

Romy Emmerich

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

Dissertation

2022

Andrássy Gyula Deutschsprachige Universität Budapest

Interdisziplinäre Doktorschule

Leiterin: Prof. Dr. Ellen Bos

Romy Emmerich

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

Betreuer: Prof. Dr. Hanjo Allinger

Promotionsausschuss:

Vorsitzender: Prof. Dr. Stefan Okruch

Gutachter: Prof. Dr. Horst Kunhardt

Dr. Jörg Dötsch

Mitglieder: Prof. Dr. Martina Eckardt

Prof. Dr. Wolfgang Nagel

Eingereicht: Juni 2022

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	III
Tabellenverzeichnis .....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	V
Begriffsklärungen .....	VI
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Grundlagen .....</b>	<b>4</b>
2.1 Motive für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ..	4
2.2 Rechtsgrundlagen .....	6
2.2.1 EG-/EWR-Recht und deutsches Recht.....	6
2.2.2 Bilaterale Abkommen .....	10
2.2.3 Länder nach Anspruchsrecht.....	11
2.2.4 Zugang zur Gesundheitsversorgung anderer Länder .....	13
2.2.5 Besondere Personengruppen: Grenzgänger, Staatenlose und Flüchtlinge .....	15
2.3 Erstattungsarten .....	18
2.3.1 Erstattung nach der VO (EG) Nr. 883/2004 und der RL 2011/24/EU.....	18
2.3.1.1 Erstattung auf Grundlage von tatsächlichen Aufwendungen .....	18
2.3.1.2 Erstattung auf Grundlage von Pauschalbeträgen .....	18
2.3.1.3 Andere Verfahren und Erstattungsverzicht .....	22
2.3.2 Erstattung nach den SVA .....	23
2.4 Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland .....	23
2.5 Erstattungswege .....	25
2.5.1 Kostenerstattung zwischen Versicherten und zuständigem Träger .....	25
2.5.2 Kostenerstattung zwischen aushelfendem und zuständigem Träger.....	27
2.5.3 Kostenerstattung zwischen Leistungserbringer und zuständigem Träger.....	28
2.6 Mögliche individuelle und gesellschaftliche Wohlfahrtsgewinne und -verluste.....	29
2.6.1 Versicherte .....	30
2.6.2 Leistungserbringer.....	31
2.6.2.1 Haus- und Fachärzte .....	31
2.6.2.2 Krankenhäuser .....	39
2.6.3 Leistungsträger.....	46
2.6.4 Volkswirtschaft .....	48
<b>3. Analyse individuell zur Verfügung gestellter Datenquellen .....</b>	<b>50</b>
3.1 Analyse öffentlich zugänglicher Datenquellen.....	50
3.2 Quantitative Einordnung von Umfang und Kostenwirkung grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen.....	54
3.3 Mögliche Auswirkungen auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds .....	60
3.4 Datensatz der AOK Bayern .....	67
3.4.1 Die AOK Bayern als zuständiger Träger .....	69
3.4.1.1 Versicherte im Inland (Wohnsitz im Ausland).....	69
3.4.1.2 Kosten als zuständiger Träger .....	81
3.4.1.2.1 Leistungsausgaben.....	81
3.4.1.2.2 Forderungen.....	81
3.4.1.2.3 Verpflichtungen.....	82
3.4.2 Die AOK Bayern als aushelfender Träger .....	85
3.4.2.1 Versicherte im Ausland (Aufenthalt in Deutschland) .....	85

3.4.2.2 Kosten als aushelfender Träger .....	94
3.4.2.2.1 Leistungsausgaben.....	95
3.4.2.2.2 Forderungen.....	97
3.4.2.2.3 Verpflichtungen.....	103
3.4.2.2.4 Außenstände .....	103
3.4.3 Limitierungen durch eingeschränkte Qualität der Daten .....	106
<b>4. Kosten und Wettbewerbsrisiken durch asymmetrisch verteilte Finanzierungslasten</b>	<b>111</b>
4.1 Kritische Würdigung der Kostenverteilung transnationaler Gesundheitsleistungen aus ökonomischer Perspektive .....	111
4.1.1 Kosten im Jahr 2018 .....	111
4.1.2 Entwicklung der Kosten von 2006 bis 2018 .....	118
4.2 Risiken struktureller Mehrkosten für die Kostenträger .....	120
4.2.1 Kostenrisiken durch Inlandsversicherte mit Leistungsinanspruchnahme im Ausland.....	121
4.2.1.1 Vernachlässigung unterschiedlicher Morbiditätsrisiken .....	121
4.2.1.2 Vernachlässigung unterschiedlicher Kostenstrukturen .....	123
4.2.2 Kostenrisiken durch Auslandsversicherte mit Leistungsinanspruchnahme im Inland .....	125
4.3 Auswirkungen auf den Wettbewerb der Krankenkassen.....	126
4.3.1 Liquiditätsrisiken durch Leistungsverpflichtungen ohne Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.....	126
4.3.2 Liquiditätsrisiken durch verspätete oder verweigerte Zahlungen zuständiger Träger im Ausland .....	130
4.4 Strukturelle und systemische Ursachen ungleicher Belastungswirkungen für Kostenträger .....	133
4.5 Reformansätze zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen .....	135
4.5.1 Verlagerung von Risiken auf den Gesundheitsfonds .....	135
4.5.2 Verlagerung von Risiken auf die Verbindungsstelle Ausland .....	136
4.5.3 Hilfe zur Selbsthilfe: Eröffnung des Klageweges.....	137
4.6 Ansatzpunkte für weitergehende Forschungen.....	137
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>139</b>
Literaturverzeichnis.....	145
Rechtsquellenverzeichnis .....	151
Danksagung .....	155

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zugang zur Gesundheitsversorgung anderer Länder .....	13
Abbildung 2: Honorarbestandteile für Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte) .....	32
Abbildung 3: Vergütungsbestandteile für zugelassene Krankenhäuser .....	40
Abbildung 4: GKV-Gesamtausgaben für Auslandsleistungen (in Millionen Euro) .....	55
Abbildung 5: Versicherte mit Wohnsitz im Ausland (Köpfe im Jahresdurchschnitt) .....	73
Abbildung 6: Entwicklung der Verpflichtungen gesamt (in Euro) .....	82
Abbildung 7: Entwicklung der Verpflichtungen pro Kopf (in Euro) .....	83
Abbildung 8: Entwicklung der im Ausland Versicherten (Köpfe im Jahresdurchschnitt) .....	86
Abbildung 9: Entwicklung der Leistungsausgaben gesamt (in Euro) .....	95
Abbildung 10: Entwicklung der Leistungsausgaben pro Kopf (in Euro) .....	96
Abbildung 11: Entwicklung der Forderungen gesamt (in Euro) .....	98
Abbildung 12: Entwicklung der Forderungen pro Kopf (in Euro) .....	98
Abbildung 13: Entwicklung der Außenstände gesamt (in Euro) .....	103
Abbildung 14: Entwicklung der Außenstände pro Kopf (in Euro) .....	104
Abbildung 15: Entwicklung der Euribor-Zinssätze .....	132

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der VO (EG) Nr. 883/2004 mit der RL 2011/24/EU.....	8
Tabelle 2: Länder nach Anspruchsrecht in Bezug zu Deutschland.....	12
Tabelle 3: Pauschalbeträge für Sachleistungen pro Person in 2015 (in Euro).....	20
Tabelle 4: Abrechnungsweg über die Verbindungsstellen.....	27
Tabelle 5: GKV-Ausgaben für Auslandsleistungen insgesamt und je Versicherten 2018.....	56
Tabelle 6: Berücksichtigungsfähigkeit für Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.....	61
Tabelle 7: Netto-Verwaltungskosten je Versicherten 2018 .....	62
Tabelle 8: Auslandsversicherte (Stichtag 1. Juli 2018).....	65
Tabelle 9: Versicherte mit Wohnsitz im Ausland je Land (Köpfe im Jahresdurchschnitt) .....	76
Tabelle 10: Offene Verpflichtungen je Land (in Euro).....	84
Tabelle 11: Im Ausland Versicherte je Land (Köpfe im Jahresdurchschnitt).....	87
Tabelle 12: Offene Forderungen je Land (in Euro).....	100
Tabelle 13: Verfristete Forderungen je Land (in Euro).....	102
Tabelle 14: Außenstände je Land (in Euro) .....	105
Tabelle 15: Zusammenfassung der Kosten (Sachleistungsaushilfe) im Jahr 2018 .....	111
Tabelle 16: Zusammenfassung der Kosten (Sachleistungsaushilfe) im Jahr 2006 und 2018	118

## Abkürzungsverzeichnis

AOK .....	Allgemeine Ortskrankenkasse
AsylbLG .....	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG .....	Aufenthaltsgesetz
AusAGG .....	Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen
BKK .....	Betriebskrankenkasse
BMG .....	Bundesministerium für Gesundheit
CLEISS .....	Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité
DKI .....	Deutsches Krankenhausinstitut
DQ .....	Deckungsquote
DRG .....	Diagnosis Related Groups
DVKA .....	Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland
EBM .....	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EFTA .....	European Free Trade Association
EG .....	Europäische Gemeinschaft
EGV .....	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
EHIC .....	European Health Insurance Card
EU .....	Europäische Union
EuGH .....	Europäischer Gerichtshof
EWR .....	Europäischer Wirtschaftsraum
GKV .....	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ .....	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ .....	Gebührenordnung für Zahnärzte
IGeL .....	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK .....	Innungskrankenkasse
KBS .....	Knappschaft-Bahn-See
KHEntgG .....	Krankenhausentgeltgesetz
KV .....	Kassenärztliche Vereinigung
KVdR .....	Krankenversicherung der Rentner
LKK .....	Landwirtschaftliche Krankenkasse
MDK .....	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MGV .....	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MOE .....	Mittel- und Osteuropa
NHS .....	National Health Service
ÖGK .....	Österreichische Gesundheitskasse
PEB .....	Provisorische Ersatzbescheinigung
PIIGS .....	Portugal, Italien, Irland, Griechenland und Spanien
PKV .....	Private Krankenversicherung
QZV .....	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen
RLV .....	Regelleistungsvolumen
RSA .....	Risikostrukturausgleich
RSaV .....	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB .....	Sozialgesetzbuch
StGB .....	Strafgesetzbuch
SVA .....	Sozialversicherungsabkommen
TK .....	Techniker Krankenkasse
VDEK .....	Verband der Ersatzkassen e. V.
VO .....	Verordnung

# Begriffsklärungen

## Versicherte

Der Versicherte<sup>1</sup> ist im Sozialgesetzbuch (SGB) V eindeutig definiert. Es handelt sich um eine Person, die entweder als Mitglied<sup>2</sup> oder Familienversicherter<sup>3</sup> bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) in Deutschland gegen das Risiko Krankheit versichert ist. Der Versicherungsschutz im Krankheitsfall basiert im Wesentlichen darauf, dass den Beitragseinnahmen der Krankenkassen die gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsansprüche der Versicherten gegenüberstehen. Der Wert des übernommenen Versicherungsschutzes lässt sich jedoch nicht an der Beitragshöhe messen. Durch das Solidaritätsprinzip verteilt sich das individuelle Krankheitsrisiko auf alle Beitragszahler (Solidargemeinschaft bzw. Risikogemeinschaft). In anderen Ländern, wie z. B. Dänemark, Großbritannien, Portugal oder Schweden, werden die Leistungen der Krankenversicherung hingegen erheblich oder vollständig aus Steuermitteln finanziert, so dass es sich hierbei nicht um einen Versicherten (im Sinne des SGB V) handelt, da das Versicherungsprinzip ein anderes ist. Im Kontext des über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrechts ist es aber üblich, für jede Person, die in einem System der sozialen Sicherung gegen das Krankheitsrisiko abgesichert ist, unabhängig von der Art der Finanzierung des Versicherungssystems, den Begriff Versicherter zu verwenden. Zur besseren Lesbarkeit werden im Folgenden auch Personen aus überwiegend steuerfinanzierten Systemen als Versicherte bezeichnet.

## Grenzgänger

Grenzgänger sind Personen, die in einem anderen EU- bzw. EFTA-Staat<sup>4</sup> arbeiten als sie wohnen und regelmäßig, jedoch mindestens einmal in der Woche, in den Wohnsitzstaat zurückkehren.<sup>5</sup> Im deutschen Steuerrecht wird der Begriff zum Grenzpendler abgegrenzt. In diesem Kontext spielt der Unterschied jedoch keine Rolle und wird der Ausdruck Grenzgänger ausschließlich im sozialversicherungsrechtlichen Sinne verwendet.

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Die Mitgliedschaft in einer GKV ist für bestimmte Personengruppen unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtend (§ 5 SGB V) oder freiwillig (§ 9 SGB V).

<sup>3</sup> Nach § 10 SGB V sind Familienangehörige unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert.

<sup>4</sup> Zu den EFTA-Staaten gehören Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz.

<sup>5</sup> Vgl. Art. 1 f. VO (EG) Nr. 883/2004.

## **Wohnort und Aufenthalt**

Mit einem wohnhaften Versicherten ist im Folgenden immer eine Person gemeint, die ihren Wohnsitz in einem bestimmten Geltungsbereich hat. Mit Wohnortstaat wird der Staat bezeichnet, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz hat, mit Beschäftigungsstaat der Staat, in dem der Arbeitgeber des Versicherten seinen Sitz hat. Es wird zwischen Wohnort, dem Ort des gewöhnlichen Aufenthalts, und Aufenthalt, im Sinne von vorübergehendem Aufenthalt, unterschieden.

## **Träger**

Mit Träger wird die Einrichtung oder Behörde bezeichnet, die für die Anwendung der Rechtsvorschriften vollständig oder partiell zuständig ist. Zuständiger Träger bezeichnet denjenigen Träger, bei dem die betreffende Person zum Zeitpunkt der Leistungsbeantragung versichert ist bzw. demgegenüber der Versicherte einen Leistungsanspruch hat. Träger des Wohnorts und Träger des Aufenthalts ist der Träger, der nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für die Leistungsgewährung an dem Ort zuständig ist, wo der Versicherte wohnt oder sich aufhält. Wenn es im Ausland keinen gesetzlichen Träger gibt, dann ist mit „ausländischer Träger“ der von der zuständigen Einrichtung oder Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichnete Träger gemeint.

## **Rechtsvorschriften**

Die Rechtsvorschriften basieren in der Regel auf den EU-Verordnungen „zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit“, der EU-Richtlinie „über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ und den bilateralen Sozialversicherungsabkommen (SVA) „über Soziale Sicherheit“. Zu Gunsten der Übersichtlichkeit werden diese ausschließlich in der Kurzform angeführt, z. B. VO (EG) Nr. 883/2004 oder RL 2011/24/EU.

## **Thematischer Fokus**

Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wird in den wichtigsten Prinzipien und immer im Hinblick auf die Datenanalyse und der Ergebnisdiskussion dargestellt. Der Fokus wird dabei recht eng auf die rechtlichen Anspruchsgrundlagen, die Rolle der nationalen Kontaktstellen (insbesondere die Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland (DVKA)) und die Finanzierung einer gesetzlichen Krankenkasse gelegt. Aus Konsistenz- und Kohärenzgründen wird ein hoher Grad an Abstraktion angestrebt, der es weder erlaubt auf komplexe

Strukturen im Gesundheitswesen, z. B. warum das schwedische und das niederländische Gesundheitssystem bei einer vergleichsweise jungen Bevölkerung relativ teuer im EU-weiten Vergleich sind,<sup>6</sup> noch auf technische Detailfragen einzugehen, z. B. ob die Ehefrau, als mitversicherte Familienangehörige eines Grenzgängers in Rente mit Wohnsitz in Deutschland, einen Anspruch auf die Fortsetzung einer in den Niederlanden begonnen Behandlung hat.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Die Deutschen gaben 2019 – gemessen an der Wirtschaftsleistung – am meisten für ihr Gesundheitssystem aus: 11,70 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Die Schweden gaben 10,87 Prozent aus, die Niederländer 10,17 Prozent. Pro Einwohner gaben die Schweden 5.041,77 Euro, die Deutschen 4.855,33 Euro und die Niederländer 4.748,67 Euro aus. Das Medianalter der Bevölkerung lag in Deutschland bei 46,0 Jahren (zweithöchster Wert), das von den Niederlanden und den Schweden lag dagegen relativ niedrig bei 42,7 und 40,5 Jahren. Daten: Eurostat, 2022 a, Eurostat, 2022 b und Eurostat 2022 c.

<sup>7</sup> Nein, hat sie nicht. Die deutsche Krankenkasse hat aber die Möglichkeit ihr die Behandlung als Ermessensleistung zu genehmigen. Vgl. GKV-Spitzenverband, 2015, S. 12-13.

# 1. Einleitung

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<sup>8</sup> verschärfen, nationale Allokationsentscheidungen und Prioritätensetzungen<sup>9</sup> unterminiert werden, die Berechnungen von planungsbedürftigen Gesundheitsleistungen<sup>10</sup> komplexer werden und die Kosten der Versicherten- bzw. Steuergemeinschaft ansteigen<sup>11</sup>.

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. Ein festgestelltes Problem wird in **Kapitel 3.1** die mangelhafte Datengrundlage in diesem Bereich sein.

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

---

<sup>8</sup> Im engeren Sinne ist damit gemeint, dass es zu einer Verlagerung eines im Inland bestehenden Versorgungsproblems auf das Ausland kommt, indem durch Patientenabwanderungen notwendige Reformen zur Verbesserung eines defizitären Gesundheitssystems ausbleiben, da der gesundheitspolitische Druck geringer ausfällt. Damit würde sich das Gesundheitssystem in einem Teufelskreis befinden: Je mehr Menschen sich die Kosten der Auslandsbehandlungen erstatten lassen, desto unterfinanzierter ist das nationale System (= regionale Gesundheitsversorgung).

<sup>9</sup> Prioritätensetzung im Gesundheitssystem findet vor allem durch den Ausschluss bestimmter Leistungen, Wartelisten oder finanzielle Barrieren, wie z. B. Zuzahlungen, statt.

<sup>10</sup> Gegenstand einer Planung sind solche Gesundheitsleistungen, die „den Einsatz einer hochspezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordern“. Dazu gehört der Krankenhausesektor. Zit. und vgl. Nr. 40 und 41 RL 2011/24/EU.

<sup>11</sup> Das kann bspw. dadurch erfolgen, dass (a) nach der VO (EG) Nr. 883/2004 die tatsächlichen Kosten des ausländischen Trägers erstattet werden, d. h. auch wenn sie höher als die inländischen Vertragssätze liegen, oder durch (b) eine Mengenausweitung, weil die nationalen Rationierungen umgangen werden können.

- 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.

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.

Der Schwerpunkt bei der Datenanalyse liegt dabei auf den folgenden Kennzahlen:

- a) Anzahl der (Inlands-) Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, und dort Gesundheitsleistungen zu Lasten ihrer heimischen Krankenkasse in Anspruch genommen haben (und bei denen die betrachtete Krankenkasse der zuständige Träger ist)
- b) Höhe der Verpflichtungen, die der Krankenkasse durch die Versicherten in a) gegenüber ausländischen Trägern entstehen
- c) Anzahl der Versicherten, die bei einem ausländischen Träger versichert sind, und bei ihrem Aufenthalt in Deutschland Gesundheitsleistungen zu Lasten ihrer heimischen Krankenkasse in Anspruch genommen haben (und dafür die betrachtete Krankenkasse als aushelfenden Träger gewählt haben)
- d) Höhe der Leistungsausgaben, die der (aushelfenden) Krankenkasse durch die Versicherten in c) entstehen
- e) Höhe der Forderungen, die der (aushelfenden) Krankenkasse durch die Versicherten in c) gegenüber ausländischen Trägern entstehen
- f) Höhe der Außenstände, die der (aushelfenden) Krankenkasse durch die Versicherten in c) gegenüber ausländischen Trägern entstehen.

Da eine zwischenstaatliche Kostenerstattung im deutschen GKV-System nur auf Grundlage der VO (EG) Nr. 883/2004, der Umsetzung der RL 2011/24/EU im SGB V oder eines SVA, das das zwischenstaatliche Krankenversicherungsrecht regelt, möglich ist, beschränkt sich systeminhärent die Auswahl der Länder in der Analyse auf die Länder in **Tabelle 2**.

Aufbauend auf dieser 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.

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.

## 2. Grundlagen

### 2.1 Motive für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Menschen werden auch über Ländergrenzen hinweg immer mobiler. Fast jede Verkehrs-, Tourismus- und Arbeitsmarktstatistik kann diesen Trend belegen.

So stiegen in Bayern allein im Bereich Ausländerreiseverkehr die Gästeankünfte im Jahr 2018 auf knapp zehn Millionen (+5,9 Prozent im Vergleich zum Vorjahr) und die Zahl der Übernachtungen auf rund 20 Millionen (+7,1 Prozent im Vergleich zum Vorjahr).<sup>12</sup> Betrachtet man dabei nur die europäischen Herkunftsländer dann zeigt sich, dass die meisten ausländischen Gäste aus Österreich (13,9 Prozent), den Niederlanden (13,3 Prozent), der Schweiz (11,2 Prozent), Italien (9,8 Prozent) und Großbritannien/Nordirland (8,4 Prozent) nach Bayern kamen.<sup>13</sup> Zum Arbeiten kamen im gleichen Jahr rund eine halbe Million Menschen aus den anderen EU-Mitgliedstaaten nach Bayern, die dort einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgingen. Von diesen Beschäftigten waren die meisten mit rumänischer (18,9 Prozent), polnischer (13,1 Prozent), kroatischer (11,5 Prozent) und italienischer (9,8 Prozent) Staatsangehörigkeit.<sup>14</sup> Gleichzeitig zieht es aber auch viele Deutsche zum Arbeiten, Leben oder Urlaub machen ins Ausland. Laut Statistischem Bundesamt verlegten 261.851 Deutsche allein im Jahr 2018 ihren Wohnsitz ins Ausland<sup>15</sup> und 135.300 gingen zum Studieren dorthin<sup>16</sup>. Die Deutsche Rentenversicherung zahlte im Jahr 2018 insgesamt 66.146 Renten (5,2 Prozent) ins Ausland, wovon 47.897 Zahlungen (72,4 Prozent) in die anderen EU-Länder gingen. Von den EU-Ländern gingen die meisten Rentenzahlungen nach Italien (25,6 Prozent), Spanien (14,6 Prozent), Frankreich (11,9 Prozent), Österreich (9,1 Prozent) und Griechenland (7,5 Prozent). In die übrigen europäischen Länder gingen 10.960 Rentenzahlungen (16,6 Prozent).<sup>17</sup>

Auch die Patienten werden immer mobiler und haben eine hohe Bereitschaft in ein anderes Land zu reisen, wenn sie dort eine Behandlung in Anspruch nehmen können, die in ihrem Heimatland nicht verfügbar ist oder sie sich eine bessere Qualität der Behandlung versprechen. Auch die Behandlung durch einen international berühmten Spezialisten, eine schnellere oder kostengünstigere Behandlung können Beweggründe dafür sein. Das Motiv der näheren Behandlung am Wohnort trifft dagegen wohl nur auf Grenzgänger zu und erfolgt eher selten, genauso wie, dass die Behandlungsreise spontan angetreten wird.<sup>18</sup>

---

<sup>12</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019 a, S. 17.

<sup>13</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019 a, S. 17, eigene Berechnung.

<sup>14</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019 b, S. 34, eigene Berechnung.

<sup>15</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2020 a, S. 57.

<sup>16</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2020 b, S. 11.

<sup>17</sup> Vgl. Deutsche Rentenversicherung, 2019, S. 19.

<sup>18</sup> Vgl. Europäische Union, 2015, S. 8.

Sowohl Reiseanalysen von Reiseveranstaltern als auch Krankenkassenmitgliederbefragungen sowie amtliche Statistiken können den zunehmenden internationalen Medizintourismus<sup>19</sup> belegen. Nach dem Statistischen Bundesamt verbuchte bspw. die GKV Ausgaben im Ausland in Höhe von 1,217 Milliarden Euro (+8,2 Prozent im Vergleich zum Vorjahr) für alle Dienstleistungen und Güter des Gesundheitswesens, welche die Versicherten im Jahr 2018 bezogen haben.<sup>20</sup>

Eine von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebene Studie kam zum Ergebnis, dass sich fünf Prozent (=1.299) der an der Befragung teilgenommenen EU-Bürger für eine medizinische Behandlung im Zeitraum zwischen Oktober 2013 bis Oktober 2014 ins Ausland begeben haben. Bei drei Prozent handelte es sich um ungeplante medizinische Behandlungen, bei zwei Prozent war die Behandlung vorab geplant gewesen. Dabei ließen sich vor allem Menschen aus Luxemburg (16 Prozent), Italien (12 Prozent), Ungarn (10 Prozent), Rumänien (8 Prozent), Portugal, der Tschechischen Republik und Polen (jeweils 7 Prozent) in einem anderen EU-Land behandeln, wohingegen es nur zwei Prozent aus Deutschland dazu ins EU-Ausland zog. In der gleichen Studie gaben 15 Prozent (=195) von den Befragten an, die sich in einem anderen EU-Land behandeln ließen, dass bei der Kostenerstattung durch ihren zuständigen Träger Probleme auftraten. Welche Probleme genau auftraten ließ die Studie offen.<sup>21</sup>

Die erhöhte Mobilität verbunden mit der gestiegenen Erwartungshaltung der Patienten, sich auch im Ausland wie zu Hause oder nach höheren Qualitätsstandards behandeln lassen zu können, bei gleichzeitig relativ unkomplizierter Abrechnung kann auch zu Chancen bei Leistungserbringern, Leistungsträgern und Volkswirtschaften führen. Begriffe wie „Medizintourismus“, „Krankenhausvergleichsportale“, „Patientenvermittlung“ und „Bestpreisgarantie“ für Behandlungen illustrieren die Globalisierung im Gesundheitsbereich und machen gleichzeitig deutlich, wie umkämpft der Markt für Gesundheitsgüter und Gesundheitsdienstleistungen international bereits ist. Nun ist es relativ einfach, sich vorzustellen, dass Gesundheitssysteme, in denen es lange Wartezeiten auf Arzt- und Operationstermine gibt, innovative Medikamente und Therapien ein langes Genehmigungsverfahren unterlaufen müssen und deren Ausstattung und Infrastruktur vergleichsweise marode und ineffizient ist, im Wettbewerb um internationale Patienten verlieren. Dagegen können jene Länder, deren Gesundheitssysteme im Vergleich leistungsfähiger sind, vom guten Ruf bei ausländischen Patienten profitieren.

---

<sup>19</sup> Medizintourismus („medical tourism“) bezeichnet Reisen ins Ausland, bei denen medizinische Versorgung in Anspruch genommen wird. In Deutschland wird der Begriff Gesundheitstourismus dazu synonym verwendet oder (unklar) abgegrenzt, indem damit die präventiven Leistungen gemeint sind.

<sup>20</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2021.

<sup>21</sup> Vgl. Europäische Union, 2015, S. 5-6.

## 2.2 Rechtsgrundlagen

### 2.2.1 EG-/EWR-Recht und deutsches Recht

Seit dem Jahr 1972<sup>22</sup> gibt es für alle Versicherten in der EU/EWR/Schweiz die Möglichkeit, sich die in einem anderen EU-Mitgliedstaat in Anspruch genommene Gesundheitsleistung unter bestimmten Voraussetzungen durch den heimischen Krankenversicherungsträger erstatten zu lassen. Grundlage dafür bildete die VO (EWG) Nr. 1408/71<sup>23</sup>, die das Sozialversicherungsrecht zwischen den Staaten koordinieren und dazu dienen sollte, dass Versicherte gleiche oder ähnliche Leistungen der Heimat-Sozialversicherung auch im Hoheitsgebiet eines anderen EU-Mitgliedstaates beanspruchen können. Diese Verordnung wurde am 1.5.2010 durch die VO (EG) Nr. 883/2004<sup>24</sup> abgelöst. In beiden Verordnungen ist festgelegt, dass der Versicherte Anspruch auf die sog. aushilfsweise Sachleistungsgewährung unter folgenden Voraussetzungen hat:

- Die Sachleistungen müssen während des Aufenthalts in einem anderen als dem Wohnsitzstaat medizinisch notwendig sein (unter Berücksichtigung der Leistungsart und der Aufenthaltsdauer) oder
- der Versicherte hat vorher die Genehmigung zur Inanspruchnahme von Sachleistungen im anderen EU-Mitgliedstaat von seinem Krankenversicherungsträger eingeholt.<sup>25</sup>

Der Versicherte hat mit der Verordnung damit die Möglichkeit sich die Kosten für beide Behandlungsarten erstatten zu lassen, nämlich sowohl für die

- ungeplante Behandlung im Ausland, das sind dringende medizinisch bzw. sofort notwendige Behandlungen, die in der Regel nicht bis zur Rückreise aufschiebbar sind, wie z. B. eine Knochenfraktur oder ein Herzinfarkt, als auch die
- geplante Behandlung im Ausland, bei der sich der Versicherte bestimmte Leistungen gezielt auswählt und für die Inanspruchnahme die Zustimmung seiner Krankenkasse benötigt, was ja auch bei manchen Behandlungen in Deutschland der Fall ist, wie z. B. beim Zahnersatz oder einer Kur.

Wesentlich vereinfacht wurde das Verfahren der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe während eines Auslandsaufenthalts durch die Einführung der European Health Insurance Card (EHIC), die in den meisten EU-/EWR-Staaten sowie der Schweiz seit dem 1.6.2004 an die

---

<sup>22</sup> Die VO (EWG) Nr. 1408/71 ist am 1.10.1972 in Kraft getreten.

<sup>23</sup> In Verbindung mit der VO (EWG) Nr. 574/72.

<sup>24</sup> In Verbindung mit der VO (EG) Nr. 987/2009.

<sup>25</sup> Vgl. Art. 22 VO (EWG) Nr. 1408/71 sowie Art. 19 und Art. 20 VO (EG) Nr. 883/2004.

Versicherten ausgegeben werden. Sie verringert den bürokratischen Aufwand für die Versicherten, indem die Karte heute fast vollständig die bisherigen Anspruchsbescheinigungen der Krankenversicherungsträger (Vordrucke, wie z. B. das Formular E 111) ersetzt.

Während die beiden Verordnungen vorwiegend die Freizügigkeit der Arbeitnehmer im Blick hatten, gab es in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) ab dem Jahr 1998 eine Reihe von richtungsweisenden Urteilen, welche auch den freien Waren- und Dienstleistungsverkehr im Bereich des Gesundheitswesens betrafen. Der EuGH bestätigte seine Position immer wieder in weiteren ähnlich gelagerten Fällen, so dass die Europäische Kommission daraufhin die RL 2011/24/EU („Patientenrichtlinie“) entwickelte, deren Rechts- und Verwaltungsvorschriften bis zum 25.10.2013 in allen EU-Mitgliedstaaten in die nationalen Gesetzgebungen aufzunehmen waren.<sup>26</sup> Obwohl die EuGH-Rechtsprechung und die Erstellung der Richtlinie den Anschein erwecken, dass erst mit ihnen die Freizügigkeit im Gesundheitsmarkt hergestellt wurde, ist das Gegenteil der Fall. Tatsächlich war die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ja schon viel früher über die beiden Verordnungen möglich. Zudem wurden in Deutschland schon relativ früh (mit § 13 Abs. 4-6 SGB V) neue Kostenerstattungsregeln für Behandlungen im EU-Ausland eingeführt, nämlich mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetz zum 1.1.2004. Allerdings kann man das, wenn man will, auch schon als Reaktion auf die EuGH-Rechtsprechung sehen.

Die **Table 1** vergleicht die VO (EG) Nr. 883/2004 mit der RL 2011/24/EU. Beide Regelungen sind nebeneinander anwendbar und der Versicherte kann es sich aussuchen, ob er seinen Anspruch auf Grundlage der Verordnung oder der Richtlinie geltend macht und die für ihn vorteilhafteren Ansprüche nutzen.<sup>27</sup> Im Hinblick auf die Vorabgenehmigung erscheint die Richtlinie 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“<sup>28</sup>) für die Behandlung im Ausland nennt. Auch darf der Versicherte nach der Richtlinie die Leistungserbringer frei wählen und kann auch Leistungen von Privatärzten (und nicht nur von Vertragspartnern der Krankenkassen) in Anspruch nehmen. Ein wichtiges Entscheidungskriterium dürfte auch die Erstattungshöhe sein. Wenn die Kosten der Behandlung im Ausland höher liegen als die Erstattungshöhe nach den Vertragsätzen des inländischen Trägers (die Differenz geht zu Lasten des Versicherten), kann es für

---

<sup>26</sup> Vgl. Art. 21 RL 2011/24/EU.

<sup>27</sup> Vgl. Nr. 31 RL 2011/24/EU.

<sup>28</sup> Zit. § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V.

den Versicherten kostengünstiger sein, die Behandlung über die Verordnung in Anspruch zu nehmen, welche die Vertragssätze des ausländischen Trägers erstattet. Voraussetzung dafür ist jedoch eine Vorabgenehmigung des Trägers bei den geplanten Behandlungen.

**Tabelle 1:** Vergleich der VO (EG) Nr. 883/2004 mit der RL 2011/24/EU<sup>29</sup>

	<b>VO (EG) Nr. 883/2004 (vorher VO (EWG) Nr. 1408/71)</b>	<b>RL 2011/24/EU („Patientenrichtlinie“)</b>
Umsetzung in Deutschland	gilt unmittelbar verbindlich, gilt i. V. m. der VO (EG) Nr. 987/2009	ist durch nationales Recht umzusetzen, 2004 wurde in Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung § 13 Abs. 4-6 SGB V bereits ergänzt, gilt i. V. m. der jeweiligen Satzung der Krankenkasse
Status des Versicherten	wie GKV-Versicherter in Deutschland	wie PKV-Versicherter in Deutschland
Basis für Leistungsansprüche	a) EHIC bzw. provisorische Ersatzbescheinigung bei ohne vorherige Genehmigung b) Vordruck E 112 bei vorheriger Genehmigung	a) EHIC bzw. provisorische Ersatzbescheinigung b) Vorfinanzierung durch Versicherten
berechtigter Personenkreis	alle GKV-Versicherte in der EU/EWR/Schweiz	wie VO (EG) Nr. 883/2004, Ausnahme: Staaten, in denen die Kostenerstattung für diesen Personenkreis auf der Grundlage eines Pauschbetrages erfolgt oder aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzicht nicht der Erstattung unterliegen <sup>30</sup>
Dauer des Leistungsanspruchs	nach dem Recht des zuständigen Trägers	wie VO (EG) Nr. 883/2004
Leistungsumfang <u>ohne</u> Genehmigung	medizinisch notwendige Sachleistungen, die nicht bis zur Rückkehr aufschiebbar sind (Fall a)	Gesundheitsleistungen außerhalb des Krankenhauses, die im Versicherungsstaat erstattungsfähig sind
Leistungsumfang <u>mit</u> Genehmigung	bei gezielt gesuchter Auslandsbehandlung (Fall b): grundsätzlich alle erstattungsfähigen Sachleistungen	Krankenhausleistungen, die im Versicherungsstaat erstattungsfähig sind
Genehmigung wird erteilt, wenn	- Behandlung im Leistungskatalog des zuständigen Trägers ist - die Behandlung in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann	- „die gleiche oder [...] ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit [nicht] rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann“ <sup>31</sup>
Inanspruchnahme	nach dem Recht des Aufenthaltsstaates, - Vertragserbringer des Aufenthaltsstaates - Regelungen für Leistungsgewährung des Aufenthaltsstaates	nach dem Recht des Aufenthaltsstaates, - freie Wahl der Leistungserbringer (auch Privatärzte) - Regelungen für Leistungsgewährung des Versicherungsstaates

<sup>29</sup> Vgl. Bramböck & Meindl, 2010, S. 21-28, Vgl. DVKA, 2020 a.

<sup>30</sup> Vgl. § 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V.

<sup>31</sup> Zit. § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V.

	<b>VO (EG) Nr. 883/2004 (vorher VO (EWG) Nr. 1408/71)</b>	<b>RL 2011/24/EU („Patientenrichtlinie“)</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Versicherte legt Anspruchsbescheinigung vor und wählt ausländischen aushelfenden Träger</li> <li>2. Ausländischer Vertrags-Leistungserbringer rechnet mit ausländischem aushelfendem Träger ab</li> <li>3. Zuständiger Träger erstattet dem aushelfenden Träger die entstandenen Kosten</li> </ol>	<p>bei a) wie VO (EG) Nr. 883/2004</p> <p>bei b)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versicherter bezahlt Rechnung des ausländischen Leistungserbringers</li> <li>- zuständiger Träger erstattet Versicherten die Kosten</li> </ul>
Erstattungsverfahren	<p>Wenn der Versicherte im Fall a) die Sachleistungen selbst getragen hat, hat er einen Anspruch auf Kostenerstattung gemäß VO (EG) Nr. 987/2009 Art. 25:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- immer nach den ausländischen Vertragssätzen (auf Antrag beim aushelfenden oder zuständigen Träger)</li> <li>- alternativ: auf Antrag nach den Vertragssätzen des zuständigen Trägers, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten (auf Antrag beim zuständigen Träger)</li> </ul>	
Höhe der Erstattung	<p>tatsächlicher Aufwand, d. h. Vertragssätze des ausländischen aushelfenden Trägers</p> <p>Eigenanteil für Versicherte: Gebühren wie landesübliche Zuzahlungen</p>	<p>nach den Vertragssätzen des Trägers im Inland (Höchstgrenze), abzüglich von Abschlägen für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie Zuzahlungen</p> <p>Wenn eine Behandlung nur in einem anderen Mitgliedstaat möglich ist, kann der Träger die Kosten auch ganz übernehmen (Ermessensentscheidung).</p>

Dennoch ist die Bedeutung der EuGH-Urteile und der Richtlinie nicht zu unterschätzen, denn sie klären den Dienstleistungsbegriff im Gesundheitswesen und stellen Grundsätze für die ambulante und stationäre Behandlung auf. Demnach ist generell jede Leistungserbringung im Gesundheitswesen als Dienstleistung zu qualifizieren, unabhängig davon, ob der Versicherte ein direktes Entgelt zahlt oder ob es sich um eine durch Beiträge oder Steuern finanzierte Versicherungsleistung handelt. Nach der EU-Rechtsprechung gilt die Dienstleistungsfreiheit sowohl in Versicherungssystemen, die auf Kostenerstattung (Rs. „Decker“<sup>32</sup> und „Kohll“<sup>33</sup>) als auch

<sup>32</sup> EuGH-Urteil Rs. C-120/95 („Decker“): Der luxemburgische Versicherte klagte gegen die Ablehnung der Krankenkasse der pauschalen Kostenerstattung seiner in einem anderen Mitgliedstaat (Belgien) erworbenen Brille mit Korrekturgläsern. Das EuGH urteilte in seiner Entscheidung, dass das Erfordernis einer Vorabgenehmigung unzulässig ist.

<sup>33</sup> EuGH-Urteil Rs. C-158/96 („Kohll“): Geklagt hatte ein luxemburgischer Versicherter, dessen Versicherung die Zahnbehandlung seiner minderjährigen Tochter bei einem Zahnarzt in einem anderen Mitgliedstaat (Deutschland) nicht genehmigte. Das EuGH urteilte in seiner Entscheidung, dass das Erfordernis einer Vorabgenehmigung unzulässig ist (wie „Decker“-Urteil).

auf dem Sachleistungsprinzip (Rs. „Smits/Peerboom“<sup>34</sup> und „Müller-Fauré/van Riet“<sup>35</sup>) beruhen sowie auch hinsichtlich eines National Health Systems (Rs. „Watts“<sup>36</sup>), d. h. unabhängig davon, wie das Gesundheitssystem finanziert wird. Zudem besteht das Recht der Kostenerstattung auch bei defizitären Zuständen des nationalen Gesundheitsdienstes (Rs. „Petru“<sup>37</sup>).

### 2.2.2 Bilaterale Abkommen

Deutschland hat mit 22 anderen Staaten<sup>38</sup> bilaterale Abkommen über Soziale Sicherheit außerhalb des EWR geschlossen.<sup>39</sup> Bei diesen SVA handelt es sich um einen völkerrechtlichen Vertrag zwischen zwei Ländern, das dazu dient, das Sozialrecht zwischen den beiden Ländern zu koordinieren. Dadurch erhalten dann die Staatsangehörigen beim Aufenthalt im Hoheitsgebiet des jeweils anderen Vertragsstaates gleiche oder ähnliche Leistungen wie in ihrem Heimatland. Neben den Leistungen der GKV können so auch Leistungen der gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung im anderen Staat in Anspruch genommen werden – je nachdem, welche Bereiche im jeweiligen SVA erfasst werden. Diese Regelungen sind vor allem relevant für Gast- und Werkvertragsarbeitnehmer sowie bei Umzügen ins Ausland.

Solche zweiseitigen SVA, in denen der Versicherungszweig der Krankenversicherung aufgenommen wurde, hat Deutschland mit neun anderen Ländern geschlossen. Dazu gehören Israel,

---

<sup>34</sup> EuGH-Urteil Rs. C-157/99 („Smits/Peerbooms“): Den beiden niederländischen Versicherten Frau Smits (Morbus Parkinson) und Herr Peerbooms (Komapatient) verweigerte die Krankenkasse die Kostenerstattung für die Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat (Deutschland/Österreich). Laut EuGH ist die Dienstleistungsfreiheit auch beim Sachleistungsprinzip anwendbar und das Erfordernis einer Vorabgenehmigung grundsätzlich unzulässig, wenn keine Rechtfertigungsgründe nach objektiven Kriterien (Behandlung ist unüblich bzw. nicht hinreichend erprobt und international anerkannt, Fehlen der medizinischen Notwendigkeit) vorliegen.

<sup>35</sup> EuGH-Urteil Rs. C-385/99 („Müller-Fauré/van Riet“): Frau Müller-Fauré ließ sich im Urlaub in Deutschland von einem Zahnarzt behandeln. Die niederländische Versicherung lehnte die Kostenerstattung der Behandlung ab, da sie keine Vorabgenehmigung erteilt hatte. Auch Frau van Riet ließ sich im Ausland behandeln. Sie ließ Eingriffe (Arthroskopie und Ulnaresektion) in Belgien zum Teil stationär im Krankenhaus und zum Teil außerhalb des Krankenhauses durchführen ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse in den Niederlanden. Das EuGH-Urteil bestätigte nochmal die Anwendung der Kriterien aus dem „Smits/Peerboom“-Urteil bezogen auf im Ausland in Anspruch genommene Krankenhausleistungen. Für Leistungen außerhalb eines Krankenhauses braucht es dagegen keine Vorabgenehmigung der Krankenkasse.

<sup>36</sup> EuGH-Urteil Rs. C-372/04 („Watts“): Frau Watts (Hüftarthritis) klagte auf Erstattung der Behandlungskosten für eine Hüft-Operation, die sie in Frankreich durchführen ließ, aufgrund der langen Wartezeit in Großbritannien. Das EuGH stellte in seiner Entscheidung fest, dass die Kostenerstattungspflicht für Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat auch für den NHS besteht und der zuständige britische Träger die Kosten soweit zu tragen hat, wie diese im nationalen Gesundheitssystem auch übernommen wären.

<sup>37</sup> EuGH-Urteil Rs. C-268/13 („Petru“): Frau Petru (Herzinfarkt) entschied sich dazu, die Herz-OP in Deutschland vornehmen zu lassen und nicht in Temeswar (Rumänien), weil sie die materielle Ausstattung des Krankenhauses dort als prekär ansah. Der EuGH urteilte, dass die Genehmigungspflicht für Auslandsbehandlungen auch dann besteht, wenn der zeitkritische Eingriff landesweit nicht unter angemessenen Bedingungen (Vorhandensein von Medikamenten und grundlegendem medizinischen Material) erfolgen kann.

<sup>38</sup> In alphabetischer Reihenfolge: Albanien, Australien, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Chile, China, Indien, Israel, Japan, Kanada (und Provinz Quebec), Korea, Kosovo, Marokko, Moldau, Nordmazedonien, Montenegro, Philippinen, Serbien, Türkei, Tunesien, Uruguay, USA.

<sup>39</sup> Vgl. DVKA, 2020 b.

Marokko, Nordmazedonien<sup>40</sup>, Tunesien und die Türkei. Mit den Ländern Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Montenegro und Serbien hat Deutschland solch ein SVA eigentlich nicht direkt geschlossen, sondern das SVA, das Deutschland am 1.9.1969 mit der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien geschlossen hat, findet heute immer noch Anwendung und hat sich sozusagen einfach auf diese Nachfolgestaaten übertragen.<sup>41</sup>

Auf dem Gebiet Ex-Jugoslawiens sind seit 2003 die international anerkannten Nachfolgestaaten Slowenien, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Serbien, Montenegro und Nordmazedonien hervorgegangen. Davon traten Kroatien und Serbien bereits der EU bei. Sobald ein Staat, mit dem ein SVA besteht, EU-Mitglied wird, ist vorrangig das EU-Recht anzuwenden. Das bedeutet, dass die bestehenden bilateralen Abkommen zwar grundsätzlich bestehen bleiben (können), in der Praxis aber werden sie durch die EU-Verordnungen abgelöst. Das erscheint auch unproblematisch vor dem Hintergrund, dass die EU-Regelungen deutlich weiter gehen als die Regelungen in den SVA. Dieser Sonderfall trat bislang auch nur mit Kroatien ein, dessen SVA seit dem EU-Beitritt am 1.7.2013 von den EU-Regelungen abgelöst wurde. Auf Slowenien traf das nicht zu, da es schon sehr viel früher der EU, im Zuge der EU-Osterweiterung am 1.5.2004, beigetreten war. Zu den weiteren Ländern, bei denen das aber demnächst der Fall sein könnte, gehören Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien und die Türkei. Zwischen diesen Beitrittskandidaten bzw. sog. „potenziellen Beitrittskandidaten“ der EU und Deutschland gilt bislang zwar noch ein SVA, das den Krankenversicherungszweig umfasst, aber in Zukunft könnten hier die EU-Regelungen Anwendungen finden.

### 2.2.3 Länder nach Anspruchsrecht

Die *Tabelle 2* zeigt, auf welcher Grundlage die Leistungsaushilfe zwischen Deutschland und den anderen Ländern erfolgt und stellt sie geordnet nach Anspruchsrecht dar. Mit allen anderen Ländern, die nicht in dieser Tabelle aufgeführt sind, gibt es infolgedessen keine vereinbarte Leistungsaushilfe im Bereich der Krankenversicherung. Nach welchen Bestimmungen der Versicherte Anspruch auf Leistungsaushilfe hat ist von zentraler Bedeutung, weil nicht nur z. B. der Leistungsumfang und die Kostenerstattungshöhe zwischen den Anspruchsgrundlagen erhebliche Unterschiede aufweisen können. Wie im vorherigen Abschnitt bereits dargestellt, können sich die geltenden bzw. anzuwendenden Rechtsvorschriften eines Landes auch ändern, wie z. B. durch einen EU-Beitritt.

---

<sup>40</sup> Mazedonien heißt aufgrund einer Namensänderung seit dem 12.2.2019 Nordmazedonien.

<sup>41</sup> Vgl. DVKA, 2020 b.

