

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

- Endbericht -

Vorgelegt von der EsFoMed GmbH, dem Lehrstuhl für Medizinmanagement der
Universität Duisburg-Essen und der WIG2 GmbH

Stand am 29.11.2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
Executive Summary.....	1
1. Gutachtenauftrag, Hintergrund, Begriffsdefinitionen, Kennzahlen	12
1.1..... Hintergrund	12
1.2..... Gutachtenauftrag, Forschungsfragen	15
1.3..... Erläuterung zu Begriffen und Konzepten	18
1.4..... Verwendete Kennzahlen	27
2. Beschreibung des Status quo und daraus resultierende Probleme (Forschungsfrage 1)	34
2.1..... Beschreibung des Status quo zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im RSA.....	34
2.2..... Probleme des bestehenden Verfahrens für die Funktionsfähigkeit des Ausgleichsverfahrens	36
3. Datenlieferungen und länderspezifische Über- und Unterdeckungen (Forschungsfrage 2)	37
3.1..... Neu erhobene Daten.....	37
3.1.1 Beschreibung der Datenbasis	38
3.1.1.1 Satzart 149	38
3.1.1.2 Satzart 150 für die Berichtsjahre 2015 bis 2017	38
3.1.2 Deskriptive Darstellung der Satzarten	39
3.1.2.1 Satzart 149	39
3.1.2.2 Satzart 150 für die Berichtsjahre 2015 bis 2017	46
3.1.3 Bewertung der Datenqualität und Empfehlungen für nachfolgende Datenlieferungen	53
3.1.3.1 Satzart 149	53
3.1.3.2 Satzart 150	55
3.2..... Länderspezifische Über- und Unterdeckungen.....	58
3.2.1 Berechnung von länderspezifischen Über- oder Unterdeckungen.....	58
3.2.2 Zwischenfazit: Bewertung der Über- und Unterdeckungsproblematik.....	66
4. Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Länder- und Krankenkassenebene (Forschungsfrage 3)	67
4.1..... Definition der betrachteten Versichertengruppen	67
4.2..... Quantitative Beurteilung/Berechnung der Kennzahlen.....	68
4.2.1 Nach Ländern	68
4.2.2 Nach Alter	69

4.2.3	Nach Kassengröße.....	71
4.2.4	Nach bundesweit geöffneten und landesweit geöffneten Krankenkassen	74
4.3.....	Zwischenfazit: Resultieren aus den länderspezifischen Über- und Unterdeckungen Anreize zur Risikoselektion oder Wettbewerbsvorteile für einzelne Krankenkassen?	75
5.	Leistungsanspruchnahme von Grenzgängern (Forschungsfrage 4)	78
5.1.....	Quantitative Analysen der Leistungsanspruchnahme von Grenzgängern.....	78
5.2.....	Zwischenfazit: Ist eine valide Analyse des Grenzgängerkennzeichens möglich und ergeben sich für Grenzgänger (unter Betrachtung ihres Wohnlandes) für die Krankenkassen nennenswerte Ausgabenrisiken? Ist es möglich, die Grenzgänger zukünftig als eigenständiges Merkmal zu berücksichtigen?	81
6.	Prüfung der in dem Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V entwickelten Modelle und Modellauswahl (Forschungsfrage 5)	82
6.1.....	Darstellung der drei Modellansätze des Erstgutachtens	83
6.2.....	Offene Fragestellungen des Erstgutachtens	86
6.3.....	Diskussion der Vor- und Nachteile der Modellansätze (Welche Überlegungen sprechen für/gegen die Umsetzung der Modelle?)	87
6.4.....	Zwischenfazit: Welches der im Erstgutachten vorgeschlagenen Modelle ist zur Ermittlung der landesspezifischen Zuweisungen für Auslandsversicherte begründeterweise heranzuziehen?.....	91
6.5.....	Analyse des ausgewählten Modells anhand der neu geschaffenen Datenbasis	92
6.6.....	Bewertung der Effizienz-, Selektions- bzw. Manipulationsanreize und Vergleich zum Status quo.....	95
6.7.....	Diskussion von Verbesserungspotenzial/Anpassungsbedarf.....	99
7.	Zuweisungen der tatsächlichen Leistungsausgaben (Forschungsfrage 6)	100
7.1.....	Ausgestaltungsmöglichkeiten eines Ausgleiches der tatsächlichen Leistungsausgaben	100
7.1.1	Vollständiger Ausgleich.....	101
7.1.2	Anteiliger Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben und Mix-Modelle	101
7.2.....	Diskussion von Effizienz-, Risikoselektions- bzw. Manipulationsanreizen der verschiedenen Modelle im Vergleich zum Status quo	102
7.3.....	Zwischenfazit: Auswahl eines Modells zum Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben	107
8.	Berücksichtigung weiterer Erkenntnisse und Fragestellungen (Forschungsfrage 7)	107
8.1.....	Darstellung weiterer wissenschaftlich belastbarer Erkenntnisse	107
8.2.....	Berücksichtigung von Inlandsausgaben der Auslandsversicherten in den vorgeschlagenen Modellen	109

8.3.....	Berücksichtigung von im Ausland anfallenden Leistungsausgaben von Versicherten mit Wohnort im Inland (Urlauberrechnungen)	109
9.	Weiterentwicklung zur Umsetzungsreife (Forschungsfrage 8)	111
9.1.....	Berücksichtigung der Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V	112
9.2.....	Standardisierungsverfahren.....	117
9.2.1	Umsetzung des Standardisierungsverfahrens	117
9.2.1.1	Notwendige Anpassungen der Datenmeldungen.....	117
9.2.1.2	Konzept zur Datenplausibilisierung	122
9.2.1.3	Ergänzung der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV	126
9.2.1.4	Konkrete Verfahrensbeschreibung des Jahresausgleichs und notwendige Anpassungen der Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV	129
9.2.2	Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Vergleich zum Status quo	133
9.2.3	Prüfung von § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV und mögliche Ausgestaltung.....	135
9.2.4	Konzeption eines Abschlagsverfahrens für das Standardisierungsverfahren	136
9.3.....	Ausgleich tatsächlicher Leistungsausgaben	144
9.3.1	Umsetzung des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben.....	144
9.3.1.1	Notwendige Anpassungen der Datenmeldungen.....	144
9.3.1.2	Konzept zur Datenplausibilisierung	147
9.3.1.3	Ergänzung der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV	147
9.3.1.4	Konkrete Verfahrensbeschreibung des Jahresausgleichs des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben und notwendige Anpassungen der Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV	148
9.3.2	Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Vergleich zum Status quo	153
9.3.3	Konzeption eines Abschlagsverfahrens für den teilweisen Ausgleich tatsächlicher Ausgaben.....	154
9.4.....	Abschließende Modellauswahl	155
9.5.....	Zur Umsetzung des Verfahrens notwendige Rechtsänderungen und zeitlicher Ablauf	156
9.5.1	Umsetzung des Verfahrens.....	156
9.5.1.1	Änderungen des SGB V	156
9.5.1.2	Änderungen der RSAV.....	157
9.5.1.3	Änderungen der Verfahrensbestimmungen nach § 39 Abs. 3 Satz 6 RSAV und § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV.....	158
9.5.1.4	Änderungen der Bestimmung des GKV-SV gemäß § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V.....	158

9.5.1.5	Änderungen der Bestimmung des BVA nach § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V.....	159
9.5.2	Zeitlicher Ablauf der Umsetzung der Rechtsänderungen.....	161
9.6.....	Verwaltungsaufwand	161
9.6.1	Identifikation der betroffenen Akteure	164
9.6.2	Identifikation der Verwaltungsprozesse	165
9.6.3	Initialer Umsetzungsaufwand des Verfahrens.....	168
9.6.3.1	Initialer Umsetzungsaufwand für Krankenkassen	169
9.6.3.2	Initialer Umsetzungsaufwand für die DVKA.....	169
9.6.3.3	Initialer Umsetzungsaufwand für den GKV-Spitzenverband	169
9.6.3.4	Initialer Umsetzungsaufwand für das Bundesversicherungsamt	170
9.6.4	Regelhafter Umsetzungsaufwand des Verfahrens	172
9.6.4.1	Regelhafter Umsetzungsaufwand für Krankenkassen	172
9.6.4.2	Regelhafter Umsetzungsaufwand für die DVKA	174
9.6.4.3	Regelhafter Umsetzungsaufwand für den GKV-Spitzenverband	174
9.6.4.4	Regelhafter Umsetzungsaufwand für das Bundesversicherungsamt	174
9.6.5	Ermittlung des Verwaltungsaufwandes und Diskussion der Ergebnisse (inkl. „Nutzenschwelle“)	175
10.	Ausblick und nächste Schritte	179
Anhang		180
Anhang 1	. Leitfragen Experteninterviews	180
Anhang 2	. Zuordnungstabelle Länderkennzeichen	181
Anhang 3	. Zu- und Abschläge für Auslandsversicherte	182
Anhang 4	. Ausgaben und Forderungen der SA150	183
Anhang 5	. Übersicht Abrechnungsarten nach Ländern	185
Anhang 6	. Übersicht über landesspezifische Pflegesachkostenanteile in Kopfpauschalen.....	187
Anhang 7	. Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit mind. einem Einschreibungstag im Vorjahr	189
Anhang 8	. Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit mind. einem Einschreibungstag im Folgejahr (zeitgleich).....	191
Anhang 9	. Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 0% Berücksichtigung des HLB5	193
Anhang 10	. Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 100% Berücksichtigung des HLB5	194
Anhang 11	. Dokumentation des S072	196
Anhang 12	. Fragebögen zu Verwaltungsaufwänden.....	206
Quellenverzeichnis		214

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Abrechnungsarten für Leistungsaushilfe bei Auslandsversicherten.....	25
Abbildung 3.2: Anzahl Auslandsversicherte nach Ländern (in tausend)	40
Abbildung 3.3: Auslandsversichertentage in den AusAGGn: SA110 und SA100 aus 2017 und Jahresausgleichswerte 2017 im Vergleich	42
Abbildung 3.4: Auslandsversicherte mit und ohne AusAGG je Land (in %)	43
Abbildung 3.5: Durchschnittsalter der Auslandsversicherten nach Ländern.....	44
Abbildung 3.6: Grenzgängerstatus in der SA149 2016.....	45
Abbildung 3.7: Grenzgängeranteil unter Auslandsversicherten nach Ländern (in %)	46
Abbildung 3.8: Ausgaben und Zuweisungen für Auslandsversicherte 2017 gesamt Status quo	61
Abbildung 3.9: Deckungsbeitrag je Versichertentag und Land	66
Abbildung 4.10: Altersklassenspezifische Ausgabenprofile und Zuweisungen von Auslandsversicherten (mit und ohne HLB5) im Status quo	70
Abbildung 4.11: Zusammenhang von Kassengröße (in Versichertenjahren) und Deckungsquote bei Auslandsversicherten.....	72
Abbildung 4.12: Deckungsquoten auf Einzelkassenebene.....	76
Abbildung 4.13: Deckungsbeiträge auf Einzelkassenebene	77
Abbildung 5.14: Grenzgänger und Nicht-Grenzgänger: AGG-spezifische SA700-Ausgaben je VT im Vergleich	78
Abbildung 5.15: Grenzgänger und Nicht-Grenzgänger: SA700-Ausgaben je VT und HLB im Vergleich	79
Abbildung 5.16: Anteil Grenzgänger auf Einzelkassenebene	80
Abbildung 5.17: Grenzgängeranteil und Anzahl Auslandsversicherte je Kasse	81

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Deckungsquoten für Auslandsversicherte 2009 bis 2013	13
Tabelle 1.2: Anspruchsscheine von Mitgliedsstaaten bei gewöhnlichem Aufenthalt (Wohnortfall) ...	21
Tabelle 3.3: Versicherte, Einschreibungstage, Grenzgängerkenneichen in der SA149 2016/2017 EM und KM.....	39
Tabelle 3.4: Rechnungssummen Wohnortfälle der SA150 2017.....	48
Tabelle 3.5: Rechnungssummen Wohnortfälle der SA150 2016.....	49
Tabelle 3.6: Rechnungssummen Wohnortfälle der SA150 2015.....	49
Tabelle 3.7: Ausgaben SA150 2017 für Wohnortfälle je Land.....	50
Tabelle 3.8: Ausgaben und Forderungen der SA150 für Wohnortfälle im Vergleich.....	52
Tabelle 3.9: Ausgaben von Auslandsversicherten in den HLBn der SA700 2017	59
Tabelle 3.10: Leistungsausgaben der SA700 und gesamt je Land.....	62
Tabelle 3.11: Deckungsquote je Land.....	63
Tabelle 3.12: Deckungsbeitrag pro Versichertentag je Land	65
Tabelle 4.13: MAPEs (relativ und absolut) auf Länderebene	69
Tabelle 4.14: MAPEs (relativ und absolut) auf Länderebene (adjustiert)	69
Tabelle 4.15: Altersklassenspezifische Deckungsbeiträge für Auslandsversicherte im Status quo (mit und ohne HLB5) je VJ	71
Tabelle 4.16: Deckungsquote von Kassen nach Größenclustern	73
Tabelle 4.17: MAPEs (relativ) auf Kassenebene nach Größenclustern	73
Tabelle 4.18: MAPEs (absolut) auf Kassenebene nach Größenclustern	73
Tabelle 4.19: Deckungsquote von Kassen nach landes-/bundesweit	74
Tabelle 4.20: MAPEs (relativ) auf Kassenebene nach landesweiter/bundesweiter Öffnung	74
Tabelle 4.21: MAPEs (absolut) auf Kassenebene nach landesweiter/bundesweiter Öffnung.....	75
Tabelle 6.22: MAPEs (relativ und absolut) auf Kassenebene in Modell 3 ohne und mit Altersklassen	94
Tabelle 9.23: Ergänzung der Datensatzbeschreibung der SA100 und SA110	117
Tabelle 9.24: Neue Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zu Hauptleistungsbereichen.....	118
Tabelle 9.25: Ergänzung der Datensatzbeschreibung der SA700.....	119
Tabelle 9.26: Datensatzbeschreibung der neuen SA150.....	120
Tabelle 9.27: Konzept zur Datenplausibilisierung der neuen Meldeinformationen in SA100, SA110 und SA150	123
Tabelle 9.28: Landesspezifische Risikogruppe	126
Tabelle 9.29: Verfahrensbeschreibung des Standardisierungsverfahrens für den Jahresausgleich...	129
Tabelle 9.30: Länder-MAPEs: Status quo und Modell 3 im Vergleich	134
Tabelle 9.31: Kassen-MAPEs: Status quo und Modell 3 im Vergleich	134
Tabelle 9.32: Verfahrensbeschreibung zur Berechnung der Zu- und Abschläge für die GLB I-III	137
Tabelle 9.33: Zeitlicher Ablauf des Abschlagsverfahrens und des Jahresausgleichs für das Standardisierungsmodell	143
Tabelle 9.34: Datensatzbeschreibung für die SA150 für den teilweisen Ausgleich tatsächlicher Ausgaben	144
Tabelle 9.35: Ergänzung des Konzepts zur Datenplausibilisierung für den teilweisen Ausgleich tatsächlicher Ausgaben.....	147

Tabelle 9.36: Verfahrensbeschreibung des Jahresausgleichs des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben	148
Tabelle 9.37: Länder-MAPes: Status quo und teilweiser Ist-Ausgaben-Ausgleich im Vergleich.....	153
Tabelle 9.38: Kassen-MAPes: Status quo und teilweiser Ist-Ausgaben-Ausgleich im Vergleich.....	154
Tabelle 9.39: Ausgestaltung der künftigen SA150 für die Umsetzung des Modells 3	160
Tabelle 9.40: Prozesse für die initiale Umsetzung von Modell 3	165
Tabelle 9.41: Zusätzliche Prozesse für die regelhafte Durchführung des Zuweisungsverfahrens.....	166
Tabelle 9.42: Geschätzte einmalige Umsetzungsaufwände der beteiligten Akteure	175
Tabelle 9.43: Geschätzte regelhafte Durchführungsaufwände der beteiligten Akteure	176
Tabelle A.44: Leitfragen für ein Experteninterview zum Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3c SGB V i. V. m. § 33a Abs. 4 RSAV	180
Tabelle A.45: Zuordnungstabelle Länderkennzeichen gemäß Bestimmung des BVA.....	181
Tabelle A.46: Höhe der Zu- und Abschläge je Versichertentage für Auslandsversicherte.....	182
Tabelle A.47: Ausgaben und Forderungen der SA150 für Wohnortfälle im Vergleich je Land	183
Tabelle A.48: Übersicht Abrechnungsarten nach Ländern.....	185
Tabelle A.49: Übersicht über landesspezifische Pflegesachkostenanteile in Kopfpauschalen	187
Tabelle A.50: Landesspezifische Deckungsquoten und –beiträge für Auslandsversicherte mit mind. einem und mind. 183 Einschreibungstagen im Vorjahr im Vergleich	189
Tabelle A.51: Landesspezifische Deckungsquoten und –beiträge für Auslandsversicherte mit mind. einem Einschreibungstag im Folgejahr und mind. 183 im Vorjahr im Vergleich.....	191
Tabelle A.52: Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 0% Berücksichtigung des HLB5	193
Tabelle A.53: Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 100% Berücksichtigung des HLB5	194
Tabelle A.54: Dokumentation des Web-Formulars S072	196
Tabelle A.55: Fragebogen Verwaltungsaufwand Bundesversicherungsamt.....	206
Tabelle A.56: Fragebogen Verwaltungsaufwand Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland	211
Tabelle A.57: Fragebogen Verwaltungsaufwand GKV-Spitzenverband	211
Tabelle A.58: Fragebogen Verwaltungsaufwand Krankenkassen	212

Abkürzungsverzeichnis

AGG	=	Alters-Geschlechts-Gruppe
AOK	=	Allgemeine Ortskrankenkasse
AusAGG	=	Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppe
BGBI.	=	Bundesgesetzblatt
BKK	=	Betriebskrankenkasse
BVA	=	Bundesversicherungsamt
c.p.	=	unter sonst gleichen Umständen (ceteris paribus)
CPM	=	Cumming's Prediction Measure
DVKA	=	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland
EG	=	Europäische Gemeinschaft
EHIC	=	European Health Insurance Card
EM	=	Erstmeldung
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
GKV-SV	=	GKV-Spitzenverband
GLB	=	Grundlagenbescheid(e)
HGB	=	Handelsgesetzbuch
HHVG	=	Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz
HLB	=	Hauptleistungsbereich(e)
HMG	=	Hierarchisierte Morbiditätsgruppe
ICD-10-GM	=	International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems, Version 10, German Modification
IKK	=	Innungskrankenkasse
KBS	=	Knappschaft-Bahn-See
KEG	=	Kostenerstattergruppe

KJ1	=	Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV
KM	=	Korrekturmeldung
KVNR	=	Krankenversichertennummer
MAPE	=	Mean Absolute Prediction Error
Max	=	Maximum
Med	=	Median
Min	=	Minimum
Mio.	=	Million
Mw	=	Mittelwert
Morbi-RSA	=	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
PD	=	Portables Dokument
RSA	=	Risikostrukturausgleich
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
SKM	=	Standardkostenmodell
SVLFG	=	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
Vgl.	=	Vergleiche
VJ	=	Versichertenjahr
VO	=	Verordnung
VT	=	Versichertentage

Executive Summary

Beschreibung des Status quo und daraus resultierende Probleme (Forschungsfrage 1)

Auslandsversicherte (Versicherte mit mindestens 183 Versichertentagen mit Wohnort im Ausland) werden nicht in das für inländische Versicherte geltende Regressions- und Zuweisungsmodell einbezogen, sondern ihnen werden die durchschnittlichen Gesamtzuweisungen inländischer Versicherter in sogenannten Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGGn) in der analogen AGG zugewiesen. Dieses Vorgehen führte in der Vergangenheit allerdings zu „Überdeckungen“ von Auslandsversicherten. Deshalb wurde mit dem GKV-FQWG eine Begrenzung der insgesamt an die Krankenkassen zu zahlenden Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die Summe der insgesamt für diese Versicherten von den Krankenkassen gebuchten Leistungsausgaben (Konten 4800, 4801, 4802, 4830, 4831) umgesetzt. Die Kontenart 480 erfasst dabei die Rechnungsbeträge für Leistungsaushilfe im Ausland – sowohl für Wohnortfälle als auch für vorübergehende Aufenthalte. Die Kontenart 483 enthält Kostenerstattungen für entsendete Arbeitnehmer. Bei einer „Überdeckung“ (Zuweisungen größer als die so definierten Leistungsausgaben) werden die AusAGG-Zuweisungen auf die Summe der in den genannten Konten verbuchten Rechnungsbeträge linear durch einen pauschalen Adjustierungsfaktor 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. In Jahren einer „Unterdeckung“ findet keine lineare Anpassung statt.

Die Leistungsausgabenniveaus zwischen den Ländern unterscheiden sich jedoch deutlich, ohne dass dies entsprechend berücksichtigt wird. Dadurch kommt es – vor Anwendung der Sonderregelung des GKV-FQWG – bei Auslandsversicherten in Ländern mit im Vergleich zum deutschen Leistungsausgabenniveau niedrigen Ausgabenniveaus zu deutlichen Überdeckungen und in solchen mit eher höheren Ausgabenniveaus zu Unterdeckungen. Bei ungleichen Anteilen der Auslandsversicherten aus verschiedenen Einschreibeländern zwischen den einzelnen Krankenkassen resultieren aus diesem Sachverhalt somit Wettbewerbsverzerrungen. Dieses Problem wird durch die im Rahmen der „Sonderregelung“ durchgeführte lineare Zuweisungskürzung nicht behoben, da diese undifferenziert für alle Einschreibeländer gleich ist. Sie baut zwar gegebenenfalls vorhandene Überdeckungen für Auslandsversicherte in Ländern mit niedrigen Ausgabenniveaus ab, kann aber gleichzeitig auch zu Unterdeckungen

für Auslandsversicherte aus Ländern mit hohen Ausgabenniveaus führen oder bestehende Unterdeckungen verstärken.

Zudem ergeben sich durch die spezifische Ausgestaltung der Sonderregelung weitere Probleme: Zum einen basiert die Sonderregelung auf den Kontenarten 480 und 483 und setzt somit bei der Begrenzung des Zuweisungsvolumens für Auslandsversicherte auch auf Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte (insbesondere Urlauberrechnungen) auf. Zum anderen werden die im Inland entstehenden Leistungsausgaben für Auslandsversicherte nicht berücksichtigt. Es ist daher davon auszugehen, dass die ausgewiesene Summe der in den Kontenarten 480 und 483 gebuchten Leistungsausgaben nicht (und wenn, dann rein zufällig) der tatsächlichen Summe der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte entspricht. Auch können die beiden beschriebenen Verzerrungseffekte unterschiedlich über die Krankenkassen verteilt sein, wodurch die Anwendung der Sonderregelung zu Verzerrungen im Kassenwettbewerb führen kann.

Datenqualität und landesspezifische Über- und Unterdeckungen (Forschungsfrage 2)

Die Datenqualität sowohl in der SA149 als auch in der SA150 ist aus Sicht der Gutachter (so weit beurteilbar) als zufriedenstellend zu bezeichnen. Einige Variablen ließen sich seitens der Gutachter allerdings nicht gegenprüfen, sondern mussten als gegeben verwendet werden. Dabei handelt es sich insbesondere um die von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) gemeldeten landesspezifischen Rechnungssummen in der SA150 und das Länderkennzeichen der SA149. Es gab keine Datenauffälligkeiten, die Probleme in der Datenauswertung erzeugten bzw. systematische Verzerrungen erwarten lassen. Einige Datenbesonderheiten sind allerdings im Folgenden aufgeführt:

- In der SA150 waren teilweise für länger zurückliegende Abrechnungsjahre negative Rechnungssummen für einige Länder vorhanden. Diese sind mit nachträglichen Erstattungen zu erklären. Diese nachträglichen Erstattungen haben allerdings keinen relevanten Einfluss auf die Verwendung der tatsächlichen Rechnungssummen für die zugrundeliegenden Analysen und ein mögliches späteres Zuweisungsverfahren.
- Ein Anteil von Rechnungssummen der SA150 im Jahr 2017 wies keine Altersgruppenangaben auf. Dies ist größtenteils durch abgerechnete Familienpauschalen für die Türkei und Bosnien-Herzegowina zu erklären, bei denen keine Altersangaben übermittelt werden. Es

lagen allerdings auch Rechnungssummen geringeren Umfangs vor, für die außerhalb von Familienpauschalen keine Altersangaben dokumentiert wurden. Der DVKA sind mögliche Gründe für fehlende Altersangaben nicht bekannt.

- In einigen landesspezifischen Kopfpauschalen sind auch anteilige Rechnungsbeträge für Pflegesachleistungskosten enthalten. Die anteiligen Pflegesachleistungen wurden von den Gutachtern bei der Ermittlung von Deckungsquoten entsprechend berücksichtigt, da nicht die gesetzlichen Krankenkassen, sondern die Pflegekassen für diese Kosten aufkommen und die Ausgaben somit nicht den Krankenkassen zuzurechnen sind.

Die landesspezifischen Deckungsquoten und -beiträge je Versichertentag zeigen erhebliche Unterschiede und bestätigen somit die Ergebnisse des Erstgutachtens.¹ Die Wertebereiche der landesspezifischen Deckungsbeiträge liegen bei 8,04 bis -22,30 € je VT und die der Deckungsquoten bei 25% bis 1.800%. Sie unterstreichen somit die im Erstgutachten herausgearbeitete Notwendigkeit landesspezifischer Zuweisungen für Auslandsversicherte.

Mit Blick auf die landesspezifischen Ergebnisse muss allerdings auch darauf hingewiesen werden, dass die Werte für einige Länder nur eingeschränkt interpretiert werden können, wenngleich die grundsätzliche Richtung der Ergebnisse für die einzelnen Länder als gesichert gelten kann. Aufgrund der Tatsache, dass für einige Länder keine oder nicht alle relevanten Rechnungssummen in der SA150 enthalten waren, kann sich das Niveau der Deckungsquote oder des Deckungsbeitrags teilweise deutlich verschieben. Es ist deshalb zu erwarten, dass die Deckungsquoten der Länder – insbesondere bei geringeren Fallzahlen oder aufgrund von verzögerten Rechnungsstellungen von Pauschalabrechnungen – im Zeitverlauf stärkeren Schwankungen unterworfen sein können. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich diese Schwankungen im Zeitverlauf aufheben, ist nicht zu erwarten, dass sich dieser Effekt ceteris paribus für einzelne Krankenkassen in systematischen Verzerrungen widerspiegelt.

Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Länder- und Krankenkassenebene (Forschungsfrage 3)

Für die Beurteilung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Status quo wurden Deckungsquoten und der mittlere absolute Vorhersagefehler (Mean absolute prediction error) ermit-

¹ Vgl. Wasem J. et al. (2016).

telt. Diese Kennzahlen wurden sowohl auf Landesebene als auch auf Krankenkassenebene ermittelt.

Länder-Kennzahlen. Das absolute Länder-MAPE erreicht im Status quo ungewichtet und gewichtet (gewichtet mit den Versichertenjahren der Auslandsversicherten) je VJ einen Wert von 1.575 bzw. 1.175 Euro. Das relative Länder-MAPE weist Werte von 244 bzw. 144% auf. Bei zusätzlicher Adjustierung des Zuweisungsvolumens an das Gesamtausgabenvolumen von Auslandsversicherten (ermittelt anhand der SA150 und SA700) verbessern sich alle genannten Werte und zwar bei den absoluten MAPEs (ungewichtet und gewichtet) auf 1.265 bzw. 984 Euro und bei den relativen MAPEs auf 214 bzw. 127%, da die bestehende Überdeckung von Auslandsversicherten im Status quo insgesamt von vornherein vermieden wird.

Kassen-Kennzahlen (nach Kassengröße). Eine Deckungsquoten- und MAPE-Analyse nach Kassengröße wurden ebenfalls durchgeführt. Dafür wurden die Kennzahlen für drei Cluster (Cluster 1 (kleine Krankenkassen): ≤ 100.000 VJ; Cluster 2 (mittelgroße Krankenkassen): > 100.000 und $\leq 1.000.000$ VJ; Cluster 3 (große Krankenkassen): $> 1.000.000$ VJ) ermittelt. Die Deckungsquote von großen Krankenkassen liegt deutlich niedriger als bei kleinen Krankenkassen (110,26% vs. 142,81%). Die Kassen-MAPEs nach Kassengröße zeigen ebenfalls deutlich bessere Werte für große Krankenkassen gegenüber kleinen Krankenkassen. Die absoluten Kassen-MAPEs großer Kassen liegen bei 482,30 € (ungewichtet) bzw. 531,81 € (gewichtet) und kleiner Kassen bei 1.172,30 € (ungewichtet) bzw. 985,53 € (gewichtet). Die relativen MAPEs großer Kassen erreichen Werte von 37,08% (ungewichtet) bzw. 34,25% (gewichtet) und die kleiner Kassen von 679,31% (ungewichtet) bzw. 129,41% (gewichtet).

Kassen-Kennzahlen (nach: landesweit/bundesweit/geschlossen). Eine Deckungsquoten- und MAPE-Analyse differenziert nach landesweit und bundesweit aktiven Krankenkassen bzw. separat analysierten geschlossenen Krankenkassen ist im Folgenden aufgeführt. Die Deckungsquote bundesweiter Krankenkassen liegt niedriger als bei landesweiten Krankenkassen (103,54% vs. 118,23%). Die Deckungsquote geschlossener Kassen liegt bei 133,80%.

Bei den Kassen-MAPEs liegen die MAPEs bundesweit geöffneter Krankenkassen niedriger als bei landesweiten Krankenkassen. Die absoluten Kassen-MAPEs bei bundesweiten Kassen liegen je VJ bei 702,23 € (ungewichtet) bzw. 466,26 € (gewichtet) und die von landesweit geöffneter Kassen bei 840,59 € (ungewichtet) bzw. 584,15 € (gewichtet). Die relativen MAPEs bundesweiter Kassen erreichen Werte von 46,46% (ungewichtet) bzw. 28,88% (ge-

wichtet) und die von landesweit geöffneten Kassen von 76,87% (ungewichtet) bzw. 39,00% (gewichtet). Sowohl die absoluten als auch die relativen MAPEs geschlossener Kassen weisen jeweils fallzahlbedingt deutlich höhere Niveaus und größere Wertebereiche auf.

Kassen-Kennzahlen (gesamt). Die Deckungsquoten über alle Krankenkassen liegen ungewichtet bzw. gewichtet bei 467,04% bzw. 119,89%. Die absoluten Kassen-MAPEs weisen Werte von 871,88 € (ungewichtet) bzw. 539,92 € (gewichtet) auf und die relativen Kassen-MAPEs liegen bei 382,69% (ungewichtet) bzw. bei 35,80% (gewichtet). Da die jeweils gewichteten Kennzahlen deutlich bessere Werte erreichen, kann geschlussfolgert werden, dass die großen Schwankungen insbesondere bei kleineren Krankenkassen auftreten.

Die Deckungsquoten und Deckungsbeiträge auf Einzelkassenebene schwanken erheblich. Krankenkassen mit höheren Anteilen von Auslandsversicherten in Abkommensstaaten bzw. in Mitgliedsstaaten mit unterdurchschnittlichem Ausgabenniveau weisen tendenziell Überdeckungen auf und besitzen somit systematische Wettbewerbsvorteile et vice versa.

Alle vorgenommenen Analysen unterstreichen die Notwendigkeit landesspezifischer Zuweisungen für Auslandsversicherte.

Leistungsanspruchnahme von Grenzgängern (Forschungsfrage 4)

Im Rahmen der für das Folgegutachten vorliegenden Daten war keine explizite Deckungsbeitrags- bzw. Deckungsquotenanalyse für Grenzgänger möglich, da zwar in der SA149 ein versichertenbezogenes Kennzeichen zur Identifikation von Grenzgängern enthalten war, aber nicht in der SA150. Das bedeutet, dass für in der SA149 identifizierte Grenzgänger zwar die Leistungsausgaben in der SA700 und auch die Zuweisungen quantifiziert werden konnten, allerdings fehlten die für eine Deckungsbeitrags- bzw. Deckungsquotenanalyse notwendigen anteiligen Ausgaben in der SA150. Anhand der Leistungsausgaben in der SA700 ist ersichtlich, dass Grenzgänger deutlich höhere inländische Ausgaben aufweisen als Nicht-Grenzgänger. Dies betrifft nicht nur den HLB5, der neben den inländischen sonstigen Leistungsausgaben auch teilweise Rechnungen für Leistungsaushilfe enthalten kann, sondern auch die Hauptleistungsbereiche inländischer Inanspruchnahmen. In Expertengesprächen wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass Grenzgänger ein höheres Ausgabenrisiko für den zuständigen Träger darstellen, weil diese gezielt den Leistungsanspruch im Wohnstaat und in Deutschland vergleichen und beanspruchen. Aufgrund der Umstellung auf einen voll-

ständig elektronischen Datenaustausch zwischen Mitgliedsstaaten und der Tatsache, dass das Grenzgängerkennzeichen künftig nicht mehr regelhaft übermittelt wird, ist eine künftige Berücksichtigung des Grenzgängerkennzeichens im Zuweisungsverfahren nicht möglich.

Prüfung der in dem Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V entwickelten Modelle und Modellauswahl (Forschungsfrage 5)

Die Gutachter präferieren das Modell 3 des Erstgutachtens. Dabei handelt es sich um das Modell, das auf von der DVKA beglichene landesspezifische Rechnungssummen nach dem Abfluss-Prinzip aufsetzt. Die Problematik des Zeitversatzes eingehender Rechnungen bei der DVKA wird vollständig umgangen, da vom Für-Prinzip auf das Abflussprinzip umgestellt wird. Es bleiben keine Rechnungen im Zuweisungsverfahren unberücksichtigt. Des Weiteren sind die für die Umsetzung des Modells 3 notwendigen Daten durch die Sonderdatenerhebungen der SA149 und SA150 bereits vorhanden. Nach Einschätzung der beteiligten Akteure wurden keine relevanten Probleme oder merklichen Mehraufwände im Rahmen des Datenabzugs identifiziert und auch durch die regelmäßige Datenbereitstellung sind keine relevanten Mehraufwände zu erwarten. Die konkrete Umsetzung des Modells 3 kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Die Zuweisungen können in Form undifferenzierter Landespauschalen, oder aber über altersdifferenzierte Landeswerte umgesetzt werden. Durch die Einführung von drei Altersklassen (für Länder mit > 1.000 VJ und je Altersklasse > 100 VJ) zeigt sich gegenüber einem Modell ohne Altersklassen eine Verbesserung des relativen Kassen-MAPEs von 629,64% auf 627,12% (ungewichtet) bzw. von 21,31% auf 15,92% (gewichtet). Bei den absoluten Kassen-MAPEs erfolgt ebenfalls eine Verbesserung von 592 € auf 560 € (ungewichtet) bzw. 313 € auf 243 € (gewichtet). Bei der Bewertung beider Ansätze und Priorisierung des Modells ist neben der Verbesserung der Zielgenauigkeit aber auch der Mehraufwand zu betrachten. Des Weiteren ist zu beachten, dass für die Länder Türkei und Bosnien-Herzegowina von vornherein keine Altersklassendifferenzierung erfolgen kann, auch wenn die Kriterien für die landesspezifische Altersklassenbildung erfüllt wären. Die Abhängigkeit der Verwendung von Altersklassen von dahinterstehenden Versichertenzeiten kann dazu führen, dass im Zeitverlauf landesspezifische Altersklassen eingeführt oder aber wieder gestrichen werden. Da die Überprüfung der Voraussetzungen für die Anwendung von Altersklassen erst mit der Vorlage der finalen Datengrundlage möglich ist, drohen insbesondere Abweichungen der Modellgestaltungen im Jahresausgleich im Vergleich zum Abschlagsverfahren, das sich an der Altersklassendefinition des Vorjahres orientieren muss. Diese wech-

selnden Bedingungen würden auch zu Mehraufwänden bei der Verfahrensumsetzung im Bundesversicherungsamt (BVA) führen. Vor dem Hintergrund der aus Gutachtersicht nur mäßigen Verbesserung der Kassen-MAPEs durch zusätzliche Altersklassendifferenzierungen empfehlen die Gutachter deshalb das Modell 3 ohne Altersklassendifferenzierung. Für die Bereitstellung der Nettobeträge der Pauschalen in der SA150 (bereinigt um Pflegesachkosten) bestünde die Möglichkeit, dass die DVKA dem BVA die um Pflegesachkosten bereinigten Rechnungssummen je Land zur Verfügung stellt (Nettobeträge).

Zuweisungen der tatsächlichen Leistungsausgaben (Forschungsfrage 6)

Generell bewerten die Gutachter die Prüfungsaktivitäten der Krankenkasse – insbesondere mit Blick auf das Versichertenverhältnis und die bestehende Anspruchsgrundlage – als so bedeutend, dass kein vollständiger Ist-Ausgaben-Ausgleich empfohlen wird. Lediglich im Bereich der Pauschalabrechnungen schätzen die Gutachter einen vollständigen Ist-Ausgaben-Ausgleich als vertretbar ein, da hier für Länder, in denen Pauschalen abgerechnet werden, ohnehin deutlich verringerte Prüfanreize für die Krankenkassen bestehen. Folgendes Alternativmodell wurde somit definiert: In der SA150 werden die pauschalen Rechnungssummen zu 100% im Ist-Ausgaben-Ausgleich ausgeglichen. Für Rechnungen nach tatsächlichem Aufwand in der SA150 erfolgt ebenso wie für die Inlandsausgaben ein 80%iger Ist-Ausgaben-Ausgleich. Die restlichen 20% der Ausgaben werden über das Standardisierungsmodell des Modells 3 zugewiesen. Der 80%-Anteil des Ist-Ausgaben-Ausgleichs orientiert sich dabei an der Quote, die der Referentenentwurf des GKV-FKG im Kontext des Risikopools vorsieht. Damit würde allerdings der wesentliche Vorteil eines Ist-Ausgaben-Ausgleichs als vereinfachtes Verfahren, für das keine eigenständige Standardisierung von Leistungsausgaben vorgenommen werden muss, nicht mehr vorhanden sein.

Berücksichtigung weiterer Erkenntnisse und Fragestellungen (Forschungsfrage 7)

Die Literaturrecherchen ergaben, dass seit Veröffentlichung des Erstgutachtens insbesondere verschiedene Stellungnahmen von Verbänden, Einzelkassen und Fachexperten veröffentlicht wurden. Dabei wurden primär die im Erstgutachten aufgeführten Modellansätze diskutiert und mehrheitlich das im Erstgutachten vorgestellte Modell 3 präferiert. In den Expertengesprächen wurde ebenfalls Modell 3 als das Modell bewertet, das bei überschaubarem Aufwand und gegebenen Datenrestriktionen eine deutliche Verbesserung der Zuweisungen erwarten ließe. Somit unterstützen sowohl die Literaturrecherchen als auch die Expertenge-

spräche die Modellempfehlung der Gutachter. Es konnte in der Erstellung des Gutachtens kein konkurrenzfähiges Alternativmodell identifiziert werden.

Inlandsausgaben von Auslandsversicherten. Sowohl im Modell 3 des Erstgutachtens als auch im Alternativmodell eines teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches werden die im Inland anfallenden Leistungsausgaben der SA700 von Auslandsversicherten vollständig erfasst und im Zuweisungsverfahren berücksichtigt.

Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte. Die Trennung zwischen Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte von Inlandsversicherten und Auslandsversicherten ist der DVKA nicht möglich. Die Rechnungen für Leistungsaushilfe seitens der ausländischen Kostenträger werden zwar getrennt für vorübergehende Aufenthalte und Leistungsaushilfe aufgrund einer bestehenden Einschreibung übermittelt, aber bei den Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte ist es der DVKA nicht möglich, zu beurteilen, ob es sich um einen eingeschriebenen Versicherten handelt oder nicht. Aus diesem Grund präferieren die Gutachter, Urlauberechnungen von Auslandsversicherten in der SA150 grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Stattdessen wird empfohlen, den Kontenrahmen dahingehend anzupassen, dass die bisher in der Kontenart 480 erfassten Rechnungsbeträge versichertenbezogen getrennt nach Leistungsaushilfe durch eine bestehende Einschreibung und Leistungsaushilfe aufgrund eines vorübergehenden Aufenthaltes in separaten Konten gebucht werden. Somit könnten die Rechnungsbeträge durch vorübergehende Aufenthalte wie bisher in den HLB5 der SA700 einfließen und für die Ermittlung der landesspezifischen Zuweisungsgrößen korrekt erfasst werden. Deshalb schlagen die Gutachter die Anpassung des Kontenrahmens vor.

Weiterentwicklung zur Umsetzungsreife (Forschungsfrage 8)

Sowohl das Modell 3 als auch der Ansatz eines teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleichs trägt den Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V in hohem Umfang und deutlich besser als das aktuelle Modell des § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV Rechnung.² Es trägt den Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V in hohem Maße Rechnung, während ein Zielkonflikt zwischen einem Ist-Ausgaben-Ausgleich und der Vorgabe aus § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V besteht.

² Dieses Gutachten bezieht sich bei der Nennung von Rechtsquellen durchgängig auf die aktuell geltenden Fassungen der Normen. Mit dem Regierungsentwurf des GKV-FKG beabsichtigt die Bundesregierung neben einer inhaltlichen Reform auch eine redaktionelle Neufassung der Normen. Dabei geht etwa § 268 Abs. 1 Satz 1 SGB V weitgehend in die neu gefassten § 266 Abs. 5 Satz 1 SGB V auf. § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV geht in § 8 Abs. 5 Satz 1 RSAV auf.

Das Gesagte gilt für beide Modelle in Bezug auf die Vorgabe aus § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V unter der Prämisse, dass diese Vorgabe nicht wörtlich zu verstehen sondern so zu interpretieren ist, dass sie für die besondere Gruppe der Auslandsversicherten sachgerecht ist. Beide Modelle führen zu deutlichen Verbesserungen der Kennzahlen. Die landesspezifischen Deckungsquoten erreichen Werte von jeweils 100% und auch die Kassen-MAPEs werden jeweils deutlich verbessert.

Unter Abwägung möglicher Vor- und Nachteile beider Modellansätze überwiegen aus Gutachtersicht allerdings die Vorteile des Modells 3 gegenüber dem Ansatz des teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches. Im teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleich ist zwar eine Verfahrensvereinfachung durch den 100%igen Ist-Ausgaben-Ausgleich bei Pauschalabrechnungen gegeben, aber bei Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand und bei Inlandsausgaben muss für die verbleibenden 20% der Ausgaben neben dem Prüfaufwand, der mit Ist-Ausgaben-Ausgleichen einhergeht, zusätzlich der Standardisierungsansatz des Modells 3 erfolgen. Das bedeutet einen deutlichen Mehraufwand. Zusätzlich werten die Gutachter die negativen Effizienzanreize durch den teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleich höher als die mit ihm bewirkbare größere Zielgenauigkeit. Auch in den Expertengesprächen wurden Ansätze von Ist-Ausgaben-Ausgleichen kritisch bewertet, da Vorteile der zielgerechteren Zuweisung mit deutlichen Nachteilen wie negativen Anreizen, zusätzlich entstehendem Prüfaufwand und insgesamt größerem Umsetzungsaufwand erkauft würden.

Die Umsetzung des Modells 3 bringt auch einen Mehraufwand durch einen erhöhten Verwaltungsaufwand mit sich, der für das vorliegende Gutachten mit dem Standardkostenmodell (SKM) zur Abschätzung von Aufwänden für Informationspflichten ermittelt wurde. Das SKM wird zur Abschätzung der Bürokratiekosten von legislativen Akten des Bundes eingesetzt und ist auch für die Abschätzung des Verwaltungsaufwandes einer Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) im Bereich der Zuweisungen für Auslandsversicherte geeignet. Um den zusätzlich entstehenden Verwaltungsaufwand bei den beteiligten Akteuren abzuschätzen, wurden die Krankenkassen, die DVKA, der GKV-SV, das BVA sowie die Prüfdienste mit Blick auf den zusätzlich zu erwartenden Umsetzungsaufwand befragt.

Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen. Nach Einschätzung der Gutachter ist eine Veränderung der Vorschriften der §§ 266 bis 268 SGB V für das abschließend ausgewählte Modell nicht erforderlich. Die Sonderregelung des § 269 Abs. 2 SGB V (die Begren-

zung der Zuweisungen für Auslandsversicherte) ist bei Einführung des abschließend ausgewählten Modelles nicht mehr erforderlich und sollte gestrichen werden.

Die Regelungen zu Beauftragung von Gutachten und Folgegutachten zur Erarbeitung von Modellen für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte in § 269 Abs. 3, 3a, 3c und 3d SGB V können nach Einführung des abschließend ausgewählten Modelles gestrichen werden. Anstelle der spezifischen Rechtsgrundlage für Datenerhebungen für Auslandsversicherte in § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V bedarf es einer Überführung der Rechtsgrundlage der für das neue RSA-Verfahren erforderlichen Datenerhebungen in das RSA-Routineverfahren.

Zur Einführung des abschließend ausgewählten Modelles ist § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV anzupassen: Die Vorschrift hat künftig zu regeln, dass die Zuweisungen für Auslandsversicherte auf Grundlage der jährlichen Abrechnungssummen je Land als landesspezifische Durchschnittsausgaben zu ermitteln sind. Sofern der Gesetzgeber die Sonderregelung der Begrenzung der Zuweisungen für die Auslandsversicherten bei Durchführung des Jahresausgleichs des § 269 Abs. 2 SGB V bei Einführung des abschließend ausgewählten Modelles streicht, ist zudem die Umsetzung dieser Regelung in § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV zu streichen.

Die Verfahrensbestimmungen nach § 39 Abs. 3 Satz 6 und § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV wären bei Einführung ebenfalls entsprechend anzupassen. Die notwendigen Anpassungen der Verfahren sind im vorliegenden Gutachten detailliert beschrieben worden.

Bei Umsetzung des empfohlenen Modells 3 wäre die in der Bestimmung des GKV-SV gemäß § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 05.02.2018 definierte SA149 nicht weiter notwendig und die in der Bestimmung des BVA nach § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V vom 24.11.2017 definierte SA150 wäre – wie im Gutachten beschrieben – nur noch mit deutlicher Variablenreduktion und Datenaggregation seitens der DVKA bereitzustellen. Das Länderkennzeichen ist in der Bestimmung des GKV-SV gemäß § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V in die SA100 aufzunehmen und eine Zuordnungsregelung bei mehreren unterschiedlichen Auslandsmerkmalen ist vorzusehen.

Insgesamt wird mit diesem Folgegutachten nach § 269 Abs. 3c SGB V aufbauend auf dem Erstgutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V ein Modell für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte zur Umsetzungsreife weiterentwickelt worden. Es be-

darf einer politischen Entscheidung, das von den Gutachtern vorgeschlagene Modell umzusetzen. Wird eine entsprechende politische Entscheidung getroffen, sind die entwickelten Umsetzungsschritte zu ergreifen.

1. Gutachtenauftrag, Hintergrund, Begriffsdefinitionen, Kennzahlen

1.1 Hintergrund

Am Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nehmen sämtliche gesetzlichen Krankenkassen mit Ausnahme der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) teil.³ 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 BVA im Rahmen des Morbi-RSA verwendet, im Allgemeinen nicht oder nur unvollständig zur Verfügung. Dabei handelt es sich insbesondere um von Krankenhäusern und Vertragsärzten kodierte Diagnosen nach dem Krankheitsklassifikationssystem ICD-10-GM sowie mit den Krankenkassen abgerechnete Arzneimittelverordnungen. 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 19. RSA-Änderungsverordnung (19. RSA-ÄndV) vom 11.03.2009 in § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV vorgegeben, dass ab dem Ausgleichsjahr 2009 für diese Versicherten gesonderte Zuweisungsgruppen (Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen, AusAGGn) zu bilden sind. Danach werden die Risikozuschläge für die Auslandsversicherten anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle (Nicht-Auslands-)Versicherten der entsprechenden AGGn ermittelt. Mit der durch die 19. RSA-ÄndV getroffenen Regelung wird implizit unterstellt, dass die Aus-

³ Siehe § 266 Abs. 9 SGB V. 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.

landsversicherten einer AGG für die Krankenkassen im Durchschnitt dieselben Ausgaben verursachen wie die in derselben AGG befindlichen Inlandsversicherten.

Über das seit 2009 implementierte Verfahren wurde seitdem eine kontroverse Diskussion geführt. Hintergrund der Debatte ist, dass – bei insgesamt starken Schwankungen der für die Auslandsversicherten verbuchten Ausgaben – für die Gesamtheit dieser Versicherten zu- meist „Überdeckungen“ ermittelt wurden, die aus dem Gesundheitsfonds geleisteten Zuwei- sungen also höher waren als die für diese Versicherten verbuchten Ausgaben.

Trotzdem wurde von einer Reihe von Krankenkassen gleichwohl postuliert, in diesem Be- reich weiterhin erheblich unterdeckt zu sein. Die gebuchten Auslandsausgaben hatten 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%⁴, wobei diese Variation auch Ausfluss geänderter Buchungsregelungen war.

Die Entwicklung der Deckungsquoten nach Kassenarten zeigte ein heterogenes Bild (siehe Tabelle 1). So hatte sich z. B. die Deckungsquote der Knappschaft Bahn-See (KBS) von deutli- chen Überdeckungen hin zu einer deutlichen Unterdeckung im Jahr 2013 entwickelt. Für die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKn) und die Innungskrankenkassen (IKKn) bewegte sich die Deckungsquote durchgängig in einem deutlich positiven Bereich. Die Deckungsquote der Ersatzkassen wies hingegen eine durchgängige Unterdeckung von Auslandsversicherten auf, mit einem Minimum auf Kassenartenebene von 56% im Jahr 2011 und einem Maximum von 78% im Jahr 2011. Wie bereits ausgeführt, stellen die gebuchten „Ausgaben“ allerdings al- lenfalls näherungsweise die tatsächlichen Werte dar, so dass die ausgewiesenen Über- und Unterdeckungen auf Krankenkassenarten- und Einzelkassenebene bestenfalls als Nähe- rungswerte zu verstehen sind.

Tabelle 1.1: 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%

⁴ Vgl. BVA (2014), S. 25.

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 zeigte sich von 2009 bis 2013 für die GKV insgesamt (mit Ausnahme des Ausgleichsjahres 2012) jeweils – mit den aufgezeigten Grenzen der Interpretationsfähigkeit – eine deutliche Überdeckung für Auslandsversicherte.

Vor dem Hintergrund der für 2009 beobachteten „Überdeckung“ hatte sich der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA in seinem 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 hatte dies im Rahmen des GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetzes (GKV-FQWG) in § 269 SGB V aufgegriffen, indem seit dem Jahr 2013 als „Sonderregelung“ die insgesamt an die Krankenkassen zu zahlenden Zuweisungen für Auslandsversicherte (Versicherte mit einer AusAGG) durch lineare Kürzung auf die Summe der insgesamt für diese Versicherten von den Krankenkassen gebuchten Leistungsausgaben begrenzt wird; die gesetzliche Regelung wird in § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV umgesetzt.

Der Gesetzgeber hatte 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 zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte entwickelt werden sollten. Dabei war auch zu untersuchen, ob für eine Weiterentwicklung des Modelles für Auslandsversicherte zusätzliche Daten erforderlich sind. Mit der Durchführung war der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen im Jahr 2015 beauftragt worden. Das Erstgutachten wurde Anfang 2016 veröffentlicht.

Im Anschluss an die Vorlage des Erstgutachtens nach § 269 Abs. 3 SGB V wurden die für eine Verbreiterung der Datenbasis erforderlichen Rechtsgrundlagen geschaffen. In den durch das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) eingefügten Neuregelungen nach § 269 Abs. 3a) bis d) SGB V und § 33a RSAV wird geregelt, dass auf der Grundlage des nach § 269 Abs. 3 SGB V erstellten Erstgutachtens sowie gegebenenfalls unter Hinzuziehung weiterer wissenschaftlicher Ergebnisse nunmehr ein Folgegutachten zu erstellen sei. Das Ziel des Folgegut-

achtens zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte ist es, die im (Erst-)Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V entwickelten Modelle und ein Modell eines Ist-Ausgaben-Ausgleiches für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte insbesondere auf Grundlage der Daten, mit welchen sich die für die Höhe der Ausgaben für die Auslandsversicherten der Krankenkassen maßgeblichen Bestimmungsfaktoren gemäß Erstgutachten nach § 269 Abs. 3 Satz 1 abbilden lassen, zu überprüfen und zur Umsetzungsreife weiterzuentwickeln.

1.2 Gutachtenauftrag, Forschungsfragen

Der Gesetzgeber hat durch Einfügung von § 269 Abs. 3a und 3c Sozialgesetzbuch V (SGB V)⁵ durch Art. 1 Nr. 16e des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) vom 04.04. 2017 (BGBl. I S. 778) und von § 33a der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) durch Art. 1e HHVG die Vergabe eines Folgegutachtens zum Gutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V geregelt. In dem Folgegutachten sollen gemäß Vergabeunterlagen die folgenden Forschungsfragen beantwortet/bearbeitet werden:

1. Beschreibung des Status quo zur Ermittlung der Zuweisung für Auslandsversicherte im Risikostrukturausgleich (RSA) als Bezugspunkt für Reformvorschläge: Inwiefern ergeben sich aus dem bestehenden Verfahren Probleme für die Funktionsfähigkeit des Ausgleichsverfahrens?
2. Welche länderspezifischen Über- und Unterdeckungen lassen sich auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten im Leistungsbereich Auslandsversicherte ermitteln? Sofern sich länderspezifische Über- oder Unterdeckungen ermitteln lassen: Wie hoch fallen diese aus (insgesamt und je Versicherten)?
3. Welche Aussagen lassen sich vor diesem Hintergrund zur Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Kassenebene treffen? Resultieren hieraus Anreize zur Risikoselektion gegen bestimmte Versichertengruppen? Resultieren hieraus strukturelle Wettbewerbsvorteile für einzelne Krankenkassen?

⁵ Wie in der Executive Summary schon ausgeführt, bezieht sich dieses Gutachten mit einer Bearbeitungszeit bis Ende des Jahres 2019 durchgängig auf die aktuellen Fassungen einschlägiger Normen bis Ende 2019 und geht insoweit nicht auf die redaktionellen Neufassungen durch den Gesetzentwurf des GKV-FKG ein.

4. Lässt sich die Finanzwirkung der Leistungsanspruchnahme von Grenzgängern anhand der nach § 269 Abs. 3c SGB V erhobenen Daten analysieren? Falls ja: Ergeben sich für Grenzgänger (unter Betrachtung ihres Wohnlandes) für die Krankenkassen nennenswerte Ausgabenrisiken hinsichtlich der gruppenspezifischen Deckungsbeiträge und -quoten?
5. Prüfung der in dem Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V entwickelten Modelle und Modellauswahl: Welches der im Erstgutachten vorgeschlagenen Modelle ist zur Ermittlung der landesspezifischen Zuweisungen für Auslandsversicherte heranzuziehen? Wie wird diese Auswahl begründet? Welche Überlegungen sprechen gegen die Umsetzung der übrigen Modelle?
 - a. Die im Rahmen des Gutachtens nach § 269 Abs. 3 SGB V entwickelten Modelle wurden auf Basis von Stichproben konzipiert. Inwieweit kann durch die Überprüfung auf Basis der Daten aller am RSA teilnehmenden Krankenkassen sichergestellt werden, dass das ausgewählte Modell keiner stichprobenbedingten Verzerrung unterliegt? Können vor diesem Hintergrund die Ergebnisse des Erstgutachtens verifiziert werden?
 - b. Bei der Weiterentwicklung der im Erstgutachten aufgeführten Modelle sind die gesetzlichen Vorgaben gemäß § 268 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 bis 4 SGB V zu beachten. Welche Aussagen lassen sich für das ausgewählte Modell insbesondere in Bezug auf Effizienz-, Selektions- bzw. Manipulationsanreize treffen? Wie sind diese Anreize im Vergleich zum Status quo zu bewerten?
 - c. Besteht für das vorgeschlagene Modell weiteres Verbesserungspotenzial? Welcher konkrete Anpassungsbedarf ergibt sich ggf. hieraus?
6. Wie wird der Ansatz bewertet, den Krankenkassen anstelle eines Standardisierungsverfahrens zur Ermittlung der entsprechenden Zuweisungen die tatsächlichen Leistungsausgaben zuzuweisen? Wie wäre ein Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben für Auslandsversicherte auszugestalten? Welche Aussagen lassen sich in Bezug auf Effizienz-, Risikoselektions- bzw. Manipulationsanreizen treffen? Wie sind diese Anreize im Vergleich zum Status quo zu bewerten?
7. Berücksichtigung weiterer Erkenntnisse und Fragestellungen zu dem nach 5) ausgewählten Modell und dem unter 6) dargestellten Ansatz:

- a. Gibt es weitere wissenschaftlich belastbare Erkenntnisse, die bei der Weiterentwicklung der nach 5) und 6) ausgewählten Modelle berücksichtigt werden sollten?
 - b. Wie können die im Inland anfallenden Leistungsausgaben von Auslandsversicherten in den vorgeschlagenen Modellen mit den für das Folgegutachten bereitgestellten Daten künftig adäquat ausgeglichen werden?
 - c. Wie können die im Ausland anfallenden Leistungsausgaben von Versicherten mit Wohnort im Inland in den vorgeschlagenen Modellen mit den für das Folgegutachten bereitgestellten Daten abgebildet werden?
8. Weiterentwicklung zur Umsetzungsreife
- a. Inwiefern sind bei der Umsetzung der nach 5) und 6) ausgewählten Modelle hinsichtlich der Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2-4 SGB V weitere Aspekte zu beachten?
 - b. Bezüglich des gewählten Standardisierungsverfahrens:
 - Wie ist das nach 5) gewählte Modell konkret umzusetzen (konkrete Verfahrensbeschreibung)?
 - Welche Aussagen lassen sich zu den (potenziellen) Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen treffen? Wie wird dies im Vergleich zur Situation im Status quo bewertet?
 - Inwiefern wird bei Umsetzung des vorgeschlagenen Modells weiterhin eine ergänzende Anpassung der Zuweisungen an die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen – in Anlehnung an § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV – für notwendig erachtet? Sofern diese empfohlen wird, wie wäre ein solcher ergänzender Ausgleich auszugestalten, insbesondere im Hinblick auf den Ausgleich einer möglichen GKV-weiten Unterdeckung (symmetrische Ausgestaltung)?
 - c. Bezüglich eines alternativen Ausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben:
 - Wie ist der Ausgleich tatsächlicher Leistungsausgaben der Auslandsversicherten umzusetzen (konkrete Verfahrensbeschreibung)?
 - Welche weiteren Schritte wären für die Umsetzung des Verfahrens notwendig und bis wann könnte eine Implementierung in das RSA-Verfahren erfolgen?
 - d. Welches Modell (Standardisierungsansatz oder Ausgleich tatsächlicher Ausgaben) wird abschließend empfohlen?

- e. Welche weiteren Schritte sind für die Umsetzung des Verfahrens notwendig, und bis wann könnte eine Implementierung in das RSA-Verfahren erfolgen?
- f. Wie wird der Verwaltungsaufwand eingeschätzt, der bei Umsetzung des gewählten Modells im Risikostrukturausgleich (bezogen auf dessen Durchführung und laufende Anpassung) entsteht?

Für die Bearbeitung des Gutachtens wurden die EsFoMed GmbH, die WIG2 GmbH und der Lehrstuhl für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen beauftragt. Der Lehrstuhl für Medizinmanagement hatte bereits das Erstgutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV (vorgelegt am 25.01.2016) erstellt, in dem Modelle für eine zielgerichtetere Ermittlung der Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Auslandsversicherte entwickelt wurden.

Die Gutachter danken an dieser Stelle den Gesprächspartnern bei Krankenkassen für die Bereitschaft der Teilnahme an den Experteninterviews sowie der DVKA und dem BVA für die konstruktiven Gespräche.

1.3 Erläuterung zu Begriffen und Konzepten

Im Folgenden werden einige für die Bearbeitung des Gutachtens relevante Begriffe und Konzepte erläutert.

Auslandsversicherte

Nach § 269 Abs. 2 SGB V bzw. § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV sind Auslandsversicherte im Sinne des (prospektiven) RSA: „...Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten...“ Der Versicherte muss dabei mindestens 183 Einschreibungstage im Vorjahr aufweisen, um im Folgejahr einer AusAGG zugewiesen zu werden. Aufgrund der Tatsache, dass die für das vorliegende Gutachten verwendete Satzart (SA) 150 (siehe Kapitel 3.1.1.2) auf zeitgleichen Rechnungssummen von im Ausland eingeschriebenen Versicherten aufsetzt, könnte die Definition von Auslandsversicherten im Morbi-RSA auch unterschiedlich diskutiert/bewertet werden. Sowohl eine Veränderung des Schwellenwertes von 183 Einschreibungstagen als auch eine Umstellung auf

eine zeitgleiche Identifikation von Auslandsversicherten wären denkbar. Für dieses Gutachten wurden Sensitivitätsanalysen mit variierenden Definitionen von Auslandsversicherten durchgeführt. Insbesondere die landesspezifischen Analysen wurden für verschiedene Definitionsansätze der „Auslandsversicherten“ durchgeführt und ausgewiesen, um die Robustheit der Analyseergebnisse darzustellen. Insgesamt hat sich hierbei gezeigt, dass sich unabhängig der Definition von Auslandsversicherten dieselben wesentlichen Ergebnisse ergeben (siehe Tabelle A.50 und Tabelle A.51 im Anhang).

Des Weiteren handelt es sich bei den tatsächlichen Rechnungssummen der SA150 größtenteils um Rechnungsbeträge der Vorjahre (siehe Tabelle 3.4 bis Tabelle 3.6), sodass die Verursacher von Rechnungsbeträgen ohnehin nicht identitätsgleich mit der zugrunde liegenden Klientel von Auslandsversicherten sein müssen. Weder eine Anpassung der Schwelle an Einschreibungstagen noch die Umstellung auf eine zeitgleiche Zuordnung würden daran grundsätzlich etwas ändern. Eine Verringerung der benötigten Einschreibetage für die Definition eines Auslandsversicherten oder auch eine zeitgleiche Zuordnung von Auslandsversicherten könnte außerdem Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeits- und Manipulationsanreize bei Krankenkassen haben. Deshalb ist aus Sicht der Gutachter die aktuell gültige Definition der AusAGGn beizubehalten.

Gewöhnlicher Aufenthalt (Wohnortfall) versus vorübergehender Aufenthalt

Der gewöhnliche Aufenthalt eines Versicherten im Ausland kann für verschiedene Versicherungsguppen relevant sein. Im Wesentlichen sind aber drei Gruppen von Versicherten zu unterscheiden: Stammversicherte und deren Familienangehörige, Rentner bzw. Rentenantragssteller und deren Familienangehörige und Familienangehörige ohne den Stammversicherten bzw. den Rentner (das führende Mitglied). Ob der Versicherte seinen Wohnort (=gewöhnlichen Aufenthalt) tatsächlich im Ausland hat, oder ob es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt handelt, wird im jeweiligen Einzelfall geprüft und gemäß Verordnung der Europäischen Gemeinschaft (EG) Nr. 883/2004 wie folgt bewertet: In Artikel 1 Buchstaben j und k der Verordnung (VO) wird eine Unterscheidung zwischen „Wohnort“ und „Aufenthalt“ getroffen: Der Wohnort wird als Ort des gewöhnlichen Aufenthalts einer Person definiert, während der Aufenthalt einen vorübergehenden Aufenthalt bezeichnet.

Der Begriff „Wohnmitgliedstaat“ beschreibt dabei gemäß Europäischem Gerichtshof den Staat, „in dem die Betroffenen gewöhnlich wohnen und in dem sich auch der gewöhnliche Mittelpunkt ihrer Interessen befindet“. Dabei ist „insbesondere die Familiensituation des Arbeitnehmers, die Gründe, die ihn zum Wandern veranlasst haben, die Dauer des Wohnens, gegebenenfalls die Innehabung einer festen Anstellung und die Absicht des Arbeitnehmers zu berücksichtigen [...], wie sie sich aus einer Gesamtbetrachtung ergibt.“⁶

Dabei soll der gewöhnliche Mittelpunkt der Interessen einer Person anhand der Fakten unter Berücksichtigung aller Umstände ermittelt werden, die auf die tatsächliche Wahl des Wohnmitgliedstaates einer Person hinweisen. Allein der Wille der betreffenden Person, dass sie sich wünscht (oder davon ausgeht), ihren Wohnort an einem bestimmten Ort zu haben, ist nicht ausreichend. Dieser muss durch entsprechende Fakten untermauert werden. Bei der Bewertung, ob es sich um einen Wohnortfall handelt, werden unter anderem die folgenden Kriterien herangezogen:⁷

- familiäre Verhältnisse (Familienstand und familiäre Bindungen),
- Dauer und Kontinuität des Aufenthalts im betreffenden Mitgliedstaat,
- Beschäftigungssituation (Art und spezifische Merkmale einer ausgeübten Tätigkeit, insbesondere der Ort, an dem eine solche Tätigkeit in der Regel ausgeübt wird, Dauerhaftigkeit der Tätigkeit und Dauer des Arbeitsvertrages),
- Ausübung einer nicht bezahlten Tätigkeit,
- im Falle von Studierenden ihre Einkommensquelle,
- Wohnsituation, insbesondere deren dauerhafter Charakter,
- Mitgliedstaat, der als der steuerliche Wohnsitz der Person gilt,
- Gründe für den Wohnortwechsel,
- Wille der betreffenden Person, wie er sich aus einer Gesamtbetrachtung ergibt.

