Auslandsversicherten (AusAGG-Versicherte) zur Verfügung?

3.3 Wie schätzen Sie die Qualität dieser Daten ein? Welche Daten sind valide, welche sind weniger valide?

3.4 Welche Determinanten bestimmen die Qualität/Vollständigkeit der Daten für Auslandsversicherte und welche Erfahrungen haben Sie persönlich gemacht?

Anhang B: Anspruchsbescheinigungen und Abrechnungsarten für Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland (für Mitgliedsstaaten)

Tabelle 16: Anspruchsbescheinigung und Abrechnungsart für die Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland - Mitgliedsstaaten

Staat	Versicherte und deren Familienangehörige	Grenzgänger und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne den Versicherten	Rentenantragsteller und deren Familienangehörige	Rentner und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne den Rentner
Belgien	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Bulgarien	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Dänemark	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Estland	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Finnland	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 Pauschale/K	E 120 tats. Aufw.	E 121 Pauschale/K	E 121 Pauschale/K
Frankreich	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Griechenland	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Irland	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 Pauschale/F	E 120 tats. Aufw.	E 121 Pauschale/K	E 121 Pauschale/K
Island	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Italien	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 ① tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 ① tats. Aufw.	E 121 ① tats. Aufw.
Kroatien ④	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Lettland	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Liechtenstein	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Litauen	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Luxemburg	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Malta	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 ① tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 ① tats. Aufw.	E 121 ① tats. Aufw.

Malta	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 ① tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 ① tats. Aufw.	E 121 ① tats. Aufw.
Niederlande	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 Pauschale/K	E 120 tats. Aufw.	E 121 Pauschale/K	E 121 Pauschale/K
Norwegen	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 ② Pauschale/F	E 120 tats. Aufw.	E 121 ② Pauschale/K	E 121 ② Pauschale/K
Österreich	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Polen	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Portugal	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 Pauschale/F	E 120 tats. Aufw.	E 121 Pauschale/K	E 121 Pauschale/K
Rumänien	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Schweden	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 Pauschale/F	E 120 tats. Aufw.	E 121 Pauschale/K	E 121 Pauschale/K
Schweiz	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Slowakei	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Slowenien	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Spanien	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 Pauschale/F	E 120 tats. Aufw.	E 121 Pauschale/K	E 121 Pauschale/K
Tschechien	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Ungarn	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 tats. Aufw.	E 120 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.	E 121 tats. Aufw.
Zypern	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 ③ Pauschale/K	E 120 tats. Aufw.	E 121 ③ Pauschale/K	E 121 ③ Pauschale/K
Vereinigtes Königreich	E 106 tats. Aufw.	E 106 tats. Aufw.	E 109 Pauschale/F	E 120 tats. Aufw.	E 121 Pauschale/K	E 121 Pauschale/K

Hinweis: Pauschale/F = **Familien**pauschale; Pauschale/K = **Kopf**pauschale

Quelle: Leitfaden zu Kostenabrechnungen im Rahmen der EG-Verordnung 987/09 und nach Abkommensrecht Stand 12.05.2014.

Anhang C: Anspruchsbescheinigungen und Abrechnungsarten für Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland (für Abkommensstaaten)

Tabelle 17: Anspruchsbescheinigung und Abrechnungsart für die Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland - Abkommensstaaten