**Tabelle 2: Länder nach Anspruchsrecht in Bezug zu Deutschland**

<b>EU-Mitgliedstaaten</b>			
Es gilt die VO (EG) Nr. 883/2004 seit 1.5.2010 <sup>42</sup> und die RL 2011/24/EU spätestens seit 25.10.2013 <sup>43</sup> . Davor galt die VO (EWG) Nr. 1408/71 vom 1.10.1972 bis zur Ablösung durch die VO (EG) Nr. 883/2004.			
Belgien	Großbritannien*	Malta	Slowakei
Bulgarien	Irland	Niederlande	Slowenien
Dänemark	Italien	Österreich	Spanien
Estland	Kroatien**	Polen	Tschechische Republik
Finnland	Lettland	Portugal	Ungarn
Frankreich	Litauen	Rumänien	Zypern
Griechenland	Luxemburg	Schweden	

\* Großbritannien: EU-Austritt am 31.1.2020, seit dem 1.1.2021 kein EWR-Mitglied mehr, gilt seitdem als Drittstaat.

\*\* Kroatien: EU-Beitritt am 1.7.2013. Es gilt die VO (EG) Nr. 883/2004 seit dem 1.7.2013. Es gilt die RL 2011/24/EU seit dem 25.10.2013. Bis zum EU-Beitritt galt das mit Jugoslawien geschlossene SVA, das am 1.9.1969 in Kraft getreten war.

<b>EFTA-Länder und Schweiz</b>			
EFTA-Länder: Es gilt die VO (EG) Nr. 883/2004 seit 1.6.2012 und die RL 2011/24 EU spätestens seit 1.8.2015 <sup>44</sup> .			
Schweiz: Es gilt die VO (EG) Nr. 883/2004 seit 1.4.2012, die RL 2011/24/EU nicht. Davor galt die VO (EWG) Nr. 1408/71 vom 1.10.1972 bis zur Ablösung durch die VO (EG) Nr. 883/2004.			
Island	Lichtenstein	Norwegen	Schweiz

<b>Abkommensstaaten, dessen SVA mit Deutschland Krankenversicherung erfasst</b>	
Bosnien-Herzegowina	kein eigenständiges SVA, es gilt das deutsch-jugoslawische SVA in Kraft getreten am 1.9.1969, das schließt die Republik Srpska und den Brčko-Destrikt mit ein
Israel	SVA in Kraft getreten am 1.5.1975, das SVA umfasst im Bereich KV nur Sachleistungen für den Fall der Mutterschaft <sup>45</sup>
Kosovo	kein eigenständiges SVA, das mit Jugoslawien geschlossene SVA, in Kraft getreten am 1.9.1969, ist grundsätzlich weiterhin anwendbar, jedoch ist die Leistungsaushilfe im Bereich KV derzeit aufgrund fehlender Verwaltungsstrukturen ausgesetzt <sup>46</sup>
Marokko	SVA in Kraft getreten am 1.8.1986, gilt nur für Staatsangehörige der beiden Vertragsstaaten, jedoch ist die Leistungsaushilfe im Bereich KV durch eine Verbindungsstellenvereinbarung vom 1.3.2003 derzeit ausgesetzt. <sup>47</sup> „Es sind nur Kontrollarztleistungen zur Überwachung der Arbeitsunfähigkeit abrechnungsfähig“ <sup>48</sup>
Nordmazedonien	SVA in Kraft getreten am 1.11.1969
Montenegro	kein eigenständiges SVA, es gilt das deutsch-jugoslawische SVA in Kraft getreten am 1.9.1969
Serbien	kein eigenständiges SVA, es gilt das deutsch-jugoslawische SVA in Kraft getreten am 1.9.1969
Tunesien	SVA in Kraft getreten am 1.8.1986, gilt nur für Staatsangehörige der beiden Vertragsstaaten
Türkei	SVA in Kraft getreten am 1.11.1965

<sup>42</sup> Vgl. Art. 91 VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>43</sup> Vgl. Art. 21 RL 2011/24/EU.

<sup>44</sup> Vgl. Europäische Kommission, 2018, S. 3.

<sup>45</sup> Vgl. DVKA, 2012, S. 225.

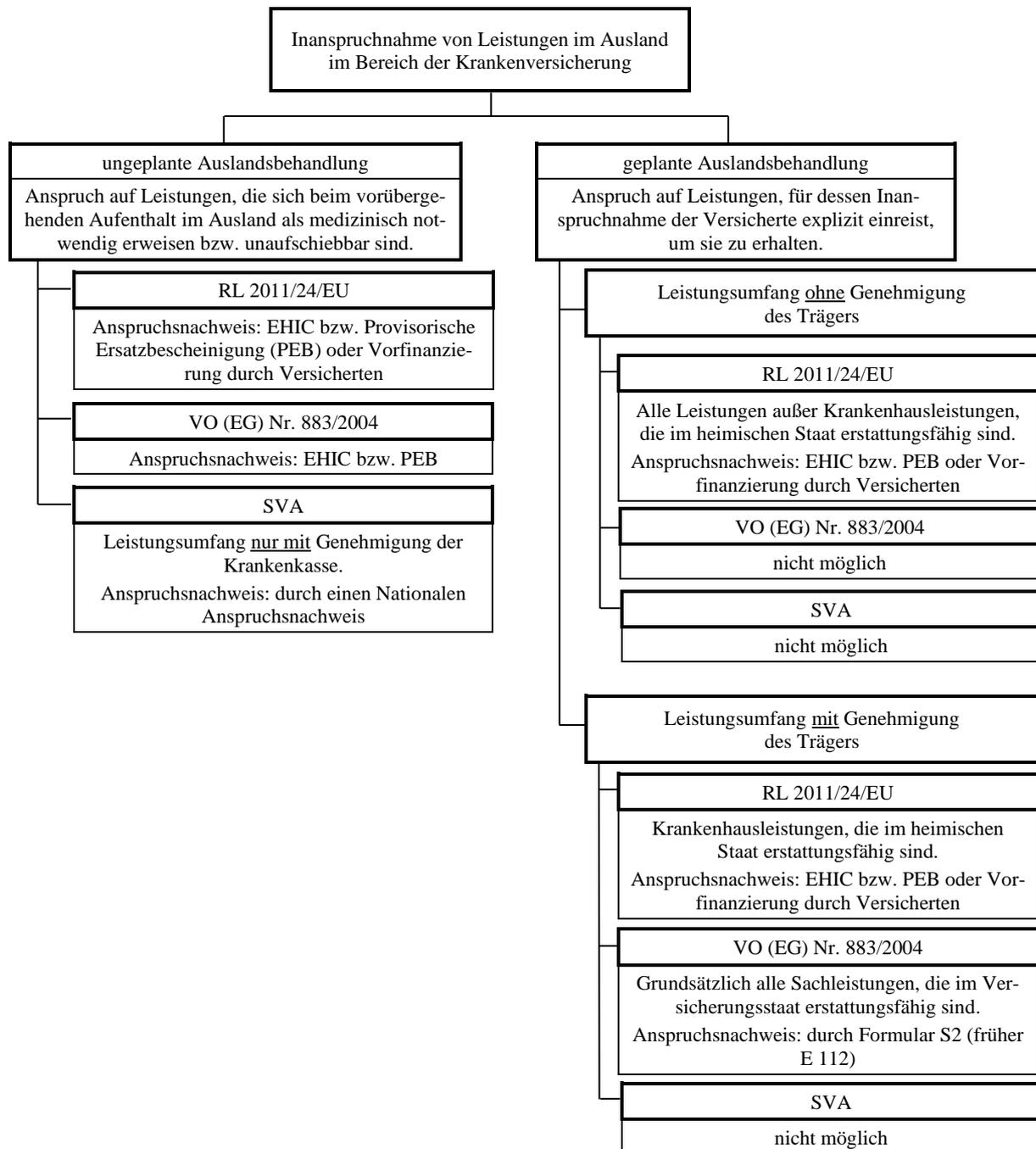
<sup>46</sup> Vgl. DVKA, 2012, S. 228.

<sup>47</sup> Vgl. DVKA, 2012, S. 241.

## 2.2.4 Zugang zur Gesundheitsversorgung anderer Länder

Der Zugang zum Gesundheitswesen anderer Länder kann auf den ersten Blick kompliziert und intransparent erscheinen, wenn man bedenkt, dass für jedes Land ein anderes Anspruchsrecht gilt und einige Bestimmungen nebeneinander anwendbar sind – wie im vorherigen Abschnitt dargestellt. Deshalb fasst die **Abbildung 1** die wichtigsten Zugangswege noch einmal zusammen und zeigt, mit welchen Anspruchsnachweisen die Versicherten welche Leistungen im Ausland beanspruchen können.

**Abbildung 1:** Zugang zur Gesundheitsversorgung anderer Länder



<sup>48</sup> Zit. DVKA, 2012, S. 283.

Die **Abbildung 1** zeigt auch, dass sich der Umfang der Leistungen, die über die Richtlinie, die Verordnung und die SVA abrechnungsfähig sind, deutlich voneinander unterscheiden. Je nachdem auf welcher Grundlage die Leistungen in Anspruch genommen werden, sind bestimmte Leistungen frei zugänglich, eingeschränkt zugänglich (d. h. unter bestimmten Voraussetzungen, wie z. B. einer Vorabgenehmigung des Trägers) oder Versicherte sind teils oder ganz von Leistungen ausgeschlossen (z. B. wenn sie nicht zum berechtigten Personenkreis gehören, was manchmal unter anderem von der Staatsangehörigkeit des Versicherten abhängt).

Auf Basis eines SVA können bspw. nur Notfallmedizinische Leistungen (d. h. ungeplante Behandlungen) in Anspruch genommen werden, wenn vorher die heimische Krankenkasse die Genehmigung dazu erteilt hat und der Versicherte diese Genehmigung von der ausländischen Krankenkasse, z. B. einer deutschen Krankenkasse, in einen Nationalen Anspruchsnachweis umgetauscht hat, den der Versicherte dann beim Leistungserbringer vorlegen muss. Geplante Behandlungen, d. h. die gezielte Einreise zum Zweck der Behandlung, bleiben diesen Versicherten verwehrt.

Über die Verordnung und die Richtlinie ist es hingegen den Versicherten möglich, sowohl ungeplante als auch geplante Behandlungen im Ausland in Anspruch zu nehmen. Allerdings besteht bei allen geplanten Behandlungen für eine Kostenerstattung nach der Verordnung ein Genehmigungsvorbehalt. Dieser liegt auch vor bei der Kostenerstattung nach der Richtlinie bei allen Krankenhausleistungen, die im heimischen Staat erstattungsfähig sind, aufgrund des hier zuerkannten besonderen Planungsbedarfs der Versorgungsstrukturen. Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die Leistungseinschränkung bzw. der Leistungsausschluss durch einen Genehmigungsvorbehalt im direkten Widerspruch zu den Grundprinzipien der EU, insbesondere des freien Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit, stehen. Dennoch erlaubt es die EuGH-Rechtsprechung (noch), dass die Länder ihren Bereich der stationären Versorgung vom Wettbewerb um ausländische Versicherten abschotten können. Die Mitgliedstaaten dürfen selbst bestimmen, ob sie ein Vorabgenehmigungsverfahren einführen und für welche Leistungen, jedoch unter der Prämisse, dass die Beschränkung dort notwendig und angemessen ist, was dann immer mal wieder vor dem EuGH geklärt werden muss<sup>49</sup>. Die Vorteile, wenn man kein solches Verfahren einführt, liegen in der Wahlfreiheit des Patienten und dem geringeren Verwaltungsaufwand. Derzeit haben sich nur Estland, Finnland, Litauen, die Niederlande, die Tschechische Republik, Schweden und Norwegen gegen ein solches Verfahren entschieden. Es bleibt abzuwarten, wie sich der EuGH in Zukunft bei der Frage nach den europäischen Marktfreiheiten im

---

<sup>49</sup> Siehe **Kapitel 2.2.1** bspw. das EuGH-Urteil Rs. C-157/99 („Smits/Peerbooms“).

Wettbewerb um die stationäre Gesundheitsversorgung (Dienstleistungsfreiheit vs. Markt-  
abschottung) positioniert.<sup>50</sup>

### **2.2.5 Besondere Personengruppen: Grenzgänger, Staatenlose und Flüchtlinge**

In der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gelten viele besondere Bestimmungen und Ausnahmeregelungen und nicht auf jede kann in diesem Rahmen umfassend und detailliert eingegangen werden. Dennoch soll an dieser Stelle der Fokus kurz auf ein paar spezifischen Regelungen für drei Personengruppen liegen, die auch gleichzeitig nochmal die Komplexität des Themas verdeutlichen.

Nach EU-Recht haben sich Grenzgänger normalerweise in dem Land krankenversichern zu lassen, indem sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben. Es gibt jedoch eine Ausnahme. Grenzgänger, die in der Schweiz arbeiten und in einem angrenzenden Land wohnen (Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich), können es sich aussuchen, ob sie sich in der Schweiz oder im Wohnsitzstaat versichern lassen. Sie erhalten mit Beginn einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz bzw. den Umzug in ein angrenzendes Land das sog. Optionsrecht. Damit kann sich der Grenzgänger und dessen Familienangehörige innerhalb von drei Monaten von der Schweizer Versicherungspflicht befreien und im Wohnland versichern lassen. Die Rechtsgrundlage dafür bildet das Freizügigkeitsabkommen vom 21.6.1999 zwischen der Schweiz und der EU<sup>51</sup>, dessen Anhang II mit Beschluss vom 31.3.2012 dahingehend geändert wurde.<sup>52</sup> Auf diesen Sonderfall wird im Weiteren nicht eingegangen.

Die VO (EG) Nr. 883/3004 und die bilateralen SVA gelten grundsätzlich auch für Staatenlose<sup>53</sup> und Flüchtlinge, die im Mitgliedstaat bzw. Vertragsstaat ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Demnach ist auch für sie eine grenzüberschreitende Kostenerstattung zwischen den Trägern möglich. In der Praxis sieht es jedoch so aus, dass es Staatenlosen allgemein erschwert ist, Zugang zu einem Gesundheitssystem zu erhalten. Durch das Fehlen einer Staatsangehörigkeit können sie viele Rechte in dem Land, wo sie sich aufhalten, nicht wahrnehmen. Zu den Benachteiligungen können bspw. gehören, dass sie Schwierigkeiten haben, ein Bankkonto zu eröffnen, eine Arbeitserlaubnis oder staatliche Sozialleistungen zu erhalten, eine Ver-

---

<sup>50</sup> Vgl. Europäische Kommission, 2018, S. 3.

<sup>51</sup> Die Regelungen des Freizügigkeitsabkommens gelten auch in den EFTA-Ländern Island, Liechtenstein und Norwegen.

<sup>52</sup> Vgl. Amtsblatt der Europäischen Union 2012/195/EU vom 12.4.2012, Anhang II, Abschnitt A, Nr. 1 lit. i, Nr. 3 lit. b.

<sup>53</sup> Staatenlos sind Personen, die keine Staatsangehörigkeit besitzen. Wenn sie vom Aufenthaltsstaat als staatenlos anerkannt sind, haben sie in der Regel dort ein Aufenthaltsrecht.

sicherung abzuschließen, zur Schule zu gehen oder Eigentum zu besitzen. In Deutschland waren nach Angaben des Statistischen Bundesamts Ende 2018 insgesamt 25.995 Staatenlose registriert.<sup>54</sup> Da Staatenlose in der Regel keine Auslandsreisen aufgrund fehlender Dokumente, wie z. B. Personalausweis oder Reisepass, machen können und nicht gesetzlich krankenversichert sind, werden sie in dieser Arbeit nicht weiter betrachtet.

Im Gegensatz dazu haben Flüchtlinge in der EU das Recht auf eine Gesundheitsversorgung. Die Regelungskompetenz im Bereich der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen fällt dabei in den Zuständigkeitsbereich der einzelnen Mitgliedsstaaten, wobei die EU-Richtlinien und Verordnungen einen Mindeststandard vorgeben. Deshalb kann es sein, dass es für Flüchtlinge ein unterschiedliches medizinisches Versorgungsniveau in den Ländern gibt.

In Deutschland sind die Leistungsansprüche im Krankheitsfall von Flüchtlingen – während des laufenden Asylverfahrens<sup>55</sup> – durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Der Leistungsumfang richtet sich dabei nach der Aufenthaltsdauer. Die Kosten trägt letzten Endes der Staat. AsylbLG-Leistungsberechtigte sind in der Regel nicht gesetzlich krankenversichert. Für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen benötigen sie bei einer Aufenthaltsdauer von unter 18 Monaten (Leistungsumfang nach § 3 AsylbLG) einen oder mehrere Krankenscheine, den sie von der zuständigen Behörde nach Antragsbewilligung erhalten. Zuzahlungen, wie z. B. zu Medikamenten, trägt die zuständige Behörde. Bei einer Aufenthaltsdauer von über 18 Monaten (Leistungsumfang nach § 2 AsylbLG) wird der Flüchtling von der zuständigen Behörde bei einer gesetzlichen Krankenkasse seiner Wahl angemeldet und er erhält die Versicherungskarte, mit der er dann ohne Umweg über die zuständige Behörde direkt zum Leistungserbringer gehen kann. Trotzdem gelten sie nicht als gesetzlich Versicherte, da der Kostenträger nach wie vor die zuständige Behörde bleibt, von der sich die Krankenkasse nach der Behandlung die Kosten zurückerstatten lässt. Zuzahlungen müssen diese AsylbLG-Leistungsberechtigte (bis zur Belastungsgrenze<sup>56</sup>) selbst leisten.

Im Gegensatz dazu haben Flüchtlinge in Deutschland nach erfolgreichem Abschluss des Asylverfahrens (bei Anerkennung<sup>57</sup>) in der Regel und unter bestimmten Voraussetzungen Zugang zum Arbeitsmarkt und können im Zuge einer Arbeitsaufnahme Mitglied in der gesetzlichen

---

<sup>54</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S. 35.

<sup>55</sup> Ein Asylverfahren erfolgt in der Regel in drei Schritten: 1. Registrierung und Erstverteilung, 2. Stellen des Asylantrages, 3. Anerkennung oder Ablehnung.

<sup>56</sup> Belastungsgrenze nach § 62 SGB V: Für jeden Versicherten gibt es eine individuelle Belastungsgrenze, bis zu deren Höhe er je Kalenderjahr Zuzahlungen leisten muss. Sie beträgt zwei Prozent der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen (Familieneinkommen verringert um Freibeträge), bei Chronikern ein Prozent.

<sup>57</sup> Eine Anerkennung gibt es entweder als Asylberechtigter (nach § 25 Abs. 1 AufenthG), Ausländer mit Flüchtlingseigenschaft oder subsidiären Schutz (nach § 25 Abs. 2 AufenthG), Resettlement-Flüchtling (nach § 23 Abs. 4 AufenthG) oder Ausländer mit völkerrechtlichen oder humanitären Aufenthaltstitel (nach § 22 AufenthG).

Krankenversicherung werden. Bei Arbeitslosigkeit fallen sie unter das SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende), SGB III (Arbeitsförderung) oder SGB XII (Sozialhilfe). Beim Bezug von Arbeitslosengeld I und Arbeitslosengeld II tritt automatisch die Krankenversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 und Nr. 2a SGB V ein. Dann bleiben sie in der Regel weiter bei ihrer bisherigen Kasse versichert und das Jobcenter zahlt die monatlichen Beiträge an die Krankenkasse. Dagegen löst der Bezug von Sozialhilfe nach dem SGB XII keine Krankenversicherungspflicht aus. Sofern der Sozialhilfeempfänger bereits gesetzlich versichert war, kann er diese Mitgliedschaft freiwillig fortführen, war er aber nicht versichert, ist die Krankenkasse, bei der er zuletzt versichert war, zuständig. Die Beiträge und Zuzahlungen werden in der Regel vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen. Nichtkrankenversicherte, die weniger als einen Monat Sozialhilfeleistungen beziehen, müssen sich vor einer medizinischen Behandlung beim zuständigen Sozialhilfeträger einen Behandlungsschein ausstellen lassen, denn die Leistungen für diese Personengruppe werden direkt zwischen Träger und Leistungserbringer verrechnet (ohne Krankenkasse). Abgelehnte Asylbewerber mit Duldung nach § 60a des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) und bspw. ausreisepflichtige Ausländer sowie Asylfolge- oder Asylzweit Antragsteller können dagegen nur Leistungen nach dem AsylbLG beziehen.

Anerkannte Flüchtlinge, die Zugang zum Arbeitsmarkt und zu Sozialleistungen haben, sind, wie oben dargestellt, in der Regel gesetzlich krankenversichert. Da auch Flüchtlinge das Recht auf Bewegungsfreiheit haben, dürfen sie unter bestimmten Voraussetzungen nicht nur innerhalb Deutschlands, sondern auch ins Ausland reisen. Es kann in manchen Fällen aber zu Einschränkungen in der Reisefreiheit kommen, z. B. kann es anerkannten Flüchtlingen untersagt sein, in ihr Herkunftsland zu reisen, da man dann unterstellt, dass ein Schutz in Deutschland nicht mehr gerechtfertigt ist.

In der Statistik der Krankenkassen tauchen Flüchtlinge nicht als solche auf, denn erstens wird das Merkmal Flüchtling nicht erhoben, zweitens belasten sie den Etat der Krankenkasse nicht, solange sie im Asylverfahren sind und drittens, wenn sie arbeiten, zahlen sie Beiträge und wenn sie nicht arbeiten, zahlt der Staat die Beiträge, das bedeutet, dass sie in beiden Fällen wie deutsche Versicherte (als Arbeitnehmer oder Sozialleistungsempfänger) geführt werden. Es ist also von den Kassendaten nicht quantifizierbar, in welchem Umfang und wie viele gesetzlich krankenversicherte Flüchtlinge Leistungen und insbesondere Auslandsleistungen in Anspruch nehmen. In dieser Arbeit wird diese Personengruppe deshalb ebenfalls nicht weiter betrachtet.

## **2.3 Erstattungsarten**

### **2.3.1 Erstattung nach der VO (EG) Nr. 883/2004 und der RL 2011/24/EU**

Nach der Verordnung soll der aushelfende Träger dem zuständigen Träger die Kosten der gewährten Sachleistungsaushilfe grundsätzlich entweder in Höhe der tatsächlichen Kosten oder in Form einer Pauschale in Rechnung stellen. Die Verordnung eröffnet den Trägern außerdem die Möglichkeit, bei Bedarf ein anderes Erstattungsverfahren oder sogar einen Erstattungsverzicht untereinander zu vereinbaren.<sup>58</sup>

In der Richtlinie werden dagegen die möglichen Erstattungsarten zwischen den Mitgliedstaaten bzw. deren zuständigen Behörden nicht direkt genannt, sondern erfolgt lediglich der Verweis, dass „die Mechanismen des Finanzausgleichs zwischen den zuständigen Einrichtungen gemäß der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 anzuwenden“ sind.<sup>59</sup>

Insgesamt gelten die folgenden Erstattungsarten zwischen den Trägern nur für die Fälle, in denen der zuständige Träger die Kosten nicht seinem Versicherten zu erstatten hat. Die Abrechnung läuft dann auch nicht über die Verbindungsstellen, wenn der Versicherte die Kostenerstattung (Behandlung auf Rechnung) statt dem Bezug von Sach- oder Dienstleistungen wählt. Dann finanziert der Versicherte die erhaltenen Leistungen selbst vor und lässt sich die Kosten in der Regel direkt von der zuständigen Krankenkasse rückerstatten.

#### **2.3.1.1 Erstattung auf Grundlage von tatsächlichen Aufwendungen**

Die Kostenerstattung für Sachleistungen zwischen den Trägern soll grundsätzlich auf Basis der tatsächlichen Aufwendungen erfolgen. Das hat für den forderungsberechtigten Träger den Vorteil, dass die tatsächlichen Kosten der Leistungserbringung erstattet werden, jedoch bleiben dabei die Verwaltungskosten unberücksichtigt.

#### **2.3.1.2 Erstattung auf Grundlage von Pauschalbeträgen**

Es gibt Mitgliedstaaten, da ist es aufgrund der Rechts- und Verwaltungsstruktur nicht bzw. nur eingeschränkt möglich, aus der Rechnungsführung der Träger die tatsächlichen Kosten der Leistungserbringung zu ermitteln. Das kann z. B. der Fall sein, wenn die Träger in einem Mitgliedstaat die Leistungen ihrer Vertragspartner (inländische Leistungserbringer) grundsätzlich pauschal abrechnen. Aus diesem Grund darf es sich der Mitgliedstaat aussuchen, ob er sich die Kosten für all diejenigen, die (im Ausland versichert sind und) ihren Wohnsitz im Mitgliedstaat haben nach Pauschalbeträgen verlangen möchte. Damit lässt sich die pauschale Erstattung nur

---

<sup>58</sup> Vgl. Art. 35 VO (EG) Nr. 883/2004 i. V. m. Art. 62 VO (EG) Nr. 987/2009.

<sup>59</sup> Zit. und vgl. Art. 9 Abs. 5 RL 2011/24/EU.

auf a) Familienangehörige, die nicht im selben Mitgliedstaat wohnen wie die versicherte Person, und b) Rentner und deren Familienangehörigen, die nicht im Mitgliedstaat ihres zuständigen Trägers wohnen, anwenden.<sup>60</sup>

Die pauschale Erstattung hat für den Mitgliedstaat den Vorteil, dass er für die beiden Personengruppen, die sich dauerhaft im Staat aufhalten (mit Wohnsitz) und dort vermutlich öfter Leistungen in Anspruch nehmen – als die Personen, die sich nur vorübergehend dort aufhalten (z. B. Touristen) und vermutlich einmalig Leistungen in Anspruch nehmen – das vereinfachte Abrechnungsverfahren (wie für die inländischen Versicherten) anwenden darf. Letztendlich kann sich eine pauschale Abrechnung immer vor- oder nachteilig auf den forderungsberechtigten wie auch den leistungspflichtigen Träger auswirken, da bei der Pauschale nicht die tatsächlichen Kosten abgerechnet werden, sondern ein Betrag, der so berechnet wird, dass er (nur) möglichst nah an die tatsächlichen Kosten heranreicht.

Die **Tabelle 3** listet alle Länder auf, die im Jahr 2015 die Kostenerstattung für die gewährten Sachleistungen auf der Grundlage von Pauschalbeträgen (für die zwei bestimmten Personengruppen) verlangt haben.<sup>61</sup> Die Liste ändert sich im Zeitverlauf immer mal wieder, da sich die Länder auch umentscheiden können. So haben sich z. B. im Jahr 2012 Italien und Malta von der Liste streichen lassen und Zypern wurde neu aufgenommen und im Jahr 2017 haben sich die Niederlande und Finnland von der Liste runternehmen lassen.

Die **Tabelle 3** zeigt die Jahresdurchschnittskosten pro Versicherten in den drei Altersgruppen für jedes Land, das sich im Jahr 2015 für diese Erstattungsart bei den beiden o. g. Versichertengruppen entschieden hat, und die um den Faktor X gekürzten monatlichen Pauschalbeträge (20 bzw. 15 Prozent), die der Berechnung des gesamten Pauschalbetrages für Sachleistungen dienen.

---

<sup>60</sup> Bei einem Umzug ins EU-Ausland verliert man den Schutz der deutschen GKV aufgrund des Territorialprinzips. Nur Rentner und deren Familienangehörige sowie die Familienangehörigen von in Deutschland wohnenden und dort versicherten Personen bleiben weiterhin in der deutschen GKV versichert.

<sup>61</sup> Die Tabelle zeigt alle Länder im Jahr 2015 aus dem Grunde, weil zu diesem Zeitpunkt die Durchschnittskosten nur bis zu diesem Jahr bereits für alle Mitgliedstaaten in den Amtsblättern veröffentlicht wurden, d. h. für 2016 und nachfolgende Jahre sind sie für einige Länder noch nicht veröffentlicht, so dass die Tabelle sonst zu wenige Werte aufweisen würde.

**Tabelle 3:** Pauschalbeträge für Sachleistungen pro Person in 2015 (in Euro)<sup>62</sup>

Land	Altersgruppe	jährlich	netto monatlich X = 0,20	netto monatlich X = 0,15
Finnland	unter 20 Jahre	1.172,90	78,19	83,08
	20-64 Jahre	1.918,74	127,92	135,91
	65 Jahre und älter	5.773,98	384,93	408,99
Irland	unter 20 Jahre	1.477,98	98,53	104,69
	20-64 Jahre	2.418,37	161,22	171,30
	65 Jahre und älter	8.921,28	594,75	631,92
Niederlande	unter 20 Jahre	1.127,10	75,14	79,84
	20-64 Jahre	1.963,36	130,89	139,07
	65 Jahre und älter	9.638,38	642,56	682,72
Norwegen*	unter 20 Jahre	2.288,58	152,57	162,11
	20-64 Jahre	4.133,41	275,56	292,78
	65 Jahre und älter	13.914,79	927,65	985,63
Portugal	unter 20 Jahre	812,28	54,15	57,54
	20-64 Jahre	702,84	46,86	49,78
	65 Jahre und älter	1.580,92	105,39	111,98
Schweden*	unter 20 Jahre	1.493,38	99,56	105,78
	20-64 Jahre	2.149,36	143,29	152,25
	65 Jahre und älter	6.209,13	413,94	439,81
Spanien	unter 20 Jahre	583,29	38,89	41,32
	20-64 Jahre	802,08	53,47	56,81
	65 Jahre und älter	4.172,59	278,17	295,56
Vereintes Königreich*	unter 20 Jahre	1.105,37	73,69	78,30
	20-64 Jahre	2.424,79	161,65	171,76
	65 Jahre und älter	7.055,44	470,37	499,77
Zypern	unter 20 Jahre	323,55	21,57	22,92
	20-64 Jahre	319,14	21,28	22,61
	65 Jahre und älter	1.366,06	91,07	96,76

\*) Eigene Berechnung der Kosten in Euro durch Umrechnung mittels Jahresdurchschnitt 2015 der Schwedischen Krone (SEK), Pfund Sterling (GBP) und Norwegischen Krone (NOK) auf Basis der Euro-Referenzkurse der Europäischen Zentralbank.<sup>63</sup>

In der VO (EG) Nr. 987/2009 ist festgelegt, wie der Pauschalbetrag zu berechnen ist, den der leistungspflichtige (zuständige) Mitgliedstaat an den forderungsberechtigten (aushelfenden) Mitgliedstaat pro Kalenderjahr zu zahlen hat. Dazu wird im ersten Schritt ein monatlicher Pauschalbetrag berechnet. Dafür werden alle Versicherten, die den Rechtsvorschriften des forderungsberechtigten Mitgliedstaates unterliegen und dort wohnen, drei Altersklassen zugeordnet: a) unter 20 Jahren, b) von 20 bis 64 Jahren und c) ab 65 Jahren. Für jede dieser Altersklasse

<sup>62</sup> Daten: Amtsblatt der Europäischen Union 2017/C 50/03 vom 17.2.2017, S. 2 und 3; Amtsblatt der Europäischen Union 2018/C 29/05 vom 26.1.2018, S. 1 und 2; Amtsblatt der Europäischen Union 2018/C 271/02 vom 2.8.2018, S. 1; Amtsblatt der Europäischen Union 2018/C 271/03 vom 2.8.2018, S. 1 und 2.

<sup>63</sup> Vgl. Deutsche Bundesbank, 2018.

werden daraufhin die Ausgaben für alle gewährten Sachleistungen innerhalb eines Jahres ermittelt. Dann werden die Jahresausgaben einer Altersklasse durch die Anzahl der Versicherten dieser Altersklasse dividiert. Dieser Wert, der die Jahresdurchschnittskosten pro Versicherten in dieser Altersgruppe darstellt, wird dann durch 12 (Monate) geteilt, um den monatlichen Pauschalbetrag (für diese Altersgruppe) zu erhalten. Dieser monatliche Pauschalbetrag wird als letztes noch um einen Faktor X gekürzt. Das geschieht aus dem Grunde, weil der Versicherte ja trotzdem auch Leistungen im zuständigen Staat in Anspruch nehmen kann und das dann auf Seiten des leistungspflichtigen (zuständigen) Mitgliedstaates zu höheren Zahlungen (im Maximum sogar bis zur Doppelzahlung) führen, d. h. der leistungspflichtige (zuständige) Mitgliedstaat zahlt dem forderungsberechtigten (aushelfenden) Träger die Pauschale und zusätzlich die Leistungsanspruchnahme im Inland (auf seinem Hoheitsgebiet). Der monatliche Pauschalbetrag wird deshalb grundsätzlich um 20 Prozent ( $X = 0,20$ ) gekürzt. Es gibt eine Ausnahme: für Rentner und ihre Familienangehörigen beträgt die Kürzung in bestimmten Ländern nur 15 Prozent ( $X = 0,15$ ). Das hängt mit der Einschränkung des Sachleistungsanspruchs zusammen. Die Mitgliedstaaten können festlegen, dass der Sachleistungsanspruch für Rentner und seine Familienangehörigen (die außerhalb des zuständigen Mitgliedstaates wohnen), wenn sie sich innerhalb des Hoheitsgebietes des zuständigen Mitgliedstaates aufhalten, auf die medizinisch notwendigen Leistungen beschränkt ist. Dann fällt die Kürzung geringer aus, weil sie ja im Hoheitsgebiet des zuständigen Mitgliedstaates weniger Leistungen (keinen Anspruch auf alle Sachleistungen) in Anspruch nehmen können. Die Länder, die den Sachleistungsanspruch nicht beschränkt haben, sind in Anhang IV der VO (EG) Nr. 987/2009 aufgeführt. Die Länder, die dort nicht aufgeführt sind, haben dagegen den Sachleistungsanspruch eingeschränkt. Deutschland hat diesen Anspruch nicht eingeschränkt. Das bedeutet, dass in den Ländern in **Tabelle 3** der monatliche Pauschalbetrag für Rentner und seine Familienangehörigen, dessen zuständiger Mitgliedstaat Deutschland ist, um 20 Prozent gekürzt wird.<sup>64</sup>

Im zweiten Schritt wird dann der gesamte Pauschalbetrag berechnet, den der leistungspflichtige an den forderungsberechtigten Mitgliedstaat für ein Kalenderjahr zu zahlen hat. Dazu wird für jeden Versicherten (aus Schritt 1) ermittelt, wie viele Monate er in dem zu berechnenden Kalenderjahr im forderungsberechtigten Mitgliedstaat gewohnt hat (von denen, die im Ausland versichert sind). Die Anzahl wird dann für jeden Versicherten mit dem entsprechenden (d. h. nach der Zuordnung in einer der drei Altersklassen) monatlichem Pauschalbetrag multipliziert. Die Ergebnisse werden addiert und ergeben den gesamten Pauschalbetrag.

Ein Fallbeispiel zu **Tabelle 3**: Ein Rentner, der in Deutschland krankenversichert ist, weil er

---

<sup>64</sup> Vgl. Art. 18, Art. 19, Art. 27 und Anhang IV VO (EG) Nr. 883/2004.

ausschließlich von dort seine Rente bezieht, zieht wegen des schöneren Wetters nach Spanien um. Damit er in Spanien alle Gesundheitsleistungen so in Anspruch nehmen kann, als wenn er dort versichert wäre, muss er bei seiner deutschen Krankenkasse das Formular S1 (früher: Formular E 106) beantragen. Mit diesem Formular meldet er sich dann im lokalen Gesundheitszentrum („Centro de Salud“), das seinem Wohnort zugeteilt ist. Dort legt er der spanischen staatlichen Krankenversicherung („Seguridad Social“) das ausgestellte Formular vor, die ihm daraufhin einen nationalen Anspruchsnachweis, die spanische Versichertenkarte („Tarjeta Sanitaria Individual“), ausstellt. Mit dieser erhält er nun freien Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem Spaniens. Die für ihn in Spanien erbrachten Sachleistungen werden dem deutschen Träger als Pauschale in Rechnung gestellt. Für einen Rentner, der das ganze Jahr über im sonnigen Spanien wohnt, zahlt die deutsche Krankenkasse demnach 3.338,04 Euro (12 Monate x 278,17 Euro) an die „Seguridad Social“.

### **2.3.1.3 Andere Verfahren und Erstattungsverzicht**

Sofern die Mitgliedstaaten ein anderes Verfahren oder einen Erstattungsverzicht bilateral vereinbart haben, wird diese Vereinbarung als geltende Koordinierungsregel in Anhang I der VO (EG) Nr. 987/2009 aufgeführt. Demnach hat z. B. Spanien mit Frankreich und Italien oder auch Frankreich mit Portugal ein anderes Verfahren für die gegenseitige Kostenerstattung festgelegt. Die Länder, die gegenseitig auf jegliche Erstattungen verzichten sind z. B. Dänemark mit Irland oder Finnland mit Schweden. dagegen hat Dänemark mit Portugal nur einen teilweisen Verzicht vereinbart.<sup>65</sup>

Wenn der aushelfende Träger vom zuständigen Träger zur Durchführung bestimmter Prüfungen, wie z. B. eine verwaltungsmäßige Kontrolle oder ärztliche Untersuchung, beauftragt wird, die dazu dienen sollen die Gewährung oder Neufeststellung von Leistungen zu beurteilen, kann er sich die Kosten vom zuständigen Träger zu seinen geltenden Sätzen erstatten lassen. Einige Länder haben untereinander bspw. nur für diese Kosten<sup>66</sup> einen Erstattungsverzicht vereinbart, wie z. B. Deutschland mit Luxemburg oder Frankreich mit Italien.

Deutschland hat nach Anhang I der VO (EG) Nr. 987/2009 nur diese eine Vereinbarung<sup>67</sup> (mit Luxemburg im Jahr 1975) geschlossen. Ansonsten hat Deutschland mit keinem anderen Staat ein anderes Erstattungsverfahren oder einen Erstattungsverzicht vereinbart.

---

<sup>65</sup> Vgl. Anhang I VO (EG) Nr. 987/2009.

<sup>66</sup> Für die Kosten nach Art. 105 VO (EWG) Nr. 574/72.

<sup>67</sup> Vereinbarung, in der es um die genannten Kostenerstattungen geht. Es geht hier nicht um Vereinbarungen, die andere Aspekte zum Thema haben, wie z. B. die Einbeziehung und Beitreibung von Beiträgen der sozialen Sicherheit, worüber Deutschland z. B. mit Frankreich und Italien Abkommen geschlossen hat, und die auch im Anhang I VO (EG) Nr. 987/2009 aufgeführt sind.

### **2.3.2 Erstattung nach den SVA**

Durch die SVA besteht ein gegenseitiger Erstattungsanspruch zwischen den Trägern über die Kosten für sofort notwendige Sachleistungen, welche die Versicherten im anderen Vertragsstaat in Anspruch nehmen, nicht aber für geplante Behandlungen. Die *Tabelle 2* zeigt, dass manche SVA sich auch nur auf bestimmte Leistungen beziehen oder derzeit ausgesetzt sind.

Die Erstattungshöhe (der Sachleistungsaushilfe) richtet sich in allen SVA nach den gesetzlichen Tarifen des Trägers des Aufenthaltsorts. Dabei soll der Träger des Aufenthaltsortes die angefallenen Kosten dem zuständigen Träger möglichst nach der Höhe der tatsächlichen Aufwendungen in Rechnung stellen. Die Vertragsstaaten bzw. deren zuständigen Behörden können aber auch die vollständige oder einen Teil der Erstattung auf Grundlage von Pauschalbeträgen vereinbaren. Zwischen Deutschland und der Türkei ist zudem auch die Vereinbarung eines Erstattungsverzichts möglich<sup>68</sup>.

Bemerkenswert ist, dass die Versicherten aus den Abkommensstaaten die aushelfende Krankenkasse in Deutschland nicht frei wählen können. Einzige Ausnahme betrifft die in Nordmazedonien Versicherten. Für alle anderen Versicherten ist im jeweils gültigen Abkommen festgelegt, dass die Allgemeinen Ortskrankenkassen für die Sachleistungsaushilfe in Deutschland zuständig sind.

### **2.4 Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung - Ausland**

Bis zum 25.10.2013 hatte jeder EU-Mitgliedstaat nach der Richtlinie mindestens eine sog. Nationale Kontaktstelle einzurichten. Die Hauptaufgabe dieser Kontakt- bzw. Verbindungsstellen liegt in der Bereitstellung aller relevanter Informationen für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenversicherungsträger, um die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu erleichtern.

In Deutschland erfolgte die Umsetzung der Richtlinie mit § 219d SGB V. Darin wurde festgelegt, dass die DVKA, die bereits seit dem 1.7.2008 eine Abteilung des GKV-Spitzenverbandes ist, die Aufgaben als deutsche Kontaktstelle wahrnehmen und damit für die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den ausländischen Verbindungsstellen und der Europäischen Kommission in diesem Bereich zuständig sein soll. Neben der Information über Rechte und Ansprüche der Versicherten bei Inanspruchnahme grenzüberschreitender Leistungen in einem anderen Mitgliedstaat gehört zu den Aufgaben der DVKA auch die zwischenstaatliche Kostenabrechnung der Leistungsaushilfe und das Abschließen von Vereinbarungen mit ausländischen Ver-

---

<sup>68</sup> Vgl. Art. 15a Abs. 1 deutsch-türkisches SVA.

bindungsstellen (sog. Verbindungsstellenvereinbarungen) sowie die Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften (Richtlinie oder Verordnung) beim individuellen Fall.

Die DVKA hat ihren Sitz in Bonn. Im Dezember 2019 arbeiteten dort insgesamt ca. 160 Mitarbeiter. Ein Teil davon waren zu diesem Zeitpunkt zusätzliche IT-Mitarbeiter, die wegen dem EU-Projekt „Electronic Exchange of Social Security Information“ (EESSI)<sup>69</sup>, das bis zum Jahr 2020 umgesetzt sein sollte, befristet eingestellt wurden. Im Bereich internationaler Zahlungsverkehr arbeiteten davon zu dem Zeitpunkt ca. 45 Mitarbeiter.<sup>70</sup>

Für die Beratung und Betreuung ihrer eigenen Versicherten, wie z. B. Beantwortung von Anfragen der Versicherten über Leistungen im Ausland oder Ausstellen von Anspruchsnachweisen, und die Abrechnung mit der DVKA (Rechnungsprüfungen, Begleichung der Forderungen von ausländischen Trägern etc.) ist jede Krankenkasse selbst zuständig. Hinzu kommt noch der Arbeitsaufwand für die Beratung und Betreuung von Versicherten, die bei einem ausländischen Träger versichert sind und die Abrechnung von deren Leistungen mit der DVKA (Aufstellen von Forderungen gegenüber den ausländischen Trägern etc.). Es gibt keine offiziellen Zahlen, die zeigen, wie viele Mitarbeiter in jeder Krankenkasse allein für die Betreuung von im Ausland Versicherten oder nur für die Abrechnung mit dem Ausland bzw. der DVKA zuständig sind. Während es für eine Krankenkasse vermutlich relativ einfach ist, die Zahl der Mitarbeiter im Bereich der Abrechnung mit dem Ausland bzw. der DVKA rauszubekommen ist, da dieser Bereich in jeder Krankenkasse in der Regel zentralisiert ist, ist es dagegen vermutlich schwerer zu erfassen, wie viel Betreuungsleistung in den Geschäftsstellen oder digital erfolgt. Die AOK Bayern hat bspw. 250 regionale Geschäftsstellen<sup>71</sup> und rund 11.000 Mitarbeiter<sup>72</sup>, die für die Beratung und Betreuung der Versicherten zuständig sind.

Die zwischenstaatliche Kostenabrechnung funktioniert im Groben wie folgt: Die DVKA erhält die Abrechnung von der ausländischen Verbindungsstelle. Eine Abrechnung enthält in der Regel viele Einzelrechnungen. Die DVKA übernimmt dann eine Verteilungsfunktion. Die Einzelrechnungen leitet sie an die jeweils zuständigen Krankenkassen weiter. Die Krankenkassen prüfen dann ihre Rechnungen und können die Rechnungen gegebenenfalls auch beanstanden. Die Krankenkassen überweisen dann die geforderte Summe (wenn nichts beanstandet wird) an die DVKA, aber so rechtzeitig, dass die Krankenkasse ihre Zahlungsfrist gegenüber der DVKA

---

<sup>69</sup> Ziel dieses EU-Projektes ist die Digitalisierung der zwischenstaatlichen Abrechnungsprozesse der Träger, die bislang noch überwiegend papierbasiert erfolgen. So sollen die Abrechnungsdaten in Zukunft nur noch elektronisch ausgetauscht werden, womit sich die Verwaltungsvorgänge erheblich beschleunigen dürften.

<sup>70</sup> Telefonische Auskunft Hans-Holger Bauer, Geschäftsführer der DVKA von 2004 bis 2020, am 17.12.2019.

<sup>71</sup> Vgl. AOK Bayern, 2020, S. 5.

<sup>72</sup> Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 17.

einhält und so, dass die DVKA ihrerseits auch die Zahlungsfristen an die ausländischen Verbindungsstellen einhalten kann. Das bedeutet: Die deutschen Krankenkassen überweisen kein Geld direkt an die ausländischen Träger. Das wäre auch rechtswidrig, denn mit § 219a SGB V wurde festgelegt, dass die Kostenabrechnung mit den ausländischen Stellen über die DVKA zu erfolgen hat.

Finanziert wird die DVKA durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu 20 Prozent, die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu 20 Prozent, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung zu zehn Prozent und die privaten Krankenversicherungen zu fünf Prozent.<sup>73</sup> Die GKV trägt die restlichen 45 Prozent. Die Anteile an der Finanzierung sowie auch die Höhe der bereitgestellten erforderlichen Finanzmittel werden zwischen den beteiligten Organisationen ausgehandelt. Dieser Vertrag ist nicht öffentlich.<sup>74</sup>

## 2.5 Erstattungswege

Es gibt verschiedene Wege, wie die Erstattung für die grenzüberschreitenden Inanspruchnahmen von Sach- und Geldleistungen<sup>75</sup> erfolgen kann.

### 2.5.1 Kostenerstattung zwischen Versicherten und zuständigem Träger

Ein Versicherter kann sowohl nach der VO (EG) Nr. 883/2004 als auch nach der RL 2011/24/EU wählen, ob er die Sachleistung im Ausland (wie im Inland auch) nach dem Sachleistungsprinzip oder dem Kostenerstattungsprinzip in Anspruch nimmt. Der Unterschied liegt darin, dass die zwischenstaatliche Abrechnung beim Sachleistungsprinzip immer über die Verbindungsstellen läuft (siehe *Tablelle 4*), wohingegen es beim Kostenerstattungsprinzip davon abhängt, bei welchem Träger der GKV-Versicherte den Erstattungsantrag (für selbstbeschaffte Sachleistungen) stellt. Stellt er ihn beim Träger des Aufenthaltsortes läuft die Abrechnung über die Verbindungsstellen, stellt er ihn dagegen unmittelbar bei seinem zuständigen Träger findet die Abrechnung direkt zwischen Versicherten und zuständigem Träger ab (ohne Verbindungsstellen).<sup>76</sup>

---

<sup>73</sup> Vgl. § 219d Abs. 3 SGB V.

<sup>74</sup> Es ist nichts Abweichendes vereinbart worden laut telefonischer Auskunft Hans-Holger Bauer, Geschäftsführer der DVKA von 2004 bis 2020, am 17.12.2019.