Neben der Prüfung, ob es sich um einen gewöhnlichen Aufenthalt oder einen vorübergehenden Aufenthalt handelt, gibt es weitere Prüfungsaktivitäten der Krankenkasse – insbesondere mit Blick auf den Zeitraum des zugrundeliegenden Versichertenverhältnisses und auf die bestehende Anspruchsgrundlage für im Ausland entstehende Rechnungsbeträge.

⁶ Vgl. Europäische Kommission (2013), S. 46.

⁷ Vgl. Ebenda, S. 48 f.

Zuständiger Träger/Staat versus Träger des Wohnortes (aushelfender Träger)

Bei dem „zuständigen Träger“ handelt es sich für Auslandsversicherte in der GKV um den Träger, bei dem die betreffende Person zum Zeitpunkt der Stellung des Antrags auf Leistungen versichert ist, also um inländische Krankenkassen. Deutschland wäre in diesem Kontext der „zuständige Staat“, weil die „zuständigen Träger“ hier ihren Sitz haben. Bei dem „aushelfenden Träger“ handelt es sich um den ausländischen Träger, der die Leistungsaushilfe im Ausland erbringt.

Die Einschreibung von Versicherten wird auf Basis unterschiedlicher Anspruchsbescheinigungen beim aushelfenden Träger vorgenommen. Erst bei erfolgter Einschreibung kann der jeweilige Versicherte Sachleistungen des ausländischen Trägers erhalten, die zu Lasten des zuständigen inländischen Trägers erbracht werden. Bei Leistungsaushilfe zwischen Mitgliedsstaaten werden einheitliche Anspruchsbescheinigungen verwendet, um die Leistungsaushilfe rechtlich zu begründen. Dabei handelt es sich um sogenannte „E-Vordrucke“, die gemäß der in Tabelle 1.2 dargestellten Systematik verwendet werden und für Mitgliedsstaaten (im Gegensatz zu Abkommensstaaten) gelten.⁸

Tabelle 1.2: Anspruchsscheine von Mitgliedsstaaten bei gewöhnlichem Aufenthalt (Wohnortfall)

Anspruchsbescheinigung	Personengruppe mit Anspruch auf Leistungsaushilfe
E106	Stammversicherte und deren Familienangehörige werden eingeschrieben
E109	Familienangehörige ohne den Stammversicherten werden eingeschrieben
E120	Rentantragssteller und deren Familienangehörige werden eingeschrieben
E121	Rentner und deren Familienangehörige werden eingeschrieben
E121	Familienangehörige ohne den Rentner werden eingeschrieben

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an den Leitfaden zu Kostenabrechnungen im Rahmen der EG-VO 987/09 und nach Abkommensrecht Stand 12.05.2014⁹.

⁸ Als Mitgliedsstaaten gelten hier EU-Staaten, Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) und die Schweiz.

⁹ Vgl. DVKA (2014a), S. 77.

Der 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, unabhängig davon, ob der Rentner sich im In- oder im Ausland befindet.

Aktuell besteht eine sogenannte „Übergangsphase“ (Transitional Period), in der ein Umstieg auf einen vollständig elektronischen Datenaustausch (durch Verwendung sogenannter strukturierter elektronischer Dokumente (SED)) zwischen den Trägern erfolgt. Auch die in Tabelle 1.2 aufgeführten Anspruchsbescheinigungen werden durch SEDs ersetzt. Da die Rahmenbedingungen für den elektronischen Datenaustausch aber noch nicht vollständig erfüllt sind, werden zwischen Mitgliedsstaaten aktuell sowohl E-Vordrucke als auch SEDs verwendet. Die Übergangsphase sollte bis Ende des Jahres 2018 beendet sein, ist aber in vielen Mitgliedsstaaten noch nicht abgeschlossen. Nach Abschluss der Übergangshase sollen nur noch SEDs anstelle von E-Vordrucken verwendet werden. Für die bilateralen Abkommensstaaten (wie z. B. die Türkei) gelten jeweils landesspezifische Anspruchsbescheinigungen.

Grenzgänger

Bei Grenzgängern handelt es sich um Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, die einer Beschäftigung in Deutschland nachgehen und somit regelmäßig die Ländergrenze überschreiten. Gemäß EG-VO 883/04 handelt es sich bei einem Grenzgänger um einen Versicherten, der in Deutschland arbeitet und krankenversichert ist, aber im Ausland wohnt. Wenn der Versicherte täglich oder aber zumindest wöchentlich in seinen Wohnstaat zurückkehrt, gilt er als Grenzgänger. Dieser 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).

Bisher haben inländische Krankenkassen ein sogenanntes Grenzgängerkennzeichen, das in den E-Vordrucken explizit als Kennzeichen aufgeführt ist, versichertenbezogen erfasst – auch wenn es sich um Dokumente in Papierform handelte (aktuell werden seitens der zuständigen

Träger auch noch die alten E-Vordrucke verwendet). Für Grenzgänger ist bisher der E106 relevant. Im E106 war bisher die zusätzliche Information, ob es sich um einen Grenzgänger handelt, explizit mit einem entsprechenden Feld „Grenzgänger“ dokumentierbar. Künftig soll die Einschreibung beim ausländischen Träger so erfolgen, dass entweder der zuständige Träger mit dem entsprechenden elektronischen Anspruchsformular S072 direkt mit dem ausländischen Träger Kontakt aufnimmt und den Anspruch des Versicherten begründet oder aber der Versicherte selbst ein Portables Dokument (PD) beim ausländischen Träger vorlegt, das er vom zuständigen Träger erhalten hat (Dokument S1).

Sowohl das S072 als auch das S1 enthalten allerdings künftig nur noch das Kennzeichen des „Versicherten“ ohne konkrete Identifikation von „Grenzgängern“. Es existiert also künftig kein spezifisches Grenzgängerkennzeichen mehr. Im bisherigen E-Vordruck E106 und auch in den zugehörigen Kostenabrechnungen (E125) gab es jedoch dieses Feld. Bei selbst eingeschriebenen Versicherten muss es sich nicht zwangsläufig um einen „Grenzgänger“ handeln. Bei einem selbst eingeschriebenen Versicherten können die folgenden Versichertentypen unterschieden werden:

1. Personen, die ihre Berufstätigkeit in Deutschland ausüben und in einer Region eines anderen Mitgliedsstaates wohnen (hierbei handelt es sich typischerweise um Grenzgänger, aber es können z. B. auch Saisonarbeiter sein oder Studierende, die in Deutschland einer Beschäftigung nachgehen, aber ihren Lebensmittelpunkt weiterhin im Ausland haben).
2. Personen, die sich in der Freizeit- oder Passivphase befinden und ihren Wohnort vor Rentenbeginn in einen anderen Mitgliedsstaat verlegt haben.
3. Personen, die während der Elternzeit ihren Wohnort in einen anderen Mitgliedsstaat verlegen.
4. Personen, die in Deutschland freiwillig versichert sind und ihren Wohnort in einen anderen Mitgliedsstaat verlegt haben und von ihren Ersparnissen leben.

Bei den PDs können neben dem künftigen Anspruchsschein S1 (für Versicherte, Rentner, Rentenantragssteller, Familienversicherte) auch der Anspruchsschein S2 (für Zustimmungsfälle) und der S3 (wenn es um den Anspruch auf medizinische Behandlung „ehemaliger“ Grenzgänger und deren Angehörige geht) differenziert werden. Für entsendete Arbeitnehmer wird der Anspruchsschein A1 verwendet. Bei den SEDs, die zwischen den Trägern ausgetauscht werden, handelt es sich um den S072 (siehe Tabelle A.54 im Anhang).

Bundesweite und landesweite Krankenkassen

Bundesweit geöffnete (bundesunmittelbare) Krankenkassen sind Krankenkassen, die in mehr als drei Bundesländern tätig sind. Landesweit geöffnete (landesunmittelbare) Krankenkassen sind solche, deren Zuständigkeit sich über maximal drei Bundesländer erstreckt. In Abhängigkeit dieser Unterscheidung sind unterschiedliche Aufsichtsbehörden zuständig (BVA oder die Gesundheits- bzw. Sozialministerien der Länder).

Berichtsjahr, Meldejahr und Abrechnungsjahr

Bei dem Berichtsjahr handelt es sich allgemein um das Jahr, auf das sich die jeweilige Datenmeldung bezieht. Das Abrechnungsjahr bezeichnet das Jahr, für das die jeweiligen aufgeführten Abrechnungen gelten. Das Meldejahr hingegen stellt das Jahr dar, in dem die Datenmeldung erfolgt.

Erstmeldung und Korrekturmeldung

Die Erstmeldung (EM) und Korrekturmeldung (KM) stellen zwei Meldungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten für ein jeweiliges Berichtsjahr dar. Dabei handelt es sich bei einer EM um eine erstmalige Meldung der Daten eines Berichtsjahres, während eine Korrekturmeldung eine vorhergegangene EM ersetzt. In Korrekturmeldungen werden identifizierte Unstimmigkeiten korrigiert.

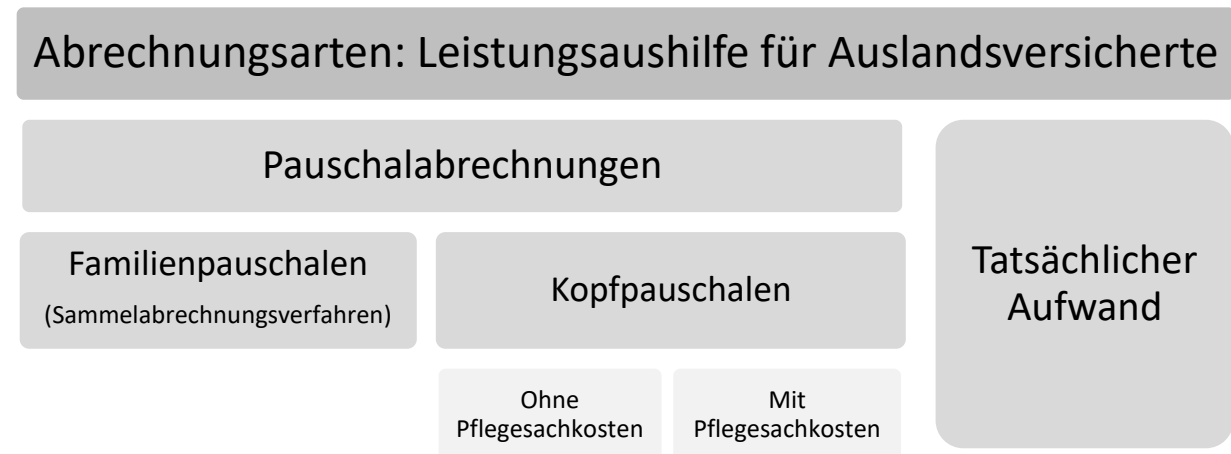
Pauschalabrechnungen und Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand

Bei der Art der Abrechnung der Leistungen für Auslandsversicherte sind Abrechnungen nach Pauschalen und Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand zu unterscheiden. Bei der Abrechnung nach tatsächlichem Aufwand wird dieser versichertenbezogen gemäß Artikel 62 der VO (EG) 987/0912 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 abgerechnet. Die Pauschalbeträge werden gemäß Artikel 64 VO (EG) 987/09 jährlich kalkuliert und sollen den tatsächlichen Aufwendungen möglichst nahekommen. In Mitgliedsstaaten ist es ab dem 01.01.2015 nicht mehr möglich, Familienpauschalen abzurechnen (diese kommt nur noch

bei Abkommensstaaten vor). Nur noch wenige Mitgliedsstaaten rechnen für einige Personengruppen über Kopfpauschalen ab (siehe Tabelle A.48 im Anhang), wobei diese noch teilweise anteilige Pflegesachkosten beinhalten (siehe dazu Kapitel 3.1.2.2).

In der folgenden Abbildung 1.1 sind die möglichen Abrechnungsarten für die Leistungsaushilfe für Auslandsversicherte noch einmal aufgeführt.

Abbildung 1.1: Abrechnungsarten für Leistungsaushilfe bei Auslandsversicherten



Quelle: Eigene Darstellung.

Forderungen: Einreichefristen und Zahlungsfristen

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 (sogenannter 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 bei der DVKA auflaufenden Forderungen ausländischer Kostenträger werden zunächst seitens der inländischen Kostenträger hinsichtlich verschiedener Kriterien wie z. B. einer bestehenden Anspruchsgrundlage mit Blick auf die Versichertenzeiten geprüft (Soll-Ausgaben). Die von der DVKA aufgeführten Rechnungssummen für Wohnortfälle stellen hingegen die beglichenen Ausgaben (Ist-Ausgaben) dar.

Erstattungen seitens ausländischer Kostenträger können z. B. auftreten, wenn Pauschalbeträge (siehe z. B. folgenden Abschnitt zu „Sammelabrechnungsverfahren“), die als Vorschüsse vereinbart wurden, in der abschließenden Berechnung niedriger ausfallen als der gezahlte Vorschuss.

Sammelabrechnungsverfahren

Einige Länder rechnen über sogenannte Sammelabrechnungsverfahren ab. Dabei handelt es sich um Abrechnungen nach pauschalem Aufwand, und das Vorgehen stellt ein Verfahren der kumulierten Abrechnung dar. 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. Bei der späteren Schlussrechnung (nach Bekanntgabe der final kalkulierten Pauschalbeträge und der tatsächlichen berücksichtigungsfähigen Monate) werden diese berücksichtigt. Aufgrund der größeren Anzahl anspruchsberechtigter Versicherter wären die ausländischen Träger ansonsten finanziell stark belastet.

In Fällen des Sammelabrechnungsverfahrens kann in der SA150 nicht nach Altersgruppen unterschieden werden, jedoch kann hier der Personentyp (Familienangehörige ohne die regulär stammversicherte Person; Rentner und deren Familienangehörige sowie Familienangehörige ohne stammversicherte Rentner) differenziert werden.

Zustimmungsfall

Bei einem Zustimmungsfall in Mitgliedsstaaten handelt es sich um eine geplante medizinische Maßnahme im Ausland. Für einen Zustimmungsfall ist die vorherige Zustimmung des

inländischen Kostenträgers einzuholen. Für Abkommensstaaten ist der Zustimmungsfall etwas 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). Für beide Arten von Zustimmungsfällen muss jeweils vor der Inanspruchnahme von Leistungen eine Zustimmung des inländischen Trägers eingeholt werden (die Rechnungssummen für Zustimmungsfälle wurden in der SA150 in Datenfeld 39 separat erfasst).

Länderkennzeichen

Bei dem Länderkennzeichen handelt es sich um ein 3-stelliges Kennzeichen, das den forderungsberechtigten Staat gemäß Anlage 8 zum Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ vom 29.06.2016 in der Fassung vom 19.10.2016 identifiziert. Für jedes Land existiert in der Zuordnungstabelle ein 3-stelliger Zahlencode, der in der SA149 seitens der Krankenkassen personenbezogen (Datenfeld 6) und in der SA150 seitens der DVKA (Datenfeld 4) aggregiert nach Rechnungssummen auszuweisen ist. Es handelt sich um insgesamt 38 Länderkennzeichen, die im Anhang in Tabelle A.45 aufgeführt sind.

1.4 Verwendete Kennzahlen

Für die Bewertung von Modellansätzen im Morbi-RSA werden in der Regel verschiedene Kennzahlen (Gütemaße) eingesetzt (siehe etwa Drösler et al. 2017). Dabei lassen sich Kennzahlen auf der Versicherten- und der Krankenkassenebene unterscheiden – beide Arten von Kennzahlen haben entsprechende Relevanz bei der Bewertung der Modellgüte. Vorliegend kommen zudem Kennzahlen auf der Ebene der Einschreibeländer in Betracht.

Als Gütemaße auf Ebene der einzelnen Versicherten werden das adjustierte Bestimmtheitsmaß (R^2), das Cumming's Prediction Measure (CPM) sowie der mittlere absolute Vorhersagefehler (mean absolute prediction error, MAPE) verwendet. Auf Krankenkassenebene und zur Beschreibung von beliebigen Subgruppen werden üblicherweise Deckungsquoten verwendet. Auf Krankenkassenebene kann allerdings ebenfalls das MAPE eingesetzt werden, um Fehlallokationen quantifizieren zu können.

Im vorliegenden Gutachten wird die Zielgenauigkeit der Modellansätze primär auf Basis von Deckungsquoten und MAPEs auf Krankenkassenebene bewertet (siehe Kapitel 9.2.2 und 9.3.2).

Für die Ermittlung von Deckungsquoten werden unterschiedliche Merkmale zur differenzierten Analyse auf Krankenkassenebene verwendet. Um die Zielgenauigkeit zu quantifizieren werden z.B. die unterschiedlichen Kassengrößen oder die Unterscheidung in landes- und bundesunmittelbare Krankenkassen verwendet (siehe Kapitel 4.2.4).

Das absolute MAPE auf Krankenkassenebene (Kassen-MAPE), das als durchschnittliche Fehlzuweisung je Krankenkasse je Versichertenjahr zu interpretieren ist, ist definiert als:¹⁰

$$\text{Kassen-MAPE (abs.)} = \frac{1}{M} \sum_K \left| \frac{LA_K - \widehat{LA}_K}{VTAusl_K/365} \right|$$

mit:

$VTAusl_K$	Summe der Versichertentage der eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.
LA_K	Summe der Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.
$\widehat{LA}_K$	Summe der erwarteten Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.
K	Krankenkasse K.
M	Anzahl der Krankenkassen.

Für jede Krankenkasse wird die gesamte Fehldeckung ins Verhältnis zu den Versichertenjahren (der eingeschriebenen Versicherten) der Krankenkasse gesetzt, was den mittleren Prognosefehler je Auslandsversichertenjahr der Kasse angibt und anschließend wird über alle Krankenkassen der Mittelwert gebildet.

Zusätzlich kann das relative Kassen-MAPE (%) ermittelt werden, das wie folgt definiert ist:

¹⁰ Vgl. Drösler et al. (2011).

$$\text{Kassen} - \text{MAPE (\%)} = \frac{1}{M} \sum_K \left| \frac{LA_K - \widehat{LA}_K}{LA_K} \right|$$

mit:

LA_K Summe der Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.

$\widehat{LA}_K$ Summe der erwarteten Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.

K Krankenkasse K.

M Anzahl der Krankenkassen.

Dabei handelt es sich um den Mittelwert über die Fehldeckung der Krankenkassen im Verhältnis zur Summe ihrer Leistungsausgaben.

Für alle MAPEs gilt, dass bei niedrigeren Werten eine geringere Fehlallokation auf Kassenebene vorliegt.

Zur Bestimmung der Modellgüte auf Krankenkassenebene werden zusätzlich die Deckungsquoten der einzelnen Krankenkassen DQ_K herangezogen und für verschiedene Merkmale der Versichertenstruktur (siehe Kapitel 9.2.2 und Kapitel 9.3.2) verwendet. Die Deckungsquote ist grundsätzlich definiert als:

$$DQ_K = \frac{\sum_{j=1}^M \widehat{LA}_j}{\sum_{j=1}^M LA_j}$$

mit:

LA_j Leistungsausgaben des Versicherten j der Krankenkasse K.

$\widehat{LA}_j$ Erwartete Leistungsausgaben des Versicherten j der Krankenkasse K.

K Krankenkasse K.

$j = 1, \dots, M$ Versicherte der Krankenkasse K.

Allerdings ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, dass diese Gütemaße durch die einfache Mittelwertbildung über die Krankenkassen ein verzerrtes Bild wiedergeben: Da die unterschiedlichen Kassengrößen nicht berücksichtigt werden, ist der Einfluss einer sehr großen Krankenkasse auf MAPE (abs.) und MAPE (%) genauso groß wie der Einfluss einer sehr kleinen Krankenkasse.¹¹ Deshalb werden zusätzlich die gewichteten MAPEs ermittelt, also das gewichtete absolute Kassen-MAPE (gew. MAPE (abs.)) und das gewichtete relative Kassen-MAPE (gew. Kassen-MAPE (%)). Diese beiden Gütemaße werden wie folgt berechnet:

$$\text{gew. Kassen - MAPE (abs.)} = \frac{1}{M} \sum_K \left| \frac{LA_K - \widehat{LA}_K}{VTAusl_K / 365} \right| * \frac{VTAusl_K}{\sum_K VTAusl_K}$$

und

$$\text{gew. Kassen - MAPE (\%)} = \frac{1}{M} \sum_K \left| \frac{LA_K - \widehat{LA}_K}{LA_K} \right| * \frac{VTAusl_K}{\sum_K VTAusl_K}$$

mit:

$VTAusl_K$	Summe der Versichertentage der eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.
LA_K	Summe der Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.
$\widehat{LA}_K$	Summe der erwarteten Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten der Krankenkasse K.
K	Krankenkasse K.
M	Anzahl der Krankenkassen.

Auch für diese beiden Maße gilt, dass ein niedrigerer Wert eine bessere Anpassung durch das Modell darstellt. Hierbei kommt dem Einzel-MAPE einer Krankenkasse für das Gesamt-MAPE über die Stichprobe eine umso größere Rolle zu, je größer die Krankenkasse ist. Liegen die gewichteten Gütemaße unter den ungewichteten Gütemaßen, so bedeutet dies, dass die

¹¹ Vgl. Wasem J. et al. (2016).

kleineren Krankenkassen größere Abweichungen als die größeren Krankenkassen aufweisen, da deren Einfluss durch die Gewichtung geringer wird.

Für den vorliegenden Kontext sind auch Betrachtungen auf der Analyseebene der Einschreibländer sinnvoll. Hierfür werden sowohl landesspezifische Deckungsquoten (DQ) im Status quo verwendet, als auch Landes-MAPEs, die die Fehlzusweisungen je Einschreibungsland je Versichertenjahr widerspiegeln. Das methodische Vorgehen erfolgt analog zu dem auf Krankenkassenebene.

Für die Deckungsquoten müssen die Zuweisungen der in einem Land eingeschriebenen Versicherten den Ausgaben dieser Versicherten gegenübergestellt werden. Dafür ergibt sich folgende Formel:

$$DQ_L = \frac{\sum_{j=1}^M \widehat{LA}_j}{\sum_{j=1}^M LA_j}$$

mit:

- LA_j Leistungsausgaben des eingeschriebenen Versicherten j des Landes L.
- $\widehat{LA}_j$ Erwartete Leistungsausgaben des eingeschriebenen Versicherten j des Landes L.
- L Land der Einschreibung.
- j = 1, ..., M Versicherte des Einschreibungslandes.

Das absolute Landes-MAPE auf Landesebene, das als durchschnittliche Fehlzusweisung je Einschreibungsland je Versichertenjahr zu interpretieren ist, ist definiert als:¹²

$$\text{Landes-MAPE (abs.)} = \frac{1}{M} \sum_L \left| \frac{LA_L - \widehat{LA}_L}{VTAusl_L/365} \right|$$

mit:

¹² Vgl. Drösler et al. (2011).

$VTausl_L$	Summe der Versichertentage der eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
LA_L	Summe der Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
$\widehat{LA}_L$	Summe der erwarteten Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
L	Land der Einschreibung.
M	Anzahl der Länder.

Für jedes Land wird die gesamte Fehldeckung ins Verhältnis zu den Versichertenjahren (der eingeschriebenen Versicherten) des Landes gesetzt, was den mittleren Prognosefehler je Auslandsversichertenjahr des Landes angibt und anschließend wird über alle Länder der Mittelwert gebildet.

Zusätzlich kann das relative Landes-MAPE (%) ermittelt werden, das wie folgt definiert ist:

$$\text{Landes-MAPE (\%)} = \frac{1}{M} \sum_L \left| \frac{LA_L - \widehat{LA}_L}{LA_L} \right|$$

mit:

LA_L	Summe der Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
$\widehat{LA}_L$	Summe der erwarteten Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
L	Land der Einschreibung.
M	Anzahl der Länder.

Dabei handelt es sich um den Mittelwert über die Fehldeckung der Länder im Verhältnis zu ihren Leistungsausgaben. Auch hier gilt (analog zu den Kassen-MAPEs), dass bei niedrigeren Werten eine geringere Fehlallokation auf Landesebene vorliegt.

Auch hier würde die einfache Mittelwertbildung ein verzerrtes Bild wiedergeben: Da die unterschiedlichen Auslandsversichertenzahlen in den einzelnen Ländern nicht berücksichtigt werden, ist der Einfluss eines Landes mit vielen eingeschriebenen Versicherten auf MAPE (abs.) und MAPE (%) genauso groß wie der Einfluss eines Landes mit wenigen Wohnortfällen.¹³ Deshalb werden zusätzlich die gewichteten Landes-MAPEs ermittelt, also das gewichtete absolute Landes-MAPE (gew. Landes-MAPE (abs.)) und das gewichtete relative Landes-MAPE (gew. Landes-MAPE (%)). Diese beiden Gütemaße werden wie folgt berechnet:

$$\text{gew. Landes-MAPE (abs.)} = \frac{1}{M} \sum_L \left| \frac{LA_L - \widehat{LA}_L}{VTAusl_L/365} \right| * \frac{VTAusl_L}{\sum_L VTAusl_L}$$

und

$$\text{gew. Landes-MAPE (\%)} = \frac{1}{M} \sum_L \left| \frac{LA_L - \widehat{LA}_L}{LA_L} \right| * \frac{VTAusl_L}{\sum_L VTAusl_L}$$

mit:

$VTAusl_L$	Summe der Versichertentage der eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
LA_L	Summe der Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
$\widehat{LA}_L$	Summe der erwarteten Leistungsausgaben von eingeschriebenen Versicherten des Landes L.
L	Land der Einschreibung.
M	Anzahl der Länder.

¹³ Vgl. Wasem J. et al. (2016).

2. Beschreibung des Status quo und daraus resultierende Probleme (Forschungsfrage 1)

2.1 Beschreibung des Status quo zur Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte im RSA

Wie bereits in Kapitel 1.1 beschrieben, werden Versicherte, deren gemeldete Auslandsversichertentage im Vorjahr einen vom BVA festgelegten Schwellenwert (mindestens ein halbes Jahr, also mindestens 183 Versichertentage) überschreiten, nicht in das Regressions- und Zuweisungsmodell des RSA für inländische Versicherte einbezogen und keiner Alters- Geschlechts-Gruppe (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. Mögliche seltene Ausnahmen könnten laut Aussage einer Krankenkasse im Experteninterview sein, dass der aushelfende Kostenträger einen Vorschuss für eine kostenintensive Behandlung beantragt und erhält, weil er ansonsten evtl. finanziell stark belastet werden könnte. Bei Leistungsaushilfe zwischen Mitgliedsstaaten werden einheitliche Anspruchsbescheinigungen verwendet, um die Leistungsaushilfe rechtlich zu begründen. Dabei handelt es sich um sogenannte „E-Vordrucke“, die für Mitgliedsstaaten gelten. Für Abkommensstaaten gelten abweichende landesspezifische Vordrucke, die im Anhang in Tabelle A.48 mit ihren Kurzbezeichnungen aufgeführt sind. Aktuell besteht eine Übergangsphase, in der ein Umstieg auf einen vollständig elektronischen Datenaustausch zwischen zuständigem und aushelfendem Träger erfolgt.

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. Im RSA-Verfahren wird dieser Versicherte bei mindestens 183 Auslandsversichertentagen im Vorjahr gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV einer AusAGG zugeordnet; bei weniger als 183 Auslandsversichertentagen im Vorjahr wird der Versicherte den regulären AGGn, EMGn, HMGn oder KEGn zugeordnet, d.h. es wird keine AusAGG zugewiesen.

Vor dem Hintergrund der beobachteten „Überdeckungen“ von Auslandsversicherten (siehe Kapitel 1.1) wurde als erster Schritt hin zu einer zielgenaueren Zuweisung für Auslandsversicherte mit dem GKV-FQWG eine Begrenzung der 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. Umgesetzt wird dies derzeit dadurch, dass die in den Aufwandskontenarten 480 und 483 (Konten 4800, 4801, 4802, 4830, 4831) in der KJ1 gebuchten Ausgaben über alle Krankenkassen den im Jahresausgleich gemäß § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV ermittelten AusAGG-Zuweisungen über alle Krankenkassen gegenübergestellt werden. Die Kontenart 480 erfasst die Rechnungsbeträge für Leistungsaushilfe im Ausland – sowohl für Wohnortfälle als auch für vorübergehende Aufenthalte. Die Kontenart 483 enthält Kostenerstattungen für entsendete Arbeitnehmer – hier werden dem Arbeitgeber die für Arbeitnehmer im Ausland entstehenden Behandlungskosten seitens der Krankenkasse erstattet.

Bei einer „Überdeckung“ (Zuweisungen größer als die so definierten Leistungsausgaben) werden die AusAGG-Zuschläge auf die Summe der in den genannten Konten verbuchten Rechnungsbeträge linear durch einen pauschalen Adjustierungsfaktor gekürzt. Bei Anwendung dieser Sonderregelung wird die Deckungsquote auf GKV-Ebene also in Jahren mit „Überdeckung“ durch eine lineare Kürzung der AusAGG-Zuschläge auf 100% adjustiert. In Jahren einer „Unterdeckung“ (Zuweisungen kleiner als die so definierten Leistungsausgaben) fände keine lineare Anpassung statt, wobei dieser Fall bis zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung seit Gültigkeit der Sonderregelung rückwirkend ab dem Jahresausgleich 2013 noch nicht aufgetreten ist.

2.2 Probleme des bestehenden Verfahrens für die Funktionsfähigkeit des Ausgleichsverfahrens

Die Ergebnisse des Erstgutachtens aus dem Jahr 2016¹⁴ haben die bestehenden Probleme und Verzerrungen im aktuellen Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte sowohl qualitativ als auch quantitativ ausführlich beschrieben. Insbesondere hat das Erstgutachten gezeigt, dass eine wesentliche Determinante der Höhe der Ausgaben für Auslandsversicherte das Leistungsausgabenniveau des Einschreibelandes ist. Die Leistungsausgabenniveaus unterscheiden sich deutlich zwischen den Ländern, ohne dass dies bei den Zuweisungen berücksichtigt wird. Dadurch kommt es – vor Anwendung der Sonderregelung des GKV-FQWG – bei Auslandsversicherten in Ländern mit im Vergleich zum deutschen Leistungsausgabenniveau niedrigen Ausgabenniveaus zu deutlichen Überdeckungen, während diese in Ländern mit vergleichbaren oder eher höheren Ausgabenniveaus ausbleiben. Bei ungleichen Anteilen der Auslandsversicherten aus verschiedenen Einschreibeländern an den Versicherten zwischen den einzelnen Krankenkassen resultieren daraus Wettbewerbsverzerrungen.

Dieses Problem wird auch durch die gegebenenfalls im Rahmen der „Sonderregelung“ Anwendung findende lineare Kürzung der Zuweisungen auf die Summe der Ausgaben in den Kontenarten 480 und 483 nicht behoben, da diese undifferenziert für alle Einschreibeländer gleich ist. Sie baut zwar gegebenenfalls vorhandene Überdeckungen für Auslandsversicherte in Ländern mit niedrigen Ausgabenniveaus ab, kann aber gleichzeitig auch zu Unterdeckungen für Auslandsversicherte aus Ländern mit hohen Ausgabenniveaus führen oder bestehende Unterdeckungen verstärken.

Zudem ergeben sich durch die spezifische Ausgestaltung der Sonderregelung weitere Probleme: Zum einen basiert die Sonderregelung nach dem GKV-FQWG auf den Kontenarten 480 und 483 und setzt somit bei der Begrenzung des Zuweisungsvolumens für Auslandsversicherte auch auf Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte (insbesondere Urlauberechnungen) auf. Auf der anderen Seite werden die im Inland entstehenden Leistungsausgaben für Auslandsversicherte nicht berücksichtigt. Es ist daher davon auszugehen, dass die ausgewiesene Summe der in den Kontenarten 480 und 483 gebuchten Leistungsausgaben nicht der tatsächlichen Summe der Leistungsausgaben für Auslandsversicherte entspricht

¹⁴ Vgl. Wasem J. et al. (2016).

(und falls doch, so ist dies rein zufällig). Auch können die beiden beschriebenen Verzerrungseffekte (Urlauberrechnungen, Inlandsausgaben) unterschiedlich über die Krankenkassen verteilt sein.

Im Ergebnis liegen strukturelle Voraussetzungen für systematische Verzerrungen im Kassenwettbewerb vor.

3. Datenlieferungen und länderspezifische Über- und Unterdeckungen (Forschungsfrage 2)

In diesem Kapitel des Gutachtens werden zunächst (in Abschnitt 3.1) die Datenbasis für die empirischen Analysen beschrieben und die Daten deskriptiv dargestellt; anschließend werden (in Abschnitt 3.2) die Ergebnisse der Berechnungen zu länderspezifischen Deckungsquoten präsentiert und bewertet.

3.1 Neu erhobene Daten

Für das Folgegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte wurden gemäß § 269 Abs. 3c Satz 2 SGB V zusätzliche Angaben erhoben. Diese Sonderdatenerhebung der SA149 ist in Anlage 6.1 der Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 u. 2 SGB V vom 05.02.2018 enthalten.¹⁵ Darüber hinaus hat das BVA im Einvernehmen mit dem GKV-SV das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum Umfang der Datenerhebung nach § 269 Abs. 3c Satz 3 SGB V gemäß § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V bestimmt. Diese Sondererhebung der SA150 ist in der Bestimmung des BVA nach § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V in der Fassung vom 24.11.2017 definiert.¹⁶ Die Datenbasis wird zunächst beschrieben, dann deskriptiv dargestellt.

¹⁵ Vgl. GKV-SV (2018).

¹⁶ Vgl. BVA (2017).

3.1.1 Beschreibung der Datenbasis

3.1.1.1 Satzart 149

Bei den Datenmeldungen der SA149 handelt es sich um eine Sondererhebung zu den (personenbezogenen) Versichertenstammdaten von Versicherten mit gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland. Die SA149 wurde für das vorliegende Follegutachten je Berichtsjahr (2016 und 2017) jeweils als Erstmeldung (EM) und als Korrekturmeldung (KM) gemeldet. Die SA149 enthält neben dem Berichtsjahr und der Betriebsnummer der Krankenkasse das Versichertenpseudonym, über das die Daten der SA mit den anderen RSA-SA verknüpfbar sind. Weiterhin ist ein Feld enthalten, das angibt, ob es sich bei dem Versicherten um einen Grenzgänger handelt oder nicht. Zusätzlich enthält die SA das Länderkennzeichen des Wohnstaates sowie die Anzahl der Versichertentage. Für Versicherte, deren Anzahl der Versichertentage mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland gemäß § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV im Datenfeld 13 in der SA100 Korrekturmeldung 2016 (für die erste Sondererhebung zum Berichtsjahr 2016) bzw. in der SA100 Erstmeldung 2017 (für die erste Sondererhebung zum Berichtsjahr 2017) größer 0 war, wurde entsprechend den jeweiligen Einträgen mindestens ein Datensatz in die SA149 aufgenommen. Bei Wechsel des Einschreibelandes oder des Grenzgängerkennzeichens wurden mehrere Datensätze je Versicherten gemeldet.

3.1.1.2 Satzart 150 für die Berichtsjahre 2015 bis 2017

Bei den Datenmeldungen der SA150 handelt es sich um eine Sondererhebung zu den Ausgaben der Versicherten mit Aufenthalt im Ausland. Diese wurden einmalig für das Follegutachten zu den Zuweisungen für Auslandsversicherte für die Berichtsjahre 2015 bis 2017 erhoben. Dabei handelt es sich um nicht personenbezogene Rechnungssummen der inländischen Krankenkassen, die seitens der DVKA erfasst werden. Die DVKA übermittelt diese Rechnungssummen differenziert nach dem (forderungsberechtigten) Staat, dem Berichtsjahr und der leistungspflichtigen Krankenkasse. Die in der SA150 aufgeführten Arten von Rechnungssummen sind grundsätzlich in Rechnungen für Zustimmungsfälle, für vorübergehende Aufenthalte und für gewöhnliche Aufenthalte im Ausland (Wohnortfälle) differenziert, wobei die Rechnungssummen für Wohnortfälle zusätzlich in solche, die auf Rechnungen nach tatsächlichem Aufwand und solchen, die auf Rechnungen nach Pauschalabrechnungen basieren, un-

terschieden werden können. Die Rechnungssummen sind zusätzlich je Krankenkasse nach Personentyp und nach 20 Altersgruppen differenziert. Für Rechnungssummen, die nach dem Sammelabrechnungsverfahren abgerechnet werden, fehlen grundsätzlich die Altersangaben, sodass hier eine Differenzierung nach Altersgruppen nicht möglich ist. Eine Geschlechtsdifferenzierung ist nicht möglich. Zusätzlich werden in derselben Systematik auch die Forderungssummen dargestellt und differenziert.

3.1.2 Deskriptive Darstellung der Satzarten

3.1.2.1 Satzart 149

In der folgenden Tabelle 3.3 werden die wesentlichen Kennzahlen der SA149 für die Jahre 2016 und 2017 in der EM und in der KM aufgeführt, und anschließend werden zusätzlich landesspezifische Kennzahlen ausgewiesen. In den Datenmeldungen der SA149 für 2016 und 2017 waren insgesamt Einträge von 109 Krankenkassen enthalten, aber nur 106 Krankenkassen wiesen mindestens einen Auslandsversicherten mit mindestens 183 Einschreibungstagen (identifiziert anhand der SA149) auf. In der SA150 sind insgesamt Einträge von 112 Krankenkassen enthalten. Bei den sechs Krankenkassen, die in der SA150, aber nicht in der SA149 enthalten sind, handelt es sich um Einträge von Krankenkassen, die aufgrund von Kassenfusionen zum 01.01.2019 mit ihrer Betriebsnummer nicht mehr in der SA149 vorkommen und um Rechnungssummen für Krankenkassen, die bereits vor einigen Jahren geschlossen wurden.

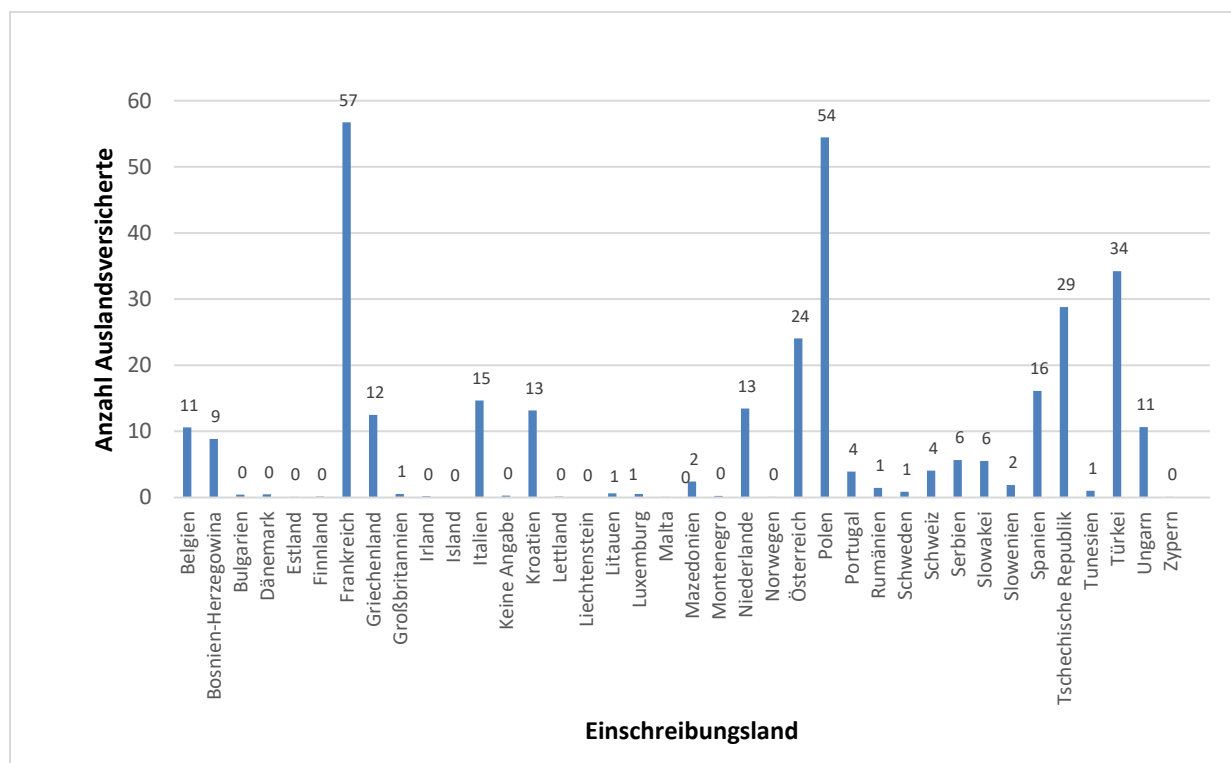
Tabelle 3.3: Versicherte, Einschreibungstage, Grenzgängerkennzeichen in der SA149 2016/2017 EM und KM

Variable	Kennzahl	2016 EM	2016 KM	2017 EM	2017 KM
Versicherte	Anzahl	424.242	428.340	441.858	450.311
Einschreibungstage	Mittelwert	309,42	308,54	309,98	307,68
	Standardabweichung	102,94	103,52	101,81	103,53
	Summe	131.270.749	132.159.654	136.966.374	138.552.040
Grenzgänger	Ja	21,60%	19,16%	23,18%	20,96%
	Nein	47,54%	56,85%	55,59%	56,88%
	Liegt nicht vor	30,86%	23,99%	21,22%	22,15%

Quelle: SA149 2016/2017 EM und KM. N=106 Krankenkassen.

Für die weitergehenden Analysen wurde die Korrekturmeldung der SA149 des Jahres 2016 verwendet (siehe Tabelle 3.3 grau markiert). Von den 428.340 Versicherten wiesen insgesamt 342.954 Versicherte eine AusAGG auf, weil sie die grundsätzliche Voraussetzung für eine AusAGG von mehr als 182 Einschreibungstagen im Jahr 2016 in der SA149 KM erreicht haben und entsprechende Alters- und Geschlechtsinformationen in der SA110 des Jahres 2017 vorlagen. Von diesen 342.954 Versicherten weisen allerdings insgesamt 14.076 Versicherte keinen Eintrag in der SA700 des Jahres 2017 auf. Dies ist auf die Umstellung auf eine bundeseinheitliche Krankenversicherungsnummer zurückzuführen. Es handelt sich somit bei den 14.076 Versicherten nicht um neue Versicherte, sondern lediglich um solche, für die zwischenzeitlich ein neues Versichertenpseudonym vergeben worden ist, das sich nicht mit dem ursprünglichen Pseudonym verknüpfen lässt. Aus diesem Grund wurden die Einträge für diese Pseudonyme nicht weiter berücksichtigt. Die verbleibenden 328.878 Auslandsversicherten verteilen sich wie in der Abbildung 3.2 dargestellt über die 37 Einschreibungsländer.

Abbildung 3.2: Anzahl Auslandsversicherte nach Ländern (in tausend)



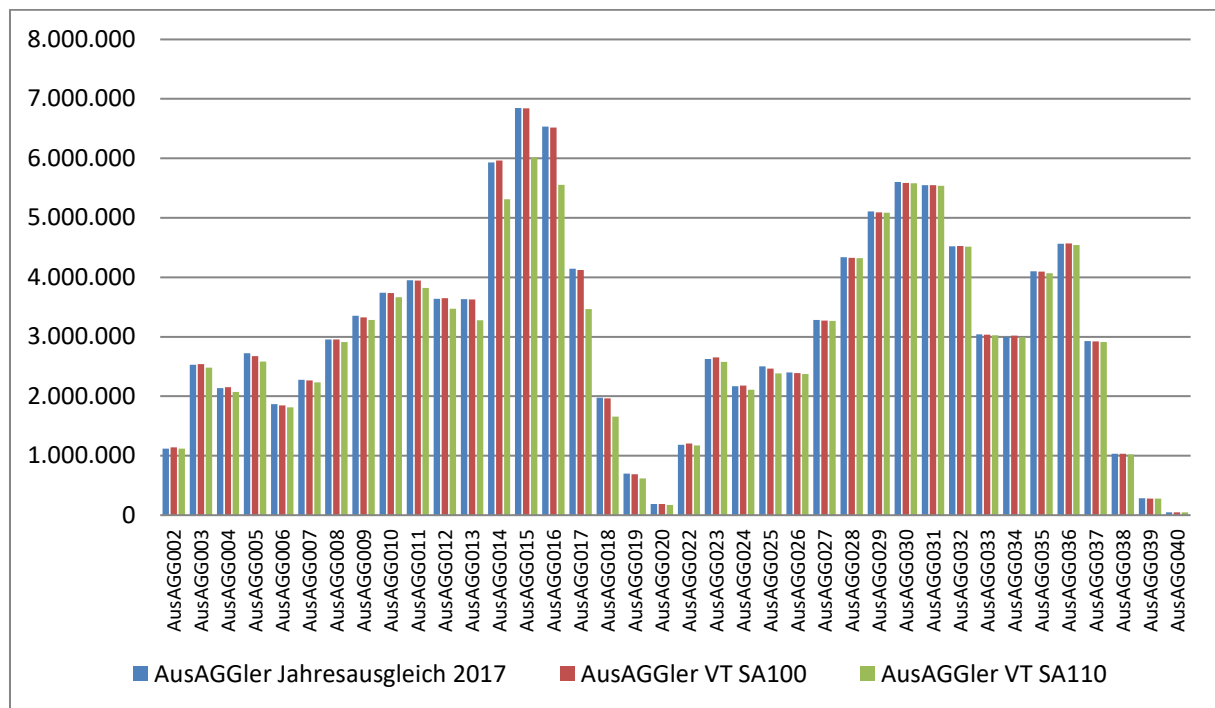
Quelle: Eigene Berechnung basierend auf der SA149 2016 KM. N=106 Krankenkassen.

Die meisten eingeschriebenen Auslandsversicherten befinden sich in Frankreich (56.719), Polen (54.461) und der Türkei (34.241). Am wenigsten Auslandsversicherte sind in Island (5),

Liechtenstein (28) und Malta (74) bzw. Estland (74) eingeschrieben. Für insgesamt 272 Versicherte lagen keine Angaben zum Einschreibungsland vor. Diese Versicherten blieben in den weiteren landesspezifischen Analysen unberücksichtigt.

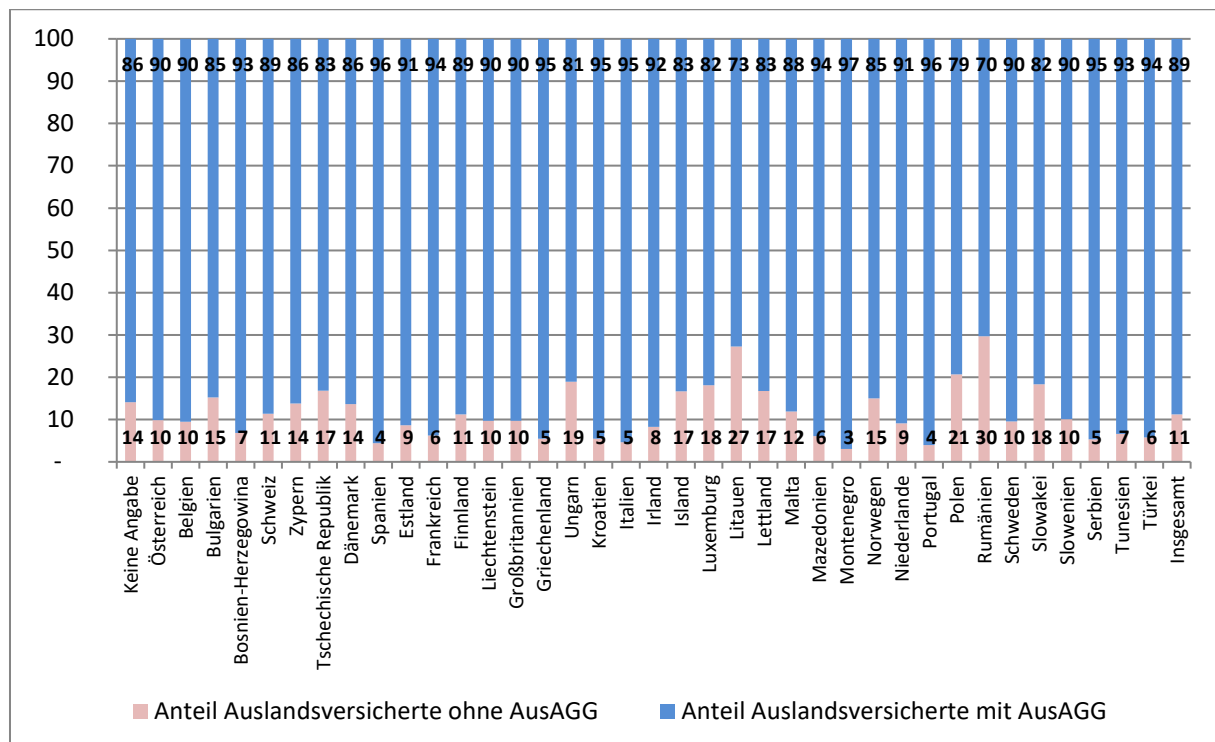
In der folgenden Abbildung 3.3 werden die Versichertentage (VT) je AusAGG (Identifikation von Auslandsversicherten anhand der SA149 KM 2016 und AusAGG-Zuordnung anhand der SA110 2017) den entsprechenden Werten der AusAGGn im Jahresausgleich 2017 gegenübergestellt. Die Versichertentage der AusAGGn aus der SA100 und dem Jahresausgleich 2017 liegen jeweils sehr nah beieinander und wurden in der folgenden Abbildung 3.3 den Versichertentagen der aktuelleren Datenbasis SA110 des Jahres 2017 gegenübergestellt. Bei Verwendung der SA110 aus 2017 hingegen weichen die Werte insbesondere in den AusAGGn 13 bis 18 deutlich von denen des Jahresausgleiches ab. Dies ist auf das bereits beschriebene Phänomen der Umstellung auf eine bundeseinheitliche (Krankenversicherungsnummer) KVNR zurückzuführen und sorgt dafür, dass für diese Versicherten keine Verknüpfbarkeit mit den Einträgen in der SA700 mehr möglich ist, sodass diese Versicherten und somit auch deren Versichertentage in den AusAGGn für die vorliegenden Untersuchungen gelöscht wurden, um Verzerrungen in den Analysen zu vermeiden. Die Definition der AusAGGn und die zugehörigen tagesspezifischen Zu- und Abschläge des Jahresausgleichs 2017 sind im Anhang in Tabelle A.46 aufgeführt.

Abbildung 3.3: Auslandsversichertentage in den AusAGGn: SA110 und SA100 aus 2017 und Jahresausgleichswerte 2017 im Vergleich



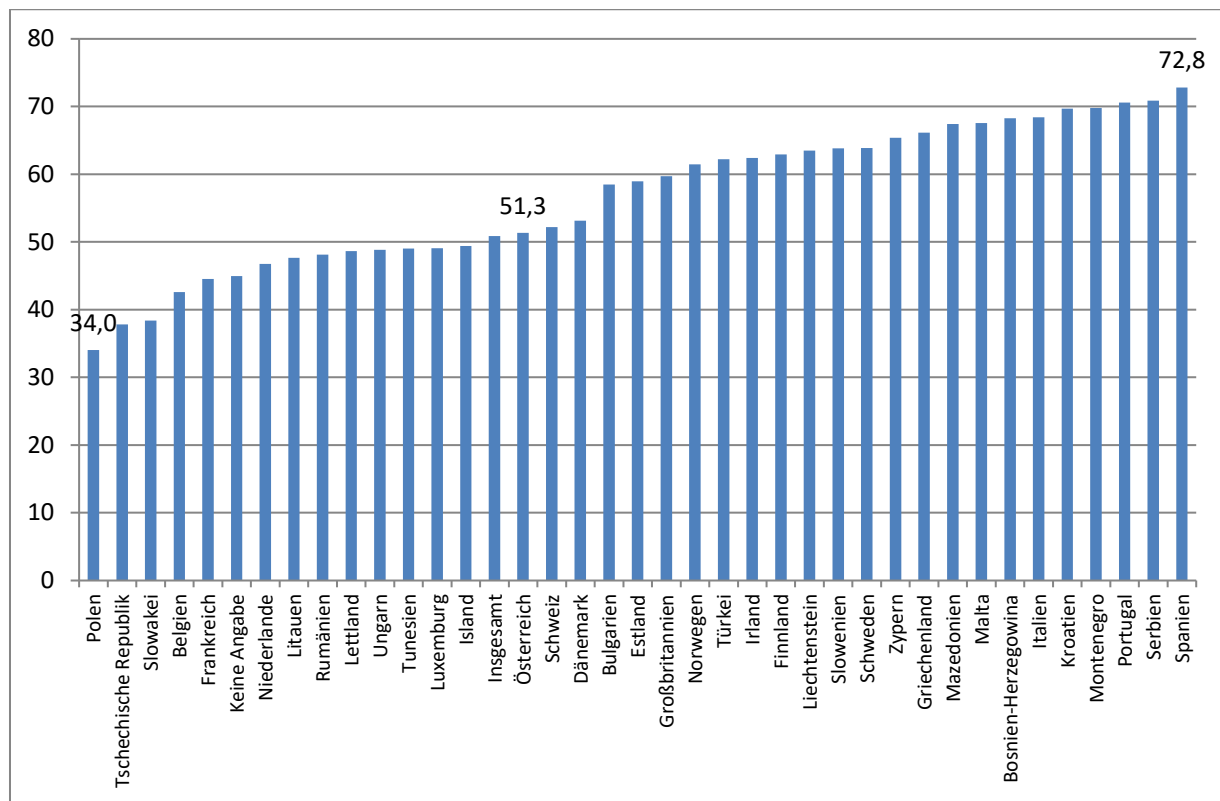
Quelle: Eigene Berechnung basierend auf der SA149 2016 KM und der SA110 2017 bzw. SA100 2017. N=106 Krankenkassen.

Eine landesspezifische Auswertung nach erreichter AusAGG (Identifikation von Auslandsversicherten basierend auf mehr als 182 Einschreibungstagen in der SA149 KM des Jahres 2016 und AusAGG-Zuordnung anhand der SA110 2017) unter den Auslandsversicherten ist in der folgenden Abbildung 3.4 dargestellt. Im Durchschnitt erreichen landesübergreifend ca. 89% der im Jahr 2016 eingeschriebenen Versicherten eine AusAGG und gelten in der RSA-Systematik damit als Auslandsversicherte. Die Anteile schwanken allerdings von Land zu Land von 70% (Rumänien) bis hin zu 97% (Montenegro).

Abbildung 3.4: Auslandsversicherte mit und ohne AusAGG je Land (in %)

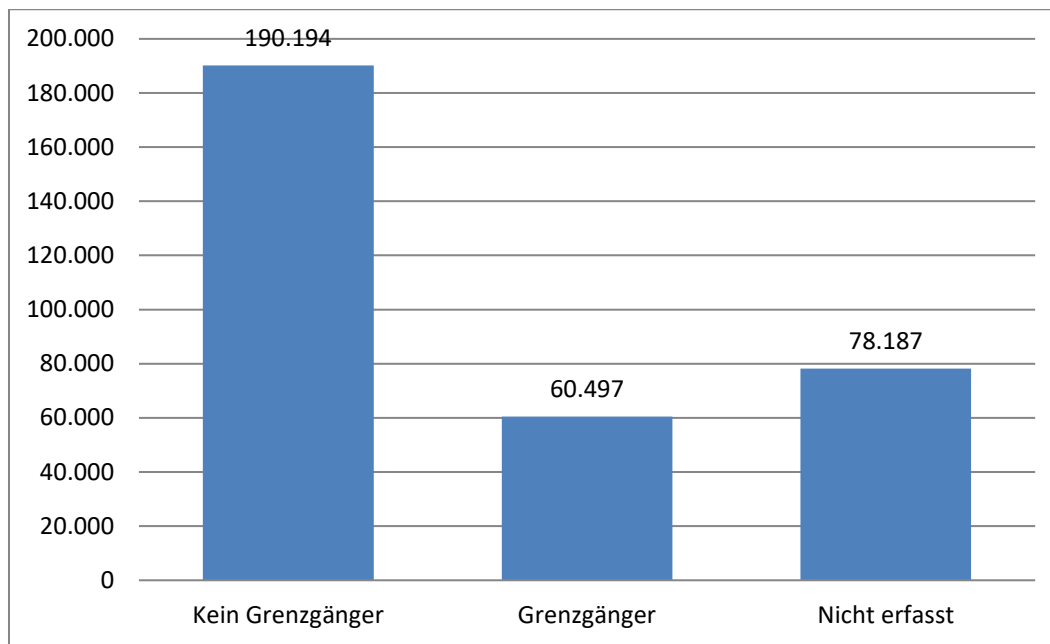
Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 149 2016 KM und SA110 2017. N=106 Krankenkassen.

Eine weitergehende Analyse der Altersverteilung nach Ländern bei Auslandsversicherten zeigt die deutlich unterschiedlichen Altersstrukturen (das Alter wurde hierfür über die SA110 des Jahres 2017 ermittelt). Während in Polen eingeschriebene Versicherte mit einem Durchschnittsalter von nur 34,0 Jahren das niedrigste Durchschnittsalter aufweisen, stellt Spanien mit 72,8 Jahren die älteste Klientel an Auslandsversicherten. Das länderübergreifende Durchschnittsalter (Mittelwert über alle Auslandsversicherten) liegt bei 51,3 Jahren (siehe Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5: Durchschnittsalter der Auslandsversicherten nach Ländern

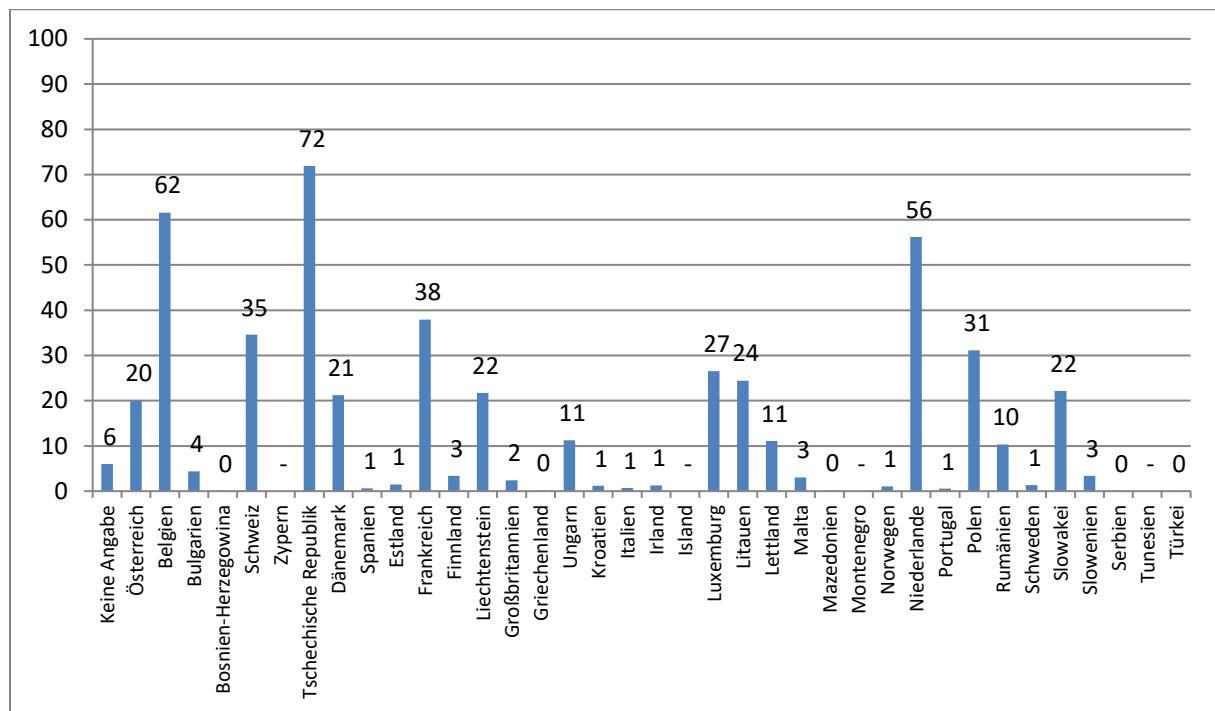
Quelle: Eigene Berechnung basierend auf der SA149 KM 2016 und der SA110 2017. N=106 Krankenkassen.

Hinsichtlich der folgenden Analyse des Grenzgängerkennzeichens in der SA149 des Jahres 2016 KM ist anzumerken, dass für eine nicht unwesentliche Anzahl von Versicherten (78.187 Versicherte, 23,8%) kein Grenzgängerkennzeichen erfasst wurde und somit keine Zuordnung erfolgen konnte. Bei den Versicherten, für die ein solches Kennzeichen erhoben wurde, liegt eine Relation von Nicht-Grenzgängern zu Grenzgängern von etwa 3,3:1 vor (190.194 Versicherte vs. 60.497 Versicherte) (siehe Abbildung 3.6). Da künftig auf eine vollständig elektronische Datenübermittlung zwischen Mitgliedsstaaten umgestellt und dabei kein Grenzgängerkennzeichen mehr regelmäßig erhoben und übermittelt wird, wird eine differenzierte Betrachtung von Grenzgängern und Nicht-Grenzgängern nicht mehr bzw. nicht ohne entsprechenden Mehraufwand in der Datenerfassung (siehe Kapitel 5.2) möglich sein.

Abbildung 3.6: Grenzgängerstatus in der SA149 2016

Quelle: SA149 KM 2016. N=106 Krankenkassen.

Eine länderspezifische Verteilung des Grenzgängerkennzeichens ist in Abbildung 3.7 dargestellt. In den grenznahen Mitgliedsstaaten ist der Anteil von Grenzgängern deutlich höher als in weiter entfernten Mitgliedsstaaten bzw. in Abkommensstaaten. Die höchsten Grenzgängeranteile sind in der Tschechischen Republik (72%), Belgien (62%), den Niederlanden (56%), Frankreich (38%) und in der Schweiz (35%) vorzufinden.

Abbildung 3.7: Grenzgängeranteil unter Auslandsversicherten nach Ländern (in %)

Quelle: SA149 KM 2016. N=106 Krankenkassen.

3.1.2.2 Satzart 150 für die Berichtsjahre 2015 bis 2017

In der SA150 waren Einträge von insgesamt 112 Krankenkassen enthalten. Die in der SA150 enthaltenen Rechnungssummen sind nur teilweise für die Bearbeitung des vorliegenden Gutachtens relevant gewesen. So sind die Forderungen inländischer Krankenkassen in den Leistungsbereichen der Zustimmungsfälle und der Leistungsaushilfe nach Einschreibung ebenfalls mit aufgeführt, wobei diese für die Beantwortung der Forschungsfragen und der Anpassung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte nicht notwendig sind. In Tabelle 3.8 werden die beglichenen Rechnungssummen (bereits bereinigt um Pflegesachkosten) den Forderungssummen gegenübergestellt. Die zugehörigen Forderungssummen eignen sich derzeit allerdings nicht für eine mögliche Plausibilisierung der von der DVKA beglichenen Rechnungssummen, weil für die weitergehenden Analysen explizit die in der SA150 enthaltenen Rechnungssummen nach dem Abfluss-Prinzip verwendet wurden, die in Summe nicht den Forderungssummen entsprechen müssen (und wenn, dann zufällig). Es gibt zum einen Forderungen, die nach interner Prüfung z. B. der inländischen Träger wie der Versichertenzeiten und eines bestehenden versicherungsrechtlichen Anspruchs, erst mit entsprechendem Zeitversatz im Folgejahr seitens der DVKA beglichen werden und deshalb nicht in

den Rechnungssummen des Vorjahres auftauchen. Zum anderen können Forderungen ohne Ausgabenrelevanz vorliegen, da diese aufgrund der vorgenommenen Prüfungen abgelehnt wurden. Insgesamt ist also nicht von einer Rechnungsidentität der Forderungen eines Jahres und der Ausgaben des Folgejahres auszugehen. Bzgl. der landesspezifischen Rechnungssummen und Forderungssummen bestehen zudem keine Erfahrungswerte bzw. Kennzahlen, die man aktuell für eine Datenplausibilisierung verwenden könnte.

Die Gutachter erachten somit die landesspezifischen Forderungssummen in der SA150 für die eigentliche Umsetzung des Verfahrens für nicht notwendig, aber eine Meldung der Forderungssummen im Zeitverlauf könnte eventuell den Aufbau von Zeitreihen, die Ableitung von Erfahrungswerten und darauf aufbauend Kennzahlen zur künftigen Plausibilisierung der von der DVKA beglichenen und gemeldeten Rechnungssummen ermöglichen (z. B. landesspezifische Erwartungskorridore mit Blick auf beglichene Rechnungssummen).

