

Andrássy Gyula Deutschsprachige Universität Budapest

Interdisziplinäre Doktorschule

Leiterin: Prof. Dr. Ellen Bos

Romy Emmerich

**Asymmetrisch verteilte Finanzierungslasten
im grenzüberschreitenden Bezug von Gesundheitsleistungen**

THESEN

zur Dissertation

2022

Hintergrund

Eine Dimension der Globalisierung zeigt sich in der Zunahme der grenzüberschreitenden Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen. Durch europarechtliche Bestimmungen im Bereich der GKV, deren Treiber vor allem die EuGH-Urteile zur Dienstleistungsfreiheit sein durften, können Versicherte¹ Leistungen der GKV auch im Ausland erhalten und das unter denselben Bedingungen wie die Versicherten des Aufenthaltslandes. Aufgrund des Prinzips der gegenseitigen Sachleistungsaushilfe rechnen der zuständige und der aushelfende Krankenversicherungsträger die in Anspruch genommenen Leistungen dann über ihre jeweilige Verbindungsstelle miteinander ab. Auf diesem Wege entstehen den Krankenkassen Verpflichtungen durch die (eigenen) im Inland Versicherten, die im Ausland Leistungen beanspruchen, gegenüber den ausländischen Trägern und Forderungen durch die im Ausland Versicherten, die in Deutschland Leistungen erhalten haben.

Die Möglichkeit der Kostenerstattung von Auslandsbehandlungen führt einerseits dazu, dass sich den Versicherten vielfältige Behandlungsperspektiven auch jenseits der Grenze eröffnen und andererseits dazu, dass das nationale Gesundheitssystem in gewissem Sinne auf andere Staaten ausgeweitet wird. Neben einer Reihe von positiven Effekten, wie bspw. Mobilitäts- und Qualitätsgewinnen sowie individuellen und kollektiven Einsparmöglichkeiten, können ebenso negative Effekte davon ausgehen, insbesondere wenn dem nationalen Gesundheitssystem auf diese Weise Mittel entzogen werden. Folgen können sein, dass sich inländische Versorgungsprobleme verschärfen, nationale Allokationsentscheidungen und Prioritätensetzungen unterminiert werden, die Berechnungen von planungsbedürftigen Gesundheitsleistungen komplexer werden und die Kosten der Versicherten- bzw. Steuergemeinschaft ansteigen.

Ziele der Arbeit

Um die Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung auf das deutsche GKV-System analysieren zu können, sollen deshalb die Abrechnungsdaten einer großen deutschen gesetzlichen Krankenkasse dazu dienen, die tatsächlichen Versichertenströme und die realen Kosten darzustellen.

¹ Gender-Hinweis: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter. Es wird um Verständnis dafür gebeten, dass die kürzere, maskuline Schreibweise verwendet wird. Es wird an dieser Stelle ausdrücklich betont, dass selbstverständlich alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen werden möchten.

Die vorliegende Arbeit hat folgende Ziele:

- a) einen Beitrag dazu zu leisten, die Datengrundlage in diesem Forschungsbereich zu verbessern,
- b) die Auswirkungen, die aus den asymmetrisch verteilten Finanzierungslasten infolge derjenigen Versicherten, die die grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nutzen, entstehen, auf eine einzelne gesetzliche Krankenkasse und das deutsche GKV-System insgesamt darzustellen und
- c) Möglichkeiten einer besseren Risikoverteilung im GKV-System und Lösungsstrategien auf EU-Ebene bei Problemen in der Anwendung der Regelungen zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu diskutieren.

Aufbau der Arbeit

Dazu erfolgt nach einer Einführung in die gesundheitsökonomischen Grundlagen für diese Arbeit in Kapitel 2 die Analyse der individuell zur Verfügung gestellten Datenquellen in Kapitel 3. Die Ergebnisse werden dann in Kapitel 4 zusammengefasst, wobei zunächst eine kritische Würdigung der Kostenverteilung transnationaler Gesundheitsleistungen aus ökonomischer Perspektive erfolgt, bevor die Wettbewerbsrisiken durch asymmetrisch verteilte Finanzierungslasten diskutiert werden. In Kapitel 5 werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst.