<sup>75</sup> Sachleistungen der GKV sind z. B. ärztliche Behandlungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankengymnastik sowie Krankenhausleistungen. Zu den Geldleistungen der GKV zählen z. B. das Krankengeld (Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von der Krankenkasse) und das Pflegegeld. Das Pflegegeld aus der Pflegeversicherung stellt nach dem EuGH-Urteil Rs. C-160/96 („Molenaar“) eine Geldleistung bei Krankheit dar und ist insofern auch ins Ausland (EU/EWR/Schweiz) zu leisten.

<sup>76</sup> Vgl. § 25 VO (EG) Nr. 987/2009.

In jedem Fall bezahlt der Versicherte die Leistung im Wege einer Kostenerstattung beim Leistungserbringer zunächst selbst und hat dann unter bestimmten Voraussetzungen<sup>77</sup> Anspruch auf Erstattung durch die zuständige Krankenkasse. Der Versicherte geht folglich in finanzielle Vorleistung und holt sich die verauslagten Kosten (wobei die Höhe der Erstattung von der angewandten Rechtsgrundlage abhängig ist, siehe **Tabelle 1**) rückwirkend von seiner Krankenkasse zurück.

Das SGB V schränkt diesen Anspruch der Kostenerstattung jedoch ein. Er gilt nämlich nicht für diejenigen Leistungen, für welche die Mitgliedstaaten bzw. deren zuständigen Behörden untereinander eine Erstattung auf Grundlage eines Pauschbetrages oder einen Erstattungsverzicht vereinbart haben. Damit wird vor allem eine Versichertengruppe, die im Ausland wohnenden Inlandsversicherten (siehe **Kapitel 2.3.1.2**), von diesem Erstattungsanspruch ausgeschlossen. Das hat den Hintergrund, dass die Träger das Verfahren der Kostenerstattung für diese besondere Versichertengruppe bereits untereinander geregelt haben und es sonst z. B. sein könnte, dass die Krankenkasse zum Pauschbetrag an den ausländischen Träger zusätzlich noch die tatsächlichen Kosten an den Versicherten erstatten muss.<sup>78</sup>

Neben den Sachleistungen hat ein Versicherter unter bestimmten Voraussetzungen auch Anspruch auf Geldleistungen von seiner Krankenversicherung – auch im Ausland. In der Regel zahlt der zuständige Träger die Leistung (nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaates) weiter auch wenn sich der Versicherte im Ausland aufhält oder dort wohnt.<sup>79</sup> Dabei wird die Geldleistung unmittelbar an den Versicherten gezahlt und – falls der Versicherte im Ausland wohnt – der Träger des Wohnortes informiert.<sup>80</sup>

Wenn die Träger es untereinander vereinbaren, kann auch der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes die Geldleistung (nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaates) auf Rechnung des zuständigen Trägers erbringen.<sup>81</sup> Der zuständige Träger hat dabei das Recht vom Träger des Wohnortes eine sog. verwaltungsmäßige Kontrolle oder eine ärztliche Kontrolluntersuchung des Versicherten<sup>82</sup> durchführen zu lassen.

Wenn die Geldleistung direkt vom zuständigen Träger an den Versicherten gezahlt wird, läuft die Abrechnung nicht über die Verbindungsstellen, dagegen wenn der Wohnortsträger die Geldleistung im Auftrag des zuständigen Trägers erbringt, dann schon.

---

<sup>77</sup> Eine Voraussetzung kann z. B. sein, dass die Krankenkasse der Behandlung vorher zustimmen muss.

<sup>78</sup> Vgl. § 13 Abs. 4 SGB V.

<sup>79</sup> Vgl. Art. 21 VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>80</sup> Vgl. Art. 27 VO (EG) Nr. 987/2009.

<sup>81</sup> Vgl. Art. 21 VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>82</sup> Wie z. B. eine ärztliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit.

## 2.5.2 Kostenerstattung zwischen aushelfendem und zuständigem Träger

Die Kostenerstattung für Sachleistungen zwischen aushelfendem und zuständigem Träger erfolgt über die Verbindungsstellen nach dem Schema in **Tabelle 4**.

**Tabelle 4:** Abrechnungsweg über die Verbindungsstellen

Schema	Beispiel 1: Deutscher Versicherter in Frankreich	Beispiel 2: Österreichischer Versicherter in Deutschland
Ein Versicherter lässt sich von einem <b>Leistungserbringer im Ausland</b> behandeln.	Ein Versicherter der AOK Bayern lässt sich von einem Vertragsarzt des 1. Sektors („médecin conventionné du secteur 1“) in Paris (Frankreich) behandeln.	Ein Versicherter der österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) lässt sich in einem Krankenhaus in Bayern (Deutschland) behandeln.
Versicherter legt den Anspruchsnachweis vor (z. B. EHIC) und wählt den <b>Träger für die Sachleistungsaushilfe</b> , der die Behandlungskosten mit dem Leistungserbringer abrechnet.	Der Versicherte wählt als aushelfenden Träger die Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Paris (des Departements).	Der Versicherte wählt als aushelfenden Träger die AOK Bayern.
Die aushelfende Krankenkasse prüft und bezahlt die Leistung und leitet die Rechnung an die <b>Verbindungsstelle des aushelfenden Trägers</b> weiter.	Die CPAM rechnet mit dem Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) ab.	Die AOK Bayern rechnet mit der DVKA ab.
Die Verbindungsstelle des aushelfenden Trägers leitet die Rechnung an die <b>Verbindungsstelle des zuständigen Trägers</b> weiter.	Das CLEISS rechnet mit der DKVA ab.	Die DVKA rechnet mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger <sup>83</sup> ab.
Die Verbindungsstelle des zuständigen Trägers leitet die Rechnung an die <b>zuständige Krankenkasse</b> weiter.	Die DVKA rechnet mit der AOK Bayern ab.	Der Dachverband der Sozialversicherungsträger rechnet mit der ÖGK ab.

Wenn der Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes im Auftrag des zuständigen Trägers die Geldleistung an den Versicherten leistet, erfolgt die Kostenerstattung zwischen den Trägern in der Regel über die Verbindungsstellen. Dabei stellt der Versicherte den Antrag auf Geldleistung beim zuständigen Träger, der informiert und beauftragt gegebenenfalls den Träger des Wohnorts die Leistung zu gewähren (oder zu verweigern) und erstattet daraufhin die verauslagten Kosten über die Verbindungsstellen.

<sup>83</sup> Früher (bis zum 1.1.2020): Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen.

### **2.5.3 Kostenerstattung zwischen Leistungserbringer und zuständigem Träger**

Eine dritte Möglichkeit der Abrechnung von Sachleistungen, die der Versicherte im Ausland in Anspruch genommen hat, ermöglicht § 140e SGB V<sup>84</sup>. Darin ist festgelegt, dass es (deutschen) Krankenkassen erlaubt ist, mit ausländischen Leistungserbringern (in der EU/EWR/Schweiz) Verträge zur Versorgung ihrer Versicherten abzuschließen. Das Entscheidende hierbei ist, dass die Krankenkassen selbst bestimmen dürfen, mit welchen Leistungserbringern im Ausland sie Vertragsbeziehungen aufnehmen möchten und wie sie die Vertragsinhalte (Leistungsumfang, Qualitätskriterien, Vergütung/Abrechnung etc.) ausgestalten. Die Verträge dürfen aber nur für die Versorgung der eigenen Versicherten geschlossen werden (und nicht für die Versicherten anderer Krankenkassen).

Dadurch erhalten die Krankenkassen die Freiheit, auch mit Leistungserbringern Vertragsbeziehungen einzugehen, die nicht zu den Vertragspartnern (Vertragsarzt/Vertragskrankenhaus) der GKV bzw. dem staatlichen Gesundheitssystem des anderen Mitgliedstaates (EU/EWR/Schweiz) gehören. Auf diese Weise können nun auch bspw. private Vertragspartner im Ausland Leistungen zur Versorgung der Versicherten erbringen. Vorher wurden die Anspruchsbescheinigungen, wie z. B. die EHIC, von diesen (vertragslosen) Leistungserbringern einfach nicht akzeptiert, weil sie an der gesetzlichen bzw. staatlichen Versorgung der Bürger ihres Landes nicht teilnehmen und demzufolge Leistungen nur auf Privatrechnung anbieten können. Die selektivvertragliche Lösung ermöglicht den deutschen Krankenkassen eine Kooperation auch mit diesen Leistungserbringern. Das hat für die einzelne Krankenkasse den Vorteil, dass sie gezielt, wie z. B. an beliebten Urlaubsorten, ihren Versicherten zusätzliche Versorgungsangebote (zusätzliche Leistungserbringer) eröffnen kann, was einen Wettbewerbsvorteil (Service) bedeutet. Der Versicherte legt beim Leistungserbringer die EHIC (Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen) vor und erhält dann die medizinische Versorgung im Rahmen des jeweiligen Vertrages. Der Leistungserbringer rechnet die entsprechende Leistung dann direkt mit der zuständigen Krankenkasse ab. Der Leistungsumfang ist in den Verträgen jedoch auf das im Inland geltende Leistungsrecht (Drittes Kapitel des SGB V und das dazugehörige untergesetzliche Regelwerk) zu beschränken, der Versicherte kann hierüber also nicht die Leistungen der ausländischen (gesetzlichen bzw. staatlichen) Krankenversicherung erhalten, sondern nur die Leistungen, welche die Krankenkasse auch in Deutschland erstatten würde.

Aufgrund § 140e SGB V hat bspw. die AOK Bayern, deren Versicherte es gerne zum Skifahren nach Österreich zieht, Verträge mit der dortigen „Medalp Group“ geschlossen, so dass sich die

---

<sup>84</sup> Die Rechtsvorschrift § 140e SGB V wurde mit Wirkung ab 1.1.2004 im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt.

Wintersportler nach Vorlage der EHIC in deren auf Sportverletzungen spezialisierte (private) Einrichtungen in Imst, Sölden (Ötztal) und Mayrhofen (Zillertal) notfallmäßig versorgen lassen können. Dagegen hat bspw. die AOK Nordost, die viele polnische Grenzgänger versichert, Versorgungsverträge mit polnischen Leistungserbringern (im deutsch-polnischen Grenzgebiet) geschlossen, so dass sich die in Polen lebenden Versicherten in ihrer Heimat auch vom Privatarzt oder in einer Privatklinik, wie z. B. der Asklepios Klinik in Stettin, behandeln lassen können, also Leistungserbringern, die keinen Vertrag mit dem (polnischen) Nationalen Gesundheitsfonds (Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)) haben.<sup>85</sup>

Bei diesen (Einzel-) Verträgen geht es demzufolge immer um den Sachleistungsanspruch und die vertragliche Verpflichtung der Leistungserbringer die Versicherten zu Lasten ihrer zuständigen Krankenkasse im Rahmen der Notfallversorgung zu behandeln. Das Kostenerstattungsprinzip funktioniert hierüber nicht, genauso wenig wie eine Abrechnung über die Verbindungsstellen, da es sich um Direktverträge handelt.

## **2.6 Mögliche individuelle und gesellschaftliche Wohlfahrtsgewinne und -verluste**

Für die Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen auf seinem Hoheitsgebiet ist jeder Staat selbst verantwortlich. Somit liegen Organisation, Ausgestaltung und Finanzierung der Gesundheitssysteme in der Verantwortung der einzelnen Staaten. Die europäischen Prinzipien, wie z. B. die Dienstleistungsfreiheit und Arbeitnehmerfreizügigkeit, dürfen deshalb auch nicht die Kosten- und Angebotssteuerung der nationalen Gesundheitssysteme beeinträchtigen, sondern bilden den Rahmen, dass Versicherte grenzüberschreitende Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können, die von ihren Sozialsystemen getragen werden.

Das Ziel der VO (EG) Nr. 883/2004 und der RL 2011/24/EU ist es deshalb, über Regeln, wie z. B. zu Vorabgenehmigungen und Kostenerstattungen, einerseits die Freizügigkeit bei der Inanspruchnahme von grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Patienten können dadurch z. B. eine (vermeintlich) qualitativ bessere Behandlung im Ausland, die nächstgelegene Gesundheitsleistung unabhängig von der Landesgrenze oder eine Behandlungsmethode, die es im Versicherungsstaat nicht gibt, in Anspruch nehmen. Andererseits dienen die Regeln auch dazu, die Patientenströme zwischen den Staaten zu beschränken. Das ist der Grund, warum bspw. die Voraussetzungen für die Inanspruchnahmen und die Erstattungsverfahren festgelegt und die Höhe der Erstattungen begrenzt sind.<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> Vgl. Hommel, 2015.

<sup>86</sup> Vgl. VO (EG) Nr. 883/2004 und Vorbemerkungen in der RL 2011/24/EU.

Wenn Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen grundsätzlich keinen finanziellen Anreiz (nach den Regelungen auf europäischer Ebene) haben sollen, Gesundheitsleistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen, stellt sich dennoch die Frage, ob und wenn ja, wo individuelle und gesellschaftliche Wohlfahrtsgewinne und -verluste entstehen können.

### 2.6.1 Versicherte

Für Versicherte ergeben sich – neben den Auswirkungen auf die gesundheitliche (und soziale) Situation – vor allem Veränderungen in der Angebotsstruktur. Ein größeres Angebot an Leistungen (Gesundheitsleistungen im Ausland) kann eine bessere Versorgung der Versicherten bedeuten, wenn man davon ausgeht, dass mehr Wettbewerb zu steigender Effizienz und zu höherer medizinischer Qualität führt. Vor allem in Regionen, in denen es nicht genug Vertragsärzte<sup>87</sup> gibt oder einzelne Leistungsschwerpunkte in Krankenhäusern<sup>88</sup> eingeschränkt verfügbar sind, kann die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Ausland dazu führen, dass der Leistungsbedarf der inländischen Versicherten darüber gedeckt wird.

Für einige Versicherte können sich auch die monetären und nicht monetären Kosten der Inanspruchnahme verringern, indem bspw. der Ort der Leistungsanspruchnahme (das trifft vor allem in Grenzgebieten zu) schneller oder besser<sup>89</sup> erreichbar ist (Wegkosten) oder die Leistungsanspruchnahme schneller realisierbar ist (Zeitkosten), bspw. durch Umgehung von nationalen Wartezeiten.

Nachteile für inländische Versicherte ergeben sich, wenn Patienten aus dem Ausland auf eine knappe Angebotsstruktur des regionalen (ambulanten oder stationären) Planungsbereiches treffen. Dann können die zusätzlichen Patienten eine Unterversorgung verstärken, was zu längeren Wartezeiten in der ambulanten und stationären Versorgung bei den inländischen Patienten führen kann.

---

<sup>87</sup> In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung (hausärztliche und fachärztliche Versorgung) wird nach § 99 SGB V für jeden Planungsbereich (Hausärzte werden kleinräumiger, spezialisierte Fachärzte großräumiger geplant) ein allgemeiner Versorgungsgrad, der sich aus der Einwohnerzahl und der Anzahl der Vertragsärzte einer Arztgruppe – und unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren (z. B. allgemeine und regionale Altersfaktoren) – ergibt, berechnet. Bei der Feststellung einer Über- oder Unterversorgung nach § 103 SGB V für eine bestimmte Arztgruppe in einem bestimmten Planungsbereich können dann unterschiedliche Steuerungsinstrumente angewendet werden (z. B. Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung oder Zahlung von Zuschüssen bei Unterversorgung).

<sup>88</sup> In den Landeskrankenhausplänen werden gemäß § 6 KHG in der Regel die Standorte, Gesamtplanbettenanzahl, Fachabteilungen und Leistungsschwerpunkte festgelegt. Die Krankenhauspläne haben dabei eine Doppelfunktion. Erstens wird mit ihnen der Bedarf an stationären Krankenhauskapazitäten im jeweiligen Bundesland festgestellt und zweitens wird mit ihnen bestimmt, welche der Krankenhäuser nach dem KHG und der Landeskrankenhausgesetzte gefördert werden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, den Krankenhäusern, die in dem Plan aufgenommen sind (Plankrankenhäusern), die Behandlungskosten für ihre Versicherten zu erstatten. Bei allen anderen Krankenhäusern, d. h. diejenigen, die nicht im Plan aufgenommen sind, besteht dieser Zwang nicht.

<sup>89</sup> Qualität der infrastrukturellen Anbindung.

## 2.6.2 Leistungserbringer

### 2.6.2.1 Haus- und Fachärzte

Für die ambulant tätigen Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte) kann die Zuwanderung von (Stamm-) Patienten (hier: 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.

Das Honorar, das die niedergelassenen Ärzte für die Behandlung der GKV-Versicherten erhalten, bekommen sie nicht direkt von den Krankenkassen, sondern wird durch die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nach einem relativ komplexen System, das in **Abbildung 2** dargestellt ist, an sie verteilt.

Im Bereich der Gesamtvergütung aus der GKV setzt sich die Honorarverteilung und -berechnung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zusammen.

Innerhalb der MGV erhält der niedergelassene Arzt seine Vergütung (für die vertragsärztliche Versorgung seiner Patienten) auf Grundlage eines Regelleistungsvolumen (RLV). Das individuell berechnete RLV eines Arztes ergibt sich dabei aus der Patientenzahl (Fallzahl) des Arztes aus dem Vorjahresquartal multipliziert mit dem Fallwert der spezifischen Arztgruppe (z. B. Internisten, Augenärzte, Orthopäden) und einem Gewichtungsfaktor, der das unterschiedliche Alter<sup>90</sup> der Patienten des Arztes berücksichtigt.

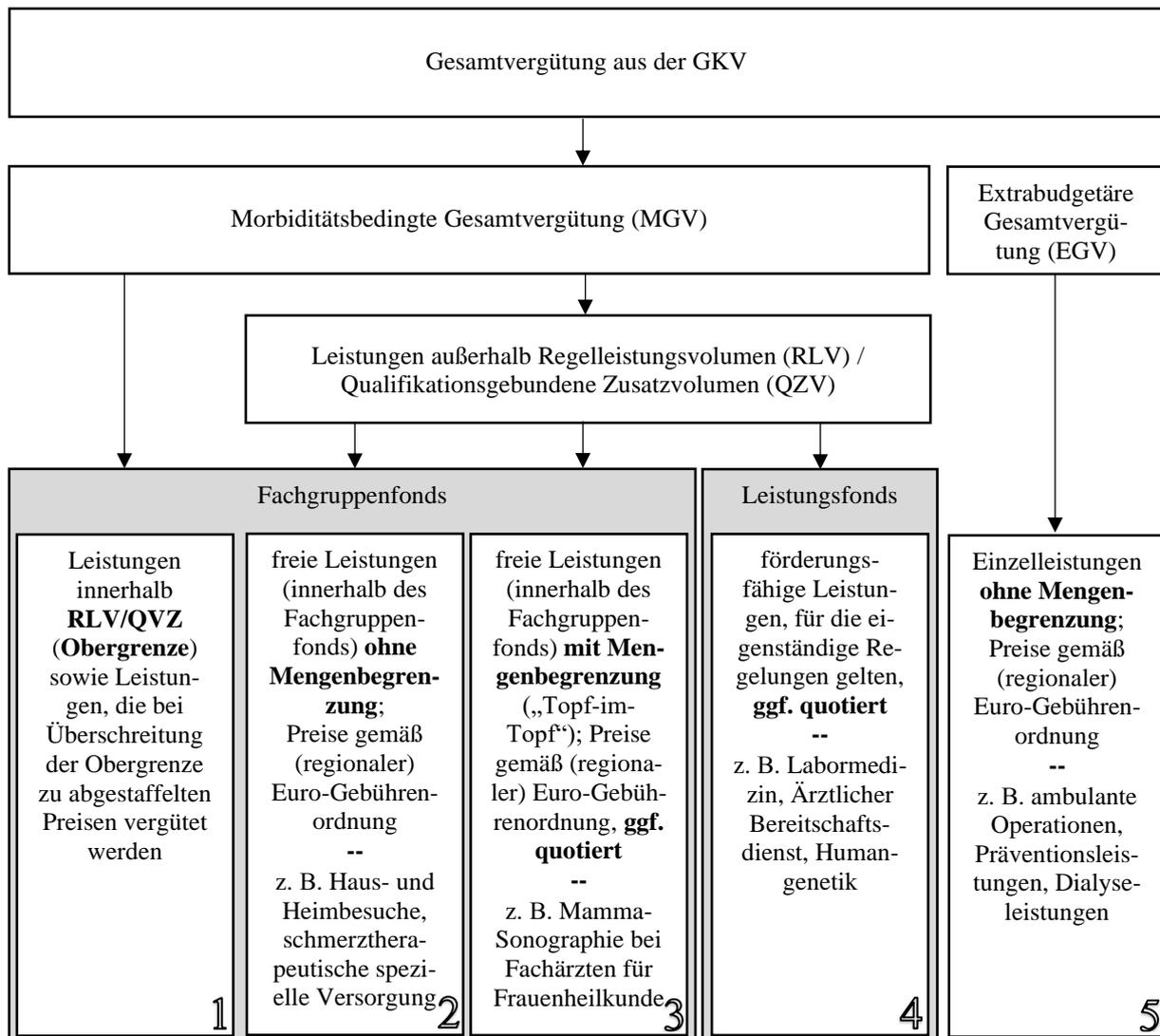
Die zuständige KV teilt jedem Arzt wenige Tage vor Quartalsbeginn sein individuelles RLV in Euro mit (Honorarbescheid), so dass der Arzt seine Vergütung bereits im Voraus kennt. Bis zu dieser Grenze bekommt er seine erbrachten Leistungen in voller Höhe vergütet, d. h. zu den im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)<sup>91</sup> ausgewiesenen festen Preisen. Bei allen Leistungen, die über dieses Volumen hinaus gehen, bekommt er sie zu niedrigeren Beträgen (d. h. zu abgestaffelten Preisen) vergütet, die abhängig von der abgerechneten (Gesamt-) Leistungsmenge der spezifischen Arztgruppe jedes Quartal unterschiedlich hoch ausfallen können.

---

<sup>90</sup> Das Alter dient dabei als Indikator für die Morbidität.

<sup>91</sup> Der EBM ist ein Verzeichnis derjenigen Leistungen, die Vertragsärzte an GKV-Versicherten erbringen und grundsätzlich zu Lasten der Krankenkassen abrechnen dürfen. Darin wird jede Leistung mit einer Punktzahl bewertet, die den relativen Wert der Leistung festlegt. Auch die Bedingungen, unter denen eine Leistung abgerechnet werden darf, werden darin festgelegt. Die Euro-Preise für jede Leistung im EBM ergeben sich dann aus der Multiplikation der jeweiligen Punktzahl der Leistung mit dem sog. bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert, so dass für jede Leistung im EBM ein bundesweit einheitlicher Preis festgelegt ist. Durch § 87a SGB V ist es den KV und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen jedoch möglich, regionale Euro-Gebührenordnungen zu vereinbaren, in denen Zu- und Abschläge auf dem Orientierungspunktwert festgelegt werden, so dass die Preise für die Leistungen regional unterschiedlich sein können.

**Abbildung 2:** Honorarbestandteile für Vertragsärzte (Haus- und Fachärzte)<sup>92</sup>



Der Arzt hat dadurch ein Interesse daran, die vorgegebene Leistungsmenge durch das RLV zu erreichen (Punktlandung). Mikroökonomisch betrachtet hätte der Arzt allerdings solange einen finanziellen Anreiz mehr Leistungen zu erbringen als im RLV vorgegeben, wie der Grenzerlös die Grenzkosten übersteigt (er also kostendeckend arbeitet), d. h. der Honorardeckel ist eigentlich nicht die Grenze, es sei denn, jede weitere Leistung nach Überschreitung des RLV würde mit null Prozent vergütet.

In der Praxis ist es aber so, dass Ärzte gegen Ende des Quartals, um den bestimmten Schwellenwert (Punkt, ab dem es zur Abstufung der Vergütung kommt) zu erreichen, weniger pauschal vergütete Leistungen erbringen oder Folgekontakte vermeiden bzw. ins nächste Quartal schieben, bspw. wenn ein vierteljährlicher Kontakt ausreicht, um eine pauschalierte Vergütung zu erlangen.

<sup>92</sup> Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2019, S. 9.

In der Studie von Himmel und Schneider (2017) reduzierten in den letzten zwei Wochen des Quartals die Dermatologen (-14,15 Prozentpunkte), Augenärzte (-13,88 Prozentpunkte) sowie Gynäkologen (-11,45 Prozentpunkte) ihre Leistungen (für die es eine Budgetbegrenzung gibt) am stärksten, die Allgemeinmediziner am wenigsten (-8,71 Prozentpunkte). Bei den Allgemeinmedizinern wurden auch erhebliche Aufholeffekte nachgewiesen. So erbrachten sie in den ersten zwei Wochen des Quartals mehr Leistungen (+7,11 Prozentpunkte) als sonst, was darauf hinweist, dass hier Leistungen ins nächste Quartal verschoben wurden. Bei den anderen Arztgruppen fallen diese Aufholeffekte sehr viel geringer aus bzw. waren nicht signifikant.<sup>93</sup>

Durch die Budgetbegrenzung durch das RLV besteht für den Arzt also kein übermäßiger Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge pro Patienten. Ebenso besteht für den Arzt auch kein übermäßiger Anreiz zur Ausweitung seines Patientenstammes. Da sich sein RLV aus der Anzahl seiner Behandlungsfälle ergibt, wirkt sich eine höhere Fallzahl zwar direkt auf sein RLV aus, das sich dann ebenfalls erhöht, allerdings greift auch hier irgendwann eine Fallwertminderung und eine Fallzuwachsbeschränkung.

Zur Fallwertminderung kommt es, wenn die Fallzahl des Arztes über 50 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahlen seiner Fachgruppe liegt. Das kann aber erst im Nachhinein von der KV festgestellt werden, wenn das Quartal abgeschlossen wird (nach der Abrechnung). Als Beispiel: Behandelt ein Arzt in einem Quartal 1.700 Fälle und die Durchschnittsfallzahl seiner Arztgruppe liegt bei 800 Fällen (=100 Prozent), bekommt er 1.200 Fälle (=150 Prozent) zu 100 Prozent vergütet und die restlichen 500 Fälle zu niedrigeren (abgestaffelten) Fallwerten.<sup>94</sup> Mikroökonomisch betrachtet gilt hier wieder das gleiche wie beim Anreiz zur Leistungsausweitung (siehe weiter oben).

Die Fallzahlzuwachsbeschränkung greift dagegen genau dann ein, wenn zu viele Ärzte einer Arztgruppe erhebliche Fallzahlsteigerungen haben. Wenn sich die (abgerechnete) Fallzahl von allen Ärzten einer Facharztgruppe im Vergleich zum Quartal aus dem Vorjahr um einen bestimmten Wert erhöht hat, dann tritt nur für diejenigen Ärzte, deren Fallzahl sich ebenfalls (in Bezug vom Vorjahresquartal) um einen bestimmten Wert erhöht hat, eine individuelle Fallzahlzuwachsbeschränkung ein, d. h. es werden nicht alle Fälle beim aktuellen Abrechnungsquartal berücksichtigt. Als Beispiel: Ist die Fallzahl einer Arztgruppe im Vergleich zum Vorjahresquartal über drei Prozent gestiegen, dann wird die Fallzahlsteigerung von jedem einzelnen Arzt überprüft. Ist die Fallzahl eines Arztes auch um drei Prozent gestiegen, wird die Fallzahl für die Berechnung des RLV angepasst. Liegt die Fallzahl des Arztes aktuell bei 950 und lag im Vorjahr bei

---

<sup>93</sup> Vgl. Himmel & Schneider, 2017, S. 9-10.

<sup>94</sup> Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2019, S. 23.

900, dann sind für das aktuelle RLV nur 927 Fälle relevant, also die 900 RLV-Fälle aus dem Vorjahr plus 27 Fälle (+3 Prozent), d. h. 23 Fälle bleiben unberücksichtigt.<sup>95</sup>

Bei der Fallminderung und der Fallzuwachsbegrenzung gibt es noch einige Sonderregelungen und Ausnahmen, z. B. bei einer Urlaubsvertretung oder der sog. „Ostereffekt“<sup>96</sup>, auf die hier aber nicht weiter eingegangen werden soll.

Das Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) wird für jeden Arzt ähnlich wie das RLV berechnet und dem Arzt für jedes Quartal gleichzeitig mit dem RLV zugewiesen. Das QZV soll dabei nochmal extra die speziellen Qualifikationen und die besonderen Leistungen einer Arztgruppe abbilden, wie z. B. Zuschläge für besondere Untersuchungen. Auch für QZV-Leistungen gibt es Obergrenzen und darüber hinaus gehende Leistungen werden abgestaffelt vergütet. Anders als im RLV werden hier aber keine Altersklassen gebildet. Auch hier wird, wie beim RLV, nach der Abrechnung ermittelt, ob die Steigerungen bei den Fallzahlen und Leistungen passen und ggf. nachkorrigiert.

An dieser Stelle abkürzend lässt sich feststellen, dass es für den einzelnen Arzt durchaus moderate Anreize gibt, seine Leistungen und seine Fallzahl über die Obergrenze des RLV/QZV bis zu einer gewissen Grenze (mikroökonomisch: Grenzerlös  $\geq$  Grenzkosten) auszuweiten. Wenn aber der Arzt selbst und auch andere Ärzte seiner Arztgruppe ihre Fallzahlen erheblich steigern, kann sich das wiederum negativ auf das eigene RLV auswirken. Da der Arzt im Vorfeld nicht weiß, wie sich die anderen Ärzte am Markt verhalten (sich deren Fallzahl entwickelt), ist eine erhebliche Ausweitung des Patientenstammes mit dem Risiko behaftet, dass am Quartalsende nicht alle Fallzahlen im RLV berücksichtigt werden. Damit dürfte der Anreiz zur erheblichen Ausweitung der Fallzahlen beim einzelnen Arzt gering sein. Gleichwohl zeichnen sich die Rahmenbedingungen eines klassischen Gefangenen-Dilemmas ab, bei dem subjektiv rationales Verhalten zu kollektiv irrationalen Ergebnissen führt.

Außerhalb des RLV/QZV gibt es noch die Honorartöpfe für die sog. „freien“ Leistungen und einen Leistungsfonds. Bei den „freien“ Leistungen handelt es sich um spezifische Leistungen einer Arztgruppe, die zum Teil keiner Mengenbegrenzung unterliegen und zum Teil als „Topf-im-Topf-Leistungen“ vergütet werden. Haus- und Heimbefuche bspw. können so, durch die Zuordnung zu den „freien“ Leistungen ohne Mengenbegrenzung, zum vollen Preis der (regio-

---

<sup>95</sup> Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, 2019, S. 19.

<sup>96</sup> Beim „Ostereffekt“ geht es darum, dass die Fallzahlen bei den Ärzten in der Regel aufgrund der Osterfeiertage sinken (weniger Abrechnungstage) und je nachdem, wo zeitlich die Osterfeiertage hinfallen, betrifft das dann das erste oder zweite Quartal. Zum Umgang mit solchen beweglichen (und fixen) Feiertagen und den damit zusammenhängenden Fallzahlschwankungen gibt es deshalb eine Sonderregelung.

nen) Euro-Gebührenordnung abgerechnet werden und unterliegen nicht (mehr) den Abstufungsregelungen des RLV (wurden dort herausgenommen). Für die „Topf-im-Topf-Leistungen“ einer Arztgruppe wird eine bestimmte Geldsumme bereitgestellt. Wenn die Ärzte in diesem Bereich allerdings mehr Leistungen erbringen als zur Verfügung steht, werden diese „freien“ Leistungen quotiert vergütet. Ob die Leistungen quotiert vergütet werden steht aber erst nach der Quartalsabrechnung fest und ggf. in welcher Höhe. Damit bleibt die Mengenausweitung auf die einzelne Arztgruppe beschränkt. Für bestimmte Leistungsbereiche gibt es noch die sog. Leistungsfonds, für die, weil sie fachübergreifend sind, eigenständige Vergütungsregeln gelten.

Auch für Leistungen außerhalb des RLV/QZV (aber innerhalb der MGV) gelten also allerlei Beschränkungen für die Leistungsabrechnung. Für den einzelnen Arzt kann ein Anreiz bestehen, viele der „freien“ Leistungen ohne Mengenbeschränkungen zu erbringen. Wenn das jedoch viele Ärzte machen, kann es im Folgejahr unter Umständen dazu führen, dass die KV, die im Benehmen mit den Krankenkassen die Honorarverteilung festlegen, bspw. auch für die „freien“ Leistungen, für die bisher keine Mengenbeschränkung galten, eine Mengenbeschränkung (mit entsprechenden Quotierungsregelungen) einführen oder bestimmte „freie“ Leistungen (wieder) dem RLV/QZV (und dessen Abstufungsregelungen) zuordnen.

Im Bereich der EGV werden den Vertragsärzten die Leistungen dagegen zu festen Preisen vergütet. Weil die Leistungen als besonders förderungswürdig gelten, unterliegen sie keiner Mengengrenzung und werden (von der GKV) vollständig zu den Preisen der (regionalen) Gebührenordnung vergütet. Beispiele für extrabudgetäre Leistungen sind ambulante Operationen nach Kapitel 31 EBM, Präventionsleistungen oder Dialyseleistungen und Dialysesachkosten. Erbringt ein Arzt mehr von diesen Leistungen, steigt sein Honorar aus der EGV. Hier ist der Anreiz zur Leistungsausweitung folglich eindeutig gegeben. Welche Leistungen dazu gehören (also außerhalb der MGV vergütet werden), vereinbaren die KV und Krankenkassen auf Landesebene. Hier können die Krankenkassen also selbst festlegen, welche Leistungen sie außerhalb der Budgetierung vergüten möchten, zu festen Preisen und ohne Mengengrenzung.

Grundsätzlich sind die Vertragsärzte zur Leistungserbringung verpflichtet. Sie müssen die Standardleistungen des Kernbereiches ihrer Fachgruppe, nicht aber alle zulässigen oder abrechenbaren Leistungen, den Versicherten im Rahmen ihres Versorgungsauftrages anbieten. Dabei gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Ob die Leistungserbringung rechtmäßig und die Abrechnung der erbrachten Leistungen korrekt erfolgten, dafür haben die Krankenkassen und die KV einen gesetzlichen Prüfauftrag. Die KV prüfen die Arztabrechnungen auf Plausibilität (arztbezogen) und sachlich-rechnerische Richtigkeit und die Krankenkassen auf Bestehen

und Umfang einer Leistungspflicht, Plausibilität (bezogen auf ärztliche Diagnosen) und mehrfache Inanspruchnahme jeweils anderer Vertragsärzte (Zuweisung).<sup>97</sup> Es wird also immer der konkrete Einzelfall geprüft. Im schlimmsten Fall drohen dem Arzt Regressforderungen der Krankenkassen.

Deutlich attraktiver noch als die Abrechnung von extrabudgetären Leistungen stellt für die Vertragsärzte die Möglichkeit dar, Leistungen für GKV-Versicherte (wie bei Privatversicherten) auf Basis einer privatärztlichen Rechnung (Privatliquidation) zu erbringen. Diese Form der Rechnungstellung ist für GKV-Versicherte jedoch nur zulässig, wenn sie

- Leistungen beanspruchen, die Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung (des EBM) sind und dafür das Kostenerstattungsverfahren wählen<sup>98</sup>
- keine EHIC (oder anderen Anspruchsnachweis) vorlegen<sup>99</sup>
- vorab ausdrücklich die Behandlung auf eigene Kosten verlangen<sup>100</sup>
- Leistungen beanspruchen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind (sog. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL))<sup>101</sup>
- Leistungen beanspruchen, die zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, aber nicht der Leistungspflicht unterliegen, weil sie nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind (sog. Wunschleistungen)<sup>102</sup>
- Leistungen beanspruchen, die zwar Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, für die dem Arzt aber die Abrechnungsgenehmigung mit der KV fehlt (z. B. Arthroskopie, Röntgen, Sonographie)<sup>103</sup>.

Bei diesen privatärztlichen Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung wird der GKV-Versicherte zum Selbstzahler und erhält für die Inanspruchnahme eine Rechnung nach den Rechtsvorschriften der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ)<sup>104</sup>. Das bedeutet auch, dass hier weder das Wirtschaftlichkeitsgebot noch eine Mengenbeschränkung gilt. Auch ist die GOÄ für den Vertragsarzt nicht bindend. Er kann ohne Zustimmung des Versicherten die Gebühr bis auf das 2,3-fache des Gebührensatzes anheben, bei überdurchschnittlicher Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung auch darüber hinaus. Für bestimmte Leistungen, wie z. B. Laborleistungen, oder in besonderen Fällen, wie z. B. Schwangerschaftsabbruch unter der Voraussetzung

---

<sup>97</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband, 2019, S. 4 und 12.

<sup>98</sup> Vgl. § 18 Abs. 8 Satz 1 BMV-Ä.

<sup>99</sup> Vgl. § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä.

<sup>100</sup> Vgl. § 18 Abs. 8 Nr. 2 BMV-Ä.

<sup>101</sup> Vgl. § 18 Abs. 8 Nr. 3 BMV-Ä.

<sup>102</sup> Vgl. §§ 2, 12, 70 SGB V.

<sup>103</sup> Vgl. im Sinne von § 135 Abs. 2 SGB V.

<sup>104</sup> Die GOÄ regelt die Vergütung und die Preise für ärztliche Leistungen und Behandlungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

des § 218a StGB, gelten andere Sätze. Sogar der 3,5-fache Gebührensatz (Höchstsatz) darf überschritten werden, wenn eine Vereinbarung nach § 2 GOÄ zwischen dem Arzt und dem Versicherten (Individualvereinbarung) besteht.

Beim Kostenerstattungsverfahren reicht der Versicherte die Privatrechnung im Nachhinein bei seiner zuständigen Krankenkasse ein und bekommt den erstattungsfähigen Anteil, d. h. den Anteil, den die Kasse im Sachleistungssystem (nach den Gebührensätzen des EBM) erstattet hätte, abzüglich einer Verwaltungsgebühr (in Höhe von maximal fünf Prozent) erstattet.<sup>105</sup> Bei allen anderen genannten Optionen bezahlt der Versicherte die Leistungserbringung vollständig selbst.

Die individualvertragliche Vereinbarung ermöglicht es dem Arzt eine (äußerst) hohe Vergütung seiner Leistung zu erlangen. Allerdings hat auch die Vergütung nach einer Individualvereinbarung ihre Grenzen. Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte muss die Honorarforderung angemessen sein, was in der Rechtsprechung zur Auslegungssache des Begriffs „angemessen“ führt. Hier gilt allgemein der Grundsatz, dass die Vergütung umso unangemessener ist, je höher die durch § 5 GOÄ vorgegebenen Höchstsätze überschritten werden. Nach § 138 Abs. 1 BGB ist ein Rechtsgeschäft dann nichtig, wenn es gegen die guten Sitten verstößt, d. h. der Arzt hätte hiernach einen Spielraum bei den Vergütungssätzen bis zur Sittenwidrigkeit (Grenze).

Dementsprechend kann die Privatliquidation für GKV-Versicherte finanziell erheblich attraktiver für ambulant tätige Vertragsärzte sein als die Abrechnung extrabudgetärer Leistungen. Es besteht ein Anreiz für sie, Versicherte, die privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen wollen, denjenigen Versicherten, die Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung beanspruchen möchten, zu bevorzugen. Auf diese Weise kann es vorkommen, dass im Ausland Versicherte, die sich in Deutschland auf Privatliquidation behandeln lassen (wie im Inland Versicherte auch), für die Vertragsärzte eine attraktivere Vergütung bedeuten als die vertragsärztliche Leistungserbringung an den inländischen Versicherten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Vergütung privatärztlicher Leistungen – und hierbei im besten Fall auf Basis von Individualvereinbarungen – für den Vertragsarzt finanziell am attraktivsten ist, 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. Für die Beeinflussung seines Honorars spielt es allerdings

---

<sup>105</sup> Vgl. § 13 Abs. 2 SGB V.

keine Rolle, aus welchem Land seine Patienten kommen, d. h. ob er im Inland oder im Ausland Versicherte behandelt. Relevant ist nur, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen und demnach aus welchem Topf diese Leistungen vergütet werden. Die Abrechnung von Einzelleistungen ist häufig attraktiver als eine pauschale Vergütung. Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen ist attraktiver als die Vergütung ärztlicher Leistung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung. Für die Berechnung des RLV ist bspw. nur die Fallzahl und das Alter der Patienten entscheidend, nicht aber deren Herkunft.

Auf der anderen Seite kann eine Abwanderung von (Stamm-) Patienten (hier: in das Ausland) für die ambulant tätigen Vertragsärzte unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Verringerung ihrer Arzthonorare führen, analog unter dem Aspekt das weniger Patienten behandelt werden bzw. eine geringere Leistungsmenge erbracht wird.

Während es – wie bereits oben gezeigt – bspw. bei der Honorarermittlung für das RLV/QVZ Obergrenzen durch die (aktuelle) Fallzahl gibt oder bestimmte Leistungen (fast) unbegrenzt abrechenbar sind, wie z. B. „freie“ Leistungen ohne Mengenbegrenzung, gibt es dagegen keine Regelung, die dem Vertragsarzt eine Mindestzahl an Patienten oder Leistungserbringungen vorschreibt. Wenn der Vertragsarzt im aktuellen Quartal weniger Patienten behandelt (Fallzahlen) als im Vorjahresquartal, dann verringert sich auch die Höhe seiner RLV/QVZ-Zuweisung. Wenn er weniger Einzelleistungen und privatärztliche Leistungen (an GKV-Versicherten) erbringen kann, sinkt sein Honorar aus diesen Töpfen ebenfalls. Auch kann es zu einer Verringerung des Honorars aus pauschal vergüteten Leistungen führen, da der Erhalt einer bestimmten Pauschale (fast) immer an bestimmte (Rahmen-) Bedingungen geknüpft ist. Um z. B. die Chronikerpauschale mit der Gebührenordnungsposition 03220 im EBM abrechnen zu können, muss der Patient seinen Arzt im Zeitraum der letzten vier Quartale mindestens in drei davon persönlich aufgesucht haben. Wenn er stattdessen zu einer anderen Praxis geht, kann sein Arzt diese Pauschale nicht erlangen.

Grundsätzlich besteht die Gefahr der Patientenabwanderung zu konkurrierenden Ärzten zwar immer, aber es kann vermutet werden, dass der Wettbewerb um die Behandlung von Patienten durch die internationale Konkurrenz zunimmt. Wenn die Fallzahlen des Arztes unter einem bestimmten Schwellenwert (Punkt, an dem es sich finanziell nicht mehr lohnt, eine Arztpraxis zu betreiben) unterschreitet, könnte im Endeffekt – neben anderen Optionen, wie z. B. die Zusammenlegung von Praxen – eine Praxisschließung in Betracht kommen. Während Praxisschließungen in Planungsbereichen mit einer Überversorgung von Vertragsärzten einer bestimmten Arztgruppe für die ansässige Bevölkerung eher weniger problematisch ist, da sie auf

andere Ärzte der Arztgruppe ausweichen können, kann das für die ansässige Bevölkerung in unterversorgten Regionen (das betrifft vor allem die ländlichen Räume) zur Herausforderung werden, wenn sie nun bspw. längere Fahrwege zum nächsten Arzt haben. Damit sinkt dann durch den abnehmenden Wettbewerbsdruck tendenziell auch die qualitative<sup>106</sup> vertragsärztliche Versorgung in der Region. Im Umkehrschluss kann es aber auch sein, dass der Arzt erst durch die (zusätzlichen) ausländischen Patienten den o. g. Schwellenwert erreicht, um eine Praxis überhaupt betreiben zu können. Das würde bedeuten, dass die ausländischen Patienten notwendig sind, um die vertragsärztliche Versorgung in bestimmten Gebieten aufrechtzuerhalten.

### 2.6.2.2 Krankenhäuser

Ähnlich wie bei den ambulant tätigen Vertragsärzten kann auch bei den zugelassenen Krankenhäusern<sup>107</sup> eine Erhöhung der Fallzahlen bzw. der Leistungsmenge unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Erhöhung der Einnahmen führen.

Die laufenden Kosten eines Krankenhausbetriebs (Betriebskosten) werden durch die Vergütung stationärer Behandlungsfälle von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanziert. Anders als im ambulanten Bereich, wo die Abrechnung ärztlicher Leistungen bei GKV-Versicherten nach dem EBM und bei PKV-Versicherten nach der GOÄ (siehe **Kapitel 2.6.2.1.**) erfolgt, sind die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen in den zugelassenen Krankenhäusern für GKV- und PKV-Versicherte gleich.

Die Finanzierung der Krankenhäuser durch die Krankenkassen erfolgt nach einem ähnlich komplexen Verfahren wie die Honorierung der Vertragsärzte im ambulanten Bereich und ist in **Abbildung 3** dargestellt.

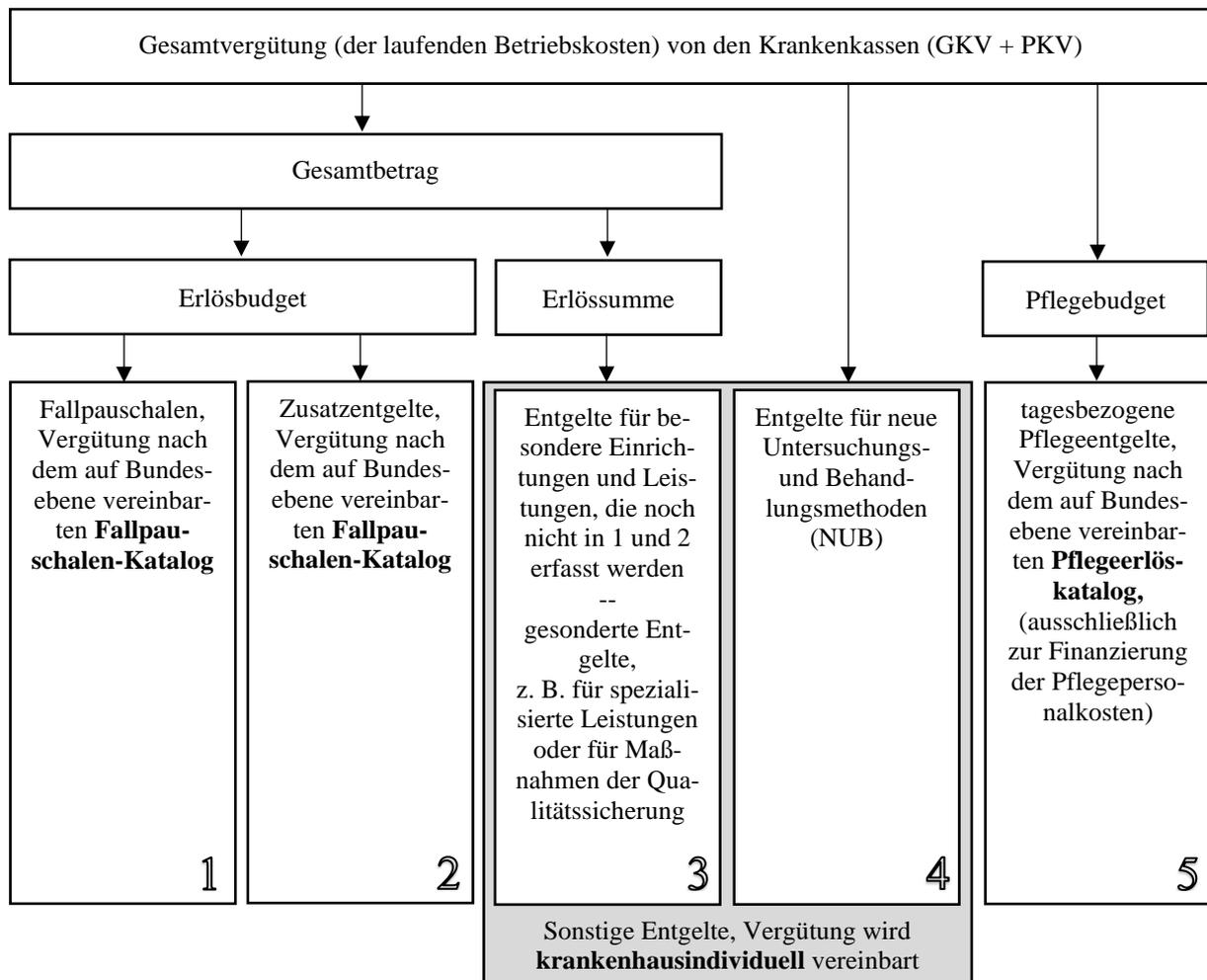
In den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger werden das Erlösbudget und die Erlössumme – und zukünftig auch das neu eingeführte Pflegebudget – für das einzelne (zugelassene) Krankenhaus für das Folgejahr vereinbart.