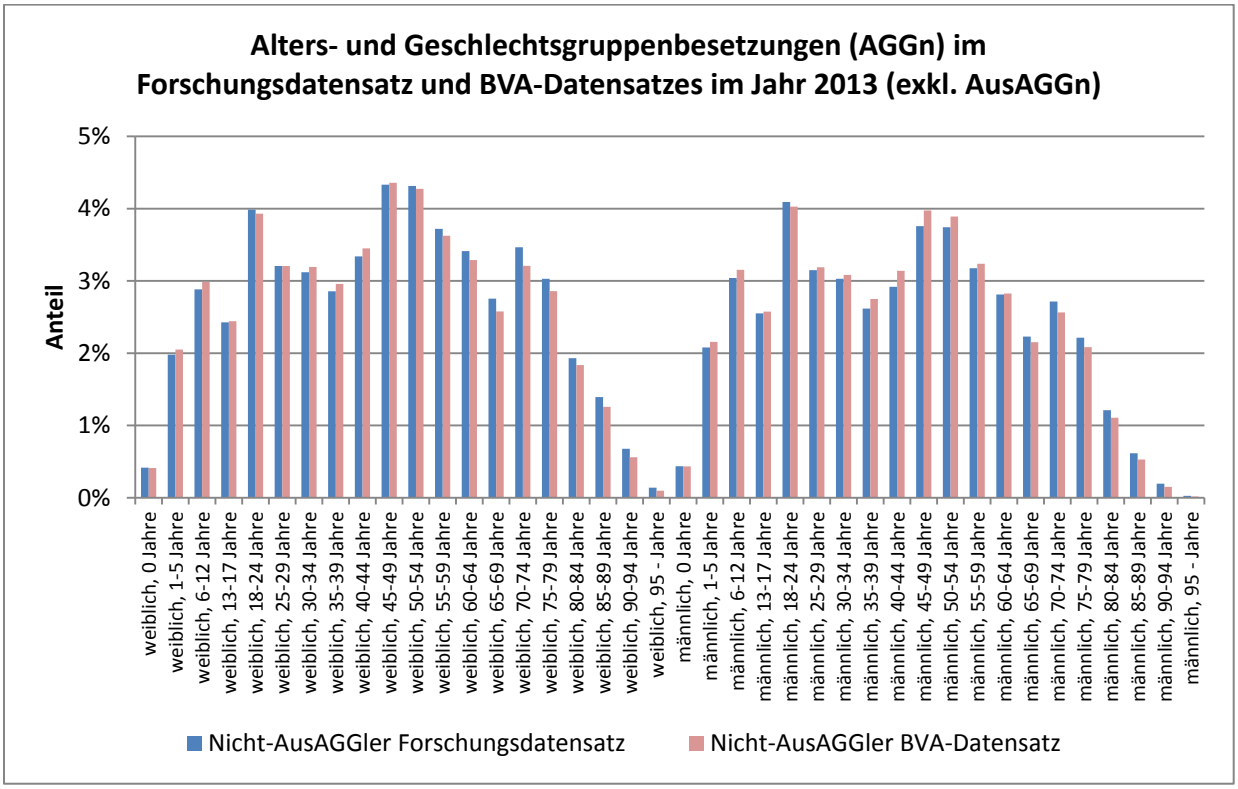
Staat	Versicherte und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne den Versicherten	Rentenantragsteller und deren Familienangehörige	Rentner und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne den Rentner
Bosnien-Herzegowina	BH 6 tats. Aufw.	BH 3 a Pauschal/F ①	BH 11/1 Pauschal/F ①	BH 11/1 bzw. BH 11/2 Pauschal/F ①	BH 11/1 Pauschal/F ①
Mazedonien	RM/D 111 'tats. Aufw.	RM/D 109 Pauschal/K ①	RM/D 120 Pauschal/K ①	RM/D 121 Pauschal/K ①	RM/D 121 Pauschal/K ①
Montenegro	MNE/DE 106 tats. Aufw. ②③	MNE/DE 109 Pauschal/K ②③	MNE/DE 120 Pauschal/K ②③	MNE/DE 121 Pauschal/K ②③	MNE/DE 121 Pauschal/K ②③
Serbien	SRB 106 DE ④ tats. Aufw.	SRB 109 DE ④ Pauschal/K ⑤	SRB 120 DE ④ Pauschal/K ⑤	SRB 121 DE ④ Pauschal/K ⑤	SRB 121 DE ④ Pauschal/K ⑤
Türkei	T/A 11/T/A 6 ⑥ tats. Aufw.	T/A 9 Pauschal/F ①	_②	T/A 20 Pauschal/F ①	T/A 9 Pauschal/F ①
Tunesien	TN/A 11 tats. Aufw.	TN/A 9 tats. Aufw.	_③	TN/A 21 tats. Aufw.	TN/A 21 tats. Aufw.

Quelle: Leitfaden zu Kostenabrechnungen im Rahmen der EG-Verordnung 987/09 und nach Abkommensrecht Stand 12.05.2014.