Forschungsfragen

Aufbauend auf der Datenauswertung soll der thematische Fokus dann auf den folgenden Forschungsfragen liegen:

1. In welcher Höhe entstehen der betrachteten Krankenkasse finanzielle Belastungen aus der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung?
2. Welche Möglichkeiten gibt es, um die finanziellen Mehrbelastungen einer Krankenkasse zu kompensieren?
3. Welche Auswirkungen ergeben sich daraus auf den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen im GKV-System?
4. Wie kann eine gerechtere Lastenverteilung innerhalb des GKV-Systems aussehen?
5. Wie wird auf internationaler Ebene mit Pflichtverletzungen im Zusammenhang mit dem Erstattungsverfahren zwischen den Trägern umgegangen?

Handlungsleitend sollen dabei die folgenden Hypothesen sein:

1. Resultierend aus der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entstehen den Krankenkassen finanzielle Belastungen, von denen einige Krankenkassen stärker betroffen sind als andere.
2. Die daraus entstehenden Wettbewerbsnachteile für die stärker betroffenen Krankenkassen wirken sich auch negativ auf die Kostenstrukturen innerhalb des GKV-Systems aus.
3. Der internationale Forderungsausgleich funktioniert mit einigen Ländern reibungslos und mit anderen weniger.

Spannungsfeld

Die vorliegende Arbeit liegt damit im Spannungsfeld zwischen den Zielen der EU, wie z. B. der Harmonisierung der Lebensqualität zwischen den Mitgliedstaaten und der Sicherstellung einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in den Mitgliedstaaten; den Erwartungen der EU-Bürger, die durch „shopping for best results“ im Gesundheitsbereich die Vorteile der EU greifbar erleben möchten; und den nationalen Anstrengungen, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems für die eigenen Bürger zu organisieren und zu gewährleisten und gleichzeitig das Gesundheitswesen für den Kampf um ausländische Patienten international konkurrenzfähig zu machen, um davon profitieren zu können.

Datenbasis

Die AOK Bayern hat Routinedaten ihrer Versicherten zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt. Mit 4.557.542 Versicherten² ist sie die viertgrößte von 109 gesetzlichen Krankenkassen³ und die größte der elf AOK in Deutschland im Jahr 2018. Bei den zur Verfügung gestellten Daten handelt es sich um Abrechnungsdaten, d. h. sie wurden nicht gesondert für die vorliegende Arbeit erhoben, sondern sie wurden für diese Sekundäranalyse zugänglich gemacht. Die durchgeführte retrospektive Analyse stützt sich auf die Abrechnungsdaten aus den Jahren 2006 bis 2018. Neben der Skizzierung der quantitativen Entwicklung grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen, wird auch versucht ein Schlaglicht auf die Kosten zu werfen, die der AOK Bayern im Wege der Sachleistungsaushilfe entstehen.

² Versicherte im Jahresdurchschnitt. Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18.

³ Vgl. VersicherungsWiki e.K., 2020, Stand: 2.10.2018.

Thesen und Erkenntnisse

1. Grenzüberschreitende Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen nehmen zu, weil Versicherte mobiler werden und die rechtlichen Möglichkeiten nutzen.
2. Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und die Richtlinie 2011/24/EU sind nebeneinander anwendbar. Damit kann es sich der Versicherte aussuchen, nach welcher Rechtsgrundlage er seinen Anspruch (auf Sachleistung) geltend machen möchte und nutzt die für ihn vorteilhaftere Option.
3. Im Hinblick auf die Vorabgenehmigung scheint die Richtlinie 2011/24/EU vorteilhafter für den Versicherten zu sein, da sie nur einen Ablehnungsgrund („die gleiche oder [...] ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit [kann] rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden“⁴) für die Behandlung im Ausland nennt.
4. Liegen die Kosten der Behandlung im Ausland höher als die Erstattungshöhe nach den Vertragssätzen des inländischen Trägers (die Differenz geht zu Lasten des Versicherten), kann es für den Versicherten kostengünstiger sein, die Behandlung über die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 in Anspruch zu nehmen, da hierüber die Vertragssätze des ausländischen Trägers erstattet werden. Voraussetzung dafür ist jedoch eine Vorabgenehmigung des Trägers bei den geplanten Behandlungen.
5. In Deutschland können (zugelassene) Krankenhäuser von der Leistungserbringung an im Ausland Versicherten finanziell profitieren – und zwar innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Möglich wird das durch § 4 Abs. 4 KHEntgG, das den Krankenhäusern ein Wahlrecht einräumt, die Leistungserbringung an ausländischen Patienten entweder normal innerhalb des Erlösbudgets (gemäß der Budgetvereinbarung mit den Krankenkassen) abzurechnen (womit die Erlöse dem (gesetzlichen) Mehr- und Mindererlösausgleich unterliegen, Mehrerlöse verbleiben zu 35 Prozent beim Krankenhaus⁵) – oder aber sie dort herauszunehmen und sie außerhalb des Erlösbudgets abzurechnen (das bedeutet die Mehrerlöse verbleiben zu 100 Prozent beim Krankenhaus).