---

<sup>106</sup> Dies gilt zumindest, wenn man der Annahme folgt, dass mehr Wettbewerb zu steigender Effizienz und zu höherer medizinischer Qualität führt.

<sup>107</sup> Zu den nach § 108 SBG V zugelassenen Krankenhäusern, die Krankenhausbehandlungen zu Lasten der GKV erbringen dürfen, zählen 1. als Hochschulklinik anerkannte Krankenhäuser, 2. im Landeskrankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser und 3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsauftrag mit der GKV geschlossen haben.

**Abbildung 3:** Vergütungsbestandteile für zugelassene Krankenhäuser <sup>108</sup>



Die Höhe des Erlösbudgets wird ermittelt, indem zunächst die Art und Menge der zu erbringenden Fallpauschalen<sup>109</sup> und Zusatzentgelte im nächsten Jahr festgelegt wird. Grundlage dafür bildet die Leistungsstruktur des Krankenhauses des laufenden Jahres, die auch abhängig vom Versorgungsauftrag ist.

Nachdem die zu erbringenden Fallpauschalen festgelegt wurden, wird der Case Mix<sup>110</sup> des Krankenhauses berechnet, indem die Bewertungsrelation von jeder einzelnen zu erbringenden

<sup>108</sup> Vgl. §§ 4, 5, 6, 6a, 7, 8, 9 KHEntgG.

<sup>109</sup> Fallpauschale: Pauschalierte Vergütung eines Behandlungsfalls auf Basis des 2003 in Deutschland eingeführten DRG-Systems. In dem System wird jeder diagnosebezogenen Fallgruppe (Diagnosis Related Groups, DRG) bundeseinheitlich eine Bewertungsrelation zugeordnet, die den medizinischen Behandlungsaufwand/-schwere als Kostengewicht darstellt. Multipliziert man diese mit dem Basisfallwert, der für jedes Bundesland separat nach der Höhe der durchschnittlichen Fallkosten im Bundesland ermittelt wird, ergibt sich der Erlös der Fallpauschale. Liegt die tatsächliche Verweildauer unter der unteren Grenzverweildauer führt das zu tagesbezogenen Abschlägen von der Fallpauschale, liegt sie über der oberen Grenzverweildauer zu Zuschlägen, für Verlegungen gelten Sonderregelungen.

<sup>110</sup> Case Mix: Summe der Bewertungsrelationen aller behandelten Fälle eines Krankenhauses im jeweiligen Berichtsjahr.

Fallpauschale ermittelt wird (ausgewiesen im Fallpauschalen-Katalog) und von all diesen Bewertungsrelationen die Summe gebildet wird. Diese Summe wird dann mit dem landesweit gelten Basisfallwert (Landesbasisfallwert)<sup>111</sup> multipliziert. Das Ergebnis hieraus stellt dann den (geplanten) Gesamterlös aus den Fallpauschalen für das nächste Jahr für das Krankenhaus dar. Der (geplante) Gesamterlös aus den Zusatzentgelten für das Krankenhaus ergibt sich analog, indem erst die zu erbringenden Zusatzentgelte festgelegt werden, die dann mit den entsprechenden Entgelten aus dem Katalog multipliziert werden und am Ende summiert werden.

Im Gegensatz zu den Leistungen, die zu den Entgelten der auf Bundesebene vereinbarten Kataloge vergütet werden, besteht für die o. g. Vertragsparteien die Möglichkeit, für einige andere Leistungen gesonderte Entgelte zu vereinbaren. Für diese krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte wird die Erlössumme gebildet. Ausgenommen davon sind die Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern. Es kann vorkommen, dass der Erlössumme zugeordnete Leistungen in das Erlösbudget geschoben werden und andersherum, z. B. wenn eine Leistung, die bis dato krankenhausesindividuell vergütet wurde, neu in den Fallpauschalen-Katalog aufgenommen wird.

Das Pflegebudget wurde 2020 neu eingeführt<sup>112</sup> und soll dazu dienen, die Pflegepersonalkosten des Krankenhauses gesondert (über ein eigenes Budget) zu vergüten. Dazu wurden die pflegebudgetrelevanten Kosten<sup>113</sup>, die bislang in den Fallpauschalen und Zusatzentgelten enthalten waren, aus diesen ausgegliedert und der sog. Pflegeerlöskatalog neu geschaffen, welcher jeder Fallpauschale und jedem Zusatzentgelt eine Pflegebewertungsrelation hinzufügt und als separate Spalte in den Fallpauschalen-Katalog und dem Zusatzentgelte-Katalog integriert wurde.<sup>114</sup> Die Höhe des Pflegebudgets basiert auf der Summe der im Vorjahr entstandenen Pflegepersonalkosten des Krankenhauses. Im Jahresverlauf wird es dann durch die Pflegekostenerlöse je Fallpauschale bzw. je Zusatzentgelt abgezahlt. Am Ende sollte die Summe aus den Pflegekostenerlöse mit der Summe des Pflegebudgets für den Vereinbarungszeitraum übereinstimmen (Prinzip der Selbstkostendeckung). Weichen die Summen voneinander ab, wird der Mehr- oder Mindererlös vollständig ausgeglichen (zu 100 Prozent). Der Ausgleichsbetrag wird dann einfach bei der nächsten Budgetvereinbarung abgewickelt.<sup>115</sup>

---

<sup>111</sup> Siehe ***Fn. 109*** (Fallpauschale).

<sup>112</sup> Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) vom 11.12.2018.

<sup>113</sup> Bei der Bewertungsrelation „Pflege am Bett/Tag“ handelt es sich um die Pflegepersonalkosten, die bei der „unmittelbare[n] Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“ entstehen. Zit. GKV-Spitzenverband, 2019, S. 2.

<sup>114</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, 2019, S. 3.

<sup>115</sup> Vgl. § 6a KHEntgG.

Einen ähnlichen Ausgleich gibt es auch beim Erlösbudget und der Erlössumme. Um hier den Ausgleichsbetrag zu ermitteln, werden das vereinbarte Erlösbudget und die vereinbarte Erlössumme zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der im Vereinbarungszeitraum (real) entstandenen Erlöse vom gebildeten (vereinbarten) Gesamtbetrag ab, führt das zu Mehr- oder Mindererlösen für das Krankenhaus, da grundsätzlich die vereinbarte Leistungsmenge erreicht werden soll. Mehrerlöse entstehen, wenn das Krankenhaus mehr oder durchschnittlich höherwertige<sup>116</sup> Leistungen als vereinbart erbringt, Mindererlöse wenn es weniger oder durchschnittlich minderwertige Leistungen erbringt. Erwirtschaftet das Krankenhaus Mehrerlöse werden die mehr erbrachten Leistungen zu 35 Prozent erstattet, d. h. das Krankenhaus muss 65 Prozent<sup>117</sup> der Mehrerlöse an die Kostenträger zurückzahlen. Da einem Krankenhaus durch die Erbringung von mehr Leistungen in der Regel aber auch mehr Kosten entstehen, bekommt es die Leistung zu 35 Prozent (zur Deckung des variablen Kostenanteils) vergütet. Erwirtschaftet das Krankenhaus dagegen Mindererlöse, werden die nicht erbrachten Leistungen zu 20 Prozent erstattet, d. h. das Krankenhaus bekommt den Differenzbetrag zwischen den entstandenen Erlösen und den vereinbarten Gesamtbetrag zu 20 Prozent (zusätzlich zum Gesamtbetrag) nachgezahlt. Da einem Krankenhaus auch Kosten entstehen, wenn es weniger Leistungen als geplant erbringt, sollen die 20 Prozent dazu dienen, einen Teil der Fixkosten zu decken (zur Aufrechterhaltung der Betriebsbereitschaft).

Die Abwicklung der Mehr- oder Mindererlösausgleiche erfolgt jedoch nicht durch die Zahlung eines Einmalbetrages, sondern sie werden über einen gemeinsamen Zuschlag (bei Mindererlösausgleich) oder Abschlag (bei Mehrerlösausgleich) auf die Höhe der künftig zu erhebenden DRG-Fallpauschalen, Zusatzentgelten oder sonstige Entgelten im nächsten Vereinbarungszeitraum (oder das restliche Kalenderjahr) verrechnet.<sup>118</sup>

Grundsätzlich können bei der Erreichung der vereinbarten Gesamtmenge wieder die gleichen Annahmen getroffen werden wie beim Arzt und dem RLV (siehe *Kapitel 2.6.2.1*). Theoretisch besteht für das Krankenhaus ein hoher Anreiz eine Punktlandung zu machen und die vereinbarte Leistungsmenge zu erreichen. Mikroökonomisch betrachtet hätte das Krankenhaus jedoch so lange einen finanziellen Anreiz mehr oder durchschnittlich höherwertige Leistungen als mit

---

<sup>116</sup> Mit höherwertigen Leistungen ist hier und nachfolgend gemeint, dass die Bewertungsrelationen (die den Behandlungsaufwand in Relation zu den Kosten darstellen) der abgerechneten DRG-Fallpauschalen höher als die der vereinbarten DRG-Fallpauschalen sind. Bei den minderwertigen Leistungen ist das Gegenteil der Fall.

<sup>117</sup> Sonstige Mehrerlöse werden zu 65 Prozent ausgeglichen. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 Prozent ausgeglichen. Für Fallpauschalen, die sehr kostenintensiv sind oder deren Leistungsmenge schwer planbar ist, sowie für Mehr- oder Mindererlöse aufgrund einer Epidemie können auch abweichende Erlösausgleiche vereinbart werden. Vgl. § 4 KHEntgG.

<sup>118</sup> Vgl. § 5 Abs. 4 KHEntgG.

den Kostenträgern vereinbart zu erbringen, wie der Grenzerlös die Grenzkosten übersteigt, d. h. mindestens die (variablen) Kosten gedeckt sind. Ein starker Anreiz für eine (unkontrollierte) Mengenausweitung besteht damit für das Krankenhaus nicht. Gewinne sind durch die Erbringung von Mehrleistungen jedoch möglich, vor allem wenn interne Abläufe beim Behandlungsprozess optimiert werden, so dass auf diese Weise Kosten gespart werden. Im nächsten Schritt können die erbrachten Mehrleistungen aber dazu führen, dass die Leistungsplanung für den nächsten Vereinbarungszeitraum höher geschätzt wird, da die Prognostizierung auf Basis der erbrachten Leistungen im aktuellen Vereinbarungszeitraum erfolgt.<sup>119</sup> Einen finanziellen Anreiz weniger als die vereinbarte Leistungsmenge zu erbringen besteht für das Krankenhaus nicht, da die Quote für die Ausgleichszahlung (20 Prozent) deutlich zu niedrig ist, um die Fixkosten zu decken. Zudem kann sich im nächsten Vereinbarungszeitraum (analog zu den Mehrleistungen) das Krankenhausbudget verkleinern.

Im Gegensatz zum RLV bei den Vertragsärzten hat der Gesetzgeber den (zugelassenen) Krankenhäusern allerdings eine Möglichkeit eingeräumt, wie sie durch die Behandlung von im Ausland Versicherten finanziell profitieren können.

Durch § 4 Abs. 4 KHEntgG wird den Krankenhäusern nämlich ein Wahlrecht eingeräumt, die Leistungen für ausländische Patienten, die zum Zwecke einer Krankenhausbehandlung nach Deutschland einreisen, außerhalb des Erlösbudgets abzurechnen. Nicht unter diese Regelung fallen ausländische Patienten, die eine akutmedizinische Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthalts in Deutschland benötigen. Optiert das Krankenhaus dafür, werden die Kosten und Erlöse für die Behandlung dieser Patienten aus der Budgetvereinbarung mit den Krankenkassen herausgenommen. Damit unterliegen diese Leistungen nicht mehr dem (gesetzlichen) Mehr- und Mindererlösausgleich<sup>120</sup>. Das bedeutet, dass ein Krankenhaus, das sein Erlösbudget ausschöpft, einen finanziellen Anreiz hat, ausländische Patienten außerhalb des Erlösbudgets zu behandeln, da die Mehrerlöse vollständig beim Krankenhaus verbleiben. Die Behandlung von ausländischen Gastpatienten ist für Krankenhäuser unter diesen Bedingungen also wesentlich attraktiver als die von Inländern (Mehrerlöse verbleiben zu 100 Prozent vs. zu 35 Prozent beim Krankenhaus).

---

<sup>119</sup> Die normativen Fragen, wie eine gerechte Vergütung von Mehr- bzw. Minderleistungen auszusehen hat und ob es verteilungspolitisch überhaupt Sinn macht, leistungsstarken Krankenhäusern nach Erreichen der Budgetobergrenze weitere Leistungen geringer zu vergüten (gerade wenn dann die variablen Kosten nicht mehr durch den Mehrerlös gedeckt werden) – auch vor dem Hintergrund der Erfüllung eines Versorgungsauftrages und des Behandlungszwanges – und leistungsschwachen Krankenhäusern die nicht erbrachten Leistungen zu vergüten (obwohl ihnen keine variablen Kosten entstanden sind), werden hier ausgeklammert.

<sup>120</sup> Nach § 4 Abs. 3 KHEntgG.

Wie bei den Vertragsärzten ist es für die Krankenhäuser finanziell attraktiv, wenn Versicherte Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung nachfragen. Im stationären Sektor haben GKV-Versicherte die Möglichkeit Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG in Anspruch zu nehmen. Dabei handelt es sich um Wunschleistungen, die über die notwendigen allgemeinen Krankenhausleistungen hinausgehen, und – wie die IGeL-Leistungen im ambulanten Bereich – selbst zu zahlen sind (wenn (einen Teil der) die Kosten nicht eine private Zusatzversicherung übernimmt).

Zu den Wahlleistungen zählen Extras in der Unterbringung (z. B. die Unterbringung in einem Einbettzimmer), die wahlärztliche Behandlung (z. B. Chefarztbehandlung) sowie medizinisch nicht indizierte Behandlungen bzw. besondere Zusatzleistungen (z. B. kosmetische Operationen oder erweiterte Labordiagnostik). Dabei gilt die gleiche Voraussetzung wie bei den IGeL-Leistungen: die Erbringung darf nur auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherten erfolgen, d. h. die Wahlleistungen werden vorher vereinbart (Wahlleistungsvereinbarung).

Bei der Berechnung wahlärztlicher Leistungen ist die GOÄ bzw. GOZ anzuwenden und bei den nichtärztlichen Wahlleistungen haben die Krankenhäuser den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der privaten Krankenversicherung zu folgen. Wird ein unangemessen hohes Entgelt verlangt, gilt das Gleiche wie bei den privatärztlichen Rechnungen (siehe **Kapitel 2.6.2.1**).

Nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) konnten die Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten durchschnittlich 2.861 Fälle, in denen die wahlärztliche Behandlung gewünscht wurde, im Jahr 2016 abrechnen. Die Fälle nahmen in Relation zur Krankenhausgröße zu. Der Anteil der GKV-Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung betrug hierunter 47 Prozent. Der Netto-Erlös, d. h. der beim Krankenhaus verbleibende Teil des Erlöses, aus der Erbringung wahlärztlicher Leistungen betrug durchschnittlich 1.021 Euro je Fall. Dagegen fiel der durchschnittliche Erlös bei den medizinisch nicht indizierten Behandlungen mit 2.900 Euro pro Fall deutlich höher aus, jedoch blieben hier die Fallzahlen mit im Durchschnitt 28 Fällen weit unter denen, die die wahlärztliche Behandlung wünschten.<sup>121</sup>

Wie die Abrechnung von privatärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich kann die Abrechnung von Wahlleistungen für die Krankenhäuser somit eine attraktive (zusätzliche) Einnahmequelle darstellen, da sie die Höhe der Entgelte – im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften – selbst festlegen können und die Erlöse durch diese Leistungen vollständig beim Krankenhaus verbleiben. Damit stellen die Erlöse aus Wahlleistungen zusätzliche Einnahmen dar, die im besten Fall zu Gewinnen für das Krankenhaus führen können.

---

<sup>121</sup> Vgl. Blum, Löffert, Offermanns & Steffen, 2017, S. 29-34.

Das Krankenhaus kann auch mit Belegärzten Verträge nach § 19 KHEntgG schließen, die es den Ärzten gestattet, ihre eigenen Patienten voll- oder teilstationär zu behandeln. Dazu schließt der Belegarzt mit dem Patienten einen Vertrag über die ärztliche Behandlung (über die Vergütung ihn persönlich zu behandeln) und nutzt für die Durchführung die Infrastruktur des Krankenhauses, wie z. B. Personal, Räumlichkeiten oder Ausstattung. Dafür haben die Belegärzte die dem Krankenhaus entstandenen Kosten zu erstatten. Die Nutzungsentgelte von den Belegärzten stellen damit eine weitere Möglichkeit – neben den Wahlleistungen – dar, zusätzliche Einnahmen (und außerhalb einer Budgetdeckelung) zu generieren.

Zuzahlungen, die der GKV-Versicherte nach § 39 SGB V für die stationäre Krankenhausbehandlung zu leisten hat, stellen für die Krankenhäuser, die zur Einziehung und Einbehaltung gesetzlich verpflichtet sind, eine Betriebseinnahme dar. Die Weiterleitung der Zuzahlungen an die Krankenkassen erfolgt über den Weg, dass sich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses (bei der Abrechnung seiner Leistungen) gegenüber den Krankenkassen verringert, d. h. die eingenommenen Zuzahlungen fließen zu 100 Prozent an die GKV.<sup>122</sup>

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein Krankenhaus immer bestrebt sein sollte, das vereinbarte Budget mit den Krankenkassen zu erreichen. Die zentrale Stellschraube für den wirtschaftlichen Erfolg eines Krankenhauses liegt demnach in den Entgelt- und Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern. Unter bestimmten Voraussetzungen kann es jedoch – wie oben gezeigt – finanziell attraktiv sein, das vereinbarte Budget zu überschreiten (durch Ausweitung der Leistungsmenge oder die Erbringung von höherwertigen Leistungen).

Attraktive zusätzliche Einnahmequellen können die Abrechnung von Wahlleistungen und Nutzungsentgelte für ein Krankenhaus darstellen, da diese Leistungen außerhalb des DRG-Systems vergütet werden. Damit ist es dem Krankenhaus möglich, bei diesen budgetfreien Leistungen die Preise relativ frei (unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben) festzulegen und – da diese Leistungen optional zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nachgefragt werden können – zusätzliche Erlöse zu generieren.

Im Gegensatz zur Honorierung der Vertragsärzte kann es bei den Krankenhäusern eine Rolle spielen, ob die Versicherten aus dem Inland oder dem Ausland zur Behandlung kommen. Für sie besteht die Option, sich für eine Vergütung der Leistungen für ausländische Patienten, die zum Zwecke einer Behandlung einreisen, außerhalb des Erlösbudgets vergüten zu lassen. Damit ist die Option vor allem für die Krankenhäuser besonders interessant, die ihr Erlösbudget bereits ausgeschöpft haben, da dann 100 Prozent des Mehrerlöses statt der 35 Prozent im Rahmen eines

---

<sup>122</sup> Vgl. § 43c SGB V.

Mehrerlösausgleiches bei der Überschreitung des vereinbarten Gesamtbetrages beim Krankenhaus verbleiben. Hat das Krankenhaus sein Erlösbudget jedoch noch nicht ausgeschöpft, kann es attraktiver sein, sich die Leistungen für die ausländischen Patienten im Rahmen des Erlösbudget vergüten zu lassen, da bei nicht Erreichen des Erlösbudget Mindererlöse nur zu 20 Prozent ausgeglichen. Wird mit den Leistungen der ausländischen Patienten dann eine Punktlandung geschafft, d. h. das vereinbarte Budget wird erreicht, werden alle erbrachten Leistungen (auch die von den Inländern) zu 100 Prozent vergütet (und nicht nur die Leistungen von den ausländischen Patienten, wenn sie aus dem Erlösbudget rausgenommen werden).

Die Abwanderung von Patienten ins Ausland kann für die Krankenhäuser ähnliche Folgen wie bei den Vertragsärzten haben. Zunächst einmal kann es dazu führen, dass die Leistungsmenge und die Leistungsarten, die in der Budgetverhandlung mit den Krankenkassen vereinbart wurden, nicht erreicht werden, was bei einem Krankenhaus zu Mindererlösen führt, die nur zu einem Bruchteil ausgeglichen werden – und das bei einem hohen Anteil von Fixkosten. Das kann zu erheblichen Verlusten für das Krankenhaus führen. In zukünftigen Budgetverhandlungen kann es dann dazu kommen, dass mit den Kassen über ein niedrigeres Budget verhandelt werden muss. Da wirtschaftlicher Erfolg und Misserfolg bei einer Budgetbegrenzung abhängig von einem effizienten Ressourceneinsatz und einer Reihe anderer Faktoren sind, ist es schwer abschätzbar, ob ein geringeres Budget zwangsläufig eine schlechtere finanzielle Situation der Krankenhäuser bedeutet. Solange die Grenzerlöse die Grenzkosten eines Krankenhauses – auch bei einem niedrigen Budget – übersteigen, arbeitet es wirtschaftlich.

Obwohl Krankenhäuser eine Vorhaltefunktion besitzen, kann es bei (anhaltend) geringen Fallzahlen zu Überlegungen kommen, einzelne (Fach-) Abteilungen oder die gesamte Klinik zu schließen. Das kann von den Betreibern ausgehen, bspw. wenn die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses schlecht ist (Insolvenz), aber auch vom Bundesland, wenn das Krankenhaus keinen Versorgungsauftrag mehr erhält (zugelassene Krankenhäuser müssen im Krankenhausplan des Landes aufgenommen werden, um Leistungen mit den GKV abzurechnen), weil der Bedarf nicht mehr vorhanden ist. Andersherum – wie bei den Vertragsärzten auch – können auch ausländische Patienten bewirken, dass sich der Betrieb eines Krankenhauses erst lohnt, da ein Schwellenwert erreicht wird.

### **2.6.3 Leistungsträger**

Für die Leistungsträger können sich auf zwei Wegen Kostenvorteile ergeben. Erstens, wenn die Kosten einer Behandlung im Ausland niedriger sind als im Inland und der Leistungsträger auch

nur die niedrigeren Kosten erstatten muss, also die Kosten nach den Vertragssätzen des ausländischen aushelfenden Trägers (und nicht die höheren eigenen Vertragssätze). Die Differenz aus den eigenen Vertragssätzen und den Vertragssätzen der ausländischen (aushelfenden) Trägern kann als Einsparung beim zuständigen Träger gesehen werden. Diese Option eröffnet sich für den zuständigen Leistungsträger allerdings nur, wenn der Versicherte die Behandlung im Ausland auf Basis der VO (EG) Nr. 883/2004 in Anspruch nimmt (siehe *Tabelle 1*).

Zweitens, wenn die Folgekosten einer Erkrankung reduziert werden können, indem die Behandlung im Ausland zeitlich früher als im Inland erfolgen kann. Das ist mit beiden Rechtsgrundlagen möglich. Der zuständige Leistungsträger muss dem Versicherten die Behandlung im Ausland genehmigen, wenn diese Behandlung im Inland „nicht innerhalb eines [...] medizinisch vertretbaren Zeitraums“ nach der VO (EG) Nr. 883/2004 bzw. nicht „rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland“ nach der RL 2011/24/EU erfolgen kann.<sup>123 124</sup> Eine frühe Diagnosestellung und ein rechtzeitiger Therapiebeginn können maßgeblich dazu beitragen, dass wesentliche Kosten, die durch das Fortschreiten einer Erkrankung entstehen, reduziert werden. Die Leistungsträger können also Kosten einsparen, wenn der Versicherte im Ausland schneller behandelt wird und dadurch die Folgekosten, z. B. aus Komplikationen und Folgeerkrankungen, sinken. Der zuständige Träger erstattet die Behandlungskosten in der Höhe der Vertragssätze des ausländischen aushelfenden Trägers (also auch wenn diese höher als die eigenen liegen) nach der VO (EG) Nr. 883/2004 und in der Höhe der eigenen Vertragssätze nach der RL 2011/24/EU. Allerdings hat der deutsche Gesetzgeber den Leistungsträgern hier den Spielraum (Ermessenssache) gegeben, die Kosten der Behandlung auch ganz zu übernehmen, wenn es die Behandlung in Deutschland nicht gibt.<sup>125</sup> Das Einsparpotential liegt hierbei also nicht in der Erstattung der unter Umständen viel teureren Behandlung im Ausland, sondern kann sich erst dann ergeben, wenn der Versicherte in Folge der schnelleren Behandlung eine bessere<sup>126</sup> Gesundheit erhält (als mit einer verspäteten Behandlung).

Auf der anderen Seite können auch Kostennachteile bei den Leistungsträgern entstehen. Erstens, wenn die Kosten einer Behandlung im Ausland höher sind als im Inland und der Leistungsträger diese Kosten erstatten muss. Mit der RL 2011/24/EU werden maximal die Kosten in Höhe der eigenen Vertragssätze erstattet. Damit betrifft es die Fälle, in der die Kostenerstattung über die VO (EG) Nr. 883/2004 erfolgt, da sich hier die Höhe der Erstattung nach den

---

<sup>123</sup> Zit. Art. 20 Abs. 2 VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>124</sup> Zit. § 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V.

<sup>125</sup> Vgl. § 13 Abs. 4 Satz 4 SGB V.

<sup>126</sup> Besser im Sinne von es treten weniger Komplikationen und gesundheitliche Langzeitfolgen auf.

Vertragssätzen des ausländischen (aushelfenden) Trägers richtet. Im ungünstigen Fall für den zuständigen Träger liegen diese Vertragsätze höher als die eigenen, d. h. die der zuständige Träger für die gleiche Behandlung im Inland erstattet hätte.

Zweitens, wenn es zu einer (unkontrollierten) Mengenausweitung der Behandlungen führt. Die Budgetdeckelungen, wie z. B. beim RLV/QVZ bei den Vertragsärzten und dem Erlösbudget und der Erlössumme bei den Krankenhäusern, sollen die Leistungserbringer zu wirtschaftlichem Verhalten motivieren. Die Mengensteuerung funktioniert hierbei über Abschlags- und Zuschlagsregelungen und sollen letztendlich zu einer effizienten Ressourcenverteilung führen.<sup>127</sup> Wenn die Versicherten durch die Inanspruchnahme von Behandlungen im Ausland solche Mengensteuerungen bei den ambulanten und stationären Leistungserbringern umgehen, kann es zu einem Anstieg der Kosten bei den zuständigen Trägern führen.

Drittens entstehen den Krankenkassen Zusatzkosten, wenn bestimmte Leistungen im Inland pauschal abgegolten werden und die Kosten für die Behandlungen ihrer Versicherten im Ausland nicht auf die entsprechenden Pauschalen im Inland angerechnet werden. Im ambulanten Bereich gilt das bspw. für die Versichertenpauschale<sup>128</sup>, also die quartalsweise Pauschalvergütung der Hausärzte. Zusatzkosten entstehen den Trägern auch, wenn sich Versicherte im Ausland stationär behandeln lassen und gleichzeitig die inländischen Krankenhäuser durch einen Rückgang der Fallzahlen (durch diejenigen, die sich im Ausland behandelt lassen haben) die vereinbarte Leistungsmenge mit den Krankenkassen nicht erreichen können und somit einen Mindererlösausgleich (20 Prozent) für nicht erbrachte Leistungen erhalten. Dadurch ergeben sich Doppelbelastungen für die Krankenkassen.

#### **2.6.4 Volkswirtschaft**

Aus volkswirtschaftlicher Perspektive besteht das Problem der Leistungsimporte bzw. -exporte. Wenn die im Inland Versicherten Gesundheitsleistungen im Ausland in Anspruch nehmen, umgehen sie die offenen und/oder verdeckten Rationierungen<sup>129 130</sup> ihres eigenen nationalen Gesundheitssystems, was durch die (weniger stark rationierten) Leistungsimporte zu Zusatzkosten

---

<sup>127</sup> Die Diskussion, ob eine Budgetdeckelung zu einer verminderten Versorgungsqualität, bspw. durch Patientenselektion, Indikationsstellung für Eingriffe oder Verkürzung der Verweildauer, und verdeckter Rationierung führt, wird hier ausgeklammert.

<sup>128</sup> Nach EBM Nr. 03000 Versichertenpauschale ist diese Pauschale nur einmal im Behandlungsfall (Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse, vgl. § 21 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä) berechnungsfähig – und zwar auch bei mehrfachen Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal. Siehe auch das Beispiel Chronikerpauschale in **Kapitel 2.6.2.1**.

<sup>129</sup> Von offener Rationierung spricht man, wenn Transparenz über die Rationierungskriterien besteht und von verdeckter Rationierung, wenn die Rationierung intransparent, z. B. über ein Budget, erfolgt.

<sup>130</sup> Die normative Frage, wie wir rationieren wollen, wird hier ausgeklammert.

bei den Leistungsträgern – wie oben gezeigt – führen kann. Steigende Ausgaben der Leistungsträger können dann zu steigenden Beiträgen und/oder Steuern (je nachdem wie das Gesundheitssystem finanziert wird) führen. Hinzu kommt, dass die eigenen vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen nicht ausgeschöpft werden, wenn der Strom der Versicherten, die für eine Behandlung ins Ausland reisen, bei der Bedarfsplanung unberücksichtigt bleibt, was zu einem Effizienzverlust (Angebot ist höher als Nachfrage) führen kann.

Auf der anderen Seite können diejenigen, die Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und aber im Ausland versichert sind, die vorherrschenden Formen der Rationierungen verschärfen. Steigende Patientenzahlen führen dann dazu, dass bspw. sich Wartelisten (weiter) verlängern oder das Budget (noch) knapper wird. Wenn diese zusätzlichen Patienten (die Gruppe, der im Ausland Versicherten) auf ein schlecht ausgestattetes Gesundheitssystem bzw. auf eine knappe Angebotsstruktur treffen, kann das dazu führen, dass sich die bereits bestehenden unzureichenden Zustände in der (nationalen) Gesundheitsversorgung weiter verschärfen.

Ein weiteres Problem resultiert aus den länderspezifischen Unterschieden in der Steuer- und Beitragsfinanzierung der Gesundheitsleistungen. Das betrifft diejenigen Länder, in denen die Leistungsträger die Kosten für die Auslandsbehandlungen ihrer Versicherten übernehmen, die im Inland nicht die Träger, sondern zum Teil oder ganz der Staat getragen hätte. Das führt zu Fehlbelastungen bei den Leistungsträgern und zu unterschiedlichen Effekten bei den jeweiligen Beitrags- und Steuerzahlern der betreffenden Länder.<sup>131</sup>

In Österreich werden z. B. die öffentlichen Akutkrankenanstalten (Fondskrankenanstalten) aus dem Landesgesundheitsfonds finanziert, der sich aus Beiträgen der Sozialversicherung sowie auch aus Mitteln der Länder und Bundesgesundheitsagentur (Steuern) zusammensetzt. Nimmt ein in Österreich Versicherter nun eine (erstattungsfähige) Krankenhausleistung in Deutschland in Anspruch, muss die zuständige österreichische Krankenkasse der aushelfenden deutschen Krankenkasse die Kosten erstatten. Hätte der Versicherte aber die gleiche Leistung in Österreich in Anspruch genommen, hätte die österreichische Krankenkasse auch die Kosten getragen, jedoch hätte sie einen Teil der Kosten indirekt durch die Dotierung der Krankenanstaltsfonds aus Steuermitteln zurückerhalten.

---

<sup>131</sup> Vgl. Lüdeke & Allinger, 2005, S. 7.

### 3. Analyse individuell zur Verfügung gestellter Datenquellen

#### 3.1 Analyse öffentlich zugänglicher Datenquellen

Obwohl alle Krankenkassen die Abrechnungsdaten ihrer Versicherten vorliegen haben, die die tatsächliche Inanspruchnahme von Auslandsleistungen belegen, sind bislang keine Studien veröffentlicht worden, welche die Leistungsausgaben im Rahmen der Leistungsaushilfe auf Ebene einer einzelnen Krankenkasse in Deutschland darstellen. Vermutlich spielen hier Wettbewerbsgründe eine Rolle.

Es gibt von zwei Krankenkassen Studien, die die Inanspruchnahme von EU-Auslandsbehandlungen bzw. die Bereitschaft, sich im Ausland behandeln zu lassen, ihrer Versicherten untersuchten, wobei der Fokus auf den Motiven und der Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung im Ausland lag. Zum einen befragte die Techniker Krankenkasse (TK)<sup>132</sup> und zum anderen die AOK Bayern<sup>133</sup> ihre Versicherten danach, wie oft sie Behandlungen im Ausland in Anspruch genommen haben und in welche Länder sie für geplante Behandlungen gereist sind, aber lediglich in der zuletzt genannten Studie wird auch nach den ökonomischen Determinanten der Inanspruchnahme gefragt. So wurde dort bspw. auch nach der Abrechnungsart, der Akzeptanz der EHIC bei den ausländischen Leistungserbringern und nach den Kosten, die von keiner Versicherung getragen wurden, gefragt. Ein Nachteil war, dass zum Zeitpunkt der Erhebungen die Umsetzung der RL 2011/24/EU noch relativ jung war und die Erfahrungen damit vergleichsweise gering, d. h. es ist zu vermuten, dass fast alle Leistungen über die VO (EG) Nr. 883/2004 abgerechnet wurden (geplante Behandlungen sind vorabgenehmigungspflichtig, siehe *Tabelle 1*).

Auf EU-Ebene wird das Thema der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in mehreren Studien in den Blick genommen. Dennoch fehlt es auch hier an Kostenanalysen der zwischen-

---

<sup>132</sup> Die TK befragte ihre Versicherten in den Jahren 2008, 2009, 2010 und 2012 (Europabefragungsreihe) schriftlich. In der letzten Befragung 2012 bestand die Kohorte aus Versicherten, deren letzte Behandlung im Ausland im Jahr 2010 geplant erfolgte (n=3.307). Für die geplanten Behandlungen wurde am häufigsten in die Nachbarländer Italien (16 Prozent), Polen (15 Prozent), Tschechien (14 Prozent), Ungarn (12 Prozent) und Österreich (10 Prozent) gereist. Vgl. Wagner, Moser, Hohn, Dobrick & Verheyen, 2013, S. 8 und 13.

Derzeit ist keine weitere solche Befragung geplant (laut der schriftlichen Antwort der TK, Stand: 18.4.2019).

<sup>133</sup> In der Studie wurden 500 Versicherte der AOK Bayern im Raum Passau und Rottal/Inn und 500 Versicherte der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) im Raum Rohrbach im Jahr 2007 schriftlich befragt (n=1.000). Bei der Studie handelte es sich um ein EU-gefördertes Projekt, das der speziellen Betrachtung des Grenzraumes dienen sollte. Es gaben vier Prozent (22 von 493) der AOK Bayern Versicherten und elf Prozent (56 von 489) der OÖGKK Versicherten an, sich im jeweils anderen Land behandeln lassen zu haben. Bei beiden Versichertengruppen wurden die meisten Inanspruchnahmen (jeweils 68 Prozent) über die Kostenerstattung geregelt, gefolgt von der Sachleistungsaushilfe (28 Prozent AOK Bayern, 17 Prozent OÖGKK) und der Einreichung bei der privaten Zusatzversicherung (vier Prozent AOK Bayern, 15 Prozent OÖGKK). Vgl. AOK Bayern und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, 2007, S. 1, 16 f., 24.

staatlichen Leistungsaushilfe. So werden bei der in **Kapitel 2.1** dargestellten Studie der Europäischen Kommission, welche die Patientenrechte in den Mittelpunkt stellte, zwar die Beweggründe, Zufriedenheit und Rechtskenntnisse im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung im Ausland erfragt und sogar auf Länderbasis (den 28 EU-Mitgliedstaaten) dargestellt, jedoch zielten alle Fragen nach der Kostenerstattung ausschließlich auf die Sachkenntnis zur Rechtslage bei den Befragten ab.<sup>134</sup>

Bereits im Jahr 2011 wiesen Van Ginneken und Busse in ihrer Studie darauf hin, dass es keine vergleichbaren (Kosten-) Daten von den EU-Mitgliedstaaten zur Patientenmobilität existieren, da es gravierende Unterschiede in der Datenerhebung gibt, die zu Inkonsistenzen in der Auswertung führen. Die Ursachen dafür liegen bspw. in der Heterogenität der Datenquellen (wie z. B. Gesundheitsministerium, Krankenversicherungsträger oder andere Kostenträger und Behörden), der unterschiedlichen Art der Datensammlung (wie z. B. Ein- oder Ausschluss der Pauschalbeträge, Umgang mit Erstattungsverzicht, Abgrenzung zwischen beantragten, genehmigten oder tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen, Betrachtung der zwischen den Staaten eingereichten Anträge oder der tatsächlich erstatteten Beträge, Ein- oder Ausschluss der rückwirkenden Kostenerstattungen durch die EuGH-Rechtsprechung<sup>135</sup>), der Klassifizierung ausländischer Patienten aufgrund unterschiedlichem Merkmal (wie z. B. Nationalität, Wohnsitz oder Heimatland) und der Form der Datenerhebung (wie z. B. Angabe der Summe der Leistungsausgaben oder der Anzahl der Rechnungen). Aufgrund dessen stellt deren Studie zwar eine der wenigen raren Kostenanalysen dar, die aber im Hinblick auf die Aussagekraft (aufgrund der extremen Uneinheitlichkeit in der Datenerhebung) jedoch stark eingeschränkt ist.<sup>136</sup>

Van Ginneken und Busse untersuchten in ihrer Studie die Kosten von Patienten, die sich in einem anderen EU-Land behandelt lassen haben. Je nach verfügbaren Daten umfasste die länderspezifische Darstellung die Anzahl der Rechnungen und der Kosten, die ausländische Patienten im Inland und inländische Patienten im Ausland verursacht haben, differenziert – wiederum je nach verfügbarer Datenlage – bspw. nach der Anspruchsgrundlage (z. B. EHIC oder verschiedene Formulare<sup>137</sup>).

---

<sup>134</sup> Vgl. Europäische Union, 2015, S. 18 f., 22.

<sup>135</sup> Siehe **Kapitel 2.2.1**.

<sup>136</sup> Vgl. Van Ginneken & Busse, 2011, S. 289 f., 311.

<sup>137</sup> Formulare, wie z. B. E 106 (Formular für Grenzgänger), E 111 (Formular für Touristen), E 112 (Formular über die Bereitschaft zur Kostenübernahme) und E 128 (Formular für Studenten und entsendete Arbeitnehmer).

Demzufolge wurden 33.037 Patienten, die ihren Wohnsitz in einem anderen der EU-25-Mitgliedstaaten hatten, im Jahr 2004 in Deutschland behandelt. Seit dem Jahr 2000, in dem es noch 28.371 Patienten waren, nahmen die Patientenzahlen jährlich zu. Im Jahr 2004 kamen die meisten Patienten aus den Niederlanden (6.886), Frankreich (4.816) und Österreich (4.499). Damit hat sich die Reihenfolge im Vergleich zum Jahr 2000 nicht geändert, die Patientenzahlen stiegen aus allen drei Ländern. Wie sich die Patienten auf die einzelnen Anspruchsgrundlagen verteilen, zeigen diese Daten nicht. Die einzigen Zahlen zu den Kosten beziehen sich auf das Formular E 112 (Bestätigung von der zuständigen Krankenkasse die Kosten für die Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat zu übernehmen) und das Jahr 2005 – ohne die Anzahl der Patienten. Danach wurden den deutschen Krankenkassen (als aushelfenden Trägern) auf der Grundlage von Formular E 112 Kosten in Höhe von 178.744.650 Euro erstattet.<sup>138</sup>

Auf der anderen Seite verursachten inländische Patienten in den anderen EU-25-Mitgliedstaaten im Jahr 2005 insgesamt 483.200 Rechnungen nach Art. 93 der VO (EWG) Nr. 574/72. Auf dieser Grundlage hatten die deutschen Krankenkassen den aushelfenden (ausländischen) Trägern die Kosten in Höhe von insgesamt 203.119.611 Euro für ihre Versicherten zu erstatten. Die mit Abstand am meisten Rechnungen kamen aus Österreich (137.264) und Frankreich (135.553). Auf Platz drei folgt Italien mit 44.529 gestellten Rechnungen. Die meisten Erstattungen gingen an Frankreich (69.435.586 Euro) und Österreich (44.373.999 Euro). An dritter Stelle lagen die Schweizer Träger, die 24.679.804 Euro von den zuständigen deutschen Krankenkassen auf dieser Grundlage erhielten.<sup>139</sup>

Diese Zahlen allein für Deutschland lassen bereits erkennen, dass sie kaum miteinander vergleichbar sind bzw. sie sich nicht so einfach gegenüberstellen lassen. Ein Ländervergleich ist mit diesen Zahlen kaum durchführbar.

Hanefeld und Kollegen, die in mehreren Studien die Auswirkungen des Medizintourismus auf den britischen National Health Service (NHS) untersuchten, sehen im Medizintourismus ein wachsendes Phänomen, das Chance und Risiko zugleich für ein Gesundheitssystem bedeuten kann. Auch sie weisen auf einen Datenmangel bezüglich der Patientenströme, die Behandlungsreisen ins Ausland unternehmen, und der damit fehlenden Grundlage für Kosten-Nutzen-Analysen hin.<sup>140</sup>

---

<sup>138</sup> Vgl. Van Ginneken & Busse, 2011, S. 295 f.

<sup>139</sup> Vgl. Van Ginneken & Busse, 2011, S. 304.

<sup>140</sup> Vgl. Hanefeld, Horsfall, Lunt & Smith, 2013, S. 1 und 7, vgl. Hanefeld, Smith, Horsfall & Lunt, 2014, S. 415.

Nach ihren Berechnungen reisten von 2000 bis 2009 mehr Menschen für eine Behandlung nach Großbritannien ein als für eine Behandlung aus. Dieses Verhältnis kehrte sich im Jahr 2010 um, d. h. es reisten mehr Menschen zum Zweck der Behandlung aus als ein (ca. 60.000 zu ca. 50.000 Menschen). Dabei stellten die Einnahmen der NHS Foundation hospitals<sup>141</sup> durch die Behandlung ausländischer Patienten fast 25 Prozent der Gesamteinkünfte (42 Millionen britische Pfund) dar, wobei die Krankenhäuser in unterschiedlichem Maße vom Medizintourismus betroffen waren. Die Höhe der Einnahmen variierte zwischen den Krankenhäusern und reichte von 2.466 britische Pfund bis zu 20 Millionen britische Pfund. Insgesamt hat es den Anschein, dass Medizintouristen aus dem Ausland besonders profitabel sind, da sie zwar nur sieben Prozent am Gesamtklientel ausmachen, aber gleichzeitig für fast 25 Prozent der Einnahmen verantwortlich sind.<sup>142</sup>

Die Studie weist einige Limitationen auf, wobei auf ein paar generelle Hürden schon bei Van Ginneken und Busse eingegangen wurde. Die Berechnungen der Kostenauswirkungen auf das NHS basieren auf Daten eines Surveys<sup>143</sup>, Interviews, der Literatur und den NHS-Tarifen, so dass sich hier die bereits angesprochene Heterogenität der Datenquellen zeigt. Ebenso war die Feststellung, ob es sich tatsächlich um einen ausländischen Patienten handelt, durch die Krankenhäuser nicht immer möglich, da nur der Wohnsitz und nicht die Nationalität abgefragt wurde. Auch wurde nicht erfasst, ob die Behandlungen auf Basis von Anspruchsgrundlagen gegenüber Dritten erfolgten oder privat bezahlt wurden.<sup>144</sup>

Vor dem Hintergrund, dass eine systematische Literaturrecherche Studien mit dem Fokus einer quantitativen Kostenanalyse der grenzüberschreitenden Patientenmobilität in der EU eher rar erschienen ließ, ergeben sich daraus nichtsdestotrotz für die vorliegende Arbeit wichtige Impulse. Zum einen geben die vorhandenen Studien einen Hinweis darauf, dass der Regelungsrahmen für die Patientenmobilität und der Kostenübernahme relativ robust ist – alle Autoren sehen eine Zunahme des Medizintourismus – und zum anderen, dass erst eine möglichst realitätsnahe Quantifizierung des Medizintourismus – alle Autoren sehen einen Mangel an Daten

---

<sup>141</sup> NHS Foundation hospitals sind Krankenhäuser mit einem besonderen Status, wodurch sie mehr Freiheiten als die normalen NHS Trusts hospitals besitzen. Die NHS Trusts können sich aber auf den besseren Status bewerben, wenn sie die Kriterien erfüllen.

<sup>142</sup> Vgl. Hanefeld, Horsfall, Lunt & Smith, 2013, S. 2 und 6.

<sup>143</sup> Das International Passenger Survey (IPS) Datenset von 2000 bis 2010 ist eine Erhebung der nationalen Statistikstelle (Office for National Statistics, ONS). Zur Datenerhebung wurden Reisende, die nach Großbritannien ein- oder ausreisen wollten, nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und befragt. Als einen Grund für die Ein- oder Ausreise konnten sie die „ärztliche Behandlung“ angeben.

<sup>144</sup> Vgl. Hanefeld, Horsfall, Lunt & Smith, 2013, S. 1 f. und 7.

zum Patientenvolumen und der finanziellen Dimension – die Voraussetzung für eine Analyse der Effekte auf die jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme schafft.

### **3.2 Quantitative Einordnung von Umfang und Kostenwirkung grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen**

Die Krankenkassen sind nach § 305b SGB V verpflichtet, die Ergebnisse ihrer Rechnungslegung zu veröffentlichen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlicht die Finanzergebnisse der GKV in der Statistik KJ 1<sup>145</sup>. Aus dieser Aufstellung ergeben sich auch die Ausgaben für die Sachleistungsaushilfe im Ausland.