Anhang D: Deskriptive Statistiken zum Forschungsdatensatz

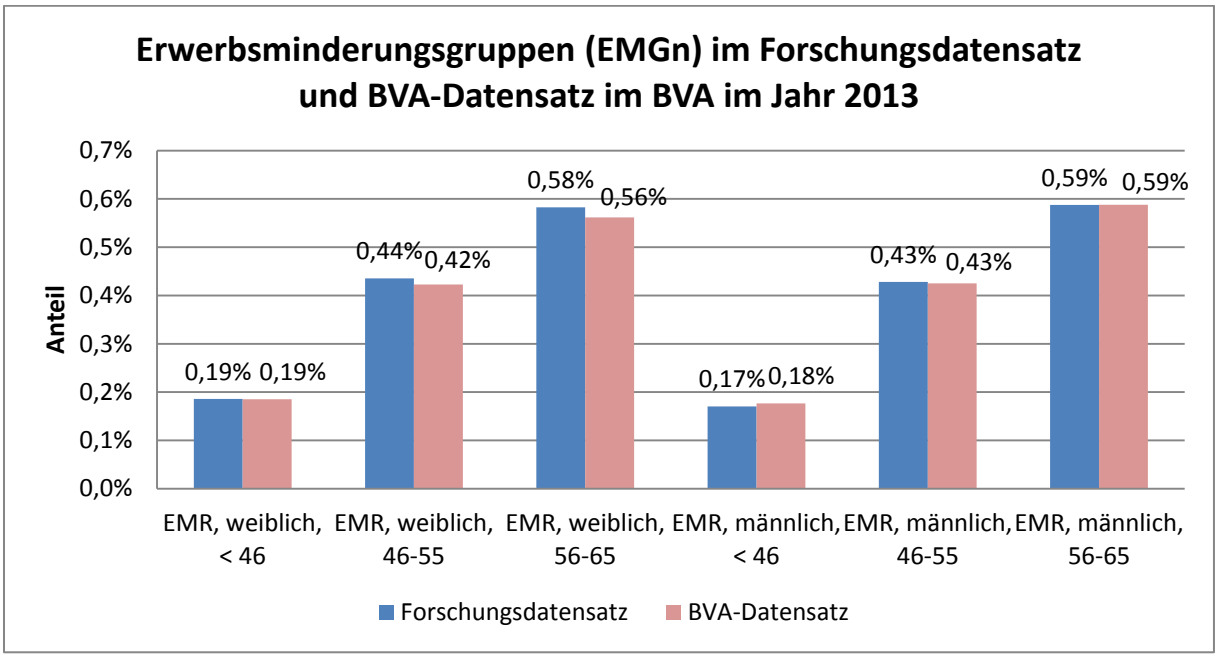
Datenbasis für die folgenden deskriptiven Statistiken in Abbildung 11 und Abbildung 12 ist der Gesamtdatenbestand des Forschungsdatensatzes mit 45.396.028 Versicherten (=44.030.589 VJ).

Abbildung 11: Alters- und Geschlechtsgruppen im Forschungs-und BVA-Datensatz



Quelle: Eigene Berechnung.

Abbildung 12: EMGn im Forschungs- und BVA-Datensatz



Quelle: Eigene Berechnung.

Im Folgenden sind die wesentlichen Kennzahlen (Mittelwert (Mw), Median (Med), Standardabweichung (Sd), Minimum (Min) und Maximum(Max)) der einzelnen HLB für den Gesamtdatensatz ausgewiesen, wobei zu beachten ist, dass zwar alle Krankenkassen die Gesamtleistungsausgaben der Versicherten, aber einige keine HLB-bezogenen Daten zur Verfügung gestellt haben – für 16.058.214 der 45.396.028 Datensätze lagen nur die Gesamtausgaben vor. Dementsprechend umfasst die Anzahl der HLB-bezogenen Daten nur einen Teil des Gesamtdatensatzes (n=29.337.814).