⁴ Zit. § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V.

⁵ Vgl. § 4 Abs. 3 Satz 4 KHEntgG.

6. Im Gegensatz dazu spielt es bei den ambulant tätigen Vertragsärzten zur Beeinflussung ihrer Honorare keine Rolle, ob die Patienten aus dem Inland oder dem Ausland kommen. Für sie kann die Behandlung von Patienten aus dem Ausland – unter bestimmten Voraussetzungen – zu einer Erhöhung ihrer Arzthonorare führen, allein unter dem Aspekt das zusätzliche Patienten behandelt werden bzw. eine höhere Leistungsmenge erbracht wird. Relevant ist hier nur, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen und demnach aus welchem Topf diese Leistungen vergütet werden.
7. Wie bei den inländischen Versicherten auch, ist es bei der Behandlung von im Ausland Versicherten für die ambulant tätigen Vertragsärzte finanziell am attraktivsten, wenn sie Leistungen auf Privatrechnung (Privatliquidation) abrechnen können, gefolgt von der Abrechnung extrabudgetärer Leistungen und den „freien“ Leistungen ohne Mengenbegrenzung. Bei den Leistungen innerhalb des RLV/QZV und den anderen Leistungen außerhalb des RLV/QZV gelten einige Beschränkungen, so dass eine Ausweitung der Leistungsmenge und/oder des Patientenstammes unter bestimmten Voraussetzungen ein Risiko für den Arzt darstellt.
8. Wenn ambulant tätige Vertragsärzte aufgrund der attraktiveren Vergütung eher motiviert sind Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung an im Ausland Versicherten zu erbringen statt Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung an inländischen Versicherten, kann das problematisch werden – vor allem in unterversorgten Regionen. In überversorgten Regionen können die inländischen Versicherten auf andere Ärzte ausweichen, in unterversorgten Regionen funktioniert das nicht so gut und führt zur Verknappung vertragsärztlicher Leistungen.
9. In der vorliegenden Arbeit wurden die Abrechnungsdaten der viertgrößten deutschen gesetzlichen Krankenkassen⁶ mit über 4,5 Millionen Versicherten⁷ ausgewertet. Ihr entstehen erhebliche Finanzierungslasten aus der Betreuung von Versicherten, für die sie eigentlich gar nicht zuständig ist, aber aufgrund von EU-Recht (und bilateralen Abkommen) zur Sachleistungsaushilfe verpflichtet ist.

⁶ Vgl. VersicherungsWiki e.K., 2020, Stand: 2.10.2018.

⁷ Versicherte im Jahresdurchschnitt. Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18.