Die **Abbildung 4** zeigt deren Entwicklung über die Jahre 2010 bis 2018 nach Kassenart. Demnach gaben alle Krankenkassen zusammen im Durchschnitt jährlich mehr als 725 Millionen Euro für Leistungen ihrer Versicherten im Ausland aus. Unter allen Kassenarten entfiel der Großteil der Ausgaben – mit im Durchschnitt 46,3 Prozent über den gesamten Zeitverlauf betrachtet – auf die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK). Dahinter folgen mit deutlichem Abstand die Ausgaben der Kassen des Verbands der Ersatzkassen (VDEK) mit im Durchschnitt 30,2 Prozent und der Betriebskrankenkassen (BKK) mit im Durchschnitt 15,9 Prozent. Die Aushilfsleistungen der Innungskrankenkassen (IKK) mit im Durchschnitt 4,9 Prozent, der Knappschaft-Bahn-See (KBS) mit im Durchschnitt 2,3 Prozent und der landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) mit im Durchschnitt 0,4 Prozent fallen dagegen gering aus.<sup>146</sup>

Die Höhe der Sachleistungsaushilfe korreliert mit der Anzahl der Versicherten in den Kassenarten. Die meisten Menschen sind bei der AOK (36,0 Prozent) und den Kassen des VDEK (38,6 Prozent) versichert. Deutlich weniger Menschen sind bei den BKK (15,0 Prozent), den IKK (7,3 Prozent), der KBS (2,3 Prozent) und der LKK (0,9 Prozent) versichert.<sup>147</sup>

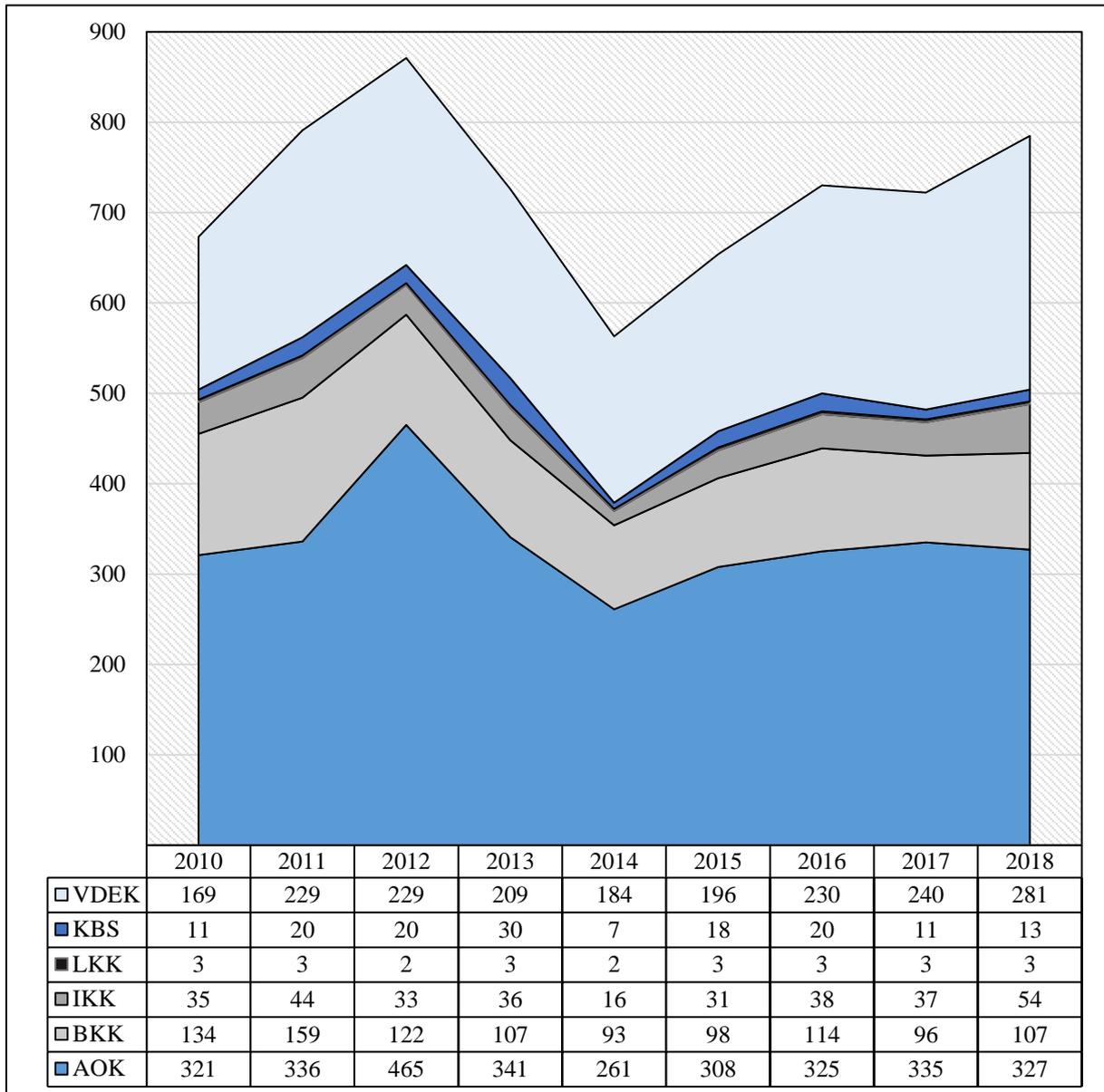
---

<sup>145</sup> Diese steht auf der Internetpräsenz des Bundesministeriums für Gesundheit unter „Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV“ zur Verfügung, siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html>.

<sup>146</sup> Eigene Berechnung, Daten: Bundesministerium für Gesundheit: Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV 2010-2018, Schlüssel 04899V 2014-2018, eigene Berechnung für die Jahre 2010-2013.

<sup>147</sup> Stand: 1.7.2018, Eigene Berechnung, Daten: Bundesministerium für Gesundheit: KM-6Statistik (gesetzliche Krankenversicherung: Versicherte), Tabelle (gestaltbar) unter [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) abgerufen am 4.2.2019.

**Abbildung 4:** GKV-Gesamtausgaben für Auslandsleistungen (in Millionen Euro)<sup>148</sup>



<sup>148</sup> Daten: Bundesministerium für Gesundheit: Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV 2009-2018, Datenquelle KJ 1, Schlüssel 04899V 2014-2018, eigene Berechnung für die Jahre 2010-2013. Alle Zahlen wurden zur besseren Lesbarkeit gerundet.

Dieselbe Statistik untergliedert die Gesamtausgaben der GKV für Leistungen im Ausland in neun Positionen, die in der **Tabelle 5** dargestellt sind.

**Tabelle 5:** GKV-Ausgaben für Auslandsleistungen insgesamt und je Versicherten 2018<sup>149</sup>

<b>Bezeichnung der Leistungsausgaben</b>		<b>AOK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>LKK</b>	<b>KBS</b>	<b>VDEK</b>	<b>BUND</b>
Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand	Mio. €	291,77	93,99	49,95	2,40	11,27	240,38	689,76
	€	10,99	8,64	9,60	3,82	7,09	8,59	9,47
Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V	Mio. €	20,67	9,24	3,26	0,43	0,97	22,79	57,35
	€	0,78	0,85	0,63	0,68	0,61	0,81	0,79
Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V	Mio. €	0,73	0,34	0,026	0	0,003	2,24	3,34
	€	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,08	0,05
Behandlung im Ausland - Mehrleistung	Mio. €	0,36	0,17	0,003	0,003	0	1,11	1,65
	€	0,01	0,02	0,00	0,01	0,00	0,04	0,02
Arznei- und Verbandmittel im Ausland	Mio. €	0,27	0,28	0,010	0	0,008	0,52	1,08
	€	0,01	0,03	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01
Krankenhausbehandlung im Ausland	Mio. €	9,72	1,68	0,75	0	0	9,62	21,77
	€	0,37	0,15	0,14	0,00	0,00	0,34	0,30
Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht	Mio. €	0,10	0,05	0,01	0,01	0	0,04	0,21
	€	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Dialysebehandlung im Ausland	Mio. €	2,95	0,90	0,41	0,04	0,86	2,16	7,28
	€	0,11	0,08	0,08	0,01	0,54	0,08	0,10
Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140e SGB V	Mio. €	0,62	0,02	0,009	0	0,18	1,99	2,82
	€	0,02	0,00	0,00	0,00	0,11	0,07	0,04
Insgesamt	Mio. €	327,20	106,68	54,42	2,84	13,29	280,84	785,27
	€	12,33	9,81	10,46	4,54	8,36	10,04	10,79

Bei der **Tabelle 5** gilt es zu beachten, dass die im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen von den Inländern, z. B. im Rahmen einer Urlaubsreise, ebenfalls auf diese Kontenarten gebucht werden und das, obwohl die inländischen Kostenträger anhand der weitergeleiteten Rechnungen von den ausländischen Trägern (über die Verbindungsstellen) genau ermitteln können, ob es sich um Kostenerstattungen für im Ausland oder im Inland Versicherte handelt. Dennoch

<sup>149</sup> Daten: Bundesministerium für Gesundheit: Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV 2018, Datenquelle KJ 1, Schlüssel 04899V. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit gerundet.

wird alles zusammen auf dieselbe Kontenart gebucht, weil es von der DVKA so vorgegeben ist.<sup>150</sup>

Die erste Position stellt die „Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand“ dar. Das umfasst die Erstattungen (inkl. Vorschüsse) für Leistungen, welche den Versicherten und deren Familienangehörigen im Ausland gewährt wurden, und zwar unabhängig davon, ob die Kosten pauschal oder nach dem tatsächlichen Aufwand der Einzelleistung erstattet wurden. Ausgenommen sind hier die Aufwendungen nach § 17 SGB V (Erstattungen an den Arbeitgeber) und § 18 SGB V (Erstattungen im sog. vertragslosen Ausland<sup>151</sup>).<sup>152</sup>

An zweiter Position stehen die Aufwendungen für „Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V“. In dieser Position sind die Aufwendungen für Auslandsleistungen auf Basis der VO (EG) Nr. 883/2004 und den bilateralen SVA enthalten, bei denen der Versicherte die Leistung vorfinanziert und sich dann die Kosten nach Vorlage der Rechnung erstatten lässt. Außerdem beinhaltet diese Position die Aufwendungen für Behandlungen nach § 13 Abs. 4 Sätze 1 bis 5 SGB V (exkl. der Aufwendungen für „Arznei- und Verbandsmittel“ und „Dialysebehandlung“, die eigene Positionen haben) in einem anderen Land der EU, des EWR sowie in der Schweiz, deren Kosten nicht auf Basis der EWG-Verordnungen oder bilateraler SVA erstattet werden. Desgleichen beinhaltet die Position die Kosten nach § 18 Abs. 3 SGB V, wenn diese nicht in die Positionen „Arznei- und Verbandsmittel“, „Krankenhausbehandlung“ oder „Dialysebehandlung“ fallen.

Der § 18 SGB V kommt allgemein im sog. vertragslosen Ausland zur Anwendung. Dabei regelt der § 18 Abs. 3 SGB V, dass die Krankenkassen die Kosten einer Behandlung während eines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen Land der EU, des EWR sowie in der Schweiz zu übernehmen haben (maximal bis zu der Höhe der Vertragssätze im Inland und maximal für sechs Wochen im Kalenderjahr), wenn der Versicherte es aufgrund einer Vorerkrankung oder eines hohen Lebensalters nachweislich nicht geschafft, sich (privat) zu versichern. Normalerweise ruht der Leistungsanspruch der GKV nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, wenn sich der Versicherte ins Ausland begibt, und er muss sich entweder privat versichern oder die Kosten selbst

---

<sup>150</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 57 f.

<sup>151</sup> Mit dem sog. vertragslosen Ausland sind hier und im Folgenden die Länder außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraums gemeint. Dazu gehören in Europa Albanien, Andorra, Bosnien-Herzegowina, Großbritannien (EU-Austritt 2020, EWR-Austritt 2021), Kosovo, Republik Moldau, Monaco, Montenegro, Nordmazedonien, San Marino, Serbien, Türkei, Ukraine, Vatikanstadt und Weißrussland und alle Länder außerhalb Europas.

<sup>152</sup> Vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 92.

tragen. Durch § 18 Abs. 3 SGB V wird es in diesen speziellen Fällen auch möglich, sich vorübergehend im Ausland aufzuhalten, ohne dabei den Krankenversicherungsschutz zu verlieren. Die Kosten einer gezielten Behandlungsreise werden damit aber nicht übernommen.<sup>153</sup>

Unter „Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V“ an dritter Position zählen alle Kosten-erstattungen an die Arbeitgeber, die entstehen, wenn Arbeitnehmer während eines beruflichen Aufenthaltes im Ausland erkranken. Aufgrund dessen, dass der Arbeitgeber die Entsendung des Arbeitnehmers ins Ausland veranlasst hat, hat der Arbeitnehmer einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber – äquivalent zum Anspruch an die Krankenkasse, wenn er während eines privaten Aufenthaltes dort erkrankt wäre. Der Arbeitgeber hat indessen einen Erstattungsanspruch an die Krankenkasse des Arbeitnehmers über die entstandenen Krankheitskosten, jedoch nur bis zu der Höhe, wie sie im Inland angefallen wären. Wenn folglich die Behandlung im Ausland teurer als im Inland ist, muss der Arbeitgeber die Differenz tragen bzw. wenn die Behandlung im Ausland günstiger als im Inland ist, muss die Krankenkasse auch nur die niedrigeren Kosten erstatten.<sup>154</sup>

Die Position „Behandlung im Ausland – Mehrleistung“ fasst folgende Aufwendungen zusammen. Erstens die Aufwendungen der Krankenkassen nach § 18 Abs. 1 und 2 SGB V. Danach können die Kassen die Kosten für medizinisch notwendige Auslandsbehandlungen ganz oder teilweise übernehmen sowie auch die weiteren Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson, wenn eine Behandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft in einem anderen Land der EU, des EWR sowie in der Schweiz nicht möglich ist. In diesem Fall ruht dann auch der Krankengeldanspruch für die Zeit der Auslandsbehandlung nicht. Zweitens der Mehrbetrag nach § 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V, der durch die Kostenübernahme einer Behandlung entsteht, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft nur in einem anderen Land der EU, des EWR sowie in der Schweiz erfolgen kann. Die Krankenkasse kann in diesen Fällen die Kosten ganz übernehmen, der Mehrbetrag ergibt sich dann aus der Differenz der kompletten Kostenübernahme und den Kosten der Behandlung, die der Versicherte stattdessen im Inland als Sachleistung erhalten hätte. Übernehmen die Kassen in diesen Fällen ganz oder teilweise weitere Kosten für den Versicherten und für eine erforderliche Begleitperson, fließen diese Kosten ebenfalls in diese Position ein.<sup>155</sup>

Die Position „Arznei- und Verbandmittel im Ausland“ beinhaltet die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, die Versicherte in einem anderen Land der EU, des EWR sowie in der

---

<sup>153</sup> Vgl. § 18 SGB V, Vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 93.

<sup>154</sup> Vgl. § 17 SGB V, Vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 93.

<sup>155</sup> Vgl. § 13 SGB V, Vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 94.

Schweiz auf Grundlage von § 13 Abs. 4 Sätze 1 bis 5 SGB V und § 140e SGB V in Anspruch nehmen, die nicht auf Grundlage von EWG-Verordnungen oder bilateraler SVA geleistet werden. Der § 140e SGB V erlaubt es den Krankenkassen (selbständig) mit den Leistungserbringern in einem anderen Land der EU, des EWR sowie in der Schweiz Verträge über die Versorgung ihrer Versicherten abzuschließen. Die Gewährung der Sachleistung bzw. die Kostenerstattung erfolgt damit auf Basis dieser (individuellen) Vertragsbeziehungen. Zudem sind die Aufwendungen für Arznei- und Verbandsmittel auf Grundlage von § 18 Abs. 3 SGB V in dieser Position enthalten (siehe weiter oben).<sup>156</sup>

In die Position „Krankenhausbehandlung im Ausland“ fallen alle Aufwendungen einer Krankenhausbehandlung, die den Krankenkassen nach § 13 Abs. 5 SGB V sowie § 140e SGB V entstehen, die nicht auf Grundlage von EWG-Verordnungen oder bilateraler SVA geleistet werden. Das beinhaltet die Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft nicht rechtzeitig im Inland erfolgen können, sowie für Krankenhausbehandlungen, die auf Basis von Direktverträgen zwischen deutschen Krankenkassen und ausländischen Leistungserbringern erbracht werden. Die Aufwendungen für Krankenhausbehandlungen in Grenzgebieten fließen hier ebenfalls rein. Zudem umfasst die Position die Aufwendungen einer Krankenhausbehandlung nach § 18 Abs. 3 SGB V (siehe weiter oben).<sup>157</sup>

Die „Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht“ stellt die zu zahlende Umlage zum Ausgleich der gekürzten Pauschalbeträge der Sachleistungsgewährung dar. Die monatlichen Pauschalbeträge werden a) für Familienangehörige, die in einem anderen Mitgliedstaat als der Versicherte wohnen und b) für Rentner und ihre Familienangehörigen, die in einem anderen Mitgliedstaat als dem Wohnmitgliedstaat der Rentner wohnen gekürzt.<sup>158</sup>

Die Position „Dialysebehandlung im Ausland“ beinhaltet die Aufwendungen für Dialysebehandlungen nach § 13 Abs. 4 SGB V sowie § 140e SGB V, die nicht auf Grundlage von EWG-Verordnungen oder bilateraler SVA erbracht werden, und nach § 18 Abs. 3 SGB V (siehe weiter oben).<sup>159</sup>

In der letzten Position „Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140e SGB V“ werden alle übrigen RSA-berücksichtigungsfähigen Aufwendungen zusammengefasst, die auf Grundlage von § 140e SGB V (Direktverträge

---

<sup>156</sup> Vgl. §§ 13, 18 und 140e SGB V, vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 94.

<sup>157</sup> Vgl. §§ 13, 18 und 140e SGB V, vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 95.

<sup>158</sup> Vgl. Art. 63 DVO (EG) Nr. 987/2009, der die Art. 94 und 95 DVO (EWG) Nr. 574/1972 ersetzt.

Vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 95.

<sup>159</sup> Vgl. §§ 13, 18 und 140e SGB V, vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 95.

zwischen Krankenkassen und ausländischen Leistungserbringern) geleistet werden, die nicht den Positionen „Arznei- und Verbandmittel im Ausland“, „Krankenhausbehandlung im Ausland“ und „Dialysebehandlung im Ausland“ zuzuordnen sind.<sup>160</sup>

### 3.3 Mögliche Auswirkungen auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds

Beim Blick auf die Leistungsausgaben in *Tabelle 5* stellt sich die Frage, welche davon berücksichtigungsfähig nach § 4 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) sind. Im Gesundheitsfonds<sup>161</sup> werden die Zuweisungen in „standardisierte Leistungsausgaben“<sup>162</sup>, „Satzungs- und Ermessensleistungen“<sup>163</sup> und „Verwaltungskosten“<sup>164</sup> unterteilt.

Die *Tabelle 6* stellt die neun einzelnen Positionen der GKV-Ausgaben für Auslandsleistungen

---

<sup>160</sup> Vgl. § 140e SGB V, vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 96.

<sup>161</sup> Der 2009 eingeführte Gesundheitsfonds wird vom Bundesamt für Soziale Sicherung als Sondervermögen verwaltet und dient als Finanzausgleichssystem in der GKV. Über Zuweisungen aus dem Fonds sollen die Unterschiede in der Versichertenstruktur zwischen den Krankenkassen ausgeglichen und dadurch der Anreiz zur Risikoselektion verringert werden. Mit der Einführung des Gesundheitsfonds wurde der zugrundeliegende sog. Risikostrukturausgleich (RSA), den es bereits seit 1994 in der GKV gibt, umfassend umgestaltet. Seitdem heißt er morbiditätsorientierter RSA (Morbi-RSA), da er sich von da an auch an der Morbidität der Versicherten orientiert. Eine Sonderstellung nimmt die LKK ein, da sie nach § 266 Abs. 7 SGB V nicht am RSA teilnimmt.

<sup>162</sup> Hierbei geht es um alle Leistungen, auf die der Versicherte einen gesetzlichen Anspruch hat (Leistungspflicht der Krankenkassen). Nach § 266 SGB V setzt sich die Zuweisung aus zwei Bestandteilen zusammen, einer einheitlichen Grundpauschale und der alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierten Zu- und Abschläge zur Grundpauschale. Über die Gesamtheit der Krankenkassen ergeben die Zu- und Abschläge in der Summe null. Während die Höhe der Grundpauschale prospektiv durch die zu erwarteten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten bestimmt wird, erfolgt die Kalkulation der Zu- und Abschläge, indem die Versicherten anhand der Informationen aus dem Vorjahr den einzelnen Risikogruppen zugeordnet werden und dann dreimal jährlich Kostenschätzer auf Basis der Leistungsausgaben des Ausgleichsjahres ermittelt werden. Dadurch wird auch das Folgerisiko (und nicht nur die geschätzten durchschnittlichen Behandlungskosten (die der Grundpauschale entsprechen)) berücksichtigt. Vgl. Drösler et al., 2017, S. 31-33.

Insgesamt gibt es sieben Arten von Risikogruppen, wobei zwei das Krankengeld betreffen: Im Ausgleichsjahr 2018 gehörten dazu 40 Alters-Geschlechts-Gruppen (AGG), 6 Erwerbsminderungsgruppen (EMG), 201 Hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG), 7 Kostenerstattungsgruppen (KEG), 40 Auslands-Alters-Geschlechts-Gruppen (AusAGG), 182 Krankengeld-Alters-Geschlechts-Gruppen (K-AGG) und 62 Krankengeld-Erwerbsminderungsgruppen (K-EMG). In der Summe ergibt das 538 Risikogruppen, wovon 244 Krankengeldgruppen sind. Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung, 2018.

Im Ausgleichsjahr 2018 betrug die Grundpauschale 252,81 € monatlich je Versicherten bzw. 8,31 € je Versichertentag. Die Zu- und Abschläge differieren je nach Risikogruppe. Vgl. Bundesversicherungsamt, 2017 a, S. 1. Die Beträge wurden zur besseren Lesbarkeit gerundet.

<sup>163</sup> Bei den Satzungs- und Ermessensleistungen handelt es sich um freiwillige zusätzliche Leistungen, welche die Krankenkassen anbieten, die über den Leistungskatalog des SGB V hinausgehen. Dazu gehören z. B. Reise-schutzimpfungen (Satzungsleistungen) oder medizinische Vorsorgeleistungen nach § 23 SGB V (Ermessensentscheidungen). Die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Satzungs- und Ermessensleistungen erfolgt als versichertenbezogener Pauschalbetrag. Vgl. Drösler et al., 2017, S. 40.

Im Ausgleichsjahr 2018 betrug die Zuweisung 1,39 € monatlich je Versicherten bzw. 0,05 € je Versichertentag. Vgl. Bundesversicherungsamt, 2017 a, S. 2. Die Beträge wurden zur besseren Lesbarkeit gerundet.

<sup>164</sup> Die Zuweisungen zur Deckung der standardisierten Verwaltungsausgaben ergeben sich aus den Nettoverwaltungs-ausgaben abzüglich des Verwaltungskostenanteils der Disease-Management-Programm-Kostenpauschale. Die so bereinigten Verwaltungsausgaben werden zu 50 Prozent über die Morbiditätslast (die sich aus der Höhe der standardisierten Leistungsausgaben einer Krankenkasse ergibt) und zu 50 Prozent über die Versichertentage an die Krankenkassen zugewiesen. Vgl. Drösler et al., 2017, S. 40.

Im Ausgleichsjahr 2018 betrug die Zuweisung 6,67 € monatlich je Versicherten bzw. 0,22 € je Versichertentag. Vgl. Bundesversicherungsamt, 2017 a, S. 1. Die Beträge wurden zur besseren Lesbarkeit gerundet.

nach der Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds – unterteilt in die o. g. drei Bereiche – dar. Danach werden alle neun Positionen in der Zuweisungssystematik des Gesundheitsfonds berücksichtigt, wobei fast alle Aufwendungen in den Bereich der „standardisierten Leistungsausgaben“ fallen. Lediglich die sog. Mehrleistungen bei den Auslandsbehandlungen fallen in den Bereich der „Satzungs- und Ermessensleistungen“. Das ist auch folgerichtig, denn dabei handelt es sich um Sonder- oder Zusatzleistungen, welche die Krankenkassen freiwillig gewähren können, aber nicht müssen.

**Tabelle 6:** Berücksichtigungsfähigkeit für Zuweisungen<sup>165</sup> aus dem Gesundheitsfonds<sup>166</sup>

Bezeichnung der Leistungsausgaben	Berücksichtigungsfähigkeit bei den Zuweisungen für		
	standardisierte Leistungsausgaben	Satzungs- und Ermessensleistungen	Verwaltungskosten
Pauschbeträge sowie Erstattungen nach tatsächlichem Aufwand	ja <sup>a)</sup>	nein	nein
Kostenerstattung bzw. Abfindung an den Berechtigten sowie für Behandlung im Ausland nach § 18 Abs. 3 SGB V	ja <sup>a)</sup>	nein	nein
Erstattungen an Arbeitgeber nach § 17 SGB V	ja <sup>a)</sup>	nein	nein
Behandlung im Ausland – Mehrleistung	nein	ja	nein
Arznei- und Verbandmittel im Ausland	ja <sup>b)</sup>	nein	nein
Krankenhausbehandlung im Ausland	ja <sup>c)</sup>	nein	nein
Umlage bei Leistungsaushilfe nach zwischenstaatlichem Recht	ja <sup>a)</sup>	nein	nein
Dialysebehandlung im Ausland	ja <sup>d)</sup>	nein	nein
Übrige RSA-berücksichtigungsfähige Aufwendungen für Leistungen in EG- und EWR-Staaten nach § 140 e SGB V	ja <sup>a)</sup>	nein	nein

*Hauptleistungsbereich:*

<sup>a)</sup> sonstige Leistungsausgaben

<sup>b)</sup> Apotheken ohne Abzug der Arzneimittelrabatte

<sup>c)</sup> Krankenhaus

<sup>d)</sup> Sachkosten der extrakorporalen Blutreinigung

<sup>165</sup> Nach §§ 36, 37 und 38 RSAV.

<sup>166</sup> Vgl. Bundesversicherungsamt, 2019, S. 13 f. und S. 35 f.

Generell wirken sich ceteris paribus überdurchschnittliche Ausgaben negativ auf eine Krankenkasse aus, wenn die standardisierten Leistungsausgaben unter den tatsächlichen Leistungsausgaben der Krankenkasse liegen (systematische Unterdeckung) und vice versa unterdurchschnittliche Ausgaben, die zu einer systematischen Überdeckung führen, positiv.

Vom Grundsatz her gleich verhält es sich mit den Satzungs- und Ermessensleistungen und den Verwaltungskosten<sup>167</sup>. Überdurchschnittliche tatsächliche Ausgaben in diesen Bereichen können dazu führen, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sie nicht decken. Jedoch besitzen die Krankenkassen in diesen beiden Bereichen einen maßgeblichen Gestaltungswillen, denn während die Satzungs- und Ermessensleistungen freiwillige Angebote der Krankenkassen darstellen, liegt auch die Gestaltung der Verwaltung in der Eigenverantwortung jeder Krankenkasse.

Die **Tabelle 7** zeigt die Netto-Verwaltungskosten nach Kassenarten. In den Brutto-Verwaltungskosten sind auch die Verwaltungsleistungen für von den Krankenkassen übernommenen Aufgaben anderer Sozialleistungsträger enthalten, z. B. dienen die Krankenkassen als Einzugsstelle für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag und sind für die Durchführung der Pflegeversicherung zuständig. Die Netto-Verwaltungskosten entstehen durch die Bereinigung der Brutto-Verwaltungskosten um die Erstattungen von anderen Sozialleistungsträgern.

**Tabelle 7:** Netto-Verwaltungskosten je Versicherten 2018<sup>168</sup>

	<b>AOK</b>	<b>BKK</b>	<b>IKK</b>	<b>LKK</b>	<b>KBS</b>	<b>VDEK</b>	<b>BUND</b>
Netto-Verwaltungskosten in €	181,75	136,35	142,28	206,77	186,51	144,40	158,11
Vergleich GKV-Niveau in %	114,95	86,24	89,99	130,78	117,96	91,33	100,00

Die KBS verzeichnete im Jahr 2018 mit 186,51 Euro pro Versicherten die höchsten Netto-Verwaltungskosten, die BKK mit 136,35 Euro je Versicherten die niedrigsten. Die **Tabelle 7** zeigt, dass es große Unterschiede bei den Verwaltungskosten der Kassen gibt. Über den Verwaltungserfolg (im Sinne von: wie effizient die Verwaltung ist) geben diese Zahlen aber keine Auskunft. Grundsätzlich steigt der Verwaltungsaufwand mit der Morbidität eines Versicherten.

Ein Grund, warum die Netto-Verwaltungskosten bei den BKK relativ niedrig ausfallen, könnte darin liegen, dass bei einigen Kassen die Unternehmen die Personalkosten tragen. Da der Groß-

<sup>167</sup> Verwaltungskosten sind Ausgaben, die einer Krankenkasse bei der Gewährung der gesetzlich und vertraglich festgelegten Leistungen entstehen.

<sup>168</sup> Daten: Bundesministerium für Gesundheit, 2019, Ziffer 07999, S. 30.

teil der Verwaltungskosten auf die Personalaufwendungen entfällt, sind die BKK hier im Vorteil.<sup>169</sup>

Die Bedeutung der Risikoumverteilung innerhalb der GKV für Leistungen im Ausland – gerade vor dem Hintergrund der in *Abbildung 4* und *Tabelle 5* präsentierten Zahlen – ist nicht zu unterschätzen. Durch die Berücksichtigungsfähigkeit ebenjener Leistungsausgaben auf die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds wird das Risiko der erhöhten Kostenentstehung durch teurere Auslandsbehandlungen<sup>170</sup> solidarisch von der Versichertengemeinschaft<sup>171</sup> getragen. Aus Krankenkassensicht werden die Ausgaben damit im schlechtesten Fall teilweise (Unterdeckung) und im besten Fall vollständig refinanziert (Deckung bzw. Überdeckung). In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie sich die Auslandsleistungen nun konkret auf die einzelnen Zuweisungsbereiche aus dem Gesundheitsfonds auswirken.

Bei der Zuweisung der Verwaltungskosten wird eine einheitliche Versichertenpauschale ermittelt, die zur Hälfte die unterschiedliche Morbiditätsstruktur der Versicherten als einziges Merkmal berücksichtigt. Die Berechnung impliziert damit die Annahme, dass es aus verwaltungstechnischer Sicht keine Rolle spielt, ob der Versicherte die Leistungen im Inland oder Ausland in Anspruch nimmt. Hingegen spielt der Grad der Morbidität (anteilig) eine Rolle, was den Zusammenhang widerspiegeln soll, dass eine morbidere Versichertenstruktur höhere Verwaltungskosten auslösen kann. Auch bei der Zuweisung der Satzungs- und Ermessensleistungen ist es unerheblich, wo der Versicherte die Leistung in Anspruch nimmt. Es wird ein reiner Pauschalbetrag je Versicherten ermittelt, d. h. die Versichertenanzahl ist das einzige Kriterium.

Die Ausgaben für Auslandsbehandlungen wirken sich damit lediglich auf die Zuweisungen im Bereich der standardisierten Leistungsausgaben aus. In diesem Bereich ergibt sich die Zuweisungshöhe je Versicherten aus einer krankenkasseneinheitlichen Grundpauschale und – je nach

---

<sup>169</sup> Die GKV wendete 14,1 Milliarden Euro brutto (vor den Erstattungen durch andere) für die Verwaltung im Jahr 2018 auf. Davon entfielen 10,1 Milliarden Euro (71,6 Prozent) auf die Personalkosten („persönliche Verwaltungskosten“), 2,3 Milliarden Euro (16,2 Prozent) auf die Sachkosten („Sächliche Verwaltungskosten“) und 1,7 Milliarden Euro (12,2 Prozent) auf weitere Kosten („Aufwendungen für die Selbstverwaltung“, „Beträge und Vergütungen an andere für Verwaltungszwecke“ und die „Kosten der Rechtsverfolgung“). Dabei lagen die Brutto-Personalkosten bei allen Kassenarten über 70 Prozent (Minimum: VDEK bei 70,6 Prozent, Maximum: LKK bei 84,0 Prozent) – außer bei den BKK. Dort betrug der Anteil lediglich 57,7 Prozent. Eigene Berechnung, Daten: Bundesministerium für Gesundheit, 2019, Ziffer 07000-07999, S. 12-15, vgl. Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV, S. 143-161.

<sup>170</sup> Höhere Kosten können entstehen, wenn die Kostenerstattung bspw. auf Grundlage der VO (EG) Nr. 883/2004 erfolgt und die Vertragssätze des ausländischen aushelfenden Trägers höher als die im Inland geltenden Vertragssätze des zuständigen Trägers sind.

<sup>171</sup> Durch den Bundeszuschuss (aus Steuergeldern) in den Gesundheitsfonds geht die Solidarität im engeren Sinne sogar über die Versichertengemeinschaft hinaus. Mit diesem Zuschuss beteiligt sich der Bund an den sog. versicherungsfremden Leistungen, wobei aus § 221 SGB V nicht hervorgeht, welche Leistungen damit genau gemeint sind.

dem individuellem Risikoprofil des Versicherten – aus Zu- bzw. Abschlägen auf diese Grundpauschale. Für Versicherte, die kein besonderes Risiko darstellen, d. h. die nicht einer der über 500 Risikogruppen (siehe ***Fn. 162***) zugeordnet werden können, erhalten die Kassen nur die Grundpauschale. Können die Versicherten aber einem Risiko zugeordnet werden, erhöht bzw. verringert sich diese Grundpauschale. Die Auslandsversicherten<sup>172</sup> werden nach Alter und Geschlecht in insgesamt 40 verschiedene Risikogruppen eingeteilt. Für sie gibt es unterschiedlich hohe Zu- bzw. Abschläge in den jeweils 20 Altersgruppen der Männer und Frauen.

Bei der Berechnung der Risikozuschläge und -abschläge der Auslandsversicherten wird unterstellt, dass Auslandsversicherte die gleiche durchschnittliche Morbidität wie Inländer aufweisen, denn die Berechnungsgrundlage bilden die durchschnittlichen Risikozuschläge und -abschläge der alters- und geschlechtsgleichen Inländer. Das liegt daran, dass den deutschen Krankenkassen (bislang) entweder keine oder unvollständige Morbiditätsinformationen über diese Versichertengruppe vorliegen, da diese in der Regel Leistungen im Ausland (in ihrem jeweiligen Wohnsitzland) in Anspruch nehmen und die ausländische (aushelfende) Krankenkasse lediglich die Rechnungen (und nicht bspw. die Diagnosen und Arzneimittelverordnungen) weiterleitet.<sup>173</sup>

Sollten die Auslandsversicherten demzufolge eine deutlich höhere Morbiditätsstruktur als die Inländer aufweisen, kann das bei den AusAGG-Zuweisungen im Falle der Kostenerstattung nach tatsächlichem Aufwand zu systematischen Unterdeckungen führen und vice versa (eine niedrigere Morbiditätsstruktur kann zu systematischen Überdeckungen führen). Dagegen ist die Morbiditätsstruktur der Auslandsversicherten bei der Abrechnung nach Kopf- oder Familienpauschalen irrelevant, da die tatsächliche Leistungsanspruchnahme bei pauschaler Vergütung keine Rolle spielt.<sup>174</sup>

Die ***Tabelle 8*** zeigt die Anzahl der Versicherten mit Wohnsitz im Ausland. Insgesamt waren zum Stichtag 1.7.2018 eine halbe Million Menschen (483.558 Menschen) in der GKV auslandsversichert, was einem Anteil von 0,7 Prozent an den gesamten GKV-Versicherten entspricht. Die Mehrheit davon war bei einer AOK (57,6 Prozent) versichert. Von den Auslandsversicherten waren über alle Kassenarten hinweg rund ein Drittel (31,6 Prozent) Rentner. Äquivalent zu den gesamten Auslandsversicherten waren auch hier die meisten bei einer AOK (58,2 Prozent) versichert.<sup>175</sup>

---

<sup>172</sup> Auslandsversicherte sind Versicherte, die mehr als 183 Tage des Vorjahres ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben. Vgl. Bundesversicherungsamt, 2017 b, S. 16.

<sup>173</sup> Vgl. Drösler et al., 2017, S. 36-38, vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 18, 19.

<sup>174</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 48.

<sup>175</sup> Eigene Berechnung der Prozentzahlen, Daten: Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2018.

**Tabelle 8:** Auslandsversicherte (Stichtag 1.7.2018)<sup>176</sup>

	AOK	BKK	IKK	LKK	KBS	VDEK	BUND
Wohnsitz im Ausland	278.673	49.822	26.824	296	9.099	118.844	483.558
Anteil in % vom BUND	57,6	10,3	5,5	0,1	1,9	24,6	100,0
Anteil in % vom Gesamtversichertenbestand der Kassenart	1,0	0,5	0,5	0,0	0,6	0,4	0,7
davon Rentner	88.912	22.121	7.878	169	5.299	28.413	152.782
Anteil in % vom BUND	58,2	14,5	5,2	0,1	3,5	18,6	100,0
Anteil in % vom Versichertenbestand mit Wohnsitz im Ausland	31,9	44,4	29,4	57,1	58,2	23,9	31,6

Nun stellt sich die Frage, ob die Höhe der Zuweisungen für die AusAGG aus dem Morbi-RSA die Leistungsausgaben (in *Tabelle 5*) der Auslandsversicherten (in *Tabelle 8*) decken bzw. ob es zu einer Über- oder Unterdeckung bei den einzelnen Krankenkassen kommt.

In der vom Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 269 SGB V in Auftrag gegebenen Studie von Wasem, Lux und Schillo (2016), die genau diese Fragestellung auf Ebene der Kassenarten und GKV untersuchte, zeigten sich große Unterschiede bei den Deckungsquoten (DQ)<sup>177</sup> für die AusAGG. So konnten die AOK, BKK und IKK in den Jahren 2009 bis 2013 immer (und teilweise sogar sehr hohe) Überdeckungen verzeichnen (einzige Ausnahme bildet die BKK im Jahr 2011), während sich die KBS von einer Über- zu einer Unterdeckung bewegte und die Ersatzkassen generell stark unterdeckt waren. Insgesamt war die GKV in dem Bereich alle Jahre überdeckt (bis auf 2012), was dazu führte, dass das Zuweisungsvolumen seit dem Ausgleichsjahr 2013 auf die tatsächlichen Leistungsausgaben aller Krankenkassen für die AusAGG begrenzt wurde (GKV DQ = 100 Prozent). Nach Anwendung der Regeländerung verringerten sich die Überdeckungen im Jahr 2013 und vergrößerten sich gleichzeitig die Unterdeckungen im Vergleich zu den Jahren davor.<sup>178</sup>

Die Autoren weisen in der Studie auch auf zahlreiche Limitationen hin, was zu einer eingeschränkten Aussagekraft der angeführten DQ-Analysen führt.

Ein Problem lag in der Heterogenität der Daten. Da die Daten von verschiedenen Krankenkassen-

<sup>176</sup> Eigene Berechnung der Prozentzahlen, Daten: Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2018.

<sup>177</sup> Die Deckungsquote (predictive ratio) gibt das Verhältnis der Zuweisungen zu den tatsächlichen Ausgaben für eine Versichertengruppe an. Je näher die DQ bei 100 Prozent liegt, desto zielgenauer ist die Übereinstimmung (100 Prozent = Punktlandung), während eine DQ über 100 Prozent eine Überdeckung (Zuweisung > Ausgaben) und eine DQ unter 100 Prozent eine Unterdeckung (Zuweisung < Ausgaben) darstellen. Vgl. Drösler et al., 2017, S. 64, 65, vgl. Lux & Wasem, 2011, S. 50, vgl. Göppfarth, 2011, S. 33.

<sup>178</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 19, 20.

sen zur Verfügung gestellt wurden, erfolgte die Datenerfassung (bei den Kassen) nach unterschiedlichen Vorgaben, so dass bspw. nicht von allen das Kennzeichen „Grenzgänger“ erhoben wurde. Das wäre aber wichtig gewesen vor dem Hintergrund, dass zu vermuten ist, dass die Grenzgänger – im Gegensatz zu den anderen Auslandsversicherten – in deutlich höherem Umfang Leistungen im Inland in Anspruch nehmen. Die inländischen Leistungsanspruchnahmen bleiben bei den DQ-Analysen der AusAGG jedoch unberücksichtigt, so dass es bei den Auslandsleistungen zu einer systematischen Unterdeckung bzw. einer systematischen Absenkung einer Überdeckung kommen kann (je mehr die Versicherten einer Kasse Leistungen im Inland als im Ausland in Anspruch nehmen). Dieser Effekt verstärkt sich noch, wenn die Auslandsleistungen auf Grundlage von Pauschalbeträgen (siehe **Kapitel 2.3.1.2**) statt auf der Grundlage von tatsächlichen Aufwendungen (deren Höhe sich durch die inländischen Inanspruchnahmen verringert) erstattet werden. Da das Kennzeichen „Grenzgänger“ aber von einigen Kassen nicht erhoben wurde, ließen sich die Grenzgänger-Anteile an den Auslandsversicherten und den Auslandsleistungen auch nicht valide berechnen.<sup>179</sup>

Ein weiteres Problem lag in den Buchungspraktiken. Es werden die im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen von den Inländern, z. B. Urlauberrechnungen, auf die gleiche Kontenart wie die der Auslandsversicherten gebucht. Die Urlauberrechnungen der Auslandsversicherten (wenn sie Leistungen außerhalb ihres Wohnsitzlandes in Anspruch nehmen) wiederum werden hier auch gebucht. Außerdem ist es auch möglich, dass ein Versicherter erst während des Jahres zum Auslandsversicherten wird. Dann zählt er als Auslandsversicherter in dem Jahr, hat aber bis zu dem Zeitpunkt im Jahr Urlauberrechnungen verursacht. Die Verbuchung der Familienpauschale beim Stammversicherten (und nicht versichertenbezogen) führte ebenfalls zu Verzerrungen. Die Folgen dieser Einflüsse waren von den Autoren nicht einschätzbar.<sup>180</sup>

Eine Verzerrung resultiert auch daraus, dass für alle Auslandsversicherten unabhängig von deren Wohnsitzland kasseneinheitliche Zu- und Abschläge ermittelt werden. Dadurch wird das Preisniveau der Gesundheitsversorgung in den verschiedenen Ländern nicht ausreichend berücksichtigt. Betreut bspw. eine Krankenkasse mehr Menschen in Wohnsitzländern mit kostenintensiverer Gesundheitsversorgung, d. h. die Vertragssätze der ausländischen (aushelfenden) Krankenkassen oder die vereinbarten Fallpauschalen sind wesentlich höher als die Vertragssätze der deutschen (zuständigen) Krankenkassen, kann das dazu führen, dass die betreffende Krankenkasse höhere Ausgaben in bestimmten Ländern hat als sie durch Zuweisungen, die auf

---

<sup>179</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 27 f., 56 f.

<sup>180</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 56 f., 66 ff.

Basis der kassenübergreifenden Durchschnittsausgaben ermittelt werden, decken kann (Unterdeckung). Das gilt vice versa (mehr Versicherte in Ländern mit kostengünstigerer Gesundheitsversorgung können zu einer Überdeckung führen).<sup>181</sup> Um zukünftig in diesem Bereich eine Verbesserung der Datenlage zu erreichen, wurde mit § 269 Abs. 3c SGB V festgelegt, dass alle Krankenkassen einheitlich den Wohnsitzstaat der Auslandsversicherten – neben dem Kennzeichen „Grenzgänger“ – versichertenbezogen erfassen sollen.<sup>182</sup>

Inwieweit die beispielhaft genannten Verzerrungen insgesamt die Höhe der AusAGG-Zuweisungen beeinflussen, gerade auch in Bezug auf eine Unter- oder Überdeckung der Ausgaben einer einzelnen Kasse, lässt sich nicht valide beurteilen. Dennoch lassen die durchgeführten Betrachtungen die Schlussfolgerung zu, dass die unterschiedliche Verteilung der Auslandsversicherten auf die einzelnen Krankenkassen (siehe „Anteile in % vom BUND“ in **Tabelle 8**) bei einem Zuweisungsvolumen von im Durchschnitt jährlich mehr als 725 Millionen Euro<sup>183</sup> trotzdem zu signifikanten Vor- und Nachteilen im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen führen können. Das ist von besonderer Bedeutung, wenn man bedenkt, dass sich damit das Risiko von Zahlungsausfällen durch ausländische Kostenträger ungleich auf die inländischen Krankenkassen verteilt.

### **3.4 Datensatz der AOK Bayern**

Die AOK Bayern hat der Autorin Routinedaten ihrer Versicherten zu Forschungszwecken zur Verfügung gestellt. Mit 4.557.542 Versicherten<sup>184</sup> ist sie die viertgrößte von 109 gesetzlichen Krankenkassen<sup>185</sup> 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 aggregierten Daten wurden in Excel-Tabellen und PDF-Dateien zur Verfügung gestellt. Die Datenabfrage aus den Softwareprogrammen zur Abwicklung der (zwischenstaatlichen) Abrechnung und die Datenaufbereitung erfolgte durch die Mitarbeiter der AOK Bayern. Die Daten wurden auf dem höchsten Aggregationsniveau zur Verfügung gestellt, so dass die Daten nach keinerlei Merkmalen oder Kennzahlen modelliert werden konnten. Durch die hohe Aggregationsebene war kein Rückschluss auf einzelne Versicherte möglich sowie der Datenschutz stets

---

<sup>181</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 13.

<sup>182</sup> Dies galt allerdings zunächst nur für die Berichtsjahre 2016 und 2017.

<sup>183</sup> Siehe **Kapitel 3.2**.

<sup>184</sup> Versicherte im Jahresdurchschnitt. Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18.

<sup>185</sup> Vgl. VersicherungsWiki e.K., 2020, Stand: 2.10.2018.

gewährleistet. Die Daten konnten auch nicht miteinander verknüpft oder übertragen werden. Die Durchführung von Plausibilitätsprüfungen war damit ebenfalls stark eingeschränkt und konnte nur hinsichtlich Additionsfehlern und Kongruenz zwischen den Tabellen erfolgen.

Diese retrospektive Analyse stützt sich auf die Abrechnungsdaten aus den Jahren 2006 bis 2018. Im Jahr 2012 erfolgte eine Softwareumstellung, die aber insofern keinen Bruch in den betreffenden Datensätzen bedeutet, als dass die Daten für einen bestimmten Auswertungszeitraum aus beiden Programmen parallel abgefragt wurden, wodurch Fehler, wie z. B. Doppelzählung von Betreuungsaufträgen, entdeckt und behoben werden konnten.

Neben der Skizzierung der quantitativen Entwicklung grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen, versucht die vorliegende Arbeit ein Schlaglicht auf die Kosten zu werfen, die der AOK Bayern im Wege der Sachleistungsaushilfe entstehen. Die dazu von der AOK Bayern zur Verfügung gestellten Daten zeigen die genauen Versichertenzahlen und die direkten Kosten, die auf Seite der AOK Bayern entstanden sind. Indirekte und intangible Kosten werden durch die verfügbaren Daten nicht abgebildet. Es handelt sich um keinen gesamtgesellschaftlichen Ansatz. Die Arbeit stellt eine reine Kostenanalyse dar und hat keinen vergleichenden Charakter, da die Daten mit denen anderer Krankenkassen nicht verglichen werden (konnten).