Die höchsten durchschnittlichen Leistungsausgaben weist der Krankenhausbereich mit 879 € jährlich auf – der niedrigste Betrag wird mit 25 € jährlich im HLB Dialyse erreicht. Die negativen Beträge beim Minimalwert entstehen aufgrund nachträglicher Erstattungen anderer Träger wie der Unfallversicherung und werden hier ebenfalls mit ausgewiesen. In der Ergebniszeile des Mittelwertes werden jeweils in Klammern die zugehörigen Werte je VJ ausgewiesen (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 18: Leistungsausgaben der Gesamtpopulation nach HLB im Jahr 2013*

	Ambulante Ärzte	Zahnärzte	Krankenhaus	Apotheken	Sonstige LA	Dialyse
Mw	502 € (513 €)	177 € (181 €)	879 € (898 €)	513 € (523 €)	311 € (318 €)	25 € (25 €)
Med.	302 €	53 €	0 €	60 €	0 €	0 €
Sd	716 €	362 €	4.706 €	5.007 €	2.246 €	810 €
Min.	-88.897 €	-4.176 €	-171.115 €	-5.689 €	-36.848 €	0 €
Max.	151.538 €	36.582 €	5.099.138 €	13.095.195 €	998.280 €	243.163 €

Quelle: Eigene Berechnung.*Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=29.337.814 (VJ=28.712.230)

Die summierten Leistungsausgaben über alle HLB (ohne Krankengeld) sind im Folgenden dargestellt (Tabelle 19). Auch hier werden für den Mittelwert jeweils in Klammern die zugehörigen Werte je VJ ausgewiesen. Die durchschnittlichen Leistungsausgaben im Forschungsdatensatz lagen bei 2.428 € pro Kopf bzw. 2.481 € pro VJ.

Tabelle 19: Gesamtleistungsausgaben des Forschungsdatensatzes im Jahr 2013*

	Leistungsausgaben gesamt (ohne KG)
Mw	2.428 € (2.481 €)
Med.	721 €
Sd	7.948 €
Min.	-157.849 €
Max.	18.201.164 €

Quelle: Eigene Berechnung.*Mw=Mittelwert; Med.=Median; Sd=Standardabweichung; Min.=Minimum; Max.=Maximum; N=45.396.028 (VJ=44.317.991).

Anhang E: Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 18/2013 vom 14. November 2014

Tabelle 20: Höhe der Zu- und Abschläge je Versichertentage für Auslandsversicherte (mit Wohnsitz Ausland)

Risikogruppe	Bezeichnung	Zu-/Abschläge je Vers.-tag
AusAGG001	weiblich, 0 Jahre, Ausland im Vorjahr	2,653641013011 €
AusAGG002	weiblich, 1 - 5 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,923708864371 €
AusAGG003	weiblich, 6 - 12 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,981116756368 €
AusAGG004	weiblich, 13 - 17 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,094405091190 €
AusAGG005	weiblich, 18 - 24 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,382594231946 €
AusAGG006	weiblich, 25 - 29 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,603075810105 €
AusAGG007	weiblich, 30 - 34 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,013647245679 €
AusAGG008	weiblich, 35 - 39 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,162975025365 €
AusAGG009	weiblich, 40 - 44 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,375115792582 €
AusAGG010	weiblich, 45 - 49 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,037042272337 €
AusAGG011	weiblich, 50 - 54 Jahre, Ausland im Vorjahr	-2,342643599672 €
AusAGG012	weiblich, 55 - 59 Jahre, Ausland im Vorjahr	-1,633537822371 €
AusAGG013	weiblich, 60 - 64 Jahre, Ausland im Vorjahr	-0,823495827879 €
AusAGG014	weiblich, 65 - 69 Jahre, Ausland im Vorjahr	0,342060730188 €
AusAGG015	weiblich, 70 - 74 Jahre, Ausland im Vorjahr	1,745630762422 €
AusAGG016	weiblich, 75 - 79 Jahre, Ausland im Vorjahr	3,618500856948 €
AusAGG017	weiblich, 80 - 84 Jahre, Ausland im Vorjahr	5,311767449627 €
AusAGG018	weiblich, 85 - 89 Jahre, Ausland im Vorjahr	6,415872093073 €
AusAGG019	weiblich, 90 - 94 Jahre, Ausland im Vorjahr	6,584394422532 €
AusAGG020	weiblich, 95+ Jahre, Ausland im Vorjahr	5,416352132728 €
AusAGG021	männlich, 0 Jahre, Ausland im Vorjahr	3,825185317136 €
AusAGG022	männlich, 1 - 5 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,377184314503 €
AusAGG023	männlich, 6 - 12 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,367972313960 €
AusAGG024	männlich, 13 - 17 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,497660280796 €
AusAGG025	männlich, 18 - 24 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,200132171424 €
AusAGG026	männlich, 25 - 29 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,118897309918 €
AusAGG027	männlich, 30 - 34 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,827632620094 €
AusAGG028	männlich, 35 - 39 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,489247886632 €
AusAGG029	männlich, 40 - 44 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,035499301258 €
AusAGG030	männlich, 45 - 49 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,461475264739 €
AusAGG031	männlich, 50 - 54 Jahre, Ausland im Vorjahr	-2,552680690112 €
AusAGG032	männlich, 55 - 59 Jahre, Ausland im Vorjahr	-1,246958639989 €
AusAGG033	männlich, 60 - 64 Jahre, Ausland im Vorjahr	0,268374835356 €
AusAGG034	männlich, 65 - 69 Jahre, Ausland im Vorjahr	1,848910398997 €
AusAGG035	männlich, 70 - 74 Jahre, Ausland im Vorjahr	3,721025975325 €
AusAGG036	männlich, 75 - 79 Jahre, Ausland im Vorjahr	5,818570983651 €
AusAGG037	männlich, 80 - 84 Jahre, Ausland im Vorjahr	7,562830889317 €
AusAGG038	männlich, 85 - 89 Jahre, Ausland im Vorjahr	8,371445063661 €
AusAGG039	männlich, 90 - 94 Jahre, Ausland im Vorjahr	8,406534005760 €
AusAGG040	männlich, 95+ Jahre, Ausland im Vorjahr	8,013372237799 €