An dieser Stelle werden die für dieses Gutachten, d.h. für die Beantwortung der Forschungsfragen und der Anpassung des Zuweisungsverfahrens, relevanten Variablen dargestellt. Dabei handelt es sich um die landesspezifischen Rechnungssummen für Wohnortfälle – differenziert nach pauschalen Abrechnungen und solchen nach tatsächlichem Aufwand.

In Tabelle A.48 im Anhang sind die nach Pauschalen abrechnenden Mitgliedsstaaten und Abkommensstaaten aufgeführt. Von den sieben noch nach Kopfpauschalen abrechnenden Mitgliedsstaaten (Irland, Norwegen, Portugal, Schweden, Spanien, Großbritannien und Zypern) sind allerdings aktuell nur noch in den drei Kopfpauschalen der Länder Irland, Norwegen und Spanien Pflegesachkostenanteile enthalten (siehe Tabelle A.49 im Anhang).

Für Abrechnungen nach Kopfpauschalen muss in diesen Fällen eine Bereinigung erfolgen, damit nur die für die Krankenkassen wettbewerbsrelevante Rechnungssumme verbleibt. Die Anteile von Pflegesachkosten werden von den Pflegekassen an die Krankenkassen erstattet. Die Krankenkassen werden hierfür hinsichtlich der relevanten Pflegesachkosten in den Kopfpauschalen von der DVKA über entsprechende Rundschreiben informiert. Für die folgenden Analysen erfolgte eine Bereinigung auf Basis der von der DVKA bereitgestellten Pflegesachkostenanteile in den Kopfpauschalen. Hier wurde als Annahme für die Bereinigung der Rechnungssummen der zurückliegenden Jahre der für das aktuellste Jahr vorliegende Pflegesachkostenanteil des Jahres 2015 verwendet und auch für die davorliegenden Jahre angenommen (Pflegesachkostenanteile siehe Tabelle A.49 im Anhang), wobei sich die Pflegesachkos-

tenanteile im Zeitverlauf verändern können. Für ein künftiges Zuweisungsverfahren müssen die jeweiligen Nettorechnungssummen nach Bereinigung um Pflegesachkosten verwendet werden.

Zusätzlich werden die Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte (insbesondere Urlauberrechnungen) des Jahres 2017 ausgewertet, da diese insbesondere für die Beantwortung der Frage nach Auslandsausgaben von inländischen Versicherten relevant sind, aber auch für die Frage, welche Bedeutung die Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte (insbesondere Urlauberrechnungen) vermutlich für Auslandsversicherte haben. Auslandsversicherte können sich ebenfalls - trotz Einschreibung - vorübergehend in anderen Ländern aufhalten und dort Urlaubsrechnungen verursachen.

In den folgenden Tabelle 3.4 bis Tabelle 3.6 sind zunächst die Rechnungssummen für Wohnortfälle in der SA150 der Jahre 2015 bis 2017 – getrennt nach pauschalen Abrechnungen (um Pflegesachkosten bereinigt) und Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand – aufgeführt. Für Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand wird grundsätzlich das Berichtsjahr als Abrechnungsjahr dokumentiert. Für pauschale Abrechnungen wird das tatsächliche Abrechnungsjahr verwendet. Pauschale Abrechnungen werden, wie anhand der Tabelle zu erkennen ist, mit teilweise mehrjährigem Versatz festgelegt und seitens der DVKA beglichen. So sind in der SA150 des Jahres 2017 (erstellt Mitte 2018) für praktisch noch kein Land Pauschalen für das Abrechnungsjahr 2016 dokumentiert.

Wie der Tabelle 3.4 zu entnehmen ist, sind in der SA150 des Jahres 2017 für das Abrechnungsjahr 2014 mit 52,6 Mio. € die höchsten Rechnungssummen nach pauschalem Aufwand erfasst worden.

Tabelle 3.4: Rechnungssummen Wohnortfälle der SA150 2017

SA	Berichtsjahr	Abrechnungsjahr	Tats. Aufwand	Pauschaler Aufwand
150	2017	1998	- €	2.655 €
150	2017	1999	- €	4.393 €
150	2017	2000	- €	710 €
150	2017	2001	- €	0 €
150	2017	2002	- €	-2.111 €
150	2017	2003	- €	-2.378 €
150	2017	2004	- €	-4.099 €
150	2017	2005	- €	-2.495 €
150	2017	2006	- €	25.161 €
150	2017	2007	- €	162.061 €

150	2017	2008	- €	-13.029 €
150	2017	2009	- €	-2.000 €
150	2017	2010	- €	815.218 €
150	2017	2011	- €	1.402.468 €
150	2017	2012	- €	19.572.720 €
150	2017	2013	- €	24.253.631 €
150	2017	2014	- €	52.594.360 €
150	2017	2015	- €	13.279.473 €
150	2017	2016	- €	1.239 €
150	2017	2017	267.762.321 €	- €

Quelle: SA150 der Jahres 2017. N=112 Krankenkassen.

Tabelle 3.5: Rechnungssummen Wohnortfälle der SA150 2016

SA	Berichtsjahr	Abrechnungsjahr	Tats. Aufwand	Pauschaler Aufwand
150	2016	1998	- €	51.205 €
150	2016	1999	- €	24.639 €
150	2016	2000	- €	26.635 €
150	2016	2001	- €	13.210 €
150	2016	2002	- €	- €
150	2016	2003	- €	1.555 €
150	2016	2004	- €	847 €
150	2016	2005	- €	51.723 €
150	2016	2006	- €	84.100 €
150	2016	2007	- €	128.319 €
150	2016	2008	- €	86.857 €
150	2016	2009	- €	8.220.757 €
150	2016	2010	- €	9.013.669 €
150	2016	2011	- €	16.967.342 €
150	2016	2012	- €	34.817.637 €
150	2016	2013	- €	46.091.830 €
150	2016	2014	- €	14.954.178 €
150	2016	2015	- €	- €
150	2016	2016	218.208.007 €	- €

Quelle: SA150 des Jahres 2016. N=112 Krankenkassen.

Tabelle 3.6: Rechnungssummen Wohnortfälle der SA150 2015

SA	Berichtsjahr	Abrechnungsjahr	Tats. Aufwand	Pauschaler Aufwand
150	2015	1998	- €	-1.048 €
150	2015	1999	- €	11.423 €
150	2015	2000	- €	18.415 €
150	2015	2001	- €	-10.998 €
150	2015	2002	- €	-11.094 €
150	2015	2003	- €	-9.004 €
150	2015	2004	- €	-105 €

150	2015	2005	- €	-30.395 €
150	2015	2006	- €	849.447 €
150	2015	2007	- €	1.406.667 €
150	2015	2008	- €	19.562.269 €
150	2015	2009	- €	16.338.183 €
150	2015	2010	- €	9.223.144 €
150	2015	2011	- €	14.515.830 €
150	2015	2012	- €	17.081.945 €
150	2015	2013	- €	9.686.341 €
150	2015	2014	- €	- €
150	2015	2015	108.982.786 €	- €

Quelle: SA150 des Jahres 2015. N=112 Krankenkassen.

Eine landesspezifische Auswertung der Rechnungssummen für Wohnortfälle in der SA150 des Jahres 2017 ist in der folgenden Tabelle 3.7 ausgewiesen. Die größten Rechnungssummen weisen in Summe die Länder Frankreich (104,91 Mio. €), Österreich (67,73 Mio. €) und Spanien (44,69 Mio. €) auf. Inzwischen rechnen die meisten Mitgliedsstaaten (23 von 30) Leistungsaushilfe nach tatsächlichem Aufwand ab (siehe Tabelle A.48). Einige Mitgliedsstaaten haben in den vergangenen Jahren vollständig von Pauschalabrechnungen auf Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand umgestellt, z. B. die Niederlande. In Tabelle 3.7 sind für diese Länder noch teilweise Pauschalabrechnungen vergangener Jahre enthalten. Mitgliedsstaaten wie z. B. Spanien, Schweden oder Portugal stellen noch heute für einige Versicherungsgruppen Kopfpauschalen in Rechnung. Eine vollständige Übersicht über die Abrechnungsarten der Mitgliedsstaaten und Abkommensstaaten finden sich in Tabelle A.48 im Anhang. Familienpauschalen kommen lediglich noch in den Abkommensstaaten wie der Türkei und Bosnien-Herzegowina vor. Für Estland und Rumänien waren überhaupt keine Rechnungssummen für Wohnortfälle enthalten (aber Einträge in anderen Bereichen wie z. B. Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte). Das Land Tunesien fehlt komplett in der SA150. Laut Auskunft der DVKA wurden seitens der tunesischen Verbindungsstelle im Jahr 2017 (und auch in der SA150 der Jahre 2015 und 2016) keinerlei Beträge in Rechnung gestellt bzw. beglichen.

Tabelle 3.7: Ausgaben SA150 2017 für Wohnortfälle je Land

Land	Ausgaben gesamt	Tats. Aufwand	Pauschaler Aufwand
Belgien	10.639.463 €	10.643.514 €	- 4.050 €
Bosnien-Herzegowina	9.025.571 €	- €	9.025.571 €
Bulgarien	50.061 €	49.937 €	124 €
Dänemark	277.682 €	277.682 €	- €

Estland	- €	- €	- €
Finnland	431.335 €	202.867 €	228.468 €
Frankreich	104.908.156 €	104.892.998 €	15.158 €
Griechenland	166.832 €	175.453 €	- 8.621 €
Großbritannien	1.074.378 €	142 €	1.074.236 €
Irland	118.631 €	- €	118.631 €
Island	193 €	193 €	- €
Italien	23.678.549 €	13.027.492 €	10.651.057 €
Kroatien	15.780.457 €	15.728.267 €	52.191 €
Lettland	185 €	- €	185 €
Liechtenstein	11.568 €	11.568 €	- €
Litauen	69.808 €	69.808 €	- €
Luxemburg	2.349.934 €	2.349.934 €	- €
Malta	37.145 €	3.220 €	33.925 €
Mazedonien	1.288.757 €	- €	1.288.757 €
Montenegro	- 547 €	- €	- 547 €
Niederlande	21.390.232 €	15.188.752 €	6.201.480 €
Norwegen	1.083.146 €	896.463 €	186.684 €
Österreich	67.732.132 €	67.747.530 €	- 15.399 €
Polen	10.010.904 €	9.997.366 €	13.538 €
Portugal	- 30.863 €	377 €	- 31.241 €
Rumänien	- €	- €	- €
Schweden	3.201.240 €	32 €	3.201.207 €
Schweiz	10.013.827 €	10.008.623 €	5.204 €
Serbien	1.501.306 €	1.946 €	1.499.360 €
Slowakei	1.778.503 €	1.778.503 €	- €
Slowenien	3.541.704 €	3.548.044 €	- 6.341 €
Spanien	44.692.545 €	107.718 €	44.584.827 €
Tschechische Republik	8.492.077 €	8.488.977 €	3.100 €
Türkei	33.899.279 €	- €	33.899.279 €
Ungarn	2.578.011 €	2.564.915 €	13.097 €
Zypern	58.097 €	- €	58.097 €
Gesamt	379.850.298 €	267.762.321 €	112.087.977 €

Quelle: SA150 2017. N=112 Krankenkassen.

Im Folgenden wurden die von der DVKA beglichenen Rechnungssummen für Wohnortfälle den Forderungen für Wohnortfälle gegenübergestellt, um zu versuchen, die gemeldeten Rechnungssummen zu validieren. Die folgende Tabelle 3.8 zeigt die Gegenüberstellung von tatsächlichen Rechnungssummen und Forderungen – getrennt nach pauschalem Aufwand, tatsächlichem Aufwand und Gesamtaufwand. Es zeigt sich, dass insbesondere bei den pauschalen Abrechnungen ein deutlicher Unterschied zwischen den vorliegenden Forderungen und den tatsächlichen Rechnungssummen besteht. Forderungen von 137 Mio. € stehen Rechnungssummen in Höhe von 112 Mio. € gegenüber. Die landesspezifische Analyse (siehe

Anhang 4) zeigt, dass teilweise keine Forderungen vorlagen, aber eine entsprechende Rechnungssumme überwiesen wurde und umgekehrt. Bei den tatsächlichen Aufwänden liegen die tatsächlichen Rechnungssummen und die Forderungen mit 267,7 Mio. € und 262,5 Mio. € relativ nah beieinander.

Tabelle 3.8: Ausgaben und Forderungen der SA150 für Wohnortfälle im Vergleich

	Pauschaler Aufwand	Tatsächlicher Aufwand	Gesamtaufwand
Ausgaben	112.087.977 €	267.762.321 €	379.850.298 €*
Forderungen	137.091.546 €	262.530.077 €	399.621.623 €

Quelle: SA150 2017. N=112 Krankenkassen. * Das ausgewiesene Volumen an Rechnungssummen wurde hier bereits um anteilige Pflegesachkosten in einem Volumen von ca. 8 Mio. € bereinigt, die noch im Gesamtvolumen der Forderungen enthalten sind.

Insgesamt liegen die Rechnungssummen bei 379,85 Mio. € und die Forderungssummen bei 399,6 Mio. €. Die Forderungssummen eignen sich derzeit - wie bereits zu Beginn des Kapitels beschrieben – nicht für eine mögliche Plausibilisierung der von der DVKA beglichenen Rechnungssummen. Künftige Meldungen von Forderungssummen in der SA150 für Wohnortfälle könnten allerdings eventuell im Zeitverlauf die Ableitung von entsprechenden Kennzahlen zur Plausibilisierung der von der DVKA beglichenen landesspezifischen Rechnungssummen ermöglichen.

Die Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte in der SA150 bestehen zu einem Großteil aus Urlauberrechnungen, aber auch alle weiteren vorübergehenden Aufenthalte wie z. B. Studiensemester im Ausland sind in den Rechnungssummen enthalten. In der SA150 des Jahres 2017 sind für vorübergehende Aufenthalte insgesamt 212,69 Mio. € aufgeführt – diese sind jedoch nicht nach Auslandsversicherten und Inlandsversicherten getrennt.

Um eine Abschätzung der Aufteilung dieser Rechnungssummen für Auslandsversicherte und Inlandsversicherte vornehmen zu können, wird auf die anteiligen Versichertentage der SA110 im Jahr 2017 zurückgegriffen. Die in der SA149 in 2016 in entsprechenden Einschreibungsländern identifizierten 328.878 Auslandsversicherten weisen 113.349.001 Versichertentage im Folgejahr 2017 in der SA110 auf. Dies entspricht einem Anteil von ca. 0,43% an allen in der SA110 gemeldeten Versichertentagen (113.349.001 / 26.418.595.413). Unter der Annahme, dass Auslandsversicherte ein ähnliches Inanspruchnahmeverhalten mit Blick auf vorübergehende Aufenthalte im Ausland aufweisen wie Inlandsversicherte, ist zu erwarten,

dass ca. 0,91 Mio. € der Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte auf Auslandsversicherte entfallen und 211,78 Mio. € auf Inlandsversicherte.

3.1.3 Bewertung der Datenqualität und Empfehlungen für nachfolgende Datenlieferungen

Die Datenqualität sowohl in der SA149 als auch in der SA150 ist insgesamt – mit Blick auf die vorgenommenen Analysen – aus Sicht der Gutachter als zufriedenstellend zu bezeichnen. Einige Variablen ließen sich seitens der Gutachter allerdings nicht gegenprüfen, sondern mussten als gegeben verwendet werden wie das in der SA149 enthaltene Länderkennzeichen, da es keine Möglichkeit der Validierung durch anderen Datenquellen gab. Auch die von der DVKA beglichenen Rechnungssummen konnten nicht weiter validiert werden – so konnte z. B. auch die Frage, warum für Tunesien in der SA150 der Jahre 2015 bis 2017 keine Rechnungssummen für Wohnortfälle enthalten waren, nicht abschließend geklärt werden. Es gab keine offensichtlichen Datenauffälligkeiten, die Probleme in der Datenauswertung erzeugten und systematische Verzerrungen erwarten lassen. Es gab allerdings einige Datenspezifika, die – insbesondere bei der Beschreibung des konkreten Zuweisungsverfahrens – berücksichtigt werden müssen.

3.1.3.1 Satzart 149

Datenqualität und Datenprüfung/Datenbereinigung

Mehrfacheinträge (Länderkennzeichen und Grenzgängerstatus): In der SA149 KM 2016 waren teilweise Mehrfacheinträge von Versicherten vorhanden, die im Jahresverlauf entweder ihren Grenzgängerstatus oder ihr Einschreibungsland gewechselt hatten. Bei Umsetzung eines Zuweisungsmodelles, das das Einschreibeland berücksichtigt, muss in der Verfahrensbeschreibung beschrieben werden, welches Einschreibungsland dem Versicherten final zugeordnet wird. In den vorliegenden Analysen wurden die Versicherten mit einem Wechsel beim Grenzgängerkennzeichen der Gruppe „nicht erfasst“ zugeordnet, weil keine eindeutige Zuordnung möglich war. Die 3.250 (respektive 3.997) Versicherten, für die in 2016 (respekti-

ve 2017) mehrere Einschreibungsländer gemeldet waren, wurden dem Land zugeordnet, in dem der jeweilige Versicherte die meisten Versichertentage aufwies.

Fehlendes Einschreibungsland in der SA149: Für 272 Versicherte in der SA149 KM 2016 war kein Länderkennzeichen vorhanden, aber Auslandsversichertentage wurden gemeldet. Diese Versicherten wurden in den landesspezifischen Analysen der Gruppe „Keine Angabe“ zugewiesen. Die zugehörigen Ausgaben der Versicherten in der SA700 konnten in den landesspezifischen Analysen allerdings keinem Land zugeordnet werden und wurden bei der Ermittlung der Landespauschalen somit nicht berücksichtigt.

Überschreiten der maximalen Versichertentagezahl: Bei Überschreiten der maximalen Versichertentagezahl von 366 bzw. 365 Tagen wurde jeweils auf die maximal mögliche Versichertentagezahl (in der SA149 für 2016: 366 Tage) reduziert. Hierbei handelt es sich um vier Versicherte für 2016 und fünf Versicherte für 2017.

Probleme der Verknüpfbarkeit von SA149 KM und SA110 2017: bei der Verwendung der KM der SA149 und der SA110 war für einige Versicherte keine Verknüpfung mit der SA700 möglich (14.076 Versicherte der in der SA149 identifizierten Auslandsversicherten, die auch in der SA110 des Jahres 2017 Versichertentage aufweisen). Dabei handelt es sich (wie bereits in Abschnitt 3.1.2.1) nicht um „neue“ Versicherte, sondern um Pseudonyme, die aufgrund einer Umstellung auf die bundeseinheitliche KVNR als neu erscheinen. Diese Datensätze wurden aus den Analysen ausgeschlossen. Diese Bereinigung sorgt allerdings dafür, dass Versicherte unberücksichtigt bleiben, die in der SA700 in 2017 mit einem anderen Pseudonym auftauchen als in der SA110 des Jahres 2017. Durch das Löschen der Pseudonyme wird um den sonst bestehenden methodischen Fehler bereinigt, dass für diese Pseudonyme zwar Zuweisungen ermittelt werden, denen aber in der SA700 keine versichertenbezogenen Ausgaben gegenüberstehen. Dies würde zu einer dahingehenden Verzerrung führen, dass die Deckungsquoten von Auslandsversicherten höher ausfallen, als sie eigentlich sind. Die Bereinigung führt aber auch dazu, dass die im vorliegenden Gutachten berücksichtigten VT-Summen in einzelnen AusAGGn niedriger liegen als im Jahresausgleich für 2017. Somit liegen auch die AusAGG-Zuweisungen in Summe mit 596 Mio. € unterhalb der Zuweisungssumme des Jahresausgleiches von 633 Mio. €. Vor der Bereinigung um die betroffenen 14.076 Pseudonyme lagen sowohl die VT-Summen in den einzelnen AusAGGn als auch die Gesamtzuweisungssumme für Auslandsversicherte mit 633 Mio. € auf dem Niveau des Jahresausgleiches.

Die Bereinigung war allerdings aus Sicht der Gutachter notwendig, um Verzerrungen mit Blick auf die Deckungsquoten zu vermeiden, wenngleich der Datensatz nicht ganz deckungsgleich mit dem AusAGG-Bestand des Jahresausgleiches ist.

Empfehlungen

- Grenzgängerkennzeichen: Das Grenzgängerkennzeichen (Datenfeld 5) sollte gestrichen werden, weil dieses seitens der Krankenkassen im Rahmen des elektronischen Meldeverfahrens in Mitgliedsstaaten künftig nicht mehr valide lieferbar sein wird (siehe auch Kapitel 5.2).
- Für künftige Datenlieferungen und unter Berücksichtigung des gewählten Modells (siehe Kapitel 9.4) wird empfohlen, als einzige für das Zuweisungsverfahren relevante Variable der SA149 das Länderkennzeichen (Datenfeld 6) in die SA100 aufzunehmen (als neues Datenfeld 21). Zur Wahrung der Struktur der SA100 ist hierbei sicherzustellen, dass jede Krankenkasse für jeden ihrer Versicherten weiterhin genau einen Datensatz übermittelt. Für Fälle von mehreren Einschreibungen in unterschiedlichen Staaten ist daher im Rahmen der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V eine für die meldenden Krankenkassen eindeutige Zuordnungsregel für das neue Datenfeld zu treffen. Damit entfielen die Datenmeldung der SA149 künftig vollständig (siehe Kapitel 9.5.1).

3.1.3.2 Satzart 150

Datenqualität und Datenprüfung/Datenbereinigung

Negative Rechnungssummen: In der SA150 waren teilweise für länger zurückliegende Abrechnungsjahre negative Rechnungssummen für einige Länder vorhanden. Diese sind mit nachträglichen Erstattungen zu erklären. Diese nachträglichen Erstattungen haben allerdings keinen relevanten Einfluss auf die Verwendung der beglichenen Rechnungssummen für die zugrundeliegenden Analysen und ein mögliches späteres Zuweisungsverfahren, da sie zum einen nach Aussagen in den Expertengesprächen ein relativ geringes Volumen darstellen und zum anderen, weil sie bei der Bestimmung des Zuweisungsvolumens als negative Beträge einfach mit berücksichtigt würden.

Fehlende Einträge für Tunesien: Für Tunesien gab es keine Einträge in der SA150 (auch nicht bei den Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte oder für Forderungen). Laut Auskunft der DVKA gab es (wie bereits in Abschnitt 3.1.2.2 ausgeführt) seitens der tunesischen Verbindungsstelle 2017 keinerlei Rechnungsbeträge, die in Rechnung gestellt bzw. beglichen wurden. Bei der Ermittlung der Landespauschalen fehlten somit für Tunesien die Rechnungssummen der SA150. Hier wurden lediglich die versichertenbezogenen Ausgaben der SA700 berücksichtigt.

Fehlende Altersangaben: Von den Rechnungssummen der SA150 im Jahr 2017 wiesen insgesamt 44,6 Mio. € keine Altersgruppenangaben auf. Dies ist größtenteils durch Sammelabrechnungsverfahren von Familienpauschalen für die Türkei und Bosnien-Herzegowina zu erklären, bei denen grundsätzlich keine Altersangaben übermittelt werden. Es lagen allerdings auch einige Rechnungssummen vor, für die trotz nicht vorliegendem Sammelabrechnungsverfahren (d. h. Rechnungssummen, die nicht über Familienpauschalen für die Länder Türkei und Bosnien-Herzegowina abgerechnet wurden), keine Altersangaben dokumentiert wurden. Von den nicht altersbezogen zuzuordnenden 44,6 Mio. € entfielen 42,9 Mio. € auf die Länder Türkei und Bosnien-Herzegowina und ca. 1,7 Mio. € auf alle übrigen Länder, wobei die Altersangaben auch für Pauschalabrechnungen und für Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand teilweise fehlten. Der DVKA sind die Gründe für diese fehlerhaften Meldungen in Fällen, in denen Altersangaben regelhaft zu übermitteln sind, nicht bekannt. Die nicht altersbezogenen Rechnungssummen in der SA150 konnten somit bei altersklassenspezifischen Analysen nicht berücksichtigt werden, sind aber in den landesspezifischen Analysen jeweils berücksichtigt worden.

Kopfpauschalen mit Pflegesachkostenanteilen: In einigen Kopfpauschalen, die von Mitgliedsstaaten für einige Versichertengruppen erhoben werden, sind (wie in Abschnitt 3.1.2.2 bereits ausgeführt) auch anteilige Rechnungsbeträge für Pflegesachleistungskosten enthalten; es werden somit „Bruttobeträge“ abgerechnet. Diese Pflegesachleistungskosten sind nach Altersgruppen differenziert: <20 Jahre, 20 bis 64 Jahre und ≥65 Jahre und weisen zwischen den Altersgruppen unterschiedlich hohe Anteile auf. Die anteiligen Pflegesachleistungskosten mussten bei der Ermittlung der Deckungsquoten nach Ländern und anderen Merkmalen entsprechend berücksichtigt (bereinigt) werden, da nicht die gesetzlichen Krankenversicherungen, sondern die Pflegeversicherungen für diese Kosten aufkommen müssen und die

Ausgaben somit nicht der GKV zuzurechnen sind. Für das Gutachten wurden die „Nettobeträge“ berechnet und nur diese als Ausgaben bei den Krankenkassen angesetzt. Die relevanten landesspezifischen Anteile von Pflegesachleistungskosten wurden seitens der DVKA für die Länder, die noch über Kopfpauschalen abrechnen, zur Verfügung gestellt.

Empfehlungen

Die SA150-Meldung kann wie im Folgenden dargestellt deutlich vereinfacht werden:

- Personentyp: Auch diese Variable (Datenfeld 7) sollte gestrichen werden, da sie für die Ermittlung und Differenzierung von Länderpauschalen keine Relevanz besitzt.
- Zustimmungsfälle und vorübergehende Aufenthalte: Die Rechnungssummen für Zustimmungsfälle und für vorübergehende Aufenthalte (Datenfelder 39 und 33) mit den Datenfeldern zum Vorzeichen und den Fallzahlen sollten ebenfalls gestrichen werden, da sie für die Ermittlung der Länderpauschalen keine Relevanz besitzen. Auch die Gesamtsumme über alle Ausgabenbereiche nach tatsächlichem Aufwand (Wohnortfälle, vorübergehende Aufenthalte, Zustimmungsfälle) in Datenfeld 14 und die zugehörigen Datenfelder für das Vorzeichen und die Fallzahlen sind für das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte nicht notwendig.
- Forderungssummen: Die bisher in der SA150 aufgeführten Forderungssummen (Datenfelder 8, 11, 20, 22, 30 und 36) mit den zugehörigen Datenfeldern mit den Vorzeichen und den Fallzahlen sollten ebenfalls gestrichen werden, da diese zum Zwecke der Validierung der Rechnungssummen nicht geeignet sind.
- Für künftige Meldungen der SA150 empfehlen die Gutachter die Meldung von Netto-rechnungssummen für Wohnortfälle in den Datenfeldern der pauschalen Aufwände (Datenfeld 17) und der Ausgaben für tatsächlichen Aufwand (Datenfeld 27) seitens der DVKA, also bereinigt um Pflegesachkostenanteile.

3.2 Länderspezifische Über- und Unterdeckungen

3.2.1 Berechnung von länderspezifischen Über- oder Unterdeckungen

Im Folgenden werden länderspezifische Deckungsquoten, also Unter- und Überdeckungen, durch Gegenüberstellung von Zuweisungen für Versicherte in einem Land und Leistungsausgaben der Krankenkassen für den entsprechenden Personenkreis ermittelt. Für die Berechnung der Zuweisungen werden die Zuschläge für AusAGGn des Jahresausgleiches für das Ausgleichsjahr 2017 verwendet. Die ausgewiesenen pro-Tag-Werte (siehe Tabelle A.46 im Anhang) werden für das Jahr 2017 für alle Versicherten mit mehr als 182 Auslandsversichertentagen im Jahr 2016 mit den in der SA100 des Jahres 2017 enthaltenen Versichertentagen multipliziert und landesspezifisch aufsummiert.

Für die Leistungsausgaben mussten zunächst die im Ausland entstandenen landesspezifischen Rechnungssummen der SA150 aufsummiert werden. Dabei handelt es sich um die Datenfelder 17 (Rechnungssummen für Pauschalabrechnungen) und 25 (Rechnungssummen für Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand) unter Berücksichtigung der in den Datenfeldern 18 und 26 enthaltenen Vorzeichen (die Summe beider Variablen wird auch direkt in Datenfeld 25 ausgewiesen).

Zusätzlich mussten die im Inland entstandenen Ausgaben für die eingeschriebenen Versicherten ermittelt werden. Dafür wurden deren Ausgaben in den relevanten Hauptleistungsbereichen (HLB) der SA700 aus 2017 ebenfalls landesspezifisch aufsummiert („Ärzte“, „Zahnärzte“, „Apotheken“, „Krankenhäuser“, „Sonstige Leistungsausgaben“, „Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung“) und den Rechnungssummen der SA150 (siehe oben) hinzugeaddiert. Aufgrund der Tatsache, dass die Rechnungsbeträge, die im Ausland entstehen, zumindest teilweise bei den Krankenkassen versichertenbezogen erfasst und gebucht werden, ist zu erwarten, dass ein relevanter Anteil des HLB5 (in den die Kontenarten 480 und 483 einfließen) für Behandlungen im Ausland aufgelaufen und deshalb bereits in den Rechnungssummen der DVKA (SA150) enthalten sind. Einige Krankenkassen gaben in den Expertengesprächen an, die im Ausland entstehenden Rechnungsbeträge nicht versichertenbezogen zu erfassen, da diese versichertenbezogene Ausgabenerfassung Mehraufwand bedeutet, aber keinen weiteren Nutzen bietet. Da die genauen Anteile nicht bekannt sind und einige Krankenkassen im Rahmen der geführten Expertengespräche mitteilten, keine der auflaufenden

DVKA-Rechnungen versichertenbezogen zu erfassen, wurde ein Anteil von 50% angenommen, um entsprechende Deckungsquoten auf Landesebene abbilden zu können. Zusätzlich wurde auch mit Quoten von 0% und 100% gerechnet (siehe Tabelle A.52 und Tabelle A.53 im Anhang). Auch für die Darstellung der Gesamtausgaben von Auslandsversicherten wurde der Anteil im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse zwischen 0%, 50% und 100% variiert (siehe Tabelle 3.9).

Die landesspezifischen Deckungsquotenanalysen wurden neben Auslandsversicherten mit mindestens 183 Einschreibungstagen im Vorjahr zusätzlich auch für Auslandsversicherte durchgeführt, die in der SA149 mindestens einen Einschreibungstag im Jahr 2016 erreichten (siehe Tabelle A.50 im Anhang) und auch für diejenigen, die mindestens einen Einschreibungstag im Jahr 2017, also in der zeitgleichen Definition von Auslandsversicherten, aufwiesen (siehe Tabelle A.51 im Anhang). Die landesspezifischen Ergebnisse weisen eine – unabhängig der Definition von Auslandsversicherten – hohe Stabilität auf. Somit wären auch bei einer veränderten Definition von Auslandsversicherten landesspezifisch vergleichbare Ergebnisse zu erwarten.

Tabelle 3.9 stellt für Auslandsversicherte, die eine AusAGG erreicht haben, die Summen der Leistungsausgaben je HLB der SA700 dar. Dabei wurden die Beträge länderübergreifend summiert. Die dritte Spalte gibt an, wie hoch der Anteil der einzelnen HLB an der Gesamtsumme der Leistungsausgaben der AusAGGler in der SA700 ist. Die Leistungsausgaben des HLB5 wurden mit 0%, 50% bzw. 100% berücksichtigt.

Tabelle 3.9: Ausgaben von Auslandsversicherten in den HLBn der SA700 2017

HLB Nr.	Hauptleistungsbereich	HLB in €	Anteilig an SA700
1	Ärzte	29.555.355 €	19,31%
2	Zahnärzte	13.657.850 €	8,92%
3	Arzneimittel	27.049.980 €	17,67%
4	Krankenhaus	55.255.685 €	36,10%
5	Sonstige LA (50% berücksichtigt)	26.828.470 €	17,53%
7	Dialyse	727.295 €	0,48%
Gesamt		153.074.635 €	100%

HLB Nr.	Hauptleistungsbereich	HLB in €	Anteilig an SA700
1	Ärzte	29.555.355 €	23,41%
2	Zahnärzte	13.657.850 €	10,82%
3	Arzneimittel	27.049.980 €	21,43%
4	Krankenhaus	55.255.685 €	43,77%

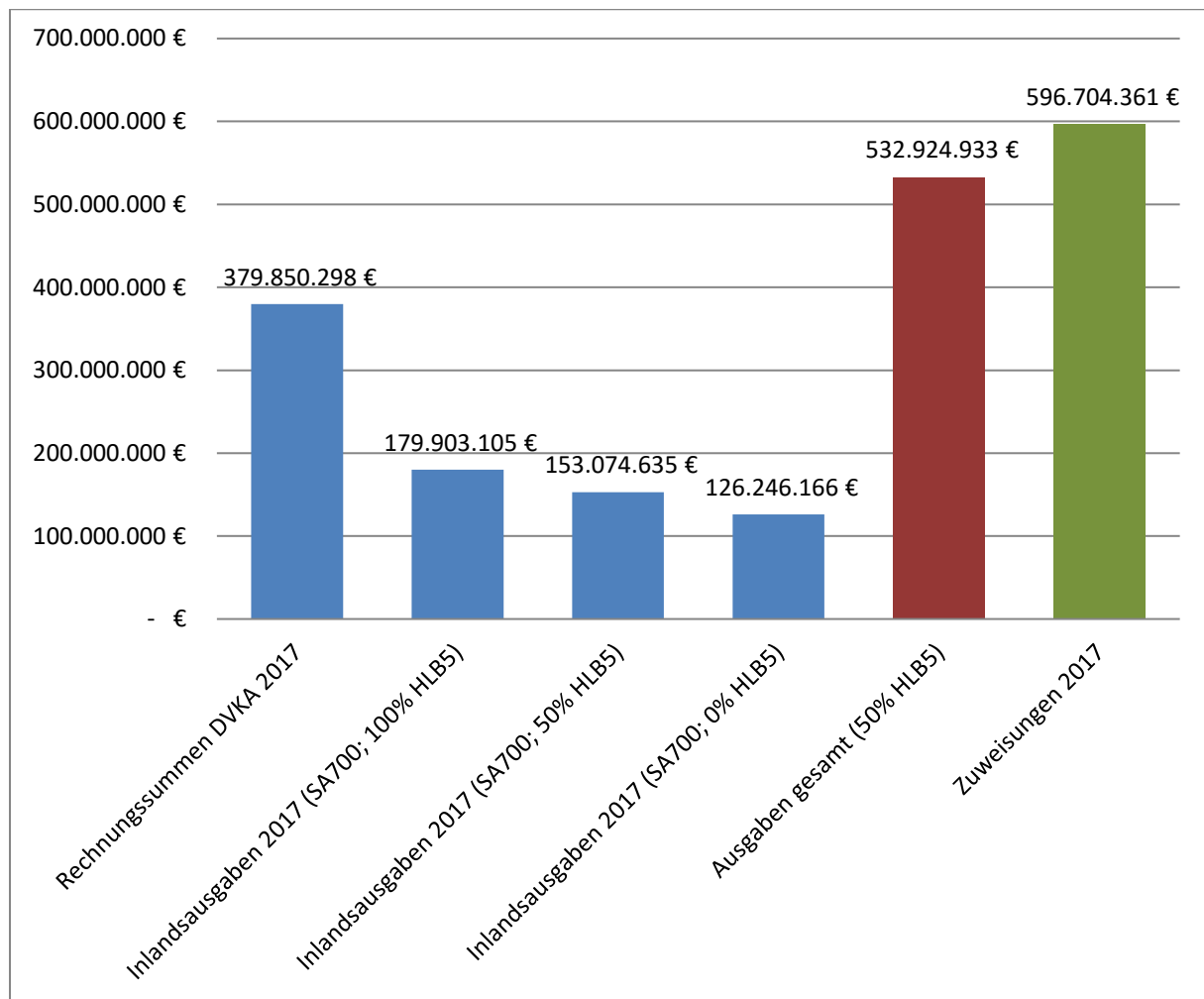
5	Sonstige LA (0% berücksichtigt)	- €	0,00%
7	Dialyse	727.295 €	0,58%
Gesamt		126.246.166 €	100%

HLB Nr.	Hauptleistungsbereich	HLB in €	Anteilig an SA700
1	Ärzte	29.555.355 €	16,43%
2	Zahnärzte	13.657.850 €	7,59%
3	Arzneimittel	27.049.980 €	15,04%
4	Krankenhaus	55.255.685 €	30,71%
5	Sonstige LA (100% berücksichtigt)	53.656.939 €	29,83%
7	Dialyse	727.295 €	0,40%
Gesamt		179.903.105 €	100%

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Satzarten 700 2017 und SA149 KM 2016. N=106 Krankenkassen.

Durch Variation der anteiligen Berücksichtigung des HLB5 liegen die Leistungsausgaben im HLB5 für Auslandsversicherte zwischen 0 und 53,656 Mio. € (zwischen 0% und 29,83% der Gesamtausgaben in der SA700).

Bei der Gegenüberstellung von Ausgaben (SA700 und SA150) und Zuweisungen im Status quo (nach Sonderregelung) im Ausgleichsjahr 2017 ergeben sich für Auslandsversicherte die folgenden Gesamtwerte (siehe Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8: Ausgaben und Zuweisungen für Auslandsversicherte 2017 gesamt Status quo

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Satzarten 149 KM 2016, SA110 2017, SA150 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

In der folgenden Tabelle 3.10 werden zunächst die Ausgaben je Einschreibungsland differenziert nach SA150 und SA700 dargestellt. Frankreich weist mit ca. 141 Mio. € an den Gesamtausgaben für Auslandsversicherte den höchsten Betrag auf, gefolgt von Österreich (88,3 Mio. €) und Spanien (53,2 Mio. €). Die Schlusslichter bilden Island (ca. 15.000 €), Lettland (ca. 28.000 €) und Montenegro (ca. 40.000 €). Der Anteil des HLB5 an den in der SA700 insgesamt verbuchten Beträge schwankt landesvergleichend erheblich. Dies kann unter anderem mit sehr geringen Fallzahlen in einigen Ländern, aber auch mit der Intensität von der Inlandsinanspruchnahme und unterschiedlichen Anteilen der DVKA-Rechnungssummen im HLB5 erklärt werden. Auch kann die Summe der Ausgaben geringer sein als die Ausgaben der SA700, wenn in den Rechnungssummen der DVKA die Erstattungen die Ausgaben überwiegen (beispielsweise bei Portugal und Montenegro). Es wäre auch grundsätzlich denkbar, dass

die erstatteten Rechnungssummen der SA150 die Ausgaben der SA700 übersteigen. Möglicherweise negative Länderpauschalen wären somit rechnerisch möglich und würde somit auch zu negativen Zuweisungen führen. Es handelt sich dabei jedoch erwartbar nur um einmalige Effekte und nicht um stabile, um mehrere Jahre andauernde negative Zuschläge. Auch dürfte einer einzelnen Krankenkassen der Überblick über das gesamte landesbezogene Ausgaben- und Erstattungsgeschehen eines Landes fehlen. Daher ist grundsätzlich nicht davon auszugehen, dass das Auftreten von negativen Landespauschalen durch die Krankenkassen antizipierbar ist. Eine strategische Anpassung der Datenmeldung zur Vermeidung negativer Zuweisungen für den einzelnen Auslandsversicherten ist daher nicht zu erwarten. Daher besteht mit Blick auf Anreize zur Manipulation der Datenmeldung kein zusätzlicher Anreiz durch das Auftreten negativer Landespauschalen. Insgesamt sind negative Zuschläge somit nur ein Sonderfall im Hinblick auf das Phänomen geringer Landeszuschläge. Mögliche Anreizwirkungen bei Krankenkassen mit Blick auf das Meldeverhalten bei negativen oder geringen Landeszuschlägen werden in Kapitel 6.6 ausführlich diskutiert. Für die folgenden Tabellen wurde der HLB5 (sonstige Leistungsausgaben) mit jeweils 50% berücksichtigt.

Tabelle 3.10: Leistungsausgaben der SA700 und gesamt je Land

Land	Summe Ausgaben	Ausgaben SA700	Anteil SA700 an gesamt	HLB5 (zu 50% berücksichtigt)	Anteil HLB5 an SA700	Anteil HLB5 an gesamt
Belgien	25.318.821 €	14.679.358 €	57,98%	1.517.383 €	10,34%	5,99%
Bosnien-Herz.	10.213.783 €	1.188.213 €	11,63%	56.088 €	4,72%	0,55%
Bulgarien	255.178 €	205.117 €	80,38%	11.054 €	5,39%	4,33%
Dänemark	688.662 €	410.980 €	59,68%	30.396 €	7,40%	4,41%
Estland	40.443 €	40.443 €	100,00%	6.976 €	17,25%	17,25%
Finnland	477.779 €	46.444 €	9,72%	20.513 €	44,17%	4,29%
Frankreich	141.079.436 €	36.171.280 €	25,64%	7.978.529 €	22,06%	5,66%
Griechenland	3.432.517 €	3.265.685 €	95,14%	184.802 €	5,66%	5,38%
Großbritannien	1.374.628 €	300.250 €	21,84%	9.459 €	3,15%	0,69%
Irland	279.665 €	161.033 €	57,58%	23.613 €	14,66%	8,44%
Island	15.296 €	15.104 €	98,74%	- €	0,00%	0,00%
Italien	27.623.527 €	3.944.977 €	14,28%	392.719 €	9,95%	1,42%
Kroatien	18.527.912 €	2.747.454 €	14,83%	1.197.883 €	43,60%	6,47%
Lettland	27.782 €	27.597 €	99,33%	571 €	2,07%	2,06%
Liechtenstein	61.389 €	49.820 €	81,16%	1.122 €	2,25%	1,83%
Litauen	235.256 €	165.448 €	70,33%	23.584 €	14,25%	10,02%
Luxemburg	3.175.176 €	825.241 €	25,99%	249.387 €	30,22%	7,85%
Malta	80.997 €	43.852 €	54,14%	3.700 €	8,44%	4,57%
Mazedonien	1.659.366 €	370.609 €	22,33%	20.359 €	5,49%	1,23%
Montenegro	40.366 €	40.913 €	101,36%	3.835 €	9,37%	9,50%
Niederlande	32.968.064 €	11.577.832 €	35,12%	1.460.614 €	12,62%	4,43%

Norwegen	1.155.207 €	72.060 €	6,24%	1.821 €	2,53%	0,16%
Österreich	87.729.187 €	19.997.056 €	22,79%	6.406.036 €	32,03%	7,30%
Polen	24.452.149 €	14.441.244 €	59,06%	1.599.187 €	11,07%	6,54%
Portugal	628.565 €	659.428 €	104,91%	66.246 €	10,05%	10,54%
Rumänien	632.730 €	632.730 €	100,00%	22.103 €	3,49%	3,49%
Schweden	3.838.643 €	637.404 €	16,60%	43.865 €	6,88%	1,14%
Schweiz	17.121.473 €	7.107.646 €	41,51%	1.612.253 €	22,68%	9,42%
Serbien	2.153.727 €	652.421 €	30,29%	23.840 €	3,65%	1,11%
Slowakei	3.867.413 €	2.088.910 €	54,01%	252.434 €	12,08%	6,53%
Slowenien	4.296.581 €	754.877 €	17,57%	399.523 €	52,93%	9,30%
Spanien	53.244.848 €	8.552.303 €	16,06%	1.202.875 €	14,06%	2,26%
Tschechische Republik	15.350.728 €	6.858.651 €	44,68%	963.243 €	14,04%	6,27%
Tunesien	402.009 €	402.009 €	100,00%	23.889 €	5,94%	5,94%
Türkei	40.184.058 €	6.284.780 €	15,64%	269.237 €	4,28%	0,67%
Ungarn	9.861.675 €	7.283.664 €	73,86%	684.955 €	9,40%	6,95%
Zypern	115.726 €	57.629 €	49,80%	10.298 €	17,87%	8,90%

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der SA700. N=106 Krankenkassen.

Basierend auf der Summe der Ausgaben der SA700 (siehe Tabelle 3.10) und den Rechnungssummen der SA150 ergeben sich durch Gegenüberstellung mit den Zuweisungen unter Verwendung der Tageswerte des Jahresausgleiches des Ausgleichsjahres 2017 die folgenden landesspezifischen Deckungsquoten (siehe Tabelle 3.11). Für die Länder Tunesien, Rumänien und Estland wurden keine Rechnungssummen in der SA150 ausgewiesen. Die Gegenüberstellung der Zuweisungen zeigt in der Spalte rechts die Deckungsquoten je Land. Diese weisen eine große Spannweite auf – unter anderem bedingt durch die Tatsache, dass teilweise gar keine Rechnungssummen in der SA150 enthalten waren und teilweise sehr geringe Fallzahlen vorlagen. Die Deckungsquoten reichen von 25% für Norwegen bis hin zu 1891% für Portugal. Die niedrigsten Deckungsquoten weisen nach Norwegen die Länder Luxemburg (31%), die Schweiz (34%) und Österreich (50%) auf. Die höchsten Deckungsquoten sind nach Portugal in den Ländern Montenegro (1799%), Griechenland (1010%) und Serbien (787%) zu finden.

Tabelle 3.11: Deckungsquote je Land

Land	Ausgaben SA700	Ausgaben SA150	Summe Ausgaben	Zuweisungen	Deckungsquote
Belgien	14.679.358 €	10.639.463 €	25.318.821 €	15.028.649 €	59,36%
Bosnien-Herz.	1.188.213 €	9.025.571 €	10.213.783 €	25.528.268 €	249,94%
Bulgarien	205.117 €	50.061 €	255.178 €	888.776 €	348,30%
Dänemark	410.980 €	277.682 €	688.662 €	989.690 €	143,71%

Estland	40.443 €	- €	40.443 €	148.252 €	366,57%
Finnland	46.444 €	431.335 €	477.779 €	380.684 €	79,68%
Frankreich	36.171.280 €	104.908.156 €	141.079.436 €	76.419.073 €	54,17%
Griechenland	3.265.685 €	166.832 €	3.432.517 €	34.665.217 €	1009,91%
Großbritannien	300.250 €	1.074.378 €	1.374.628 €	1.226.242 €	89,21%
Irland	161.033 €	118.631 €	279.665 €	451.802 €	161,55%
Island	15.104 €	193 €	15.296 €	8.482 €	55,45%
Italien	3.944.977 €	23.678.549 €	27.623.527 €	40.718.047 €	147,40%
Kroatien	2.747.454 €	15.780.457 €	18.527.912 €	38.155.673 €	205,94%
Lettland	27.597 €	185 €	27.782 €	208.036 €	748,82%
Liechtenstein	49.820 €	11.568 €	61.389 €	69.338 €	112,95%
Litauen	165.448 €	69.808 €	235.256 €	819.230 €	348,23%
Luxemburg	825.241 €	2.349.934 €	3.175.176 €	985.346 €	31,03%
Malta	43.852 €	37.145 €	80.997 €	201.873 €	249,24%
Mazedonien	370.609 €	1.288.757 €	1.659.366 €	6.978.783 €	420,57%
Montenegro	40.913 €	-547 €	40.366 €	726.003 €	1798,57%
Niederlande	11.577.832 €	21.390.232 €	32.968.064 €	19.092.859 €	57,91%
Norwegen	72.060 €	1.083.146 €	1.155.207 €	286.231 €	24,78%
Österreich	19.997.056 €	67.732.132 €	87.729.187 €	43.800.434 €	49,93%
Polen	14.441.244 €	10.010.904 €	24.452.149 €	53.869.156 €	220,30%
Portugal	659.428 €	-30.863 €	628.565 €	11.889.109 €	1891,47%
Rumänien	632.730 €	- €	632.730 €	2.132.900 €	337,10%
Schweden	637.404 €	3.201.240 €	3.838.643 €	2.214.880 €	57,70%
Schweiz	7.107.646 €	10.013.827 €	17.121.473 €	7.388.002 €	43,15%
Serbien	652.421 €	1.501.306 €	2.153.727 €	16.758.354 €	778,11%
Slowakei	2.088.910 €	1.778.503 €	3.867.413 €	5.496.144 €	142,11%
Slowenien	754.877 €	3.541.704 €	4.296.581 €	4.711.425 €	109,66%
Spanien	8.552.303 €	44.692.545 €	53.244.848 €	50.112.299 €	94,12%
Tschechische Republik	6.858.651 €	8.492.077 €	15.350.728 €	28.965.442 €	188,69%
Tunesien	402.009 €	- €	402.009 €	1.967.656 €	489,46%
Türkei	6.284.780 €	33.899.279 €	40.184.058 €	86.694.977 €	215,74%
Ungarn	7.283.664 €	2.578.011 €	9.861.675 €	16.120.146 €	163,46%
Zypern	57.629 €	58.097 €	115.726 €	202.913 €	175,34%

Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der SA700, der SA150 und der Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. N=106 Krankenkassen.

Anhand der Landeswerte der Tabelle 3.10 und Tabelle 3.11 konnten die entsprechenden Deckungsbeiträge auf Versichertenenebene je Versichertentag je Land ermittelt werden. Die folgende Tabelle 3.12 zeigt die höchsten Deckungsbeiträge je Versichertentag für die Länder Portugal mit +8,04 €, Montenegro mit +8,00 €, Serbien mit +7,41 € und Griechenland mit +7,19 €. Die größten Unterdeckungen zeigen sich je Versichertentag für Norwegen mit -22,30 €, Luxemburg mit -11,67 €, die Schweiz mit -6,88 € und Schweden mit -5,30 €.

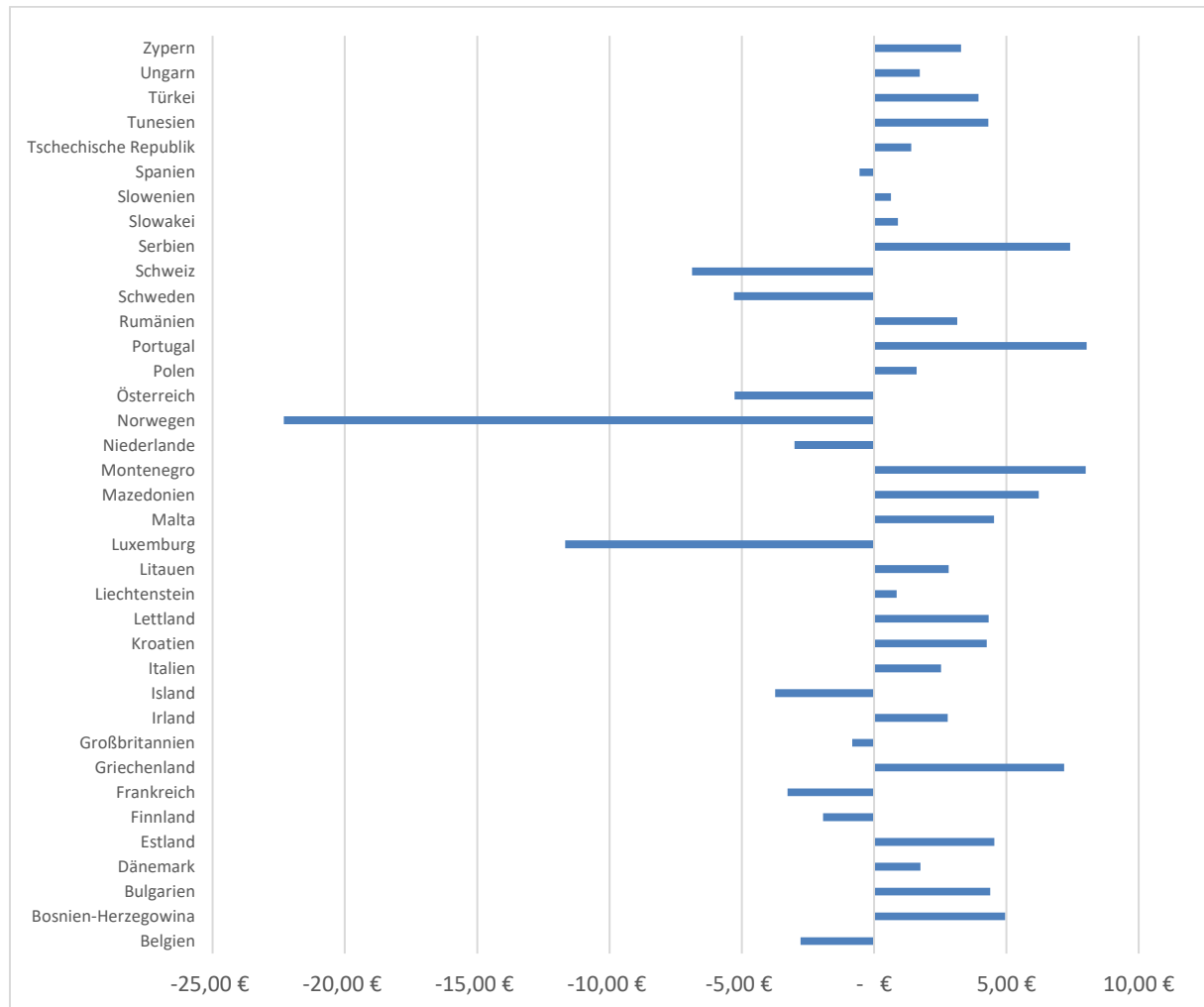
Tabelle 3.12: Deckungsbeitrag pro Versichertentag je Land

Land	Summe Ausgaben	Zuweisungen	VT 2017	Ausgaben je VT	Zuweisungen je VT	Deckungsbeitrag je VT
Belgien	25.318.821 €	15.028.649 €	3.708.430	6,83 €	4,05 €	-2,77 €
Bosnien-Herz.	10.213.783 €	25.528.268 €	3.091.375	3,30 €	8,26 €	4,95 €
Bulgarien	255.178 €	888.776 €	144.449	1,77 €	6,15 €	4,39 €
Dänemark	688.662 €	989.690 €	171.454	4,02 €	5,77 €	1,76 €
Estland	40.443 €	148.252 €	23.728	1,70 €	6,25 €	4,54 €
Finnland	477.779 €	380.684 €	50.389	9,48 €	7,55 €	-1,93 €
Frankreich	141.079.436 €	76.419.073 €	19.798.482	7,13 €	3,86 €	-3,27 €
Griechenland	3.432.517 €	34.665.217 €	4.346.573	0,79 €	7,98 €	7,19 €
Großbritannien	1.374.628 €	1.226.242 €	179.009	7,68 €	6,85 €	-0,83 €
Irland	279.665 €	451.802 €	61.798	4,53 €	7,31 €	2,79 €
Island	15.296 €	8.482 €	1.825	8,38 €	4,65 €	-3,73 €
Italien	27.623.527 €	40.718.047 €	5.168.021	5,35 €	7,88 €	2,53 €
Kroatien	18.527.912 €	38.155.673 €	4.612.022	4,02 €	8,27 €	4,26 €
Lettland	27.782 €	208.036 €	41.667	0,67 €	4,99 €	4,33 €
Liechtenstein	61.389 €	69.338 €	9.318	6,59 €	7,44 €	0,85 €
Litauen	235.256 €	819.230 €	206.697	1,14 €	3,96 €	2,83 €
Luxemburg	3.175.176 €	985.346 €	187.582	16,93 €	5,25 €	-11,67 €
Malta	80.997 €	201.873 €	26.690	3,03 €	7,56 €	4,53 €
Mazedonien	1.659.366 €	6.978.783 €	854.667	1,94 €	8,17 €	6,22 €
Montenegro	40.366 €	726.003 €	85.718	0,47 €	8,47 €	8,00 €
Niederlande	32.968.064 €	19.092.859 €	4.611.992	7,15 €	4,14 €	-3,01 €
Norwegen	1.155.207 €	286.231 €	38.962	29,65 €	7,35 €	-22,30 €
Österreich	87.729.187 €	43.800.434 €	8.333.573	10,53 €	5,26 €	-5,27 €
Polen	24.452.149 €	53.869.156 €	18.259.252	1,34 €	2,95 €	1,61 €
Portugal	628.565 €	11.889.109 €	1.400.778	0,45 €	8,49 €	8,04 €
Rumänien	632.730 €	2.132.900 €	476.953	1,33 €	4,47 €	3,15 €
Schweden	3.838.643 €	2.214.880 €	306.519	12,52 €	7,23 €	-5,30 €
Schweiz	17.121.473 €	7.388.002 €	1.414.051	12,11 €	5,22 €	-6,88 €
Serbien	2.153.727 €	16.758.354 €	1.972.116	1,09 €	8,50 €	7,41 €
Slowakei	3.867.413 €	5.496.144 €	1.805.484	2,14 €	3,04 €	0,90 €
Slowenien	4.296.581 €	4.711.425 €	652.289	6,59 €	7,22 €	0,64 €
Spanien	53.244.848 €	50.112.299 €	5.698.810	9,34 €	8,79 €	-0,55 €
Tschechische Republik	15.350.728 €	28.965.442 €	9.696.113	1,58 €	2,99 €	1,40 €
Tunesien	402.009 €	1.967.656 €	363.008	1,11 €	5,42 €	4,31 €
Türkei	40.184.058 €	86.694.977 €	11.802.816	3,40 €	7,35 €	3,94 €
Ungarn	9.861.675 €	16.120.146 €	3.624.183	2,72 €	4,45 €	1,73 €
Zypern	115.726 €	202.913 €	26.533	4,36 €	7,65 €	3,29 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. N=106 Krankenkassen.

In der folgenden Abbildung sind die Deckungsbeiträge je VT je Land (Werte der Spalte ganz rechts in Tabelle 3.12) noch einmal separat aufgeführt, um die deutlichen landesspezifischen Unterschiede in der Deckungsbeitragssituation im Status quo darzustellen.

Abbildung 3.9: Deckungsbeitrag je Versichertentag und Land



Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149 KM 2016, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. N=106 Krankenkassen.

3.2.2 Zwischenfazit: Bewertung der Über- und Unterdeckungsproblematik

Die landesspezifischen Deckungsquoten und landesspezifischen Deckungsbeiträge je Versichertentag zeigen – wie bereits nach den Ergebnissen des Erstgutachtens zu erwarten war – erhebliche Unterschiede. Sie unterstreichen die im Erstgutachten herausgearbeitete Notwendigkeit einer landesspezifischen Ausgestaltung der Zuweisungen für Auslandsversicherte. Mit Blick auf die landesspezifischen Ergebnisse muss allerdings darauf hingewiesen wer-

den, dass für einige Länder die Deckungsquoten und Deckungsbeiträge nur eingeschränkt interpretiert werden können, wenngleich vermutlich die grundsätzliche Richtung der Ergebnisse für die einzelnen Länder als gesichert gelten kann. Aufgrund der Tatsache, dass für einige Länder keine oder nicht alle relevanten Rechnungssummen in der SA150 enthalten waren, kann sich das Niveau der Deckungsquote oder des Deckungsbeitrags teilweise deutlich verschieben. Es ist deshalb zu erwarten, dass die Deckungsquoten der Länder – insbesondere bei geringeren Fallzahlen oder aufgrund von verzögerten Rechnungsstellungen von Pauschalabrechnungen – im Zeitverlauf stärkeren Schwankungen unterworfen sein können. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich diese Schwankungen im Zeitverlauf aufheben, ist nicht zu erwarten, dass sich dieser Effekt *ceteris paribus* für einzelne Krankenkassen in systematischen Verzerrungen widerspiegelt. Dies wäre nur zu erwarten, wenn die Anzahlen von in einzelnen Ländern eingeschriebenen Versicherten im Zeitverlauf kassenspezifisch deutlich schwanken (während die anderer Kassen diese Effekte nicht aufweisen) und somit nachträgliche landesspezifische Erstattungen z. B. einzelnen Krankenkassen nicht mehr zielgerecht versichertenbezogen zugewiesen werden.

4. Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Länder- und Krankenkassenebene (Forschungsfrage 3)

4.1 Definition der betrachteten Versichertengruppen

Für die Bestimmung und Darstellung der Zielgenauigkeit der Zuweisungen auf Länder- und Krankenkassenebene im Status quo wurden unterschiedliche Merkmale herangezogen, die allesamt entsprechende Bedeutung im Krankenkassenwettbewerb haben und systematische Über- und Unterdeckungen bei Einzelkassen begründen können.

Zunächst werden Länder-MAPEs ermittelt, die die Zuweisungsgenauigkeit auf Landesebene ausweisen (siehe Kapitel 4.2.1). Anschließend werden Deckungsquoten nach Altersgruppen dargestellt, um die Zuweisungsgenauigkeit nach Alter bewerten zu können (siehe Kapitel 4.2.2). Dafür werden die 20 Altersgruppen der SA150 (Datenfeld 6) verwendet.¹⁷

¹⁷ Wie in Abschnitt 3.1.1 ausgeführt, enthält die SA150 keine Geschlechtsdifferenzierung.

Des Weiteren werden Deckungsquoten und Kassen-MAPes in Abhängigkeit der Kassengröße (siehe Kapitel 4.2.3), differenziert nach bundesweit und landesweit geöffneten Krankenkassen (siehe Kapitel 4.2.4), sowie gesondert für geschlossene Krankenkassen aufgeführt. Für die Kassengrößen wurden zum einen drei Größencluster herangezogen, die anhand der in der SA110 für 2017 enthaltenen Versichertentage bzw. daraus berechneten Versichertenjahre (VJ) gebildet wurden. Die Cluster wurden folgendermaßen definiert:

- Cluster 1 (kleine Krankenkassen): ≤ 100.000 VJ
- Cluster 2 (mittelgroße Krankenkassen): > 100.000 und $\leq 1.000.000$ VJ
- Cluster 3 (große Krankenkassen): $> 1.000.000$ VJ

Zum anderen erfolgte eine Darstellung von Kassengröße und Deckungsquote in einem Streudiagramm, in dem die Versichertenzeiten [in VJ] auf der x-Achse und die Deckungsquoten auf der y-Achse abgetragen wurden.

4.2 Quantitative Beurteilung/Berechnung der Kennzahlen

4.2.1 Nach Ländern

Länder-MAPes: die Länder-MAPes wurden sowohl absolut als auch relativ (jeweils ungewichtet und mit den Versichertentagen der SA110 des Folgejahres 2017 gewichtet) für das Status quo-Modell ermittelt. Die Werte werden einmal ohne und einmal mit Adjustierung der Zuweisungen an die tatsächlichen Ausgaben der SA150 und SA700 ausgewiesen, da die späteren Modell Anpassungen (siehe Kapitel 6.4 und 7.3) für die Ermittlung der Zuweisungen jeweils nur die Gesamtsumme der in der SA150 und SA700 enthaltenen Ausgabensummen berücksichtigen. Die Adjustierung bewirkt, dass die Modellansätze mit dem Status quo vergleichbar sind. Für die Adjustierung an die Ausgabensummen wurde der HLB5 der SA700 mit anteilig 50% berücksichtigt. Der Adjustierungsfaktor lag somit bei 89,31% ($(379,85 \text{ Mio.} + 153,01 \text{ Mio.}) / 596,70 \text{ Mio.}$).

Tabelle 4.13: MAPEs (relativ und absolut) auf Länderebene

Status quo	
Länder-MAPE rel. ungew.	243,96 %
Länder-MAPE rel. gew.	144,34 %
Länder-MAPE abs. ungew. (je VJ)	1.575,48 €
Länder-MAPE abs. gew. (je VJ)	1.175,00 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. N=106 Krankenkassen.

Tabelle 4.14: MAPEs (relativ und absolut) auf Länderebene (adjustiert)

Status quo (adj.)	
Länder-MAPE rel. ungew.	214,24 %
Länder-MAPE rel. gew.	126,62 %
Länder-MAPE abs. ungew. (je VJ)	1.264,98 €
Länder-MAPE abs. gew. (je VJ)	984,16 €

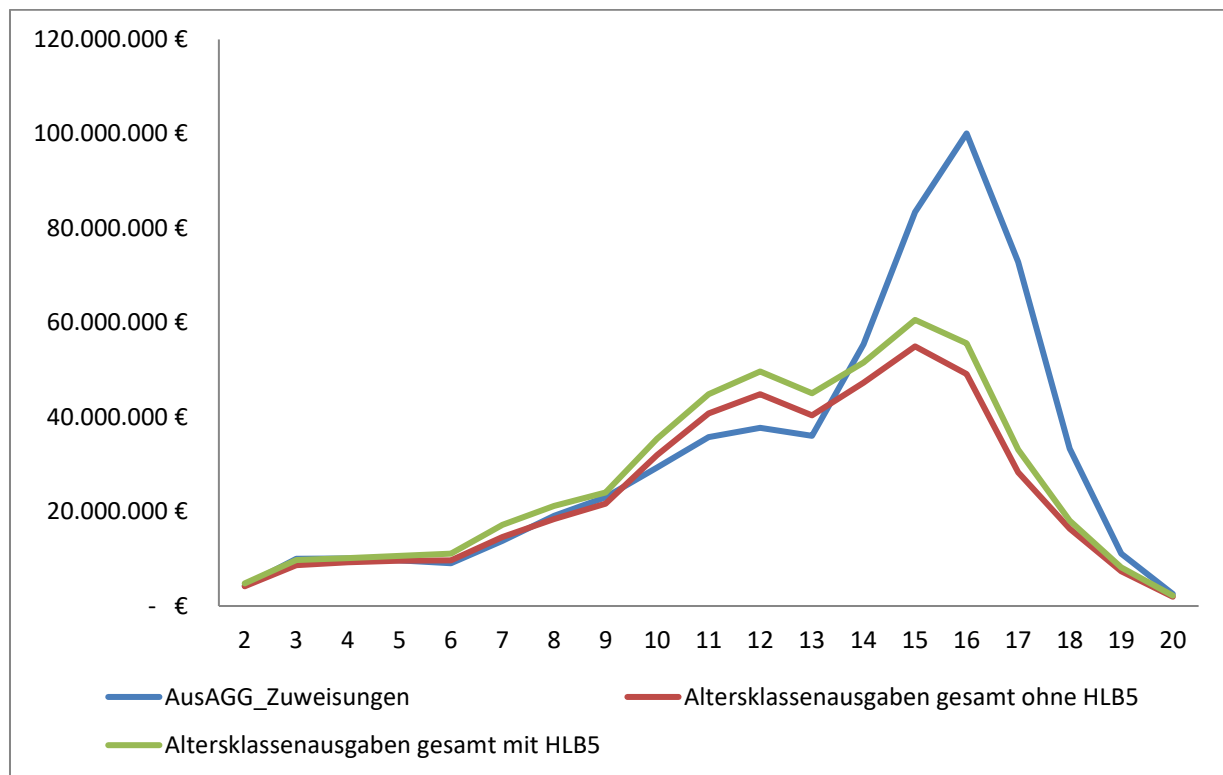
Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. Adjustiert an die Ausgaben Summe der SA150 und SA700. N=106 Krankenkassen.