Bevor auf die Kosten eingegangen wird, sollen zunächst diejenigen Versichertengruppen näher betrachtet werden, die für diese Art der Kostenentstehung überhaupt verantwortlich sind. Zu den Personenkreisen, die Gesundheitsleistungen mit einem grenzüberschreitenden Bezug in Anspruch nehmen (können), gehören die folgenden Versichertengruppen:

- Touristen<sup>186</sup>,
- Au-pairs<sup>187</sup>,
- entsandte Arbeitnehmer<sup>188</sup>,
- Saisonarbeiter<sup>189</sup>,

---

<sup>186</sup> Hier sind diejenigen Touristen gemeint, die in das Ausland reisen.

<sup>187</sup> Es betrifft diejenigen jungen Menschen, die vorübergehend in einer ausländischen Gastfamilie leben. Kriterien für Au-pair-Verhältnisse sind in der Anlage 1 zu § 7 SGB IV „Beurteilte Berufsgruppen - Beschäftigung“ unter Punkt 1.4 „Au-pair-Verhältnisse“ definiert.

<sup>188</sup> Eine Entsendung liegt vor, wenn sich ein Arbeitnehmer auf Weisung eines inländischen Arbeitgebers ins Ausland begibt, um dort eine Beschäftigung auszuüben, die im Vorfeld zeitlich begrenzt wurde, bspw. durch einen Vertrag oder die Art der Beschäftigung (z. B. Projekt).

<sup>189</sup> Als Saisonarbeit werden jährlich wiederanfallende Tätigkeiten bezeichnet, die an einem bestimmten Ort oder Region in einer bestimmten Zeit anfallen, wie z. B. die Spargelernte in der Landwirtschaft, das Weihnachtsgeschäft im Handel oder die Hochsaison im Tourismus. Hier sind die Saisonarbeiter gemeint, die die Saison im Ausland arbeiten.

- Grenzgänger<sup>190</sup> und deren Familienangehörige sowie
- Rentner<sup>191</sup> und deren Familienangehörige.

Für die Kostenanalyse wird zwischen den inländischen Versicherten mit Wohnsitz im Ausland (für die die AOK Bayern der zuständige Träger ist) und den ausländischen Versicherten (die die AOK Bayern als aushelfenden Träger wählten) unterschieden. Welche Versicherte speziell von den o. g. Versichertengruppen in die jeweilige Kategorie fallen, wird in den entsprechenden Teilkapiteln und den dazugehörigen Kosten näher erläutert.

### **3.4.1 Die AOK Bayern als zuständiger Träger**

#### **3.4.1.1 Versicherte im Inland (Wohnsitz im Ausland)**

Im Folgenden geht es um die Kosten, die der AOK Bayern als zuständigen Träger entstehen. Die entstehen ihr durch die eigenen Versicherten, nämlich durch diejenigen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben und trotzdem (weiter) bei AOK Bayern versichert sind – durch besondere Regelungen im Sozialrecht.

Dazu gehören als erstes die Touristen. Touristen üben am Reiseziel normalerweise keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aus, so dass die Versicherungspflicht aufgrund des Territorialprinzips<sup>192</sup> im Heimatstaat weiter bestehen bleibt. Als EU-/EWR-Bürger hat man das Recht, sich „für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten“ in einem anderen Mitgliedsstaat aufzuhalten, wobei der Besitz eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses die einzige Voraussetzung ist.<sup>193</sup> Mit diesem uneingeschränkten Aufenthaltsrecht für drei Monate ist es somit möglich, sich in einem anderen Mitgliedsstaat (Gastland) ohne administrative Pflichten aufzuhalten. Bei einem Aufenthalt von über drei Monaten (als Tourist) muss man sich bei den örtlichen Behörden des Gastlandes anmelden und nachweisen, dass man über ausreichend finanzielle Mittel und eine Krankenversicherung verfügt.<sup>194</sup> Nach dem Melderecht ist es zulässig, einen Wohnsitz in Deutschland und einen Wohnsitz im Ausland zu unterhalten, wodurch Personen, die sonst in Deutschland wohnen, auch im Ausland gemeldet sein können und somit zwei Hauptwohnsitze haben können.<sup>195</sup>

---

<sup>190</sup> Grenzgänger sind Personen, die ihren Wohnsitz und ihren Arbeitsort in zwei verschiedenen Staaten haben und zwischen diesen beiden Orten entweder täglich oder in anderen kurzen regelmäßigen Abständen (mindestens einmal wöchentlich) pendeln.

<sup>191</sup> Rentner sind Personen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) zu beziehen. Hier geht es um die Rentner, die ihren Ruhestand im Ausland verbringen.

<sup>192</sup> In der Sozialversicherung gilt das Territorialprinzip, das bedeutet, dass ein Arbeitnehmer grundsätzlich in dem Land versichert ist, in dem er seine Beschäftigung ausübt. Ausnahmeregelungen können durch das EU-/EWR-Recht, bilaterale Abkommen und nationales Recht (sog. „Ausstrahlung“) entstehen.

<sup>193</sup> Vgl. und Zit. Art. 6 Abs. 1 Abs. 1 Richtlinie 2004/38/EG.

<sup>194</sup> Vgl. Art. 7 Abs. 1 Richtlinie 2004/38/EG.

<sup>195</sup> Vgl. § 17 und § 21 Bundesmeldegesetz.

Als zweites ist die Gruppe der Au-pairs zu nennen. In der Regel ist die Tätigkeit als Au-pair kein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis<sup>196</sup>, so dass bei einer Beschäftigung in einem anderen EU-/EWR-Mitgliedstaat die Heimatversicherung (weiter) gilt. Liegt dagegen ein echtes Arbeitsverhältnis oder ein arbeitnehmerähnliches Rechtsverhältnis vor, erhalten sie (unter Umständen) eine Entlohnung und unterliegen dann der Sozialversicherungspflicht (im Gastland). Oftmals schließen Au-pairs speziell für die Au-Pair-Tätigkeit im Ausland eine private Zusatzversicherung (Auslandskrankenversicherung) ab oder die Gasteltern sind dazu verpflichtet (für den zusätzlichen Versicherungsschutz zu sorgen). Au-Pairs müssen sich gewöhnlich in einer bestimmten Frist nach Einzug bei der Gastfamilie bei den örtlichen Behörden anmelden und haben dann ihren Wohnsitz im Ausland (Gastland) für die Dauer der Tätigkeit. In Deutschland bspw. muss man sich spätestens zwei Wochen nach Einzug bei der Gastfamilie bei der Meldebehörde anmelden.<sup>197</sup>

Um es an dieser Stelle noch einmal deutlich zu machen: Hier geht es um die Touristen und Au-pairs, die (weiter) bei der AOK Bayern in Deutschland versichert sind und ins Ausland gezogen sind bzw. dort einen Wohnsitz angemeldet haben. Sie sind weder Arbeitnehmer noch Selbstständige (im Gastland) und können so – durch Ausnahmeregelungen des Sozialrechts – weiter bei ihrer bisherigen Krankenversicherung im Inland versichert bleiben.

Zu den eigenen Versicherten, die im Ausland ihren Wohnsitz haben (können), gehören als nächstes die entsandten Arbeitnehmer. Entsendung bedeutet hier, dass der Arbeitnehmer von seinem Arbeitgeber in Deutschland für eine (im Voraus) begrenzte Zeit ins Ausland geschickt wird, um dort einen Auftrag zu erfüllen.<sup>198</sup> In diesem Fall darf der Wohnsitz im Ausland nicht schon vor der Entsendung bestehen, denn wenn der Arbeitnehmer von einem bereits existierenden Wohnsitz im Ausland die Beschäftigung aufnimmt, liegt keine Entsendung vor. Die vorgesehene Rückkehr an den Stammarbeitsplatz (hier: nach Deutschland) ist das zentrale Kriterium, ob eine Arbeitnehmerentsendung überhaupt vorliegt. Der Lohn etc. wird weiter vom deutschen Arbeitgeber bezahlt, so dass die Krankenversicherung auch für die entsandte Beschäftigung weiter besteht. Für die Entsendung benötigt der Arbeitnehmer die A1-Bescheinigung (Entsendebescheinigung). Damit weist der Beschäftigte nach, dass er bei der Entsendung in einen anderen EU-/EWR-Staat oder in die Schweiz über das Heimatland versichert ist (er bleibt weiter

---

<sup>196</sup> In Deutschland gilt ein Au-pair-Verhältnis als Betreuungsverhältnis der besonderen Art und ist an verschiedene Voraussetzungen gebunden. Au-pairs in Deutschland erhalten neben freier Kost und Logis bei der Gastfamilie normalerweise ein monatliches Taschengeld in Höhe von 260 Euro pro Monat. Damit liegen sie unter der Geringfügigkeitsgrenze von 450 Euro pro Monat und sind somit von der Sozialversicherungspflicht befreit. Vgl. Anlage 1 zu § 7 SGB IV unter Punkt 1.4 „Au-pair-Verhältnisse“.

<sup>197</sup> Vgl. § 17 Abs. 1 Bundesmeldegesetz.

<sup>198</sup> Siehe ***Fn. 188*** (Entsendung).

in dem Staat versichert, wo er eigentlich arbeitet). Dadurch wird vermieden, dass Sozialversicherungsbeiträge doppelt gezahlt werden (müssen). Eine Entsendung darf maximal 24 Monate<sup>199</sup> dauern.

In allen bilateralen SVA (siehe *Tabelle 2*) ist ein Passus enthalten, nach dem bei einer Entsendung in das Hoheitsgebiet der zweiten Vertragspartei die Rechtsvorschriften des ersten Vertragsstaates (weiter) gelten. In den Abkommensstaaten ist der Arbeitnehmer also auch während der Beschäftigung im Gebiet des zweiten Vertragsstaates (Entsendung) weiter dort versichert, wo er gewöhnlich arbeitet (im ersten Vertragsstaat, wo das Unternehmens seinen Sitz hat). Eine Frist für diese Regelung ist in drei Abkommen genannt. Im Abkommen mit Nordmazedonien liegt die Frist für die Anwendung dieser Sonderregelung bei 24 Monaten, mit Tunesien bei zwölf Monaten (dauert die Tätigkeit länger als zwölf Monate, können die zuständigen Behörden weitere zwölf Monate genehmigen) und mit Marokko bei 36 Monaten (auch hier können die zuständigen Behörden die Frist um weitere 36 Monate verlängern).<sup>200</sup> Als Nachweis (ähnlich der A1-Bescheinigung) für die Weitergeltung des Sozialversicherungsrechtes des ersten Vertragsstaates benötigt der Beschäftigte eine entsprechende Bescheinigung vom zuständigen Versicherungsträger für die Entsendung.

Auch Saisonarbeiter, die es zum Arbeiten (temporär) ins Ausland zieht, können unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin in Deutschland versichert bleiben. Dies ist z. B. der Fall, wenn der Saisonarbeiter in seinem Heimatland (hier: Deutschland) einer Hauptbeschäftigung nachgeht und der Arbeitseinsatz im Ausland eine Nebenbeschäftigung darstellt. Dann unterliegt er der Versicherungspflicht des Heimatlandes, wo er den wesentlichen Teil seiner Tätigkeit ausübt.<sup>201</sup> Saisonarbeiter weisen – wie entsandte Arbeitnehmer auch – im Ausland ihre Versicherungspflicht im Heimatland mit der A1-Bescheinigung nach. Das Gleiche gilt auch für den Fall, dass der Saisonarbeiter im Heimatland eine selbständige Tätigkeit ausübt, die der Saisonarbeit ähnlich ist.<sup>202</sup> Eine Ähnlichkeit liegt z. B. vor, wenn ein im Heimatland selbständiger Landwirt als Erntehelfer im Ausland arbeitet oder ein selbständiger Gastronom als Kellner. Liegt dagegen keine Ähnlichkeit zwischen selbständiger Tätigkeit und Saisonarbeit vor,<sup>203</sup> wird im Heimatland keine Hauptbeschäftigung ausgeübt (als Arbeitnehmer oder selbstständige Tätigkeit) oder

---

<sup>199</sup> Vgl. Art. 12 Abs. 1 VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>200</sup> Vgl. § 6 Abs. 1 deutsch-jugoslawisches SVA, vgl. § 6 SVA deutsch-israelisches SVA, vgl. § 7 SVA deutsch-marokkanisches SVA, vgl. § 7 SVA deutsch-mazedonisches SVA, vgl. § 6 Abs. 1 deutsch-türkisches SVA, vgl. § 7 SVA deutsch-tunesisches SVA.

<sup>201</sup> Vgl. Art. 13 Abs. 1a VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>202</sup> Vgl. Art. 12 Abs. 2 VO (EG) Nr. 883/2004, vgl. Art. 14 Abs. 4 VO (EG) Nr. 987/2009. Diese Sonderregelung gilt – wie bei der Entsendung – für maximal 24 Monate.

<sup>203</sup> Als Beispiel: Eine in Deutschland selbständige Reinigungskraft (Sektor Reinigung) arbeitet in der Skisaison als Küchenhilfe (Sektor Gastronomie) in Österreich.

wird im Heimatland keine Erwerbstätigkeit ausgeübt, z. B. Arbeitslose und Studenten, gilt für Saisonarbeiter das ausländische Sozialversicherungsrecht.

Das Ganze kann aber auch andersherum erfolgen. Saisonarbeiter mit Wohnsitz im Ausland (Heimatland) unterliegen bei ihrem Einsatz in Deutschland dem deutschen Sozialversicherungsrecht und müssen sich hier krankenversichern (für die Dauer ihrer Tätigkeit), wenn sie in ihrem Heimatland keine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausüben bzw. dort keine Hauptbeschäftigung (ohne Haupterwerb im Heimatland) haben. Üben sie im Heimatland dagegen eine Beschäftigung oder ähnliche selbständige Erwerbstätigkeit aus (ohne Haupterwerb), gelten die Rechtsvorschriften ihres Heimatlandes und sie müssen in Deutschland die A1-Bescheinigung vorlegen.

Normalerweise haben sich (auch) Grenzgänger nach EU-Recht in dem Land krankenversichern zu lassen, indem sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben.<sup>204</sup> Dadurch können Grenzgänger, die ihren Wohnort im Ausland haben, bei einer deutschen Krankenkasse versichert sein, wenn sie in Deutschland eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausüben. Familienmitglieder von Grenzgängern können sich dort – unter bestimmten Voraussetzungen – beitragsfrei mitversichern lassen (Familienversicherung). Nehmen Grenzgänger und deren Familienangehörigen dann Gesundheitsleistungen entweder in ihrem Wohnsitzstaat oder in einem anderen Land außer dem Beschäftigungsland (hier gilt für beide Fälle: es ist nicht Deutschland) in Anspruch, ist die deutsche Krankenkasse der zuständige Träger und diese muss ggf. dem ausländischen (auszuhelfenden) Träger – im Rahmen der Sachleistungsaushilfe – die Kosten erstatten.

Als letztes gehört noch die Gruppe der Rentner und deren Familienangehörigen zu den Versicherten, die einen Wohnsitz im Ausland haben können und trotzdem bei einer deutschen Krankenkasse (weiter) versichert sind (bzw. bleiben). Üblicherweise ist das der Fall bei denjenigen Rentnern bzw. Rentenantragsstellern mit Wohnsitz im Ausland, die ihre gesetzliche Rente ausschließlich aus Deutschland beziehen (Einfachrentner). Wird hingegen eine gesetzliche Rente zusätzlich (Mehrfachrentner) oder allein aus dem Wohnsitzstaat (Ausland) bezogen, endet die Pflichtversicherung in Deutschland in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR).<sup>205</sup> Familienangehörige von Rentnern (wie z. B. Ehepartner) können unter bestimmten Voraussetzungen beitragsfrei mitversichert sein (Familienversicherung) – und ebenfalls im Ausland wohnen.

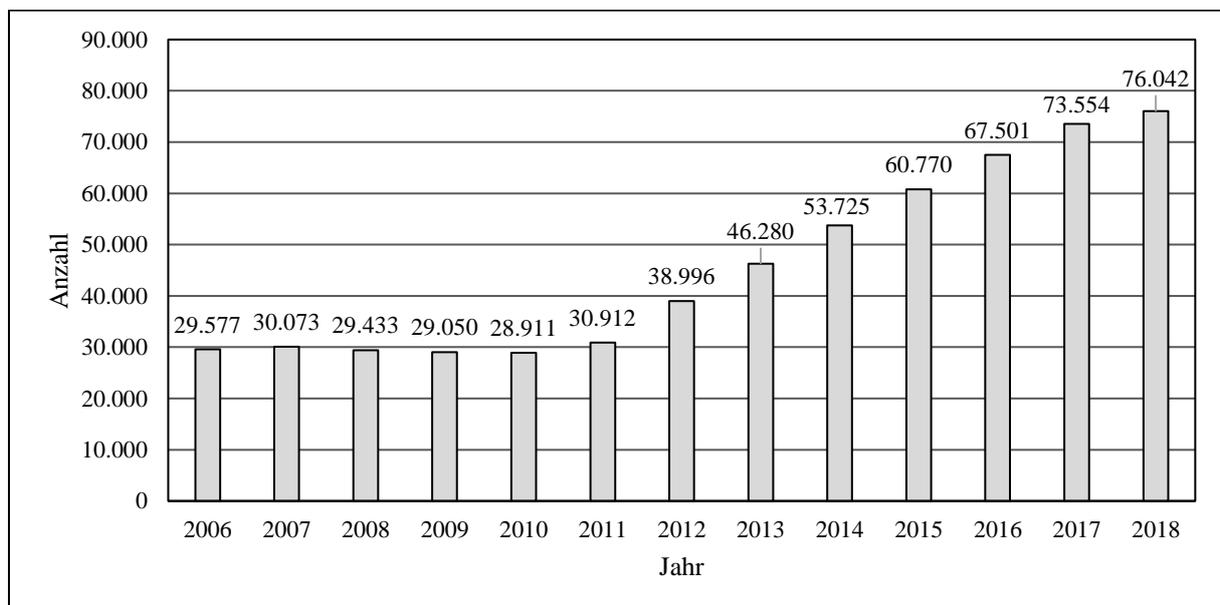
---

<sup>204</sup> Vgl. Art. 11 Abs. 3a VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>205</sup> In Deutschland werden alle GKV-Rentner in der KVdR pflichtversichert. Dabei handelt es sich um keine eigene Krankenkasse, sondern um einen Status, d. h. sie bleiben weiter bei der Kasse versichert (versicherungspflichtig oder freiwillig), die sie gewählt haben, und nur der Status wechselt mit Rentnereintritt bzw. Rentnantragstellung.

Die **Abbildung 5** zeigt die Anzahl der AOK Bayern Versicherten mit Wohnsitz im Ausland in den Jahren von 2006 bis 2018. Sie stieg von 29.577 Versicherten im Jahr 2006 auf 76.042 Versicherte im Jahr 2018, was einem Gesamtzuwachs von 157,1 Prozent (+46.465 Versicherte) entspricht. Bei differenzierter Betrachtung stagnierte die Anzahl in den Jahren 2006 bis 2011 relativ konstant um die 30.000 Versicherte. Ab dem Jahr 2012 konnten deutliche Anstiege verzeichnet werden. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Anzahl 2012 um +26,2 Prozent (ca. 8.000 Versicherte) und verzeichnete damit den höchsten Anstieg des gesamten Zeitraums. Von 2012 bis 2018 zeigt sich dann ein kontinuierlicher Anstieg der Versichertenanzahl, jedoch bei gleichzeitig sinkenden Prozentpunkten, d. h. die Zuwachszahlen verringerten sich. Während bspw. die Zuwachsrate im Jahr 2013 noch bei +18,7 Prozent (ca. 7.300 Versicherte) lag, betrug sie im Jahr 2018 gerade mal +3,4 Prozent (ca. 2.500 Versicherte).

**Abbildung 5:** Versicherte mit Wohnsitz im Ausland (Köpfe im Jahresdurchschnitt)<sup>206</sup>



Ein Grund für diese Entwicklung liegt vermutlich darin, dass seit dem 1.5.2011 die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit<sup>207</sup> für die am 1.5.2004 der EU beigetretenen Ländern Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechische Republik, Slowakei, Slowenien und Ungarn gilt. Bereits zum 1.1.2011 entfiel die Arbeitserlaubnispflicht für Saisonmitarbeiter aus diesen Ländern für bestimmte Wirtschaftsbereiche, wie z. B. in der Land- und Forstwirtschaft oder im Hotel- und Gaststättengewerbe. Seit dem 1.1.2014 gilt die Arbeitnehmerfreizügigkeit auch für Bulgarien

<sup>206</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

<sup>207</sup> Durch die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit erhalten die Staatsbürger uneingeschränkter Zutritt zum Arbeitsmarkt der EU/EWR und damit die freie Wahl, in welchem anderen Mitgliedstaat sie arbeiten möchten, d. h. sie benötigen keine Arbeitserlaubnis mehr und sie erhalten für sich und ihre Familienangehörigen im Beschäftigungsstaat ein Aufenthaltsrecht.

und Rumänien, die der EU am 1.1.2007 beigetreten sind. Für das am 1.7.2013 beigetretene Kroatien gilt die Arbeitnehmerfreizügigkeit seit dem 1.7.2015.

Die **Tabelle 9** zeigt die Daten der **Abbildung 5** aufgeschlüsselt nach Ländern, so dass die Folgen der o. g. Arbeitnehmerfreizügigkeit gerade infolge der beiden EU-Osterweiterungen und der Erweiterung um Kroatien noch deutlicher werden. Die AOK Bayern konnte im Jahr 2012, ein Jahr nach der Herstellung der vollen Arbeitnehmerfreizügigkeit, die höchsten Zuwachsraten bei der Anzahl der Versicherten aus den Ländern Estland (Ausgangsjahr 0 Versicherte, +3 Versicherte), Lettland (+500 Prozent, +5 Versicherte), Polen (+60,9 Prozent, +1.550 Versicherte), Slowakei (+139 Prozent, +824 Versicherte) und Ungarn (+193,4 Prozent, +1.501 Versicherte) verzeichnen.

Die Länder Litauen (+233,3 Prozent, +7 absolut) und Slowenien (+36 Prozent, +81 absolut) konnten die höchsten Zuwachsraten erst im darauffolgenden Jahr, im Jahr 2013, aufweisen. Abgesehen von Bulgarien (2014: +11,3 Prozent, +6 absolut) zeigt sich der Effekt über die Zuwachsraten auch bei Rumänien (2014: +91,67 Prozent, +187 absolut) und Kroatien (2015: +43,81 Prozent, +425 absolut) – allerdings nicht als höchste Zuwachsraten im Zeitraum.

Vergleicht man die absoluten Zahlen aller Länder in **Tabelle 9**, so fällt auf, dass die meisten Versicherten mit Wohnsitz im Ausland im Jahr 2018 aus den Ländern Tschechische Republik (Rang 1 mit 30.890 Versicherten), Österreich (Rang 2 mit 12.647 Versicherten) und Polen (Rang 3 mit 10.103 Versicherten) kommen. Das kann vor allem an den Grenzgängern liegen, die zum Arbeiten nach Bayern einpendeln. Während Bayern an die Tschechische Republik und Österreich jedoch direkt angrenzt, sind die direkten Nachbarn Polens die Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen. Durch die kürzere Entfernung ist zu vermuten, dass diese Bundesländer von den Grenzgängern aus Polen mehr profitieren als Bayern. Für die Einpendler nach Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg wäre dann die AOK Nordost und für Sachsen die AOK Plus zuständig<sup>208</sup>. Damit wäre auch erklärbar, warum bei der AOK Bayern relativ wenige Versicherte mit Wohnsitz im Ausland aus den anderen direkten Nachbarländern Deutschlands versichert sind. Das sind auf Rang 16 Frankreich (158 Versicherte), Rang 17 Belgien (133 Versicherte), Rang 18 Niederlande (127 Versicherte),

---

<sup>208</sup> Im Gegensatz bspw. zu den Ersatzkassen, wie die Techniker Krankenkasse, die Barmer oder die DAK, sowie einigen Betriebs- und Innungskrankenkassen, die im gesamten Bundesgebiet geöffnet sind, ist jede der elf AOK nur für ein bestimmtes Gebiet geöffnet, d. h. die AOK Bayern ist für alle AOK-Versicherten in Bayern zuständig und die AOK Nordost für alle AOK-Versicherten in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin.

Rang 19 Schweiz (92 Versicherte), Rang 27 Dänemark (8 Versicherte) und Rang 29 Luxemburg (29 Versicherte). Mit hoher Wahrscheinlichkeit pendeln Grenzgänger aus diesen Ländern eher in direkt anliegende Bundesländer als nach Bayern zum Arbeiten ein (aufgrund der kürzeren Entfernung zum Arbeitsplatz), womit eine andere AOK zuständig wäre. Die Schweiz ist zwar ein direkter Nachbar Bayerns, die Grenze verläuft jedoch durch den Bodensee, sodass der Aufwand des Pendelns (Erreichbarkeit) höher erscheint. Vielleicht ist hier aber auch das Lohngefälle ausschlaggebend.

Betrachtet man die Zahlen der o. g. Länder im Zeitverlauf von 2006 bis 2018 so belegen sie die Zunahme der Anzahl von AOK Bayern Versicherten, die im direkten Nachbarland wohnen, was vermutlich am ehesten auf die beständige Zunahme der grenzüberschreitenden Beschäftigungen (entsandte Arbeitnehmer, Saisonarbeiter und Grenzgänger) zurückzuführen ist. Für alle o. g. Nachbarländer ist der Saldo positiv (Tschechische Republik +456,9 Prozent, +25.343 Versicherte; Österreich +2,0 Prozent, +247 Versicherte; Polen +2.419,5 Prozent, +9.702 Versicherte; Frankreich +64,6 Prozent, +62 Versicherte; Belgien +13,7 Prozent, +16 Versicherte; Niederlande +115,3 Prozent, +68 Versicherte; Schweiz +100 Prozent, +46 Versicherte und Dänemark +300 Prozent, +6 Versicherte) – bis auf Luxemburg (-25 Prozent, -2 Versicherte).

Bei den sog. PIIGS-Staaten<sup>209</sup> hatten die meisten AOK Bayern Versicherten im Jahr 2018 ihren Wohnsitz in Griechenland (782), gefolgt von Italien (553), Spanien (397), Portugal (57) und Irland (6). Die Zahlen zeigen einen erheblichen Anstieg gegenüber 2006 bei Spanien (+390,1 Prozent, +316 Versicherte) und Griechenland (+39,9 Prozent, +223 Versicherte). Irland weist zwar für den Zeitraum ebenfalls einen hohen prozentualen Anstieg auf, die Gesamtzahl der Versicherten ist aber klein und verändert sich nur minimal (+500 Prozent, +5 Versicherte). Bei Portugal (-9,5 Prozent, -6 Versicherte) und Italien (-5,8 Prozent, -34 Versicherte) verringerten sich sogar die Versicherten mit Wohnsitz dort. Da vor allem Italien, Spanien und Griechenland besonders beliebt bei deutschen Rentnern sind (siehe S. 4), ist es nicht verwunderlich, dass diese Länder auch bei den AOK Bayern Versicherten vordere Ränge belegen (im Jahr 2018: Rang 10 Griechenland, Rang 12 Italien, Rang 13 Spanien) – am wahrscheinlichsten durch die Rentner mit dortigem Wohnsitz.

---

<sup>209</sup> PIIGS steht für Portugal, Italien, Irland, Griechenland und Spanien. Entstanden ist der Begriff während der Eurokrise 2010 und rührt von den Finanzproblemen dieser Staaten her.

**Tabelle 9:** Versicherte mit Wohnsitz im Ausland je Land (Köpfe im Jahresdurchschnitt)<sup>210</sup>

Land	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Rang
Belgien <sup>1</sup>	117	127	127	113	109	117	165	174	138	130	129	124	133	17
Bosnien-Herzegowina <sup>3</sup>	1.708	1.639	1.436	1.255	1.123	1.032	907	896	966	986	1.182	1.376	1.345	8
Bulgarien <sup>1</sup>	0	0	3	4	11	15	31	53	59	56	51	57	62	21
Dänemark <sup>1</sup>	2	3	3	6	12	14	8	8	7	8	6	7	8	27
Estland <sup>1</sup>	0	0	0	0	0	0	3	8	27	28	27	26	22	25
Finnland <sup>1</sup>	0	0	0	1	1	1	2	3	2	4	4	7	7	28
Frankreich <sup>1</sup>	96	116	116	121	127	135	135	134	127	130	141	149	158	16
Griechenland <sup>1</sup>	559	542	505	442	412	449	541	692	836	900	837	805	782	10
Großbritannien <sup>1</sup>	0	0	0	0	7	13	11	11	15	17	18	28	28	24
Irland <sup>1</sup>	1	1	1	1	1	1	4	4	6	8	6	6	6	29
Island <sup>2</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Israel <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x
Italien <sup>1</sup>	587	578	480	409	400	405	394	470	558	557	560	568	553	12
Kosovo <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x
Kroatien <sup>1</sup>	1.082	1.127	1.066	925	818	680	524	648	970	1.395	1.848	2.336	2.708	6
Lettland <sup>1</sup>	0	0	0	0	1	1	6	8	13	10	11	9	10	26
Liechtenstein <sup>2</sup>	0	0	0	0	0	0	0	2	4	3	5	5	6	29
Litauen <sup>1</sup>	0	0	0	0	1	3	3	10	13	19	33	44	46	23
Luxemburg <sup>1</sup>	8	5	3	2	2	4	5	4	5	4	6	5	6	29
Malta <sup>1</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	30
Marokko <sup>3</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Montenegro <sup>3</sup>	18	17	13	14	14	13	10	10	5	5	3	2	3	30
Niederlande <sup>1</sup>	59	52	47	42	38	40	48	65	66	81	108	135	127	18
Nordmazedonien <sup>3</sup>	185	182	173	161	167	163	158	166	161	146	166	171	196	15
Norwegen <sup>2</sup>	1	1	1	1	1	1	3	4	3	3	1	1	1	31
Österreich <sup>1</sup>	12.400	12.151	11.608	11.669	11.769	11.961	12.005	11.955	12.055	12.233	12.619	12.711	12.647	2
Polen <sup>1</sup>	401	832	1.365	1.668	1.943	2.545	4.095	5.817	7.486	8.748	9.715	10.167	10.103	3
Portugal <sup>1</sup>	63	63	60	58	52	58	61	61	61	56	53	54	57	22
Rumänien <sup>1</sup>	0	5	8	26	46	78	140	204	391	624	796	924	1.063	9
Schweden <sup>1</sup>	0	0	0	2	3	9	18	23	31	35	30	26	22	25
Schweiz <sup>2</sup>	46	39	41	53	71	72	67	75	73	74	78	78	92	19
Serbien <sup>3</sup>	447	439	391	361	338	313	276	170	176	177	193	211	245	14

<sup>210</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

Land	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Rang
Slowakei <sup>1</sup>	93	107	160	253	388	593	1.417	2.234	2.872	3.434	3.848	4.222	4.459	5
Slowenien <sup>1</sup>	246	237	213	184	170	178	225	306	411	456	503	588	603	11
Spanien <sup>1</sup>	81	78	67	50	56	124	211	264	326	359	382	396	397	13
Tschechische Republik <sup>1</sup>	5.547	5.818	5.935	5.831	5.596	6.805	11.629	14.895	18.491	22.062	25.474	29.096	30.890	1
Tunesien <sup>3</sup>	98	96	81	70	70	72	73	73	74	72	70	65	66	20
Türkei <sup>3</sup>	5.675	5.722	5.348	5.066	4.782	4.240	3.543	3.327	2.844	2.512	2.298	2.311	2.325	7
Ungarn <sup>1</sup>	57	96	182	262	382	776	2.277	3.505	4.452	5.436	6.297	6.842	6.862	4
Zypern <sup>1</sup>	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	3	2	1	31
<b>Gesamt</b>	<b>29.577</b>	<b>30.073</b>	<b>29.433</b>	<b>29.050</b>	<b>28.911</b>	<b>30.912</b>	<b>38.996</b>	<b>46.280</b>	<b>53.725</b>	<b>60.770</b>	<b>67.501</b>	<b>73.554</b>	<b>76.042</b>	x

Zeichenerklärung:

- keine Daten vorhanden oder Zahlenwert unbekannt

x Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

Ränge:

Der Rang bezieht sich auf die Versichertenzahlen vom Jahr 2018. Ränge gibt es von 1 bis 32, da die Ränge 25, 29, 30, 31 und 32 doppelt vorkommen.

<sup>1</sup> EU-Mitgliedstaaten (Großbritannien: EU-Austritt 2020, Kroatien: EU-Beitritt 2013)

<sup>2</sup> EWR-Staaten/Schweiz

<sup>3</sup> Abkommensstaaten: Bosnien-Herzegowina, Israel (nur Mutterschaftsleistungen), Kosovo (ausgesetzt), Marokko (ausgesetzt, nur Kontrollarztleistungen), Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei

Bei den MOE-Staaten<sup>211</sup> belegen die baltischen Länder hintere Ränge (im Jahr 2018: Rang 23 Litauen mit 46 Versicherten, Rang 25 Estland mit 22 Versicherten und Lettland Rang 26 mit 10 Versicherten). Alle drei baltischen Länder traten der EU im Jahr 2004 bei, wobei die volle Arbeitnehmerfreizügigkeit seit 2011 gilt. So hatte die AOK Bayern vor der vollständigen Freizügigkeit insgesamt zwei Versicherte mit Wohnsitz in den drei baltischen Ländern zu betreuen, während sie im Jahr 2018 insgesamt bereits 78 Versicherte zu betreuen hatte. Von allen drei Ländern hat Litauen nicht nur die höchste Einwohnerzahl, sondern liegt auch am dichtesten zu Deutschland. Inwieweit das erklärt, warum die AOK Bayern aus diesem Land von allen baltischen Ländern die meisten Menschen betreut, kann nicht seriös abgeschätzt werden.

In den anderen MOE-Staaten stieg ab dem Inkrafttreten der vollen Arbeitnehmerfreizügigkeit die Anzahl der Versicherten mit Wohnsitz dort alljährlich an. Gerade im Einführungsjahr sind die Effekte (hohe positive Salden) gut zu erkennen. Die einzige Ausnahme bildet Bulgarien, deren Anzahl von 2014 bis 2016 zurückging (über beide Jahre insgesamt -8 Versicherte). Im Vergleich dieser Staaten haben die meisten AOK Bayern Versicherten im Jahr 2018 ihren Wohnsitz in der Tschechischen Republik und Polen, gefolgt von Ungarn (Rang 4 mit 6.862 Versicherte), Slowakei (Rang 5 mit 4.459 Versicherten), Kroatien (Rang 6 mit 2.708 Versicherten), Rumänien (Rang 9 mit 1.063 Versicherten) und Slowenien (Rang 11 mit 603 Versicherten). Das Schlusslicht in dieser Gruppe stellt Bulgarien auf Rang 21 (2018) mit nur 62 Versicherten dar.

Seit 2006 stiegen die Versichertenzahlen, die ihren Wohnsitz in diesen MOE-Staaten haben, im Vergleich zum Jahr 2018 deutlich an: Tschechische Republik +457 Prozent, +25.343 Versicherte; Polen +2.420 Prozent, +9.702 Versicherte; Ungarn +11.939 Prozent, +6.805 Versicherte; Slowakei +4.695 Prozent, +4.366 Versicherte; Kroatien +150 Prozent, +1.626 Versicherte; Rumänien Ausgangsjahr 0 Versicherte, +1.063 Versicherte; Slowenien +145 Prozent, +357 Versicherte; und Bulgarien Ausgangsjahr 0 Versicherte, +62 Versicherte. Die vorliegenden Daten belegen damit einen direkten Zusammenhang zwischen der mit der EU-Mitgliedschaft verbundenen Arbeitnehmerfreizügigkeit und dem Ansteigen der Versichertenzahlen aus diesen Ländern.

Betrachtet man die Länder des Westbalkans<sup>212</sup>, so fällt auf, dass im Ranking 2018 Bosnien-Herzegowina relativ weit vorne liegt (Rang 8 mit 1.345 Versicherten), während Serbien

---

<sup>211</sup> MOE steht für Mittel- und Osteuropa. Damit sind hier die Staaten Estland, Lettland, Litauen, Ungarn, Tschechische Republik, Slowakei, Polen, Slowenien, Bulgarien, Rumänien und Kroatien gemeint.

<sup>212</sup> Mit Westbalkan sind die sechs südosteuropäischen Staaten Albanien, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro und Serbien gemeint. Auf Albanien (seit 2014 Beitrittskandidat der EU) und den Kosovo (seit 2008 „potenzieller Beitrittskandidat“ der EU) wird aber nicht eingegangen, da Deutschland mit diesen Staaten keine SVA geschlossen hat.

(Rang 14 mit 245 Versicherten) und Nordmazedonien (Rang 15 mit 196 Versicherten) im Mittelfeld liegen und Montenegro den drittletzten Platz einnimmt (Rang 30 mit 3 Versicherten). Alle vier Länder sind (noch) kein EU-Mitglied und möchten der EU beitreten. Im Bemühen um einen Beitritt haben Nordmazedonien seit 2005, Montenegro seit 2010 und Serbien seit 2012 den Status „Beitrittskandidat“ von der EU erhalten und Bosnien-Herzegowina seit 2003 den Status „potenzieller Beitrittskandidat“<sup>213</sup>.

Im Zeithorizont 2006 bis 2018 nahm die Anzahl der Versicherten aus Bosnien-Herzegowina (+28,1 Prozent, +295 Versicherte) und Nordmazedonien (+5,9 Prozent, +11 Versicherte) zu und in Serbien (-8,6 Prozent-23 Versicherte) und Montenegro (-83,3 Prozent, -15 Versicherte) ab. Allgemein ging die Versichertenanzahl von 2006 bis 2015 bei allen vier Staaten sukzessive zurück, jedoch ist seit 2016 ein Anstieg in den Ländern mit zum Teil deutlichen Zuwachsraten zu beobachten. Dabei sticht Bosnien-Herzegowina besonders hervor, da hier die absolute Zahl erheblich höher ist, z. B. im Jahr 2016 Bosnien-Herzegowina +19,9 Prozent, + 196 Versicherte; Nordmazedonien +13,7 Prozent, + 20 Versicherte; und Serbien +9,0 Prozent, +16 Versicherte. Der Grund hierfür kann in der sog. „Westbalkanregelung“ liegen. Dabei erhielten Menschen aus den Westbalkan-Staaten seit dem 28.10.2015 leichter Zugang zum deutschen Arbeitsmarkt, indem die Arbeitsmarkthürden, die etwa durch Qualifikationsanforderungen und der Gleichwertigkeitsprüfung ausländischer Berufsabschlüsse resultierten, enorm gesenkt wurden. Außerdem konnten sie vom 1.1.2016 bis zum 31.12.2020 für jede Beschäftigung (ausgenommen Leiharbeit) bereits im Herkunftsland eine Aufenthaltserlaubnis beantragen.<sup>214</sup>

Die AOK Bayern hat Versicherte mit Wohnsitz in Skandinavien<sup>215</sup> nur rudimentär zu betreuen. Im Ranking 2018 belegen sie allesamt hintere Ränge: Schweden Rang 25 mit 22 Versicherten, Dänemark Rang 27 mit 8 Versicherten, Finnland Rang 28 mit 7 Versicherten, Norwegen Rang 31 mit 1 Versicherten und Island<sup>216</sup> Rang 32 (letzter Rang) mit 0 Versicherten. Im Zeitverlauf 2006 bis 2018 lagen die Veränderungen im marginalen Bereich. In Schweden stieg die Anzahl von 0 auf 22, in Dänemark von 2 auf 8 und in Finnland von 0 auf 7 Versicherte, wohingegen die Anzahl in Norwegen mit 1 gleichblieb (mit einem zwischenzeitlichen Peak von 4 im Jahr 2013) und in Island durchweg bei 0 blieb. Ein Grund, warum es für Skandinavier nicht attraktiv ist in Deutschland zu arbeiten, kann darin liegen, dass sowohl die materiellen Lebensbedingungen als auch die Lebensqualität in diesen Ländern viel höher ist. Vergleicht man bspw.

---

<sup>213</sup> Vgl. Europäische Union, 2019.

<sup>214</sup> Vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2019; vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit, 2019.

<sup>215</sup> Mit Skandinavien sind Schweden, Norwegen, Finnland, Dänemark und Island gemeint.

<sup>216</sup> Island ist EWR- und EFTA-Mitglied und hatte von 2010 bis 2015 den Status Beitrittskandidat der EU.

den Better Life Index<sup>217</sup> der OECD dieser Länder mit Deutschland, dann schneiden die skandinavischen Länder in fast allen Themenbereichen besser ab als Deutschland. Darüber hinaus sind Norwegen und Island nicht in der EU, sondern nur EWR-Mitglied.

Eine sehr kleine Anzahl von Versicherten hat die AOK Bayern (durch die SVA) in den beiden nordafrikanischen Ländern Marokko und Tunesien zu betreuen. Tunesien liegt 2018 auf Rang 20 mit 66 Versicherten. Im gesamten Zeitverlauf ist ein stetiger Rückgang auf einem insgesamt moderaten Niveau (-32,7 Prozent, -32 Versicherte) zu verzeichnen. Vermutlich handelt es sich hierbei hauptsächlich um entsandte Arbeitnehmer und Saisonarbeiter. Marokko liegt im gleichen Ranking auf dem letzten Platz (Rang 32) mit 0 Versicherten. Seit 2006 wurde kein einziger Versicherte mit Wohnsitz in Marokko betreut. Der Grund dafür liegt darin, dass die Sachleistungsaushilfe mit Marokko durch eine Verbindungsstellenvereinbarung seit dem 1.3.2003 ausgesetzt ist.<sup>218</sup>

Relativ viele Versicherte hat die AOK Bayern dagegen mit Wohnsitz in der Türkei zu betreuen. Mit dem Land besteht ebenfalls ein SVA. Die Türkei liegt 2018 auf Rang 7 mit 2.325 Versicherten und nimmt damit eine vordere Position ein. Im Jahr 2006 lag die Anzahl allerdings noch um das 2,4-fache höher (-59,0 Prozent, -3.350 Versicherte). Seit 1999 ist die Türkei Beitrittskandidat der EU<sup>219</sup>, gilt jedoch bislang (ohne die EU-Mitgliedschaft) als Drittstaat. Deshalb benötigen türkische Staatsangehörige für den Aufenthalt in Deutschland einen Aufenthaltstitel, der einerseits von der eigenen beruflichen Qualifikation und andererseits vom konkreten Arbeitsplatzangebot abhängt, d. h. in vielen Fällen muss die Bundesagentur für Arbeit der Beschäftigung zustimmen, wie z. B. bei einem definierten Mangelberuf (sog. „Positivliste“). Ein Grund, warum es für entsandte Arbeitnehmer und Saisonarbeiter aus der Türkei im Zeitverlauf immer unattraktiver wurde in Deutschland zu arbeiten, kann auch damit zusammenhängen, dass die türkische Wirtschaft im gleichen Zeitraum prosperiert hat. Nach Daten der OECD wuchs die Wirtschaft seit 2006 um durchschnittlich sieben Prozent jährlich und das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf verdoppelte sich.<sup>220</sup> Im Vergleich der Wirtschaftsleistung mit den anderen

---

<sup>217</sup> Der OECD Better Life Index misst das gesellschaftliche Wohlergehen in den verschiedenen Ländern. Er vergleicht die Lebensqualität in den elf Themenbereichen Wohnverhältnisse, Einkommen, Beschäftigung, Gemeinsinn, Bildung, Umwelt, Zivilengagement, Gesundheit, Lebenszufriedenheit, Sicherheit und Work-Life-Balance. Siehe <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>.

<sup>218</sup> Vgl. DVKA, 2012, S. 241.

<sup>219</sup> Vgl. Europäische Union, 2019.

<sup>220</sup> Siehe Daten der OECD unter <https://data.oecd.org/>. Demnach stieg das BIP der Türkei von 936 Milliarden USD im Jahr 2006 auf 2.296 Milliarden USD im Jahr 2018. Bei dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum des BIP seit 2006 handelt es sich um eine eigene Berechnung. Das BIP pro Kopf stieg von 13.516 USD im Jahr 2006 auf 28.205 USD im Jahr 2018.

Ländern der Welt belegte die Türkei laut den Daten des Internationalen Währungsfonds (IWF) Platz 13 – gemessen am BIP – im Jahr 2017.<sup>221</sup>

Die Anzahl der Versicherten, die in den restlichen Ländern ihren Wohnsitz haben, fällt sehr gering aus. Es rangieren Großbritannien und Nordirland auf Platz 24 mit 28 Versicherten, Lichtenstein auf Rang 29 mit 6 Versicherten, Malta auf Rang 30 mit 3 Versicherten und Zypern auf Rang 31 mit 1 Versicherten. Auch im Zeitverlauf zeigen sich keine Auffälligkeiten und die Zuwächse fallen bei allen marginal aus: Großbritannien und Nordirland: Ausgangsjahr 0, +28 Versicherte, größer Anstieg 2017 mit +10 Versicherten; Lichtenstein: Ausgangsjahr 0, +6 Versicherte; Malta: im Jahr 2018 erstmalig 3 Versicherte, davor jedes Jahr 0 Versicherte; Zypern: Ausgangsjahr 0, +1 Versicherte, Peak 2016 mit 3 Versicherten.

### **3.4.1.2 Kosten als zuständiger Träger**

Der AOK Bayern, als zuständigem Träger, können – im Rahmen der Sachleistungsaushilfe – Zahlungsverpflichtungen durch die Leistungsanspruchnahme ihrer Versicherten gegenüber ausländischen Trägern, als aushelfenden Träger, durch diejenigen Versicherten entstehen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben und gleichzeitig bei der AOK Bayern versichert sind. Die Zahlungspflicht ergibt sich aus den Kostenerstattungsregeln, die Anwendung finden, wenn diese Versichertengruppe (siehe *Kapitel 3.4.1.1*) die Leistungen entweder in ihrem Wohnsitzstaat oder in einem anderen Land (EU/EWR/Schweiz oder SVA-Staat) außer Deutschland (siehe *Tabelle 2*) in Anspruch nehmen.

#### **3.4.1.2.1 Leistungsausgaben**

Es stehen keine Daten zur Verfügung, welche die Entwicklung der Leistungsausgaben für diese Versichertengruppe zeigen.

#### **3.4.1.2.2 Forderungen**

Es können keine Forderungen der AOK Bayern gegenüber ausländischen Trägern entstehen, da die Versicherten dieser Gruppe, wenn sie in Deutschland Leistungen in Anspruch nehmen, wie Inländer bei der Abrechnung gehandhabt werden. Der Anspruchsnachweis (siehe *Abbildung 1*) beim Leistungserbringer berechtigt diese Versicherten zur Leistungsanspruchnahme und die (deutschen) Leistungserbringer können die Leistungen mit der zuständigen (deutschen) Krankenkasse – in diesem Fall die AOK Bayern – abrechnen.