Quelle: Bundesversicherungsamt (2014b).

Anhang F: Gesamtübersicht Abrechnungsarten in Mitgliedsstaaten und Abkommensstaaten

Tabelle 21: Abrechnungsarten in Mitgliedsstaaten und Abkommensstaaten

Mitgliedsstaaten	**Stammversicherte und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Stammversicherte (Grenzgänger) und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Familienangehörige sind ohne den Stammversicherten eingeschrieben**	**Rentenantragssteller und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Rentner und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Familienangehörige sind ohne den Rentner eingeschrieben**
Finnland	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 104 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: -Person im Ruhestand <65 J.: 104 € -Familienang. (<65 J.) dieser Person: 104 € -Person im Ruhestand ≥65 Jahre: 320 € -Familienang. (≥65 J.) dieser Person: 320 €	Kopfpauschale: -Person im Ruhestand <65 J.: 104 € -Familienang. (<65 J.) dieser Person: 104 € -Person im Ruhestand ≥65 Jahre: 320 € -Familienang. (≥65 J.) dieser Person: 320 €
Irland[1]	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 219 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 516 €	Kopfpauschale: 516 €
Niederlande[2]	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: -unter 20: 110 € -20-64: 153 € -≥ 65 J.: 673 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: -unter 20: 110 € -20-64: 153 € -≥ 65 J.: 673 €	Kopfpauschale: -unter 20: 110 € -20-64: 153 € -≥ 65 J.: 673 €
Norwegen	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Familienpauschale[3]: 407 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 749 €	Kopfpauschale: 749 €

Mitgliedsstaaten	**Stammversicherte und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Stammversicherte (Grenzgänger) und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Familienangehörige sind ohne den Stammversicherten eingeschrieben**	**Rentenantragssteller und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Rentner und deren Familienangehörige sind eingeschrieben**	**Familienangehörige sind ohne den Rentner eingeschrieben**
Portugal	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: -Person im Ruhestand <65 J.: 45 € -Familienang. (<65 J.) dieser Person: 45 € -Person im Ruhestand ≥65 Jahre: 97 € -Familienang. (≥65 J.) dieser Person: 97 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: -Person im Ruhestand <65 J.: 45 € -Familienang. (<65 J.) dieser Person: 45 € -Person im Ruhestand ≥65 Jahre: 97 € -Familienang. (≥65 J.) dieser Person: 97 €	Kopfpauschale: -Person im Ruhestand <65 J.: 45 € -Familienang. (<65 J.) dieser Person: 45 € -Person im Ruhestand ≥65 Jahre: 97 € -Familienang. (≥65 J.) dieser Person: 97 €
Schweden	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: -unter 20: 102 € -20-64: 136 € -≥65 J.: 418 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: -unter 20: 102 € -20-64: 136 € -≥65 J.: 418 €	Kopfpauschale: -unter 20: 102 € -20-64: 136 € -≥65 J.: 418 €
Spanien	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Familienpauschale[3]: 78 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 247 €	Kopfpauschale: 247 €
Zypern[4]	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale[4]	Tats. Aufwand	Kopfpauschale[4]	Kopfpauschale[4]
Ver. Königreich	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Familienpauschale[3]: 165 €	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 340 €	Kopfpauschale: 340 €