Die durchschnittliche absolute Abweichung von Zuweisungen und Ausgaben auf Landesebene liegt demnach unter Verwendung der Gewichtung bei 1.175,00 € (ohne Adjustierung) bzw. 984,16 € (mit Adjustierung) je VJ.

4.2.2 Nach Alter

Eine Gegenüberstellung von Ausgaben und Zuweisungen je Altersgruppe zeigt, dass die unteren und mittleren Altersgruppen mit den AusAGG-Zuweisungen im Status quo (nach Sonderregelung) ausreichend bzw. nur leicht über- oder unterdeckt sind. Ab der Altersgruppe 14 (65-69 Jahre) kehrt sich die Unterdeckung jedoch in eine Überdeckung um und es liegen teilweise deutliche Überdeckungen für Auslandsversicherte vor (siehe Abbildung 4.10). Die Ausgaben je Altersgruppe sind einmal mit und einmal ohne Berücksichtigung der sonstigen Leistungsausgaben (HLB5) abgebildet, um die Schwankungsbreite der Leistungsausgaben bei voller bzw. keiner Berücksichtigung des HLB5 darzustellen.

Abbildung 4.10: Altersklassenspezifische Ausgabenprofile und Zuweisungen von Auslandsversicherten (mit und ohne HLB5) im Status quo



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. Von den Rechnungssummen der SA150 im Jahr 2017 konnten insgesamt 44,6 Mio. € aufgrund nicht vorhandener Altersangaben hier nicht mit ausgewiesen werden. N=106 Krankenkassen.

In der folgenden Tabelle 4.15 werden die sich aus den altersklassenspezifischen Zuweisungen und Ausgaben ergebenden Deckungsbeiträge je VJ im Status quo ausgewiesen. Hier ist ersichtlich, dass bei Auslandsversicherten in höheren Altersklassen (ab dem Renteneintrittsalter) deutliche Überdeckungen bestehen. Dies kann mit zwei Einflussfaktoren erklärt werden: zum einen durch höhere Rentneranteile in Ländern mit im Vergleich zu Deutschland niedrigerem Ausgabenniveau und zum anderen mit der Begründung, dass im Ausland lebende Rentner eine tendenziell unterdurchschnittliche Morbiditätslast aufweisen. Zu beachten ist allerdings auch, dass 44,6 Mio. € der in der SA150 enthaltenen Rechnungssummen nicht altersklassenspezifisch zugeordnet und somit hier nicht ausgewiesen werden konnten. Da die Rechnungssummen den Ländern Türkei und Bosnien-Herzegowina mit deutlich überdurchschnittlicher Altersstruktur zuzuordnen sind (siehe Abbildung 3.5), ist zu erwarten, dass die Deckungsbeiträge in den höheren Altersklassen deutlich niedriger liegen als hier ausgewiesen.

Tabelle 4.15: Altersklassenspezifische Deckungsbeiträge für Auslandsversicherte im Status quo (mit und ohne HLB5) je VJ

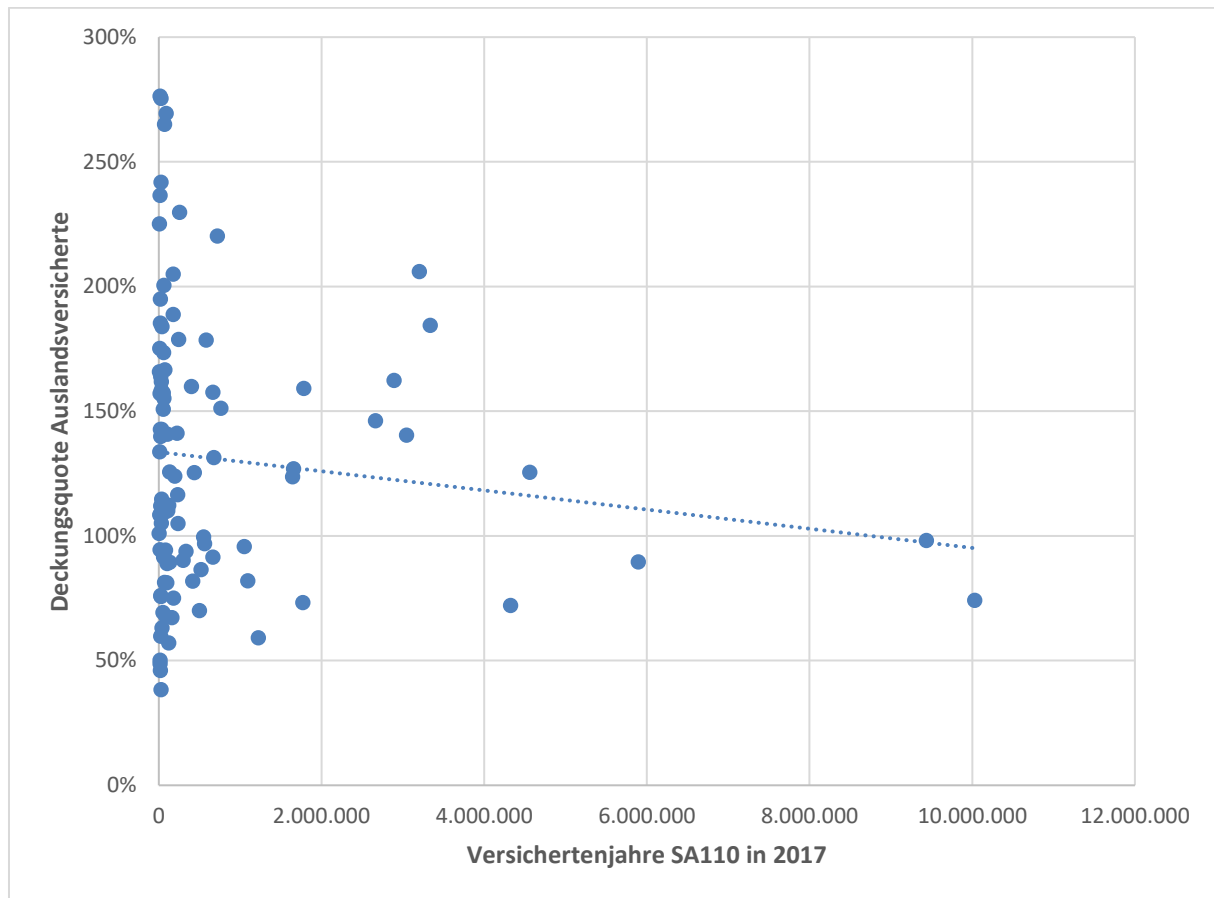
Altersklasse	Deckungsbeitrag je VJ (ohne HLB 5)	Deckungsbeitrag je VJ (mit HLB 5)
Altersklasse 2	47,02 €	- 151,68 €
Altersklasse 3	199,92 €	45,17 €
Altersklasse 4	149,77 €	- 5,03 €
Altersklasse 5	11,48 €	- 132,21 €
Altersklasse 6	- 123,79 €	- 412,21 €
Altersklasse 7	- 140,88 €	- 553,74 €
Altersklasse 8	88,94 €	- 261,68 €
Altersklasse 9	153,20 €	- 114,81 €
Altersklasse 10	- 268,53 €	- 612,28 €
Altersklasse 11	- 480,05 €	- 867,86 €
Altersklasse 12	- 750,64 €	- 1.253,95 €
Altersklasse 13	- 479,59 €	- 998,24 €
Altersklasse 14	558,84 €	264,38 €
Altersklasse 15	1.727,01 €	1.386,70 €
Altersklasse 16	3.347,97 €	2.919,94 €
Altersklasse 17	4.695,40 €	4.188,03 €
Altersklasse 18	3.721,47 €	3.350,18 €
Altersklasse 19	2.201,39 €	1.721,25 €
Altersklasse 20	1.258,55 €	739,52 €

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. Von den Rechnungssummen der SA150 im Jahr 2017 konnten insgesamt 44,6 Mio. € aufgrund nicht vorhandener Altersangaben hier nicht mit ausgewiesen werden. N=106 Krankenkassen.

4.2.3 Nach Kassengröße

Die Zielgenauigkeit auf Krankenkassenebene kann auch in Abhängigkeit der Krankenkassengröße bewertet werden, um einen möglichen Zusammenhang darzustellen und bewerten zu können. Dafür wurde ein Streudiagramm in Abbildung 4.11 verwendet. Anhand der Trendlinie ist nur eine leicht negative Korrelation zwischen Krankenkassengröße (nach VJ in der SA110 2017) und Deckungsquote zu erkennen (das R^2 liegt bei 1,19%).

Abbildung 4.11: Zusammenhang von Kassengröße (in Versichertenjahren) und Deckungsquote bei Auslandsversicherten



Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=98 Krankenkassen. Acht sehr kleine Krankenkassen mit teilweise sehr hohen Deckungsquoten wurden in die Graphik nicht eingeschlossen.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen Kassengröße und Deckungsquote bei Auslandsversicherten ist in Tabelle 4.16 in drei unterschiedlichen Größenclustern (Clusterdefinition siehe Kapitel 4.1) ermittelt worden. Dabei zeigt sich ebenfalls, dass die Deckungsquoten bei größeren Krankenkassen tendenziell etwas niedriger liegen als bei kleineren Krankenkassen. Die Deckungsquote in Cluster 1 liegt bei 142,81% und fällt bis Cluster 3 auf 110,26% ab. Die Deckungsquoten je Cluster zeigen einen negativen Zusammenhang (je größer die Krankenkassen desto niedriger die Deckungsquote). Über alle Krankenkassen liegt eine Deckungsquote von 111,99% vor. Das bedeutet, dass bei Gegenüberstellung des aktuellen Zuweisungsvolumens (nach Anwendung der Sonderregelung) und der Ausgaben für Auslandsversicherte (basierend auf den Rechnungssummen der SA150 und der SA700 mit einer 50%igen Berücksichtigung des HLB5) trotzdem noch eine durchschnittliche Überdeckung von ca. 12% für Auslandsversicherte besteht. Das Zuweisungsvolumen (nach Sonderregelung) liegt bei 596,7

Mio. € und die Ausgaben der SA150 und SA700 (nach Bereinigung der SA150 um Pflegesachkosten) bei 532,9 Mio. € (wobei ca. 0,1 Mio. € der SA150 keiner aktuell gültigen Betriebsnummer einer Krankenkasse zugeordnet und somit bei den Kennzahlen auf Kassenebene nicht berücksichtigt werden konnten – siehe dazu auch Kapitel 3.1.2.1).

Tabelle 4.16: Deckungsquote von Kassen nach Größenclustern

	Deckungsquote
Kleine Kassen (<100.000 VJ)	142,81%
Mittelgroße Kassen (>100.000 und <=1.000.000 VJ)	121,86%
Große Kassen (>1.000.000 VJ)	110,26%
Alle Kassen	111,99%

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

Die relativen Kassen-MAPEs fallen für kleine Krankenkassen deutlich höher aus als für größere. Dies gilt sowohl für das ungewichtete als auch für das gewichtete relative MAPE. Das ungewichtete und gewichtete relative MAPE für mittelgroße Krankenkassen erreicht mit 37,94% bzw. 38,07% jeweils den niedrigsten Wert (siehe Tabelle 4.17). Bei den absoluten MAPEs liegen die der großen Krankenkassen am niedrigsten (siehe Tabelle 4.18).

Tabelle 4.17: MAPEs (relativ) auf Kassenebene nach Größenclustern

	MAPE rel. ungew.	MAPE rel. gew.
Kleine Kassen (<100.000 VJ)	679,31%	129,41%
Mittelgroße Kassen (>100.000 und <=1.000.000 VJ)	37,94%	38,07%
Große Kassen (>1.000.000 VJ)	37,08%	34,25%
Alle Kassen	382,69%	35,80%

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

Tabelle 4.18: MAPEs (absolut) auf Kassenebene nach Größenclustern

	MAPE abs. ungew. (je VJ)	MAPE abs. gew. (je VJ)
Kleine Kassen (<100.000 VJ)	1.172,30 €	985,53 €
Mittelgroße Kassen (>100.000 und <=1.000.000 VJ)	543,72 €	555,99 €
Große Kassen (>1.000.000 VJ)	482,30 €	531,81 €
Alle Kassen	871,88 €	539,92 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

4.2.4 Nach bundesweit geöffneten und landesweit geöffneten Krankenkassen

Ein weiteres Unterscheidungskriterium auf Krankenkassenebene, das für eine differenzierte Deckungsquotenbetrachtung herangezogen werden kann, ist die Unterscheidung in bundesweit und landesweit geöffnete sowie geschlossene Krankenkassen. Für diese drei Kassentypen wurden ebenfalls Cluster gebildet und die zugehörigen Deckungsquoten ermittelt (siehe Tabelle 4.19).

Tabelle 4.19: Deckungsquote von Kassen nach landes-/bundesweit

	Deckungsquote
Landesweit geöffnet	118,23%
Bundesweit geöffnet	103,54%
Geschlossen	133,80%
Alle Kassen	111,99%

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

Landesweit tätige geöffnete Krankenkassen weisen mit 118,23% eine höhere Deckungsquote auf, als bundesweit geöffnete Krankenkassen mit 103,54%. Geschlossene Krankenkassen weisen mit 133,80% die höchste Deckungsquote auf.

Das relative MAPE für bundesweit geöffnete Krankenkassen fällt niedriger aus als das für landesweit geöffnete Krankenkassen. Dies gilt sowohl für das ungewichtete (46,46% vs. 76,87%) als auch für das gewichtete MAPE (289,88% vs. 39,00%). Auch hier weisen die relativen MAPEs der geschlossenen Krankenkassen die höchsten Niveaus auf (siehe Tabelle 4.20). Bei den absoluten MAPEs liegt der Wert für die der geschlossenen Krankenkassen erwartungsgemäß ebenfalls am höchsten (siehe Tabelle 4.21).

Tabelle 4.20: MAPEs (relativ) auf Kassenebene nach landesweiter/bundesweiter Öffnung

	MAPE rel. ungew.	MAPE rel. gew.
Landesweit geöffnet	76,87%	39,00%
Bundesweit geöffnet	46,46%	28,88%
Geschlossen	1435,58%	110,02%
Alle Kassen	382,69%	35,80%

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

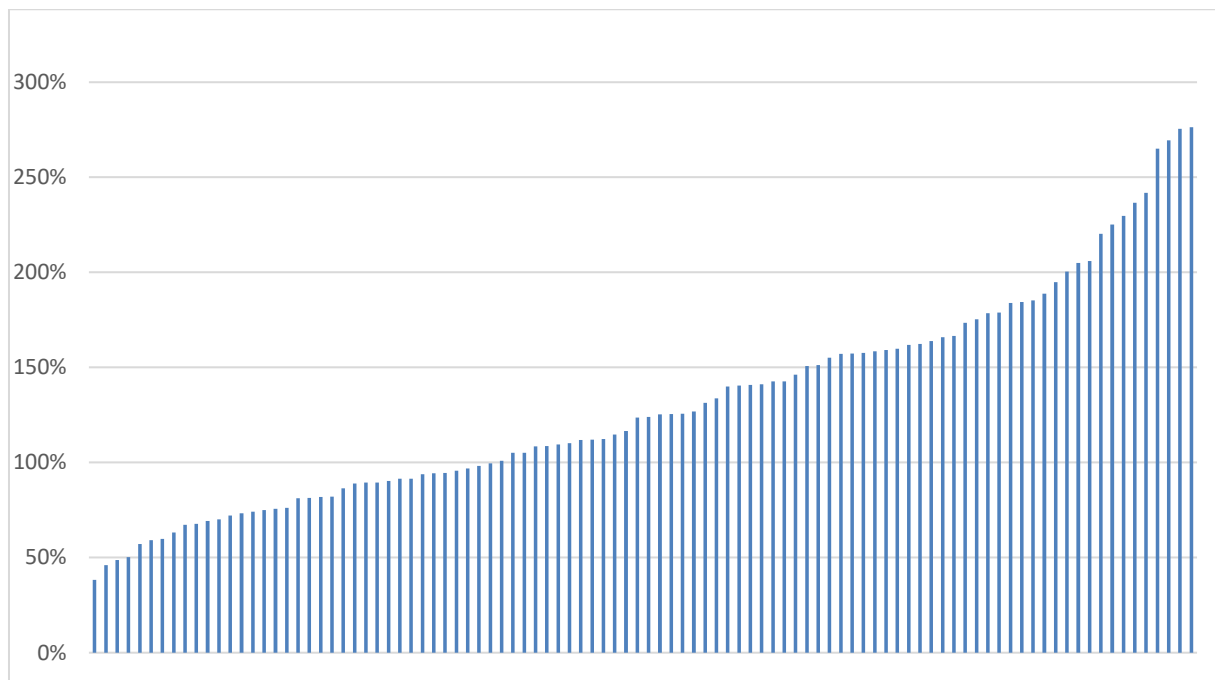
Tabelle 4.21: MAPEs (absolut) auf Kassenebene nach landesweiter/bundesweiter Öffnung

	MAPE abs. ungew. (je VJ)	MAPE abs. gew. (je VJ)
Landesweit geöffnet	840,59 €	584,15 €
Bundesweit geöffnet	702,23 €	466,26 €
Geschlossen	1.255,51 €	740,04 €
Alle Kassen	871,88 €	539,92 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

4.3 Zwischenfazit: Resultieren aus den länderspezifischen Über- und Unterdeckungen Anreize zur Risikoselektion oder Wettbewerbsvorteile für einzelne Krankenkassen?

Wie die landesspezifischen Analysen gezeigt haben (siehe Tabelle 3.11), weisen die Deckungsquoten nach Ländern eine erhebliche Spannweite auf. Es ist zu erwarten, dass Krankenkassen mit höheren Anteilen von Auslandsversicherten in Abkommensstaaten oder aber in Mitgliedsstaaten mit unterdurchschnittlichem Ausgabenniveau systematische Wettbewerbsvorteile aufweisen et vice versa. Die folgende Abbildung 4.12 zeigt die Deckungsquoten auf Einzelkassenebene bei Auslandsversicherten im Status quo im Jahr 2017 (mit einer 50%igen Berücksichtigung des HLB5) – hier sind deutlich unterschiedliche Niveaus zu beobachten, die die Notwendigkeit landesspezifischer Zuweisungen für Auslandsversicherten noch einmal unterstreichen.

Abbildung 4.12: Deckungsquoten auf Einzelkassenebene

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. Zur besseren Lesbarkeit sind insgesamt acht Einzelkassen nicht mit abgebildet worden, weil diese – bedingt durch die sehr geringen Fallzahlen – Deckungsquoten im hohen dreistelligen Bereich und teilweise auch im vierstelligen Bereich aufweisen. Von den sonstigen Leistungsausgaben des HLB5 wurden hier 50% in der Deckungsquotenberechnung berücksichtigt. N=98 Krankenkassen.

Bei der Interpretation der Deckungsquoten ist allerdings zu berücksichtigen, dass einige Krankenkassen nur sehr geringe Zahlen von Auslandsversicherten aufweisen. Aus diesem Grund sind in der folgenden Abbildung noch die absoluten Deckungsbeiträge auf Einzelkassenebene dargestellt, um die Relevanz im Krankenkassenwettbewerb aufzuzeigen. Die höchste Unterdeckung liegt bei -15,6 Mio. € und die höchste Überdeckung bei +52,76 Mio. € (siehe Abbildung 4.13).

Abbildung 4.13: Deckungsbeiträge auf Einzelkassenebene

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Satzarten 150 2017, SA149 2016 KM, SA110 2017 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

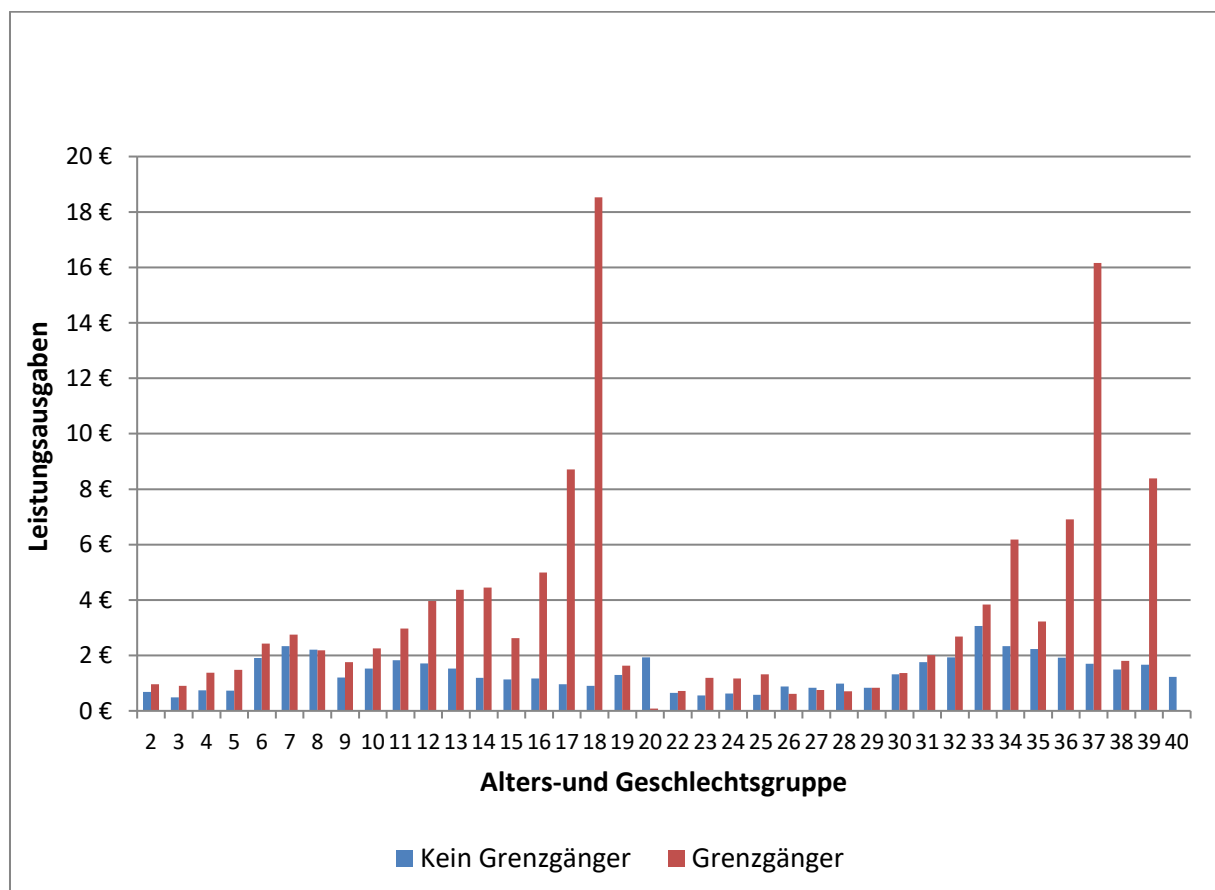
Da die Ausgabenniveaus landesspezifisch deutlich unterschiedlich sind, die Zuweisungen aber derzeit nicht landesspezifisch ausgestaltet sind, können negative Risikoselektionsanreize bei Krankenkassen entstehen. Versicherte, die in einem hochpreisigen Mitgliedsstaat eingeschrieben sind bzw. ihren Wohnort in ein solches Land perspektivisch verlagern möchten, stellen aus Krankenkassensicht ein negatives Risiko im Kassenwettbewerb dar. Inwieweit Krankenkassen hier tatsächlich aktiv oder passiv Risikoselektion betreiben bzw. betreiben können, können die Gutachter jedoch nicht abschließend bewerten.

5. Leistungsinanspruchnahme von Grenzgängern (Forschungsfrage 4)

5.1 Quantitative Analysen der Leistungsinanspruchnahme von Grenzgängern

Um die Leistungsausgabenprofile von Grenzgängern¹⁸ und Nicht-Grenzgängern bewerten zu können, wurden alters- und geschlechtsadjustierte Leistungsausgabenprofile ermittelt und einander gegenübergestellt. Dafür wurden die Ausgaben der SA700 für Versicherte mit Grenzgängerstatus denjenigen ohne einen solchen gegenübergestellt. Versicherte mit fehlender Erfassung des Kennzeichens wurden hierbei nicht berücksichtigt, weil keine eindeutige Zuordnung möglich war. Die Altersprofile zeigen sowohl für Frauen als auch für Männer mit Grenzgängerstatus ab den mittleren Altersgruppen teilweise deutlich höhere Ausgaben-niveaus (siehe Abbildung 5.14). Dieser Effekt ist auch in den einzelnen Leistungsausgabenbereichen fast durchgängig zu beobachten.

Abbildung 5.14: Grenzgänger und Nicht-Grenzgänger: AGG-spezifische SA700-Ausgaben je VT im Vergleich

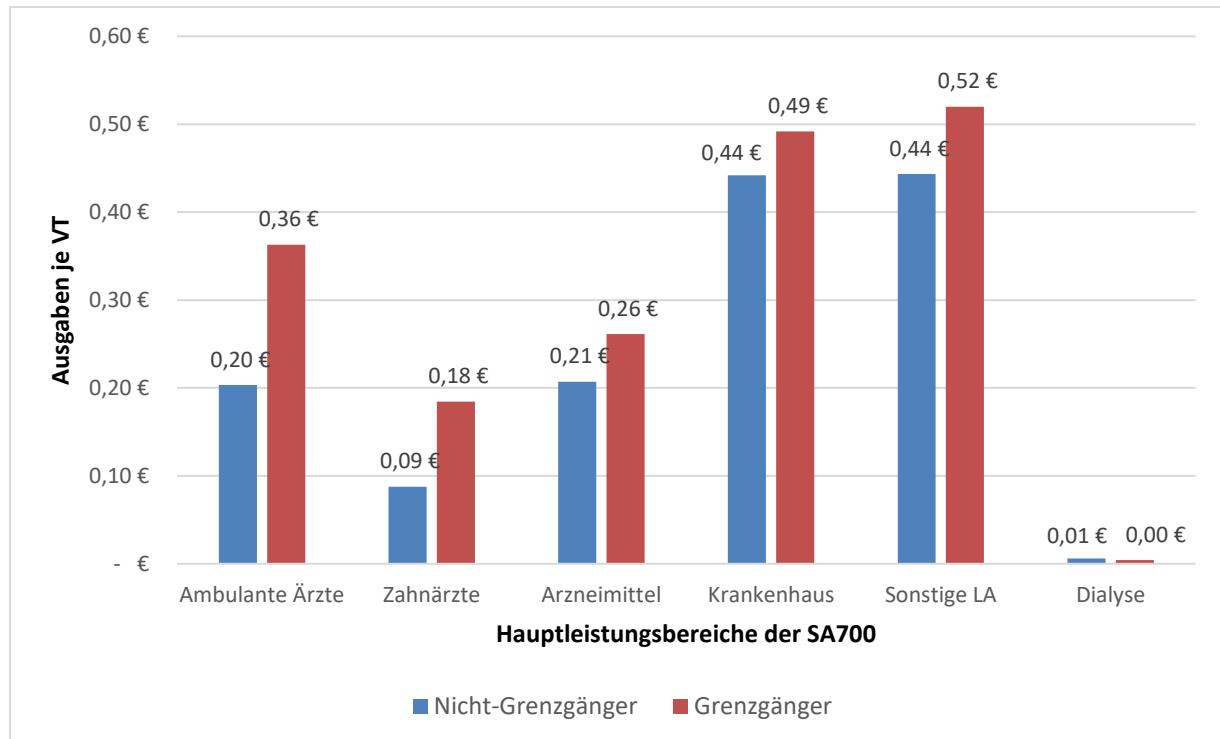


Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Daten der Satzarten 149 KM 2016 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

¹⁸ Vgl. zur Definition sowie zum Grenzgängerkennzeichen Abschnitt 1.3.

Die differenzierte Gegenüberstellung der einzelnen in den HLBn der SA700 enthaltenen Ausgaben (je Versichertentag) zeigt die folgende Abbildung 5.15. Zu beachten ist hierbei, dass im HLB5 („Sonstige Leistungsausgaben“) jeweils neben Leistungsinanspruchnahmen im Inland auch anteilig Rechnungsbeträge der DVKA enthalten sein können, wenn diese versichertenbezogen verbucht wurden.

Abbildung 5.15: Grenzgänger und Nicht-Grenzgänger: SA700-Ausgaben je VT und HLB im Vergleich



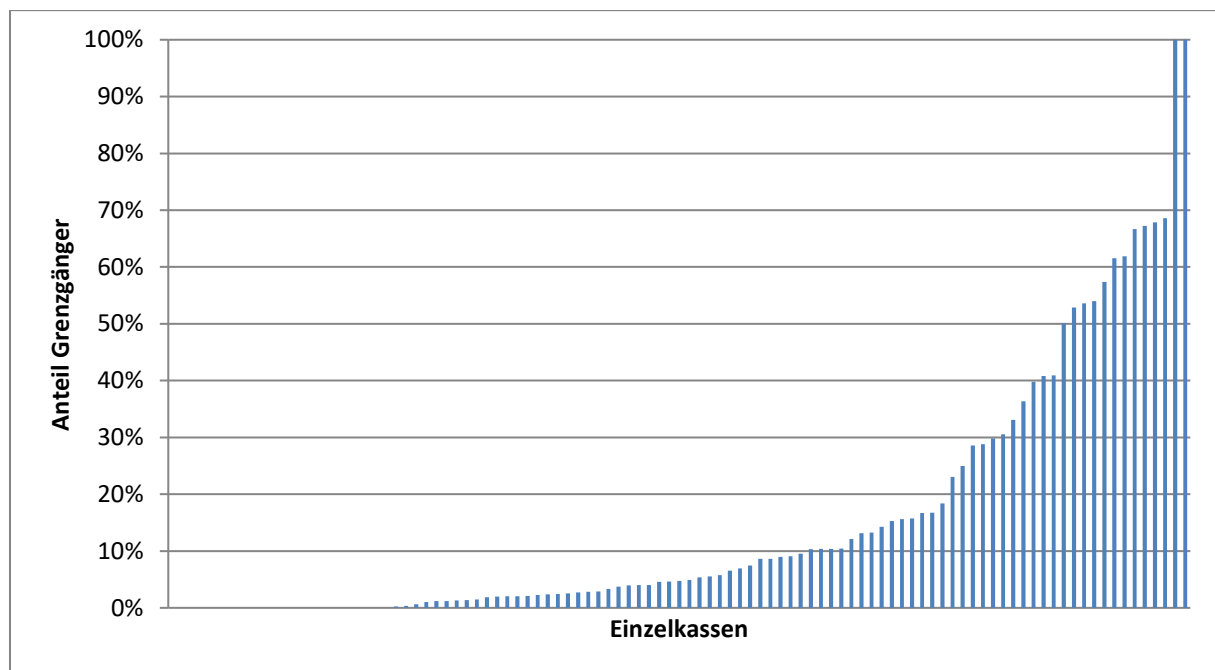
Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf den Daten der Satzarten 149 KM 2016 und SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

Konkrete Deckungsquoten lassen sich für Grenzgänger und Nicht-Grenzgänger anhand der vorliegenden Datenbasis nicht valide bestimmen. Dies ist damit zu begründen, dass zwar in der SA149 auf Versichertenebene ein Grenzgängerkennzeichen vorhanden ist (aber auch nur teilweise), aber nicht für die in der SA150 ausgewiesenen Rechnungssummen. Somit ist eine anteilige Zuordnung der Rechnungssummen zu den Grenzgängern und Nicht-Grenzgängern der SA149 nicht möglich und keine Darstellung von entsprechenden Deckungsquoten und Deckungsbeiträgen.

Eine Analyse der Grenzgängerverteilung auf Einzelkassenebene insgesamt und in Abhängigkeit der Anzahl an Auslandsversicherten zeigen die beiden folgenden Abbildungen (siehe Abbildung 5.16 und Abbildung 5.17).

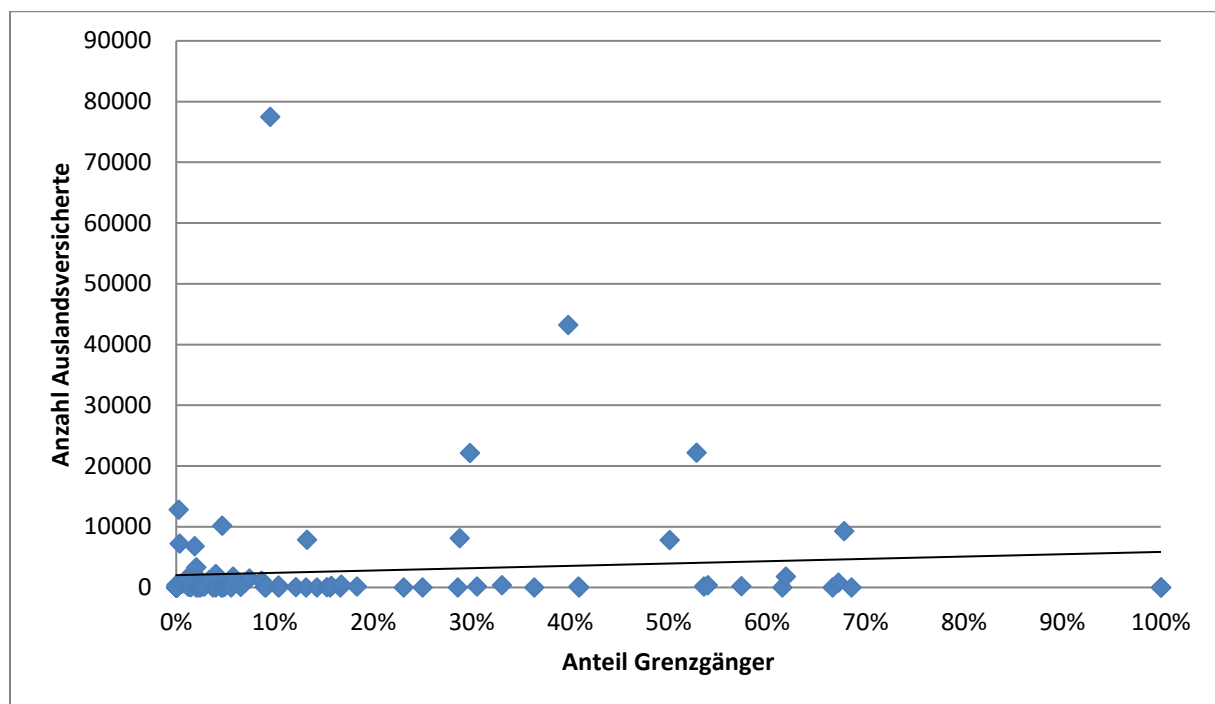
Viele kleinere Einzelkassen haben aufgrund der geringen Anzahl von Auslandsversicherten keine Grenzgänger im Bestand oder aber konnten das Grenzgängerkennzeichen nicht erfassen. Auch die wenigen Krankenkassen, die sehr hohe Anteile von Grenzgängern aufweisen, sind tendenziell kleine Einzelkassen. Es gibt 22 Krankenkassen mit einem Grenzgängeranteil von 0% (mit durchschnittlich 51 Auslandsversicherten) und zwei Krankenkassen mit einem Grenzgängeranteil von 100% (mit durchschnittlich 3,5 Auslandsversicherten).

Abbildung 5.16: Anteil Grenzgänger auf Einzelkassenebene



Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149 KM 2016 und SA110 2017. N=106 Krankenkassen.

In der folgenden Abbildung 5.17 ist die Abhängigkeit von Anzahl von Auslandsversicherten und Grenzgängeranteil auf Einzelkassenebene abgebildet. Zusätzlich wird die Trendlinie mit dem R^2 ausgewiesen, das mit einem Wert von nur 0,85% einen sehr geringen Wert aufweist und darauf hindeutet, dass es nur einen sehr geringen Zusammenhang von Anzahl von Auslandsversicherten und Grenzgängeranteil in der augenblicklichen Krankenkassenlandschaft gibt.

Abbildung 5.17: Grenzgängeranteil und Anzahl Auslandsversicherte je Kasse

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149 KM 2016 und SA110 2017. N=106 Krankenkassen.

5.2 Zwischenfazit: Ist eine valide Analyse des Grenzgängerkennzeichens möglich und ergeben sich für Grenzgänger (unter Betrachtung ihres Wohnlandes) für die Krankenkassen nennenswerte Ausgabenrisiken? Ist es möglich, die Grenzgänger zukünftig als eigenständiges Merkmal zu berücksichtigen?

Im Rahmen der für das Folgegutachten vorliegenden Daten war keine explizite Deckungsbeitrags- bzw. Deckungsquotenanalyse für Grenzgänger möglich, da zwar in der SA149 ein versichertenbezogenes Kennzeichen zur Identifikation von Grenzgängern enthalten war, aber nicht in der SA150. Das bedeutet, dass für in der SA149 identifizierten Grenzgänger zwar die Leistungsausgaben in der SA700 quantifiziert werden konnten und auch die Zuweisungen, allerdings fehlten die für eine Deckungsbeitrags- bzw. Deckungsquotenanalyse notwendigen anteiligen Ausgaben in der SA150. Anhand der Leistungsausgaben in der SA700 ist zumindest ersichtlich, dass Grenzgänger (wie zu erwarten war) deutlich höhere inländische Ausgaben aufweisen als Nicht-Grenzgänger. Dies betrifft nicht nur den HLB5, der neben den inländischen sonstigen Leistungsausgaben auch teilweise Rechnungen für Leistungsaushilfe enthalten kann (unter der Voraussetzung, dass die jeweiligen Krankenkassen die Rechnungsbeträ-

ge im Rahmen der Leistungsaushilfe versichertenbezogen erfassen), sondern auch die HLB für inländische Inanspruchnahmen. Im Rahmen der Expertengespräche wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass Grenzgänger ein höheres Ausgabenrisiko für den zuständigen Träger darstellen können, weil Grenzgänger gezielt Leistungen im Wohnstaat oder aber in Deutschland in Anspruch nehmen, je nachdem, wo es für sie vorteilhafter ist. Die Grenzgänger wägen dabei die Leistungsansprüche und Verfügbarkeiten gegeneinander ab und weisen deshalb höhere Ausgabenniveaus auf als Nicht-Grenzgänger. Für Grenzstaaten wie die Benelux-Länder, die Schweiz, Österreich, die Tschechische Republik, Polen und Dänemark liegen größere Anteile von Grenzgängern vor (aufgrund der größeren Entfernungen sind Grenzgänger für Abkommensstaaten von keiner praktischen Relevanz).

Aufgrund der Umstellung auf einen vollständig elektronischen Datenaustausch zwischen Mitgliedsstaaten und der Tatsache, dass zukünftig nur noch im Ausland eingeschriebene Versicherte identifiziert werden und nicht mehr konkret das Grenzgängerkennzeichen erhoben und dokumentiert wird, ist eine Berücksichtigung des Grenzgängerkennzeichens im Zuweisungsverfahren nicht ohne weiteres möglich.

6. Prüfung der in dem Gutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V entwickelten Modelle und Modellauswahl (Forschungsfrage 5)

Im Folgenden werden die im Rahmen des Erstgutachtens vorgeschlagenen drei Modelle für eine Anpassung des bisherigen Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte beschrieben (siehe Kapitel 6.1), die aus dem Erstgutachten noch offenen Fragen erörtert (siehe Kapitel 6.2) und in Kapitel 6.3 hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit bewertet. In Kapitel 6.4 erfolgt dann eine begründete Priorisierung eines der drei Modelle. In Kapitel 6.5 wird das priorisierte Modell auf Basis der neuen Datenlage analysiert und in Kapitel 6.6 bewertet. Verbesserungsmöglichkeiten und Anpassungsbedarf werden in Kapitel 6.7 erörtert.

6.1 Darstellung der drei Modellansätze des Erstgutachtens

Alle drei Modelle haben gemein, dass sie auf landesspezifische Zuweisungen für Auslandsversicherte ausgerichtet sind, allerdings unter Verwendung verschiedener Datengrundlagen.

Modell 1: Verwendung der Konten für die Auslandsausgaben (Kontenarten 480 und 483)

Modell 1 des Erstgutachtens zielt darauf ab, die bestehende Datenbasis mit Verwendung der bisherigen Systematik der Ermittlung von AusAGG-Zuschlägen und Berücksichtigung der Sonderregelung zur Begrenzung des Gesamtzuweisungsvolumens für Auslandsversicherte beizubehalten. Diese würden aber zusätzlich landesspezifisch auf Basis von landesspezifischen Ausgabenniveaus differenziert werden.

Für die Umsetzung müssten die noch bestehenden Probleme in der Buchungspraxis (z. B. Verbuchung und Aufteilung der Familienpauschalen, Bereinigung um Urlauberrechnungen) behoben werden. Kassenseitig würde in diesem Modell das Länderkennzeichen als weitere Variable in der Datei der Versichertenstammdaten (SA100) ergänzend zu den Auslandsversichertentagen geliefert werden, damit auf Basis dieser Variablen und durch zusätzliche Bereitstellung von 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 Abfluss-Prinzips umgesetzt werden, wobei an dieser Stelle das Beibehalten des Für-Prinzips von den Gutachtern präferiert wurde. Das Länderkennzeichen könnte entweder in einer separaten Datei wie aktuell in der SA149 oder aber in der SA100 regelhaft in den jährlichen Datenlieferungen gemeldet werden. Die zusätzliche Datei der versichertenbezogenen Auslandsausgaben in Form einer weiteren SA könnte alle paar Jahre zusätzlich (unter der Annahme, dass die landesspezifischen Ausgabenniveaus in Relation zueinander im Zeitverlauf eine relative Konstanz aufweisen) angefordert werden, um jeweils Aktualisierungen der landesspezifischen Adjustierungsfaktoren vornehmen zu können.

Bei diesem Ansatz handelt es sich allerdings um einen mittel- und nicht kurzfristig umsetzbaren Ansatz, da aktuell noch bestehende Probleme mit Blick auf die Datenerfassung gelöst werden müssten. Urlauberrechnungen könnten anhand des Kostenvordrucks auch als solche identifiziert und versichertenbezogen in ein gesondertes Konto gebucht werden. Abrechnungen auf Basis eines zugrundeliegenden 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 European Health Insurance Card (EHIC) verursachen. Auch diese Abrechnungen auf Basis der EHIC sollten bei der Bestimmung der landesspezifischen 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 müssten weiterhin händisch versichertenbezogen erfasst und gebucht werden.

Modell 2: Verwendung externer Daten

In diesem Modell des Erstgutachtens wurde die Verwendung von Statistiken durchschnittlicher Leistungsausgaben je Mitglieds- und Abkommensstaat (zu beschaffen über statistische Ämter der jeweiligen Länder) zur landesspezifischen Adjustierung der bestehenden AusAGG-Zuweisungen vorgeschlagen. Als Basis würde ebenfalls die versichertenbezogene Information des Einschreibungslandes benötigt. 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.

Diese landesspezifischen Durchschnittswerte der verschiedenen Länder würden dann in diesem Modell in Relation zueinander gesetzt, um diese Relationen für eine landesspezifische Adjustierung der bisherigen AusAGG-Zuweisungen (wenn an dem bisherigen AusAGG-Verfahren festgehalten werden soll) zu verwenden. Die beschriebenen Ausgabeniveaus der jeweiligen Länder könnten direkt anstelle von AusAGGn als Zuweisungsgrößen für Auslandsversicherte festgelegt werden. 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 Datenerstellung 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 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.

Modell 3: 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. Dafür müssten die von der DVKA im Ausgleichsjahr beglichenen Rechnungen (Abfluss-Prinzip) eines Kalenderjahres nach Ländern

differenziert aufsummiert und dem BVA übermittelt werden. 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. Des Weiteren müsste geprüft werden, ob die im Morbi-RSA-Verfahren als Auslandsversicherte definierten Versicherten (mit Erreichen eines Schwellenwertes von mindestens 183 Einschreibungstagen im Vorjahr) zu den Versichertendefinitionen passen, die die bei der DVKA aufsummierten Rechnungsbeträge verursachen können. Hier sind evtl. Anpassungen der Auslandsversichertendefinition im Morbi-RSA denkbar (siehe dazu die Auslandsversichertendefinition in Kapitel 1.3). Im Rahmen der Bearbeitung des vorliegenden Gutachtens und wie bereits in Kapitel 1.3 dieses Gutachtens aufgeführt, sind die Verursacher von Rechnungsbeträgen in der SA150 aber ohnehin nicht identitätsgleich mit dem zugrunde liegenden Klientel von Auslandsversicherten. Weder eine Anpassung der Schwelle an Einschreibungstagen noch die Umstellung auf eine zeitgleiche Zuordnung würden daran grundsätzlich etwas ändern.

Die Zahl der Auslandsversicherten je Einschreibungsland müsste 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 einer separaten Datei wie aktuell in der Sondererhebung der SA149 bereitgestellt werden.

6.2 Offene Fragestellungen des Erstgutachtens

Im Erstgutachten konnten die Analysen zum Status quo nur näherungsweise und anhand einer Stichprobe freiwillig teilnehmender Krankenkassen vorgenommen werden. Es erfolgte eine gesondert angefragte Datenerhebung bei den Krankenkassen, in der sowohl versichertenbezogene Informationen zum Einschreibungsland als auch zu im Rahmen der Leistungsaushilfe angefallenen Rechnungsbeträgen der Versicherten erfasst wurden. Dabei stellte sich

grundsätzlich die Frage, ob bzw. inwieweit die Ergebnisse repräsentativ und hinreichend valide waren, um verlässliche Aussagen treffen zu können.

Des Weiteren waren aufgrund des Zeitversatzes der über die Verbindungsstellen auflaufenden Rechnungssummen, die im Rahmen des Für-Prinzips gebucht werden, von vornherein entsprechende Limitationen hinsichtlich der Datenverfügbarkeit vorhanden. Die Einschreibungsländer wiesen vermutlich zum Teil deutlich unterschiedliche Ausschöpfungsquoten in den versichertenbezogen erfassten Ausgaben auf, sodass die im Erstgutachten näherungsweise ermittelten landesspezifischen Deckungsquoten nur unter Vorbehalt interpretiert werden konnten. Da es sich bei der Datenerhebung um eine gesonderte, im Rahmen von Expertengesprächen mit Kassenvertretern abgestimmte Datenanforderung handelte, war unklar, wie sich die kassenindividuellen Datenqualitäten unterschieden. Auch die versichertenbezogene Übermittlung des Grenzgängerkennzeichens stellte einige Krankenkassen (laut Aussagen in den Experteninterviews) vor erhebliche Herausforderungen.

Bei der Ableitung der drei denkbaren Modellansätze für das Folgegutachten war zudem unklar, inwieweit hierfür vorgeschlagene Anpassungen der Datenerfassung (wie z. B. die versichertenbezogene Buchung von Familienpauschalen oder die Datenerhebungen seitens der DVKA mit Blick auf die im Abfluss-Prinzip zu erfassenden Rechnungssummen) tatsächlich praktisch umgesetzt werden konnten und welche Validität die in den Modellen zusätzlich zu verwendenden Daten aufweisen bzw. wie die Datenverfügbarkeit letztlich jeweils zu bewerten war (wie z. B. die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf und Land der nationalen statistischen Ämter).

6.3 Diskussion der Vor- und Nachteile der Modellansätze (Welche Überlegungen sprechen für/gegen die Umsetzung der Modelle?)

Im Folgenden werden die im Rahmen des Erstgutachtens vorgeschlagenen Modelle für eine Anpassung des bisherigen Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit bewertet und in Kapitel 6.4 erfolgt eine abschließende Priorisierung im direkten Modellvergleich.

Wie bereits im Erstgutachten dargestellt, weisen alle drei Modellvorschläge (Modell 1 bis 3) sowohl Vor- als auch Nachteile auf, die hier noch einmal gegenübergestellt werden, um zu einer Gesamtbewertung zu kommen.

Für **Modell 1** des Erstgutachtens eines mit mehrjährigem Zeitversatz erfolgenden Ausgleichs von Leistungsausgaben für Auslandsversicherte stellen sich die folgenden Vor- und Nachteile dar:

Vorteile:

- Zur Ermittlung von landesspezifischen Zuweisungsbeträgen wird auf tatsächlichen, versichertenindividuellen Ausgabendaten eines jeweiligen Kalenderjahres für Auslandsversicherte aufgesetzt (gebucht nach dem Für-Prinzip).
- Es handelt sich um eine Weiterentwicklung des aktuell bestehenden Verfahrens. Es muss keine Neudefinition von Auslandsversicherten erfolgen oder eine vollständige Umstellung des bestehenden Zuweisungsverfahrens.
- Im Vergleich zum Status quo wäre eine Berücksichtigung landesspezifischer Ausgabenvolumina möglich.

Nachteile:

- Es besteht die Problematik, wie Familienpauschalen adäquat berücksichtigt werden können. Dafür müsste eine Aufteilung der Familienpauschale, die aktuell auf den Stammversicherten gebucht wird, auf die Familienversicherten erfolgen. Um dies zu erreichen, müsste bei den Krankenkassen eine Verknüpfung von führendem Mitglied und Familienversicherten erfolgen und eine anteilige Aufteilung der Pauschale auf die Familienversicherten. Alternativ könnte auf eine versichertenbezogene Buchung von Familienpauschalen verzichtet werden und eine Aufteilung der Rechnungssummen von Familienpauschalen auf die in der SA149 erfassten Auslandsversichertenzahlen des jeweiligen Einschreibungslandes umgesetzt werden.
- Insbesondere mit Abkommensstaaten bestehen teilweise noch erhebliche Probleme im Datenaustausch: hier werden noch Papiausdrucke im Rahmen der Rechnungsstellung verwendet – eine Digitalisierung wurde bisher nicht vereinbart und wird auch nicht in absehbarer Zeit eingeführt. Zusätzlich besteht die Problematik, dass in den bilateralen Abkommen keine verpflichtenden Fristen für die Einreichung von Ab-

rechnungen bestehen und deshalb teilweise erst nach mehreren Jahren Abrechnungen über die ausländische Verbindungsstelle bei der DVKA eintreffen.

- Es besteht ein größerer Zeitversatz zwischen Leistungsaushilfe durch den ausländischen Kostenträger und dem Rechnungseingang beim inländischen Kostenträger (insbesondere bei Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand). Dies führt dazu, dass insbesondere bei Abkommensstaaten selbst mit mehrjährigem Zeitversatz eine Ermittlung landesspezifischer Durchschnittsausgaben je Versicherten problematisch sein kann. Teilweise werden auch erst mit mehrjährigem Zeitversatz die zu entrichtenden Pauschalbeträge für eingeschriebene Versicherte zwischen den Verbindungsstellen festgelegt.
- Es besteht weiterhin die Problematik, wie ein Ausgleich von zusätzlichen Inlandsinsprunahmen erfolgen sollte. Diese nehmen insbesondere bei Grenzgängern einen relevanten Anteil aller entstehenden Leistungsausgaben ein.

Für **Modell 2** des Erstgutachtens wurde die Verwendung von Statistiken durchschnittlicher Leistungsausgaben je Mitglieds- und Abkommensstaat (über statistische Ämter) zur landesspezifischen Adjustierung der bestehenden AusAGG-Zuweisungen vorgeschlagen. Für diesen Modellansatz ergeben sich die folgenden Vor- und Nachteile:

Vorteile:

- Bei der Ermittlung landesspezifisch differenzierter Zuweisungen für Auslandsversicherte besteht in diesem Modellansatz eine Unabhängigkeit von Abrechnungen, die teilweise mit mehrjährigem Zeitversatz bei der DVKA eintreffen. Alle weiteren bestehenden Datenprobleme im Rahmen der Abrechnungen der Leistungsaushilfe würden ebenfalls umgangen (wie z. B. die Art und Weise der Verbuchung von Familienpauschalen).
- Im Vergleich zum Status quo wäre eine Berücksichtigung landesspezifischer Ausgabenniveaus möglich.

Nachteile:

- Die Verfügbarkeit von Daten externer Stellen (statistischen Ämtern) muss geprüft werden: Es ist zu klären, wann diese Daten verfügbar sind, welche Validität sie haben usw. (bei den zu verwendenden Daten handelt es sich um landesspezifisch durchschnittliche pro-Kopf-Leistungsausgaben in der Gesundheitsversorgung). Zusätzlich

besteht die Notwendigkeit, zu prüfen, in welchem Detailgrad diese landesspezifischen Daten vorliegen (etwa, ob diese altersklassenspezifisch vorliegen oder nicht).

- Das deutsche Risikostrukturausgleichsverfahren und dessen Umsetzung in der GKV wäre abhängig von der Verfügbarkeit und Validität der Daten statistischer Ämter in Mitgliedstaaten und Abkommensstaaten.
- Landesspezifisch sind unterschiedliche Datenqualitäten (Datenvollständigkeiten) zu erwarten; diese könnten zu systematischen landesspezifischen Verzerrungen bei der Ermittlung der Zuweisungen für Auslandsversicherte führen.
- In den Ländern können unterschiedliche Definitionen der vorliegenden statistischen Kennzahlen im Rahmen der Gesundheitsversorgung vorliegen, die ebenfalls zu landesspezifischen Verzerrungen führen können.
- Es besteht auch hier eine Problematik, wie ein Ausgleich von zusätzlichen Inlandsinanspruchnahmen erfolgen sollte. Diese nehmen insbesondere bei Grenzgängern einen relevanten Anteil aller entstehenden Leistungsausgaben ein.

Modell 3: Verwendung der Rechnungssummen, die von der DVKA gemäß dem Abfluss-Prinzip im entsprechenden Jahr beglichen werden, um die Zuweisungen für Auslandsversicherte landesspezifisch auszugestalten.

Vorteile:

- Es handelt sich um einen pragmatischen Ansatz, der methodisch gut nachvollziehbar ist – die für die Umsetzung notwendigen Daten sind bereits grundsätzlich verfügbar, bereits durch die Sondererhebung der SA149 und 150 definiert worden und seitens der Krankenkassen zur Bearbeitung des Folgegutachtens zur Verfügung gestellt worden.
- Die Problematik des Zeitversatzes von eingehenden Abrechnungen für Leistungshilfe oder aber von zwischen den Verbindungsstellen festzulegenden Pauschalbeträgen wird umgangen.
- Im Vergleich zum Status quo wäre eine Berücksichtigung landesspezifischer Ausgaben-niveaus möglich.

Nachteile:

- Das Verfahren wendet sich im Rahmen der Ermittlung der standardisierten landesspezifischen Zuweisungsbeträge vom im RSA im Übrigen praktizierten Für-Prinzip ab – stattdessen wird das Abfluss-Prinzip umgesetzt.
- Es besteht auch hier die Problematik, wie ein Ausgleich von zusätzlichen Inlandsinanspruchnahmen erfolgen sollte. Diese nehmen insbesondere bei Grenzgängern einen relevanten Anteil aller entstehenden Leistungsausgaben ein.

6.4 Zwischenfazit: Welches der im Erstgutachten vorgeschlagenen Modelle ist zur Ermittlung der landesspezifischen Zuweisungen für Auslandsversicherte begründeterweise heranzuziehen?

Vor dem Hintergrund der bestehenden Vor- und Nachteile der Modellvarianten 1 bis 3 ist Modell 3 aus Sicht der Gutachter eindeutig zu bevorzugen. Insofern bestätigt sich aus Sicht der Gutachter die Einschätzung des Erstgutachtens. Die Problematik des Zeitversatzes eingehender Rechnungen bei der DVKA wird vollständig umgangen, da vom Für-Prinzip auf das Abflussprinzip umgestellt wird. Es bleiben keine Rechnungen im Zuweisungsverfahren unberücksichtigt – egal wie groß der Zeitversatz der Rechnungen letztlich ausfällt. Des Weiteren sind die für die Umsetzung des Modells 3 notwendigen Daten durch die Sonderdatenerhebungen der SA149 und SA150 bereits vorhanden. Nach Einschätzung der beteiligten Akteure der DVKA und der Krankenkassen wurden keine relevanten Probleme oder merklichen Mehraufwände im Rahmen des Datenabzugs identifiziert und auch durch die regelmäßige Datenbereitstellung wären keine relevanten Mehraufwände zu erwarten.

Die Umsetzung sowohl von Modell 1 als auch von Modell 2 hingegen könnte jeweils nur mit mehrjährigem Zeitversatz erfolgen. Modell 1 würde weiterhin auf die in den Kontenarten 480 und 483 enthaltenen Rechnungsbeträge inkl. gebuchter Verpflichtungen aufsetzen, gegebenenfalls bei weiterhin geltender Sonderregelung der Kürzung der AusAGG-Zuweisungen gemäß GKV-FQWG. In Modell 2 bestünde zusätzlich das Problem der Abhängigkeit von Datenbereitstellungen statistischer Ämter anderer Länder und der Datenqualität dieser Statistiken. Die z. B. über eurostat recherchierten landesspezifischen Daten zu den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Einwohner zeigen ebenfalls einen mehrjährigen Zeitversatz. So sind derzeit z. B. noch nicht für alle Staaten der Europäischen Union (EU) und Abkom-

mensstaaten die Daten des Jahres 2016 vorhanden, sodass bei einer Umsetzung neben der noch zu klärenden Frage der Datenqualität auch die Datenverfügbarkeit eine zentrale Rolle spielen würde. Auch die Experteninterviews mit Kassenvertretern ergaben die mehrheitliche Einschätzung, dass Modell 3 zu präferieren wäre – sowohl mit Blick auf die Umsetzbarkeit und die möglichen Probleme der Datenverfügbarkeit als auch die Zielgenauigkeit der Zuweisungen.

6.5 Analyse des ausgewählten Modells anhand der neu geschaffenen Datenbasis

Die Beschreibung der für das Modell 3 notwendigen Datenbasis inkl. der deskriptiven Statistiken ist mit Blick auf die Sonderdatenmeldungen der SA149 und SA150 bereits in den Kapiteln 3.1.1 bzw. 3.1.2 erfolgt. Die landesspezifischen Deckungsquoten und Deckungsbeiträge anhand dieser Daten wurden in Kapitel 3.2.1 ermittelt und hinsichtlich ihrer Wettbewerbsrelevanz bewertet.

Die Umsetzung des präferierten Modells 3 aus Kapitel 6.4 kann unterschiedlich ausgestaltet werden. Die landesspezifischen Zuweisungen können entweder in Form von Landespauschalen ermittelt und zugewiesen, oder aber zusätzlich hinsichtlich Altersgruppen differenziert werden. Dabei ist unter anderem zwischen dem Nutzen einer zielgerichteteren Zuweisung auf der einen und einem erhöhten Aufwand auf der anderen Seite abzuwägen. Auch die Transparenz des Verfahrens und die Kontinuität der Berechnungsschritte sind von Bedeutung. Die in Kapitel 3.2.1 ausgewiesenen landesspezifischen Ausgaben je VT (basierend auf den Rechnungssummen der SA150 und den Leistungsausgaben der SA700) stellen bereits die Zuweisungsgrößen dar, die bei einer Umsetzung des Modells 3 ohne Altersdifferenzierung relevant wären. Im Folgenden wird der Ansatz von Landespauschalen mit einer zusätzlichen Altersdifferenzierung hinsichtlich der Zuweisungsgenauigkeit basierend auf Kassen-MAPEs (sowohl absolut als auch relativ) verglichen, um eine Gesamtbewertung vornehmen und ein spezifisches Modell 3 empfehlen zu können.

Die bisherigen Definitionen der 40 AusAGGn können für eine Altersdifferenzierung auf Landesebene nicht herangezogen werden. Dies würde das Modell zum einen deutlich komplexer werden lassen, und zum anderen sind die Fallzahlen in den einzelnen Ländern zu niedrig, um eine solch feingliedrige Altersdifferenzierung vornehmen zu können. Um sinnvolle Al-

tersklassen festzulegen, könnten z. B. die bisher bei der Abrechnung von Kopfpauschalen im Rahmen der Leistungsaushilfe verwendeten Altersklassen herangezogen werden. Die Kopfpauschalen werden dabei in der Regel nach drei unterschiedlichen Altersklassen: „<20 Jahre“, „20-64 Jahre“ und „65 Jahre und älter“ differenziert. Da die Altersklassen in der SA150 etwas abweichend definiert sind (dort gibt es die Altersklasse 18-24 Jahre) und die Rechnungssummen nach diesen Altersklassengrenzen aufgegliedert sind, wurden die drei Altersklassen in der Form „<18 Jahre“, „18-64 Jahre“ und „65 Jahre und älter“ verwendet. Für die Türkei und Bosnien-Herzegowina kann keine Unterteilung vorgenommen werden, da im Rahmen des Sammelabrechnungsverfahrens von vorneherein keine Altersklassen gebildet werden.

Um sicherzustellen, dass ausreichend hohe Fallzahlen in den Altersklassen vorhanden sind und das Land eine Mindestzahl von Auslandsversicherten aufweist, wurde folgendes Verfahren durchgeführt:

1. Für die Versicherten in der Türkei und Bosnien-Herzegowina werden landesspezifisch einheitliche Tageswerte verwendet.
2. Für die Versicherten in allen anderen Ländern wird geprüft, ob die Gesamtzahl der Versichertenjahre 1.000 übersteigt. Ist dies nicht der Fall, erfolgt keine Altersklassendifferenzierung und es werden landesspezifisch einheitliche Tageswerte verwendet.
3. Für die verbleibenden Länder wird geprüft, ob je Altersklasse mindestens 100 VJ vorliegen. Ist dies nicht Fall, erfolgt keine Altersklassendifferenzierung und es werden landesspezifisch einheitliche Tageswerte verwendet.
4. Für die verbleibenden Länder wird eine Altersdifferenzierung mit Verwendung der drei Altersklassen (<18, 18-64, >=65) vorgenommen.

Die Analyse der Versichertenzeiten je Altersklasse ergab, dass unter der vorgegebenen Modelldefinition (in Verbindung mit den vorliegenden Daten) für 15 der 37 Länder eine Altersklassendifferenzierung erfolgen konnte. Dabei handelt es sich um die Länder Österreich, Belgien, Schweiz, Tschechische Republik, Spanien, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Kroatien, Italien, Mazedonien, Niederland, Polen, Slowakei und Serbien. Für Tunesien wurde aufgrund

nicht vorhandener Einträge von Rechnungssummen in der SA150 für die statistische Analyse auf eine Altersklassendifferenzierung verzichtet.

Beide Modellansätze (mit und ohne Altersklassendifferenzierung) erreichen definitionsgemäß landesspezifische Deckungsquoten von 100% und damit auch ein Landes-MAPE von jeweils 0 € bzw. 0%€ und dominieren damit das Status quo Modell (Landes-MAPEs im Status quo werden in Kapitel 4.2.1 ausgewiesen).

Eine Gegenüberstellung der Kassen-MAPEs beider Modellansätze zeigt Tabelle 6.22. Auch hier zeigt sich für beide Modellansätze eine im Vergleich zum Status quo jeweils deutliche Verbesserung der Kassen-MAPEs (Gegenüberstellung der Kassen-MAPEs von Status quo und Modell ohne Altersklassen in Tabelle 9.31).

Tabelle 6.22: MAPEs (relativ und absolut) auf Kassenebene in Modell 3 ohne und mit Altersklassen

	Modell 3 ohne Altersklassen	Modell 3 mit Altersklassen
Kassen-MAPE rel. ungew.	629,64%	627,12%
Kassen-MAPE rel. gew.	21,31%	15,92%
Kassen-MAPE abs. ungew. (je VJ)	592,01 €	560,11 €
Kassen-MAPE abs. gew. (je VJ)	312,59 €	242,71 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017. N=106 Krankenkassen.