10. So betreute die AOK Bayern im Jahr 2018 zusätzlich 101.049 Versicherte⁸ (zu den eigenen Versicherten), deren eigentlich zuständiger KV-Träger im Ausland sitzt und war verpflichtet rund 106 Millionen Euro⁹ für deren Leistungsanspruchnahme in Deutschland (in Bayern) vorzufinanzieren. Diese Kosten muss sie sich im Nachhinein von den zuständigen KV-Trägern im Ausland über die Verbindungsstellen erstatten lassen – was mit einigen Trägern besser und mit anderen Trägern schlechter funktioniert.
11. Aus dieser Leistungsverpflichtung und der damit zusammenhängenden Vorfinanzierung der Leistungen können einer Krankenkasse Liquiditätsrisiken entstehen, da diesen Leistungsausgaben – bis zur Erstattung durch die ausländischen KV-Träger – erstmal keine Gegenfinanzierung gegenübersteht (den Leistungsausgaben für die eigenen Versicherten stehen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüber). Für die Finanzierung dieser Ausgaben muss sie – bei einer Überbrückung bis zu Rechnungsbegleichung – auf selbst erwirtschaftete Rücklagen zurückgreifen und kann sich das Geld dafür nicht am Kreditmarkt holen¹⁰.
12. Um die Leistungen vorzufinanzieren, kann eine Krankenkasse auf zuvor erwirtschaftete Gewinne zurückgreifen. So kann sie ihre selbst verwaltete Rücklage einsetzen und wenn das nicht ausreicht über ihr Rücklageguthaben beim Landesverband verfügen.¹¹ Sollte auch das nicht ausreichen kann sie vom Landesverband ein Darlehen aus der Gesamtrücklage erhalten.¹² Finanzstarke Krankenkassen können sich ein großes finanzielles Reservepolster anlegen, finanzschwache Kassen sind im Nachteil.
13. Eine andere Möglichkeit, um schwankende Liquiditätsreserven oder besondere Belastungen auszugleichen, stellt der verbandsinterne Finanzausgleich nach § 265 SGB V dar. Die Erhebung dieser Umlage kann vom jeweiligen Landesverband beschlossen werden und dient dem Ausgleich von bestimmten Kosten zwischen den Mitgliedskassen des Verbandes.
14. Um mittelfristig Liquiditätsprobleme zu überbrücken kann eine Krankenkasse auch einen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erheben bzw. diesen erhöhen. Im Gegensatz zu den ande-

⁸ Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

⁹ Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

¹⁰ Vgl. § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

¹¹ Vgl. § 262 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

¹² Vgl. § 262 Abs. 4 Satz 2 SGB V.

ren Mitteln wirkt sich diese Maßnahme unmittelbar auf den Wettbewerb zwischen den Kassen aus. Krankenkassen mit keinem bzw. niedrigerem Zusatzbeitrag (und niedrigerem einheitlichen Beitragssatz) sind aus Sicht eines Versicherungsnehmers finanziell attraktiver, so dass eine Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages einen Verlust an Mitgliedern bedeuten kann.

15. Bestehen bei einer Krankenkasse dagegen massive Liquiditätsprobleme, wie (drohende) Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung, kann sie noch versuchen, um eine Schließung oder Insolvenz zu vermeiden, vorübergehende finanzielle Hilfen durch andere Krankenkassen zu erhalten oder einen geeigneten Fusionspartner zu finden. So kann die Krankenkasse nicht selbst, sondern nur deren Aufsichtsbehörde, beim GKV-Spitzenverband einen Antrag auf vorübergehende finanzielle Hilfen nach § 164 SGB V stellen. Ziel dieser Hilfen ist es, der angeschlagenen Krankenkasse die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse zu erleichtern oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Kasse sicherzustellen. Zur Zwischenfinanzierung hat der GKV-Spitzenverband die Möglichkeit, ein nicht zu verzinsendes Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzunehmen.
16. Die letzte Möglichkeit der finanziellen Sanierung besteht in der Übernahme durch eine andere Kasse. Bei der Fusion kann sich die angeschlagene Krankenkasse entweder mit einer Krankenkasse derselben Art oder mit einer Krankenkasse anderer Kassenart vereinigen. Bedingung ist die Genehmigung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden.
17. Führt ein Sanierungskonzept nicht zum Erfolg und bestehen fortwährend weitere Finanzprobleme kann das zur Schließung einer Krankenkasse führen. Die Schließung einer Krankenkasse kann auf zwei Wegen erfolgen: entweder durch die Zustellung eines Schließungsbescheid von der zuständigen Aufsichtsbehörde nach § 159 SGB V oder durch die Durchführung eines Insolvenzverfahrens durch ein Insolvenzgericht.
18. Eine Liquiditätslücke kann für eine Krankenkasse folglich relativ schnell zur Existenzbedrohung werden, wenn den vorfinanzierten Leistungen keine oder eine verspätete Gegenfinanzierung gegenübersteht. Damit geht die Krankenkasse bei der Vorfinanzierung für die Leistungen der Auslandsversicherten ein höheres Risiko ein als bei der Betreuung der Inlandsversicherten, die Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen.