Abkommens-staaten	Stammversicherte- und deren Familienangehörige sind eingeschrieben	Stammversicherte (Grenzgänger) und deren Familienangehörige sind eingeschrieben	Familienangehörige sind ohne den Stammversicherten eingeschrieben	Rentenantragssteller und deren Familienangehörige sind eingeschrieben	Rentner und deren Familienangehörige sind eingeschrieben	Familienangehörige sind ohne den Rentner eingeschrieben
Bosnien-Herzegowina	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Familienpauschale: 62 €	Familienpauschale: 62 €	Familienpauschale: 62 €	Familienpauschale: 62 €
Mazedonien	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 14 €	Kopfpauschale: 14 €	Kopfpauschale: 14 €	Kopfpauschale: 14 €
Montenegro[5]	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale[5]	Kopfpauschale[5]	Kopfpauschale[5]	Kopfpauschale[5]
Serbien	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Kopfpauschale: 23 €	Kopfpauschale: 23 €	Kopfpauschale: 23 €	Kopfpauschale: 23 €
Türkei	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Familienpauschale: 62 €	Familienpauschale: 58 €	Familienpauschale: 58 €	Familienpauschale: 62 €
Tunesien	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand	Tats. Aufwand

Quelle: Für Mitgliedsstaaten wurden die in verschiedenen Amtsblätter der Europäischen Union veröffentlichten Pauschalbeträge der Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit verwendet[31] und für Abkommensstaaten eine auf Anfrage erhaltene Auflistung der DVKA ergänzt um den entsprechenden Eurobetrag, der sich auf Basis der am 01.01.2012 gültigen Umrechnungskurse ergibt. Kroatien ist erst seit dem 01.07.2013 Mitgliedsstaat und rechnet seitdem inzwischen nach tatsächlichem Aufwand ab. Hinweis zu den Abkommensstaaten: für jede Personengruppe in den Abkommensstaaten wurden Pauschalen ausgewiesen, wobei nicht jede Personengruppe im jeweiligen Abkommensstaat existiert. So werden z. B. "Familienangehörige ohne den Rentner" in der Personengruppe "Familienangehörige ohne den Versicherten" geführt und mit derselben Pauschale bewertet.

[1]Die Pauschalbeträge für Irland waren zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung bereits festgelegt, aber noch nicht veröffentlicht.

[2]In den Pauschalbeträgen der Niederlande sind teilweise Kosten für Sachleistungen enthalten, die denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen. Deshalb ist ein entsprechender Anteil der Pauschale an die Pflegeversicherung weiterzuleiten (für das Jahr 2013 ergaben sich für die Niederlande z. B. in den altersklassenspezifischen Pauschalbeträgen folgende Anteile: <20 Jahre: 102,28 € Pauschale (davon 2,20 € PV-Anteil); 20-64 Jahre: 151,52 € Pauschale (davon 7,24 € PV-Anteil); ≥65 Jahre: 694,30 € Pauschale (davon 298,74 € PV-Anteil).

[3]Ab Juni 2015: Umstellung auf Kopfpauschalen bzw. tatsächlichen Aufwand.

[31] Vgl. Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der Sozialen Sicherheit (2013, 2014, 2015).

[4]Zypern rechnet erst ab dem 01.01.2013 wieder über Kopfpauschalen ab, sodass für das Jahr 2012 keine Werte zur Verfügung stehen.

[5]Für Montenegro liegen laut Auskunft der DVKA noch keine Pauschalbeträge für das Jahr 2012 vor. Der letzte festgelegte Pauschalbetrag stammt aus dem Jahr 2008.