Durch die Einführung von Altersklassen zeigt sich gegenüber einem Modell ohne Altersklassen eine Verbesserung des relativen Kassen-MAPEs von 629,64% auf 627,12% (ungewichtet) bzw. von 21,31% auf 15,92% (gewichtet). Bei den absoluten Kassen-MAPEs erfolgt ebenfalls eine Verbesserung von 592 € auf 560 € (ungewichtet) bzw. 313 € auf 243 € (gewichtet). Durch die Verwendung von Altersklassen zeigt sich also eine - zu erwartende - Verbesserung der Zielgenauigkeit auf Kassen-Ebene. Dies ist damit zu erklären, dass auf Kassen-Ebene teilweise etwas unterschiedliche Altersstrukturen bei Auslandsversicherten eines Landes bestehen können, denn ansonsten würden die Kassen-MAPEs durch die Einführung von Altersdifferenzierungen unverändert bleiben.

Bei der Bewertung beider Ansätze und Priorisierung des Modells ist neben der Verbesserung der Zielgenauigkeit allerdings auch der Mehraufwand zu betrachten. Des Weiteren ist zu beachten, dass für die Länder Türkei und Bosnien-Herzegowina von vornherein keine Altersklassendifferenzierung erfolgen kann auch wenn die Kriterien für die landesspezifische Altersklassenbildung erfüllt wären (mehr als 100 VJ je Altersklasse und mehr als 1.000 VJ ins-

gesamt). Die Abhängigkeit der Verwendung von Altersklassen von den jeweils in den Klassen gemeldeten Versichertenzeiten kann dazu führen, dass im Zeitverlauf landesspezifische Altersklassendifferenzierungen neu eingeführt oder aber wieder gestrichen werden, wenn die Kriterien zur Altersklassenbildung neu erfüllt bzw. nicht mehr erfüllt werden. Dies führt zu einer Inkonsistenz des Modells und teilweise auch zu einer Planungsunsicherheit bei einzelnen Krankenkassen. Da die Überprüfung der Voraussetzungen für die Anwendung von Altersklassen erst mit der Vorlage der finalen Datengrundlage möglich ist, drohen insbesondere Abweichungen der Modellgestaltungen im Jahresausgleich im Vergleich zum Abschlagsverfahren, das sich an der Altersklassendefinition des Vorjahres orientieren muss. Eine Umsetzung der drei Altersklassen ohne Mindestversichertenzahlen je Klasse in allen Ländern ist aufgrund der bereits beschriebenen Problematik zu geringer Fallzahlen in einzelnen Ländern hingegen von vornherein nicht sinnvoll.

Vor dem Hintergrund der aus Gutachtersicht nur mäßigen Verbesserung der Kassen-MAPes durch Einführung landesspezifischer Altersklassendifferenzierungen auf der einen und der Inkonsistenz des Modells, der entstehenden Planungsunsicherheit sowie des entstehenden Mehraufwandes auf der anderen Seite empfehlen die Gutachter die Umsetzung des Modells 3 ohne Altersklassendifferenzierung auf Landesebene.

6.6 Bewertung der Effizienz-, Selektions- bzw. Manipulationsanreize und Vergleich zum Status quo

Die Bewertung der Effizienzanreize des vorgeschlagenen Modells erfolgt anhand der im Erstgutachten beschriebenen Steuerungsmöglichkeiten.¹⁹ Effizienzanreize sind dahingehend zu beurteilen, ob die Nutzung bestehender Möglichkeiten zur Ausgabensenkung weiterhin betriebswirtschaftlichen Mehrwert für die Krankenkassen bietet.

Im Rahmen der aktuellen Abrechnungsprüfung nimmt der inländische Krankenversicherungsträger nach Rechnungseingang von der DVKA eine Prüfung des Versichertenverhältnisses vor, um die Anspruchsvoraussetzungen für die Leistungsanspruchnahme sicherzustellen. Dieser Prüfschritt bleibt auch nach Umstellung des Zuweisungsverfahrens auf landesspezifische Zuweisungen aus Sicht des inländischen Trägers lohnend, weil die Abweisung ungerechtfertigter Abrechnungen keinen Einfluss auf die Zuweisungen für den entsprechen-

¹⁹ Vgl. Wasem J. et al. (2016), S. 85f.

den Versicherten hat. Die Effizienzanreize zur Durchführung dieser Überprüfung bleiben also vollständig erhalten.

In gleicher Weise lässt sich auch argumentieren, dass die Prüfung von genehmigungspflichtigen Behandlungen im Ausland, die im Rahmen von geplanten Eingriffen auftreten können, sowie die Überprüfung der Abrechnungen nach Schwellwertkriterien (wie sie bei Wasem J. et al. 2016, für Krankenhausfälle angedeutet wurden) für die Krankenkassen weiterhin sinnvoll sind. Zusätzlich verbleiben Effizienzgewinne einzelner Krankenkassen, die durch den Abschluss individueller Versorgungsverträge mit ausländischen Leistungserbringer erwirtschaftet werden, auch zukünftig bei den Vertragspartnern.

Das vorgeschlagene Modell bietet im Hinblick auf die durch die Krankenkassen identifizierten Steuerungsmöglichkeiten also keine Nachteile im Vergleich zum Status quo. Mit Blick auf die Effizienz der Versorgung ist vielmehr davon auszugehen, dass sich nun für einige Versichertengruppen die Hebung vorhandener Wirtschaftlichkeitsanreize lohnt. Denn für Versicherte aus bisher systematisch unterdeckten Wohnstaaten, deren Attrahierung aus betriebswirtschaftlicher Sicht bisher vermieden werden sollte, kann in Zukunft eine wirtschaftliche Versorgung auch zu positiven Deckungsbeiträgen führen, so dass die Versorgung solcher Auslandsversicherten nicht mehr per se ein Verlustgeschäft darstellt.

Zusätzlich sind mit Blick auf die Effizienzanreize auch die Verwaltungsaufwände in die Bewertung einzubeziehen. Mit Blick auf das vorgeschlagene Modell ist in einer ersten Bewertung festzuhalten, dass es sich auf Grund der Nutzung des Abflussprinzips um einen pragmatischen Ansatz handelt, der methodisch gut nachvollziehbar ist. Die für die Umsetzung notwendigen Daten sind entweder bereits verfügbar oder durch die Sondererhebung der SA149 und 150 standardisiert worden und seitens der Krankenkassen zur Bearbeitung des Folgegutachtens zur Verfügung gestellt worden. Damit ist der *zusätzliche* Aufwand zur Datenerhebung und -bereitstellung bereits vor der Umsetzung gut abschätzbar und auf der Einzelkassenebene gering. Der mit der Umsetzung des Modells erwartete Verwaltungsaufwand wird zusätzlich in Kapitel 9.6 noch einmal detailliert bewertet.

Das vorgeschlagene Modell 3 bietet hinsichtlich der Selektionsanreize erhebliche Vorteile im Vergleich zum Status quo. Auf Grund der fehlenden länderspezifischen Adjustierung der Zuweisungen im aktuellen Zuweisungsverfahren kommt es aktuell zu erheblichen Über- und Unterdeckungen für verschiedene Einschreibeländer (siehe Kapitel 4.2.1), die sich gerade für die Länder mit vielen Auslandsversicherten auch als stabil erweisen. Hier eröffnen sich im

Status quo Anreize zur Risikoselektion gegenüber Versicherten in Einschreibeländern mit stabiler Unterdeckung, während Versicherte aus Ländern mit stabiler Überdeckung überproportional attraktiv für Krankenkassen sind.

Die im Rahmen des Modell 3 vorgenommene separate Bestimmung der Rechnungssummen und darauf aufbauend des Zuweisungsvolumens für Versicherte eines Einschreibelandes führt im Ergebnis dazu, dass keine landesspezifischen Über- und Unterdeckungen mehr entstehen. Eine Selektion anhand des Merkmals Einschreibeland wird damit unattraktiv.

Die Rechnungssummen der Einschreibeländer in Modell 3 enthalten außerdem die in der SA700 gemeldeten Inlandsausgaben der Auslandsversicherten. Sollte es für bestimmte Einschreibeländer oder Versichertengruppen in einzelnen Ländern, beispielsweise Grenzgänger, systematische Unterdeckungen auf Grund der bisherigen Nichtberücksichtigung dieser Ausgaben bei der Bestimmung des Zuweisungsvolumens für Auslandsversicherte und der versichertenindividuellen Zuweisungen ergeben haben, werden diese künftig durch das Modell 3 aufgelöst. Etwaige Selektionsanreize für Versicherte mit erwartbar hohen Inlandsausgaben werden daher verringert.

Zur Bewertung der Manipulationsanreize des Modells im Vergleich zum aktuellen Verfahren ist zunächst zu bewerten, inwieweit die zusätzlich für das vorgeschlagene Modell genutzten Informationen der Manipulation durch Krankenkassen oder Dritte zugänglich sind. Als zusätzliche Informationen werden zum einen die GKV-weit erhobenen landesspezifischen Rechnungssummen für pauschale und tatsächliche Aufwände im Rahmen der Leistungsaushilfe sowie die versichertenindividuell gemeldeten Ausgaben für Leistungsansprüchen im Inland benötigt. Dabei stammen die benötigten Kosteninformationen aus unterschiedlichen Quellen. Während die landesspezifischen Rechnungssummen für Aufwände der Leistungsaushilfe aus der SA150 stammen, werden die Inlandskosten aus der SA700 extrahiert.

Mit Blick auf mögliche Manipulationsmöglichkeiten sind beide Datenquellen sehr unterschiedlich zu bewerten. Denn die Informationen der SA150 werden nicht durch die Krankenkassen selbst erhoben und gemeldet, sondern durch die DVKA erfasst, die ihrerseits kein Interesse an manipulativen Veränderungen von Erhebungsinformationen für das Ausgleichsverfahren haben dürfte. Für diese Informationen ist also grundsätzlich von keinerlei kassenseitigen Manipulationsmöglichkeiten auszugehen. Ohne Manipulationsmöglichkeiten sind auch die kassenseitigen Anreize dafür nicht relevant.

Demgegenüber bestehen für die Krankenkassen durchaus Manipulationsmöglichkeiten im Rahmen der Erfassung von Kosteninformationen für die inländische Leistungsanspruchnahme im Rahmen der SA700. Da die versichertenindividuellen Kosteninformationen aus der SA700 gegenwärtig keinem versichertenindividuellen Prüfverfahren unterliegen, sind hier theoretisch verfahrenswidrige Über- oder Untererfassungen von Ausgaben denkbar, die mittelbar zu höheren oder geringeren landesspezifischen Zuweisungen führen und so das Ausgleichsverfahren verzerren können.

Der Anreiz für ein solches Vorgehen wird allerdings als ausgesprochen klein eingeschätzt. Eine übermäßige Erhöhung oder Absenkung der erfassten Ausgaben ist überhaupt nur für solche Krankenkassen eine Option, die über hinreichend viele Versicherte in einzelnen Einschreibeländern verfügen, so dass eine relevante Beeinflussung der Zuweisungshöhen möglich ist. Hier ist allerdings davon auszugehen, dass eine relevante Beeinflussung der Inlandsausgaben der Auslandsversicherten auch Auswirkungen auf die kassenindividuellen Ausschöpfungsquoten in der SA700 hätte, die ihrerseits wiederum im Rahmen der Datenanhörungen durch das BVA kassenindividuell geprüft werden. Krankenkassen mit übermäßigen Abweichungen in den Ausschöpfungsquoten müssen befürchten, aus dem Regressionsverfahren ausgeschlossen zu werden, wodurch auch die intendierte Beeinflussung der Zuweisungshöhen für einzelne Einschreibeländer nicht mehr eintreten würde. Zudem macht das Zuweisungsvolumen für Auslandsversicherte insgesamt nur einen sehr kleinen Teil des Ausgleichsverfahrens aus, sodass insgesamt davon ausgegangen werden kann, dass die Anreize zur Nutzung von theoretisch denkbaren Manipulationsmöglichkeiten der SA700 sehr gering sind.

Neben den landesspezifischen Ausgabeninformationen werden im vorgeschlagenen Modell zusätzlich die versichertenindividuellen Informationen über das Einschreibeland und die Dauer des dortigen Aufenthalts in Tagen benötigt. Diese sollen durch die Krankenkassen erhoben und im Rahmen der SA100 gemeldet werden. Hier bestehen grundsätzlich Einflussmöglichkeiten durch die Meldung falscher Einschreibeinformationen oder die strategische Nichtmeldung von Einschreibeinformationen, etwa, weil die zu erwartenden Zuweisungen aus dem regulären Verfahren die Zuweisungen des Auslandsversicherten eines bestimmten Einschreibelandes übersteigen.

Beide Fälle sind mit Blick auf die Anreize unterschiedlich zu bewerten. Während die absichtliche Angabe von Falschinformationen im Rahmen der Prüfungen der Datenmeldung gemäß

§ 42 RSAV auffallen und zu entsprechenden Korrekturen führen würde, wird die absichtliche Nichtmeldung von zuweisungsrelevanten Informationen aktuell noch nicht vollständig systematisch geprüft. Inwieweit die fehlende Meldung von Auslandsversichertentagen aber zukünftig im Rahmen der Prüfungen der Versichertenzeiten sanktioniert wird, sollte aber nicht nur mit Blick auf die Verringerung der Manipulationsanreize des hier vorgeschlagenen Modells, sondern auch vor dem Hintergrund der Beeinflussbarkeit des regulären Verfahrens grundlegend erörtert werden; dies sprengt allerdings den Rahmen des vorliegenden Gutachtens.

6.7 Diskussion von Verbesserungspotenzial/Anpassungsbedarf

Die Analysen des in Kapitel 6.5 ausgewählten Modells 3 zeigen, dass für die Modellumsetzung eine deutliche Verschlinkung der SA150 umgesetzt werden kann, da ein Großteil der in der SA150 vorhandenen Variablen für die Modellumsetzung nicht benötigt wird. Zusätzlich könnte künftig auf die SA149 vollständig verzichtet werden, wenn lediglich das Einschreibungsland der Versicherten als neue Variable in die SA100 neu aufgenommen würde. Detaillierte Beschreibungen der empfohlenen Anpassungen in den Datenmeldungen sind in Kapitel 9.5.1.4 und Kapitel 9.5.1.5 aufgeführt.

In der SA700 müsste eine zusätzliche Variable als Datenfeld 21 eingeführt werden, in der die in den Kontenarten 480 erfassten Beträge einfließen, damit bereits in der SA150 erfasste Rechnungssummen nicht zusätzlich auch versichertenbezogen in der SA700 im HLB5 auftauchen. Ansonsten würden diese Ausgaben in der landesspezifischen Zuweisungsermittlung fälschlicherweise doppelt berücksichtigt werden (siehe Kapitel 9.5.1.4).

Noch bestehende Datenunklarheiten wie z. B. die Tatsache der fehlenden Einträge in der SA150 für das Land Tunesien müssten für die Umsetzung des Modells seitens der DVKA geklärt werden. Auch die Frage, wie die Bereitstellung der Nettobeträge der Pauschalen in der SA150 (bereinigt um Pflegesachkosten) letztlich erfolgen soll, müsste beantwortet sein. Hier bestünde evtl. die Möglichkeit, dass die DVKA dem BVA direkt die um Pflegesachkosten bereinigten Rechnungssummen nach pauschalen Abrechnungen je Land zur Verfügung stellt.

7. Zuweisungen der tatsächlichen Leistungsausgaben (Forschungsfrage 6)

7.1 Ausgestaltungsmöglichkeiten eines Ausgleiches der tatsächlichen Leistungsausgaben

Zur Frage, wie ein direkter Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben für Auslandsversicherte zu bewerten ist, ist zunächst zu klären, in welcher Form ein solcher Ist-Ausgabenausgleich umgesetzt werden soll. Neben einem vollständigen Ausgleich aller entstandenen Ausgaben von Auslandsversicherten sind auch Mischmodelle denkbar, die verschiedene Kosten- bzw. Abrechnungsanteile separat ausgleichen (siehe Kapitel 7.1.2). Dadurch lassen sich möglicherweise bereits bekannte Nachteile der im Erstgutachten vorgeschlagenen Modellansätze minimieren, ohne bestehende Vorteile zu verringern.

Im Folgenden werden solche Ansätze dargestellt, die den Ist-Ausgabenausgleich an unterscheidbaren Ausgabenbereichen festmachen. Als Ausgabenbereiche für Auslandsversicherte sind dabei zunächst die anfallenden Ausgaben im Inland und die über die DVKA abgerechneten Ausgaben zu nennen. Letztere gliedern sich grundsätzlich in Ausgaben, die im Rahmen der Leistungsaushilfe bei Wohnortfällen entstehen und solche, die auf Urlauberrechnungen von Auslandsversicherten im Rahmen des vorübergehenden Aufenthalts im Ausland zurückzuführen sind. Die über die DVKA abgerechneten Ausgaben lassen sich auch entsprechend der mit den Mitglieds- bzw. Abkommensstaaten getroffenen Abrechnungsart (tatsächlicher Aufwand, Kopfpauschalen, Familienpauschalen) unterscheiden. In die folgende Diskussion werden daher auch solche Modelle einbezogen, die einen teilweisen Ist-Ausgabenausgleich anhand der verschiedenen Abrechnungsarten ermöglichen.

Zu bedenken ist grundsätzlich, dass die hier dargestellten Einschätzungen von der Annahme ausgehen, dass die aktuell gültige Definition von Auslandsversicherten beibehalten wird. Die bisherigen Regelungen sehen eine prospektive Zuordnung zum Kreis der Auslandsversicherten vor, indem Personen, die im Vorjahr mehr als 182 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, im Ausgleichsjahr als Auslandsversicherte behandelt werden. Eine Verringerung der benötigten Einschreibetage würde daher absehbar den Personenkreis und damit einhergehend auch das Ausgabevolumen vergrößern, das von einem solchen direkten Kostenausgleich betroffen wäre. Auch eine zeitgleiche Zuordnung von Auslandsversicherten hätte Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeits- und Manipulationsanreize. Je nachdem,

welche Definition für die durch die Regelung betroffenen Auslandsversicherten zugrunde gelegt wird, müssen die hier dargelegten Einschätzungen gegebenenfalls revidiert werden. Wie in Abschnitt 1.3 ausgeführt, sind die Gutachter allerdings nach der Durchführung diverser (im Einzelnen nicht dargestellter) Sensitivitätsanalysen zu unterschiedlichen Abgrenzungen der Auslandsversicherten im Sinne des RSA zu der Einschätzung gekommen, keine Veränderung der Definition der Auslandsversicherten vorzuschlagen.

7.1.1 Vollständiger Ausgleich

Bei einem vollständigen Ist-Ausgabenausgleich werden alle von Auslandsversicherten erzeugten Ausgaben den jeweiligen Krankenkassen 1:1 durch die Zuweisungen ausgeglichen. Es erfolgt keine standardisierte Zuweisung und auch keine Differenzierung nach Ausgabenbereichen (Inlandsausgaben und im Ausland verursachte Ausgaben). Auf Basis der kassenseitig gemeldeten Rechnungsbeträge werden die Zuweisungssummen je Kasse definiert. Bei einem vollständigen Ist-Ausgabenausgleich wäre auch die Definition von Auslandsversicherten in einem zeitgleichen Ansatz zu diskutieren, damit eine sachgerechte Zuordnung von im Kalenderjahr entstandenen Ausgaben erfolgen kann.

7.1.2 Anteiliger Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben und Mix-Modelle

Grundsätzlich wären auch teilweise Ist-Ausgabenausgleiche für einen oder mehrere Ausgabenbereiche bzw. Abrechnungsarten möglich. Diese teilweisen Ist-Ausgabenausgleiche können mit standardisierten Zuweisungsmodellen anderer Ausgabenbereiche kombiniert werden.

Denkbar wären hier folgende Modellansätze:

1. Ein vollständiger Ist-Ausgabenausgleich nur für die DVKA-Rechnungen von Auslandsversicherten. Die Inlandsausgaben von Auslandsversicherten könnten hingegen über standardisierte Zuweisungen finanziert werden.
2. Ein Ist-Ausgabenausgleich für einen Teil der Auslandsausgaben und zwar nur für Abrechnungen im Rahmen von Pauschalabrechnungen. Dabei sind sowohl versichertenbezogen

zuordenbare Kopfpauschalen als auch Familienpauschalen einbezogen. Die verbleibenden nach tatsächlichem Aufwand abgerechneten Ausgaben im Ausland (Leistungsaulhilfe bei dauerhaftem Aufenthalt und Urlauberrechnungen) werden standardisiert zugewiesen. Dazu werden die landesbezogenen, durch Auslandsversicherte verursachten Ausgaben um die nach Pauschalen abgerechneten Beträge bereinigt und das verbleibende Ausgabevolumen im Rahmen der standardisierten, landesbezogenen Zuweisungen ausgeglichen. Ebenso werden die Inlandsausgaben von Auslandsversicherten standardisiert ausgeglichen.

3. Der unter Punkt 2 dargestellte Modellansatz könnte dahingehend modifiziert werden, dass neben dem Ausgleich der Auslandsausgaben für Pauschalen auch die Inlandsausgaben und die Auslandsausgaben nach tatsächlichem Aufwand teilweise anhand der tatsächlichen Ausgaben und teilweise über ein Standardisierungsverfahren ausgeglichen werden.

7.2 Diskussion von Effizienz-, Risikoselektions- bzw. Manipulationsanreizen der verschiedenen Modelle im Vergleich zum Status quo

Es ist zutreffend, dass Ausgaben für die Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland von den Krankenkassen weniger gesteuert werden können als solche für Leistungen, die im Inland entstehen. Allerdings hat das Erstgutachten umfassend dargelegt, dass auch bei im Ausland bestehenden Ausgaben durchaus an unterschiedlichen Stellen Spielräume für die Krankenkassen zu mehr oder weniger effizientem Handeln bestehen.²⁰ So kann die Prüfung des Versicherungsverhältnisses unterschiedlich intensiv erfolgen. Rechnungen nach tatsächlichem Aufwand werden jenseits bestimmter Schwellenwerte nach Aussagen in den Experteninterviews intensiver geprüft. Grundsätzlich können Krankenkassen mit ausländischen Leistungsträgern individuelle Versorgungsverträge schließen. Bei einem vollständigen Ist-Ausgaben-Ausgleich kommen solche Aktivitäten allerdings zum Erliegen, da dabei erzielte Einsparungen vollständig zugunsten der GKV insgesamt sozialisiert werden. Das Gutachterkonsortium des Folgegutachtens macht sich diese Bewertung zu eigen.

Es kann zwar durchaus argumentiert werden, dass durch einen vollständigen Ausgleich tatsächlicher Ausgaben ein in der eigentlichen Durchführung verhältnismäßig einfaches und verwaltungsarmes Verfahren zum Ausgleich des relativ kleinen Bereichs der Auslandsversi-

²⁰ Vgl. Wasem et al. (2016), S. 85ff.

cherten implementiert werden kann, durch das sich insbesondere Aufwände für die Verfahrensdurchführung beim BVA sparen lassen. Inwieweit diese durch einen Ist-Ausgaben-Ausgleich möglichen Einsparungen aber auf der Seite der Verwaltungskosten der Krankenkassen realisiert werden können, ist insgesamt nicht eindeutig zu bewerten. Denn ein Ausgleich tatsächlicher Ausgaben führt insbesondere im Hinblick auf die Prüfaufwände der ausgleichenden Ausgaben sowohl für Prüfdienste als auch für Krankenkassen zu deutlichen Mehraufwänden im Vergleich zum Status quo. Insgesamt sind die Gutachter der Auffassung, dass sich mit Blick auf die Verwaltungsausgaben ebenfalls keine validen Aussagen über mögliche Einsparungen treffen lassen.

Des Weiteren könnten Krankenkassen (wie teilweise auch in Expertengesprächen als denkbare Option angebracht) in einem Modell des vollständigen Ist-Ausgaben-Ausgleiches versuchen, insbesondere bei Grenzgängern dahingehend steuernd einzugreifen, kostenintensive Behandlungen im Ausland vornehmen zu lassen. Ein solches denkbare Steuerungspotential wäre allerdings primär bei Grenzgängern gegeben, da diese durch die häufigen Grenzübertritte die grundsätzliche Wahlmöglichkeit haben, im Inland oder im Ausland Leistungen in Anspruch zu nehmen.

In Abwägung der unsicheren Vorteile auf Seiten der Verfahrenseffizienz und der Verwaltungsaufwände, der deutlichen Fehlanreize im Hinblick auf die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie der Gefahr unwirtschaftlicher Versorgungssteuerung kommt aus Sicht der Gutachter aus den vorgenannten Gründen ein vollständiger Ist-Ausgaben-Ausgleich nicht in Betracht. Im Folgenden werden daher nur die Effizienz-, Risikoselektions- und Manipulationsanreize eines Modells mit partiellem Ist-Kostenausgleich diskutiert. Dabei wird – in Anlehnung an die aktuell vorgeschlagene Wiedereinführung eines Risikopools im Entwurf des Faire-Kassenwettbewerb-Gesetzes – von einer 80%iger Erstattungsquote ausgegangen. Die übrigen Ausgaben werden im Rahmen eines standardisierten Ausgleichsverfahrens ausgeglichen. Dabei wird hier davon ausgegangen, dass hierfür eine Standardisierung entsprechend dem vorgeschlagenen Modell 3 erfolgt. Die Bewertung der Effizienz-, Risikoselektions- und Manipulationsanreize des Modells 3 finden sich in Kapitel 6.6.

Zunächst sind die Effizienzanreize eines anteiligen Ist-Ausgabenausgleichs im Vergleich zum aktuellen Verfahren zu bewerten. Die im Rahmen der Bearbeitung von Forschungsfrage 3 identifizierten Wettbewerbsverzerrungen durch nicht von den Kassen beeinflussbare Unter- und Überdeckungen für Auslandsversicherte auf Kassenebene würden zum großen Teil be-

reits durch den anteiligen Direktausgleich der Ausgaben entfallen. Auch die landesbezogenen Über- und Unterdeckungen auf Kassenebene, die aktuell feststellbar sind, würden durch einen teilweisen Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben in Verbindung mit standardisierten landesbezogenen Zuweisungen zum größten Teil vermieden. Da die verbleibenden Ausgaben über ein standardisiertes Verfahren ausgeschüttet werden sollen, das auch das Einschreibeland als Ausgleichsvariable berücksichtigt, entfallen insgesamt auch bestehende Risikoselektionsanreize gegenüber Versicherten mit Wohnort in einem systematisch unterdeckten Staat vollständig.

Im Hinblick auf die Anreize zur Wahrnehmung bestehender Maßnahmen zur wirtschaftlicheren Versorgung von Auslandsversicherten stellt sich die Bewertung allerdings differenzierter dar. Unter den Bedingungen eines anteiligen Direktausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben wären Anreize der kassenseitigen Abrechnungsprüfung nur noch in verringertem Maße gegeben. Aktuell werden Rechnungen nach tatsächlichem Aufwand auf das Vorliegen der Inanspruchnahmevoraussetzungen des Versicherten sowie beim Überschreiten bestimmter Schwellenwerte von Krankenkassen individuell geprüft. Die damit verbundenen Gewinne durch die Vermeidung ungerechtfertigter Abrechnungen sind dabei vollständig bei den durchführenden Krankenkassen zu verbuchen. Bei Einführung eines überwiegenden Direktausgleichs ist anzunehmen, dass die Effizienzgewinne, die sich aus der Abrechnungsprüfung ergeben, deutlich geschmälert würden, da Krankenkassen nur noch 20% der vermiedenen Rechnungssumme als vermiedenen Aufwand deklarieren könnten. Die Anreize zur Durchführung dieser Maßnahmen sinken also deutlich.

Auch die aktuell noch bestehenden Anreize der Kostensteuerung für Ausgaben, die für Auslandsversicherte im Ausland anfallen, wären bei einem vollständigen Ist-Ausgabenausgleich bei den Krankenkassen nicht mehr im selben Maße gegeben. Durch den hier vorgeschlagenen anteiligen Ausgleich blieben sie zwar bestehen, allerdings wäre ihre vorteilhafte Wirkung für die Krankenkassen stark verringert.

Zusätzlich weist das Erstgutachten darauf hin, dass Krankenkassen mit größeren Anzahlen von Auslandsversicherten in einigen Regionen spezifische Versorgungsverträge mit ausländischen Leistungserbringern geschlossen oder zumindest geplant haben, um die Leistungsausgaben, die im Rahmen der Leistungsaushilfe entstehen, positiv zu beeinflussen. Es ist zu erwarten, dass bei Einführung eines überwiegenden Ausgleichs der tatsächlichen Leistungsausgaben in der hier diskutierten Form die Wirtschaftlichkeit solcher Versorgungsverträge

für die einzelne Krankenkasse deutlich geschmälert wird, weil die etwaigen Kostenvorteile nicht mehr vollständig bei der Krankenkasse verbleiben. Insgesamt würden die Anreize zur kosteneffizienten Versorgung von Auslandsversicherten durch einen anteiligen Ist-Kostenausgleich von 80% der Kosten deutlich verringert.

Auch die Verwaltungseffizienz eines anteiligen Ist-Kostenausgleichs ist sowohl im Vergleich zum vorgeschlagenen Modell landesspezifischer Zuweisungen als auch im Vergleich zum aktuellen Verfahren insgesamt als schlechter einzustufen. Zwar handelt es sich um einen pragmatischen Ansatz, der zum größten Teil auf bekannten Informationen aufsetzt, die bereits in der strukturierten Form der SA149, SA150 und SA700 vorliegen. Das im Erstgutachten transparent gemachte Problem im Hinblick auf den Zeitversatz der Rechnungseingänge würde also zum großen Teil entschärft werden. Die verzögerte Datenverfügbarkeit und Datenvalidität mit Blick auf das (landesspezifische) Abrechnungsvolumen wäre unter den Bedingungen eines vollständigen Ausgleichs nicht mehr problematisch, verzögerte Abrechnungen werden im Jahr der Zahlung ausgeglichen.

Dem ist aber vor allem der bei allen Verfahrensbeteiligten anfallende größere Mehraufwand in der Umsetzung und Durchführung des Verfahrens entgegenzuhalten. Auf Seiten des BVA treten im Vergleich zum Status quo zusätzliche Aufwände für die Modellpflege und Berechnung landesspezifischer Zuweisungen hinzu. Zusätzlich sind aber auch umfassende Bereinigungen der versichertenbezogen direkt auszugleichenden Kosten vorzunehmen, die mit Blick auf die nicht versichertenbezogen ausgewiesenen landesspezifischen Rechnungssummen unter Umständen zu komplexen Sonderfällen führen.

Für die Krankenkassen und die Prüfdienste ist hier insbesondere die notwendige Prüfung der Datengrundlagen zu nennen. Denn für einen Ist-Ausgabenausgleich muss notwendigerweise auch die Höhe und Zuordnung der den Kostendaten zugrundeliegenden Abrechnungen geprüft werden. Im Kontext der Diskussion um eine Einführung eines Risikopools in den Risikostrukturausgleich wurde von Seiten der Krankenkassen vermehrt darauf hingewiesen, dass die inhaltliche Prüfung von Abrechnungen erheblich aufwändiger sei als die bisher praktizierten Prüfungen der Datengrundlagen für Versichertenzeiten und Morbiditätsinformationen. Auch für einen anteiligen Ist-Ausgabenausgleich für Auslandsversicherte wäre eine solche aufwändige Prüfung der Abrechnungen notwendig, die sowohl für die Prüfdienste als auch für die Krankenkassen zu Verwaltungsaufwänden führen.

Mit Blick auf die Verwaltungseffizienz ist also ein Modell mit anteiligem Ausgleich der tatsächlichen Kosten sowohl dem Status quo als auch dem hier vorgeschlagenen vollständig standardisierten landesspezifischen Ausgleich der Ausgaben für Auslandsversicherte unterlegen.

Die Bewertung der Risikoselektionsanreize eines anteiligen Ist-Ausgabenausgleichs gestaltet sich hingegen einfacher. Durch einen anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben für Auslandsversicherte steigt die Zielgenauigkeit des Verfahrens grundsätzlich stark an. Dadurch wird Risikoselektion gegen Auslandsversicherte insgesamt weniger lohnend. Da zusätzlich auch die verbleibenden Ausgaben über ein landesadjustiertes Ausgleichsverfahren ausgeglichen werden sollen, werden auch die aktuell bestehenden Selektionsanreize gegen Versicherte mit Wohnsitz in untergedeckten Wohnstaaten vollständig neutralisiert, so dass insgesamt von einer erheblichen Reduktion der Risikoselektionsanreize im Vergleich zum Status quo ausgegangen werden kann.

Durch den anteiligen Ausgleich tatsächlicher Kosten ist auch im Vergleich zum Modell mit komplett standardisierten landesspezifischen Zuweisungen von einer Reduktion der Risikoselektionsanreize auszugehen, da auch für verdeckte, bisher nicht identifizierte Versichertenmerkmale, die zu systematischen Über- bzw. Unterdeckungen führen, etwaige Selektionsgewinne erheblich vermindert werden. Da solche Merkmale aber aktuell nicht bekannt sind, ist fraglich, ob diese theoretische Verringerung von Risikoselektionsanreizen auch praktische Vorteile mit sich bringt.

Im Hinblick auf den anteiligen Ist-Kostenausgleich bestehen Manipulationsmöglichkeiten vor allem in der fälschlichen Meldung von nicht angefallenen Leistungsausgaben für Auslandsversicherte, so dass ungerechtfertigte Zuweisungen generiert werden. Es ist allerdings davon auszugehen, dass mit Einführung eines solchen direkten Ausgleichs gemeldeter Kosten auch eine Prüfung der gemeldeten versichertenindividuellen Ausgaben erfolgen wird. Solange ein solches Prüfverfahren eine hinreichende Wahrscheinlichkeit der Aufdeckung von Manipulationen bietet und ausreichend hohe Sanktionen bereithält, ist davon auszugehen, dass die Anreize zur Nutzung dieser Manipulationsmöglichkeiten ausreichend gering sind.

Die für den standardisiert ausgeglichenen Zuweisungsanteil bestehenden Manipulationsanreize wurden bereits in Kapitel 6.6 ausführlich diskutiert.

7.3 Zwischenfazit: Auswahl eines Modells zum Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben

Generell bewerten die Gutachter die Prüfungsaktivitäten der Krankenkasse – insbesondere mit Blick auf das Versichertenverhältnis und die bestehende Anspruchsgrundlage – als so bedeutend, dass (wie bereits ausgeführt) kein vollständiger Ist-Ausgabenausgleich empfohlen wird. Das im Folgenden somit weitgehend geprüfte Alternativmodell sieht daher nur einen anteiligen Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben in Höhe von 80% vor. Der 80%-Anteil des Ist-Ausgabenausgleichs orientiert sich dabei (wie im vorangehenden Abschnitt) an der Quote, die der Regierungsentwurf des GKV-FKG im Kontext des Risikopools vorsieht.

Rechnungen nach pauschalem Aufwand (Datenfeld 17): Hier erfolgt ein 80%iger Ist-Ausgabenausgleich. Die restlichen 20% der Rechnungssummen für pauschale Aufwände werden über das Standardisierungsmodell des Modells 3 zugewiesen.

Rechnungen nach tatsächlichem Aufwand (Datenfeld 27): Hier erfolgt ein 80%iger Ist-Ausgabenausgleich – auch hier werden die restlichen 20% der Rechnungssummen über das Standardisierungsmodell des Modells 3 zugewiesen.

Inlandsausgaben der Satzart 700: Hier erfolgt ein 80%iger Ist-Ausgaben-Ausgleich – die restlichen 20% werden über das Standardisierungsmodell des Modells 3 zugewiesen (wie auch bei den tatsächlichen Aufwänden der SA150). Um eine Doppelberücksichtigung von Ausgaben zu vermeiden, wäre auch hier analog zu Modell 3 eine zusätzliche Variable zur Abbildung von Ausgaben gemäß der Konten 4800 bis 4802 („Pauschbeträge sowie Erstattungen für Versicherte mit gewöhnlichem Auslandsaufenthalt“) notwendig.

8. Berücksichtigung weiterer Erkenntnisse und Fragestellungen (Forschungsfrage 7)

8.1 Darstellung weiterer wissenschaftlich belastbarer Erkenntnisse

Im Rahmen des Gutachtens wurden sowohl Recherchen nach relevanten Publikationen als auch Expertengespräche mit Kassenvertretern und der DVKA geführt, um weitergehende Erkenntnisse zu gewinnen und diese in das Gutachten mit einfließen zu lassen.

Die Recherchen ergaben, dass in den vergangenen Jahren seit Veröffentlichung des Erstgutachtens insbesondere verschiedene Stellungnahmen von Verbänden, Einzelkassen und Fachexperten veröffentlicht wurden. Dabei wurden primär die im Erstgutachten aufgeführten Modellansätze aufgenommen und diskutiert. Es gab keine konkreten Empfehlungen/Vorschläge für Modellumsetzungen zur Verbesserung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte. In den Stellungnahmen wurde mehrheitlich das im Erstgutachten vorgestellte Modell 3 präferiert und als zielführender Ansatz bewertet (das auch in diesem Gutachten als das zu präferierende Modell des Erstgutachtens bewertet wird).

In den Expertengesprächen (mit der BARMER, der TK, der IKK Classic, der Knappschaft Bahn See, der AOK Rheinland/Hamburg, dem BKK-Dachverband und der BKK ZF & Partner sowie der DVKA) wurde ebenfalls der Modellansatz 3 als das Modell des Erstgutachtens bewertet, das bei überschaubarem Aufwand und gegebenen Datenrestriktionen eine deutliche Verbesserung des Zuweisungsverfahrens erwarten ließe. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, das Modell nicht deutlich auszuweiten oder deutlich komplexer zu gestalten, da es sich bei Auslandsversicherten nur um einen kleinen Teil des GKV-Klientels handelt. In einem Gespräch wurde die Idee hervorgebracht, Länder nach Ausgabenniveaus zu clustern (z. B. in drei Cluster: hohes, mittleres und niedriges Ausgabenniveau) und dann clusterspezifische und altersklassenspezifische Zuweisungen zu ermitteln. Hier sei angemerkt, dass genauso wie in Modell 3 mit Altersklassendifferenzierung eine Inkonsistenz des Modells zu erwarten ist, da sich auch die Clusterbesetzungen im Zeitverlauf verändern können und dies auch regelmäßige Prüfungen mit sich bringt. Dies führt erneut zu Planungsunsicherheit, deutlichem Mehraufwand und wirft auch die methodische Frage auf, wie die drei Cluster konkret abgegrenzt werden sollen, also wie die Grenzen der Cluster zu definieren sind. Hier ist ein deutlicher Interpretationsspielraum und eine Angreifbarkeit in der Umsetzung gegeben, sodass die Gutachter diesen Vorschlag nicht aufgreifen.

Somit unterstützen sowohl die Literaturrecherchen als auch die Expertengespräche die Modellempfehlung der Gutachter für Modell 3 ohne Altersklassendifferenzierung. Es konnte in der Erstellung des Gutachtens kein konkurrenzfähiges Alternativmodell identifiziert bzw. benannt werden.

8.2 Berücksichtigung von Inlandsausgaben der Auslandsversicherten in den vorgeschlagenen Modellen

Sowohl im Modell 3 des Erstgutachtens als auch im vorgeschlagenen Alternativmodell eines teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches werden die im Inland anfallenden Leistungsausgaben der SA700 von Auslandsversicherten vollständig erfasst und im Zuweisungsverfahren berücksichtigt. In beiden Ansätzen schlagen die Gutachter eine zusätzliche Variable in der SA700 vor, die eine Doppelerfassung von Ausgaben durch die SA150 und die SA700 vermeiden soll. In der zusätzlichen Variable sollen dabei alle versichertenbezogenen Ausgaben der Kontenart 480 erfasst werden statt im HLB5 (sonstige Leistungsausgaben). In beiden Ansätzen werden also alle inländischen Inanspruchnahmen vollständig berücksichtigt.

In Modell 3 werden die Inlandsausgaben im Rahmen eines Standardisierungsverfahrens (nach Ländern) ausgeglichen. Hierbei werden die inländischen Ausgaben auf Versicherten-ebene (aus der SA700) gemeinsam mit den zugehörigen landesspezifischen Rechnungssummen der DVKA (aus der SA150) in einem landesspezifisch einheitlichen Zuweisungsgewicht erfasst.

In dem im Rahmen von Kapitel 7.1 unter den Modellen mit Ist-Ausgaben-Ausgleich vorgeschlagenen und zum Vergleich mit Modell 3 heranzuziehenden teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleich handelt es sich um ein Mix-Modell. Die inländischen Ausgaben der SA700 werden der jeweiligen Krankenkasse – ebenso wie die Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand in der SA150 – zu 80% im Ist-Ausgaben-Ausgleich ausgeglichen. Die verbleibenden 20% der inländischen Ausgaben werden gemeinsam mit den Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand nach demselben Standardisierungsmodell wie in Modell 3 anhand von landesspezifischen Zuweisungsgewichten ausgeglichen.

8.3 Berücksichtigung von im Ausland anfallenden Leistungsausgaben von Versicherten mit Wohnort im Inland (Urlauberrechnungen)

Bei Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte handelt es sich sowohl um Urlauberrechnungen, aber auch um andere Formen von vorübergehenden Aufenthalten wie z. B. Studiensemester im Ausland oder anderweitige Aufenthalte, die nicht vermuten lassen, dass sich

der Lebensmittelpunkt ins Ausland verlagert hat. Wie bereits in Kapitel 3.1.1.2 beschrieben erfolgt in der SA150 in Datenfeld 33 keine Trennung der Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte für Wohnortfälle und Inlandsversicherte. Somit ist aktuell keine eindeutige Ermittlung der Ausgaben für vorübergehende Aufenthalte von Inlandsversicherten möglich.

Die Trennung zwischen Urlauberrechnungen von Inlandsversicherten und Urlauberrechnungen von Auslandsversicherten ist der DVKA aber auch grundsätzlich nicht möglich. Die Rechnungen für Leistungsaushilfe seitens der ausländischen Kostenträger werden zwar getrennt für vorübergehende Aufenthalte und Leistungsaushilfe aufgrund einer bestehenden Einschreibung übermittelt, aber bei den Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte ist es der DVKA nicht möglich, zu beurteilen, ob es sich bei dem jeweiligen Versicherten um einen eingeschriebenen Versicherten handelt oder nicht. Um also eine Trennung der Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte in der SA150 vornehmen zu können, müsste entweder das Datenaustauschverfahren zwischen den Verbindungsstellen angepasst werden (um differenzieren zu können, welche Rechnung für einen vorübergehenden Aufenthalt von einem eingeschriebenen Versicherten verursacht wurde), oder aber es müsste eine Rückkopplung mit den bei den inländischen Kassen vorliegenden versichertenindividuellen Einschreibinformationen erfolgen, um die Rechnungssummen in Datenfeld 33 zu differenzieren. Beide Ansätze erscheinen aus Sicht der Gutachter in der Umsetzung sehr aufwändig bzw. unrealistisch – insbesondere mit Blick auf mögliche Anpassungen des Datenaustauschverfahrens mit Mitgliedsstaaten und Abkommensstaaten, da hier standardisierte Datensätze definiert wurden, die z. B. für alle Mitgliedsstaaten künftig einheitlich im elektronischen Datenaustauschverfahren zu melden sind. Somit wäre eine separate Erfassung von Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte für eingeschriebene Versicherte und für Inlandsversicherte in der SA150 auch künftig nicht möglich.

Aus diesem Grund präferieren die Gutachter, die Urlauberrechnungen von Auslandsversicherten in der SA150 grundsätzlich nicht zu berücksichtigen. Sowohl für das in Kapitel 6.5 vorgeschlagene Modell 3 als auch für das in Kapitel 7.3 vorgeschlagene Modell eines teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches empfehlen die Gutachter stattdessen die Einführung einer zusätzlichen Variable in der SA700, um den HLB5 der sonstigen Leistungsausgaben um die bereits in der SA150 berücksichtigten Rechnungssummen zu bereinigen. Auf diese Weise

würde allerdings auch um die in der SA150 nicht berücksichtigten Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte bereinigt. Zu beheben wäre diese Unschärfe nur, wenn der Kontenrahmen dahingehend angepasst würde, dass die bisher in der Kontenart 480 erfassten Rechnungsbeträge versichertenbezogen getrennt nach Leistungsaushilfe durch eine bestehende Einschreibung und Leistungsaushilfe aufgrund eines vorübergehenden Aufenthaltes in separaten Konten gebucht werden könnten. Somit könnten zum einen die Rechnungsbeträge durch vorübergehende Aufenthalte wie bisher in den HLB5 der SA700 einfließen und für die Ermittlung der landesspezifischen Zuweisungsgrößen korrekt berücksichtigt werden und zum anderen würden diese Rechnungsbeträge richtigerweise nicht in die Bereinigung der Rechnungssummen aus der SA150 einfließen. Die Gutachter empfehlen, das Zuweisungsvolumen für Auslandsversicherte, das sich unter Verwendung der SA150 und der SA700 (mit der wie oben aufgeführt zusätzlichen HLB5-bereinigenden Variable) ergibt, nicht an die KJ1 zu adjustieren. Dies ist damit zu begründen, dass es sich bei der SA150 und der SA700 um die „tatsächlichen Leistungsausgaben“ von Auslandsversicherten handelt und es keine weitere sachliche Begründung für eine Adjustierung des Zuweisungsvolumens gibt.

Dieses neu definierte Zuweisungsvolumen weist im Vergleich zum bisherigen Zuweisungsvolumen keine Rechnungsbeträge vorübergehender Aufenthalte von Inlandsversicherten der Kontenart 480 auf. Des Weiteren werden die Inlandsausgaben von Auslandsversicherten nun explizit berücksichtigt, sodass diese beiden verzerrenden Faktoren im neu definierten Zielvolumen grundsätzlich nicht mehr vorhanden sind.

Des Weiteren würde eine Adjustierung des Zielvolumens an die in der Kontenart 480 erfassten Beträge auch eine Abkehr vom Abfluss-Prinzip bedeuten, da in der Kontenart 480 auch Verpflichtungsbeträge gebucht werden. Somit wäre eine Adjustierung ohnehin nur mit einer entsprechenden Kontenrahmenanpassung sinnvoll möglich, bei der die Rechnungssummen für vorübergehende Aufenthalte für Inlandsversicherte und solche für Auslandsversicherte in zwei separaten Kontenarten gebucht würden.

9. Weiterentwicklung zur Umsetzungsreife (Forschungsfrage 8)

In diesem Kapitel steht die Weiterentwicklung zur Umsetzungsreife (Forschungsfrage 8) im Mittelpunkt. Zunächst wird in Abschnitt 9.1 auf die Berücksichtigung der Vorgaben des § 268

Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V bei der Weiterentwicklung eines Modells der Zuweisungen für Auslandsversicherte eingegangen. Anschließend werden in Abschnitt 9.2 die Umsetzungsschritte für das in Abschnitt 6.5 ausgewählte Standardisierungsmodell dargestellt. In Abschnitt 9.3 werden die Umsetzungsschritte für das in Abschnitt 7.3 dargestellte Modell des Ausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben dargestellt. In Abschnitt 9.4 wird eine abschließende Modellauswahl getroffen. In Abschnitt 9.5 werden in Bezug auf das in Abschnitt 9.4 abschließend gewählte Modell die notwendigen Änderungen und der zeitliche Ablauf dargestellt. In Abschnitt 9.6 wird auf den bei der Umsetzung des vorgeschlagenen Modelles entstehenden Verwaltungsaufwand eingegangen.

9.1 Berücksichtigung der Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V

Mit dem RSA-Reformgesetz vom 10.12.2001 (BGBl. I S. 3465) hat der Gesetzgeber § 268 Abs. 1 Satz 1 SGB V eingefügt. Die Vorschrift wurde durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378) geändert. Die Vorschrift trifft Vorgaben für die Bildung der Versichertengruppen im Rahmen der Morbiditätsorientierung des RSA ab dem 01.01.2009. Mit dem GKV-FQWG vom 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133) ist § 269 Abs. 3 Satz 3 SGB V eingefügt worden. Danach ist bei der Weiterentwicklung des Zuweisungsmodelles für Auslandsversicherte § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V zu beachten. Dabei besagt Nr. 2, dass die RSA-Klassifikationsmerkmale (Morbiditätsgruppen) an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten zu orientieren sind. Nr. 3 gibt vor, dass die Klassifikationsmerkmale (Morbiditätsgruppen) die Anreize zur Risikoselektion verringern sollen. Nr. 4 gibt vor, dass die Klassifikationsmerkmale (Morbiditätsgruppen) keine Anreize zu medizinisch nicht erforderlichen Leistungsausweitungen setzen sollen.

Entsprechend ist laut Leistungsbeschreibung für dieses Gutachten zu prüfen, inwieweit bei der Umsetzung der in den Abschnitt 6.5 und 7.3 ausgewählten Modelle hinsichtlich der Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2-4 SGB V weitere Aspekte zu beachten sind.

Mit dem aktuellen Regierungsentwurf des Faire-Kassenwettbewerbs-Gesetzes ist neben einer inhaltlichen RSA-Reform auch eine umfassende redaktionelle Neufassung der SGB V-Vorschriften zum RSA vorgesehen. In diesem Zusammenhang soll § 268 SGB V neu gefasst

werden. Die bisher in § 268 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 bis 4 SGB V enthaltenen Regelungen sollen dabei an unterschiedlichen Stellen des umfassend geänderten § 266 SGB V verlagert werden, ohne dass damit eine inhaltliche Neuausrichtung verbunden wäre. Die hier für die aktuelle Fassung von § 268 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 bis 4 SGB V erfolgenden Ausführungen gelten daher im Wesentlichen für den Fall einer Neufassung entsprechend des Gesetzentwurfs entsprechend.

Die Prüfung durch die Gutachter kommt zu folgendem Ergebnis:

§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V gibt (wie bereits genannt) vor, dass die Versichertengruppen nach Klassifikationsmerkmalen (Morbiditätsgruppen) zu bilden sind, die zugleich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientiert sind. Der Gesetzgeber geht – und für die Inlandsversicherten ist dies gut begründbar – davon aus, dass eine Orientierung an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten bei der Bildung der Versichertengruppen positive Beiträge zur Zielgenauigkeit des RSA-Verfahrens leistet; dadurch wird das Ziel, Risikoselektion zu vermeiden unterstützt und es werden die relativen Anreize zur Effizienz der Leistungserbringung gestärkt.

Aktuell werden die Versichertengruppen der Auslandsversicherten allerdings nicht unter Berücksichtigung der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten gebildet. Vielmehr hat – wie in Abschnitt 1.2 beschrieben – die Bundesregierung mit der 19. RSA-Änderungsverordnung (19. RSA-ÄndV) vom 11.03.2009 in § 31 Abs. 5 Satz 1 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) vorgegeben, dass ab dem Ausgleichsjahr 2009 für diese Versicherten gesonderte Zuweisungsgruppen (AusAGGn) zu bilden sind. Danach werden die Risikozuschläge für die Auslandsversicherten anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle (Nicht-Auslands-) Versicherten der entsprechenden AGGn ermittelt. Mit der durch die 19. RSA-ÄndV getroffenen Regelung wird implizit unterstellt, dass die Auslandsversicherten einer AGG für die Krankenkassen im Durchschnitt dieselben Ausgaben verursachen wie die in derselben AGG befindlichen Inlandsversicherten. Die durchschnittlichen *krankheitsspezifischen Leistungsausgaben* der den AusAGG zugeordneten Versicherten spielen also gerade keine Rolle für die für sie berechneten Zuweisungen.

Die Abkoppelung der Zuweisungen für Auslandsversicherte von den durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben ist dabei durchaus sachgerecht: Denn eine Erfas-

sung der Morbidität der Versicherten bei der Behandlung im Ausland ist nicht möglich und daher erlaubt – wie das Erstgutachten gezeigt hat – die Datenlage keine sinnvolle krankheitsspezifische Auswertung der Leistungsausgaben der Auslandsversicherten und infolge auch keine darauf basierende Standardisierung. Auch sind andere Einflussfaktoren (wie die Abkommensregelungen und die landesspezifischen Ausgabenniveaus in den Einschreibeländern) deutlich wichtigere Einflussfaktoren auf die Leistungsausgaben der Krankenkassen für die Auslandsversicherten.

Auch in Zukunft wird wegen der Nicht-Verfügbarkeit entsprechender Morbiditäts-Daten lediglich eine *Orientierung* möglich sein, aber keine Berechnung der standardisierten Leistungsausgaben anhand der *krankheitsspezifischen Leistungsausgaben für Auslandsversicherte*. Dies ist jedoch nach Auffassung der Gutachter auch hinsichtlich der Vorgabe des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Gruppe der Auslandsversicherten sachgerecht.

Bei Inlandsversicherten beabsichtigte der Gesetzgeber mit der Einführung der Orientierung der Abgrenzung der Versichertengruppen und der Ermittlung der Gewichtungsfaktoren an den durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben eine Erhöhung der Zielgenauigkeit. Mit dem in Abschnitt 6.5 ausgewählten Standardisierungs-Modell wird durch die Orientierung an den Leistungsausgabenniveaus der Einschreibeländer eine ebensolche Erhöhung der Zielgenauigkeit bewirkt, die der Intention des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V besser als das aktuell praktizierte Modell Rechnung trägt. Auch das in Abschnitt 7.3 ausgewählte Modell des Ausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben verwendet keine durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben, geht aber bezogen auf die Gruppe der Auslandsversicherten mit einer Erhöhung der Zielgenauigkeit gegenüber dem Status quo-Modell einher.

In beiden Ansätzen ist sichergestellt, dass die Höhe der durchschnittlichen Zuweisungen für die Gruppe der Auslandsversicherten exakt der Höhe der gruppenspezifischen mittleren Ausgaben entspricht. Im Ergebnis tragen beide Ansätze daher der Intention von § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Gruppe der Auslandsversicherten Rechnung.

§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V gibt (wie bereits genannt) vor, dass die Versichertengruppen nach Klassifikationsmerkmalen (Morbiditätsgruppen) zu bilden sind, die Anreize zur Risikoselektion verhindern. Mit der 19. RSA-ÄndV hat der Verordnungsgeber u. a. auch deswegen für Auslandsversicherte AusAGGn heutigen Typs gebildet, weil in Ermangelung von Morbiditäts-

informationen eine Berücksichtigung der Durchschnittsausgaben inländischer Versicherter nach Alter und Geschlecht bei der Bildung nach Alter und Geschlecht differenzierter Risikozuschläge für Auslandsversicherte als geeigneter Weg zur Minderung von Risikoselektionsanreizen angesehen wurde. Insoweit wird § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V aktuell vom Ausgleichsverfahren berücksichtigt. Wie allerdings bereits das Erstgutachten explorativ aufgezeigt hatte und in den empirischen Untersuchungen in diesem Folgegutachten bestätigt wurde, sind die nach § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV ermittelten Risikoschläge für Auslandsversicherte, die anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln sind, wenig zielgenau und insoweit nicht in der Lage, Risikoselektionsanreize in ausreichendem Maße zu reduzieren. Insbesondere ergeben sich bei den Auslandsversicherten je nach Einschreibeland teilweise sehr erhebliche systematische Überdeckungen, bei anderen Ländern treten Überdeckungen auf. Die Regelung des § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV, nach der die Summe der Risikozuschläge nach § 31 Absatz 5 Satz 1 RSAV auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Abs. 5 Satz 5 und 6 RSAV – und damit die Summe der von den Krankenkassen in der Jahresrechnung gebuchten Ausgaben für im Ausland erbrachte Leistungen – zu begrenzen ist, begrenzt zwar Überdeckungen, aber ist dabei aufgrund ihres globalen Ansatzes nicht zielgenau; sie kann gleichzeitig vorhandene Unterdeckungen erhöhen.

Das in Abschnitt 6.5 ausgewählte Modell zielt insbesondere darauf, durch die Berücksichtigung des Ausgabenniveaus des jeweiligen Einschreibelandes bei den Zuweisungen systematische Unter- und Überdeckungen zu verringern und insoweit die Anreize zur Risikoselektion zu vermindern. Insofern wird der Vorgabe in § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V in stärkerem Umfang als im geltenden Recht Rechnung getragen.

Das in Abschnitt 7.3 ausgewählte Modell eines Ausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben realisiert ebenfalls eine weitgehende Vermeidung von Risikoselektion. Denn bei der dort vorgeschlagenen vollständigen bzw. zu 80% erfolgenden Orientierung der Zuweisungen an den tatsächlichen Leistungsausgaben werden keine bzw. nur vergleichsweise geringe Über- und Unterdeckungen, die der wesentliche Treiber für Risikoselektion sind, entstehen.

§ 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V gibt (wie bereit genannt) schließlich vor, dass die Versicherungengruppen nach Klassifikationsmerkmalen (Morbiditätsgruppen) zu bilden sind, die keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen. Die aktuelle

Ausgestaltung der Bildung von Versichertengruppen für Auslandsversicherte setzt keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen für diese Versicherten. Insoweit wird § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V aktuell in der Ausgestaltung der Risikozuschläge durch § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV, die anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln sind, berücksichtigt.

Das in Abschnitt 6.5 ausgewählte Modell ist ebenfalls geeignet, keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen zu setzen. Denn die Standardisierung anhand der Durchschnittsausgaben pro Versicherten nach Einschreibeländern führt dazu, dass die mit Leistungsausweitungen einhergehenden Mehrausgaben von der jeweiligen Krankenkasse zu tragen und insoweit Zusatzbeitrags-wirksam sind.

Demgegenüber ergibt sich bei dem in Abschnitt 7.3 ausgewählten Ausgleich tatsächlicher Leistungsausgaben ein Konflikt mit dem in § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V adressierten Kriterium der Vermeidung von Anreizen zur medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung. Denn die aus Leistungsausweitungen resultierenden Mehrausgaben würden bei der Realisierung dieses Ansatzes vollständig (bei den Pauschalerstattungen) bzw. zu 80% (bei den Rechnungen nach tatsächlichem Aufwand und den Inlandsausgaben) vom RSA durch Zuweisungen refinanziert. Eine „Bremse“ für medizinisch nicht erforderliche Leistungsausgaben besteht daher nur in geringem Umfang.

Insgesamt ist festzuhalten: Das in Abschnitt 6.5 ausgewählte Modell trägt den Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 4 SGB V in hohem Umfang und deutlich besser als das aktuelle Modell des § 31 Abs. 5 Satz 1 SGB V, nachdem die Risikozuschläge für Auslandsversicherte anhand der durchschnittlichen Risikozuschläge für alle Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppen zu ermitteln sind, Rechnung. Das in Abschnitt 7.3 ausgewählte Modell trägt den Vorgaben des § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 SGB V in hohem Maße Rechnung, während ein Zielkonflikt zur Vorgabe aus § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V besteht. Das Gesagte gilt für beide Modelle in Bezug auf die Vorgabe aus § 268 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V unter der Prämisse, dass diese Vorgabe nicht wörtlich zu verstehen sondern so zu interpretieren ist, dass sie für die besondere Gruppe der Auslandsversicherten sachgerecht ist.

9.2 Standardisierungsverfahren

9.2.1 Umsetzung des Standardisierungsverfahrens

9.2.1.1 Notwendige Anpassungen der Datenmeldungen

Zur Umsetzung des skizzierten Verfahrens werden Anpassungen der Datensatzbeschreibung und Meldebestimmung der bestehenden SA100, SA110 und SA700 sowie eine Verschlan-
kung der für dieses Gutachten gemeldeten SA150 notwendig, die im Folgenden dargestellt
werden.

Datensatzbeschreibung SA100/SA110

Tabelle 9.23 zeigt, dass die Datensatzbeschreibung der neuen SA100 und SA110 um das Feld
21 (Länderkennzeichen) mit den dargestellten Inhalten ergänzt werden muss.

Tabelle 9.23: Ergänzung der Datensatzbeschreibung der SA100 und SA110

Feld- Nr.	Feld	Stellen von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
21	Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates	94	96	3	alphanumerisch	Länderkennzeichen gemäß Anlage 8 zum Meldeverfah- ren in 1- bis 3-stelliger Form

Quelle: Eigene Darstellung.

Das neu zu ergänzende Feld 21 der SA100 und SA110 erhält die folgende Bestimmung:

u) Zu Datenfeld 21 (Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates)

Es ist das ein- bis dreistellige Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates
entsprechend Anlage 8 zum Gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozi-
alversicherung“ des GKV-SV, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen
Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, der Bundesagentur für Arbeit, der Deut-
schen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau vom 29.06.2016 in der Fassung vom 19.10.2016 anzugeben
(siehe Zuordnungstabelle). Das Datenfeld ist linksbündig zu besetzen und mit Blanks

aufzufüllen. Liegt kein Wohnort im Ausland vor, ist ausschließlich „999“ zu melden. Fanden im Berichtsjahr ein oder mehrere landesübergreifende Wohnortwechsel statt, so ist das Länderkennzeichen desjenigen Staates zu melden, das als letzter ausländischer Wohnort im Berichtsjahr im Datenbestand geführt wird.

Datensatzbeschreibung SA700

Die SA700 muss gemäß der Darstellung in Tabelle 9.25 um die Datenfelder 19 und 20, in denen der neue HLB8 erfasst wird, ergänzt werden. In diesem HLB8 werden die versichertenindividuell zuordenbaren Ausgaben für Wohnortfälle der Kontenart 480 („Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand“) erfasst. Entsprechend ist die Anlage 1.1 der Bestimmung des GKV-SV nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V so anzupassen, dass Ausgaben der Kontenart 480 künftig in den HLB8 zu melden sind. Die Berücksichtigung der Kontenart im HLB5 entfällt. Tabelle 9.24 zeigt die neue Kontenzuordnung zu den HLBn im Überblick.

Tabelle 9.24: Neue Zuordnung der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben zu Hauptleistungsbereichen

Hauptleistungsbereich	RSA-berücksichtigungsfähige Leistungsausgaben
1. Ärzte	Summe aus KA 400, KA 401, KA 403, KA 408, KA 409, KA 463, Konten 5183 bis 5185, KA 520, KA 521, KA 522, KA 523, Konten 5280 bis 5282, KA 530, KA 543, KA 544, KA 550, KA 570
2. Zahnärzte	Summe aus KG 41, KG 42, Konten 5160 bis 5162, KA 571
3. Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte	Summe aus KA 430, KA 431, KA 433, KA 434, KA 435, KA 436, KA 437, KA 438, KA 485, Konten 5186 bis 5188, KA 532, KA 573
4. Krankenhaus	Summe aus Konten 4600 bis 4602 u. 4603 bis 4605, KA 461, KA 462, KA 464, KA 465, KA 467, KA 469, KA 486, Konten 5283 bis 5285, KA 531, KA 537, KA 552, KA 559, Konten 5760 bis 5762, KA 594
5. Sonstige Leistungsausgaben	Summe aus KA 405, KA 406, KA 440, KA 441, KA 444, KA 445, KA 446, KA 447, KA 449, KG 45, KA 480 , KA 481, KA 483, KA 487, KA 489, KA 492, KA 493, KA 494, KA 495, KA 496, KA 499, KA 504, KA 505, KA 506, KA 508, KA 510, KA 513, KA 514, KA 515, KA 527, KA 539, KA 540, KA 541, Konten 5423 bis 5425, KA 545, KA 546, KA 547, KA 548, KA 551, KA 553, KA 554, KA 555, KA 556, KA 563, KA 564, KA 565, KA 567, Konten 5693 bis 5695, KA 574, KA 575, KA 577, KA 578, KA 590, KA 591, KA 592, KA 595, Konten 5990 bis 5992
6. Krankengeld	KG 47
7. Sachkosten der extrakorporalen	Summe aus KA 402, KA 448, KA 466, KA 488, KA 572, Konten 5763 bis 5765

Blutreinigung	
8. Ausgaben für Wohnortfälle	KA 480
X. Zahlungen nach ISchGKVLV	Summe aus KA 402, KA 448, KA 466, KA 488, KA

Quelle: Eigene Darstellung.

Mithilfe dieser neuen Datenfelder ist es künftig möglich, die Inlandsausgaben für Auslandsversicherte um die Ausgaben für Wohnortfälle bereinigt zu erfassen. Die Verfahrensbestimmung des regulären Ausgleichsverfahrens ist so anzupassen, dass der HLB8 künftig in der Summe der berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben bei den Inlandsversicherten miterfasst wird.

Tabelle 9.25: Ergänzung der Datensatzbeschreibung der SA700

Feld-		Stellen				
Nr.	Feld	von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
19	Ausgaben Wohnortfälle	159	172	14	numerisch	Ausgaben im HLB8 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung
20	Vorzeichen bzgl. Ausgaben Wohnortfälle	173	173	1	alphanumerisch	„+“ = positiver Wert, „-“ = negativer Wert

Quelle: Eigene Darstellung.

Das neu zu ergänzende Feld 19 der SA700 erhält die folgende Bestimmung:

m) Zu Datenfeld 19 (Ausgaben Wohnortfälle)

Das Datenfeld ist mit den Ausgaben im HLB8 nach Anlage 1.1 dieser Bestimmung zu befüllen.

Die SA150 wird für das vorgeschlagene Verfahren nur noch in stark reduzierter Form benötigt. Tabelle 9.26 zeigt die benötigte Datensatzbeschreibung.