---

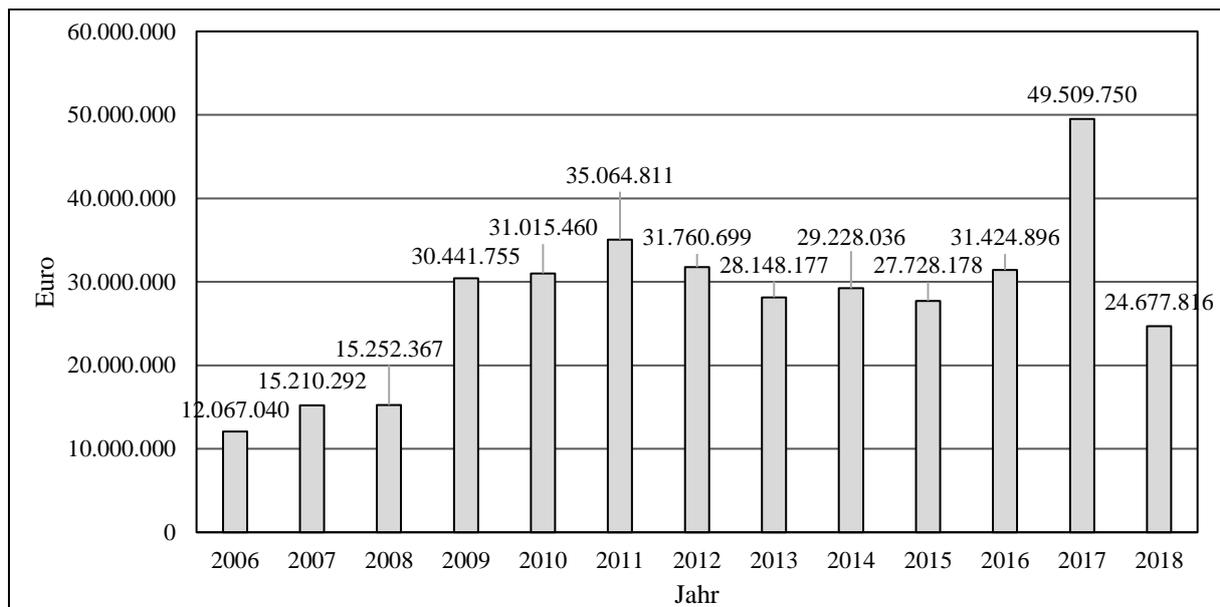
<sup>221</sup> Siehe Daten des IWF unter <https://www.imf.org/>. Demnach betrug das BIP der Türkei nach Schätzung des IWF kaufkraftbereinigt 2.173,227 Milliarden USD im Jahr 2017.

### 3.4.1.2.3 Verpflichtungen

In **Abbildung 6** sind die Verpflichtungen, d. h. die Leistungsausgaben vermindert um die bereits geleisteten Zahlungen an die DVKA, dargestellt. Im Jahr 2018 betragen die Verpflichtungen rund 24,7 Millionen Euro, wobei diese Summe vermutlich noch deutlich ansteigen wird (zu den Gründen siehe **Kapitel 3.4.3**).

Insgesamt haben sich die Verpflichtungen von 2006 bis 2018 verdoppelt (+12,6 Millionen Euro). Im Durchschnitt betrug die Steigerungsrate 11,6 Prozent pro Jahr. Insbesondere zwei Anstiege sind auffällig. So verdoppelten sich die Verpflichtungen im Jahr 2009 (+99,6 Prozent, +15,2 Mio. Euro), während sie sich die Jahre davor nur gering erhöhten. Von 2009 bis 2016 blieben sie nahezu konstant um die 30 Millionen Euro, wobei sie von 2011 bis 2013 sogar um -20,8 Prozent (-6,9 Millionen Euro) zurückgingen. Im Jahr 2017 erfolgte dann der zweite große Anstieg um knapp +60 Prozent (+18,1 Millionen Euro).

**Abbildung 6:** Entwicklung der Verpflichtungen gesamt (in Euro)<sup>222</sup>

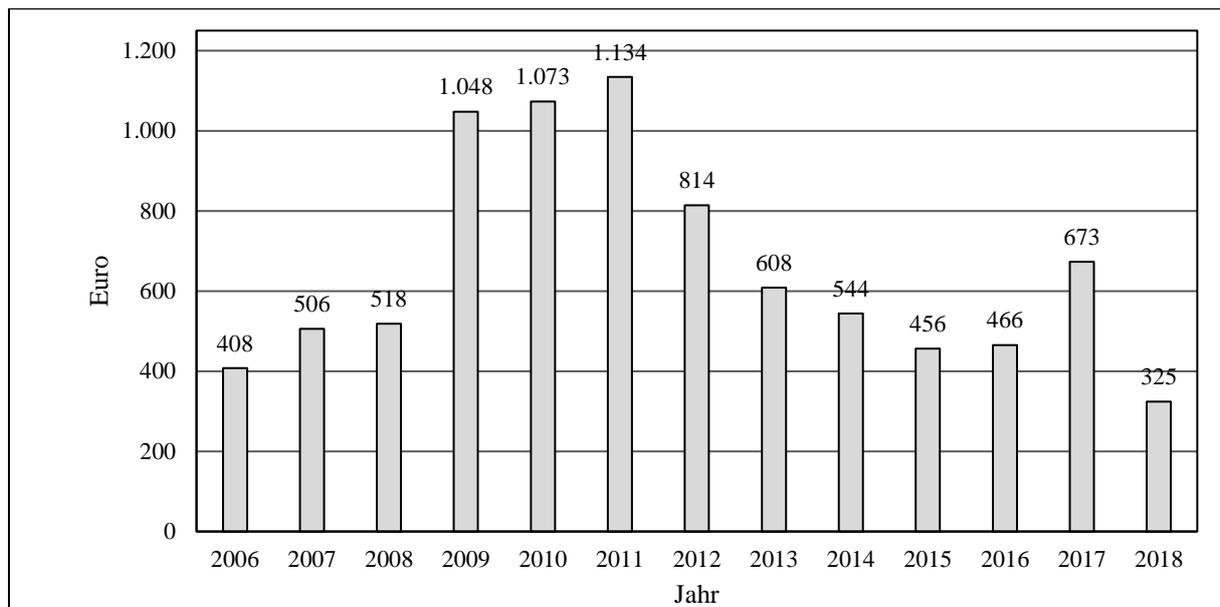


Die **Abbildung 7** zeigt die Entwicklung der Verpflichtungen pro Kopf. Sie sanken von 408 Euro im Jahr 2006 auf 325 Euro im Jahr 2018. Insgesamt nahmen sie pro Kopf um -20,5 Prozent (-83 Euro pro Kopf) ab.

Die Gründe für diese Entwicklung der Verpflichtungen können vielfältig sein. Sie können unter anderem im Bereich der Versicherten (Höhe und Umfang der Leistungsansprüchen, Veränderung der Versichertenanzahl etc.), in der Abrechnungspraxis (vorrangige Buchungen, Teilzahlungen, Dauer der Rechnungsprüfung, aktuelle Finanzlage etc.) oder sogar in den weltwirtschaftlichen Entwicklungen (Weltfinanzkrise ab 2007 etc.) liegen.

<sup>222</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

**Abbildung 7:** Entwicklung der Verpflichtungen pro Kopf (in Euro)<sup>223</sup>



Die **Tabelle 10** zeigt die aktuell offenen Verpflichtungen für jedes Land. In manchen Ländern werden Pauschalen abgerechnet, wie in **Kapitel 2.3.1.2** erläutert.

Insgesamt betragen die offenen Verpflichtungen der AOK Bayern gegenüber den ausländischen Trägern demnach aktuell rund 55,8 Millionen Euro. Die höchsten offenen Verpflichtungen bestehen demnach gegenüber den österreichischen Trägern mit aktuell ca. 21,4 Millionen Euro. Mit deutlichem Abstand folgen die gegenüber den tschechischen Trägern mit ca. 10,3 Millionen Euro. In beiden Ländern sind gleichzeitig auch die meisten Versicherten mit dortigem Wohnsitz zu betreuen. Die Türkei nimmt Platz drei im Ranking ein. Die AOK Bayern hat gegenüber den türkischen Trägern derzeit offene Verpflichtungen von ca. 8,5 Millionen Euro. Das überrascht vor dem Hintergrund, dass nur relativ wenige Versicherte (im Durchschnitt 3.846 Versicherte) mit Wohnsitz in der Türkei zu betreuen sind im Vergleich zu den anderen Ländern. Inwieweit das unter anderem auch mit dem Status der Türkei als Drittstaat zusammenhängt, kann hier nicht beurteilt werden. Mit noch einmal deutlichem Abstand folgen dann die offenen Verpflichtungen gegenüber den polnischen (2,7 Millionen Euro) und kroatischen (2,4 Millionen Euro) Trägern, wo die AOK Bayern relativ viele Versicherte zu betreuen hat.

<sup>223</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

**Tabelle 10:** Offene Verpflichtungen je Land (in Euro)<sup>224</sup>

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Belgien <sup>1</sup>	268.216	0	268.216
Bosnien-Herzegowina <sup>3</sup>	849.373	0	849.373
Bulgarien <sup>1</sup>	61.354	0	61.354
Dänemark <sup>1</sup>	34.338	0	34.338
Estland <sup>1</sup>	7.416	0	7.416
Finnland <sup>1</sup>	50.383	0	50.383
Frankreich <sup>1</sup>	809.348	0	809.348
Griechenland <sup>1</sup>	27.508	0	27.508
Großbritannien <sup>1</sup>	40.838	0	40.838
Irland <sup>1</sup>	39.407	13.385	52.793
Island <sup>1</sup>	31.605	0	31.605
Israel <sup>3</sup>	-	-	-
Italien <sup>1</sup>	990.173	0	990.173
Kosovo <sup>3</sup>	-	-	-
Kroatien <sup>1</sup>	2.392.631	0	2.392.631
Lettland <sup>1</sup>	1.090	0	1.090
Liechtenstein <sup>2</sup>	4.932	0	4.932
Litauen <sup>1</sup>	5.074	0	5.074
Luxemburg <sup>1</sup>	91.395	0	91.395
Malta <sup>1</sup>	4.836	0	4.836

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Marokko <sup>3</sup>	0	0	0
Montenegro <sup>3</sup>	16.147	2.525	18.672
Niederlande <sup>1</sup>	324.331	3.141	327.472
Nordmazedonien <sup>3</sup>	43.832	56.320	100.152
Norwegen <sup>2</sup>	13.203	0	13.203
Österreich <sup>1</sup>	21.390.721	0	21.390.721
Polen <sup>1</sup>	2.665.525	0	2.665.525
Portugal <sup>1</sup>	98.749	0	98.749
Rumänien <sup>1</sup>	39.897	0	39.897
Schweden <sup>1</sup>	147.388	26.204	173.593
Schweiz <sup>2</sup>	1.157.410	0	1.157.410
Serbien <sup>3</sup>	81.703	85.422	167.125
Slowakei <sup>1</sup>	1.044.640	0	1.044.640
Slowenien <sup>1</sup>	706.371	0	706.371
Spanien <sup>1</sup>	1.514.257	769.776	2.284.033
Tschechische Republik <sup>1</sup>	10.317.529	0	10.317.529
Tunesien <sup>3</sup>	0	0	0
Türkei <sup>3</sup>	8.544.846	0	8.544.846
Ungarn <sup>1</sup>	998.833	0	998.833
Zypern <sup>1</sup>	1.292	0	1.292
<b>Gesamt</b>	<b>54.816.591</b>	<b>956.774</b>	<b>55.773.565</b>

Zeichenerklärung:

- keine Daten vorhanden oder Zahlenwert unbekannt

<sup>1</sup> EU-Mitgliedstaaten (Großbritannien: EU-Austritt 2020, Kroatien: EU-Beitritt 2013)

<sup>2</sup> EWR-Staaten/Schweiz

<sup>3</sup> Abkommensstaaten: Bosnien-Herzegowina, Israel (nur Mutterschaftsleistungen), Kosovo (ausgesetzt), Marokko (ausgesetzt, nur Kontrollarztleistungen), Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei

<sup>224</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

Eine weitere Überraschung in den Top 10 liegt auf Platz sieben mit der Schweiz. Hier sind wieder vergleichsweise wenig Versicherte (im Durchschnitt 66 Versicherte) zu betreuen, bei gleichzeitig hohen offenen Verpflichtungen (ca. 1,2 Millionen Euro).

### **3.4.2 Die AOK Bayern als aushelfender Träger**

#### **3.4.2.1 Versicherte im Ausland (Aufenthalt in Deutschland)**

Bei dieser Gruppe handelt es sich um diejenigen Personen, die zwar im Ausland versichert sind, aber während eines vorübergehenden oder gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland ihren Anspruch, auf Basis des über- oder zwischenstaatlichen Rechts (zu den Anspruchsgrundlagen siehe *Tabelle 2*), auf Sachleistungsaushilfe geltend gemacht und dafür die AOK Bayern als aushelfenden Träger gewählt haben.

Dazu zählen in erster Linie alle Touristen<sup>225</sup>, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine notfallmäßige Behandlung einer akuten Erkrankung beim Aufenthalt in Deutschland handelt oder die Behandlung gezielt in Deutschland gesucht wurde (siehe *Tabelle 1*).

Dieser Gruppe gehören auch die Au-pairs (aus EU/EWR/Schweiz) an, da sie in Deutschland in der Regel keiner Sozialversicherungspflicht unterliegen.<sup>226</sup> Aufgrund der Bestimmungen der Bundesagentur für Arbeit ist es in Deutschland allerdings so geregelt, dass die Gastfamilie dazu verpflichtet ist, eine spezielle Au-pair-Versicherung (üblicherweise eine private Zusatzversicherung) abzuschließen, da sie für den Versicherungsschutz des Au-pairs verantwortlich ist. Eine offizielle Statistik über die Anzahl der Au-pairs in Deutschland gibt es nicht, da nur die Au-pairs aus Drittstaaten einen Aufenthaltstitel beantragen müssen<sup>227</sup>. Alle anderen Au-pairs (aus EU/EWR/Schweiz) benötigen keine Erlaubnis für den Aufenthalt oder die Au-pair-Beschäftigung in Deutschland. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese Gruppe hier bei den Kosten keine oder nur eine sehr geringe Rolle spielt.

Die *Abbildung 8* zeigt die Entwicklung der Anzahl der Versicherten, die im Ausland versichert sind und die AOK Bayern für die Sachleistungsaushilfe gewählt haben. Danach stieg die Anzahl von 62.695 Versicherte im Jahr 2006 auf 101.049 Versicherte im Jahr 2018. Insgesamt nahm sie damit um das 1,6-fache zu (+38.354 Versicherte).

---

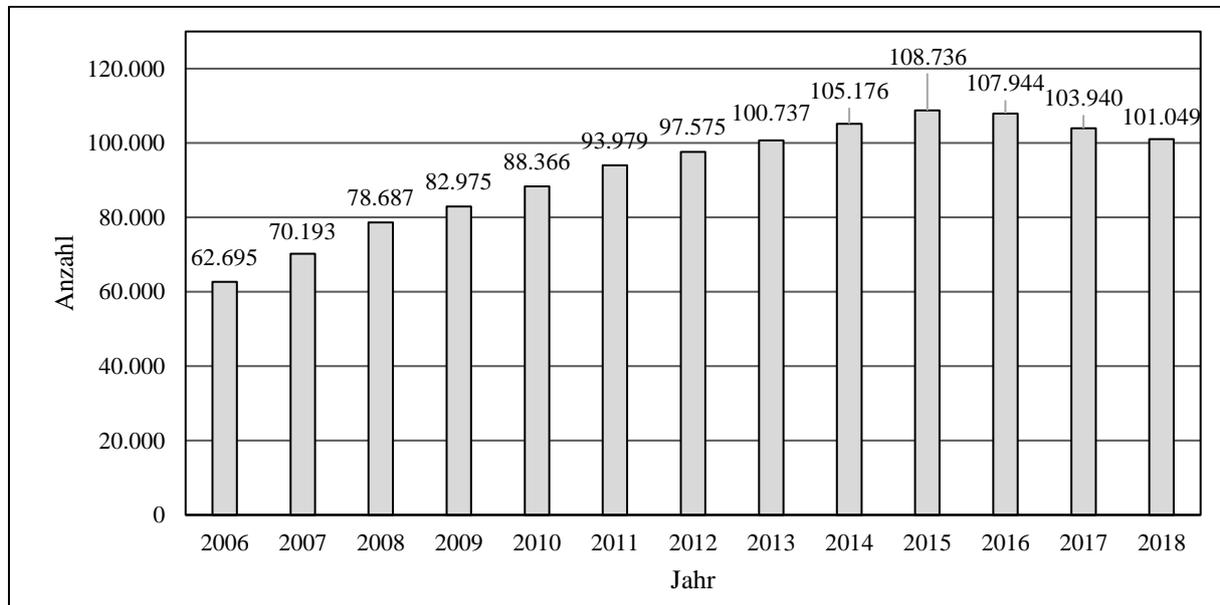
<sup>225</sup> Hier sind diejenigen Touristen gemeint, die aus dem Ausland (EU/EWR/Schweiz oder SVA-Staat) kommen und Deutschland bereisen.

<sup>226</sup> Vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2015, S. 3.

<sup>227</sup> Voraussetzung für das Visum ist, dass die Bundesagentur für Arbeit der Beschäftigungsaufnahme zugestimmt hat.

Differenziert betrachtet stieg die Anzahl von 2006 bis 2015 sukzessive um durchschnittlich +6,4 Prozent jährlich an, so dass im Jahr 2015 mit 108.736 Versicherten der Peak erreicht wurde. Seitdem sank die Anzahl um durchschnittlich -2,4 Prozent pro Jahr.

**Abbildung 8:** Entwicklung der im Ausland Versicherten (Köpfe im Jahresdurchschnitt)<sup>228</sup>



Die **Tabelle 11** zeigt die Daten der **Abbildung 8** aufgeschlüsselt nach Ländern. Danach wurde die Sachleistungsaushilfe durch die AOK Bayern im Jahr 2018 mit deutlichem Abstand am häufigsten von den österreichischen Versicherten (26.020 Versicherte, Rang 1) in Anspruch genommen, gefolgt von den italienischen Versicherten (10.926 Versicherten, Rang 2) und den polnischen Versicherten (8.883 Versicherten, Rang 3).

Das viele Österreicher Urlaub in Bayern machen verwundert nicht vor dem Hintergrund, dass Bayern und Österreich als direkte Nachbarn mehr verbindet als die gemeinsame bayerisch-österreichische Geschichte. Neben der Sprache, dem Lebensstil und der Kultur zeigen auch die vielen gemeinsamen politischen und wirtschaftlichen Projekte<sup>229</sup> die engen Verflechtungen, die sich desgleichen im dauerhaft hohen Tourismus zwischen dem Freistaat und der Alpenrepublik widerspiegeln.

<sup>228</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

<sup>229</sup> Gemeinsame Themen sind bspw. die Nachhaltigkeit im Tourismus, insbesondere im alpinen Skitourismus, der wachsende Transitverkehr oder der Schutz der Alpen.

**Tabelle 11:** Im Ausland Versicherte je Land (Köpfe im Jahresdurchschnitt)<sup>230</sup>

Land	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Rang
Belgien <sup>1</sup>	737	695	721	717	736	789	745	798	833	817	825	810	772	22
Bosnien-Herzegowina <sup>3</sup>	271	217	177	268	280	221	224	232	222	236	277	291	301	28
Bulgarien <sup>1</sup>	-	400	795	1.145	1.568	1.961	2.215	2.482	2.680	2.824	2.685	2.606	2.502	13
Dänemark <sup>1</sup>	314	360	482	559	665	719	667	665	769	903	1.000	999	957	20
Estland <sup>1</sup>	59	92	108	119	134	155	179	186	202	208	196	170	151	32
Finnland <sup>1</sup>	345	422	485	532	520	589	575	668	729	751	757	755	689	23
Frankreich <sup>1</sup>	3.480	3.434	3.782	3.818	3.912	4.098	3.934	4.079	4.111	4.088	4.202	4.185	4.119	7
Griechenland <sup>1</sup>	2.843	3.052	3.196	3.230	3.095	3.158	3.126	3.369	3.222	3.006	2.826	2.628	2.413	14
Großbritannien <sup>1</sup>	3.739	3.738	4.289	4.620	4.885	4.860	4.562	4.827	4.961	4.974	4.877	4.683	4.356	5
Irland <sup>1</sup>	381	404	405	387	436	470	461	460	480	502	480	461	475	25
Island <sup>2</sup>	42	55	54	52	47	56	51	61	70	75	69	85	95	33
Israel <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x
Italien <sup>1</sup>	7.523	8.436	9.471	9.939	10.475	10.772	10.365	11.108	11.946	12.399	12.352	11.948	10.926	2
Jugoslawien <sup>4</sup>	286	242	128	127	136	168	123	84	1	0	0	0	0	x
Kosovo <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x
Kroatien <sup>1</sup>	961	854	822	888	825	804	968	1.230	1.831	2.230	2.273	2.324	2.348	15
Lettland <sup>1</sup>	45	45	74	107	162	236	256	246	253	261	280	276	261	29
Liechtenstein <sup>2</sup>	58	79	96	99	119	117	144	166	173	179	194	216	213	31
Litauen <sup>1</sup>	170	216	276	281	262	248	259	281	297	328	358	378	369	27
Luxemburg <sup>1</sup>	788	798	761	862	966	996	837	881	988	1.090	1.055	1.020	1.000	19
Malta <sup>1</sup>	24	36	42	37	38	37	38	43	47	49	49	43	63	35
Marokko <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x
Montenegro <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	5	10	9	17	15	17	13	36
Niederlande <sup>1</sup>	1.080	1.454	1.927	2.169	2.359	2.597	2.767	3.072	3.139	3.272	3.283	3.199	3.138	11
Nordmazedonien <sup>3</sup>	65	67	83	68	64	78	88	117	112	149	223	241	227	30
Norwegen <sup>2</sup>	437	442	504	505	565	618	654	691	673	663	643	613	573	24
Österreich <sup>1</sup>	25.347	27.736	29.388	30.343	32.333	33.257	26.587	27.232	26.821	27.002	27.242	26.540	26.020	1
Polen <sup>1</sup>	4.086	4.877	5.687	5.726	5.665	6.241	6.852	7.938	8.748	9.177	9.299	9.037	8.883	3
Portugal <sup>1</sup>	327	427	514	566	616	710	828	1.083	1.135	1.053	923	900	859	21
Rumänien <sup>1</sup>	-	405	956	1.378	2.026	2.693	3.026	3.195	3.341	3.425	3.265	3.417	3.640	9
Schweden <sup>1</sup>	875	995	1.083	1.014	1.100	1.193	1.164	1.315	1.375	1.384	1.398	1.312	1.241	17
Schweiz <sup>2</sup>	1.301	1.850	2.265	2.527	2.815	3.264	3.700	4.124	4.261	4.626	4.677	4.558	4.295	6

<sup>230</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019.

Land	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Rang
Serbien <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	259	344	470	362	362	390	455	26
Slowakei <sup>1</sup>	692	1.011	1.383	1.517	1.646	1.787	1.932	2.244	2.383	2.358	2.211	2.122	2.124	16
Slowenien <sup>1</sup>	317	348	458	535	544	652	822	1.025	1.176	1.180	1.153	1.081	1.050	18
Spanien <sup>1</sup>	2.514	2.601	2.775	2.913	3.121	3.415	3.685	4.174	4.348	4.232	3.920	3.776	3.467	10
Tschechische Republik <sup>1</sup>	1.207	1.556	1.966	2.209	2.337	2.505	2.643	2.872	3.070	3.181	3.103	3.029	2.920	12
Tunesien <sup>3</sup>	9	11	12	9	4	4	5	8	8	3	6	7	10	37
Türkei <sup>3</sup>	1.003	1.049	1.125	1.012	978	1.105	1.886	2.676	3.308	4.087	4.734	5.363	6.086	4
Ungarn <sup>1</sup>	1.358	1.783	2.370	2.647	2.873	3.336	3.877	4.709	5.197	5.065	4.705	4.353	3.939	8
Zypern <sup>1</sup>	11	6	27	50	59	70	92	123	123	108	85	76	90	34
Migrationsfälle ohne Länd- derzuordnung <sup>5</sup>	-	-	-	-	-	-	6.974	1.919	1.664	2.472	1.942	31	9	x
<b>Gesamt</b>	<b>62.695</b>	<b>70.193</b>	<b>78.687</b>	<b>82.975</b>	<b>88.366</b>	<b>93.979</b>	<b>97.575</b>	<b>100.737</b>	<b>105.176</b>	<b>108.736</b>	<b>107.944</b>	<b>103.940</b>	<b>101.049</b>	x

Zeichenerklärung:

- keine Daten vorhanden oder Zahlenwert unbekannt

x Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll

Ränge:

Der Rang bezieht sich auf die Versicherungszahlen vom Jahr 2018. Jeder Rang kommt in dieser Tabelle nur einmal vor. Ränge gibt es von 1 bis 37.

<sup>1</sup> EU-Mitgliedstaaten (Großbritannien: EU-Austritt 2020, Kroatien: EU-Beitritt 2013)

<sup>2</sup> EWR-Staaten/Schweiz

<sup>3</sup> Abkommensstaaten: Bosnien-Herzegowina, Israel (nur Mutterschaftsleistungen), Kosovo (ausgesetzt), Marokko (ausgesetzt, nur Kontrollarztleistungen), Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei

<sup>4</sup> Jugoslawien war ein Staat bis 2003 aus dessen Zerfall ab 1991 die Nachfolgestaaten Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Slowenien und (das von Deutschland anerkannte, aber international völkerrechtlich umstrittene) Kosovo hervorgingen.

<sup>5</sup> Mit der Migration in oscar ZWR-E wurden Fälle generiert, die in der oscar BW-Systematik nicht auf Länder zugeordnet werden können, obwohl diese Fälle in der Praxis richtig und deshalb gezählt werden müssen. Diese Fälle werden sukzessive weniger, weil sie bei jedem Fallabschluss aus der Statistik herausfallen bzw. nach jeder Falländerung/-aktualisierung Ländern zugeordnet werden können

Dem Statistischen Bundesamt zufolge lebten im Jahr 2018 in Bayern 115.925 Menschen mit polnischer und 103.675 Menschen mit italienischer Staatsangehörigkeit.<sup>231</sup> Nach den Türken, Rumänen und Kroaten stellen sie damit die dritt- und fünftgrößte Ausländergruppe im Bundesland dar. Nur in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen leben mehr Italiener und in Nordrhein-Westfalen mehr Polen als in Bayern.<sup>232</sup> Diese Zahlen bestätigen die Beliebtheit Bayerns bei den Italienern und Polen sogar über den Status als beliebtes Tourismusziel hinaus, nämlich bei der Wohnortwahl in Deutschland. Damit ist klar, dass die Polen und Italiener eine tiefere Beziehung zu Bayern pflegen.

Vergleicht man die anderen Nachbarländer Deutschlands hinsichtlich der Versichertenzahlen, die die Sachleistungsaushilfe im Jahr 2018 durch die AOK Bayern beansprucht haben, belegen die Versicherten aus der Schweiz Rang 6 (4.295 Versicherte), aus Frankreich Rang 7 (4.119 Versicherte), aus der Niederlande Rang 11 (3.138 Versicherte), aus der Tschechischen Republik Rang 12 (2.920 Versicherte), aus Luxemburg Rang 19 (1.000 Versicherte), aus Dänemark Rang 20 (957 Versicherte) und aus Belgien Rang 22 (772 Versicherte). Im Zeitverlauf, von 2006 bis 2018, stieg die Inanspruchnahme vor allem bei den Versicherten aus der Schweiz (+230,1 Prozent, +2.994 Versicherte), Dänemark (+204,8 Prozent, +643 Versicherte), den Niederlanden (+190,6 Prozent, +2.058 Versicherte), der Tschechischen Republik (+141,9 Prozent, +1.713 Versicherte) und Polen (+117,4 Prozent, +4.797 Versicherte). Dagegen stiegen die Versichertenzahlen aus Luxemburg (+26,9 Prozent, +212 Versicherte) und Frankreich (+18,4 Prozent, +639 Versicherte) deutlich moderater an und blieben aus Österreich (+2,7 Prozent, +673 Versicherte) und Belgien (+4,7 Prozent, +35 Versicherte) seit 2006 auf fast unverändertem Niveau.

Von den PIIGS-Staaten belegen die Versicherten aus Italien – wie bereits erwähnt – Rang 2, aus Spanien Rang 10 (mit 3.467 Versicherten), aus Griechenland Rang 14 (mit 2.413 Versicherten), aus Portugal Rang 21 (mit 859 Versicherten) und aus Irland Rang 25 (mit 475 Versicherten). Im Vergleich der Länder dieser Gruppe stiegen die Versichertenzahlen von 2006 bis 2018 allesamt bis auf Griechenland.

Generell ist Griechenland gesamt gesehen, das einzige Land, aus dem die AOK Bayern über diesen Zeitraum einen Rückgang der Versicherten verzeichnet. Seit 2013 sinkt die Anzahl um durchschnittlich fast 200 Versicherte pro Jahr. Vermutlich kann ein Zusammenhang zwischen

---

<sup>231</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S. 97. Gezählt wurden nur die Menschen, die ausschließlich die polnische oder italienische Staatsangehörigkeit besitzen, d. h. die Menschen mit doppelter Staatsangehörigkeit und Ausländer mit ausschließlich deutscher Staatsangehörigkeit (Deutsche mit Migrationshintergrund) sind ausgeschlossen.

<sup>232</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S. 97-99.

der verminderten Reisetätigkeit der Griechen und der griechischen Staatsschuldenkrise und deren Auswirkungen gesehen werden. Allerdings deuten die Zahlen zu den Ankünften und Übernachtungen der griechischen Gäste in den bayerischen Beherbergungsbetrieben in diesem Zeitraum auf das Gegenteil hin. So nahmen die Ankünfte um 42,5 Prozent (+12.893) und die Übernachtungen um +38,8 Prozent (+29.825) in den Jahren von 2013 bis 2018 zu.<sup>233</sup>

Während die Anzahl der in Griechenland Versicherten also um -15,1 Prozent (-430 Versicherte) von 2006 bis 2018 sank, nahm die Anzahl der in Irland (+24,7 Prozent, +94 Versicherte), in Spanien (+37,9 Prozent, +953 Versicherte), in Italien (+45,2 Prozent, +3.403 Versicherte) und in Portugal (+162,7 Prozent, +532 Versicherte) Versicherten zu.

Im Vergleich der MOE-Staaten belegen die baltischen Länder – wie auch bei den Versicherten mit Wohnsitz im Ausland – wieder allesamt hintere Ränge im Jahr 2018: Rang 27 Litauen mit 369 Versicherten, Rang 29 Lettland mit 261 Versicherten und Rang 32 Estland mit 151 Versicherten. Das ist kongruent zur Touristenstatistik. Im Jahr 2018 besuchten nur weniger Gäste aus Zypern, Island und Malta als aus den baltischen Ländern den Freistaat Bayern.<sup>234</sup> Auch hier zeigt sich wieder, dass die meisten Versicherten aus Litauen kommen – wie auch bei den Versicherten mit Wohnsitz im Ausland – und nur Lettland und Estland die Reihenfolge tauschten. Von den anderen MOE-Staaten belegt Polen im Ranking 2018 Rang 3, Ungarn Rang 8 mit 3.939 Versicherten, Rumänien Rang 9 mit 3.640 Versicherten, die Tschechische Republik Rang 12 mit 3.920 Versicherten, Bulgarien Rang 13 mit 2.502 Versicherten, Kroatien Rang 15 mit 2.348 Versicherten, die Slowakei Rang 16 mit 2.124 Versicherten und Slowenien Rang 18 mit 1.050 Versicherten.

Im Zeitverlauf von 2006 bis 2018 konnte die AOK Bayern bei den Versicherten aus diesen Ländern zum Teil erhebliche Zuwachsraten verzeichnen, so stiegen die Versichertenzahlen aus Lettland (+480,0 Prozent, +216 Versicherte), Slowenien (+231,2 Prozent, +733 Versicherte), Slowakei (+206,9 Prozent, 1.432 Versicherte), Ungarn (+190,1 Prozent, +2.581 Versicherte), Estland (+155,9 Prozent, +92 Versicherte), Kroatien (+144,3 Prozent, +1.387 Versicherte), Tschechische Republik (+141,9 Prozent, +1.713 Versicherte), Polen (+117,4 Prozent, +4.797 Versicherte) und Litauen (+117,1 Prozent, +199 Versicherte) um ein Vielfaches an. Für Rumä-

---

<sup>233</sup> Die Anzahl der Ankünfte von Gästen mit ständigem Wohnsitz in Griechenland (nicht Nationalität) stieg von 30.333 im Jahr 2013 auf 43.226 im Jahr 2018 und die Anzahl der Übernachtungen von 76.884 im Jahr 2013 auf 106.709 im Jahr 2018 in den bayerischen Beherbergungsbetrieben. Daten: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 2014, S. 17 und Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019, S. 17.

<sup>234</sup> Die Anzahl der Ankünfte im Jahr 2018 in den bayerischen Beherbergungsbetrieben von Gästen aus Zypern lag bei 5.240, aus Island bei 9.254, aus Malta bei 9.798, aus Estland bei 12.961, aus Lettland bei 15.740 und aus Litauen bei 19.317. Daten: Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019, S. 17.

nien (Ausgangsjahr keine Daten, +3.640 Versicherte) und Bulgarien (Ausgangsjahr keine Daten, +2.502 Versicherte) konnten keine Zuwachsraten errechnet werden, da für das Jahr 2006 keine Daten vorliegen bzw. der Zahlenwert unbekannt, geheim zu halten, nicht rechenbar oder nicht sicher genug ist. Beide Länder traten am 1.1.2007 mit der sog. sechsten EU-Erweiterung (Osterweiterung, Teil II) der EU, Kroatien am 1.7.2013 mit der sog. siebten EU-Erweiterung und alle anderen zuvor genannten MOE-Staaten am 1.5.2004 bei. Ein Land wird mit EU-Beitritt automatisch Teil des Schengen-Raums,<sup>235</sup> was automatisch Reisefreiheit in allen Mitgliedstaaten des Schengener Abkommens<sup>236</sup> bedeutet. Die Zahlen von Kroatien können dabei am ehesten die mit dem EU-Beitritt verbundene Reisefreiheit belegen. Im EU-Beitrittsjahr 2013 wird der zweithöchste Anstieg (+27,1 Prozent, +262 Versicherte) und im darauffolgenden Jahr der höchste Anstieg (+48,9 Prozent, +601 Versicherte) des gesamten Zeitraums verzeichnet. Reisefreiheit in Europa genossen die Kroaten jedoch schon weit vor dem EU-Beitritt, denn durch das „Schengen-Visum“ haben auch Staatsangehörige aus Drittstaaten die Möglichkeit sich bis zu 90 Tage im Schengenraum aufzuhalten. Damit darf sich jeder Staatsangehörige aus einem Nicht-EU-Staat für drei Monate visumfrei in Deutschland aufhalten, wenn er über eine „Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EU“<sup>237</sup> aus einem anderen Schengen-Staat verfügt. Das kann erklären, warum die Zahlen schon vor dem EU-Beitritt Kroatiens relativ hoch, mit zwischen 800 und 1.000 Versicherten jährlich, waren. Bei allen anderen Ländern lässt sich dieser Zusammenhang nicht belastbar zeigen, da für Bulgarien und Rumänien die Daten für 2006 fehlen und alle anderen o. g. Staaten vor dem Jahr 2006 der EU beitraten.

Relativ wenige Versicherte hatte die AOK Bayern über die Sachleistungsaushilfe im Jahr 2018 aus den Westbalkan-Staaten zu betreuen. Serbien liegt auf Rang 26 mit 455 Versicherten, Bosnien-Herzegowina auf Rang 28 mit 301 Versicherten, Nordmazedonien auf Rang 20 mit 277 Versicherten und Montenegro auf dem vorletzten Rang (Rang 36) mit 13 Versicherten.

Für Montenegro und Serbien liegen Daten zur Sachleistungsaushilfe erst ab dem Jahr 2012 vor. Beide Länder bildeten von 2003 bis 2006 den Staatenbund Serbien und Montenegro, der aus einer Umwandlung und Umbenennung (Rest-)Jugoslawiens hervorgegangen ist, bis sich im Jahr 2006 Montenegro für unabhängig erklärte. Im Jahr 2008 erklärte sich auch die Provinz

---

<sup>235</sup> Seit dem Inkrafttreten des Vertrages von Amsterdam am 1.5.1999.

<sup>236</sup> Das Schengener Abkommen und seine begleitenden Regelungen, wie z. B. zum Aufenthaltsrecht und Grenzschutz, sind mit EU-Beitritt bindendes Recht ab Beitrittsdatum. Die Bestimmungen umfassen bspw. den Wegfall von Binnengrenzkontrollen und einheitliche Vorschriften für die Einreise und den Aufenthalt von Ausländern im Schengenraum. Mitgliedstaaten des Schengener Abkommens sind: Belgien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechische Republik und Ungarn.

<sup>237</sup> Nach § 9 a bis c AufenthG.

Kosovo von Serbien unabhängig und gilt seither als De-facto-Regime. Grundsätzlich gilt zwar für den Kosovo noch das SVA mit Jugoslawien, jedoch ist die Leistungsaushilfe im Bereich der Krankenversicherung ausgesetzt, so dass der Kosovo nicht in der Tabelle aufgeführt ist. Sowohl Serbien als auch Montenegro wollen in die EU und müssen dafür Fortschritte bei den Reformen erzielen,<sup>238</sup> um sich den europäischen Standards anzunähern. Montenegro beantragte die EU-Mitgliedschaft im Jahr 2008 und ist seit 2010 Beitrittskandidat, Serbien stellte den Antrag 2009 und ist seit 2012 Beitrittskandidat. Vor dem Hintergrund erscheint es plausibel, dass in der Tabelle die Sachleistungsaushilfe für Montenegro und Serbien, die immer noch auf dem SVA mit Jugoslawien basiert (siehe **Tabelle 2**), erst ab 2012 den beiden Staaten zugeordnet werden kann, während bis zur eindeutigen Länderzuordnung die Daten unter Jugoslawien zusammengefasst werden. Der Grund liegt vermutlich in den umfassenden Reformen, unter anderem in der öffentlichen Verwaltung, der öffentlichen Wohlfahrt und der medizinischen Versorgung, so dass sich auch die Institutionen und die Verwaltung im Krankenversicherungsbereich in Montenegro und Serbien erst noch im Aufbau oder Ausbau befinden.

Im Zeitverlauf von 2006 bis 2018 weisen die Versichertenzahlen aus Nordmazedonien, EU-Beitrittskandidat seit 2005, einen deutlichen Anstieg auf (+249,2 Prozent, +162 Versicherte), während der Zuwachs bei Bosnien-Herzegowina, „potenzieller Beitrittskandidat“ der EU seit 2003, sehr moderat erscheint (+11,1 Prozent, +30 Versicherte). Von 2012 bis 2018 stiegen die Versichertenzahlen sowohl aus Montenegro (+160,0 Prozent, +8 Versicherte) als auch aus Serbien (+75,7 Prozent, +196 Versicherte), wobei Serbien zehnmal mehr Einwohner als Montenegro hat und Montenegro der mit Abstand kleinsten Balkan-Staat ist (gemessen an der Einwohnerzahl und Fläche).

Bei den Versicherten aus Skandinavien belegt Schweden Rang 17 mit 1.241 Versicherten, Dänemark Rang 20 mit 957 Versicherten, Finnland Rang 23 mit 689 Versicherten, Norwegen Rang 24 mit 573 Versicherten und Island Rang 33 mit 95 Versicherten. Aus allen Ländern verzeichnet die AOK Bayern von 2006 bis 2018 eine Zunahme an Versicherten. Dabei stiegen die absoluten Zahlen aus Dänemark (+204,8 Prozent, +643 Versicherte), Schweden (+41,8 Prozent, +366 Versicherte) und Finnland (+99,7 Prozent, +344 Versicherte) deutlicher an als aus Norwegen (+31,1 Prozent, +136 Versicherte) und Island (+126,2 Prozent, +53 Versicherte). Die Reihenfolge erscheint plausibel. Schweden hat fast doppelt so viele Einwohner wie Dänemark. Finnland hat nach Schweden und Dänemark die drittgrößte Einwohnerzahl und nur knapp

---

<sup>238</sup> Die Fortschritte der einzelnen Länder in den Kapiteln, wie z. B. Kapitel 19 (Sozialpolitik und Beschäftigung), Kapitel 24 (Justiz, Freiheit und Sicherheit) oder Kapitel 28 (Verbraucher- und Gesundheitsschutz) können auf der offiziellen Website der Europäischen Kommission unter <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/enlargement/> eingesehen werden.

mehr als Norwegen, während Island recht dünn besiedelt ist. Als einziges Land in dieser Gruppe hat Dänemark eine direkte Landgrenze mit Deutschland. Hier lässt sich vermuten, dass dänische Touristen eher (und vielleicht auch häufiger) Norddeutschland (aufgrund der räumlichen Dichte) bereisen (und dann wäre im Falle einer Sachleistungsaushilfe eine andere AOK zuständig) als Bayern in Süddeutschland (äquivalent zu den Grenzgängern aus den Nachbarländern, siehe *S. 74 und 75*). Im Gegensatz zu den anderen drei Ländern, sind Norwegen und Island auch nicht in der EU, sondern nur EWR-Mitglied.

In Tunesien hatte die AOK Bayern im Jahr 2018 lediglich 10 Versicherte (Rang 37) zu betreuen. Gegenüber 2006 bedeutet das einen geringen Zuwachs von 11,1 Prozent (+1 Versicherter). Für Marokko liegen keine Daten vor bzw. ist der Zahlenwert unbekannt, geheim zu halten, nicht rechenbar oder nicht sicher genug ist. Da die Sachleistungsaushilfe mit Marokko durch eine Verbindungsstellenvereinbarung seit dem 1.3.2003 ausgesetzt ist,<sup>239</sup> ist zu vermuten, dass die Anzahl der Versicherten in jedem Jahr 0 betrug, genau wie die Anzahl der Versicherten mit Wohnsitz in Marokko.

Überraschend viele Versicherte hat die AOK Bayern aus der Türkei und Großbritannien zu betreuen. Die Türkei liegt im Ranking 2018 auf Rang 4 mit 6.086 Versicherten und Großbritannien auf Rang 5 mit 4.356 Versicherten. Gegenüber 2006 bedeutet das einen kräftigen Anstieg um 506,8 Prozent (+5.083 Versicherte) bei den Versicherten aus der Türkei und einen dagegen leichteren Anstieg um 16,5 Prozent (+617 Versicherte) bei den Versicherten aus Großbritannien.

Seit dem Jahr 2016, dem Jahr, in dem die Briten in einem Referendum für einen Austritt aus der EU (sog. „Brexit“) votierten, nimmt die Anzahl der Versicherten aus Großbritannien zunehmend ab. Während die Versichertenanzahl im Jahr 2018 gegenüber dem Vorjahr um -7,0 Prozent (-327 Versicherte) abnahm, erhöhten sich hingegen die Gästeankünfte aus Großbritannien in den bayerischen Beherbergungsbetrieben um +6,5 Prozent.<sup>240</sup> In dem Jahr waren also mehr britische Touristen in Bayern, aber gleichzeitig nahmen weniger von ihnen Behandlungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe in Anspruch und/oder von denjenigen, die sie in Anspruch nahmen, wählten weniger die AOK Bayern als aushelfenden Träger als zuvor.

Die deutsch-türkischen Beziehungen sind seit jeher vielfältig und intensiv und zeigen sich vor allem wirtschaftlich an den Einwanderungswellen aus der Türkei. Der Startschuss für die Migration fiel im Wesentlichen mit dem Anwerbeabkommen 1961 (sog. „Gastarbeiter“), verlief

---

<sup>239</sup> Vgl. DVKA, 2012, S. 241.

<sup>240</sup> Vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019, S. 17.

dann über die folgenden Jahrzehnte relativ instabil (durch z. B. Krieg, Familiennachzug, Anwerbestopp, Rückführung) und führte ungeachtet dessen bis heute zu einer nachhaltigen Einwanderung, so dass Ende 2018 von allen Nationen, die mit Abstand meisten Ausländer aus der Türkei in Deutschland und in Bayern lebten.<sup>241</sup> Obwohl türkische Staatsangehörige – wie alle Nicht-EU-Ausländer – für die Einreise nach Deutschland ein Visum (maximal 90 Tage für Touristen) benötigen und sogar die EU-Beitrittsverhandlungen, wenn es nach dem EU-Parlament geht, ausgesetzt werden sollen,<sup>242</sup> nimmt die Reisetätigkeit der Türken nach Bayern zu. Von 2011 bis 2018 stiegen die Gästeankünfte aus der Türkei in den bayerischen Beherbergungsbetrieben um über 50 Prozent (+23.359)<sup>243</sup>. Im gleichen Zeitraum stiegen die Versicherungszahlen aus der Türkei um das 5,5-fache an (+4.981 Versicherte). Von 2006 bis 2011 waren die Zahlen auf einem ähnlichen Niveau bis zum enormen Anstieg von über 70 Prozent im Jahr 2012. Ein Fehler durch die Software-Umstellung 2011/2012 bei der AOK Bayern kann hier nicht ganz ausgeschlossen werden. Ab 2012 zeigen sich dann jährlich hohe Zuwachsraten, die aber mit zunehmenden Jahren geringer ausfallen.

Zuletzt werden noch Zypern und die beiden Zwergstaaten Malta und Liechtenstein betrachtet, sie spielen jedoch von den Versicherungszahlen her eine untergeordnete Rolle. Im Ranking 2018 liegen Liechtenstein auf Rang 31 mit 213 Versicherten, Zypern auf Rang 34 mit 90 Versicherten und Malta auf Rang 35 mit 63 Versicherten. Von 2006 bis 2018 legten die Versicherungszahlen aus allen drei Ländern ordentlich zu, dennoch auf relativ geringem Niveau bei den absoluten Zahlen. Bei den beiden EU-Mitgliedern Malta und Zypern verzeichnete die AOK Bayern ein Plus von +162,5 Prozent (+39 Versicherte) und +718,2 Prozent (+79 Versicherte) und beim EWR-Mitglied Liechtenstein ein Plus von +267,2 Prozent (+155 Versicherte).

### **3.4.2.2 Kosten als aushelfender Träger**

Der AOK Bayern, als aushelfendem Träger, können – im Rahmen der Sachleistungsaushilfe – Kosten für Leistungsausgaben durch im Ausland Versicherte entstehen. Das ist der Fall, wenn

---

<sup>241</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, 2019, S. 97. Zum 31.12.2018 lebten 1.476.410 Ausländer mit türkischer Staatsangehörigkeit in Deutschland und davon 192.885 in Bayern. Gezählt wurden nur die Menschen, die ausschließlich die türkische Staatsangehörigkeit besitzen, d. h. die Menschen mit doppelter Staatsangehörigkeit und Ausländer mit ausschließlich deutscher Staatsangehörigkeit (Deutsche mit türkischem Migrationshintergrund) sind ausgeschlossen.

<sup>242</sup> Vgl. Europäisches Parlament, 2019. Die Abgeordneten des EU-Parlaments hatten sich in einer Abstimmung für die Aussetzung der seit 2005 laufenden Beitrittsgespräche ausgesprochen. Das Europäische Parlament kritisierte in seiner Entscheidung vom 13.3.2019 vor allem die Lage der Menschenrechte, der Rechtsstaatlichkeit und der Medienfreiheit.