19. Die Betreuung der Inlandsversicherten, die Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen, stellen für die (deutschen) Krankenkassen ein geringeres Risiko dar, da ihnen die (Mehr-) Belastungen durch den Morbi-RSA ausgeglichen werden (sollen). Das (Krankheits-) Risiko der Inlandsversicherten, die im Inland wohnen und sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten, z. B. während einer Urlaubsreise, und dort Leistungen in Anspruch nehmen, wird ganz normal über den Morbi-RSA abgebildet. Für die spezielle Gruppe der Inlandsversicherten mit Wohnsitz im Ausland gibt es innerhalb des Morbi-RSA 40 eigene Risikogruppen. Diesen Versicherten wurde also ein besonderes Risiko innerhalb des Morbi-RSA zuerkannt. In zwei Fällen kann es hierbei zu Über- oder Unterdeckungen der Zuweisungen auf die Leistungsausgaben kommen. Erstens, wenn die Morbiditätsstruktur der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten deutlich höher als die der Inländer liegt, was zu einer systematischen Unterdeckung führen würde – und vice versa. Der Grund dafür liegt darin, dass einfach unterstellt wird, dass die im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten die gleiche durchschnittliche Morbidität wie die Inländer aufweisen und sich die Kalkulation des Risikos ausschließlich nach dem Risikoprofil (nach Alter und Geschlecht) der anderen Inlandsversicherten richtet. Zweitens, wenn eine Krankenkasse mehr Menschen in Wohnsitzländern mit kostenintensiverer¹³ Gesundheitsversorgung zu betreuen hat, könnte das zu einer Unterdeckung führen – und vice versa. Da für alle im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten unabhängig von deren Wohnsitzland kasseneinheitliche Zu- und Abschläge ermittelt werden, wird das länderspezifische Preisniveau der Gesundheitsversorgung im Ausland nicht berücksichtigt. Insgesamt ist das Risiko der Wettbewerbsverzerrung in diesem Bereich jedoch als relativ gering einzuschätzen, da das oberste Ziel des Morbi-RSA die Vermeidung von Risikoselektion und ein solidarischer Wettbewerb ist.

20. Der Weg der Kostenerstattung zwischen inländischer Krankenkasse und den ausländischen KV-Trägern ist wesentlich länger, da er über den Umweg der Nationalen Kontaktstellen (Verbindungsstellen) erfolgt. In der Regel dauert die Bearbeitungszeit zwischen den Trägern unterschiedlicher Mitgliedsstaaten wesentlich länger als zwischen den Trägern im Inland.

21. Grundsätzlich gibt es Fristen, in denen die Forderungen eingereicht und bezahlt werden sollen. So hat der aushelfende Träger maximal 18 Monate Zeit, die Forderungen bei der

¹³ D. h. die Vertragssätze der ausländischen (aushelfenden) KV-Träger oder die vereinbarten Fallpauschalen sind wesentlich höher als die Vertragssätze der deutschen (zuständigen) Krankenkassen.

Verbindungsstelle des zuständigen (leistungspflichtigen) Trägers einzureichen. Verspätet eingereichte Forderungen verfallen. Nach Eingang bei der Verbindungsstelle des zuständigen Trägers hat der zuständige Träger maximal 18 Monate Zeit, die Forderung zu begleichen.¹⁴