Tabelle 9.26: Datensatzbeschreibung der neuen SA150

Feld-Nr.	Feld	Stellen			Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
		von	bis	Stellen		
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „150“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates	8	10	3	alphanumerisch	Länderkennzeichen gem. Anlage 8 zum Meldeverfahren in 1- bis 3-stelliger Form analog zur SA100
4	Wohnortfälle, Ausgaben – Gesamtbetrag	11	24	14	numerisch	Gesamtbetrag der Ausgaben für die Wohnortfälle
5	Vorzeichen bzgl. Datenfeld 4	25	25	1	alphanumerisch	“+“ = positiver Wert “-“ = negativer

Quelle: Eigene Darstellung.

Die SA150 erhält die folgenden Erläuterungen:

Erläuterungen zur Satzart 150 (Rechnungssummen der Versicherten mit Aufenthalt im Ausland)

Vorbemerkung

Als Ausgaben gelten diejenigen Rechnungssummen, die seitens der deutschen Krankenkassen innerhalb des jeweiligen Berichtsjahres gegenüber der DVKA beglichen wurden. Diese beinhalten u.a. auch Vorschüsse auf Pauschalen und Endabrechnungsbeträge auf Pauschalen und können sich auf vergangene Abrechnungsjahre beziehen. Die Abrechnungsbeträge sind dem Berichtsjahr zuzuordnen, in dem die Zahlung bei der DVKA eingegangen ist. Die in den Ausgabensummen enthaltenen Kopfpauschalen für Mitgliedsstaaten, die noch Kopfpauschalen und darin enthaltene Pflegesachkosten abrechnen, sind seitens der DVKA bereits bereinigt um Pflegesachkostenanteile (als Nettobeträge) zu melden.

Es wird pro Berichtsjahr eine Datei erstellt. Innerhalb dieser Datei werden die Rechnungssummen pro Staat angegeben. Liegen für einen Staat keine Ausgaben vor, so sind diese Datensätze mit NULLEN zu befüllen.

Die Betragsangaben in der SA150 sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben. Soweit erforderlich erfolgt die Umrechnung von Nicht-Euro-Beträgen in Euro-Beträge durch die DVKA.

Numerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind rechtsbündig zu besetzen und mit NULLEN aufzufüllen. Alphanumerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind linksbündig zu besetzen und mit Blanks aufzufüllen.

Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „150“ einzutragen.

Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

Zu Datenfeld 3 (Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates)

Es ist das ein- bis dreistellige Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates entsprechend Anlage 8 zum Gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ des GKV-SV, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 29.06.2016 in der Fassung vom 19.10.2016 anzugeben (siehe Zuordnungstabelle). Das Datenfeld ist linksbündig zu besetzen und mit Blanks aufzufüllen. Das Länderkennzeichen entspricht dem Format des Datenfeldes 21 in der SA100.

Zu Datenfeld 4 (Wohnortfälle, Ausgaben - Gesamtbetrag)

Das Datenfeld ist – wie in der Vorbemerkung beschrieben – mit den Ausgaben nach tatsächlichem und pauschalem Aufwand insgesamt für alle Wohnortfälle der jeweiligen Krankenkasse für den entsprechenden Staat zu befüllen. Dabei handelt es sich jeweils um die landesspezifischen Nettobeträge, d. h. die in den Ausgabensummen enthaltenen Kopfpauschalen für Mitgliedsstaaten sind um die Pflegesachkostenanteile bereinigt.

9.2.1.2 Konzept zur Datenplausibilisierung

Die neu zu meldenden Informationen in der SA100 und SA110 sowie die SA150 werden im Rahmen von Fehler- und Plausibilisierungsprüfungen in Anlehnung an das bestehende Datenbereinigungskonzept geprüft.

Zunächst erfolgt eine Datenplausibilisierung der Auslandsversichertenzeiten und des Länderkennzeichens der SA100. Das im neuen Datenfeld 21 der SA100 zu meldende Länderkennzeichen muss den formalen Kriterien der Bestimmung der SA100 entsprechen. Datensätze, die mehr als 182 Auslandsversichertentage aufweisen und keinem Einschreibeland zugeordnet werden können, werden gesperrt. Datensätze, die mindestens einen Auslandsversicherten tag aber weniger als 183 Auslandsversichertentage aufweisen und keinem Einschreibeland zugeordnet werden können, erhalten einen Hinweis.

Sind für ein Pseudonym bei Aggregation auf GKV-Ebene mehrere Einschreibeländer gemeldet worden und das Merkmal "zuletzt versichert" wurde mehr als einmal für das Pseudonym vergeben, erfolgt eine Sperrung des Datensatzes, da keine klare Zuordnung zu einem Einschreibeland möglich ist.

Überschreitet die Summe der gemeldeten Auslandsversichertenzeiten nach Aggregation der Datenmeldung auf GKV-Ebene die Anzahl der Kalendertage des Berichtsjahres, erfolgt eine Datenbereinigung gemäß Datenbereinigungskonzept (gleichmäßige Kürzung der Versichertenzeiten für jede beteiligte Krankenkasse). Die Auslandsversichertentage werden analog zu den Gesamtversichertenzeiten je Kasse gekürzt. Wenn die Versichertenzeiten bzw. die Auslandsversichertenzeiten einen Wert <0 annehmen, werden diese durch den Wert 0 ersetzt.

Weiterhin wird die SA150 auf formale Richtigkeit überprüft. Die in der SA150 gemeldeten länderspezifischen Rechnungssummen müssen den formalen Meldekriterien entsprechen. Das Länderkennzeichen der Meldung muss entsprechend Anlage 8 zum Gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ des GKV-SV, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 29.06.2016 in der Fassung vom 19.10.2016 angegeben worden sein.

Tabelle 9.27 zeigt die vorgesehenen Prüfungen und die vorgeschlagenen Wirkungen.

Tabelle 9.27: Konzept zur Datenplausibilisierung der neuen Meldeinformationen in SA100, SA110 und SA150

Fehlerkennzeichen	Fehlerprüfung/ Fehlerbeschreibung	SA100	SA110	SA150	Wirkung	Begründung	Wann
1	Die Anzahl der Tage mit permanentem Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland ist >0 und <183 und ein Länderkennzeichen nicht vorhanden.	x	x		Hinweis	Es ist keine Zuordnung zu einem Einschreibeland möglich.	Schritt II (kassenindividuelle Prüfung der Datenmeldung)
2	Die Anzahl der Tage mit permanentem Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland ist >182 und ein Länderkennzeichen nicht vorhanden.	x	x		Sperrung des betroffenen Datensatzes	Es ist keine Zuordnung zu einem Einschreibeland möglich.	Schritt II (kassenindividuelle Prüfung der Datenmeldung)
3	Die Anzahl der Tage mit permanentem Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland ist >0 und <183 und das Länderkennzeichen entspricht keinem für den Bereich gültigen Länderkennzeichen.	x	x		Hinweis	Es ist keine Zuordnung zu einem Einschreibeland möglich.	Schritt II (kassenindividuelle Prüfung der Datenmeldung)
4	Die Anzahl der Tage mit permanentem Wohnsitz oder Aufenthalt im Ausland ist >182 und das Länderkennzeichen entspricht keinem für den Bereich gültigen Länderkennzeichen.	x	x		Sperrung des betroffenen Datensatzes	Es ist keine Zuordnung zu einem Einschreibeland möglich.	Schritt II (kassenindividuelle Prüfung der Datenmeldung)
5	Das Pseudonym weist bei Aggregation auf GKV-Ebene mehrere Einschreibeländer auf und das Merkmal "zuletzt versichert" wurde mehr als einmal für das Pseudonym vergeben.	x	x		Sperrung des betroffenen Datensatzes	Es kann nicht nachvollzogen werden, welche Zuordnung zu einem Einschreibeland korrekt wäre.	Schritt IV (Prüfung bei Pseudonymaggregation)

6	Die Auslandsversichertentage eines Pseudonyms betragen nach Aggregation auf GKV-Ebene mehr als 365 / 366 Tage.	x	x		Hinweis, dass die Anzahl der sich überschneidenden Auslandsversicherungszeiten bei allen betroffenen Kassen von den gemeldeten Auslandsversicherungszeiten abgezogen werden. Die Anzahl der sich überschneidenden Auslandsversicherungszeiten entspricht der Summe aller für das Pseudonym gemeldeten Versicherungszeiten über alle Krankenkassen abzüglich der Tage des Berichtszeitraumes. Dabei kann es vorkommen, dass die Zahl der bei einer Krankenkasse verbleibenden Auslandsversicherungstage 0 ergeben. Ergeben sich bei dem Verfahren negative Werte, werden diese auf "0" gesetzt.	Die von den Krankenkassen gemeldeten Auslandsversichertenzeiten überschreiten die Anzahl der möglichen Auslandsversichertenzeiten des Berichtszeitraumes.	Schritt IV (Prüfung nach Pseudonymaggregation)
Fehlerprüfungen SA 150					Wirkung	Begründung	Wann
1000	BVA-Korrektur: Fehlernummer für Einzelfälle, Begründung erfolgt separat			x	Abweisung der betroffenen Datenmeldung, Rücksprache mit DVKA		Schritt I (Prüfung bei Datenimport)
1020	Ein oder mehrere Datensatzfelder enthalten keine Daten oder die Daten entsprechen nicht dem vorgegebenen Format.			x	Abweisung der betroffenen Datenmeldung, Rücksprache mit DVKA	Daten, die nicht dem definierten Format entsprechen, können nicht in die Datenbank eingelesen und somit nicht	Schritt I (Prüfung bei Datenimport)

						verarbeitet werden	
	Das Länderkennzeichen entspricht keinem für den Bereich gültigen Länderkennzeichen.			x	Abweisung der betroffenen Datenmeldung, Rücksprache mit DVKA	Daten, die nicht dem definierten Format entsprechen, können im weiteren Verfahren nicht verwendet werden	Schritt I (Prüfung bei Datenimport)
Plausi-Check	Im Nachlaufsatz sind die jeweiligen Gesamtausgaben aller Ländermerkmale auszuweisen, um die vollständige Übermittlung der Daten sicherzustellen.						

Quelle: Eigene Darstellung.

9.2.1.3 Ergänzung der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV

Zur Umsetzung der vorgeschlagenen Verfahrensbeschreibung des Modells 3 sind die Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV wie folgt anzupassen:

1.8 Zuordnung zu den landesspezifischen Auslandsgruppen

Versicherte, die mindestens 183 Tage des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden nicht den AGGn, EMGn, KEGn und HMGn zugeordnet. Stattdessen erhalten die Krankenkassen einen pauschalen Zuschlag, der die durchschnittlichen Ausgaben der GKV für Versicherte mit gewöhnlichem Wohnort in den Einschreibeländern ihrer Versicherten reflektiert. Die Zuordnung erfolgt nach dem für die Versicherten im vorangegangenen Jahr letztmalig gemeldeten Einschreibeland.

Für jedes der 38 Einschreibeländer (bzw. 37 Länderkennzeichen) wird eine landesspezifische Risikogruppe gebildet (siehe Tabelle 9.28). Die Risikogruppen entsprechen der Liste der Länder gemäß Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“.

Landesspezifische Risikogruppe:

Tabelle 9.28: Landesspezifische Risikogruppe

Variable	Inhalt	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“
	(Länderzuordnung)	
LRG001	Belgien	B
LRG002	Bosnien Herzegowina	BIH
LRG003	Bulgarien	BG
LRG004	Dänemark	DK
LRG005	Estland	EST
LRG006	Finnland	FIN
LRG007	Frankreich	F
LRG008	Griechenland	GR
LRG009	Großbritannien, Nordirland	GB
LRG010	Irland	IRL
LRG011	Island	IS
LRG012	Italien	I

LRG013	Kroatien	HR
LRG014	Lettland	LV
LRG015	Liechtenstein	FL
LRG016	Litauen	LT
LRG017	Luxemburg	L
LRG018	Malta	M
LRG019	Mazedonien	MK
LRG020	Montenegro	MNE
LRG021	Niederlande	NL
LRG022	Norwegen	N
LRG023	Österreich	A
LRG024	Polen	PL
LRG025	Portugal	P
LRG026	Rumänien	RO
LRG027	Schweden	S
LRG028	Schweiz	CH
LRG029	Serbien	SRB
LRG030	Slowakei	SK
LRG031	Slowenien	SLO
LRG032	Spanien	E
LRG033	Tschechische Republik	CZ
LRG034	Tunesien	TN
LRG035	Türkei	TR
LRG036	Ungarn	H
LRG037	Zypern	CY

Quelle: Eigene Darstellung.

Versicherte, die mindestens 183 Auslandsversichertentage aufweisen, aber keiner landesspezifischen Risikogruppe zugeordnet werden können, werden nicht berücksichtigt (die Datensätze werden schon im Rahmen der Datenplausibilisierung gesperrt). Versichertenpseudonyme, für die bei der Pseudonymzusammenführung mehr als ein Einschreibeland vorliegt, werden dem Einschreibeland des Datensatzes zugeordnet, für den das Merkmal „Letzter Tag des Berichtsjahres“ gemeldet wurde. Weist mehr als ein Datensatz diese Information auf, werden alle Datensätze des betreffenden Pseudonyms gesperrt.

2.3 Berechnungsverfahren zur Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für landesspezifische Risikogruppen

2.3.1 Datengrundlage

Die Datengrundlage sind die Versicherten der Vollerhebung, die gemäß Ziffer 1.8 den landesspezifischen Risikogruppen zugeordnet werden, ihre berücksichtigungsfähigen

Leistungsausgaben nach Bereinigung um die versicherten individuellen Ausgaben für Wohnortfälle und die den Landesmerkmalen der landesspezifischen Risikogruppen zugeordneten Ausgaben für Wohnortfälle.

2.3.2 Länderspezifische Rechnungssumme der Ausgaben für Wohnortfälle

Die für die Landesmerkmale der landesspezifischen Risikogruppe gemeldeten Ausgaben für Wohnortfälle des Berichtsjahres bilden die landesspezifische Rechnungssumme der Ausgaben für Wohnortfälle.

2.3.3 Länderspezifische Ausgabensumme für Leistungen im Inland

Für jede landesspezifische Risikogruppe wird die Summe der versichertenbezogen gemeldeten berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben für die gemäß Ziffer 1.8 zugeordneten Versicherten über alle HLB ohne den HLB6 Krankengeld und ohne den HLB8 gebildet. Das Ergebnis bildet die landesspezifische Ausgabensumme für Leistungen im Inland.

2.3.4 Durchschnittliche Zuschläge für die landesspezifischen Auslandspauschalen

Die durchschnittlichen Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen je Versichertentag ergeben sich, indem die Summe aus der länderspezifischen Rechnungssumme der Ausgaben für Wohnortfälle nach Ziffer 2.3.2 und der länderspezifischen Ausgabensumme für Leistungen im Inland nach Ziffer 2.3.3 gebildet wird und durch die Summe der Versichertentage des Ausgleichsjahres der nach Ziffer 1.8 der jeweiligen landesspezifischen Risikogruppe zugeordneten Auslandsversicherten geteilt wird.

2.3.5 Gewichtungsfaktoren für die landesspezifischen Risikogruppen

Die länderspezifischen Gewichtungsfaktoren ergeben sich, indem die Ergebnisse nach Ziffer 2.3.4 durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld nach Ziffer 2.3.3 geteilt werden.

9.2.1.4 Konkrete Verfahrensbeschreibung des Jahresausgleichs und notwendige Anpassungen der Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV

Im Folgenden werden die zu berücksichtigenden Aspekte bzw. chronologisch umzusetzenden Schritte bei Umsetzung des in Kapitel 6.5 empfohlenen Modells 3 (ohne Altersklassendifferenzierung) aufgeführt. Tabelle 9.29 zeigt das Vorgehen im Rahmen des Jahresausgleiches für das Ausgleichsjahr t und benennt die anzupassenden Kapitel der Verfahrensbestimmung.

Tabelle 9.29: Verfahrensbeschreibung des Standardisierungsverfahrens für den Jahresausgleich

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung Modell 3 Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
1	SA100 (t-1)	Identifikation und länderspezifische Zuordnung der Auslandsversicherten: Versicherte, die in der SA100 des vorangegangenen Jahres (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt einer landesspezifischen Risikogruppe zugeordnet: Die Zuordnung erfolgt anhand des in der SA100 des vorangegangenen Jahres gemeldeten Ländermerkmals. Werden für einen Versicherten GKV-weit mehrere unterschiedliche Einschreibungsländer gemeldet, so wird eine eindeutige Zuordnung über das Merkmal „letzter Tag im Berichtszeitraum“ (LTBJ, Datenfeld 19) vorgenommen. Versicherte, die auf diese Weise einer landesspezifischen Risikogruppe zugeordnet worden sind, werden keinem der übrigen Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet.	Kapitel VII Q.3.b und R.4.b
2	SA100 (t)	Zuordnung der länderspezifischen Versichertenzeiten: Für jede länderspezifische Risikogruppe werden die GKV-Versichertenzeiten im Ausgleichsjahr (Datenfeld 8 der SA100 des Ausgleichsjahres t) der unter (1) eindeutig	R.2.b

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung Modell 3 Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
		zugeordneten Auslandsversicherten länderspezifisch aufsummiert. Es ergeben sich die länderspezifischen Versichertenzeiten.	
3	SA150 (t)	Bildung der länderspezifischen Rechnungssummen für Ausgaben der Wohnortfälle: Die in Datenfeld 4 der SA150 des Ausgleichsjahres gemeldeten Ausgaben für Wohnortfälle werden (unter Berücksichtigung des Vorzeichens in Datenfeld 5) je Einschreibungsland (Datenfeld 3) aufsummiert.	R.2.b
4	SA700 (t)	Bildung der länderspezifischen Ausgabensummen für Leistungen im Inland: Die in der SA700 des Ausgleichsjahres für die Auslandsversicherten gemeldeten Leistungsausgaben in den HLBn 1, 2, 3, 4, 5 und 7 in den Datenfeldern 5, 7, 9, 11, 13 und 17 werden (unter Berücksichtigung des jeweiligen Vorzeichens in den Datenfeldern 6, 8, 10, 12, 14 und 18) je landesspezifischer Risikogruppe aufsummiert. Es ergeben sich die länderspezifischen Ausgabensummen für Leistungen im Inland.	R.2.b
5	SA700 +SA150 (t)	Bildung der länderspezifischen Ausgabensummen: Die Einzelergebnisse aus (3) und (4) werden je landesspezifischer Risikogruppe aufsummiert. Es ergeben sich die Ausgabensummen je länderspezifischer Risikogruppen für das Ausgleichsjahr t.	R.2.b
6		Ermittlung der Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen: Die länderspezifischen Ausgabensummen (5) werden für jedes Einschreibungsland durch die entsprechenden länderspezifischen Versichertenzeiten (2) dividiert. Es resultieren die durchschnittlichen Zuschläge für die landes-	R.2.c

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung Modell 3 Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
		spezifische Risikogruppen je Versichertentag.	
7		Gewichtungsfaktoren für die landesspezifische Risikogruppen: Die länderspezifischen Gewichtungsfaktoren für die länderspezifischen Risikogruppen ergeben sich, indem die Zuschläge für die landesspezifische Risikogruppen aus (6) durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld geteilt werden.	R.2.d
8		Vorläufige Risikomenge für Leistungsausgaben ohne Krankengeld Die vorläufige Risikomenge für Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und die landesspezifischen Risikogruppen mit den Versichertenzeiten der dem jeweiligen Risikomerkmale zugeordneten Versicherten.	R.5.a
9		Vorläufige Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen Die vorläufigen Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen je Versichertentag werden aus den Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und die landesspezifischen Risikogruppen berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, dem Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld und dem Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld multipliziert werden.	R.5.c
10		Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen nach Erhöhungsbetrag für nicht-	R.5.d.i

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung Modell 3 Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
		morbiditätsbezogene Ausgaben: Die Risikozuschläge für die landesspezifische Risikogruppen nach Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben ergeben sich, indem auf die vorläufigen Zuschläge für die landesspezifischen Auslandspauschalen nach (9) der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag addiert wird.	
11		Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen: Die Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen je Versichertentag ergeben sich aus den Risikozuschlägen nach (10), indem bei den landesspezifischen Risikozuschlägen die Grundpauschale je Versichertentag subtrahiert wird.	R.5.d.ii

Quelle: Eigene Darstellung.

In Schritt 10 werden die Zuschläge für die neu eingeführten landesspezifischen Risikogruppen um den Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben erhöht. Dies entspricht dem Vorgehen im aktuellen Verfahren, in dem die AusAGGn zusätzlich um den Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben erhöht werden. Diese Erhöhung ist nötig, weil die Ausgaben in der SA700 gegenüber den Ausgaben in der KJ1 untererfasst sind, die AusAGGn aber bis zu den in diesem Schritt berechneten Zuweisungen aber auf diese untererfassten SA700-Ausgaben abstellen.

Inwieweit die Erhöhung auch im vorgeschlagenen Verfahren sinnvoll ist, kann aktuell nicht abschließend diskutiert werden. Der Hauptteil der Zuweisungen für Auslandsversicherte in den landesspezifischen Risikogruppen ergibt sich auf Grundlage der Ausgaben der SA150, in der alle Ausgaben für Auslandsversicherte im Wohnstaat erfasst sind. Das spricht dafür, den Erhöhungsbetrag für die landesspezifischen Auslandspauschalen nicht anzuwenden.

Demgegenüber beinhalten die Konten, die als nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben gefasst werden, auch Ausgaben, die als Umlagen für alle Versicherten einer Krankenkasse anfallen, auch für Auslandsversicherte. Eine detaillierte, kontenbezogene Diskussion der sachlichen Angemessenheit der Zuordnung der nicht-morbiditätsbezogenen Ausgaben ist hier nicht abschließend zu leisten. Daher empfehlen die Gutachter, vorerst die Zuordnung des Erhöhungsbetrags für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben auch für Auslandsversicherte beizubehalten und folglich auch die landesspezifischen Risikogruppen um diesen Betrag zu erhöhen.

Zur Umsetzung der vorgeschlagenen Verfahrensbeschreibung des Modells 3 sind die Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV in den entsprechenden Kapiteln anzupassen.

Ein Vorschlag zur Ausgestaltung eines monatlichen Abschlagsverfahrens findet sich in Abschnitt 9.2.4.

9.2.2 Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Vergleich zum Status quo

Im Folgenden werden die Auswirkungen des Modells 3 mit Blick auf die Zuweisungsgenauigkeit im Vergleich zum Status quo auf Landes- und Kassenebene dargestellt und bewertet. Hierfür werden auf Landesebene die landesspezifischen Deckungsquoten und die Landes-MAPEs gegenübergestellt und auf Kassenebene die Kassen-MAPEs.

Definitionsgemäß erreicht das Modell 3 aufgrund der landesspezifischen Zuweisungen landesspezifische Deckungsquoten von jeweils 100%. Auf Landesebene decken die Gesamtzuweisungen also jeweils die Gesamtausgaben, sodass keine Über- und Unterdeckungen mehr entstehen können, während die landesspezifischen Deckungsquoten im Status quo teilweise erheblich schwanken (zwischen 24,78% für Norwegen bis 1891% für Portugal).

Auch für die Länder-MAPEs gilt für das Modell 3 definitionsgemäß, dass keine Abweichungen von Zuweisungen und Ausgaben auf Landesebene existieren und damit keine Vorhersagefehler entstehen können. Das relative Länder-MAPE liegt (sowohl ungewichtet als auch gewichtet) bei jeweils 0% und das absolute Länder-MAPE (sowohl ungewichtet als auch ge-

wichtet) bei jeweils 0 €. Für das adjustierte Status quo Modell (adjustiert an die Ausgaben-summe der SA150 und SA700, um eine Vergleichbarkeit zu den in Kapitel 6.5 und Kapitel 7.3 gewählten Modelle zu ermöglichen) liegen die bereits in Tabelle 4.13 und Tabelle 4.14 aufgeführten Länder-MAPEs vor, die im relativen Ansatz bei 214,24% (ungewichtet) bzw. 126,62% (gewichtet) und im absoluten Ansatz bei 1.264,98 € (ungewichtet) bzw. bei 984,16 € (gewichtet) liegen. Es zeigt sich somit, dass die Zielgenauigkeit auf Länderebene mit der Umsetzung des Modells 3 deutlich verbessert werden kann (siehe Tabelle 9.30).

Tabelle 9.30: Länder-MAPEs: Status quo und Modell 3 im Vergleich

	Status quo (adj.)	Modell 3
Länder-MAPE rel. ungew.	214,24 %	0,00 %
Länder-MAPE rel. gew.	126,62 %	0,00 %
Länder-MAPE abs. ungew. (je VJ)	1.264,98 €	0,00 €
Länder-MAPE abs. gew. (je VJ)	984,16 €	0,00 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. Status quo adjustiert an die Ausgaben-summe der SA150 und SA700. N=106 Krankenkassen. N=106 Krankenkassen.

Die durchschnittliche absolute Abweichung von Zuweisungen und Ausgaben auf Landesebene liegt demnach im Status quo unter Verwendung der Gewichtung 984,16 € (mit Adjustierung) je VJ.

Tabelle 9.31 weist das Kassen-MAPE von Modell 3 im Vergleich zum Status quo aus. Es zeigt sich, dass sich das relative ungewichtete Kassen-MAPE im Vergleich zum Status quo verschlechtert. Die übrigen Kennzahlen hingegen verbessern sich deutlich. So sinkt das gewichtete relative Kassen-MAPE von 30,27% auf 21,31%, das absolute ungewichtete Kassen- sinkt von 780 € auf 592 € und das absolute gewichtete Kassen-MAPE sinkt von 485 € auf 313 €.

Tabelle 9.31: Kassen-MAPEs: Status quo und Modell 3 im Vergleich

	Status quo (adj.)	Modell 3
Kassen-MAPE rel. ungew.	338,97 %	629,64 %
Kassen-MAPE rel. gew.	30,27 %	21,31 %
Kassen-MAPE abs. ungew. (je VJ)	780,36 €	592,01 €
Kassen-MAPE abs. gew. (je VJ)	485,04 €	312,59 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. Status quo adjustiert an die Ausgaben-summe der SA150 und SA700. N=106 Krankenkassen. N=106 Krankenkassen. N=106 Krankenkassen.

Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass sich bei der Prüfung der statistischen Kennziffern das Modell 3 als gegenüber dem Status quo-Modell überlegen erweist.

9.2.3 Prüfung von § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV und mögliche Ausgestaltung

Mit Art. 15 Nr. 10 Buchst. a) des GKV-FQWG vom 21.07.2014 (BGBl. I S. 1133) ist § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV eingefügt worden. Die Vorschrift setzt die gleichzeitig eingeführte Maßgabe des § 269 Abs. 2 SGB V um; danach ist für Auslandsversicherte ab dem Ausgleichsjahr 2013 die Höhe der Zuweisungen zur Deckung ihrer standardisierten Leistungsausgaben auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für diese Versichertengruppen zu begrenzen. § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV konkretisiert dies dahingehend, dass die Summe der Risikozuschläge für die Auslandsversicherten nach § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV auf die Summe der Leistungsausgaben nach § 31 Abs. 5 Satz 5 und 5 RSAV zu begrenzen ist. In der Leistungsbeschreibung für das vorliegende Folgegutachten wurde den Gutachtern aufgegeben zu prüfen, inwiefern bei Umsetzung des vorgeschlagenen Modells weiterhin eine ergänzende Anpassung der Zuweisungen an die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für notwendig erachtet wird. Sofern diese empfohlen wird, soll vom Gutachten ausgeführt werden, wie eine solche Regelung auszugestalten wäre, insbesondere im Hinblick auf den Ausgleich einer möglichen GKV-weiten Unterdeckung (symmetrische Ausgestaltung).

Hintergrund der Einführung der Regelungen in § 269 Abs. 2 SGB V und § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV in 2014 war eine vom Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA im Sondergutachten 2011 geäußerte Empfehlung aufgrund seiner Beobachtung deutlicher Überdeckungen für die Auslandsversicherten durch das Modell des § 31 Abs. 5 Satz 1 RSAV. Diese Beobachtung ist durch das Erstgutachten und auch in den Kapiteln 3 und 4 dieses Folgegutachtens bestätigt worden; zugleich hatte sich gezeigt, dass für einzelne Länder allerdings auch Unterdeckungen auftreten.

Das in Abschnitt 6.5 ausgewählte Modell baut mit seiner Orientierung an den durchschnittlichen Leistungsausgabenniveaus der jeweiligen Einschreibeländer die systematischen Über- und Unterdeckungen ab. Auch das in Abschnitt 7.3 ausgewählte Modell eines vollständigen bzw. 80%igen Ausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben baut die systematischen Über- und Unterdeckungen weitgehend ab. Vor diesem Hintergrund ist eine Fortführung der Son-

derregelung des § 269 Abs. 2 SGB V und in der Folge ihre Umsetzung in § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV bei Einführung eines der von den Gutachtern in den Abschnitt 6.5 bzw. 7.3 ausgewählten Modelle nicht länger notwendig. Die Gutachter schlagen daher vor, bei Umsetzung der hier empfohlenen Weiterentwicklung des Zuweisungsmodelles für Auslandsversicherte die Kappingsregelung aus § 269 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV zu streichen.

Die Gutachter empfehlen auch, keine spezifische Adjustierung des Gesamtzuweisungsvolumens für Auslandsversicherte vorzunehmen, da die Summe der in der SA150 und SA700 enthaltenen Ausgaben aus Gutachtersicht als sachgerechte, nicht notwendigerweise zu korrigierende, Zielgröße bewertet wird. Dieses Vorgehen würde dazu führen, dass das Gesamtvolumen für Auslandsversicherte insgesamt im Vergleich zum Status quo (nach Sonderregelung) sinken würde. Die unter einer 50%igen Berücksichtigung des HLB5 ermittelte Deckungsquote für Auslandsversicherte liegt im Status quo bei ca. 112% (597 Mio. € Zuweisungen und 533 Mio. € Ausgaben – siehe Abbildung 3.8) und würde bei Verwendung der SA150 und SA700 als Zuweisungsvolumen (und einer 50%igen Berücksichtigung des HLB5) um 64 Mio. € auf eine Deckungsquote von 100% sinken.

9.2.4 Konzeption eines Abschlagsverfahrens für das Standardisierungsverfahren

Für die Umsetzung des in Kapitel 6.5 gewählten Modells müssen neben der Umsetzung des eigentlichen Jahresausgleiches (siehe Kapitel 9.2.1) auch das Abschlagsverfahren festgelegt und mögliche Anpassungen im Abschlagsverfahren durch Umstellung auf aktuellere Datenmeldungen berücksichtigt werden. Das Abschlags- und Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte wird im Folgenden für den Grundlagenbescheid (GLB) I bis III und den GLB IV dargestellt.

Berechnung der Zu- und Abschläge in den Grundlagenbescheiden I, II und III

Die im Rahmen des Abschlagsverfahrens heranzuziehenden Datenmeldungen sind entsprechend der in Kapitel 9.2.1.2 dargestellten Prüfungen zu plausibilisieren. Für die GLB I, II und III wird die in Tabelle 9.32 dargestellte Verfahrensbeschreibung zur Berechnung der Zu- und Abschläge vorgesehen.

Tabelle 9.32: Verfahrensbeschreibung zur Berechnung der Zu- und Abschläge für die GLB I-III

Schritt	Daten GLB I	Verfahrensbeschreibung Modell 3 Abschlagsverfahren GLBI, II und III	Verweis
1	SA100 (t-3)	Identifikation und länderspezifische Zuordnung der Auslandsversicherten: Versicherte, die in der SA100 des Jahres (t-3) (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt einer landesspezifischen Risikogruppe zugeordnet: Die Zuordnung erfolgt anhand des in der SA100 des Jahres (t-3) gemeldeten Ländermerkmals. Werden für einen Versicherten GKV-weit mehrere unterschiedliche Einschreibungsländer gemeldet, so wird eine eindeutige Zuordnung über das Merkmal „letzter Tag im Berichtszeitraum“ (LTBJ, Datenfeld 19) vorgenommen. Versicherte, die auf diese Weise einer landesspezifischen Risikogruppe zugeordnet worden sind, werden keinem der übrigen Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet.	C.3.b
2	SA100 (t-2)	Anzahl der länderspezifisch zugeordneten Versicherten: Für jede länderspezifische Risikogruppe wird die Anzahl der unter (1) eindeutig zugeordneten Auslandsversicherten ermittelt.	D.2.a
3	SA150 (t-2)	Bildung der länderspezifischen Rechnungssummen (für Ausgaben nach tatsächlichem Aufwand): Die in Datenfeld 4 der SA150 des Jahres (t-2) gemeldeten Ausgaben für Wohnortfälle werden (unter Berücksichtigung des Vorzeichens in Datenfeld 5) je Einschreibungsland (Datenfeld 3) aufsummiert.	D.2.b
4	SA700 (t-2)	Bildung der länderspezifischen Ausgabensummen für Leistungen im Inland: Die in der SA700 des Jahres t-2 für die Auslandsversicher-	D.2.c

Schritt	Daten GLB I	Verfahrensbeschreibung Modell 3 Abschlagsverfahren GLBI, II und III	Verweis
		ten gemeldeten Leistungsausgaben in den HLBn 1, 2, 3, 4, 5 und 7 in den Datenfeldern 5, 7, 9, 11, 13 und 17 werden (unter Berücksichtigung des jeweiligen Vorzeichens in den Datenfeldern 6, 8, 10, 12, 14 und 18) je landesspezifischer Risikogruppe aufsummiert. Es ergeben sich die länderspezifischen Ausgabensummen für Leistungen im Inland.	
5	SA150 (t-2) und SA700 (t-2)	Bildung der länderspezifischen Ausgabensummen: Die Einzelergebnisse aus (3) und (4) werden je landesspezifischer Risikogruppe aufsummiert. Es ergeben sich die Ausgabensummen je länderspezifischer Auslandspauschale für das Ausgleichsjahr t.	D.2.d
6		Ermittlung der Zuschläge für die landesspezifische Risikogruppen: Die länderspezifischen Ausgabensummen (5) werden für jedes Einschreibungsland durch die Anzahl der zugeordneten Versicherten (2) dividiert. Es resultieren die durchschnittlichen Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen je Versichertentag.	D.2.d
7		Ermittlung der Gewichtungsfaktoren für die landesspezifischen Risikogruppen: Die Gewichtungsfaktoren für die länderspezifischen Risikogruppen ergeben sich, indem die Zu- und Abschläge für die landesspezifische Risikogruppen aus (6) durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld geteilt werden.	D.2.e
8		Vorläufige Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen Die vorläufigen Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen werden aus den Gewichtungsfaktoren für die landesspezifischen Risikogruppen berechnet, indem diese	D.5.c

Schritt	Daten GLB I	Verfahrensbeschreibung Modell 3 Abschlagsverfahren GLBI, II und III	Verweis
		mit der monatlichen Grundpauschale, dem Korrekturfaktor für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld und dem Aufteilungsfaktor (MA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld multipliziert werden.	
9		Monatliche Zu- und Abschläge für Risikomerkmale und die landesspezifischen Risikogruppen: Die monatlichen Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und landesspezifischen Risikogruppen ergeben sich aus den vorläufigen Risikozuschlägen für die Risikomerkmale und landesspezifischen Risikogruppen nach D.5.c, indem bei den AGG und den landesspezifischen Risikogruppen der monatliche Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben addiert und die monatliche Grundpauschale subtrahiert wird.	D.5.d.i
10		Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und die landesspezifischen Risikogruppen je Versichertentag: Die Zu- und Abschläge für die Risikomerkmale und länderspezifischen Risikogruppen je Versichertentag ergeben sich aus den monatlichen Zu- und Abschlägen für die Risikomerkmale und länderspezifischen Risikogruppen je Versicherten aus D.5.d.i (9), multipliziert mit der Zahl 12 und geteilt durch die Zahl der Kalendertage im Ausgleichsjahr.	D.5.d.ii

Quelle: Eigene Darstellung.

Neuberechnung in Grundlagenbescheid IV

Im GLB IV erfolgt eine Neuberechnung der Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen. Die Anpassung ist in der Verfahrensbestimmung im derzeitigen Kapitel III vorzunehmen. Die Formulierung wird (in Anlehnung an die derzeitige Fassung) wie folgt geändert:

„Die kasseneinheitlichen Kenngrößen werden für die 3. Strukturanpassung gemäß Kapitel II neu berechnet unter Beachtung der folgenden Abweichungen:

In Abschnitt B „Kenngrößen für das monatliche Abschlagsverfahren (ohne 3. StA) werden

- [...]

In den Abschnitten C und D werden

- statt der Satzarten 100, 150 und 700 für t-2 (Erstmeldung) bzw. der Satzarten 100, 400, 500 und 600 für t-3 (Korrekturmeldung) die entsprechenden Meldungen aus dem nachfolgenden Meldejahr zugrunde gelegt,
- [...]“

Inwieweit eine Anpassung der landesspezifischen Zu- und Abschläge auf die Datenbasis der SA150 des Jahres (t-1) und die SA700 des Jahres (t-1) an dieser Stelle eine Annäherung der Zuweisungen für Auslandsversicherte an die zu erwartenden Zuweisungen im Jahresausgleich bringt, hängt insbesondere davon ab, inwieweit die Entwicklung der landesspezifischen Rechnungssummen für Wohnortfälle sowie der Inlandsausgaben stabilen Entwicklungen unterliegen. Vor dem Hintergrund der beobachteten erheblichen Schwankungen im Abrechnungsturnus verschiedener Mitglieds- und Abkommensstaaten ist insbesondere für die SA150 aktuell nicht eindeutig einzuschätzen, ob die dem Jahresausgleich zeitlich näher liegenden Rechnungssummen des Jahres (t-1) auch tatsächlich eine bessere Annäherung an die zu erwartenden Auslandspauschalen des Jahres (t) ermöglichen. Die Gutachter empfehlen daher, mit Vorliegen einer längeren Zeitreihe zu evaluieren, inwieweit die Neubestimmung der Gewichtungsfaktoren für die landesspezifischen Auslandspauschalen im GLB IV die Planungssicherheit der Krankenkassen erhöht. Ggf. könnte auf eine Anpassung der Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen im Rahmen der 3. Strukturanpassung unterbleiben.

Zuordnungsprinzipien für die Grundlagenbescheide

Zur Umsetzung des Abschlagsverfahrens müssen jeweils die kassenindividuellen Versicherungszuordnungen in der Verfahrensbestimmung angepasst werden. Dafür werden die folgenden Formulierungen vorgeschlagen.

Für die Zuordnung der Auslandsversicherten im GLB I ist Abschnitt F.0.a wie folgt anzupassen:

„Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr t-1 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- [...]
- ~~zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres t-2 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr t-1 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr t-1 zu Grunde zu legen,~~
- zu den länderspezifischen Risikogruppen anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland der Satzart 100 des Jahres t-2 (Erstmeldung) sowie des in dieser Satzart gemeldeten Wohnlandes,
- [...]

Für die Zuordnung der Auslandsversicherten im GLB II ist Abschnitt G.0.a wie folgt anzupassen:

„Jedes in der Satzart 111 für das Jahr t-1 gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- [...]
- ~~zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres t-2 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr t-1 zu Grunde zu legen,~~
- zu den länderspezifischen Risikogruppen anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland der Satzart 100 des Jahres t-2 (Erstmeldung) sowie des in dieser Satzart gemeldeten Wohnlandes,

- [...]“

Für die Zuordnung der Auslandsversicherten im GLB III sind Abschnitt H.0.a (und darauf aufbauend I.0.a) wie folgt anzupassen:

„Jedes in der Satzart 111 für das erste Halbjahr des Jahres t gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- [...]
- ~~zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres t-1 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 für das erste Halbjahr t gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr t zu Grunde zu legen,~~
- zu den länderspezifischen Risikogruppen anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland der Satzart 100 des Jahres t-1 (Erstmeldung) sowie des in dieser Satzart gemeldeten Wohnlandes,
- [...]“

Für die Zuordnung der Auslandsversicherten im GLB IV ist Abschnitt J.0.a wie folgt anzupassen:

„Jedes in der Satzart 111 für das Jahr t gemeldete Pseudonym wird wie folgt den Risikogruppen zugeordnet:

- [...]
- ~~zu den AusAGG anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland in der Satzart 100 des Jahres t-1 (Erstmeldung) sowie anhand des in der Satzart 111 gemeldeten Alters und Geschlechts. Dabei ist einheitlich das Alter und Geschlecht im Jahr t zu Grunde zu legen,~~
- zu den länderspezifischen Risikogruppen anhand der Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland der Satzart 100 des Jahres t-1 (Erstmeldung) sowie des in dieser Satzart gemeldeten Wohnlandes,
- [...]“

Zeitplan der Umsetzung

Das oben skizzierte Abschlagsverfahren und Ausgleichsverfahren wird in Tabelle 9.33 exemplarisch anhand des Ausgleichsjahres 2022 dargestellt.

Tabelle 9.33: Zeitlicher Ablauf des Abschlagsverfahrens und des Jahresausgleichs für das Standardisierungsmodell

Ausgleichsjahr t = 2022			Zur (Neu-)Berechnung verwendete Satzarten (Berichtsjahr, EM/KM)		
Bescheid	Datum	Rechengrößen	SA100	SA150	SA700
GLB I	15.11.2021	Zuordnung Auslandsversicherte	2019 KM	-/-	-/-
		Länderspezifische Auslandspauschalen	2019 KM 2020 EM	2020 EM	2020 EM
		Monatliche Zuweisungen	SA111 2021/1	-/-	-/-
GLB II	31.03.2022	Zuordnung Auslandsversicherte	-/-	-/-	-/-
		Länderspezifische Pauschalen	-/-	-/-	-/-
		Monatliche Zuweisungen	SA111 2021/2	-/-	-/-
GLB III	30.09.2022	Zuordnung Auslandsversicherte	2021 EM	-/-	-/-
		Länderspezifische Pauschalen	-/-	-/-	-/-
		Monatliche Zuweisungen	SA111 2022/1	-/-	-/-
GLB IV	31.03.2023	Zuordnung Auslandsversicherte	2021 EM	-/-	-/-
		Länderspezifische Pauschalen	2020 KM 2021 EM	2021 EM	2021 EM
		Monatliche Zuweisungen	SA111 2022/2	-/-	-/-
Jahres- ausgleich	15.11.2023	Zuordnung Auslandsversicherte	2021 KM	-/-	-/-
		Länderspezifische Pauschalen	2021 KM 2022 EM	2022 EM	2022 EM
		Zuweisungen	2022 EM	-/-	-/-

Quelle: Eigene Darstellung.

Es wird davon ausgegangen, dass eine erstmalige Umsetzung des Verfahrens für das Ausgleichsjahr 2022 möglich ist.

9.3 Ausgleich tatsächlicher Leistungsausgaben

9.3.1 Umsetzung des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben

Im Wesentlichen orientiert sich die Umsetzung des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben an den in Kapitel 9.2.1 und 9.2.4 dargestellten notwendigen Anpassungen. Im Folgenden werden die zu berücksichtigenden Aspekte bzw. chronologisch umzusetzenden Schritte bei Umsetzung des in Kapitel 7.3 unter den Ist-Ausgaben-Ausgleichen empfohlenen Modells eines teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben aufgeführt.

9.3.1.1 Notwendige Anpassungen der Datenmeldungen

Gegenüber den in Kapitel 9.2.1.1 dargestellten Anpassungen der Datensatzbeschreibungen und Bestimmungen der SA100 und SA110 sind keine zusätzlichen Änderungen für die Umsetzung des skizzierten teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben für Auslandsversicherte notwendig.

Datensatzbeschreibung SA150

Die in Kapitel 9.2.1.1 definierte SA150 ist jedoch so zu verändern, dass eine Meldung der kassenindividuellen landesspezifischen Rechnungssummen möglich wird. Tabelle 9.34 zeigt die dafür umzusetzende Datensatzbeschreibung.

Tabelle 9.34: Datensatzbeschreibung für die SA150 für den teilweisen Ausgleich tatsächlicher Ausgaben

Feld-		Stellen				
Nr.	Feld	von	bis	Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt bzw. Erläuterung
1	Satzart	1	3	3	numerisch	konstant „150“
2	Berichtsjahr	4	7	4	numerisch	JJJJ
3	Betriebsnummer der leistungspflichtigen Krankenkasse	8	15	8	numerisch	Betriebsnummer der Krankenkasse zum festgelegten Stichtag
4	Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates	16	18	3	alphanumerisch	Länderkennzeichen gem. Anlage 8 zum Meldeverfahren in 1- bis 3-stelliger Form analog zur SA100

5	Wohnortfälle, Ausgaben - Gesamtbetrag	19	32	14	numerisch	Gesamtbetrag der Ausgaben für die Wohnortfälle
6	Vorzeichen bzgl. Datenfeld 5	33	33	1	alphanumerisch	“+“ = positiver Wert “-“ = negativer

Quelle: Eigene Darstellung.

Die SA150 erhält die folgenden Erläuterungen:

Erläuterungen zur Satzart 150 (Rechnungssummen der Versicherten mit Aufenthalt im Ausland)

Vorbemerkung

Als Ausgaben gelten diejenigen Rechnungssummen, die seitens der deutschen Krankenkassen innerhalb des jeweiligen Berichtsjahres gegenüber der DVKA beglichen wurden. Diese beinhalten u.a. auch Vorschüsse auf Pauschalen und Endabrechnungsbeträge auf Pauschalen und können sich auf vergangene Abrechnungsjahre beziehen. Die Abrechnungsbeträge sind dem Berichtsjahr zuzuordnen, in dem die Zahlung bei der DVKA eingegangen ist. Die in den Ausgabensummen enthaltenen Kopfpauschalen für Mitgliedsstaaten, die noch Kopfpauschalen und darin enthaltene Pflegesachkosten abrechnen, sind seitens der DVKA bereits bereinigt um Pflegesachkostenanteile (als Nettobeträge) zu melden.

Es wird pro Berichtsjahr eine Datei erstellt. Innerhalb dieser Datei werden die Rechnungssummen pro Staat angegeben. Liegen für einen Staat keine Ausgaben vor, so sind diese Datensätze mit Nullen zu befüllen.

Die Betragsangaben in der SA150 sind in Euro und Cent ohne Komma anzugeben. Soweit erforderlich erfolgt die Umrechnung von Nicht-Euro-Beträgen in Euro-Beträge durch die DVKA.

Numerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind rechtsbündig zu besetzen und mit NULLEN aufzufüllen. Alphanumerische Felder, die nicht komplett ausgefüllt werden, sind linksbündig zu besetzen und mit Blanks aufzufüllen.

Zu Datenfeld 1 (Satzart)

Es ist die Satzart „150“ einzutragen.

Zu Datenfeld 2 (Berichtsjahr)

Es sind alle vier Stellen des Berichtsjahres im Format „JJJJ“ anzugeben.

Zu Datenfeld 3 (Betriebsnummer)

Es ist die der Krankenkasse von der Bundesagentur für Arbeit zugeteilte achtstellige Betriebsnummer anzugeben. Bei Erstreckungskassen muss die Meldung unter der Betriebsnummer der Hauptkasse erfolgen. Die Daten sind für alle zum Zeitpunkt der Datenerhebung bestehenden Krankenkassen vorzulegen.

Zu Datenfeld 4 (Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates)

Es ist das ein- bis dreistellige Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates entsprechend Anlage 8 zum Gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“ des GKV-SV, der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft Bahn See, der Bundesagentur für Arbeit, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau vom 29.06.2016 in der Fassung vom 19.10.2016 anzugeben (siehe Zuordnungstabelle). Das Datenfeld ist linksbündig zu besetzen und mit Blanks aufzufüllen. Das Länderkennzeichen entspricht dem Format des Datenfeldes 21 in der SA100.

Zu Datenfeld 5 (Wohnortfälle, Ausgaben - Gesamtbetrag)

Das Datenfeld ist wie in der Vorbemerkung beschrieben mit den Ausgaben nach tatsächlichem und pauschalem Aufwand insgesamt für alle Wohnortfälle der jeweiligen Krankenkasse für den entsprechenden Staat zu befüllen. Dabei muss es sich jeweils um die landesspezifischen Nettobeträge handeln, d. h. die in den Ausgabensummen enthaltenen Kopfpauschalen für Mitgliedsstaaten müssen um Pflegesachkostenanteile bereinigt sein.

9.3.1.2 Konzept zur Datenplausibilisierung

Die neu zu meldenden Informationen in der SA100 und SA110 sowie die SA150 werden im Rahmen von Fehler- und Plausibilisierungsprüfungen in Anlehnung an das bestehende Datenbereinigungskonzept gemäß dem in Kapitel 9.2.1.2 dargestellten Datenplausibilisierungskonzept geprüft. Zusätzlich ist eine Prüfung für die zusätzlich in der SA150 zu meldende Betriebsnummer der Krankenkasse einzufügen. Tabelle 9.35 zeigt die vorgesehenen zusätzlichen Prüfungen und die vorgeschlagenen Wirkungen.

Tabelle 9.35: Ergänzung des Konzepts zur Datenplausibilisierung für den teilweisen Ausgleich tatsächlicher Ausgaben

Fehlerkennzeichen	Fehlerprüfung/Fehlerbeschreibung	SA150	Wirkung	Begründung	Wann
1010	Ist die angegebene Betriebsnummer bekannt und war diese für das Berichtsjahr zugelassen?	x	Abweisung der betroffenen Datenmeldung, Rücksprache mit DVKA	Daten können keiner Kasse zugeordnet werden.	Schritt I (Prüfung bei Datenimport)
Plausi-Check	Im Nachlaufsatz ist eine Summe für die jeweiligen Gesamtausgaben jedes Ländermerkmals über alle Krankenkassen aufzuführen, um die vollständige Übermittlung der Daten sicherzustellen.				

Quelle: Eigene Darstellung.

9.3.1.3 Ergänzung der Festlegungen nach § 31 Absatz 4 RSAV

Im Vergleich zur vorgeschlagenen Anpassung der Festlegung nach § 31 Absatz 4 RSAV in Kapitel 9.2.1.3 für das Standardisierungsverfahren sind für die Umsetzung des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben keine zusätzlichen Anpassungen notwendig. Für die Formulierung des Berechnungsverfahrens der landesspezifischen Risikogruppen ist lediglich zu bedenken, dass die landesspezifischen Rechnungssummen über die Summe aller gemeldeten Krankenkassen gebildet werden müssen.

9.3.1.4 Konkrete Verfahrensbeschreibung des Jahresausgleichs des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben und notwendige Anpassungen der Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV

Tabelle 9.36 zeigt das Vorgehen im Rahmen des Jahresausgleiches für das Ausgleichsjahr t . Die einzelnen Schritte sind größtenteils deckungsgleich mit den Schritten, die auch zur Umsetzung des Modells 3 notwendig sind. Der Unterschied besteht darin, dass in diesem Modellansatz bei der Berechnung der Zuweisungen ein teilweiser (80%iger) Ist-Ausgabenausgleich für die Rechnungssummen der SA150 und inländische Leistungsausgaben der SA700 erfolgt und die verbleibenden Ausgaben anschließend über dasselbe Standardisierungsverfahren zugewiesen werden wie in der Umsetzung des in Kapitel 6.5 beschriebenen Modells 3 ohne Altersklassendifferenzierung.

Tabelle 9.36: Verfahrensbeschreibung des Jahresausgleichs des teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung teilweiser Ausgleich tatsächlicher Ausgaben Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
1	SA100 ($t-1$)	Identifikation und länderspezifische Zuordnung der Auslandsversicherten: Versicherte, die in der SA100 des vorangegangenen Jahres (Korrekturmeldung) mindestens 183 Versichertentage mit Wohnsitz im Ausland aufweisen, werden wie folgt einer landesspezifischen Risikogruppe zugeordnet: Die Zuordnung erfolgt anhand des in der SA100 des vorangegangenen Jahres gemeldeten Ländermerkmals. Werden für einen Versicherten GKV-weit mehrere unterschiedliche Einschreibungsländer gemeldet, so wird eine eindeutige Zuordnung über das Merkmal „letzter Tag im Berichtszeitraum“ (LTBJ, Datenfeld 19) vorgenommen. Versicherte, die auf diese Weise einer landesspezifischen Risikogruppe zugeordnet worden sind, werden keinem der übrigen Risikomerkmale (AGG, EMG, HMG und KEG) zugeordnet.	Kapitel VII Q.3.b und R.4.b

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung teilweiser Ausgleich tatsächlicher Ausgaben Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
2	SA100 (t)	Zuordnung der länderspezifischen Versichertenzeiten: Für jede länderspezifische Risikogruppe werden die GKV-Versichertenzeiten im Ausgleichsjahr (Datenfeld 8 der SA100 des Ausgleichsjahres t) der unter (1) eindeutig zugeordneten Auslandsversicherten länderspezifisch aufsummiert. Es ergeben sich die länderspezifischen Versichertenzeiten.	R.2.b
3	SA150 (t)	Bildung der länderspezifischen Rechnungssummen für Ausgaben der Wohnortfälle: Die in Datenfeld 4 der SA150 des Ausgleichsjahres gemeldeten Ausgaben für Wohnortfälle (Datenfeld 5) werden (unter Berücksichtigung des Vorzeichens in Datenfeld 6) je Einschreibungsland (Datenfeld 4) über alle Krankenkassen (Datenfeld 3) aufsummiert.	R.2.b
4	SA700 (t)	Bildung der länderspezifischen Ausgabensummen für Leistungen im Inland: Die in der SA700 des Ausgleichsjahres für die Auslandsversicherten gemeldeten Leistungsausgaben in den HLBn 1, 2, 3, 4, 5 und 7 in den Datenfeldern 5, 7, 9, 11, 13 und 17 werden (unter Berücksichtigung des jeweiligen Vorzeichens in den Datenfeldern 6, 8, 10, 12, 14 und 18) je landesspezifischer Risikogruppe aufsummiert. Es ergeben sich die länderspezifischen Ausgabensummen für Leistungen im Inland.	R.2.b
5	SA700 +SA150 (t)	Bildung der länderspezifischen Ausgabensummen: Die Einzelergebnisse aus (3) und (4) werden je landesspezifischer Risikogruppe aufsummiert. Es ergeben sich die Ausgabensummen je länderspezifischer Risikogruppen für das Ausgleichsjahr t.	R.2.b

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung teilweiser Ausgleich tatsächlicher Ausgaben Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
6		Ermittlung der Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen: Die länderspezifischen Ausgabensummen (5) werden für jedes Einschreibungsland durch die entsprechenden länderspezifischen Versichertenzeiten (2) dividiert. Es resultieren die durchschnittlichen Zuschläge für die landesspezifische Risikogruppen je Versichertentag.	R.2.c
7		Gewichtungsfaktoren für die landesspezifische Risikogruppen: Die länderspezifischen Gewichtungsfaktoren für die länderspezifischen Risikogruppen ergeben sich, indem die Zuschläge für die landesspezifische Risikogruppen aus (6) durch den Hundert-Prozent-Wert der Vollerhebung für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld geteilt werden.	R.2.d
8		Vorläufige Risikomenge für Leistungsausgaben ohne Krankengeld Die vorläufige Risikomenge für Leistungsausgaben ohne Krankengeld ergibt sich aus dem Summenprodukt der Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und die landesspezifischen Risikogruppen mit den Versichertenzeiten der dem jeweiligen Risikomerkmale zugeordneten Versicherten.	R.5.a
9		Vorläufige Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen Die vorläufigen Zuschläge für die landesspezifischen Risikogruppen je Versichertentag werden aus den Gewichtungsfaktoren für die Risikomerkmale und die landesspezifischen Risikogruppen berechnet, indem diese mit dem Hundert-Prozent-Wert für die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben, dem Korrekturfaktor für die Leis-	R.5.c

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung teilweiser Ausgleich tatsächlicher Ausgaben Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
		tungsausgaben ohne Krankengeld und dem Aufteilungsfaktor (JA) für die Leistungsausgaben ohne Krankengeld multipliziert werden.	
10		Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen nach Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben: Die Risikozuschläge für die landesspezifische Risikogruppen nach Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben ergeben sich, indem auf die vorläufigen Zuschläge für die landesspezifischen Auslandspauschalen nach (9) der Erhöhungsbetrag für nicht-morbiditätsbezogene Ausgaben je Versichertentag addiert wird.	R.5.d.i
11		Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen: Die Zu- und Abschläge für die landesspezifischen Risikogruppen je Versichertentag ergeben sich aus den Risikozuschlägen nach (10), indem bei den landesspezifischen Risikozuschlägen die Grundpauschale je Versichertentag subtrahiert wird.	R.5.d.ii
12		Bestimmung der Zuweisungen für die tatsächlichen Ausgaben für Wohnortfälle der Krankenkassen Die in Datenfeld 5 der SA150 des Ausgleichsjahres gemeldeten Ausgaben für Wohnortfälle werden (unter Berücksichtigung des Vorzeichens in Datenfeld 6) je Einschreibungsland (Datenfeld 4) für jede Krankenkasse aufsummiert und die Summe je Krankenkasse über alle Einschreibeländer gebildet. 80 von Hundert dieser Summe bilden die Zuweisungen an die Krankenkasse für die tatsächlichen Ausgaben für Wohnortfälle.	Kapitel VIII T.1.e.i

Schritt	Daten	Verfahrensbeschreibung teilweiser Ausgleich tatsächlicher Ausgaben Jahresausgleich	Verweis auf Verfahrensbestimmung
13		Bestimmung der Zuweisungen für die tatsächlichen Ausgaben für Leistungen im Inland Die in der SA700 des Ausgleichsjahres für die Auslandsversicherten gemeldeten Leistungsausgaben in den HLBn 1, 2, 3, 4, 5 und 7 in den Datenfeldern 5, 7, 9, 11, 13 und 17 werden (unter Berücksichtigung des jeweiligen Vorzeichens in den Datenfeldern 6, 8, 10, 12, 14 und 18) je landesspezifischer Risikogruppe für jede Krankenkasse aufsummiert und die Summe je Krankenkasse über alle landesspezifischen Risikogruppen gebildet. 80 von Hundert dieser Summe bilden die Zuweisungen an die Krankenkasse für die tatsächlichen Ausgaben für Leistungen im Inland.	Kapitel VIII T.1.e.ii
14		Bestimmung der Zuweisungen für die standardisierten landesspezifischen Risikogruppen für die Krankenkassen Die Zuweisungen für die standardisierten landesspezifischen Risikogruppen je Krankenkasse werden bestimmt, indem die Zu- und Abschläge nach (10) mit den Versichertenzeiten der Auslandsversicherten (3) der Krankenkasse je landesspezifischer Risikogruppe multipliziert werden und über alle landesspezifische Risikogruppen hinweg aufsummiert werden. 20 von Hundert dieser Summe bilden die Zuweisungen für die standardisierten landesspezifischen Risikogruppen.	Kapitel VIII T.1.e.iii
15		Bildung der Zuweisungssumme für die Krankenkassen Die Einzelergebnisse aus (12), (13) und (14) werden je Krankenkasse aufsummiert. Es ergeben sich die Zuweisungssummen für die Auslandsversicherten für das Ausgleichsjahr t.	Kapitel VIII T.1.e.iv

Quelle: Eigene Darstellung.

9.3.2 Auswirkungen auf die Zielgenauigkeit der Zuweisungen im Vergleich zum Status quo

Im Folgenden werden die Auswirkungen des in Kapitel 7.3 gewählten Modells des teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches mit Blick auf die Zuweisungsgenauigkeit im Vergleich zum Status quo auf Landes- und Kassenebene dargestellt und bewertet. Hierfür werden auf Landesebene die landesspezifischen Deckungsquoten und die Landes-MAPEs gegenübergestellt und auf Kassenebene die Kassen-MAPEs.

Definitionsgemäß erreicht das Modell aufgrund der landesspezifischen Zuweisungen landesspezifische Deckungsquoten von jeweils 100%. Auf Landesebene decken die Gesamtzuweisungen jeweils die Gesamtausgaben, sodass keine Über- und Unterdeckungen mehr entstehen können, während die landesspezifischen Deckungsquoten im Status quo teilweise erheblich schwanken (zwischen 24,78% für Norwegen bis zu 1891% für Portugal).

Auch für die Länder-MAPEs gilt für das Modell des teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches (ebenso wie für das Modell 3) definitionsgemäß, dass keine Abweichungen von Zuweisungen und Ausgaben auf Landesebene existieren und damit keine Vorhersagefehler entstehen können. Das relative Länder-MAPE liegt (sowohl ungewichtet als auch gewichtet) bei jeweils 0% und das absolute Länder-MAPE (sowohl ungewichtet als auch gewichtet) bei jeweils 0 €. Für das adjustierte Status quo Modell (adjustiert an die Ausgaben Summe der SA150 und SA700, um eine Vergleichbarkeit zu den in Kapitel 6.5 und Kapitel 7.3 gewählten Modelle zu ermöglichen) liegen die bereits in Tabelle 4.13 und Tabelle 4.14 aufgeführten Länder-MAPEs vor, die im relativen Ansatz bei 214,24% (ungewichtet) bzw. 126,62% (gewichtet) und im absoluten Ansatz bei 1.264,98 € (ungewichtet) bzw. bei 984,16 € (gewichtet) liegen (siehe Tabelle 9.37).

Tabelle 9.37: Länder-MAPEs: Status quo und teilweiser Ist-Ausgaben-Ausgleich im Vergleich

	Status quo (adj.)	Teilw. Ist-Ausgaben-Ausgleich
Länder-MAPE rel. ungew.	214,24 %	0,00 %
Länder-MAPE rel. gew.	126,62 %	0,00 %
Länder-MAPE abs. ungew. (je VJ)	1.264,98 €	0,00 €
Länder-MAPE abs. gew. (je VJ)	984,16 €	0,00 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. Status quo adjustiert an die Ausgaben Summe der SA150 und SA700. N=106 Krankenkassen.

Es zeigt sich somit, dass die Zielgenauigkeit auf Länderebene mit der Umsetzung des teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches deutlich verbessert werden kann.

Ein Vergleich der Kassen-MAPEs im Status quo und im teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleich zeigt ebenfalls deutliche Verbesserungen auf Einzelkassenebene. Da im teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleich die Zuweisungen auf Landesebene genau die Ausgaben decken, können trotzdem weiterhin Über- oder Unterdeckungen auf Kassenebene entstehen. Diese fallen jedoch deutlich geringer aus als im Status quo. Der folgenden Tabelle 9.38 ist zu entnehmen, dass im (teilweisen) Ist-Ausgaben-Ansatz im Vergleich zum adjustierten Status quo Modell das relative Kassen-MAPE von 338,97% auf 76,10% (ungewichtet) bzw. 30,27% auf 3,43% (gewichtet) reduziert und damit eine deutlich höhere Zuweisungsgenauigkeit erreicht werden kann.

Tabelle 9.38: Kassen-MAPEs: Status quo und teilweiser Ist-Ausgaben-Ausgleich im Vergleich

	Status quo (adj.)	Teilw. Ist-Ausgaben-Ausgleich
Kassen-MAPE rel. ungew.	338,97 %	76,10%
Kassen-MAPE rel. gew.	30,27 %	3,43%
Kassen-MAPE abs. ungew. (je VJ)	780,36 €	109,86 €
Kassen-MAPE abs. gew. (je VJ)	485,04 €	49,23 €

Quelle: Eigene Berechnung basierend auf den Daten der Satzarten 149, SA150 2017, SA700 2017 und den Zuweisungsgrößen des Jahresausgleichs für das Ausgleichsjahr 2017. Status quo adjustiert an die Ausgabensumme der SA150 und SA700. N=106 Krankenkassen.

9.3.3 Konzeption eines Abschlagsverfahrens für den teilweisen Ausgleich tatsächlicher Ausgaben

Für die Umsetzung des in Kapitel 7.3 gewählten teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Leistungsausgaben muss neben der Umsetzung des eigentlichen Jahresausgleiches (siehe Kapitel 9.3.1) auch das Abschlagsverfahren festgelegt und mögliche Anpassungen im Abschlagsverfahren durch Umstellung auf aktuellere Datenmeldungen berücksichtigt werden. Das Abschlags- und Zuweisungsverfahren verläuft genauso wie für das in Kapitel 6.5 festgelegte Standardisierungsverfahren für Auslandsversicherte und damit analog zur Darstellung in Kapitel 9.2.4., d.h. im Abschlagsverfahren erfolgt keine Orientierung der Zuweisungen an den tatsächlichen Leistungsausgaben.

Der in Kapitel 9.2.4 dargestellte Zeitplan zur Umsetzung ist ebenso auf das hier dargestellte Verfahren eines teilweisen Ausgleichs tatsächlicher Ausgaben für Auslandsversicherte zu übertragen. Denkbar ist, wie dargestellt, eine Umsetzung für das Ausgleichsjahr 2022.

9.4 Abschließende Modellauswahl

Unter Abwägung möglicher Vor- und Nachteile der in Kapitel 9.2 und Kapitel 9.3 beschriebenen Modellansätze überwiegen aus Sicht der Gutachter die Vorteile des Modells 3 gegenüber dem Ansatz des teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleiches. Die Verbesserung der Zielgenauigkeit ist durch die Implementierung eines Ist-Ausgaben-Ausgleiches im Vergleich zu einem Standardisierungsmodell immer gegeben, wie der Vergleich der Kassen-MAPEs aus Tabelle 9.31 und Tabelle 9.38 zeigt. Im teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleich ist zwar eine Verfahrensvereinfachung durch den 100%igen Ist-Ausgaben-Ausgleich bei pauschalen Abrechnungen gegeben, aber bei Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand und auch bei im Inland entstehenden Leistungsausgaben muss für die verbleibenden 20% der Ausgaben neben dem Prüfaufwand, der mit Ist-Ausgaben-Ausgleichen einhergeht, zusätzlich das Standardisierungsmodell berechnet werden, das auch in Modellansatz 3 Anwendung findet. Das bedeutet einen nicht unerheblichen Mehraufwand. Zusätzlich werten die Gutachter die negativen Effizianzanreize durch den teilweisen Ist-Ausgaben-Ausgleich als schwerwiegender als die mit ihm bewirkbare größere Zielgenauigkeit (siehe auch Kapitel 7.2).