Anhang G: Eingebundene Krankenkassenstatistiken und RSA-Datenmeldungen

Versichertenbezogene Informationen

SA100	Versichertenstammdaten
SA110	Korrekturmeldung der Versichertenstammdaten
SA700	Personenbezogene berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben

Statistiken

KJ1	Kassenjahresrechnung
KM1	Statistik über „Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand“

Anhang H: Übersicht zum Verfahren der Kostenerstattung nach EG-VO 987/09

Die nachfolgende Übersicht fasst die wesentlichen Schritte der Kostenerstattung von Leistungen entsprechend den Vorgaben der EG-Verordnung 987/09 zusammen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden nur die Elemente des Standardverfahrens aufgenommen; Übergangsregelungen sowie Korrektur- und Beanstandungsverfahren werden daher im Folgenden nicht mit aufgeführt.

I. Abrechnung nach tatsächlichen Aufwendungen:

Bei einer Abrechnung der Leistungen nach den tatsächlichen Aufwendungen müssen die Forderungen gemäß Art. 67 Abs. 1 bei der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats eingereicht werden. Die Frist hierfür beträgt zwölf Monate nach Ablauf des Kalenderhalbjahres, in dem die Forderungen in die Rechnungsführung des forderungsberechtigten Trägers aufgenommen wurden. Verspätet eingereichte Forderungen bleiben gemäß Art. 67 Abs. 4 unberücksichtigt.

II. Abrechnung nach Pauschalbeträgen

Bei einer Abrechnung nach Pauschalbeträgen hat zunächst jeder forderungsberechtigte Mitgliedsstaat die Jahresdurchschnittskosten pro Person der in seinem Hoheitsgebiet wohnenden Personen getrennt nach drei Altersklassen zu ermitteln (siehe zu den Einzelheiten der Berechnung Art. 64 Abs. 1 u. 2).

Die ermittelte Höhe der Jahresdurchschnittskosten pro Person in den einzelnen Altersklassen ist sodann gemäß Art. 65 Abs. 1 bis zum Ende des zweiten Jahres, das auf das Bezugsjahr folgt, dem Rechnungsausschuss[32] mitzuteilen. Im Falle einer verspäteten oder ausbleibenden Mitteilung werden diejenigen Jahresdurchschnittskosten zugrunde gelegt, die die Verwaltungskommission[33] als letztes wirksam festgelegt hatte.

[32] Der „Rechnungsausschuss“ ist gem. Art. 1 Abs. 2 lit. f) EG-VO 987/09 i.V.m. Art. 74 EG-VO 883/04 ein der Verwaltungskommission angeschlossener Ausschuss. Zusammensetzung und Arbeitsweise des Rechnungsausschusses werden gem. Art. 74 EG-VO 883/04 von der Verwaltungskommission bestimmt (siehe zu dieser Fn. 2).

[33] Unter „Verwaltungskommission“ versteht die EG-VO 987/09 die bei der Kommission der Europäischen Gemeinschaften eingesetzte „Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit“. Zusammensetzung, Arbeitsweise und Aufgaben der Verwaltungskommission ergeben sich aus Art. 71 f. EG-VO 883/04.

Die Jahresdurchschnittskosten pro Person sind schließlich gemäß Art. 65 Abs. 2 im *Amtsblatt der Europäischen Union* zu veröffentlichen.

Gemäß Art. 67 Abs. 2 sind Forderungen auf der Grundlage von Pauschalverträgen bei der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaates einzureichen. Die Frist hierfür beträgt zwölf Monate und beginnt nach dem Monat, in dem die Durchschnittskosten des betreffenden Jahres im *Amtsblatt der Europäischen Union* veröffentlicht wurden. Verspätet eingereichte Forderungen haben nach Art. 67 Abs. 4 unberücksichtigt zu bleiben.

Die fristgerecht eingereichten Forderungen müssen schließlich gemäß Art. 67 Abs. 5 durch Zahlung an die Verbindungsstelle des forderungsberechtigten Mitgliedstaats innerhalb von 18 Monaten nach Ablauf jenes Monats, in dem sie bei der Verbindungsstelle des leistungspflichtigen Mitgliedstaats eingereicht wurden, beglichen werden.