22. Sollte der zuständige Träger die Forderung aus berechtigtem Grunde zurückweisen, läuft eine Frist von drei Jahren nach Forderungseingang, in denen beide Parteien aufgerufen sind, die Beanstandung zu klären. Wird in dieser Zeit keine Einigung erzielt, kann auf Antrag seitens einer Partei ein Rechnungsausschuss für eine Stellungnahme beauftragt werden, der zur Ausarbeitung wiederum bis zu sechs Monate nach Beauftragung Zeit hat. Folglich können bei Rechnungsbeanstandungen durchaus fünf Jahre vergehen, bis die Forderung beglichen wird.¹⁵

23. Schwierig ist es, die offenen Forderungen bei ausländischen Trägern einzutreiben. Im Juli 2019 waren bei der AOK Bayern über die Jahre hinweg rund 145 Millionen Euro¹⁶ an offenen Forderungen aufgelaufen. Ein Teil verfällt durch Verfristungen.

24. Der forderungsberechtigte Träger hat nach Art. 68 der VO (EG) Nr. 987/2009 die Möglichkeit Verzugszinsen nach Ablauf der Zahlungsfrist von 18 Monaten nach Forderungseingang auf die ausstehende Forderungssumme zu erheben (hat der leistungspflichtige Träger jedoch eine Anzahlung in Höhe von mindestens 90 Prozent der gesamten Forderung innerhalb von sechs Monaten nach Forderungseingang geleistet, dürfen Verzugszinsen erst nach 36 Monaten auf die restliche Forderungssumme erhoben werden).¹⁷ Die Berechnung der Verzugszinsen richtet sich dabei nach dem Hauptrefinanzierungssatz der Europäischen Zentralbank.¹⁸ Ein Problem dabei ist, dass dieser Referenzzinssatz seit 2015 negativ ist.¹⁹ Weil kein forderungsberechtigter Träger freiwillig Minuszinsen erheben möchte (der negative Zinssatz würde dazu führen, dass die Forderungssumme kleiner würde), besteht (durch den Negativzins) kein Anreiz für die forderungspflichtigen Träger die Forderungssumme fristgemäß zu zahlen. Damit sind auch die Fristen, die durch die VO (EG) Nr. 987/2009 vorgegeben werden – siehe **Punkt 21** – ein zahnloser Tiger.

¹⁴ Vgl. Art. 67 VO (EG) Nr. 987/2009.

¹⁵ Vgl. Art. 67 VO (EG) Nr. 987/2009.

¹⁶ Daten: AOK Bayern, Stand: 07/2019.

¹⁷ Vgl. Art. 67 VO (EG) Nr. 987/2009.

¹⁸ Vgl. Art. 68 Abs. 2 VO (EG) Nr. 987/2009.

¹⁹ Vgl. European Money Market Institute, 2021.

25. Weitere Sanktionsmöglichkeiten für den Zahlungsverzug einer Krankenkasse werden weder in den EU-Verordnungen noch in der Richtlinie 2011/24/EU genannt. Man könnte vermuten, dass es zwischen den verschiedenen KV-Trägern in den EU-Staaten erstens bestimmte Deeskalationsstufen gibt und zweitens vielleicht bilaterale Verrechnungsabkommen zwischen den Verbindungsstellen geschlossen wurden. Mit wie vielen Verbindungsstellen anderer Staaten die deutsche Verbindungsstelle solche Abkommen geschlossen hat, ist allerdings nicht bekannt, genauso wenig wie über die darin festgelegten Modalitäten. Da es aber auch keine Pflicht gibt, bilaterale Verrechnungsabkommen abzuschließen, kann davon ausgegangen werden, dass Verbindungsstellen von Ländern, in denen die Träger wirtschaftlich nicht so gut aufgestellt sind, eher weniger dazu motiviert sind, solche Vereinbarungen abzuschließen.
26. Über die (De-) Eskalationsstufen, auf bspw. ministerieller Ebene, ist ebenso wenig öffentlich bekannt. Eine deutsche gesetzliche Krankenkasse darf (eigentlich) gar nicht eine zu spät eingereichte Forderung begleichen, da sie erstens gemäß Art. 67 Abs. 4 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 nicht dazu verpflichtet ist und es zweitens gemäß § 4 SGB V eine Veruntreuung von Beitragsgeldern darstellen würde. Wenn die Politik nun jedoch darauf drängt, dass die Forderung doch noch bezahlt werden soll, hat das zuständige Ministerium die Möglichkeit eine aufsichtsrechtliche Anweisung zur Zahlung zu geben.
27. Bleiben Rückzahlungen aus (da es erstens nicht möglich ist offene Forderungen einzutreiben und zweitens Zahlungsanreize durch den negativen Euribor Zinssatz fehlen) kann eine Krankenkasse in eine wirtschaftliche Existenznot geraten, so dass Geldmittel für die eigenen Versicherten fehlen. Wenn dann zur Rettung der Kasse die Pflichtbeiträge und die individuellen Zusatzbeiträge steigen oder auch die Bundeszuschüsse zur GKV angehoben werden, wird das zum gesamtgesellschaftlichen Problem. Zusätzlich wird auch eine Gerechtigkeitsdebatte ausgelöst, wenn die Finanzierungslasten aus der Sachleistungsaushilfe sich asymmetrisch auf die gesetzlichen Krankenkassen verteilen oder international betrachtet, wenn sich einige Träger verschulden und andere Träger dafür die Konsequenzen tragen müssen.
28. Um das Risiko von Forderungsausfällen und ihre Liquiditätswirkung gleichmäßiger zu verteilen, könnte der Gesetzgeber das Risiko auf den Gesundheitsfonds oder auf die Verbindungsstelle verlagern. Die Idee, dass die Verbindungsstelle als alleiniger aushelfender Träger für die Auslandsversicherten zuständig ist, würde auch das Problem lösen, dass sich die