Da die für die Umsetzung des Modells 3 notwendigen Datenmeldungen durch die SA150 bereits entwickelt und hinsichtlich Datenqualität geprüft wurden und in der SA100 lediglich eine zusätzliche Variable für das Einschreibungsland (statt der vollständigen SA149 als zusätzliche neue Routine-Datenmeldung) implementiert werden muss, wäre dieses Modell zeitnah und voraussichtlich ohne größere Probleme in den Datenmeldungen umsetzbar. Die Gutachter haben im Laufe der Bearbeitung und der geführten Expertengespräche keine wesentlichen Schwachpunkte des Modellansatzes 3 identifizieren können.

Auch in den Expertengesprächen wurden Ansätze von Ist-Ausgaben-Ausgleichen kritisch bewertet, da die möglichen Vorteile der zielgerechteren Zuweisung auf der einen Seite mit deutlichen Nachteilen wie insbesondere negativen Anreizen, zusätzlich entstehenden Prüf-

aufwänden und einem insgesamt größeren Umsetzungsaufwand des Modells auf der anderen Seite erkaufte würden.

9.5 Zur Umsetzung des Verfahrens notwendige Rechtsänderungen und zeitlicher Ablauf

In diesem Abschnitt wird für das in Abschnitt 9.4 abschließend ausgewählte Modell zunächst in Abschnitt 9.5.1 beschrieben, welche Rechtsänderungen zur Umsetzung notwendig sind. Anschließend wird in Abschnitt 9.5.2 über den zeitlichen Ablauf des Verfahrens berichtet.

9.5.1 Umsetzung des Verfahrens

In diesem Abschnitt wird für das in Abschnitt 9.4 abschließend ausgewählte Modell beschrieben, welche Rechtsänderungen zur Umsetzung notwendig sind. Wie bereits ausgeführt, gehen die Gutachter dabei von den aktuell gültigen Normen als Ausgangspunkt für Rechtsänderungen aus.

9.5.1.1 Änderungen des SGB V

Die Gutachter schlagen (wie oben im Zeitplan in Abschnitt 9.2.4 ausgeführt) vor, das auszuwählende Modell erstmalig für das Ausgleichsjahr 2022 einzusetzen. Daraus resultieren folgende Änderungen im SGB V:

- Es ist zu regeln (z.B. im Abschlussartikel des die Reform umsetzenden Gesetzes: „Inkrafttreten; Außerkrafttreten“), dass § 269 Abs. 2 SGB V in der bis dahin geltenden Fassung letztmalig für das Ausgleichsjahr 2021 Anwendung findet.
- § 269 Abs. 2 SGB V wird neu formuliert:
„(2) Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebiets der Bundesrepublik Deutschland hatten, ist ab dem Ausgleichsjahr 2022 die Höhe der Zuweisungen anhand der landesspezifischen Höhe der Durchschnittsausgaben vorzunehmen. Dazu ist ein Länderkennzeichen zu erheben; das Nähere re-

gelt der Spitzenverband Bund in der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Satz 1. Die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland meldet nicht versichertenbezogen dem Bundesversicherungsamt die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen, differenziert nach dem Wohnstaat und dem Abrechnungsjahr; das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum Umfang der Datenerhebung bestimmt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund.“

- Die Regelungen zum Erstgutachten sowie dem Folgegutachten in § 269 Abs. 3, 3a und 3c SGB V können gestrichen werden.

Eine weitergehende Veränderung der Vorschriften der §§ 266 bis 268 SGB V für das in Abschnitt 9.4 abschließend ausgewählte Modell ist nicht erforderlich.

9.5.1.2 Änderungen der RSAV

Zur Einführung des in Abschnitt 9.4 abschließend ausgewählten Modelles sind folgende Veränderungen angezeigt:

- In § 2 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, werden Versichertengruppen nach den Wohnstaaten gebildet; die Differenzierung nach Absatz 1 Satz 2 gilt nicht.“
- In § 30 Abs. 1 Satz 1 wird bei Nr. 8 angefügt:
„differenziert nach dem Wohnstaat; das Nähere zum Länderkennzeichen regelt der Spitzenverband Bund in der Bestimmung nach § 267 Abs. 7 Satz 1“
- § 31 Abs. 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:
„Für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangegangenen Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatten, werden die Zuweisungen auf Grundlage der jährlichen Abrechnungssummen je Land als landesspezifische Durchschnittsausgaben vorgenommen; dazu meldet die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (im Folgenden: Verbindungsstelle) nicht versichertenbe-

zogen dem Bundesversicherungsamt die mit den Krankenkassen abgerechneten Rechnungssummen, differenziert nach dem Wohnstaat und dem Abrechnungsjahr; das Nähere zur Erhebung und Übermittlung sowie zum Umfang der Datenerhebung der Verbindungsstelle bestimmt das Bundesversicherungsamt im Einvernehmen mit dem Spitzenverband.“

Sofern der Gesetzgeber dem in Abschnitt 9.5.1.1 gemachten Vorschlag folgt und die aktuelle Sonderregelung des § 269 Abs. 2 SGB V bei Einführung des in Abschnitt 9.4 abschließend ausgewählten Modelles streicht, ist zudem die Umsetzung dieser Regelung in § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV zu streichen.

9.5.1.3 Änderungen der Verfahrensbestimmungen nach § 39 Abs. 3 Satz 6 RSAV und § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV

Die Verfahrensbestimmungen nach § 39 Abs. 3 Satz 6 und § 41 Abs. 5 Satz 2 RSAV sind bei Einführung des in Abschnitt 9.4 abschließend ausgewählten Modelles entsprechend anzupassen. Die notwendigen Anpassungen der Verfahren sind in Abschnitt 9.2 detailliert beschrieben worden.

9.5.1.4 Änderungen der Bestimmung des GKV-SV gemäß § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V

Die in der Bestimmung des GKV-SV gemäß § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 05.02.2018 definierte Sonderdatenerhebung der SA149 vom 21.01.2019 ist aus Sicht der Gutachter zur Umsetzung des abschließend empfohlenen Modells 3 nicht weiter notwendig. Für die Modellumsetzung relevant ist lediglich das in der SA149 enthaltene Länderkennzeichen des Wohnstaates (Einschreibungsland) der Versicherten in Datenfeld 6. Rechtsgrundlage für das Länderkennzeichen ist künftig der neu gefasste § 269 Abs. 2 SGB V i.V.m. dem neu gefassten § 30 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 RSAV. Durch die Implementierung eines neuen Datenfeldes 21 in die SA100 (siehe Anlage 1.4 des Meldeverfahrens²¹) könnte das bisherige Datenfeld 6 der SA149 in der SA100 versichertenbezogen erfasst und für die Umsetzung des Modells 3 verwendet werden. In der SA149 sind keine weiteren Informationen enthalten, die für die Model-

²¹ GKV-Spitzenverband (2018).

umsetzung relevant wären (das Grenzgängerkennzeichen wird künftig im Rahmen des elektronischen Datenaustausches zwischen Mitgliedsstaaten ohnehin nicht mehr erfasst).

Zusätzlich wäre in der SA700 eine neue Variable zu implementieren, die zur Vermeidung der Doppelberücksichtigung von Ausgaben, die bereits in der SA150 erfasst wurden, benötigt wird. Die für Leistungsaushilfe entstehenden Ausgaben werden in der Kontenart 480 erfasst und fließen somit bisher in den HLB5 der SA700 (Datenfeld 13: sonstige Leistungsausgaben) ein. Es müsste aber eine zusätzliche Variable als Datenfeld 19 geschaffen werden (mit zugehörigem Vorzeichen in einem Datenfeld 20), in das die Ausgaben der Kontenart 480 einfließen.

9.5.1.5 Änderungen der Bestimmung des BVA nach § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V

Rechtsgrundlage für die Bestimmung ist künftig § 269 Abs. 2 Satz 3 SGB V (siehe oben). Die in der bisher auf § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V gestützten Bestimmung des BVA vom 24.11.2017 definierte SA150 enthält unter anderem auch die bestehenden Forderungssummen anderer Staaten in den verschiedenen Leistungsbereichen (Wohnortfälle, Rechnungen für vorübergehende Aufenthalte, Zustimmungsfälle) aufgeführt. Diese Datenfelder der Forderungen sind für das Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte jedoch nicht notwendig und müssten deshalb aus Sicht der Gutachter seitens der DVKA nicht weiter erhoben werden und können gestrichen werden.

Aus Sicht der Gutachter sind mit Blick auf die Umsetzung der ausgesprochenen Modellempfehlung (Modell 3 ohne Verwendung von Altersklassen) in der SA150 nur die folgenden Variablen zwingend notwendig (die Frage, welche Variablen evtl. für zusätzliche Validierungen verwendet werden könnten, bleibt an dieser Stelle unberücksichtigt):

- Datenfelder 1 (Satzart),
- Datenfeld 2 (Berichtsjahr),
- Datenfeld 4 (Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates),
- Datenfeld 25 (Gesamtbetrag der Ausgaben für die Wohnortfälle) sowie

Datenfeld 26 (das zu Datenfeld 25 zugehörige Vorzeichen).

Die DVKA soll die Rechnungssummen für pauschale Abrechnungen bereits bereinigt um Pflege-sachkosten zur Verfügung stellen. In der Folge ist die zusätzliche getrennte Lieferung der Datenfelder 17 (pauschale Abrechnungen für Wohnortfälle) und 27 (Abrechnungen nach tatsächlichem Aufwand für Wohnortfälle) inkl. der zugehörigen Vorzeichen in Datenfeld 18 und Datenfeld 28 sowie die Angabe der Altersgruppe in Datenfeld 6 (die für die Bereinigung der altersklassenspezifischen Kopfpauschalen gebraucht würde) und das Abrechnungsjahr (Datenfeld 5) nicht mehr notwendig und kann entfallen.

Auch die Datenfelder mit Rechnungssummen für Zustimmungsfälle (Datenfeld 39) und vorübergehende Aufenthalte (Datenfeld 33) sowie die Datenfelder mit ausgewiesenen Forderungssummen werden für die Umsetzung des Modells 3 nicht benötigt. Auch die Angabe des Personentyps kann entfallen, da dieses Merkmal für das Zuweisungsverfahren keine Bedeutung hat. Eine Differenzierung nach Betriebsnummer der leistungspflichtigen Krankenkasse kann künftig in der SA150 ebenfalls gestrichen werden, sofern dieses nicht zu Prüfzwecken beibehalten werden soll.

Somit wäre die SA150 unter der Annahme, dass die DVKA die Nettobeträge der pauschalen Abrechnungen für Wohnortfälle landesspezifisch übermittelt und die Rechnungssumme lediglich als Gesamtbetrag für Wohnortfälle ausgewiesen wird, auf insgesamt nur 5 Spalten bzw. Variablen (Satzart, Berichtsjahr, Länderkennzeichen des forderungsberechtigten Staates, Gesamtbetrag der Ausgaben für Wohnortfälle und das zugehörige Vorzeichen) und 37 Zeilen (eine Zeile je forderungsberechtigten Staat) begrenzbare:

Tabelle 9.39: Ausgestaltung der künftigen SA150 für die Umsetzung des Modells 3

Satzart	Berichtsjahr	Einschreibungsland	Gesamtbetrag für Wohnortfälle (in Eurocent)	Vorzeichen	Gesamtbetrag
SA150					
SA150					
...					
SA150					

Quelle: Eigene Darstellung.

9.5.2 Zeitlicher Ablauf der Umsetzung der Rechtsänderungen

Wie oben beschrieben, ist aus Sicht der Gutachter bei Einführung des empfohlenen Modelles und gleichzeitiger Streichung der mit dem GKV-FQWG eingeführten Begrenzungsregelung sowohl eine Änderung des SGB V (Streichung der Begrenzungsregelung des § 269 Abs. 3 SGB V) als auch der RSAV (Neuregelung des Zuweisungsmodelles in § 31 Abs. 5 Satz 1; Streichung der Begrenzungsregelung in § 41 Abs. 1 Satz 2 RSAV) erforderlich. Diese beiden Schritte müssten am Anfang einer Reform des Zuweisungsmodelles für Auslandsversicherte stehen; dabei kann die RSAV-Änderung im Rahmen eines Artikelgesetzes auch durch den Gesetzgeber erfolgen.

Die übrigen in Abschnitt 9.5.1 aufgeführten Rechtsänderungen können auf Basis der Änderungen in SGB V und RSAV anschließend erfolgen.

9.6 Verwaltungsaufwand

Die Umsetzung des empfohlenen Modells 3 bringt neben den bereits dargestellten Zugewinnen im Hinblick auf die Zielgenauigkeit, die Effizienzanreize sowie die Selektionsanreize auch einen Mehraufwand durch einen erhöhten Verwaltungsaufwand mit sich. Im Folgenden wird versucht, den Mehraufwand im Vergleich zum Status quo abzuschätzen.

Methodisch wird dafür auf das Standardkostenmodell (SKM) zur Abschätzung von Aufwänden für Informationspflichten genutzt. Das SKM wird aktuell zur Abschätzung der Bürokratiekosten von legislativen Akten des Bundes eingesetzt und ist auch für die Abschätzung des Verwaltungsaufwandes einer Reform des RSA im Bereich der Zuweisungen für Auslandsversicherte geeignet. Der im SKM verwendete Grundgedanke, der sich dort allerdings auf Informationsverpflichtungen der Wirtschaft bezieht, kann im vorliegenden Fall adaptiert angewendet werden. Dies umfasst die Identifikation der Verwaltungsaufwände auslösenden Vorgänge, im Folgenden Prozessschritte genannt, die Bestimmung der jeweiligen Bearbeitungsdauer sowie der monetären Bewertung durch zeitbezogene Vergütungen. Ergänzend sind allerdings auch im SKM nicht berücksichtigte Kostenarten, etwa Sach- und Programmierkosten, zu berücksichtigen.

Das SKM versucht nicht, den tatsächlichen Aufwand eines Verwaltungsprozesses abzubilden, vielmehr wird nur der durchschnittliche Aufwand eines durchschnittlich effektiven Akteurs abgebildet²² (Statistisches Bundesamt, 2006, S. 17). Für den hier vorliegenden Zweck wird allerdings sogar eine direkte Folgenabschätzung der meisten betroffenen Akteure möglich sein, weil die Anzahl der Beteiligten verhältnismäßig gering ist. Nur für die Gruppe der Krankenkassen wird diese Einschränkung relevant werden.

Das SKM setzt auf der Bewertungsebene von Standardaktivitäten an. Diese können im vorliegenden Kontext als konkrete Prozessschritte zur Durchführung des Zuweisungsverfahrens verstanden werden. Die Bewertung wird anhand konkreter Parameter vorgenommen, die die Komponenten „Kosten je Zeiteinheit“, „Zeitaufwand“, „Häufigkeit“ und „Anzahl der Betroffenen“ umfassen²³. Die folgenden Berechnungsformeln orientieren sich an dem empfohlenen Erhebungsmodell des Statistischen Bundesamtes für Informationspflichten²⁴. Lediglich die Nomenklatur wurde dem Erhebungsgegenstand angepasst.

Grundsätzlich gilt, dass der Verwaltungsaufwand VA sich insgesamt zusammensetzt aus der Summe der Kosten für die einzelnen Prozessschritte PS_i (KPS_i), die für die Umsetzung des Verfahrens notwendig sind.

$$VA = \sum_{i=0}^n KPS_i$$

Die Kosten eines einzelnen Prozessschrittes PS_i sind in eine Preiskomponente P_i und eine Mengenkomponekte Q_i zerlegbar.

$$KPS_i = P_i * Q_i$$

Die Preiskomponente P_i spiegelt den Aufwand für die einmalige Umsetzung eines Prozessschrittes wider. Sie setzt sich zusammen aus dem benötigten Zeitaufwand Z_i des Mitarbeiters für die einmalige Durchführung der für den Prozessschritt nötigen Tätigkeiten und dem für diesen Mitarbeiter benötigten Lohnaufwand L_i .

$$P_i = Z_i * L_i$$

²² Vgl. Statistisches Bundesamt (2006).

²³ Vgl. ebd.

²⁴ Vgl. ebd.

Die Mengenkomponte Q_i umfasst einerseits die Anzahl der betroffenen Akteure AA_i eines Prozessschrittes und die Häufigkeit H_i der Durchführung pro Jahr.

$$Q_i = AA_i * H_i$$

Zusammengefasst gilt dann

$$KPS_i = (Z_i * L_i) * (AA_i * H_i)$$

und somit

$$VA = \sum_{i=0}^n (Z_i * L_i) * (AA_i * H_i)$$

Somit lassen sich die Kosten eines Prozessschrittes also durch Ermittlung der Preis- und Mengenkomponte bestimmen, wobei insbesondere die Bestandteile der Preiskomponte auf einer Selbsteinschätzung durch die betroffenen Akteure beruhen. Für die Einschätzung des Verwaltungsaufwandes zur Umsetzung des Modells 3 werden daher im Folgenden zunächst die betroffenen Akteure bestimmt, bevor in einem weiteren Schritt die für die Umsetzung des Verfahrens notwendigen Prozessschritte dargestellt werden. Dabei werden diejenigen Prozessschritte, die einen erwartbaren Mehraufwand für die beteiligten Akteure mit sich bringen, weil sie neue, bisher nicht notwendige Tätigkeiten enthalten, von solchen Prozessschritten unterschieden, die zwar formal Anpassungen benötigen, prima facie aber keine neuen Tätigkeiten und damit keine Mehraufwände erwarten lassen.

Für alle Prozessschritte wird die Anzahl der betroffenen Akteure und die Häufigkeit der Durchführung pro Jahr erfasst. Durch Befragung der identifizierten betroffenen Akteure werden dann Schätzungen über die benötigten Zeit- und Lohnaufwände der durchführenden Mitarbeiter eingeholt. Dabei können Lohnaufwände sowohl über akteurseigene Lohnkosten, soweit diese bekannt sind, als auch über die Qualifikationsniveaus der benötigten Mitarbeiter in Verbindung mit standardisierten Lohnkosten, die das Statistische Bundesamt zur Verfügung stellt, geschätzt werden²⁵. Unter Berücksichtigung der erfragten Informationen zu Zeitaufwänden und Lohnkosten sowie dem Wissen um die Anzahl der betroffenen Akteure

²⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018).

und die Häufigkeit der Durchführung notwendiger Prozessschritte wird der Verwaltungsaufwand je Prozessschritt sowie daraus extrahiert der zusätzliche Gesamtaufwand für die Umsetzung des Modell 3 ermittelt.

9.6.1 Identifikation der betroffenen Akteure

Mit Blick auf das vorgeschlagene Verfahren sind drei große Bereiche zu betrachten, auf die die Umstellung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte auf das vorgeschlagene Modell 3 einen Einfluss hat. Dies sind 1. die Datenerhebung und Datenmeldung, 2. das Berechnungsverfahren und Bescheidungsverfahren und 3. die Prüfung der Datengrundlagen. Für jeden der drei Bereiche sind unterschiedliche Akteure von den notwendigen Umstellungen des Verfahrens betroffen.

Mit Blick auf die Datenmeldung und Datenerhebung sind insgesamt vier Akteure zu nennen, für die eine Umstellung des Zuweisungsverfahrens relevante Anpassungen im Vergleich zum aktuellen Verfahren mit sich bringt. Neben den Krankenkassen, die zukünftig im Rahmen der SA100 Informationen über das Einschreibeland und die dem Land zugehörigen Versichertentage melden sollen, ist als primärer Datenlieferant zukünftig auch die DVKA mit der Erhebung und Meldung der SA150 betraut. Der GKV-SV als Sammelstelle und erste Plausibilisierungsinstanz der Datenmeldungen der Krankenkassen ist unter Umständen von einem erhöhten Verwaltungsaufwand ebenso betroffen wie das BVA als Endnutzer der Satzarten.

Das Berechnungs- und Bescheidungsverfahren wird ausschließlich durch das BVA verantwortet, so dass für diesen Bereich auch nur ein betroffener Akteur infrage kommt.

Die Prüfung der Datengrundlagen selbst findet im Wesentlichen im Zusammenspiel zwischen Krankenkassen und Prüfdiensten statt. Beide Akteure sind also mit Blick auf einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand zu bewerten. Da außerdem im Nachgang zur eigentlichen Vor-Ort-Prüfung durch das BVA eine Berechnung von Korrekturbeträgen auf Basis der festgestellten Fehlerquoten erfolgt, ist wiederum das BVA als betroffener Akteur zu nennen.

Insgesamt müssen also die Krankenkassen, die DVKA, der GKV-Spitzenverband, das BVA sowie die Prüfdienste mit Blick auf den zusätzlich zu erwartenden Umsetzungsaufwand zur

Abschätzung von Verwaltungsaufwänden befragt werden, soweit sich klar definierte Prozessschritte mit erwartbarem Mehraufwand für den jeweiligen Akteur definieren lassen.

9.6.2 Identifikation der Verwaltungsprozesse

Im folgenden Kapitel werden zunächst die hinsichtlich der genannten Bereiche wesentlichen Prozessschritte dargestellt. Tabelle 9.40 zeigt die hinsichtlich der Umsetzung zu erwartenden einmaligen initialen Umsetzungsaufwände.

Tabelle 9.40: Prozesse für die initiale Umsetzung von Modell 3

Akteur	Prozess
Krankenkassen	Anpassung der SA100 (Programmieraufwand)
DVKA	Programmierung der SA150 (Programmieraufwand)
GKV-SV	Annahme und Plausibilisierung der neuen SA100 (Programmieraufwand)
BVA	Anpassung der Bestimmung der Datenmeldung für die zusätzlichen Meldeinformationen in der SA100
BVA	Anpassung der Bestimmung der Datenmeldung für die neue SA150
BVA	Einrichtung der Importroutinen für die neue SA100
BVA	Einrichtung der Importroutinen für die neue SA150
BVA	Anpassung der Verfahrensbestimmung
BVA	Anpassung der Plausibilisierungsprüfungen auf Grund der zusätzlichen Meldeinformationen in der SA100 (Programmieraufwand)
BVA	Einrichtung von Plausibilisierungsprüfungen der SA150 (Programmieraufwand)
BVA	Erstellung der Modelle zur Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen (Programmieraufwand)
BVA	Zuordnung der Auslandsversicherten zu einem Einschreibeband (Programmieraufwand)
BVA	Anpassung des Prozesses zur Erstellung der Bescheide und der

	Bescheide für Zuweisungen (Programmieraufwand)
BVA	Berücksichtigung möglicherweise auftretender Fehler aus neuen zu prüfenden Merkmalen bei der Ermittlung von Korrekturbeträgen der Versichertenzeitenprüfung (Programmieraufwand)
BVA	Anpassung des Forderungs- und Verpflichtungstableaus

Quelle: Eigene Darstellung.

Diese umfassen für den Bereich Datenmeldung und Datenerhebung bei den Krankenkassen, der DVKA, dem GKV-SV und dem BVA die zu erwartenden Programmieraufwände auf Grund der einmalig notwendigen technischen Anpassung der Meldeprozesse. Für das BVA sind zusätzlich die Prozesse zur Schaffung der notwendigen technischen Voraussetzungen für die Durchführung des Berechnungs- und Bescheidungsverfahrens für die Zuweisungen für Auslandsversicherte zu nennen. Auch mit Blick auf die Berechnung von Korrekturbeträgen, die sich aus dem Prüfverfahren der neu zu meldenden Merkmale ergeben, sind Programmieraufwände zu erwarten.

Für die Abschätzung des Verwaltungsaufwandes bei einer regelhaften Durchführung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte unter Bedingungen des Modell 3 sind die in Tabelle 9.41 dargestellten Prozesse zu bewerten.

Tabelle 9.41: Zusätzliche Prozesse für die regelhafte Durchführung des Zuweisungsverfahrens

Akteur	Prozess
Krankenkasse	Erhebung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen SA100
Krankenkasse	Vorbereitung und Betreuung der Prüfung des Merkmals „Einschreibeland“ und des Merkmals „Versichertentage je Einschreibeland“ im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung gemäß § 42 RSAV
Krankenkasse	Erhebung und Qualitätssicherung des Merkmals „Einschreibeland“
DVKA	Erhebung und Qualitätssicherung der SA150

GKV-SV	Annahme und Plausibilisierung der neuen SA100
BVA	Bestimmung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen SA100
BVA	Plausibilisierungsprüfungen der SA150
BVA	Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen
BVA	Zuordnung der Auslandsversicherten zu einem Einschreibeland
BVA	Erstellung der Bescheide für Zuweisungen für Auslandsversicherte
BVA	Berücksichtigung möglicherweise auftretender Fehler aus neuen zu prüfenden Merkmalen bei der Ermittlung von Korrekturbeträgen der Versichertenzeitenprüfung
Prüfdienste	Prüfung der durch die Krankenkassen neu gemeldeten Informationen in der SA100

Quelle: Eigene Darstellung.

Die regelhaft anfallenden Prozesse sind in erster Linie bei der Erhebung, Qualitätssicherung, Plausibilisierung, Annahme und Weiterverarbeitung der notwendigen Datenmeldungen zu verorten. Weiterhin ist auch die Durchführung des Berechnungs- und Bescheidungsverfahrens der Zuweisungen beim BVA ein regelhaft stattfindender Prozess. Für die Prüfung der Datenmeldungen fallen insbesondere die Prüfung der neu zu meldenden Merkmale bei Krankenkassen und Prüfdiensten an.

Bei einer ersten Bewertung der aufgeführten Prozessschritte wird allerdings deutlich, dass einige der genannten Vorgänge trotz einer inhaltlichen Ergänzung der bestehenden Tätigkeiten keinen Mehraufwand erwarten lässt. Für die Krankenkassen ist davon auszugehen, dass sie schon heute das neu zu meldende Merkmal „Einschreibeland“ sowie die dazu erfassten Versichertentage von ihren Versicherten mit Wohnsitz im Ausland erheben müssen und die Richtigkeit der vorgehaltenen Informationen über das Einschreibeland regelhaft überprüfen.

Daher ist allein aus der Tatsache, dass dieses Merkmal zukünftig Relevanz für das Zuweisungsverfahren entfaltet kein zusätzlicher Aufwand für diesen Prozessschritt zu erwarten. Er wird daher im Weiteren nicht eigenständig erhoben.

Mit Blick auf die Prüftätigkeit der Prüfdienste ist ebenfalls nicht von einem Mehraufwand durch das hinzutreten des Merkmals „Einschreibeland“ sowie die damit verbundene Betrachtung von Versichertentagen verbunden. Da bereits im aktuellen Verfahren im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung die Voraussetzungen für die regelkonforme Meldung von Auslandsversichertentagen geprüft werden, ist davon auszugehen, dass die zusätzliche Prüfung des Merkmals „Einschreibeland“ keine über das aktuelle Handeln hinausgehenden Aufwand der Prüfdienste erfordert. Daher werden insgesamt durch die Umsetzung des Modell 3 für die Prüfdienste keine Mehraufwände erwartet.

9.6.3 Initialer Umsetzungsaufwand des Verfahrens

Auf Basis der in Kapitel 9.6.2 identifizierten Prozesse wurden die beteiligten Akteure hinsichtlich der zu erwartenden Aufwände befragt. Die Befragung erfolgte getrennt nach Prozessen, die einen einmaligen, initialen Umsetzungsaufwand für das vorgeschlagene Zuweisungsverfahren für Auslandsversicherte erfordern, und solchen, die eine regelhaften Durchführungsaufwand des Verfahrens abbilden.

Zur Ermittlung der kassenseitigen Aufwände wurden stichprobenhaft drei Krankenkassen befragt. Diese wurden so ausgewählt, dass unterschiedliche Kassenstrukturen und Kassenarten abgebildet wurden, um den Einfluss der reinen Anzahl an Auslandsversicherten auf den Umsetzungs- und Durchführungsaufwand abzuschätzen. Es wurden sowohl Körperschaften mit einer hohen Anzahl von Auslandsversicherten als auch solche mit einer moderaten Anzahl befragt. Leider war es nicht möglich, Krankenkassen mit einer sehr geringen Anzahl an Auslandsversicherten zu befragen.

9.6.3.1 Initialer Umsetzungsaufwand für Krankenkassen

Als einmaliger Umsetzungsaufwand für die Krankenkassen wurde im durch die Gutachter vorgeschlagenen Modell 3 die Anpassung der SA100 identifiziert. Diese soll um die Meldung des Einschreibelandes ergänzt werden. Analog wäre auch die SA110 anzupassen.

Die angefragten Krankenkassen melden dabei mehrheitlich zurück, dass Anpassungen an den zu meldenden Satzarten nicht durch sie selbst, sondern durch den Anbieter der Bestandsführungssysteme durchgeführt werden. Da solche Anpassungen im Rahmen der üblichen Wartungsverträge abgedeckt sind, entstehen ihnen dadurch keine zusätzlichen Kosten. Zudem wird angemerkt, dass die grundsätzlichen Vorarbeiten im Hinblick auf die Datensektion bereits durch die Programmierung der SA149 geleistet wurden. Insgesamt ist für den Umsetzungsaufwand der Krankenkassen also kein zusätzlicher Aufwand anzusetzen.

9.6.3.2 Initialer Umsetzungsaufwand für die DVKA

In der SA150 sollen durch die SA150 zukünftig die Rechnungssummen der Einschreibeländer gemeldet werden. Die pauschalen Aufwände sollen bereits in der Meldung um die jeweiligen Anteile der Pauschalen für Pflegekosten bereinigt werden, so dass nur die für die Krankenkassen anfallenden Nettobeträge in die landesspezifischen Rechnungssummen einfließen. Dafür fällt ein einmaliger Umsetzungsaufwand an, der sich aus der entsprechenden Bereinigung der SA150 Datenmeldung auf Seiten der DVKA ergibt. Die DVKA schätzt den initialen Umsetzungsaufwand auf 15.000 bis 20.000 €.

9.6.3.3 Initialer Umsetzungsaufwand für den GKV-Spitzenverband

Für den GKV-SV wurde als einmaliger Umsetzungsaufwand die Schaffung der technischen Voraussetzungen für die Annahme der erweiterten SA100 und SA110 seiner Mitglieds-kassen sowie die fachliche Erarbeitung und Implementierung von Plausibilitätsprüfungen dieser Datenmeldung identifiziert.

Die Meldung des letzten bekannten Einschreibelandes in der SA100 und SA110 führt nach Auskunft des Spitzenverbandes zu Mehraufwänden für die Umsetzung in Lade- und Entladestrecke und der damit verbundenen Testdatenerstellung und Testdurchführung von 5.000 €.

Zur Erarbeitung und Implementierung der Konzepte für Plausibilisierungsprüfungen der SA100 und SA110 wird mit einem Aufwand von 12 bis 15 Personentagen auf Fachreferentenebene gerechnet. Als Lohnaufwand ist im Rahmen der Lohnkostentabelle Verwaltung des Statistischen Bundesamtes für den Zweig Sozialversicherung im höheren Dienst mit einem Lohnaufwand von 66,00 € pro Stunde zu kalkulieren²⁶, wodurch sich für die Erarbeitung und Implementierung der Plausibilitätsprüfungen unter der Annahme einer Arbeitszeit von 8 Stunden pro Personentag ein einmaliger Aufwand von 6.144 bis 7.680 € ergibt. Insgesamt ist also von einmaligen Umsetzungsaufwänden zur Implementierung des vorgeschlagenen Modells 3 von ca. 11.100 bis 12.700 € für den GKV-SV auszugehen.

Der GKV-SV weist darauf hin, dass diese einmaligen Umsetzungsaufwände im Falle einer Beibehaltung der SA149 als Meldeweg für die Informationen zu den Einschreibeländern und Einschreibetagen der Auslandsversicherten entfallen würden, da für diese SA im Rahmen der Sondererhebung der zusätzlichen Informationen zu Auslandsversicherten gemäß § 269 Abs. 3c SGB V bereits die entsprechenden technischen und fachlichen Vorarbeiten geleistet wurden.

9.6.3.4 Initialer Umsetzungsaufwand für das Bundesversicherungsamt

Für das BVA als durchführende Behörde bringt die Anpassung des Ausgleichsverfahrens für Auslandsversicherte eine Reihe von einmaligen Umsetzungsaufwänden mit sich. Diese gliedern sich hinsichtlich der neu zu meldenden Informationen in Aufwände für die Schaffung der technischen Voraussetzungen für deren Verarbeitung, die inhaltliche Bestimmung der zu meldenden Informationen sowie die fachliche Plausibilisierung der gemeldeten Daten.

Zum einen ist für die um die Informationen zum Einschreibeland und Einschreibetagen je Einschreibeland ergänzte SA100 sowie die SA110 eine fachliche Bestimmung zu erstellen, die Umfang und Inhalt der zu liefernden Informationen definiert. Weiterhin sind die Importroutinen umzustellen und Plausibilisierungsprüfungen zu definieren und technisch zu implementieren. Als Zeitbedarf sind dafür nach Auskunft des BVA insgesamt sechs Personentage anzusetzen. Für den Lohnaufwand sind sowohl Aufwände für den gehobenen als für den höheren

²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018).

Dienst zu erwarten, die in einem Verhältnis von 70% für den gehobenen Dienst und 30% für den höheren Dienst erwartet werden. Für dieses Verhältnis ergibt sich in Verbindung mit den durchschnittlichen Lohnaufwänden für Verwaltungseinheiten auf Bundesebene für den gehobenen Dienst (43,40 € pro Stunde) und höheren Dienst (65,40 € pro Stunde)²⁷ ein einmaliger Umsetzungsaufwand von 2.400 €.

Zum anderen sind auch für die neu zu liefernde SA150 und die darin enthaltenen Informationen eine fachliche Bestimmung zu erstellen, Importroutinen zu schaffen und Plausibilisierungsprüfungen zu erstellen. Das BVA schätzt den dafür notwendigen Zeitbedarf auf insgesamt 14 Personentage, die ebenfalls anteilig sowohl das Qualifikationsniveau des gehobenen Dienstes als auch des höheren Dienstes erfordern, hier im Verhältnis von 65% zu 35%. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Stundensätze für Verwaltungseinrichtungen des Bundes ist hier insgesamt mit einem Umsetzungsaufwand von 5.723,20 € zu rechnen.

Hinsichtlich des geänderten Verfahrens entstehen beim BVA ferner einmalige Umsetzungsaufwände im Hinblick auf die Schaffung der technischen Voraussetzungen zur Zuordnung von Auslandsversicherten und zur Berechnung landesspezifischer Zuweisungen. Darunter sind zum einen Programmieraufwände für die Zuordnung der Auslandsversicherten zu einem Einschreibeland, zum anderen Programmierungen zur Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen zu kalkulieren. Insgesamt sind hier sechs Personentage im gehobenen Dienst anzusetzen, woraus sich ein Umsetzungsaufwand von 2.083,20 € ergibt.

Darüber hinaus sind einmalige Umsetzungsaufwände im Hinblick auf die Umstellung des Verfahrens zur Erstellung von GLBen sowie die Durchführung der Prüfung der neu zu meldenden Informationen zu erwarten. Die Umstellung des Bescheidungsverfahrens beinhaltet sowohl Programmieraufwände als auch inhaltliche und juristische Prüfungen und wird unter Berücksichtigung einer anteiligen Umsetzung von Mitarbeitern mit Qualifikationsniveaus im gehobenen und höheren Dienst (im Verhältnis von 70% zu 30%) und einem Zeitbedarf von insgesamt 7 Personentagen auf einen Umsetzungsaufwand von 2.800 € geschätzt. Die Anpassung der Berechnungsverfahren der Versichertenzeitenprüfung wird auf einen Umsetzungsaufwand von 347,20 € geschätzt. Auch eine Anpassung des durch das BVA erstellten Vordrucks für die Krankenkassen zur Einschätzung von Forderungen und Verpflichtungen für

²⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018).

die Jahresrechnung ist bei einer Anpassung des Ausgleichsverfahrens für Auslandsversicherte notwendig. Die Umsetzungsaufwände sind hier auf 2.616 € geschätzt worden.

9.6.4 Regelhafter Umsetzungsaufwand des Verfahrens

Auch zu den identifizierten Prozessen zur regelhaften Durchführung des empfohlenen Verfahrens wurden die beteiligten Akteure zur Aufwandsschätzung befragt. Im Rahmen einer inhaltlichen Bewertung der zu bewertenden Prozesse wurde allerdings festgestellt, dass die für die Krankenkassen notwendige Erhebung und Qualitätssicherung des Merkmals „Einschreibeland“ auch ohne die Umstellung des Ausgleichsverfahrens für Auslandsversicherte zwingend vorgenommen werden muss. Daher handelt es sich bei den Aufwänden für diesen Prozessschritt um Sowieso-Aufwände, die nicht in die Kalkulation einbezogen werden müssen²⁸ und daher auch nicht abgefragt werden. Als Sowieso-Aufwand wird auch die Prüfung der durch die Krankenkassen neu zu meldenden Informationen in der SA100 und SA110, namentlich das Merkmal „Einschreibeland“, bewertet, da bereits im aktuellen Verfahren im Rahmen der Prüfung der Versichertenzeiten von Auslandsversicherten die Einschreibevoraussetzungen und damit der Wohnort überprüft werden muss. Daher wird auch hier kein zusätzlicher Aufwand für diesen Prozessschritt erwartet.

9.6.4.1 Regelhafter Umsetzungsaufwand für Krankenkassen

Als laufender Durchführungsaufwand für die Krankenkassen sind bei der regelhaften Durchführung des vorgeschlagenen Verfahrens zwei Prozessschritte zu bewerten. Zum einen sind für die Erhebung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen SA100 zusätzliche Aufwände zu erwarten, weil durch die Meldung des neuen Merkmals Einschreibeland weitere Informationen erhoben und plausibilisiert werden müssen.

Mehrheitlich gehen die befragten Krankenkassen hierzu von einem Mehraufwand mit einem Zeitbedarf von 15 bis 30 Minuten für einen Mitarbeiter im gehobenen Dienst aus. In einem Einzelfall wird aber von einem deutlich höheren Zeitbedarf von bis zu zwei zusätzlichen Per-

²⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018), S. 17.

sonentagen ausgegangen. Diese deutliche Divergenz in der Aufwandsschätzung lässt sich nicht auf die unterschiedliche Anzahl an Auslandsversicherten zurückführen, sondern stützt sich auf die unterschiedliche Organisation von Arbeits- und Controllingprozessen zwischen den befragten Krankenkassen. Der genannte deutlich höhere Mehraufwand ist aber nicht repräsentativ für den zu erwartenden Durchführungsaufwand dieses Prozessschritts und ist für eine idealtypische Durchführung des Prozesses und die Erfüllung der an die Krankenkassen gestellten Meldeaufgaben nicht notwendig. Da das Standardkostenmodell nur eine idealtypische Erfüllung der bewerteten Prozesse in die Aufwandsberechnung einbezieht²⁹, werden die deutlich erhöhten zusätzlichen Aufwände der Krankenkasse nicht für die Bestimmung des Durchführungsaufwands herangezogen.

Für die Gesamtkalkulation des Durchführungsaufwandes wird von einem mittleren zusätzlichen Durchführungsaufwand von 30 Minuten ausgegangen. Bei einem angenommenen Lohnaufwand von 45,50 € pro Stunde für den gehobenen Dienst in der Sozialversicherung³⁰, sind damit Durchführungsaufwände von 22,75 € pro Krankenkasse anzusetzen, die jährlich anfallen. Es nehmen 108 Krankenkassen am Risikostrukturausgleich teil, so dass der jährliche Durchführungsaufwand der Krankenkassen für die Erhebung und Plausibilisierung der Datenmeldung der zusätzlichen Informationen der SA100 und SA110 bei insgesamt ca. 2.500 € liegt.

Als weiterer Prozessschritt wurden die Mehraufwände für die Vorbereitung und Betreuung der Prüfung dieser Merkmale im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung gemäß § 42 RSAV erfragt. Auch hier divergieren die Einschätzungen zwischen den befragten Krankenkassen deutlich, ohne dass ein Zusammenhang zur Anzahl an Auslandsversicherten zu erkennen ist. Während einerseits argumentiert wird, dass keine Mehraufwände zu erwarten sind, weil die Einschreibung eines Auslandsversicherten bereits im aktuellen Verfahren geprüft wird, werden andererseits moderate Mehraufwände mit einem Zeitbedarf von ca. 30 Minuten pro Durchführungsturnus der Prüfung angenommen. Deutlich höhere Zeitbedarfe wurden ebenfalls vorgebracht, sind aber im Kontext der betrachteten Prozesse aus den oben genannten Gründen nicht in eine normale Bewertung der Prozessaufwände aufzunehmen. Bei einem moderaten Zeitaufwand von 30 Minuten pro Durchführung einer Versichertenzeiten-

²⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2006), S. 16f.

³⁰ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018).

prüfung und einem Lohnaufwand im gehobenen Dienst von 45,50 € pro Stunde sind demnach durchschnittliche Aufwände von 22,75 € pro Krankenkasse anzusetzen. Da die Durchführung der Versichertenzeitenprüfung alle zwei Jahre ansteht, sind demnach die durchschnittlichen Aufwände pro Krankenkasse bei der Ermittlung jährlicher Aufwände hälftig anzusetzen, so dass insgesamt bei 108 betroffenen Krankenkassen von einem jährlichen Durchführungsaufwand von ca. 1.200 € auszugehen ist.

9.6.4.2 Regelhafter Umsetzungsaufwand für die DVKA

In der SA150 sollen zukünftig die Rechnungssummen der einzelnen Einschreibeländer gemeldet werden. Für die regelhafte Erhebung und Meldung der SA150 hat die DVKA keinen zusätzlichen Durchführungsaufwand zurückgemeldet.

9.6.4.3 Regelhafter Umsetzungsaufwand für den GKV-Spitzenverband

Grundsätzlich kann kein zusätzlicher Durchführungsaufwand für die Annahme und Plausibilisierung der neuen SA100 durch den GKV-SV beziffert werden, da etwaige Mehraufwände von Auffälligkeiten in den Datenmeldungen und der jeweils konkreten Unplausibilität in den neu gemeldeten Merkmalen abhängen. Insgesamt wird daher zunächst nicht von zusätzlichem Durchführungsaufwand für den GKV-Spitzenverband bei der Anwendung des hier vorgeschlagenen Modells 3 ausgegangen.

Der GKV-SV macht allerdings darauf aufmerksam, dass bei einer etwaigen Änderung der bisher berücksichtigten Einschreibeländer auch ein neuerlicher Umsetzungsaufwand bei der Adaption der Plausibilisierungs- und Prüfprozesse der SA100 und SA110 anfällt. Dieser würde bei einer Verwendung der bestehenden SA149 in dieser Form nicht anfallen.

9.6.4.4 Regelhafter Umsetzungsaufwand für das Bundesversicherungsamt

Dem BVA obliegt die regelhafte Durchführung des Zuweisungsverfahrens, wofür insbesondere Aufwände für die Zuordnung der Auslandsversicherten zum Einschreibeland, für die Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen sowie die Erstellung der GLBn zusätzliche Auf-

wände im Vergleich zum aktuellen Verfahren anfallen. Nach Schätzungen des BVA liegt der Zeitbedarf für alle genannten Prozessschritte im Jahr bei insgesamt zehn Personentagen, die anteilig im Verhältnis 40 zu 60 durch Mitarbeiter mit dem Qualifikationsniveau höherer Dienst bzw. gehobener Dienst erbracht werden müssten. Der jährliche Durchführungsaufwand des BVA wird demzufolge auf insgesamt 4.176 € geschätzt.

Für die jährliche Anpassung des Forderungs- und Verpflichtungstableaus sind zudem regelmäßige zusätzliche Durchführungsaufwände in Höhe von 1.046,40 € zu erwarten.

9.6.5 Ermittlung des Verwaltungsaufwandes und Diskussion der Ergebnisse (inkl. „Nutzenschwelle“)

Nach Auskunft der befragten Akteure sind einmalige Umsetzungsaufwände in Höhe der in Tabelle 9.42 dargestellten Beträge für die Implementierung des Modell 3 zu erwarten, die auf 100 € gerundet wurden, um Scheingenauigkeiten zu vermeiden. In Summe belaufen sich die Umsetzungsaufwände auf eine Höhe von maximal 48.600 €.

Tabelle 9.42: Geschätzte einmalige Umsetzungsaufwände der beteiligten Akteure

Akteur	Prozess	Geschätzter einmaliger Umsetzungsaufwand
Krankenkasse	Anpassung der SA100 (Programmieraufwand)	Kein zusätzlicher Umsetzungsaufwand
DVKA	Programmierung der SA150 (Programmieraufwand)	15.000 bis 20.000 €
GKV-SV	Annahme und Plausibilisierung der neuen SA100 (Programmieraufwand)	Bis zu 12.700 €
BVA	Anpassung der Bestimmung der Datenmeldung für die zusätzlichen Meldeinformationen in der SA100	2.400 €
BVA	Einrichtung der Importroutinen für die neue SA100	
BVA	Anpassung der Plausibilisierungsprüfungen auf Grund der zusätzlichen Meldeinformationen in der SA100 (Programmieraufwand)	
BVA	Anpassung der Bestimmung der Datenmeldung für die neue SA150	5.700 €
BVA	Einrichtung der Importroutinen für die neue SA150	

BVA	Einrichtung von Plausibilisierungsprüfungen der SA150 (Programmieraufwand)	
BVA	Anpassung der Verfahrensbestimmung	Nicht bewertet
BVA	Zuordnung der Auslandsversicherten zu einem Einschreibeland (Programmieraufwand)	2.100 €
BVA	Erstellung der Modelle zur Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen (Programmieraufwand)	
BVA	Anpassung des Prozesses zur Erstellung der Bescheide und der Bescheide für Zuweisungen (Programmieraufwand)	2.800 €
BVA	Berücksichtigung möglicherweise auftretender Fehler aus neuen zu prüfenden Merkmalen bei der Ermittlung von Korrekturbeträgen der Versichertenzeitenprüfung (Programmieraufwand)	300 €
BVA	Anpassung des Forderungs- und Verpflichtungstableaus	2.600 €

Quelle: Eigene Darstellung.

Die regelhaft erwarteten Aufwände für die Durchführung des neuen Ausgleichsverfahrens für Auslandsversicherte finden sich in Tabelle 9.43. Die geschätzten Aufwände wurden auf 100 € gerundet. Insgesamt sind durch die Umstellung des Ausgleichsverfahrens für Auslandsversicherte zusätzliche Aufwände von 8.900 € pro Jahr zu erwarten.

Tabelle 9.43: Geschätzte regelhafte Durchführungsaufwände der beteiligten Akteure

Akteur	Prozess	Geschätzter jährlicher Durchführungsaufwand
Krankenkassen	Erhebung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen SA100	2.500 €
Krankenkassen	Vorbereitung und Betreuung der Prüfung des Merkmals „Einschreibeland“ und des Merkmals „Versichertentage je Einschreibeland“ im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung gemäß § 42 RSAV	1.200 €
Krankenkassen	Erhebung und Qualitätssicherung des Merkmals „Einschreibeland“	Kein zusätzlicher Aufwand
DVKA	Erhebung und Qualitätssicherung der SA150	Kein zusätzlicher Aufwand
GKV-SV	Annahme und Plausibilisierung der neuen SA100	Kein zusätzlicher Aufwand

BVA	Bestimmung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen SA100	4.200 €
BVA	Plausibilisierungsprüfungen der SA150	
BVA	Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen	
BVA	Zuordnung der Auslandsversicherten zu einem Einschreibeland	
BVA	Erstellung der Bescheide für Zuweisungen für Auslandsversicherte	
BVA	Berücksichtigung möglicherweise auftretender Fehler aus neuen zu prüfenden Merkmalen bei der Ermittlung von Korrekturbeträgen der Versichertenzeitenprüfung	1.000 €
BVA	Berechnung des Forderungs- und Verpflichtungstableaus	
Prüfdienste	Prüfung der durch die Krankenkassen neu gemeldeten Informationen in der SA100	Kein zusätzlicher Aufwand

Quelle: Eigene Darstellung.

Die angegebenen Schätzungen der befragten Akteure sind im Hinblick auf die in den Prozessen enthaltenen zu erfüllenden Aufgaben sowohl für den initialen Umsetzungsaufwand als auch mit Blick auf den regelhaften Durchführungsaufwand plausibel. Initiale Umsetzungsaufwände sind gemäß den abgegebenen Einschätzungen für den GKV-SV, die DVKA und das BVA anzunehmen. Für keinen der beteiligten Akteure ist bei einer Umstellung des Zuweisungsverfahrens von Einsparungen bei den Verwaltungsaufwänden auszugehen. Die geschätzten Umsetzungs- und Durchführungsaufwände bewegen sich angesichts der üblicherweise auftretenden Aufwände bei Reform oder Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in erwartbarer Höhe.

Gemessen an den im Rahmen des Risikostrukturausgleichs regelhaft anfallenden Aufwänden sind die ermittelten regelhaften Mehraufwände für die Krankenkassen zumutbar. Mit Blick auf die Krankenkassen ist nicht von Beeinträchtigung der Akzeptanz des Verfahrens auf Grund zu hoher Umsetzungs- oder Durchführungsaufwände auszugehen. Der regelhafte zusätzliche Durchführungsaufwand des BVA entspricht in Umfang und Art der Tätigkeiten den üblichen Erfüllungsaufgaben bei der Durchführung des Ausgleichsverfahrens. Er wurde mit insgesamt 5.200 € beziffert. Im Vergleich zu den erwartbaren Mehraufwänden durch die im

GKV-FKG skizzierte grundlegende Reform des Risikostrukturausgleichs, die einen regelhaften jährlichen Erfüllungsmehraufwand von ca. 500.000 € für das BVA ausweisen³¹, sind die für die Anpassung des Zuweisungsverfahrens für Auslandsversicherte zu erwartenden Mehraufwände angemessen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die hier ausgewiesenen Verwaltungsaufwände für die beteiligten Akteure unverhältnismäßig hoch sind.

Der Zuweisungsanteil für Auslandsversicherte ist, gemessen am Gesamtverfahren, insgesamt nur gering (ca. 0,33% im Jahresausgleich 2018), die in diesem Gutachten nachgewiesenen deutlichen Unterschiede in den regionalen Deckungsquoten und die erheblichen Fehldeckungen einzelner Krankenkassen lassen allerdings durch die Umstellung des Zuweisungsverfahrens auf das empfohlene Modell 3 im Verhältnis zum Zuweisungsanteil erhebliche Zugewinne an Zielgenauigkeit sowohl auf der Versichertenebene als auch auf der Ebene der Krankenkassen erwarten.

Dieser Zugewinn an Zielgenauigkeit kann zwar im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht monetär quantifiziert werden, es wird von Seiten der Gutachter allerdings davon ausgegangen, dass ein deutlich verbessertes Modell des RSA im Bereich der Auslandsversicherten aus gesellschaftlicher Perspektive einen erheblichen Nutzen stiftet. Dies ist bereits daran erkennbar, dass der Gesetzgeber sich mit diesem Zuweisungsbereich in den letzten Jahren mehrfach befasste und ein umsetzungsreifes Modell als Ergebnis des Gutachtens erwartet, das die bereits identifizierten Verwerfungen behebt.

Da das hier empfohlene Modell 3 diesen inhaltlichen Anforderungen genügt und keine unerwartet und gerechtfertigt hohen Verwaltungsaufwände mit seiner Umsetzung einhergehen, bewerten die Gutachter das Kosten-Nutzen-Verhältnis des vorliegenden Modells als angemessen.

³¹ Vgl. Entwurf eines Gesetzes für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) (2019).

10. Ausblick und nächste Schritte

Mit diesem Folgegutachten nach § 269 Abs. 3c SGB V ist aufbauend auf dem Erstgutachten nach § 269 Abs. 3 SGB V ein Modell für eine zielgerichtete Ermittlung der Zuweisungen für Versicherte, die während des überwiegenden Teils des dem Ausgleichsjahr vorangehenden Jahres ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland hatten (sogenannte Auslandsversicherte), zur Umsetzungsreife weiterentwickelt worden. Es ist erläutert worden, welche Datengrundlagen erforderlich sind, welche Berechnungen durchzuführen sind und welche rechtlichen Regelungen bei Einführung des Modells anzupassen sind. Mit dem Modell werden je nach Einschreibeländern aktuell auftretende systematische Über- und Unterdeckungen für Auslandsversicherte vermieden. Die wegen dieser Fehldeckungen aktuell praktizierte Sonderregelung in § 269 Abs. 2 SGB V wird entbehrlich.

Es bedarf einer politischen Entscheidung, das von den Gutachtern vorgeschlagene Modell umzusetzen. Wird eine entsprechende politische Entscheidung getroffen, sind die in Abschnitt 9.5 entwickelten Umsetzungsschritte zu ergreifen.

Anhang

Anhang 1 Leitfragen Experteninterviews

Tabelle A.44: Leitfragen für ein Experteninterview zum Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3c SGB V i. V. m. § 33a Abs. 4 RSAV

1	Welches der im Erstgutachten vorgeschlagenen Modelle (Modelle 1 bis 3) würden Sie präferieren und warum?
2	Welche Weiterentwicklungsvorschläge für den Ansatz der Verwendung tatsächlicher Rechnungssummen (SA150) in Modell 3 des Erstgutachtens haben Sie?
3	Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Rahmen eines Ist-Ausgabenausgleiches? Wie könnte man diesen ausgestalten?
4	Wie häufig kommt es in etwa vor, dass der Stammversicherte bei der Buchung von Familienpauschalen nicht selbst eingeschrieben ist?
5	Ist es Ihnen möglich, die in der SA700 gebuchten Leistungsausgaben bei Auslandsversicherten nach Ländern aufzuteilen in Ausgaben der Leistungsaushilfe und solchen, die den sonstigen Leistungsausgaben im Inland zuzuordnen sind? Oder können Sie hierzu eine länderspezifische Abschätzung abgeben?
6	Decken die Kopfpauschalen im Rahmen der Leistungsaushilfe das gesamte Behandlungsgeschehen für Auslandsversicherte im jeweiligen Einschreibungsland ab?
7	Gibt es deutliche landesspezifisch unterschiedliche Zeitversätze in den auflaufenden Rechnungen? Gibt es auch Unterschiede nach spezifischen Versichertengruppen (z. B. Grenzgängern)?
8	Welche Besonderheiten gibt es für die Gruppe der Grenzgänger innerhalb der Auslandsversicherten (insbesondere aus monetärer Sicht)?
9	Wie valide sind Ihrer Ansicht nach die Daten, die Sie für das Gutachten bereitgestellt haben? Gab es bei der Erstellung der Datensätze Auffälligkeiten?
10	Negative Rechnungssummen in der SA150 für wenige kleinere Länder: Welche Ursachen liegen hier zugrunde?
11	Sehen Sie Probleme diese Daten zukünftig jährlich weiterzuleiten? Wie hoch schätzen Sie den Verwaltungsaufwand hierfür ein?
12	Wie hoch ist der aktuelle Verwaltungsaufwand, der in Ihrer Kasse mit der Verwaltung der Auslandsversicherten einhergeht? (Mitarbeiter in Vollzeitäquivalenten)
13	Sonstige Vorschläge/Anmerkungen?

Quelle: Eigene Darstellung.

Anhang 2 Zuordnungstabelle Länderkennzeichen

Tabelle A.45: Zuordnungstabelle Länderkennzeichen gemäß Bestimmung des BVA

Länderangabe	Länderkennzeichen aus Anlage 8 zum gemeinsamen Rundschreiben „Meldeverfahren zur Sozialversicherung“	ISO 3166-1 alpha-3 Code	ISO 3166-1 alpha-2 Code
Belgien	B	BEL	BE
Bosnien Herzegowina	BIH	BIH	BA
Bulgarien	BG	BGR	BG
Dänemark	DK	DNK	DK
Estland	EST	EST	EE
Finnland	FIN	FIN	FI
Frankreich	F	FRA	FR
Griechenland	GR	GRC	GR
Großbritannien	GB	GBR	GB
Irland	IRL	IRL	IE
Island	IS	ISL	IS
Italien	I	ITA	IT
Kroatien	HR	HRV	HR
Lettland	LV	LVA	LV
Liechtenstein	FL	LIE	LI
Litauen	LT	LTU	LT
Luxemburg	L	LUX	LU
Malta	M	MLT	MT
Mazedonien	MK	MKD	MK
Montenegro	MNE	MNE	ME
Niederlande	NL	NLD	NL
Nordirland	GB	GBR	GB
Norwegen	N	NOR	NO
Österreich	A	AUT	AT
Polen	PL	POL	PL
Portugal	P	PRT	PT
Rumänien	RO	ROU	RO
Schweden	S	SWE	SE
Schweiz	CH	CHE	CH
Serbien	SRB	SRB	RS
Slowakei	SK	SVK	SK
Slowenien	SLO	SVN	SI
Spanien	E	ESP	ES
Tschechische Republik	CZ	CZE	CZ
Tunesien	TN	TUN	TN
Türkei	TR	TUR	TR
Ungarn	H	HUN	HU
Zypern	CY	CYP	CY

Quelle: BVA (2017) nach § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB V in der Fassung vom 24.11.2017.

Anhang 3 Zu- und Abschläge für Auslandsversicherte

Tabelle A.46: Höhe der Zu- und Abschläge je Versichertentage für Auslandsversicherte

Risikogruppe	Bezeichnung	Zu-/Abschläge je Vers.-tag
AusAGG001	weiblich, 0 Jahre, Ausland im Vorjahr	-0,480469096505 €
AusAGG002	weiblich, 1 - 5 Jahre, Ausland im Vorjahr	-6,512348986048 €
AusAGG003	weiblich, 6 - 12 Jahre, Ausland im Vorjahr	-6,459864056293 €
AusAGG004	weiblich, 13 - 17 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,558050817213 €
AusAGG005	weiblich, 18 - 24 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,917516379129 €
AusAGG006	weiblich, 25 - 29 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,306759978892 €
AusAGG007	weiblich, 30 - 34 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,704746365015 €
AusAGG008	weiblich, 35 - 39 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,823754214126 €
AusAGG009	weiblich, 40 - 44 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,037299646177 €
AusAGG010	weiblich, 45 - 49 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,772700128015 €
AusAGG011	weiblich, 50 - 54 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,214413875710 €
AusAGG012	weiblich, 55 - 59 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,619752116385 €
AusAGG013	weiblich, 60 - 64 Jahre, Ausland im Vorjahr	-2,896983123765 €
AusAGG014	weiblich, 65 - 69 Jahre, Ausland im Vorjahr	-2,022368722745 €
AusAGG015	weiblich, 70 - 74 Jahre, Ausland im Vorjahr	-0,645761258171 €
AusAGG016	weiblich, 75 - 79 Jahre, Ausland im Vorjahr	0,834843560258 €
AusAGG017	weiblich, 80 - 84 Jahre, Ausland im Vorjahr	2,429393926692 €
AusAGG018	weiblich, 85 - 89 Jahre, Ausland im Vorjahr	3,570076211538 €
AusAGG019	weiblich, 90 - 94 Jahre, Ausland im Vorjahr	3,742727826496 €
AusAGG020	weiblich, 95+ Jahre, Ausland im Vorjahr	3,083308040649 €
AusAGG021	männlich, 0 Jahre, Ausland im Vorjahr	0,604948059815 €
AusAGG022	männlich, 1 - 5 Jahre, Ausland im Vorjahr	-6,120495586955 €
AusAGG023	männlich, 6 - 12 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,970159254370 €
AusAGG024	männlich, 13 - 17 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,985700823922 €
AusAGG025	männlich, 18 - 24 Jahre, Ausland im Vorjahr	-6,606218525416 €
AusAGG026	männlich, 25 - 29 Jahre, Ausland im Vorjahr	-6,577468322436 €
AusAGG027	männlich, 30 - 34 Jahre, Ausland im Vorjahr	-6,357771335188 €
AusAGG028	männlich, 35 - 39 Jahre, Ausland im Vorjahr	-6,037309984127 €
AusAGG029	männlich, 40 - 44 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,697198260193 €
AusAGG030	männlich, 45 - 49 Jahre, Ausland im Vorjahr	-5,179063556203 €
AusAGG031	männlich, 50 - 54 Jahre, Ausland im Vorjahr	-4,474492514688 €
AusAGG032	männlich, 55 - 59 Jahre, Ausland im Vorjahr	-3,348283172120 €
AusAGG033	männlich, 60 - 64 Jahre, Ausland im Vorjahr	-1,996339603754 €
AusAGG034	männlich, 65 - 69 Jahre, Ausland im Vorjahr	-0,606337742780 €
AusAGG035	männlich, 70 - 74 Jahre, Ausland im Vorjahr	1,170356666554 €
AusAGG036	männlich, 75 - 79 Jahre, Ausland im Vorjahr	2,802450981552 €
AusAGG037	männlich, 80 - 84 Jahre, Ausland im Vorjahr	4,210342284672 €
AusAGG038	männlich, 85 - 89 Jahre, Ausland im Vorjahr	5,283039078536 €
AusAGG039	männlich, 90 - 94 Jahre, Ausland im Vorjahr	5,283857525564 €
AusAGG040	männlich, 95+ Jahre, Ausland im Vorjahr	5,056176902952 €

Quelle: BVA (2018). Berechnungswerte für den Jahresausgleich 2017 vom 16. November 2018.

Anhang 4 Ausgaben und Forderungen der SA150

Tabelle A.47: Ausgaben und Forderungen der SA150 für Wohnortfälle im Vergleich je Land

Land	Ausgaben pauschal Wohnortfälle	Forderungen pauschal Wohnortfälle	Ausgaben tat. Wohnortfälle	Forderungen tat. Wohnortfälle	Ausgaben gesamt Wohnortfälle	Forderungen gesamt Wohnortfälle
Österreich	- 15.399 €	- €	67.747.530 €	65.167.469 €	67.732.132 €	65.167.469 €
Belgien	- 4.050 €	- €	10.643.514 €	8.487.159 €	10.639.463 €	8.487.159 €
Bulgarien	124 €	- €	49.937 €	67.582 €	50.061 €	67.582 €
Bosnien-Herz.	9.025.571 €	9.075.877 €	- €	- €	9.025.571 €	9.075.877 €
Schweiz	5.204 €	- €	10.008.623 €	11.170.477 €	10.013.827 €	11.170.477 €
Zypern	58.097 €	62.352 €	- €	- €	58.097 €	62.352 €
Tschech. Republik	3.100 €	- €	8.488.977 €	14.284.557 €	8.492.077 €	14.284.557 €
Dänemark	- €	- €	277.682 €	499.834 €	277.682 €	499.834 €
Spanien	44.584.827 €	88.187.781 €	107.718 €	161.178 €	44.692.545 €	88.348.959 €
Estland	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Frankreich	15.158 €	- €	104.892.998 €	90.036.625 €	104.908.156 €	90.036.625 €
Finnland	228.468 €	335.471 €	202.867 €	- €	431.335 €	335.471 €
Liechtenstein	- €	- €	11.568 €	- €	11.568 €	- €
Großbritannien	1.074.236 €	3.021.163 €	142 €	861 €	1.074.378 €	3.022.024 €
Griechenland	- 8.621 €	- €	175.453 €	5.182.775 €	166.832 €	5.182.775 €
Ungarn	13.097 €	- €	2.564.915 €	3.108.440 €	2.578.011 €	3.108.440 €
Kroatien	52.191 €	70.909 €	15.728.267 €	14.582.804 €	15.780.457 €	14.653.713 €

Italien	10.651.057 €	- €	13.027.492 €	13.845.410 €	23.678.549 €	13.845.410 €
Irland	118.631 €	310.149 €	- €	- €	118.631 €	310.149 €
Island	- €	- €	193 €	2.047 €	193 €	2.047 €
Luxemburg	- €	- €	2.349.934 €	2.137.047 €	2.349.934 €	2.137.047 €
Litauen	- €	- €	69.808 €	200.139 €	69.808 €	200.139 €
Lettland	185 €	- €	- €	- €	185 €	- €
Malta	33.925 €	- €	3.220 €	- €	37.145 €	- €
Mazedonien	1.288.757 €	555.003 €	- €	- €	1.288.757 €	555.003 €
Montenegro	- 547 €	- €	- €	- €	- 547 €	- €
Norwegen	186.684 €	284.694 €	896.463 €	- €	1.083.146 €	284.694 €
Niederlande	6.201.480 €	- €	15.188.752 €	14.082.060 €	21.390.232 €	14.082.060 €
Portugal	- 31.241 €	- €	377 €	342 €	- 30.863 €	342 €
Polen	13.538 €	- €	9.997.366 €	14.137.546 €	10.010.904 €	14.137.546 €
Rumänien	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Schweden	3.201.207 €	- €	32 €	1.703 €	3.201.240 €	1.703 €
Slowakei	- €	- €	1.778.503 €	1.958.773 €	1.778.503 €	1.958.773 €
Slowenien	- 6.341 €	- €	3.548.044 €	3.415.247 €	3.541.704 €	3.415.247 €
Serbien	1.499.360 €	1.288.736 €	1.946 €	- €	1.501.306 €	1.288.736 €
Türkei	33.899.279 €	33.899.412 €	- €	- €	33.899.279 €	33.899.412 €
Gesamt	112.087.977 €	137.091.546 €	267.762.321 €	262.530.077 €	379.850.298 €	399.621.623 €

Quelle: SA150 der Jahres 2017. N=112 Krankenkassen.