Auslandsversicherten ungleichmäßig auf die deutschen Krankenkassen verteilen und einige Kassen durch deren Betreuung mehr und andere weniger belastet werden. Es ist zu vermuten, dass die Kassen, die weniger dadurch belastet werden, auch einen geringeren Anreiz dazu haben, etwas an dem bestehenden System, z. B. durch ihre Stimme im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, zu verändern.

29. Insgesamt muss auf europäischer Ebene eine Lösung gefunden werden, wie zu verfahren ist, wenn KV-Träger ihren Verpflichtungen nicht nachkommen können oder wollen. Krankenkassen muss es möglich sein, Außenstände einzuklagen. Dafür gibt es bislang in der EU noch keinen Rechtsweg. Es war nicht eingeplant, dass ein KV-Träger seinen Forderungen nicht nachkommt. Es ist davon auszugehen, dass auf europäischer Ebene die angeführten Probleme bekannt sein dürften und an Lösungen gearbeitet wird.

Literatur- und Rechtsquellenverzeichnis

AOK Bayern (2019): Geschäftsbericht 2018, Nürnberg

European Money Market Institute (2021): Euribor-Werte pro Jahr, von www.euribor-rates.eu/de/euribor-werte-pro-jahr/ abgerufen am 30.3.2021

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) vom 23.4.2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), zuletzt geändert durch Art. 6 G. v. 11.7.2021 (BGBl. I S. 2754)

Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011, ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45, zuletzt geändert durch Richtlinie 2013/64/EU des Rates vom 17.12.2013, ABl. L 353 vom 28.12.2013, S. 8 m. W. v. 1.1.2014

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Art. 1 G. v. 20.12.1988, BGBl. I S. 2477, 2482), zuletzt geändert durch Art. 2 G. v. 18.03.2022 (BGBl. I S. 473)

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004, ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1, ber. ABl. L 213 vom 12.8.2015, S. 65, zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2019/1149 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20.6.2019, ABl. L 186 vom 11.7.2019, S. 21 m. W. v. 31.7.2019

Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1, ber. ABl. L 54 vom 24.2.2018, S. 18, zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 2017/492 der Kommission vom 21.3.2017, ABl. L 76 vom 22.3.2017, S. 13 m. W. v. 1.1.2018

VersicherungsWiki e.K. (2018): Beitragssatz 2018: Zusatzbeitrag 2018 der gesetzlichen Krankenkassen, Stand: 2.10.2018, von www.krankenkassen.wiki/cms/gkv/info/grundlagen/gkv/beitragssatz-und-zusatzbeitrag-der-gesetzlichen-Krankenkassen-2018 abgerufen am 10.12.2020