Anhang 5 Übersicht Abrechnungsarten nach Ländern

Tabelle A.48: Übersicht Abrechnungsarten nach Ländern

Ausländische Forderungen gewöhnliche Aufenthalte

Anspruchsbescheinigung aus Deutschland: Abrechnungsart für Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat - Mitgliedstaat ist nicht in Anhang 3 VO (EG) 987/09 eingetragen

Wohnstaat	Versicherte und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne Versicherte	Rentenanspruchsteller/in und deren Familienangehörige	Rentner/in und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne Rentner/in
Mitgliedstaat	E 106/ S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/ S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 120/ S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/ S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/ S1/ SED S072 tats. Aufw.

Anspruchsbescheinigung aus Deutschland: Abrechnungsart für Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat - Mitgliedstaat ist in Anhang 3 VO (EG) 987/09 eingetragen

Wohnstaat	Versicherte und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne Versicherte	Rentenanspruchsteller/in und deren Familienangehörige	Rentner/in und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne Rentner/in
Hinweis: Pauschale/F = Familienpauschale, Pauschale/K = Kopfpauschale					
Irland ^⑤	E 106/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/S1/ SED S072 Pauschale/K ^⑦	E 120/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K
Norwegen ^①	E 106/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/S1/ SED S072 Pauschale/K ^②	E 120/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121 /S1/ SED S072 Pauschale/K	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K
Portugal	E 106/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 120/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K
Schweden ^③	E 106/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 120/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K
Spanien ^④	E 106/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/S1/ SED S072 Pauschale/K ^⑤	E 120/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K
Vereinigtes Königreich ^⑥	E 106/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/S1/ SED S072 Pauschale/K ^⑦	E 120/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K
Zypern ^⑧	E 106/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 109/S1/ SED S072 Pauschale/K	E 120/S1/ SED S072 tats. Aufw.	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K ^③	E 121/S1/ SED S072 Pauschale/K ^③

Anspruchsbescheinigung aus Deutschland: Abrechnungsart für Leistungsaushilfe bei gewöhnlichem Aufenthalt in einem Abkommensstaat

Wohnstaat	Versicherte und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne Versicherte	Rentenantragsteller/in und deren Familienangehörige	Rentner/in und deren Familienangehörige	Familienangehörige ohne Rentner/in
Hinweis: Pauschale/F = Familienpauschale, Pauschale/K = Kopfpauschale					
Bosnien-Herzegowina	BH 6 tats. Aufw.	BH 3 a ^① Pauschale/F	BH 11/1 ^① Pauschale/F	BH 11/1 bzw. BH 11/2 ^① Pauschale/F	BH 11/1 ^① Pauschale/F
Kroatien ^②	HR/D 111 tats. Aufw.	HR/D 109 Pauschale/K ^③	HR/D 120 Pauschale/K ^③	HR/D 121 Pauschale/K ^③	HR/D 121 Pauschale/K ^③
Mazedonien	RM/D 111 tats. Aufw.	RM/D 109 Pauschale/K	RM/D 120 Pauschale/K	RM/D 121 Pauschale/K	RM/D 121 Pauschale/K
Montenegro	MNE/DE 106 tats. Aufw.	MNE/D 109 Pauschale/K ^④	MNE/D 120 Pauschale/K ^④	MNE/D 121 Pauschale/K ^④	MNE/D 121 Pauschale/K ^④
Serbien	SRB/ 106 DE tats. Aufw.	SRB 109 DE Pauschale/K ^⑤	SRB 120 DE Pauschale/K ^⑤	SRB 121 DE Pauschale/K ^⑤	SRB 121 DE Pauschale/K ^⑤
Türkei	T/A 11 / A/T 6 tats. Aufw.	T/A 9 ^① Pauschale/F	-	T/A 20 ^① Pauschale/F	T/A 9 ^① Pauschale/F
Tunesien	TN/A 11 tats. Aufw.	TN/A 9 tats. Aufw.	-	TN/A 21 tats. Aufw.	TN/A 21 tats. Aufw.

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

Anhang 6 Übersicht über landesspezifische Pflegesachkostenanteile in Kopfpauschalen

Tabelle A.49: Übersicht über landesspezifische Pflegesachkostenanteile in Kopfpauschalen

Abrechnungsjahr	Staat und jeweilige Altersklasse	Pauschbetrag	davon PV-Anteil
2014	Zypern		
	- unter 20 Jahren	21,47 EUR	
	- 20 bis 64 Jahre	21,67 EUR	
	- ab 65 Jahren	92,29 EUR	
2015	Spanien		
	- unter 20 Jahren	38,89 EUR	2,14 EUR
	- 20 bis 64 Jahre	53,47 EUR	2,69 EUR
	- ab 65 Jahren	278,17 EUR	29,58 EUR

Quelle: Rundschreiben 2017/148 der DVKA vom 21.03.2017.

2015	Finnland		
	- unter 20 Jahre	78,19 EUR	1,29 EUR
	- 20 bis 64 Jahre	127,92 EUR	8,97 EUR
	- ab 65 Jahre	384,93 EUR	134,77 EUR
2015	Niederlande		
	- unter 20 Jahre	75,14 EUR	1,98 EUR
	- 20 bis 64 Jahre	130,89 EUR	4,47 EUR
	- ab 65 Jahre	642,56 EUR	272,98 EUR

Quelle: Rundschreiben 2018/115 der DVKA vom 08.03.2018.

2015	Portugal - unter 20 Jahre - 20 bis 64 Jahre - ab 65 Jahre	54,15 EUR 46,86 EUR 105,39 EUR	
2015	Schweden - unter 20 Jahre - 20 bis 64 Jahre - ab 65 Jahre	931,22 SEK 1.340,27 SEK 3.871,81 SEK	
2015	Vereinigtes Königreich - unter 20 Jahre - 20 bis 64 Jahre - ab 65 Jahre	53,49 GBP 117,33 GBP 341,41 GBP	
2016	Schweden - unter 20 Jahre - 20 bis 64 Jahre - ab 65 Jahre	943,10 SEK 1.359,36 SEK 4.082,18 SEK	
Abrechnungs- jahr	Staat und jeweilige Altersklasse	Pauschbetrag	davon PV-Anteil
2015	Irland - unter 20 Jahre - 20 bis 64 Jahre - ab 65 Jahre	98,53 EUR 161,22 EUR 594,75 EUR	20,53 EUR 15,80 EUR 148,98 EUR
2015	Norwegen - unter 20 Jahren - 20 bis 64 Jahre - ab 65 Jahre	1.365,46 NOK 2.466,16 NOK 8.302,12 NOK	194,14 NOK (20,07 EUR ¹⁾) 495,90 NOK (51,27 EUR ¹⁾) 3.371,93 NOK (348,59 EUR ¹⁾)

Quelle: Rundschreiben 2018/475 der DVKA vom 03.09.2018.

Anhang 7 Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit mind. einem Einschreibungstag im Vorjahr

Tabelle A.50: Landesspezifische Deckungsquoten und –beiträge für Auslandsversicherte mit mind. einem und mind. 183 Einschreibungstagen im Vorjahr im Vergleich

Land	Summe Ausgaben AusAGG	Summe Ausgaben alle Auslandsvers.	Zuweisungen AusAGG	Zuweisungen alle Auslandsvers.	VT 2017 AusAGG	VT 2017 alle Auslandsvers.	Deckungsquote AusAGG	Deckungsquote alle Auslandsvers.	Deckungsbeitrag je VT AusAGG	Deckungsbeitrag je VT alle Auslandsvers.
Österreich	87.729.187 €	90.017.349 €	43.800.434 €	46.815.995 €	8.333.573	9.144.959	49,93%	52,01%	5,27 €	4,72 €
Belgien	25.318.821 €	26.605.069 €	15.028.649 €	16.118.290 €	3.708.430	4.067.691	59,36%	60,58%	2,77 €	2,58 €
Bulgarien	255.178 €	301.555 €	888.776 €	984.116 €	144.449	167.701	348,30%	326,35%	4,39 €	4,07 €
Bosnien-Herz.	10.213.783 €	10.509.527 €	25.528.268 €	26.721.905 €	3.091.375	3.367.103	249,94%	254,26%	4,95 €	4,81 €
Schweiz	17.121.473 €	17.802.937 €	7.388.002 €	8.006.163 €	1.414.051	1.582.755	43,15%	44,97%	6,88 €	6,19 €
Zypern	115.726 €	155.673 €	202.913 €	223.908 €	26.533	30.793	175,34%	143,83%	3,29 €	2,22 €
Tsch. Republik	15.350.728 €	16.504.379 €	28.965.442 €	33.639.284 €	9.696.113	11.410.480	188,69%	203,82%	1,40 €	1,50 €
Dänemark	688.662 €	768.639 €	989.690 €	1.100.010 €	171.454	196.138	143,71%	143,11%	1,76 €	1,69 €
Spanien	53.244.848 €	54.303.915 €	50.112.299 €	51.833.528 €	5.698.810	5.958.592	94,12%	95,45%	0,55 €	0,41 €
Estland	40.443 €	43.280 €	148.252 €	156.671 €	23.728	25.596	366,57%	361,99%	4,54 €	4,43 €
Frankreich	141.079.436 €	143.620.531 €	76.419.073 €	79.774.652 €	19.798.482	20.885.760	54,17%	55,55%	3,27 €	3,06 €
Finnland	477.779 €	564.571 €	380.684 €	411.393 €	50.389	56.587	79,68%	72,87%	1,93 €	2,71 €
Liechtenstein	61.389 €	66.726 €	69.338 €	76.159 €	9.318	10.344	112,95%	114,14%	0,85 €	0,91 €
Großbritannien	1.374.628 €	1.416.691 €	1.226.242 €	1.329.577 €	179.009	198.311	89,21%	93,85%	0,83 €	0,44 €
Griechenland	3.432.517 €	4.016.359 €	34.665.217 €	35.664.720 €	4.346.573	4.571.708	1009,91%	887,99%	7,19 €	6,92 €
Ungarn	9.861.675 €	11.110.645 €	16.120.146 €	18.716.561 €	3.624.183	4.388.324	163,46%	168,46%	1,73 €	1,73 €
Kroatien	18.527.912 €	18.881.074 €	38.155.673 €	39.612.419 €	4.612.022	4.897.988	205,94%	209,80%	4,26 €	4,23 €
Italien	27.623.527 €	28.015.812 €	40.718.047 €	42.127.052 €	5.168.021	5.402.275	147,40%	150,37%	2,53 €	2,61 €
Irland	279.665 €	283.864 €	451.802 €	494.401 €	61.798	67.638	161,55%	174,17%	2,79 €	3,11 €
Island	15.296 €	16.263 €	8.482 €	9.534 €	1.825	2.190	55,45%	58,62%	3,73 €	3,07 €
Luxemburg	3.175.176 €	3.356.303 €	985.346 €	1.110.154 €	187.582	226.191	31,03%	33,08%	11,67 €	9,93 €

Land	Summe Ausgaben AusAGG	Summe Ausgaben alle Auslandsvers.	Zuweisungen AusAGG	Zuweisungen alle Auslandsvers.	VT 2017 AusAGG	VT 2017 alle Auslandsvers.	Deckungsquote AusAGG	Deckungsquote alle Auslandsvers.	Deckungsbeitrag je VT AusAGG	Deckungsbeitrag je VT alle Auslandsvers.
Litauen	235.256 €	306.567 €	819.230 €	1.069.716 €	206.697	279.520	348,23%	348,93%	2,83 €	2,73 €
Lettland	27.782 €	31.648 €	208.036 €	230.071 €	41.667	49.080	748,82%	726,97%	4,33 €	4,04 €
Malta	80.997 €	84.916 €	201.873 €	218.480 €	26.690	29.859	249,24%	257,29%	4,53 €	4,47 €
Mazedonien	1.659.366 €	1.729.885 €	6.978.783 €	7.255.149 €	854.667	923.328	420,57%	419,40%	6,22 €	5,98 €
Montenegro	40.366 €	40.869 €	726.003 €	753.696 €	85.718	89.003	1798,57%	1844,17%	8,00 €	8,01 €
Norwegen	1.155.207 €	1.163.824 €	286.231 €	316.218 €	38.962	45.930	24,78%	27,17%	- 22,30 €	- 18,45 €
Niederlande	32.968.064 €	34.004.441 €	19.092.859 €	20.430.258 €	4.611.992	5.032.517	57,91%	60,08%	- 3,01 €	- 2,70 €
Portugal	628.565 €	707.061 €	11.889.109 €	12.221.330 €	1.400.778	1.453.677	1891,47%	1728,47%	8,04 €	7,92 €
Polen	24.452.149 €	28.313.139 €	53.869.156 €	65.665.712 €	18.259.252	22.600.154	220,30%	231,93%	1,61 €	1,65 €
Rumänien	632.730 €	828.568 €	2.132.900 €	2.672.781 €	476.953	645.917	337,10%	322,58%	3,15 €	2,86 €
Schweden	3.838.643 €	3.995.781 €	2.214.880 €	2.389.422 €	306.519	337.522	57,70%	59,80%	- 5,30 €	- 4,76 €
Slowakei	3.867.413 €	4.196.150 €	5.496.144 €	6.478.596 €	1.805.484	2.169.390	142,11%	154,39%	0,90 €	1,05 €
Slowenien	4.296.581 €	4.433.425 €	4.711.425 €	4.995.238 €	652.289	722.393	109,66%	112,67%	0,64 €	0,78 €
Serbien	2.153.727 €	2.247.458 €	16.758.354 €	17.513.391 €	1.972.116	2.094.152	778,11%	779,25%	7,41 €	7,29 €
Tunesien	402.009 €	460.327 €	1.967.656 €	2.080.519 €	363.008	389.033	489,46%	451,97%	4,31 €	4,16 €
Türkei	40.184.058 €	42.274.760 €	86.694.977 €	91.108.928 €	11.802.816	12.622.667	215,74%	215,52%	3,94 €	3,87 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Anhang 8 Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit mind. einem Einschreibungstag im Folgejahr (zeitgleich)

Tabelle A.51: Landesspezifische Deckungsquoten und –beiträge für Auslandsversicherte mit mind. einem Einschreibungstag im Folgejahr und mind. 183 im Vorjahr im Vergleich

Land	Summe Aus- gaben AusAGG	Summe Ausgaben alle Auslandsvers. aus 2017	Zuweisungen AusAGG	Zuweisungen alle Auslandsvers. aus 2017	VT 2017 AusAGG	VT 2017 alle Auslandsvers. aus 2017	Deckungsquote AusAGG	Deckungsquote Auslandsvers. aus 2017	Deckungsbeitrag je VT AusAGG	Deckungsbeitrag je VT alle Auslands- vers. aus 2017
Österreich	87.729.187 €	91.010.661 €	43.800.434 €	50.723.095 €	8.333.573	10.006.404	49,93%	55,73%	-5,27 €	-4,03 €
Belgien	25.318.821 €	26.484.564 €	15.028.649 €	17.097.478 €	3.708.430	4.337.086	59,36%	64,56%	-2,77 €	-2,16 €
Bulgarien	255.178 €	517.660 €	888.776 €	1.269.741 €	144.449	228.782	348,30%	245,28%	4,39 €	3,29 €
Bosnien-Herz.	10.213.783 €	10.590.017 €	25.528.268 €	35.285.345 €	3.091.375	3.719.791	249,94%	333,19%	4,95 €	6,64 €
Schweiz	17.121.473 €	18.356.390 €	7.388.002 €	8.536.758 €	1.414.051	1.728.583	43,15%	46,51%	-6,88 €	-5,68 €
Zypern	115.726 €	126.820 €	202.913 €	236.692 €	26.533	34.613	175,34%	186,64%	3,29 €	3,17 €
Tsch. Republik	15.350.728 €	17.995.703 €	28.965.442 €	39.650.634 €	9.696.113	13.343.060	188,69%	220,33%	1,40 €	1,62 €
Dänemark	688.662 €	814.456 €	989.690 €	1.278.957 €	171.454	232.258	143,71%	157,03%	1,76 €	2,00 €
Spanien	53.244.848 €	54.053.950 €	50.112.299 €	54.415.576 €	5.698.810	6.238.305	94,12%	100,67%	-0,55 €	0,06 €
Estland	40.443 €	56.496 €	148.252 €	172.709 €	23.728	29.715	366,57%	305,70%	4,54 €	3,91 €
Frankreich	141.079.436 €	143.338.260 €	76.419.073 €	83.000.700 €	19.798.482	21.818.513	54,17%	57,91%	-3,27 €	-2,77 €
Finnland	477.779 €	521.065 €	380.684 €	430.991 €	50.389	59.895	79,68%	82,71%	-1,93 €	-1,50 €
Liechtenstein	61.389 €	64.255 €	69.338 €	85.119 €	9.318	12.828	112,95%	132,47%	0,85 €	1,63 €
Großbritannien	1.374.628 €	1.435.201 €	1.226.242 €	1.458.833 €	179.009	223.443	89,21%	101,65%	-0,83 €	0,11 €
Griechenland	3.432.517 €	3.884.379 €	34.665.217 €	38.285.863 €	4.346.573	4.811.741	1009,91%	985,64%	7,19 €	7,15 €
Ungarn	9.861.675 €	11.377.913 €	16.120.146 €	21.304.334 €	3.624.183	5.063.040	163,46%	187,24%	1,73 €	1,96 €
Kroatien	18.527.912 €	19.976.616 €	38.155.673 €	48.456.096 €	4.612.022	5.397.301	205,94%	242,56%	4,26 €	5,28 €
Italien	27.623.527 €	28.130.539 €	40.718.047 €	45.541.115 €	5.168.021	5.615.975	147,40%	161,89%	2,53 €	3,10 €
Irland	279.665 €	291.273 €	451.802 €	522.253 €	61.798	72.253	161,55%	179,30%	2,79 €	3,20 €
Island	15.296 €	17.751 €	8.482 €	10.700 €	1.825	2.920	55,45%	60,28%	-3,73 €	-2,41 €

Land	Summe Ausgaben AusAGG	Summe Ausgaben alle Auslandsvers. aus 2017	Zuweisungen AusAGG	Zuweisungen alle Auslandsvers. aus 2017	VT 2017 AusAGG	VT 2017 alle Auslandsvers. aus 2017	Deckungsquote AusAGG	Deckungsquote Auslandsvers. aus 2017	Deckungsbeitrag je VT AusAGG	Deckungsbeitrag je VT alle Auslandsvers. aus 2017
Luxemburg	3.175.176 €	3.346.999 €	985.346 €	1.196.650 €	187.582	250.379	31,03%	35,75%	-11,67 €	-8,59 €
Island	15.296 €	17.751 €	8.482 €	10.700 €	1.825	2.920	55,45%	60,28%	-3,73 €	-2,41 €
Luxemburg	3.175.176 €	3.346.999 €	985.346 €	1.196.650 €	187.582	250.379	31,03%	35,75%	-11,67 €	-8,59 €
Litauen	235.256 €	394.831 €	819.230 €	1.438.133 €	206.697	397.645	348,23%	364,24%	2,83 €	2,62 €
Lettland	27.782 €	36.710 €	208.036 €	272.631 €	41.667	59.736	748,82%	742,66%	4,33 €	3,95 €
Malta	80.997 €	97.941 €	201.873 €	241.421 €	26.690	32.544	249,24%	246,50%	4,53 €	4,41 €
Mazedonien	1.659.366 €	1.701.855 €	6.978.783 €	9.050.550 €	854.667	951.872	420,57%	531,80%	6,22 €	7,72 €
Montenegro	40.366 €	109.835 €	726.003 €	910.669 €	85.718	94.973	1798,57%	829,12%	8,00 €	8,43 €
Norwegen	1.155.207 €	1.182.288 €	286.231 €	340.790 €	38.962	49.705	24,78%	28,82%	-22,30 €	-16,93 €
Niederlande	32.968.064 €	33.767.473 €	19.092.859 €	21.690.850 €	4.611.992	5.416.115	57,91%	64,24%	-3,01 €	-2,23 €
Portugal	628.565 €	898.589 €	11.889.109 €	13.167.842 €	1.400.778	1.525.695	1891,47%	1465,39%	8,04 €	8,04 €
Polen	24.452.149 €	31.270.961 €	53.869.156 €	79.144.560 €	18.259.252	26.921.462	220,30%	253,09%	1,61 €	1,78 €
Rumänien	632.730 €	1.081.328 €	2.132.900 €	3.468.717 €	476.953	860.931	337,10%	320,78%	3,15 €	2,77 €
Schweden	3.838.643 €	3.983.328 €	2.214.880 €	2.503.025 €	306.519	362.456	57,70%	62,84%	-5,30 €	-4,08 €
Slowakei	3.867.413 €	4.507.912 €	5.496.144 €	8.018.209 €	1.805.484	2.682.283	142,11%	177,87%	0,90 €	1,31 €
Slowenien	4.296.581 €	4.562.126 €	4.711.425 €	5.592.655 €	652.289	797.076	109,66%	122,59%	0,64 €	1,29 €
Serbien	2.153.727 €	2.407.195 €	16.758.354 €	20.057.019 €	1.972.116	2.236.044	778,11%	833,21%	7,41 €	7,89 €
Tunesien	402.009 €	369.701 €	1.967.656 €	2.457.975 €	363.008	403.096	489,46%	664,86%	4,31 €	5,18 €
Türkei	40.184.058 €	41.040.136 €	86.694.977 €	110.637.233 €	11.802.816	13.189.879	215,74%	269,58%	3,94 €	5,28 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Anhang 9 Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 0% Berücksichtigung des HLB5

Tabelle A.52: Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 0% Berücksichtigung des HLB5

Land	Ausgaben SA700	Ausgaben SA150	Summe Ausgaben	Zuweisungen	Deckungsquote
Österreich	13.591.020 €	67.732.132 €	81.323.151 €	43.800.434 €	53,86%
Belgien	13.161.974 €	10.639.463 €	23.801.438 €	15.028.649 €	63,14%
Bulgarien	194.064 €	50.061 €	244.125 €	888.776 €	364,07%
Bosnien-Herzegowina	1.132.124 €	9.025.571 €	10.157.695 €	25.528.268 €	251,32%
Schweiz	5.495.393 €	10.013.827 €	15.509.220 €	7.388.002 €	47,64%
Zypern	47.330 €	58.097 €	105.428 €	202.913 €	192,47%
Tschechische Republik	5.895.408 €	8.492.077 €	14.387.485 €	28.965.442 €	201,32%
Dänemark	380.585 €	277.682 €	658.266 €	989.690 €	150,35%
Spanien	7.349.428 €	44.692.545 €	52.041.972 €	50.112.299 €	96,29%
Estland	33.467 €	- €	33.467 €	148.252 €	442,98%
Frankreich	28.192.751 €	104.908.156 €	133.100.907 €	76.419.073 €	57,41%
Finnland	25.930 €	431.335 €	457.265 €	380.684 €	83,25%
Liechtenstein	48.699 €	11.568 €	60.267 €	69.338 €	115,05%
Großbritannien	290.791 €	1.074.378 €	1.365.168 €	1.226.242 €	89,82%
Griechenland	3.080.883 €	166.832 €	3.247.714 €	34.665.217 €	1067,37%
Ungarn	6.598.709 €	2.578.011 €	9.176.720 €	16.120.146 €	175,66%
Kroatien	1.549.571 €	15.780.457 €	17.330.029 €	38.155.673 €	220,17%
Italien	3.552.258 €	23.678.549 €	27.230.807 €	40.718.047 €	149,53%
Irland	137.421 €	118.631 €	256.052 €	451.802 €	176,45%
Island	15.104 €	193 €	15.296 €	8.482 €	55,45%
Luxemburg	575.854 €	2.349.934 €	2.925.789 €	985.346 €	33,68%
Litauen	141.864 €	69.808 €	211.672 €	819.230 €	387,03%
Lettland	27.026 €	185 €	27.211 €	208.036 €	764,53%
Malta	40.152 €	37.145 €	77.297 €	201.873 €	261,16%
Mazedonien	350.250 €	1.288.757 €	1.639.007 €	6.978.783 €	425,79%

Montenegro	37.078 €	- 547 €	36.530 €	726.003 €	1987,39%
Norwegen	70.239 €	1.083.146 €	1.153.386 €	286.231 €	24,82%
Niederlande	10.117.218 €	21.390.232 €	31.507.450 €	19.092.859 €	60,60%
Portugal	593.182 €	- 30.863 €	562.319 €	11.889.109 €	2114,30%
Polen	12.842.057 €	10.010.904 €	22.852.962 €	53.869.156 €	235,72%
Rumänien	610.627 €	- €	610.627 €	2.132.900 €	349,30%
Schweden	593.539 €	3.201.240 €	3.794.779 €	2.214.880 €	58,37%
Slowakei	1.836.476 €	1.778.503 €	3.614.979 €	5.496.144 €	152,04%
Slowenien	355.354 €	3.541.704 €	3.897.058 €	4.711.425 €	120,90%
Serbien	628.580 €	1.501.306 €	2.129.887 €	16.758.354 €	786,82%
Tunesien	378.121 €	- €	378.121 €	1.967.656 €	520,38%
Türkei	6.015.543 €	33.899.279 €	39.914.822 €	86.694.977 €	217,20%

Quelle: Eigene Berechnungen.

Anhang 10 Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 100% Berücksichtigung des HLB5

Tabelle A.53: Landesspezifische Deckungsquoten für Auslandsversicherte mit 100% Berücksichtigung des HLB5

Land	Ausgaben SA700	Ausgaben SA150	Summe Ausgaben	Zuweisungen	Deckungsquote
Österreich	26.403.092 €	67.732.132 €	94.135.223 €	43.800.434 €	46,53%
Belgien	16.196.741 €	10.639.463 €	26.836.204 €	15.028.649 €	56,00%
Bulgarien	216.171 €	50.061 €	266.232 €	888.776 €	333,84%
Bosnien-Herzegowina	1.244.301 €	9.025.571 €	10.269.872 €	25.528.268 €	248,57%
Schweiz	8.719.899 €	10.013.827 €	18.733.726 €	7.388.002 €	39,44%
Zypern	67.927 €	58.097 €	126.024 €	202.913 €	161,01%
Tschechische Republik	7.821.894 €	8.492.077 €	16.313.971 €	28.965.442 €	177,55%
Dänemark	441.376 €	277.682 €	719.058 €	989.690 €	137,64%
Spanien	9.755.178 €	44.692.545 €	54.447.723 €	50.112.299 €	92,04%

Estland	47.419 €	- €	47.419 €	148.252 €	312,65%
Frankreich	44.149.809 €	104.908.156 €	149.057.965 €	76.419.073 €	51,27%
Finnland	66.957 €	431.335 €	498.292 €	380.684 €	76,40%
Liechtenstein	50.942 €	11.568 €	62.511 €	69.338 €	110,92%
Großbritannien	309.709 €	1.074.378 €	1.384.087 €	1.226.242 €	88,60%
Griechenland	3.450.487 €	166.832 €	3.617.319 €	34.665.217 €	958,31%
Ungarn	7.968.619 €	2.578.011 €	10.546.630 €	16.120.146 €	152,85%
Kroatien	3.945.338 €	15.780.457 €	19.725.795 €	38.155.673 €	193,43%
Italien	4.337.697 €	23.678.549 €	28.016.246 €	40.718.047 €	145,34%
Irland	184.646 €	118.631 €	303.278 €	451.802 €	148,97%
Island	15.104 €	193 €	15.296 €	8.482 €	55,45%
Luxemburg	1.074.628 €	2.349.934 €	3.424.563 €	985.346 €	28,77%
Litauen	189.031 €	69.808 €	258.840 €	819.230 €	316,50%
Lettland	28.168 €	185 €	28.353 €	208.036 €	733,73%
Malta	47.552 €	37.145 €	84.697 €	201.873 €	238,35%
Mazedonien	390.968 €	1.288.757 €	1.679.725 €	6.978.783 €	415,47%
Montenegro	44.748 €	-547 €	44.201 €	726.003 €	1642,51%
Norwegen	73.882 €	1.083.146 €	1.157.028 €	286.231 €	24,74%
Niederlande	13.038.446 €	21.390.232 €	34.428.677 €	19.092.859 €	55,46%
Portugal	725.675 €	-30.863 €	694.811 €	11.889.109 €	1711,13%
Polen	16.040.431 €	10.010.904 €	26.051.336 €	53.869.156 €	206,78%
Rumänien	654.833 €	- €	654.833 €	2.132.900 €	325,72%
Schweden	681.268 €	3.201.240 €	3.882.508 €	2.214.880 €	57,05%
Slowakei	2.341.344 €	1.778.503 €	4.119.847 €	5.496.144 €	133,41%
Slowenien	1.154.400 €	3.541.704 €	4.696.104 €	4.711.425 €	100,33%
Serbien	676.261 €	1.501.306 €	2.177.567 €	16.758.354 €	769,59%
Tunesien	425.898 €	- €	425.898 €	1.967.656 €	462,00%
Türkei	6.554.016 €	33.899.279 €	40.453.295 €	86.694.977 €	214,31%

Quelle: Eigene Berechnungen.

Anhang 11 Dokumentation des S072

Tabelle A.54: Dokumentation des Web-Formulars S072

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss- feld	Länge	Typ/Wertebereich
1.	S072	Artikel 17, 22, 24, 25 und 26 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004; Artikel 24 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009			
1.1.	Person	Bitte geben Sie die Daten der Person an, für die die Anspruchsbescheinigung angefordert wird.	J		
1.1.1.	PersonIdentification	Identifizierung der Person	J		
1.1.1.1.	familyName	Familienname(n)	J	1..155	Alphanumerisch
1.1.1.2.	forename	Vorname(n)	J	1..155	Alphanumerisch
1.1.1.3.	dateBirth	Geburtsdatum	J		Datum
1.1.1.4.	sex	Geschlecht	J		Alphanumerisch
1.1.1.4.1.	value	01: Männlich 02: Weiblich 98: Nicht bekannt	J		
1.1.1.5.	familyNameAtBirth	Bitte den/die Familiennamen der Person bei der Geburt angeben, falls er/sie sich von dem/den aktuellen Familiennamen unterscheidet bzw. unterscheiden.		1..155	Alphanumerisch
1.1.1.6.	forenameAtBirth	Bitte den/die Vornamen der Person bei der Geburt angeben, falls er/sie sich von dem/den aktuellen Vornamen unterscheidet/ unterscheiden.		1..155	Alphanumerisch
1.1.1.7.	PINPersonInEachInstitution	Obwohl die PIN optional ist, wird dringend empfohlen, in diesem Abschnitt nicht nur Angaben für den empfangenden Träger, sondern auch für den absendenden Träger hinzuzufügen. So kann das Verfahren deutlich einfacher abgeschlossen werden. Ausnahmen sollten nur in den seltenen Fällen gemacht werden, in denen die PIN im absendenden Land nicht bekannt ist oder nicht existiert.			
1.1.1.7.1.	PersonalIdentificationNumber	Persönliche Identifikationsnummer(n)	J		
1.1.1.7.1.1.	country	Bitte das Land angeben, in dem die PIN (persönliche Identifikationsnummer) vergeben wurde.	J		Alphanumerisch
1.1.1.7.1.1.1.	value	AT: Österreich BE: Belgien BG: Bulgarien HR: Kroatien CY: Zypern CZ: Tschechien DK: Dänemark EE: Estland FI: Finnland FR:	J		

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
		Frankreich DE: Deutschland EL: Griechenland HU: Ungarn IS: Island IE: Irland IT: Italien LV: Lettland LI: Liechtenstein LT: Litauen LU: Luxemburg MT: Malta NL: Niederlande NO: Norwegen PL: Polen PT: Portugal RO: Rumänien SK: Slowakei SI: Slowenien ES: Spanien SE: Schweden CH: Schweiz UK: Vereinigtes Königreich			
1.1.1.7.1.2.	personalIdentificationNumber	Weitere Informationen zu Typen und Strukturen der „Persönlichen Identifikationsnummer“ finden Sie im „Verzeichnis der Persönlichen Identifikationsnummern“ (Dictionary of PINs) auf CircaBC. Der folgende Link (bitte [[hier]] klicken) führt Sie auf die CircaBC-Homepage. Klicken Sie dort im Hauptmenü auf „Kategorien durchsuchen“ (linke obere Ecke) und wählen Sie „Employment and Social Affairs“ (zu finden unter der Überschrift „European Commission“ - die dritte Box von oben). Wählen Sie den Ordner „Structured Electronic Documents and Portable Documents“. Klicken Sie auf „Bibliothek“ (oben links) und wählen Sie „Dictionary of PINs“.	J	1..65	Alphanumerisch
1.1.1.7.1.3.	sector	Bitte Sektor angeben, für den die angegebene Persönliche Identifikationsnummer (PIN) zutrifft. Diese Angabe ist besonders sinnvoll bei Fällen aus den Sektoren Horizontal, Anwendbare Rechtsvorschriften, Verschiedenes oder Ausgleich und Beitreibung. AWOD bezieht sich auf den Sektor Arbeitsunfälle und Berufskrankheit.			Alphanumerisch
1.1.1.7.1.3.1.	value	01: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten 02: Familienleistungen 03: Alle 04:	J		

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
		Renten 05: Beitreibung 06: Krankheit 07: Arbeitslosenleistungen			
1.1.1.7.1.4.	Institution	Träger			
1.1.1.7.1.4.1.	institutionID	Identifikationsnummer des Trägers, wie im EESSI-Trägerverzeichnis (EESSI Institution Repository) (früher: Auskunftsdienst, Directory Service) angegeben.	J		Alphanumerisch
1.1.1.7.1.4.2.	institutionName	Name des Trägers	J	1..155	Alphanumerisch
1.1.1.8.	IfPINNotProvidedForEveryInstitutionPleaseProvide	Wenn die PIN nicht für jeden an diesem Fall beteiligten Mitgliedstaat angegeben ist, so sind folgende Informationen anzugeben, um dem Mitgliedstaat, dessen PIN nicht übermittelt wird, bei der Feststellung der entsprechenden PIN behilflich zu sein.			
1.1.1.8.1.	PlaceBirth	Bitte Geburtsort (Ort, Region und Land) der Person angeben.			
1.1.1.8.1.1.	town	Bitte den Geburtsort der Person angeben. Wenn der Geburtsort unbekannt ist, bitte das englische Wort "Unknown" (wie dargestellt, mit Anführungszeichen) eintragen.	J	1..65	Alphanumerisch
1.1.1.8.1.2.	region	Bitte die Bezeichnung der Region und des Bezirks angeben (sofern von Bedeutung).		1..65	Alphanumerisch
1.1.1.8.1.3.	country	Land	J		Alphanumerisch
1.1.1.8.1.3.1.	value		J		Weltliste gem. ISO 3166-1-alpha-2
1.1.1.8.2.	fatherFamilyNameAtBirth	Wenn sich der Geburtsname der Person vom Geburtsnamen des Vaters unterscheidet, bitte den Geburtsnamen des Vaters angeben.		1..155	Alphanumerisch
1.1.1.8.3.	forenameFather	Vorname des Vaters		1..155	Alphanumerisch
1.1.1.8.4.	motherFamilyNameAtBirth	Wenn sich der Geburtsname der Person vom Geburtsnamen der Mutter unterscheidet, bitte den Geburtsnamen der Mutter angeben.		1..155	Alphanumerisch
1.1.1.8.5.	forenameMother	Vorname der Mutter		1..155	Alphanumerisch
1.1.2.	AdditionalInformationPerson	Zusätzliche Angaben zur Person			
1.1.2.1.	nationality	Staatsangehörigkeit			Alphanumerisch

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
1.1.2.1.1.	value		J		Weltliste gem. ISO 3166-1-alpha-2
1.2.	PersonAddress	Anschrift der Person	J		
1.2.1.	Address	Anschrift	J		
1.2.1.1.	street	Bitte den Namen der Straße sowie weitere zusätzliche Informationen angeben, z. B.: Hausnummer, Nummer des Treppenhauses/ Stockwerks/Appartments oder andere identifizierende Einzelheiten. Bitte in diesem Feld bei Bedarf Angaben zur Postfachnummer oder zur Identifizierung machen.		1..155	Alphanumerisch
1.2.1.2.	buildingName	Gebäudename/-bezeichnung		1..155	Alphanumerisch
1.2.1.3.	town	Ort	J	1..65	Alphanumerisch
1.2.1.4.	postalCode	Die Postleitzahl ist für die Bearbeitung der Anträge sehr wichtig. Bitte beachten, dass diese stets angegeben wird, außer wenn das nationale Adressensystem keine Postleitzahlen vorsieht.		1..25	Alphanumerisch
1.2.1.5.	region	Region		1..65	Alphanumerisch
1.2.1.6.	country	Land	J		Alphanumerisch
1.2.1.6.1.	value	AT: Österreich BE: Belgien BG: Bulgarien HR: Kroatien CY: Zypern CZ: Tschechien DK: Dänemark EE: Estland FI: Finnland FR: Frankreich DE: Deutschland EL: Griechenland HU: Ungarn IS: Island IE: Irland IT: Italien LV: Lettland LI: Liechtenstein LT: Litauen LU: Luxemburg MT: Malta NL: Niederlande NO: Norwegen PL: Polen PT: Portugal RO: Rumänien SK: Slowakei SI: Slowenien ES: Spanien SE: Schweden CH: Schweiz UK: Vereinigtes Königreich	J		
1.2.2.	residenceInThisCountrySince	In diesem Land wohnhaft seit			Datum
1.3.	StatusOfPersonForWhomAnEntitlementDocument	Status (der Person, für die eine Anspruchsbescheinigung beantragt wird)	J		

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Mussfeld	Länge	Typ/Wertebereich
1.3.1.	status	Status	J		Alphanumerisch
1.3.1.1.	value	01: Versicherte Person 02: Familienangehörige/r einer versicherten Person 03: Rentner/-in 04: Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin 05: Antragstellende Person	J		
1.4.	PleaseFillInIfStatusPersonFamilyMemberInsured	Bitte ausfüllen, wenn „Status der Person“ = „Familienangehörige/r der versicherten Person“ oder „Status der Person“ = „Familienangehörige/r des Rentners/der Rentnerin“			
1.4.1.	InsuredPerson	Bitte geben Sie die Daten zum Hauptversicherten an, wenn das SED eine/n Familienangehörige/n berücksichtigt.			
1.4.1.1.	PersonIdentification	Identifizierung der Person	J		
1.4.1.1.1.	familyName	Familiennamen(n)	J	1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.2.	forename	Vorname(n)	J	1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.3.	dateBirth	Geburtsdatum	J		Datum
1.4.1.1.4.	sex	Geschlecht	J		Alphanumerisch
1.4.1.1.4.1.	value	01: Männlich 02: Weiblich 98: Nicht bekannt	J		
1.4.1.1.5.	familyNameAtBirth	Bitte den/die Familiennamen der Person bei der Geburt angeben, falls er/sie sich von dem/den aktuellen Familiennamen unterscheidet bzw. unterscheiden.		1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.6.	forenameAtBirth	Bitte den/die Vornamen der Person bei der Geburt angeben, falls er/sie sich von dem/den aktuellen Vornamen unterscheidet/ unterscheiden.		1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.7.	PINPersonInEachInstitution	Obwohl die PIN optional ist, wird dringend empfohlen, in diesem Abschnitt nicht nur Angaben für den empfangenden Träger, sondern auch für den absendenden Träger hinzuzufügen. So kann das Verfahren deutlich einfacher abgeschlossen werden. Ausnahmen sollten nur in den seltenen Fällen gemacht			

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
		werden, in denen die PIN im absendenden Land nicht bekannt ist oder nicht existiert.			
1.4.1.1.7.1.	PersonalIdentificationNumber	Persönliche Identifikationsnummer(n)	J		
1.4.1.1.7.1.1.	country	Bitte das Land angeben, in dem die PIN (persönliche Identifikationsnummer) vergeben wurde.	J		Alphanumerisch
1.4.1.1.7.1.1.1	value	AT: Österreich BE: Belgien BG: Bulgarien HR: Kroatien CY: Zypern CZ: Tschechien DK: Dänemark EE: Estland FI: Finnland FR: Frankreich DE: Deutschland EL: Griechenland HU: Ungarn IS: Island IE: Irland IT: Italien LV: Lettland LI: Liechtenstein LT: Litauen LU: Luxemburg MT: Malta NL: Niederlande NO: Norwegen PL: Polen PT: Portugal RO: Rumänien SK: Slowakei SI: Slowenien ES: Spanien SE: Schweden CH: Schweiz UK: Vereinigtes Königreich	J		
1.4.1.1.7.1.2.	personalIdentificationNumber	Weitere Informationen zu Typen und Strukturen der „Persönlichen Identifikationsnummer“ finden Sie im „Verzeichnis der Persönlichen Identifikationsnummern“ (Dictionary of PINs) auf CircaBC. Der folgende Link (bitte [[hier]] klicken) führt Sie auf die CircaBC-Homepage. Klicken Sie dort im Hauptmenü auf „Kategorien durchsuchen“ (linke obere Ecke) und wählen Sie „Employment and Social Affairs“ (zu finden unter der Überschrift „European Commission“ – die dritte Box von oben). Wählen Sie den Ordner „Structured Electronic Documents and Portable Documents“. Klicken Sie auf „Bibliothek“ (oben links) und wählen Sie „Dictionary of PINs“.	J	1..65	Alphanumerisch
1.4.1.1.7.1.3.	sector	Bitte Sektor angeben, für den die angegebene Persönliche Identifikationsnummer (PIN)			Alphanumerisch

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss- feld	Länge	Typ/Wertebereich
		zutrifft. Diese Angabe ist besonders sinnvoll bei Fällen aus den Sektoren Horizontal, Anwendbare Rechtsvorschriften, Verschiedenes oder Ausgleich und Beitreibung. AWOD bezieht sich auf den Sektor Arbeitsunfälle und Berufskrankheit.			
1.4.1.1.7.1.3.1	value	01: Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten 02: Familienleistungen 03: Alle 04: Renten 05: Beitreibung 06: Krankheit 07: Arbeitslosenleistungen	J		
1.4.1.1.7.1.4.	Institution	Träger			
1.4.1.1.7.1.4.1	institutionID	Identifikationsnummer des Trägers, wie im EESSI-Trägerverzeichnis (EESSI Institution Repository) (früher: Auskunftsdienst, Directory Service) angegeben.	J		Alphanumerisch
1.4.1.1.7.1.4.2	institutionName	Name des Trägers	J	1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.8.	IfPINNotProvidedForEveryInstitutionPleaseProvide	Wenn die PIN nicht für jeden an diesem Fall beteiligten Mitgliedstaat angegeben ist, so sind folgende Informationen anzugeben, um dem Mitgliedstaat, dessen PIN nicht übermittelt wird, bei der Feststellung der entsprechenden PIN behilflich zu sein.			
1.4.1.1.8.1.	PlaceBirth	Bitte Geburtsort (Ort, Region und Land) der Person angeben.			
1.4.1.1.8.1.1.	town	Bitte den Geburtsort der Person angeben. Wenn der Geburtsort unbekannt ist, bitte das englische Wort "Unknown" (wie dargestellt, mit Anführungszeichen) eintragen.	J	1..65	Alphanumerisch
1.4.1.1.8.1.2.	region	Bitte die Bezeichnung der Region und des Bezirks angeben (sofern von Bedeutung).		1..65	Alphanumerisch
1.4.1.1.8.1.3.	country	Land	J		Alphanumerisch
1.4.1.1.8.1.3.1	value		J		Weltliste gem. ISO 3166-1-alpha-2

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
1.4.1.1.8.2.	fatherFamilyNameAtBirth	Wenn sich der Geburtsname der Person vom Geburtsnamen des Vaters unterscheidet, bitte den Geburtsnamen des Vaters angeben.		1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.8.3.	forenameFather	Vorname des Vaters		1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.8.4.	motherFamilyNameAtBirth	Wenn sich der Geburtsname der Person vom Geburtsnamen der Mutter unterscheidet, bitte den Geburtsnamen der Mutter angeben.		1..155	Alphanumerisch
1.4.1.1.8.5.	forenameMother	Vorname der Mutter		1..155	Alphanumerisch
1.4.1.2.	AdditionalInformationPerson	Zusätzliche Angaben zur Person			
1.4.1.2.1.	nationality	Staatsangehörigkeit			Alphanumerisch
1.4.1.2.1.1.	value		J		Weltliste gem. ISO 3166-1-alpha-2
1.4.2.	AddressMainInsuredPerson	Anschrift des/der Stammversicherten			
1.4.2.1.	street	Bitte den Namen der Straße sowie weitere zusätzliche Informationen angeben, z. B.: Hausnummer, Nummer des Treppenhauses/ Stockwerks/Appartments oder andere identifizierende Einzelheiten. Bitte in diesem Feld bei Bedarf Angaben zur Postfachnummer oder zur Identifizierung machen.		1..155	Alphanumerisch
1.4.2.2.	buildingName	Bitte ggf. den Namen des Gebäudes angeben, z. B. CHATHAM HOUSE, RESIDENCE BELLEVUE.		1..155	Alphanumerisch
1.4.2.3.	town	Ort	J	1..65	Alphanumerisch
1.4.2.4.	postalCode	Die Postleitzahl ist für die Bearbeitung der Anträge sehr wichtig. Bitte beachten, dass diese stets angegeben wird, außer wenn das nationale Adressensystem keine Postleitzahlen vorsieht.		1..25	Alphanumerisch
1.4.2.5.	region	Bitte die Bezeichnung der Region und des Bezirks angeben (sofern von Bedeutung).		1..65	Alphanumerisch
1.4.2.6.	country	Land	J		Alphanumerisch
1.4.2.6.1.	value		J		Weltliste gem. ISO 3166-1-alpha-2

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
1.5.	InformationEntitlement	Information über den Anspruch			
1.5.1.	informationEntitlementIndicator	Information über den Anspruch	J		Alphanumerisch
1.5.1.1.	value	1: Ja 0: Nein	J		
1.5.2.	PeriodEntitlement	Anspruchszeitraum			
1.5.2.1.	FixedPeriod	Ein Zeitraum mit bekanntem Beginn- und Enddatum. Der Zeitraum kann schon abgeschlossen oder noch offen sein.	J		
1.5.2.1.1.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.5.2.1.2.	endDate	Bitte das Enddatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.5.2.2.	OpenPeriod	Ein Zeitraum ohne aktuell bekanntes Enddatum.	J		
1.5.2.2.1.	typeOpenPeriod	Die Art „Unbefristeter Zeitraum“ ist ein Zeitraum, dessen Enddatum unbekannt ist und bis zu seinem Abschluss unbekannt sein wird. Ein Beispiel dafür ist ein „Zeitraum, in dem eine Person nicht laufen kann“. Die Art „Ende des Zeitraums unbekannt“ ist ein Zeitraum, der abgeschlossen ist, dessen Enddatum jedoch unbekannt ist und nicht angegeben werden kann.	J		Alphanumerisch
1.5.2.2.1.1.	value	01: Unbefristeter Zeitraum 98: Ende des Zeitraums ist nicht bekannt.	J		
1.5.2.2.2.	startDate	Bitte das Beginndatum des Zeitraums angeben.	J		Datum
1.6.	InformationNoEntitlement	Information über Nichtbestehen eines Anspruchs			
1.6.1.	reason	Grund			Alphanumerisch
1.6.1.1.	value	01: Nicht in unserem Mitgliedstaat versichert seit 02: Kein Anspruch auf Leistungen bei Krankheit von unserem Mitgliedstaat seit 03: In unserem Mitgliedstaat wohnhaft seit 04: In Ihrem Mitgliedstaat nicht mehr wohnhaft seit 05: Verstorben am 06: In einem anderen Land aufgrund einer Rente versichert (vgl. Artikel 24 Absatz 2 Buchstabe b der	J		

Dokumentation für: S072

(Quelle: S072.xsd) Version: 4.1.0. Generiert um 9:46 am 7.12.2018

Sektions-Nr.	Name	Bedeutung	Muss-feld	Länge	Typ/Wertebereich
		Verordnung (EG) Nr. 883/2004) 07: Status der Person hat sich geändert 99: Sonstiger Grund			
1.6.2.	FillInIfReasonNoEntitlement	Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn „Grund“ = „01 - Nicht in unserem Mitgliedstaat versichert seit“ ODER „Grund“ = „03 - In unserem Mitgliedstaat wohnhaft seit“ ODER „Grund“ = „04 - In Ihrem Mitgliedstaat nicht mehr wohnhaft seit“:			
1.6.2.1.	date	Datum			Datum
1.6.3.	PleaseFillInFollowingIfReasonNoEntitlementDiedOn	Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn „Grund“ = „05 - Verstorben am“:			
1.6.3.1.	diedOn	Verstorben am			Datum
1.6.4.	FillInIfReasonInsuredInAnother	Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn „Grund“ = „06 - In einem anderen Land aufgrund einer Rente versichert (vgl. Artikel 24 Absatz 2 Buchstabe b der Verordnung (EG) Nr. 883/2004)“			
1.6.4.1.	isoCodeCountryInsurance	ISO-Code des Versicherungslandes			Alphanumerisch
1.6.4.1.1.	value	AT: Österreich BE: Belgien BG: Bulgarien HR: Kroatien CY: Zypern CZ: Tschechien DK: Dänemark EE: Estland FI: Finnland FR: Frankreich DE: Deutschland EL: Griechenland HU: Ungarn IS: Island IE: Irland IT: Italien LV: Lettland LI: Liechtenstein LT: Litauen LU: Luxemburg MT: Malta NL: Niederlande NO: Norwegen PL: Polen PT: Portugal RO: Rumänien SK: Slowakei SI: Slowenien ES: Spanien SE: Schweden CH: Schweiz UK: Vereinigtes Königreich	J		
1.6.5.	PleaseFillInFollowingIfReasonOtherReason	Füllen Sie bitte folgendes Feld aus, wenn „Grund“ = „99 - Sonstiger Grund“:			
1.6.5.1.	otherReason	Auszufüllen, wenn „Grund für den Widerruf“ = „Sonstiger Grund“		1..255	Alphanumerisch



Quelle: Kassenseitig bereitgestellte Beschreibung des elektronischen Formulars S072 in der Web-Anwendung „Electronic Exchange of Social Security Information“.

Anhang 12 Fragebögen zu Verwaltungsaufwänden

Tabelle A.55: Fragebogen Verwaltungsaufwand Bundesversicherungsamt

Einmalige zusätzliche Prozessschritte für das Bundesversicherungsamt	
Prozessschritt	Anpassung der Plausibilisierungsprüfungen auf Grund der zusätzlichen Meldeinformationen in der SA100 (Programmieraufwand)
Beschreibung	In der SA100 soll zukünftig auch das Einschreibeland gemeldet werden. Außerdem werden die Auslandsversichertentage differenziert nach Einschreibeland gemeldet. Für diese Informationen werden Plausibilitätsprüfungen eingeführt. Dafür bedarf es einer Anpassung der Programmierung. Bitte schätzen Sie hierzu den dafür benötigten initialen Programmierungsaufwand.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Einrichtung von Plausibilisierungsprüfungen der SA150 (Programmieraufwand)
Beschreibung	In der SA150 sollen zukünftig die Rechnungssummen der einzelnen Einschreibeländer gemeldet werden. Die pauschalen Aufwände sollen bereits in der Meldung um die jeweiligen Anteile der Pauschalen für Pflegekosten bereinigt werden, so dass nur die für die Krankenkassen anfallenden Nettobeträge in die landesspezifischen Rechnungssummen einfließen. Für diese Informationen werden gegebenenfalls Plausibilitätsprüfungen eingeführt. Dafür bedarf es einer Anpassung der Programmierung. Bitte schätzen Sie hierzu den dafür benötigten initialen Programmierungsaufwand.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Prozessschritt	Erstellung der Modelle zur Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen (Programmieraufwand)
Beschreibung	Die Zuweisungen für Auslandsversicherte sollen zukünftig landesspezifisch auf Basis der jeweiligen Rechnungssummen aus tatsächlichen Aufwänden, pauschalen Aufwänden und Inlandsausgaben bestimmt werden. Zur Bestimmung der landesspezifischen Zuweisungen bedarf es der Erstellung eines entsprechenden Berechnungsmodells. Bitte schätzen Sie hierzu den dafür benötigten initialen Programmieraufwand.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Zuordnung der Auslandsversicherten zu einem Einschreibeland (Programmieraufwand)
Beschreibung	Die Zuweisungen für Auslandsversicherte sollen zukünftig landesspezifisch erfolgen. Auslandsversicherte sollen zukünftig Zuweisungen für das Einschreibeland mit den meisten Versichertentagen im Ausgleichsjahr erhalten. Bei gleicher Anzahl von Tagen für mehrere Einschreibeländer erfolgt eine Zuordnung zum letzten bekannten Einschreibeland. Bitte schätzen Sie hierzu den für die Zuordnung benötigten initialen Programmieraufwand.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Anpassung des Prozesses zur Erstellung der Bescheide für Zuweisungen (Programmieraufwand)
Beschreibung	Die Zuweisungsbescheide für die Krankenkassen sollen zukünftig Informationen zu den Verteilungen der Auslandsversicherten auf die Einschreibeländer und die damit verbundenen Zuweisungen enthalten. Bitte schätzen Sie hierzu den für die Anpassung der Bescheiderstellung benötigten initialen Programmieraufwand.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Berücksichtigung möglicherweise auftretender Fehler aus neuen zu prüfenden Merkmalen bei der Ermittlung von Korrekturbeträgen der

	Versichertenzeitenprüfung (Programmieraufwand)
Beschreibung	Die in der SA100 neu zu meldenden Informationen zum Einschreibeland und Versichertentagen je Einschreibeland sollen im Rahmen der Prüfung der Datenmeldung gemäß § 42 RSAV alle zwei Jahre im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung geprüft werden. Etwaige Fehler müssen bei der Bestimmung von Korrekturbeträgen berücksichtigt werden. Bitte schätzen Sie hierzu den für die Anpassung der Berechnung der Korrekturbeträge benötigten initialen Programmieraufwand.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Regelhaft anfallende zusätzliche Prozessschritte für das Bundesversicherungsamt	
Prozessschritt	Plausibilisierungsprüfungen auf Grund der zusätzlichen Meldeinformationen in der SA100
Beschreibung	In der SA100 soll zukünftig auch das Einschreibeland gemeldet werden. Außerdem werden die Auslandsversichertentage differenziert nach Einschreibeland gemeldet. Für diese Informationen werden Plausibilitätsprüfungen eingeführt. Bitte schätzen Sie hierzu den dafür benötigten <u>zusätzlichen</u> Prozessaufwand, soweit ein solcher erwartbar anfällt.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Plausibilisierungsprüfungen der SA150
Beschreibung	In der SA150 sollen zukünftig die Rechnungssummen der einzelnen Einschreibeländer gemeldet werden. Die pauschalen Aufwände sollen bereits in der Meldung um die jeweiligen Anteile der Pauschalen für Pflegekosten bereinigt werden, so dass nur die für die Krankenkassen anfallenden Nettobeträge in die landesspezifischen Rechnungssummen einfließen. Für diese Informationen werden gegebenenfalls Plausibilitätsprüfungen eingeführt. Bitte schätzen Sie hierzu den für die Durchführung der Prüfungen benötigten Aufwand.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Prozessschritt	Berechnung der landesbezogenen Zuweisungen
Beschreibung	Die Zuweisungen für Auslandsversicherte sollen zukünftig landesspezifisch auf Basis der jeweiligen Rechnungssummen aus tatsächlichen Aufwänden, pauschalen Aufwänden und Inlandsausgaben bestimmt werden. Zur Bestimmung der landesspezifischen Zuweisungen bedarf es der Berechnung der versichertenindividuellen Zuweisungen aus den Rechnungssummen. Bitte schätzen Sie hierzu den für die Durchführung der Berechnungen benötigten Aufwand.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Zuordnung der Auslandsversicherten zu einem Einschreibeland
Beschreibung	Die Zuweisungen für Auslandsversicherte sollen zukünftig landesspezifisch erfolgen. Auslandsversicherte sollen Zuweisungen für das Einschreibeland mit den meisten Versichertentagen im Ausgleichsjahr erhalten. Bei gleicher Anzahl von Tagen für mehrere Einschreibeländer erfolgt eine Zuordnung zum letzten bekannten Einschreibeland. Bitte schätzen Sie hierzu den für die Zuordnung benötigten Durchführungsaufwand.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Erstellung der Zuweisungsbescheide
Beschreibung	Die Zuweisungsbescheide für die Krankenkassen sollen zukünftig Informationen zu den Verteilungen der Auslandsversicherten auf die Einschreibeländer und die damit verbundenen Zuweisungen enthalten. Bitte schätzen Sie hierzu den dafür benötigten <u>zusätzlichen</u> Prozessaufwand, soweit ein solcher erwartbar anfällt.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle A.56: Fragebogen Verwaltungsaufwand Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland

Einmalige zusätzliche Prozessschritte für die DVKA	
Prozessschritt	Programmierung der SA150 (Programmieraufwand)
Beschreibung	In der SA150 sollen zukünftig die Rechnungssummen der einzelnen Einschreibeländer gemeldet werden. Die pauschalen Aufwände könnten bereits in der Meldung um die jeweiligen Anteile der Pauschalen für Pflegekosten bereinigt werden, so dass nur die für die Krankenkassen anfallenden Nettobeträge in die landesspezifischen Rechnungssummen einfließen.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Regelhaft anfallende zusätzliche Prozessschritte für die DVKA	
Prozessschritt	Erhebung und Qualitätssicherung der SA150
Beschreibung	In der SA150 sollen zukünftig die Rechnungssummen der einzelnen Einschreibeländer gemeldet werden. Die pauschalen Aufwände könnten bereits in der Meldung um die jeweiligen Anteile der Pauschalen für Pflegekosten bereinigt werden, so dass nur die für die Krankenkassen anfallenden Nettobeträge in die landesspezifischen Rechnungssummen einfließen.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle A.57: Fragebogen Verwaltungsaufwand GKV-Spitzenverband

Einmalige zusätzliche Prozessschritte für den GKV-Spitzenverband	
Prozessschritt	Annahme und Plausibilisierung der neuen SA100 (Programmieraufwand)
Beschreibung	In der SA100 soll zukünftig auch das Einschreibeland gemeldet werden. Außerdem werden die Auslandsversichertentage differenziert nach Einschreibeland gemeldet. Dafür bedarf es einer Anpassung der Programmierung für etwaige Plausibilitätsprüfungen.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau	

der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Regelhaft anfallende zusätzliche Prozessschritte für den GKV-Spitzenverband	
Prozessschritt	Annahme und Plausibilisierung der neuen SA100
Beschreibung	In der SA100 soll zukünftig auch das Einschreibeland gemeldet werden. Außerdem werden die Auslandsversichertentage differenziert nach Einschreibeland gemeldet. Mit den zusätzlichen Merkmalen ist gegebenenfalls ein Mehraufwand zur Plausibilisierung der abgegebenen Meldung der neuen SA100 erforderlich. Erfasst wird nur der <u>zusätzliche</u> Aufwand im Vergleich zur aktuellen SA100 ohne die entsprechenden Merkmale.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Quelle: Eigene Darstellung.

Tabelle A.58: Fragebogen Verwaltungsaufwand Krankenkassen

Einmalige zusätzliche Prozessschritte für Krankenkassen	
Prozessschritt	Anpassung der SA100 (Programmieraufwand)
Beschreibung	In der SA100 soll zukünftig auch das Einschreibeland gemeldet werden. Außerdem werden die Auslandsversichertentage differenziert nach Einschreibeland gemeldet. Dafür bedarf es einer Anpassung der Programmierung.
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Regelhaft anfallende zusätzliche Prozessschritte für Krankenkassen	
Prozessschritt	Erhebung, Plausibilisierung und Qualitätssicherung der neuen SA100
Beschreibung	In der SA100 soll zukünftig auch das Einschreibeland gemeldet werden. Außerdem werden die Auslandsversichertentage differenziert nach Einschreibeland gemeldet. Mit den zusätzlichen Merkmalen ist ein Aufwand zur Erhebung in der Satzart, der Qualitätssicherung der Meldung sowie der Plausibilisierung der abgegebenen Meldung der neuen SA100 erforderlich. Erfasst wird nur der zusätzliche Aufwand im Vergleich zur aktuellen SA100 ohne die entsprechenden Merkmale.
Turnus	jährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	
Prozessschritt	Vorbereitung und Betreuung der Prüfung des Merkmals „Einschreibeland“ und des Merkmals „Versichertentage je Einschreibeland“ im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung gemäß § 42 RSAV
Beschreibung	In der SA100 soll zukünftig auch das Einschreibeland gemeldet werden. Außerdem werden die Auslandsversichertentage differenziert nach Einschreibeland gemeldet. Es wird davon ausgegangen, dass die neu erhobenen Merkmale im Rahmen der Prüfung der Datenmeldungen des RSA, genauer im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung durch die Prüfdienst stichprobenhaft überprüft werden. Mit den zusätzlichen Merkmalen ist ein Aufwand zur Vorbereitung und Betreuung der Prüfung dieser Merkmale im Rahmen der Versichertenzeitenprüfung verbunden. Dieser Aufwand fällt nur für überprüfte Auslandsversicherte an.
Turnus	zweijährlich
Zeitbedarf in Minuten	
Lohnkosten in €/h der benötigten Mitarbeiter	
Qualifikationsniveau der benötigten Mitarbeiter	
zusätzliche Sachkosten	

Quelle: Eigene Darstellung.

Quellenverzeichnis

Bundesversicherungsamt (2014): Auswertungen zum RSA-Jahresausgleich 2013, S. 10. Im Internet unter:

http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostukturausgleich/Info-Dateien%20und%20Auswertungen/Auswertung_JA_2013.pdf [Zugriff am 06.11.2018].

Bundesversicherungsamt (2017): Bestimmung des Bundesversicherungsamtes nach § 269 Abs. 3c Satz 4 SGB, S. 29. Im Internet unter:

https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostukturausgleich/Datengrundlagen/BVA_Bestimmung_nach_269_Abs.3c_Satz4_SGBV.pdf [Zugriff am 07.11.2018].

Bundesversicherungsamt (2018): Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 20/2017, Berechnungswerte für den Jahresausgleich 2017. Im Internet unter:

<https://www.bundesversicherungsamt.de/risikostukturausgleich/bekanntmachungen/bekanntmachung/article/bekanntmachung-zum-gesundheitsfonds-nr-202017.html> [Zugriff am 21.11.2018].

Drösler S., Hasford J., Kurth B.-M., Schäfer M., Wasem J., Wille E. (2011): Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostukturausgleich. Im Internet unter:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf [Zugriff am 05.02.2019].

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (2014a): Leitfaden - Kostenabrechnungen im Rahmen der EG-Verordnung 987/09 und nach Abkommensrecht. Gewöhnlicher Aufenthalt (Wohnortfall), S. 16., 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.

Europäische Kommission (2013): Praktischer Leitfaden zum anwendbaren Recht in der Europäischen Union (EU), im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und in der Schweiz. Im Internet unter: https://www.dvka.de/media/dokumente/verschiedene/Praktischer_Leitfaden.pdf [Zugriff am 05.11.2019].

GKV-Spitzenverband (2018): Bestimmung des GKV-Spitzenverbandes nach § 267 Abs. 7 Nr. 1 und 2 SGB V vom 05.02.2018, S. 29. Im Internet unter:

https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostukturausgleich/Datengrundlagen/Bekanntmachungen_GKV-SV/20180314Bestimmung_nach_267_SGB_V.pdf [Zugriff am 06.02.2019].

19. RSA-Änderungsverordnung (19. RSA-ÄndV) in der Fassung vom 11.03.2009

Statistisches Bundesamt (2006): Einführung des Standardkosten-Modells - Methodenhandbuch der Bundesregierung, Wiesbaden. zuletzt abgerufen am 28.10.2019 unter: https://www-skm.destatis.de/webskm/misc/Methodenhandbuch_SKM.pdf

Statistisches Bundesamt (2018): Leitfaden zur Ermittlung und Darstellung des Erfüllungsaufwands in Regelungsvorhaben der Bundesregierung, Wiesbaden. zuletzt abgerufen am 28.10.2019 unter:

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975232/1566208/4a53844217898dcba6944087076c81ba/2019-01-08-leitfaden-ea-data.pdf?download=1>

Wasem J., Lux G., Schillo S. (2016): Gutachten zu Zuweisungen für Auslandsversicherte nach § 269 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 33 Abs. 4 RSAV, Gutachten im Auftrag des Bundesversicherungsamtes.

Im Internet unter:

https://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Weiterentwicklung/20160124_Gutachten_Zuweisungen_Auslandsversicherte_final_1.pdf [Zugriff am 06.11.2018].