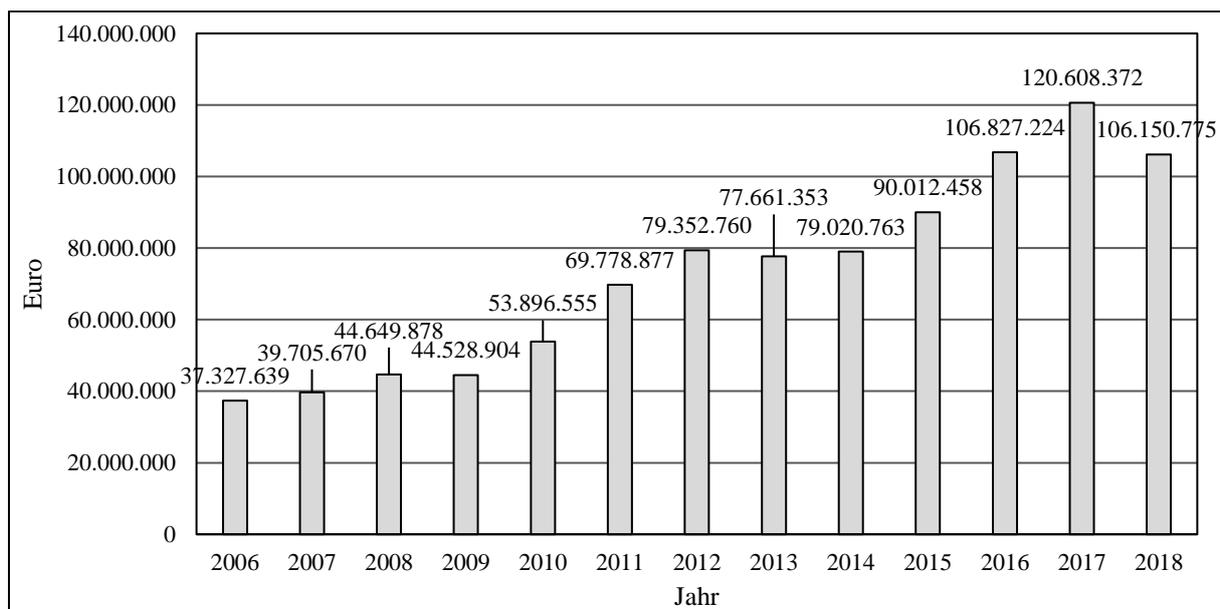
<sup>243</sup> Daten: Bayerisches Landesamt für Statistik, 2019, S. 17, und Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, 2012, S. 17. Eigene Berechnung. Die Ankünfte aus der Türkei (ständiger Wohnsitz, nicht Staatsangehörigkeit) lagen im Jahr 2011 bei 44.445 und im Jahr 2018 bei 67.804 Gästen.

im Ausland Versicherte während eines Aufenthalts in Deutschland beim (deutschen) Leistungserbringer die AOK Bayern für die Sachleistungsaushilfe auswählen. Die daraus resultierenden Zahlungsforderungen der AOK Bayern gegenüber den ausländischen (zuständigen) Trägern ergeben sich dann aus den Kostenerstattungsregeln, welche Anwendung finden, wenn die Versicherten, deren Wohnsitzstaat ein anderes Land außer Deutschland (EU/EWR/Schweiz oder SVA-Staat) ist, Leistungen in Deutschlands in Anspruch nehmen (zur Versichertengruppe siehe *Kapitel 3.4.2.1*).

### 3.4.2.2.1 Leistungsausgaben

Die *Abbildung 9* zeigt die Entwicklung der Leistungsausgaben der AOK Bayern von 2006 bis 2018. Dabei entsprechen die Leistungsausgaben den Gesamtkosten für Leistungen im Inland, welche der AOK Bayern durch die im Ausland Versicherten pro Jahr entstehen.

**Abbildung 9:** Entwicklung der Leistungsausgaben gesamt (in Euro)<sup>244</sup>



Insgesamt stiegen die Leistungsausgaben von 37,3 Millionen Euro im Jahr 2006 auf 106,2 Millionen Euro im Jahr 2018. Das stellt ein Wachstum von durchschnittlich 9,7 Prozent pro Jahr dar und entspricht insgesamt fast einer Verdreifachung der Leistungsausgaben in den letzten 12 Jahren (+68,8 Millionen Euro).

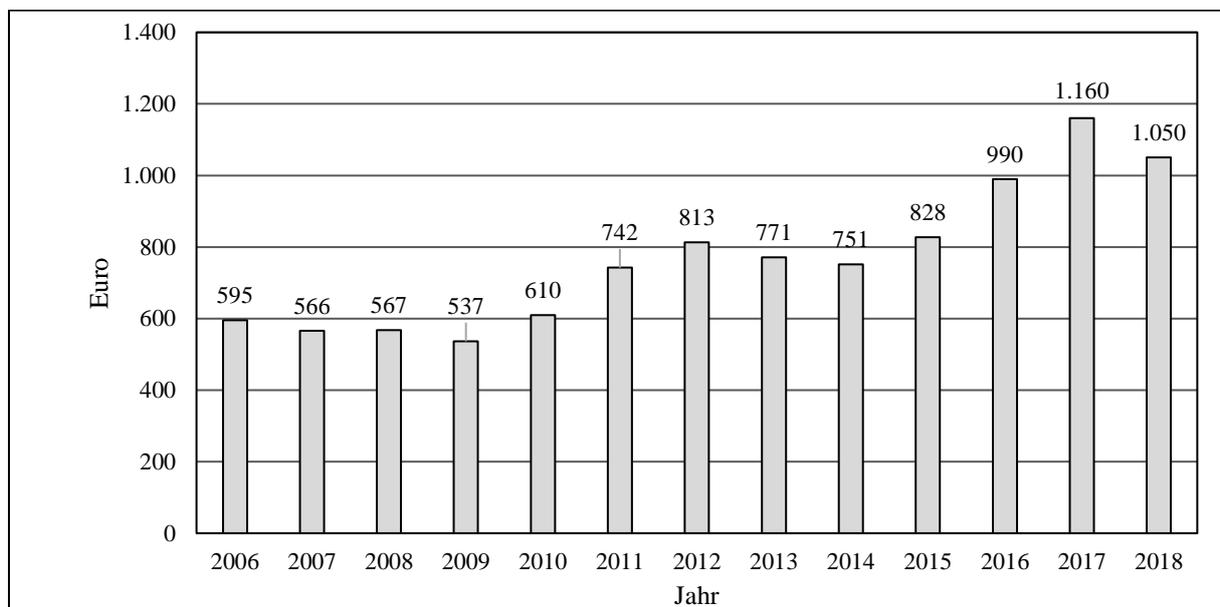
Differenziert betrachtet lagen die Leistungsausgaben in den Jahren 2006 bis 2009 auf relativ stabilem Niveau bei ca. 40 Millionen Euro pro Jahr. In den darauffolgenden Jahren nahmen die Leistungsausgaben um durchschnittlich ca. 20 Prozent pro Jahr zu, während sie sich 2012 bis 2014 wieder auf einem relativ stabilen Niveau, bei ca. 80 Millionen Euro jährlich, einpendelten,

<sup>244</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

bevor sie in den Jahren 2015 bis 2017 wieder stark zunahmen (um durchschnittlich ca. 15 Prozent jährlich). Gegenüber dem Vorjahr nahmen die Leistungsausgaben 2018 dann wieder ab (-12 Prozent). Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Leistungsausgaben in den letzten Jahren, insbesondere 2018, aufgrund bspw. noch unberücksichtigter Rechnungen (zu den Gründen siehe **Kapitel 3.4.3**) ansteigen können.

Ein Grund für den Anstieg der Leistungsausgaben kann in den gestiegenen Versichertenzahlen liegen. Aufschlussreicher mag daher eine Darstellung sein, die die Versichertenanzahl in Bezug zu den Leistungsausgaben setzt. In **Abbildung 10** kann abgelesen werden, wie sich die Leistungsausgaben pro Kopf entwickelt haben. Demnach betragen die Leistungsausgaben im Jahr 2006 noch 595 Euro pro Kopf, während sie im Jahr 2018 bei 1.050 Euro liegen. Pro Kopf betrachtet haben sie sich damit fast verdoppelt (+455 Euro).

**Abbildung 10:** Entwicklung der Leistungsausgaben pro Kopf (in Euro)<sup>245</sup>



Für den Kostenanstieg können viele Gründe, z. B. demografischer, politischer, ökonomischer oder rechtlicher Natur, verantwortlich sein. Bspw. können die Versicherten älter und/oder morbid geworden sein, das breitere (internationale) Angebot die Nachfrage gesteigert haben, der medizinisch-technische Fortschritt eine Ursache sein, sich bei den Leistungserbringern die Kosten erhöht haben oder sich auch die Anspruchsgrundlagen so geändert haben, dass sich den Versicherten mehr Möglichkeiten zur Inanspruchnahme (durch neue Kostenübernahmeregelungen) geboten haben.

<sup>245</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

### 3.4.2.2.2 Forderungen

Forderungen der AOK Bayern gegenüber ausländischen Trägern entstehen dann, wenn der im Ausland Versicherte während seines Aufenthalts in Deutschland Leistungen in Anspruch nimmt und sich für die AOK Bayern als aushelfenden Träger entscheidet, wenn er vom Leistungserbringer zur Wahl eines Leistungsaushilfeträgers (eine deutsche gesetzliche Krankenkasse) aufgefordert wird.

Um seinen Anspruch auf Sachleistung nachzuweisen, muss der im Ausland Versicherte dann seine EHIC bzw. PEB beim deutschen Leistungserbringer vorlegen. Bei geplanten Behandlungen, die der Versicherte in Deutschland über die VO in Anspruch nehmen möchte, benötigt er von seiner Krankenkasse im Heimatland eine Genehmigung. Dazu erhält er von dieser ein Formular (Vordruck E 112 oder S2), das er hier in Deutschland bei seiner selbstgewählten (aushelfenden) Krankenkasse in einen „Nationalen Anspruchsnachweis“ umtauschen muss. Das ist notwendig für den Fall, dass der zuständige Träger im Heimatstaat den Behandlungsumfang eingeschränkt hat. Ansonsten kann sich der Versicherte auch eine Rechnung über die erhaltenen Leistungen ausstellen lassen und diese zunächst vorfinanzieren (bei Leistungen über die RL, unter Umständen ist das auch möglich bei Leistungen über die VO).<sup>246</sup>

Versicherte aus Staaten, mit denen Deutschland ein SVA hat, müssen sich grundsätzlich immer einen solchen „Nationalen Anspruchsnachweis“ von der aushelfenden Krankenkasse ausstellen lassen. Damit können sie dann sofort notwendige Leistungen in Anspruch nehmen. Die SVA umfassen prinzipiell keine aufschiebbaren Leistungen, was geplante Behandlungen vom Wesen her sind.<sup>247</sup> Aufgrund des a priori eingeschränkten Leistungsumfangs bei Versicherten aus Abkommensstaaten ist anzunehmen, dass die Forderungshöhe im Vergleich zu den EU-/EWR-Staaten/Schweiz deutlich geringer ausfällt.

Die **Abbildung 11** zeigt die Entwicklung der Forderungen pro Jahr von 2006 bis 2018. Die Höhe der Forderungen basiert dabei auf den Rechnungen, welche die AOK Bayern zur Abrechnung bei der DVKA eingereicht hat. Die Forderungen der AOK Bayern belaufen sich auf insgesamt 107,2 Millionen Euro im Jahr 2018. Demnach hat sich die Forderungshöhe von 2006 bis 2018 mehr als verdoppelt (+57,2 Millionen Euro). Im Durchschnitt nahmen die Forderungen jährlich um 10,0 Prozent zu, bis auf die zwei Rückgänge in den Jahren 2014 (-9,3 Prozent) und 2016 (-7,6 Prozent). In den beiden Jahren direkt nach den Rückgängen wurden zugleich auch die größten Anstiege bei den Forderungen verzeichnet, im Jahr 2015 um +17,9 Prozent (+13,1 Millionen Euro) und im Jahr 2017 um +27,5 Prozent (+21,8 Millionen Euro). Aus den

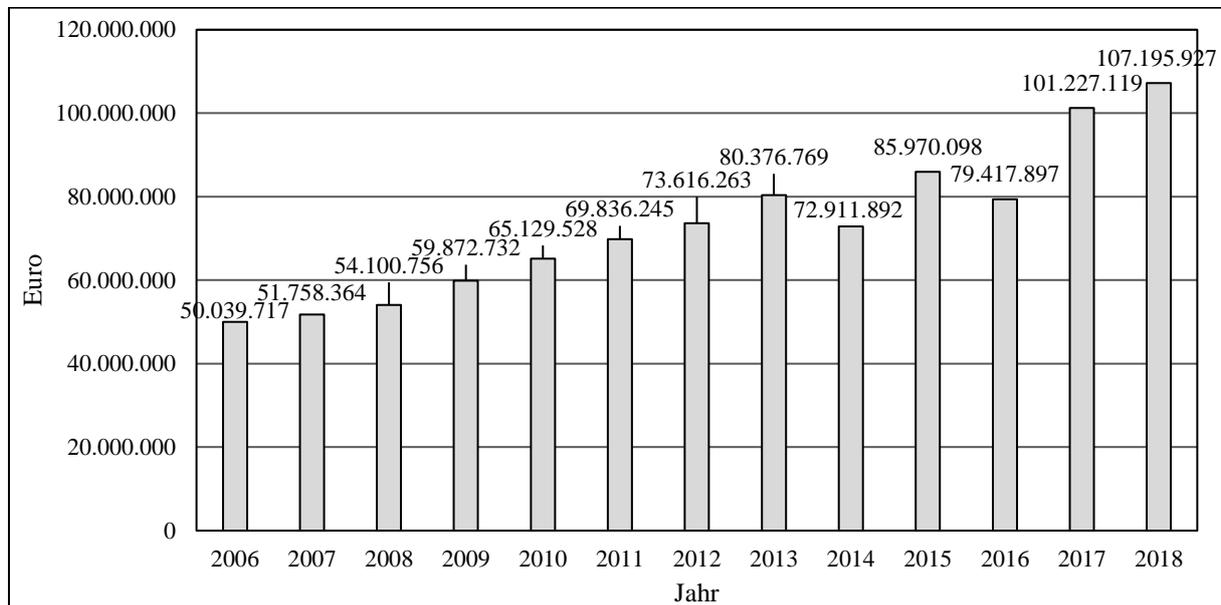
---

<sup>246</sup> Siehe **Tabelle 1** und **Abbildung 1**.

<sup>247</sup> Siehe **Tabelle 2** und **Abbildung 1**.

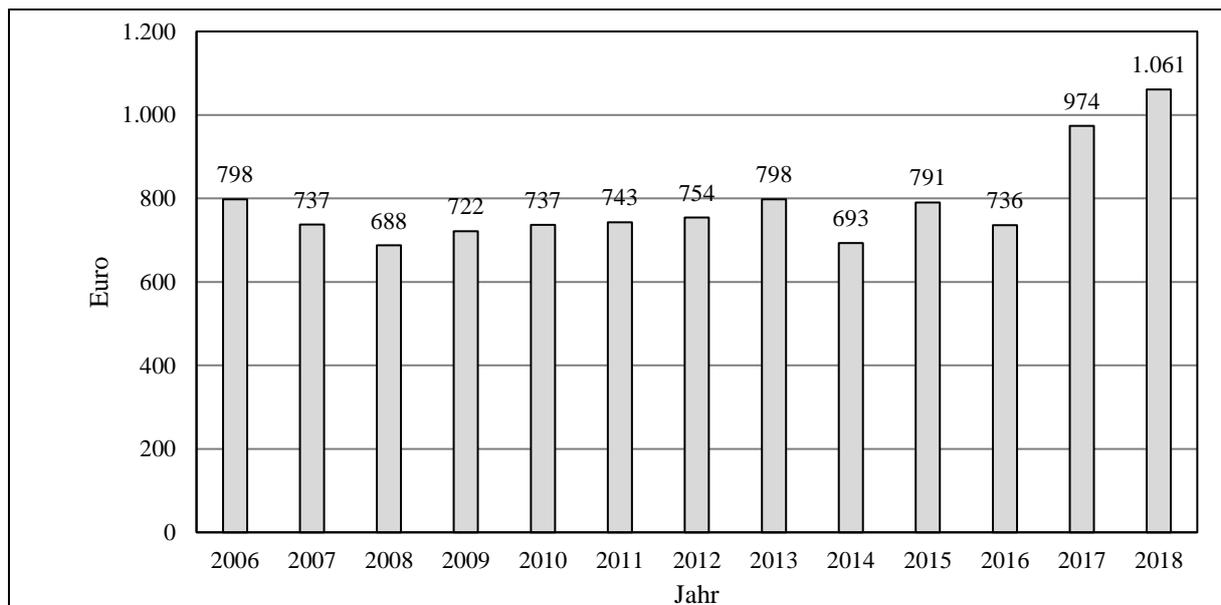
Gründen in **Kapitel 3.4.3** ist anzunehmen, dass die tatsächliche Forderungshöhe, vor allem in den Jahren 2017 und 2018, noch zunehmen wird.

**Abbildung 11:** Entwicklung der Forderungen gesamt (in Euro)<sup>248</sup>



In **Abbildung 12** ist die Entwicklung der Forderungen pro Kopf dargestellt. Sie nahmen von 798 Euro im Jahr 2006 auf 1.061 Euro im Jahr 2018 zu. Während sie bis 2016 relativ stabil um die 745 Euro pro Kopf (Mittelwert) liegen sind, fallen sie 2017 und 2018 deutlich höher aus (Mittelwert 1.017 Euro).

**Abbildung 12:** Entwicklung der Forderungen pro Kopf (in Euro)<sup>249</sup>



<sup>248</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

<sup>249</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

Die **Tabelle 12** zeigt die aktuelle Gesamthöhe der offenen Forderungen der AOK Bayern je Land. Danach beträgt die Gesamthöhe rund 144,6 Millionen Euro. Dabei entfällt der Großteil auf die Träger aus Österreich mit 38,1 Prozent (55,1 Millionen Euro). Das erscheint kongruent zu den Versichertenzahlen, denn dort belegte Österreich mit 26.020 Versicherten und deutlichen Abstand vor Italien, im Jahr 2018 ebenfalls den ersten Platz. An zweiter Stelle bei den Forderungen liegen die Träger aus Italien mit 11,0 Prozent (16,0 Millionen Euro), von denen die AOK Bayern 10.926 Versicherte aushilfsweise betreute. Weitere Länder, aus denen relativ viele Versicherte betreut wurden, sind Polen, Türkei, Großbritannien und Frankreich. Gegenüber diesen Ländern bestehen fast äquivalent dazu auch hohe offene Forderungen. Auf die Träger aus Polen entfallen dabei 5,7 Prozent (8,7 Millionen Euro, Rang 4), der Türkei 4,3 Prozent (6,2 Millionen Euro, Rang 6), Großbritannien 3,2 Prozent (4,6 Millionen Euro, Rang 8) und Frankreich 2,8 Prozent (4,1 Millionen Euro, Rang 10).

Rumänien und Griechenland überraschen hier mit relativ hohen offenen Verpflichtungen. Aus Rumänien betreute die AOK Bayern im Jahr 2018 ähnlich viele Versicherte wie aus Ungarn (3.640 bzw. 3.939), wobei die Forderungen gegenüber dem rumänischen Träger fast das Dreifache im Vergleich zu den ungarischen Trägern betragen (11,7 Millionen Euro vs. 4,1 Millionen Euro). Ähnlich ist es mit Griechenland. Die Versichertenzahlen sind fast gleich hoch wie bei Bulgarien (2.413 vs. 2.502), aber die Forderungen gegenüber den griechischen Trägern sind um fast ein Drittel (+28,1 Prozent) höher als gegenüber den bulgarischen Trägern (7,6 Millionen Euro vs. 5,9 Millionen Euro). Das Gegenteil ist bei der Schweiz der Fall. Für relativ viele Versicherte (4.295) bestehen relativ niedrige offene Forderungen (2,8 Millionen Euro). Ebenso bei Spanien. Von dort wurden 3.467 Versicherte im Jahr 2018 aushilfsweise betreut und die Forderungen gegenüber den spanischen Trägern betragen 1,8 Millionen Euro.

Eine Besonderheit in der Tabelle stellt Jugoslawien dar. Der Staat existiert seit 2003 nicht mehr und die Ansprüche sollten sich theoretisch auf die Nachfolgestaaten Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Slowenien und (das von Deutschland anerkannte, aber international völkerrechtlich umstrittene) Kosovo übertragen haben. Aber die Vielzahl von stattgefundenen Gebietsreformen (auch unter nationalen Grenzziehungen) und die teilweise immer noch im Aufbau befindliche lokale Selbstverwaltung vielerorts machen eine Zuordnung der Forderungen der AOK Bayern gegenüber Jugoslawien auf die einzelnen Nachfolgestaaten recht kompliziert, so dass die Begleichung dieser Forderungen in naher Zukunft unwahrscheinlich erscheint.

**Tabelle 12:** Offene Forderungen je Land (in Euro)<sup>250</sup>

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Belgien <sup>1</sup>	753.453	3.739	757.192
Bosnien-Herzegowina <sup>4</sup>	400.528	0	400.528
Bulgarien <sup>1</sup>	5.867.874	0	5.867.874
Dänemark <sup>1</sup>	232.501	0	232.501
Estland <sup>1</sup>	98.351	0	98.351
Finnland <sup>1</sup>	198.550	0	198.550
Frankreich <sup>1</sup>	4.103.803	1.157	4.104.960
Griechenland <sup>1</sup>	7.515.357	43.178	7.558.534
Großbritannien <sup>1</sup>	4.584.128	4.877	4.589.005
Irland <sup>1</sup>	248.699	0	248.699
Island <sup>1</sup>	164.136	0	164.136
Israel <sup>3</sup>	-	-	-
Italien <sup>1</sup>	15.960.026	0	15.960.026
Jugoslawien <sup>5</sup>	404.469	0	404.469
Kosovo <sup>3</sup>	-	-	-
Kroatien <sup>1</sup>	2.296.508	0	2.296.508
Lettland <sup>1</sup>	613.079	0	613.079
Liechtenstein <sup>2</sup>	343.181	12.414	355.595
Litauen <sup>1</sup>	131.865	0	131.865
Luxemburg <sup>1</sup>	558.096	0	558.096
Malta <sup>1</sup>	28.779	0	28.779

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Marokko <sup>4</sup>	-	-	-
Montenegro <sup>4</sup>	-	-	-
Niederlande <sup>1</sup>	2.786.410	4.836	2.791.246
Nordmazedonien <sup>4</sup>	94.384	0	94.384
Norwegen <sup>2</sup>	352.980	0	352.980
Österreich <sup>1</sup>	55.084.883	8.692	55.093.575
Polen <sup>1</sup>	8.276.958	12.014	8.288.972
Portugal <sup>1</sup>	1.225.508	0	1.225.508
Rumänien <sup>1</sup>	11.860.524	34.629	11.895.153
Schweden <sup>1</sup>	475.106	0	475.106
Schweiz <sup>3</sup>	2.805.981	0	2.805.981
Serbien <sup>4</sup>	-	-	-
Slowakei <sup>1</sup>	1.252.564	0	1.252.564
Slowenien <sup>1</sup>	746.601	0	746.601
Spanien <sup>1</sup>	1.828.257	1.362	1.829.618
Tschechische Republik <sup>1</sup>	2.691.913	0	2.691.913
Tunesien <sup>4</sup>	3.306	0	3.306
Türkei <sup>4</sup>	6.173.447	0	6.173.447
Ungarn <sup>1</sup>	4.122.583	17.195	4.139.778
Zypern <sup>1</sup>	203.233	0	203.233
<b>Gesamt</b>	<b>144.488.020</b>	<b>144.093</b>	<b>144.632.113</b>

Zeichenerklärung:

- keine Daten vorhanden oder Zahlenwert unbekannt

<sup>1</sup> EU-Mitgliedstaaten (Großbritannien: EU-Austritt 2020, Kroatien: EU-Beitritt 2013)

<sup>2</sup> EWR-Staaten/Schweiz

<sup>3</sup> Abkommensstaaten: Bosnien-Herzegowina, Israel (nur Mutterschaftsleistungen), Kosovo (ausgesetzt), Marokko (ausgesetzt, nur Kontrollarztleistungen), Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei

<sup>4</sup> Jugoslawien war ein Staat bis 2003 aus dessen Zerfall ab 1991 die Nachfolgestaaten Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Slowenien und (das von Deutschland anerkannte, aber international völkerrechtlich umstrittene) Kosovo hervorgehen.

<sup>250</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 07/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

Die **Tabelle 13** zeigt die Gesamthöhe der verfristeten Forderungen für jedes Land. Danach sind insgesamt Forderungen in Höhe von rund 20,6 Millionen Euro verfristet. Davon entfällt der größte Anteil auf die italienischen Träger mit 29,8 Prozent (6,4 Millionen Euro), gefolgt von den griechischen Trägern mit 20,3 Prozent (4,2 Millionen Euro) und den österreichischen Trägern mit 14,3 Prozent (2,9 Millionen Euro). Diese drei Länder nehmen auch bei den offenen Forderungen vordere Plätze ein (Italien Rang 2, Griechenland Rang 5 und Österreich Rang 1). Auf den nächsten Plätzen beim Ranking der verfristeten Forderungen folgen dann die Träger aus Bulgarien, Rumänien, Portugal, Großbritannien, Ungarn, Polen und Lettland, wobei sich diese Länder, bis auf Portugal und Lettland, auch alle in den Top 10 beim Ranking der offenen Forderungen wiederfinden. Portugal und Lettland überraschen dementsprechend mit ihren relativ hohen verfristeten Forderungssummen.

**Tabelle 13:** Verfristete Forderungen je Land (in Euro)<sup>251</sup>

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Belgien <sup>1</sup>	3.404	0	3.404
Bosnien-Herzegowina <sup>3</sup>	-	-	-
Bulgarien <sup>1</sup>	2.653.253	0	2.653.253
Dänemark <sup>1</sup>	0	0	0
Estland <sup>1</sup>	0	0	0
Finnland <sup>1</sup>	0	0	0
Frankreich <sup>1</sup>	210.398	0	210.398
Griechenland <sup>1</sup>	4.180.862	0	4.180.862
Großbritannien <sup>1</sup>	691.506	0	691.506
Irland <sup>1</sup>	52.260	0	52.260
Island <sup>1</sup>	47.947	0	47.947
Israel <sup>3</sup>	-	-	-
Italien <sup>1</sup>	6.137.229	0	6.137.229
Jugoslawien <sup>4</sup>	-	-	-
Kosovo <sup>3</sup>	-	-	-
Kroatien <sup>1</sup>	0	0	0
Lettland <sup>1</sup>	225.370	0	225.370
Liechtenstein <sup>2</sup>	23.013	0	23.013
Litauen <sup>1</sup>	0	0	0
Luxemburg <sup>1</sup>	328	0	328
Malta <sup>1</sup>	0	0	0

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Marokko <sup>3</sup>	-	-	-
Montenegro <sup>3</sup>	-	-	-
Niederlande <sup>1</sup>	82.198	0	82.198
Nordmazedonien <sup>3</sup>	-	-	-
Norwegen <sup>2</sup>	0	0	0
Österreich <sup>1</sup>	2.934.594	0	2.934.594
Polen <sup>1</sup>	304.389	0	304.389
Portugal <sup>1</sup>	1.020.575	0	1.020.575
Rumänien <sup>1</sup>	1.370.248	0	1.370.248
Schweden <sup>1</sup>	471	0	471
Schweiz <sup>2</sup>	67.599	0	67.599
Serbien <sup>3</sup>	-	-	-
Slowakei <sup>1</sup>	57	0	57
Slowenien <sup>1</sup>	0	0	0
Spanien <sup>1</sup>	112.878	0	112.878
Tschechische Republik <sup>1</sup>	916	0	916
Tunesien <sup>3</sup>	-	-	-
Türkei <sup>3</sup>	-	-	-
Ungarn <sup>1</sup>	444.203	0	444.203
Zypern <sup>1</sup>	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>20.563.700</b>	<b>0</b>	<b>20.563.700</b>

Zeichenerklärung:

- keine Daten vorhanden oder Zahlenwert unbekannt

<sup>1</sup> EU-Mitgliedstaaten (Großbritannien: EU-Austritt 2020, Kroatien: EU-Beitritt 2013)

<sup>2</sup> EWR-Staaten/Schweiz

<sup>3</sup> Abkommensstaaten: Bosnien-Herzegowina, Israel (nur Mutterschaftsleistungen), Kosovo (ausgesetzt), Marokko (ausgesetzt, nur Kontrollarztleistungen), Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei

<sup>4</sup> Jugoslawien war ein Staat bis 2003 aus dessen Zerfall ab 1991 die Nachfolgestaaten Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Slowenien und (das von Deutschland anerkannte, aber international völkerrechtlich umstrittene) Kosovo hervorgingen.

<sup>251</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 07/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

### 3.4.2.2.3 Verpflichtungen

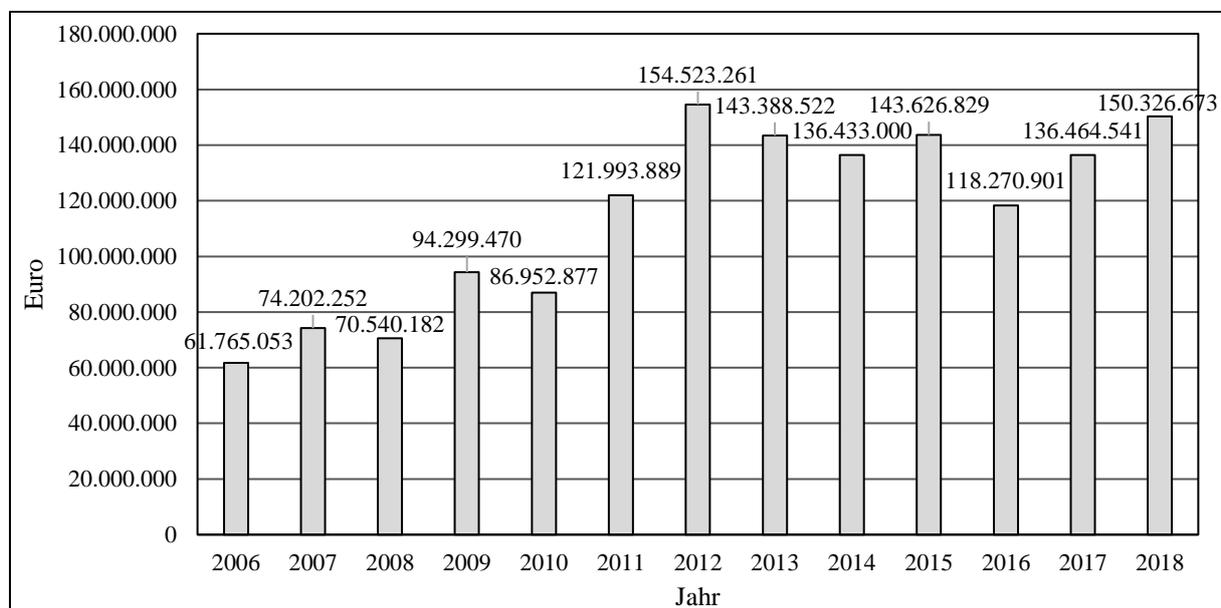
Verpflichtungen der AOK Bayern gegenüber ausländischen Trägern können nicht entstehen, da die Versicherten dieser Gruppe, wenn sie Leistungen außerhalb Deutschlands in Anspruch nehmen, die AOK Bayern nicht als aushelfenden Träger wählen können.

### 3.4.2.2.4 Außenstände

Bei den Außenständen handelt es sich um die Summe der ausstehenden Forderungen bis zu diesem Jahr. Bei den Forderungen in **Kapitel 3.4.2.2.2** wurden nur die Forderungen von den ausländischen Trägern betrachtet, die in dem Jahr entstanden sind. Die Höhe der Forderungen, die in den Jahren 2006 bis 2018 entstanden sind, sind folglich nur in den einzelnen Jahren entstanden und deshalb in jedem Jahr unterschiedlich hoch. Die Außenstände umfassen dagegen auch die Vorjahre der Forderungen. Das bedeutet, dass wenn z. B. im Jahr 2017 Forderungen in Höhe von 101,2 Millionen Euro und im Jahr 2018 in Höhe von 107,2 Millionen Euro entstanden sind und gleichzeitig 58,1 Millionen Euro bezahlt wurden, die Außenstände im Jahr 2018 insgesamt 150,3 Millionen Euro betragen.

Die **Abbildung 13** zeigt die Entwicklung der Außenstände pro Jahr von 2006 bis 2018, die der AOK Bayern durch die Betreuung von im Ausland Versicherten entstehen.

**Abbildung 13:** Entwicklung der Außenstände gesamt (in Euro)<sup>252</sup>



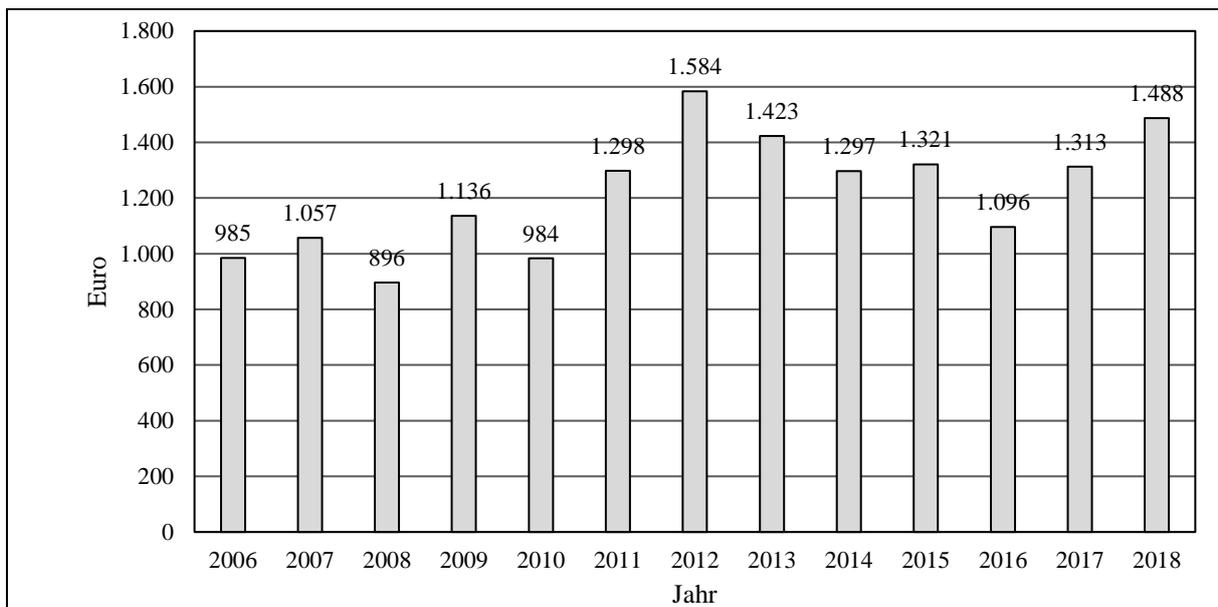
Die Außenstände der AOK Bayern betragen rund 150,3 Millionen Euro im Jahr 2018. Im Vergleich zum Jahr 2006 haben sie sich damit mehr als verdoppelt (+88,6 Millionen Euro). Der größte Anstieg erfolgte im Jahr 2011 mit einem Zuwachs von ca. 40,3 Prozent gegenüber dem

<sup>252</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

Vorjahr. Im darauffolgenden Jahr wurde der zweitgrößte Anstieg (+26,7 Prozent) verzeichnet und mit einer Höhe von 154,5 Millionen Euro an Außenständen zugleich der Peak des Betrachtungszeitraums erreicht. In den Folgejahren gingen die Außenstände dann auf rund 118,3 Millionen Euro im Jahr 2016 zurück und stiegen seitdem wieder an.

Die **Abbildung 14** zeigt die Entwicklung der Außenstände pro Kopf. Sie stiegen von 985 Euro im Jahr 2006 auf 1.488 Euro pro Kopf im Jahr 2018. Damit nahmen sie um rund 50 Prozent (+502 Euro pro Kopf) zu.

**Abbildung 14:** Entwicklung der Außenstände pro Kopf (in Euro)<sup>253</sup>



Die **Tabelle 14** zeigt die Gesamtsumme der Außenstände der AOK Bayern je Land. Demnach liegen die österreichischen Träger an unangefochtener Spitze mit einem Anteil von rund 40,1 Prozent (57,5 Millionen Euro). Auf Platz 2 folgen die italienischen Träger mit einem Anteil von 9,3 Prozent (13,4 Millionen Euro) und auf Platz 3 die rumänischen Träger mit 7,4 Prozent (10,6 Millionen Euro). Die Reihenfolge in den Top 10 ist die gleiche wie bei den offenen Forderungen. Nur die Türkei, bei den Forderungen auf Platz 6, belegt hier den Platz 9.

<sup>253</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

**Tabelle 14:** Außenstände je Land (in Euro)<sup>254</sup>

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Belgien <sup>1</sup>	843.866	3.739	865.145
Bosnien-Herzegowina <sup>3</sup>	381.217	0	381.217
Bulgarien <sup>1</sup>	6.280.297	0	6.280.297
Dänemark <sup>1</sup>	35.487	0	35.487
Estland <sup>1</sup>	40.992	0	40.992
Finnland <sup>1</sup>	242.948	0	242.948
Frankreich <sup>1</sup>	3.966.078	1.157	3.967.236
Griechenland <sup>1</sup>	6.529.319	43.178	6.572.497
Großbritannien <sup>1</sup>	5.592.919	4.877	5.597.797
Irland <sup>1</sup>	152.561	0	152.561
Island <sup>1</sup>	121.436	0	121.436
Israel <sup>3</sup>	-	-	-
Italien <sup>1</sup>	13.383.934	0	13.383.934
Jugoslawien <sup>4</sup>	376.165	0	376.165
Kosovo <sup>3</sup>	-	-	-
Kroatien <sup>1</sup>	2.507.007	0	2.507.007
Lettland <sup>1</sup>	513.782	0	513.782
Liechtenstein <sup>2</sup>	254.713	12.414	267.127
Litauen <sup>1</sup>	179.934	0	179.934
Luxemburg <sup>1</sup>	740.975	0	740.975
Malta <sup>1</sup>	13.445	0	13.445

Land	Tatsächlicher Aufwand	Pauschalen	Gesamt
Marokko <sup>3</sup>	-	-	-
Montenegro <sup>3</sup>	-	-	-
Niederlande <sup>1</sup>	2.865.328	4.836	2.870.164
Nordmazedonien <sup>3</sup>	86.309	0	86.309
Norwegen <sup>2</sup>	421.426	0	421.426
Österreich <sup>1</sup>	57.527.318	8.692	57.536.010
Polen <sup>1</sup>	7.305.571	12.014	7.317.584
Portugal <sup>1</sup>	1.368.870	0	1.368.870
Rumänien <sup>1</sup>	10.567.796	34.629	10.602.426
Schweden <sup>1</sup>	720.352	0	720.352
Schweiz <sup>2</sup>	2.523.126	0	2.523.126
Serbien <sup>3</sup>	-	-	-
Slowakei <sup>1</sup>	1.099.458	0	1.099.458
Slowenien <sup>1</sup>	1.316.373	0	1.316.373
Spanien <sup>1</sup>	1.643.933	1.362	1.645.295
Tschechische Republik <sup>1</sup>	3.082.332	0	3.082.332
Tunesien <sup>3</sup>	2.868	0	2.868
Türkei <sup>3</sup>	5.245.714	0	5.245.714
Ungarn <sup>1</sup>	5.324.124	17.195	5.341.319
Zypern <sup>1</sup>	153.698	0	153.698
<b>Gesamt</b>	<b>143.411.672</b>	<b>144.093</b>	<b>143.555.765</b>

Zeichenerklärung:

- keine Daten vorhanden oder Zahlenwert unbekannt

<sup>1</sup> EU-Mitgliedstaaten (Großbritannien: EU-Austritt 2020, Kroatien: EU-Beitritt 2013)

<sup>2</sup> EWR-Staaten/Schweiz

<sup>3</sup> Abkommensstaaten: Bosnien-Herzegowina, Israel (nur Mutterschaftsleistungen), Kosovo (ausgesetzt), Marokko (ausgesetzt, nur Kontrollarztleistungen), Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Tunesien, Türkei

<sup>4</sup> Jugoslawien war ein Staat bis 2003 aus dessen Zerfall ab 1991 die Nachfolgestaaten Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Slowenien und (das von Deutschland anerkannte, aber international völkerrechtlich umstrittene) Kosovo hervorgegangen.

<sup>254</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 1.3.2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

### 3.4.3 Limitierungen durch eingeschränkte Qualität der Daten

Die Arbeit weist bestimmte Einschränkungen auf, die nachfolgend kritisch betrachtet werden sollen. Dabei geht es vor allem um die Beurteilung der Datenqualität und des Datenzugangs im Hinblick darauf, ob sie Ursache für Verzerrungen der Ergebnisse sein könnten.

Die Datengrundlage bilden Abrechnungsdaten, die unter Realbedingungen im Versorgungsalltag einer großen gesetzlichen Krankenkasse entstanden sind. Sie spiegeln also die tatsächliche Versorgungssituation wider. Die Daten wurden originär für Abrechnungszwecke erhoben und für die vorliegende Arbeit bereitgestellt. Der Vorteil bei der Verwendung von solchen GKV-Routinedaten liegt darin, dass sie besonders für ökonomische Analysen geeignet sind. Sie umfassen alle Kosten von Leistungen, für die der Versicherte einen Erstattungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse hat. Damit handelt es sich um eine Kostenstudie aus Perspektive der GKV, durch die auch Rückschlüsse auf die Gesamtgesellschaft möglich sind.

Die AOK Bayern, welche die Daten zur Verfügung stellte, ist eine von den über 100 gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland,<sup>255</sup> so dass die Frage der Repräsentativität diskutiert werden muss. Sie ist nicht bundesweit tätig, sondern nur wählbar für Versicherte mit Wohnsitz in Bayern (und für im Ausland Versicherte nur bei Aufenthalt in Bayern). In Bezug zu Bayern ist sie eine von 56 Kassen.<sup>256</sup> Gerade um überregionale Aussagen treffen zu können und das gesamte GKV-System valide abbilden zu können, wäre es besser gewesen, wenn mehrere Krankenkassen betrachtet worden wären (die nicht nur regional tätig sind und nicht ausschließlich von Betriebsmitarbeitern wählbar sind) oder die Daten von der DVKA bereitgestellt worden wären, welche die Daten von allen Kassen vorliegen haben müsste, da sie für die Weiterleitung der Rechnungen zwischen den deutschen Krankenkassen und den ausländischen Verbindungsstellen zuständig ist. Für die Repräsentativität der Daten spricht, dass es sich bei der AOK Bayern um die größte Krankenkasse (nach Anzahl der Versicherten) in Deutschland und die größte in Bayern handelt. Trotzdem stellt sich damit die Frage nach der Vergleichbarkeit der Daten mit einer anderen Kasse.

Die Daten wurden aus den Jahren 2006 bis 2018 ausgewertet. Sie erlauben eine Betrachtung im Längsschnitt und werden kontinuierlich fortgeschrieben. Eine systematische Verzerrung der Ergebnisse kann dabei aus falschen und/oder fehlenden Abrechnungsdaten und -unterlagen resultieren. Wenn die Korrektur der Rechnung und die fehlenden Daten bei den Krankenkassen erst mit starker zeitlicher Verzögerung eingehen, können sie auch erst viel später bearbeitet

---

<sup>255</sup> Vgl. VersicherungsWiki e.K., 2020, Stand: 2.10.2018.

<sup>256</sup> Vgl. VersicherungsWiki e.K., 2020, eigene Berechnung, Stand: 2.10.2018.

werden, was wiederum dazu führen kann, dass der Bearbeitungszeitraum insgesamt länger dauert. Zu Verzögerungen kann es dabei bei allen beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen kommen, wie die folgenden Beispiele zeigen:

a) Falschabrechnung in Krankenhäusern

In Deutschland prüft der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen, die wiederum vom Gesetzgeber dazu verpflichtet worden sind, die Rechnungen der Krankenhäuser. So prüfte im Jahr 2017 der MDK allein 2.661.000 Krankenhausabrechnungen<sup>257</sup> (DRG-Prüfung), was einer Prüfquote von 11,9 Prozent<sup>258</sup> der Krankenhausfälle entsprach. Von diesen geprüften Krankenhausrechnungen war mehr als jede zweite fehlerhaft, was zur Folge hatte, dass die Krankenhäuser insgesamt ca. 2,8 Milliarden Euro an die Krankenkassen zurückzahlen mussten.<sup>259</sup> Allerdings bestehen aus Krankenhausperspektive Anreize zur Falschkodierung, da das Stellen von fehlerhaften Rechnungen, d. h. der Rechnungsbetrag ist zu hoch oder andere Angaben in der Rechnung stimmen nicht, bislang keine (ernsthaften) Konsequenzen, wie z. B. die Zahlung einer Aufwandspauschale für den zusätzlichen Prüfaufwand der Krankenkassen oder andere Sanktionen, nach sich zieht – bis auf die Korrektur der Rechnung und die Rückzahlung des Überbetrags. Inwieweit die Kostenträger im Ausland ihrerseits die eingereichten Rechnungen der Leistungserbringer auf deren ordnungsgemäße Leistungserbringung, vollständige Dokumentation und korrekte Abrechnung überprüfen, darüber liegen keine Hinweise oder Erkenntnisse vor.

b) Retaxation bei Apotheken

Die Apotheken haben nach den Arzneiversorgungsverträgen<sup>260</sup> eine Frist von einem Monat nach Ablauf des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, um ihre Rechnungen an die Krankenkassen zur Abrechnung weiterzuleiten. Die Kassen haben daraufhin zehn Tage nach Rechnungseingang Zeit diese zu begleichen. Fallen den Kassen bei der Rechnungsprüfung jedoch Unrichtigkeiten auf, haben sie bis zu zwölf Monate nach Ende des Kalendermonats, in dem die Lieferung erfolgte, Zeit die Rechnung zu

---

<sup>257</sup> Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2020, S. 1.

<sup>258</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 2018, S. 5.

<sup>259</sup> Vgl. GKV-Spitzenverband, 2020, S. 4.

<sup>260</sup> Der Arzneiversorgungsvertrag (auch „Arzneiliefervertrag“ genannt) ist ein Ergänzungsvertrag zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V, der zwischen dem jeweiligen Landesverband der Apotheker und den Landesverbänden der AOK, IKK, BKK und LKK geschlossen wird. Der VDEK und der Deutsche Apothekerverband (DAV) haben einen bundesweit gültigen Arzneiversorgungsvertrag abgeschlossen.

beanstanden und den Betrag ggf. ganz oder teilweise rückzufordern (sog. „Retaxation“).<sup>261</sup> Für den Einspruch gegen die Beanstandung von Taxdifferenzen<sup>262</sup> läuft dann wiederum eine Frist von zwei bis vier Monaten je nach Kassenart<sup>263</sup> (vier Monaten bei der AOK Bayern)<sup>264</sup> nach Eingang der Beanstandung beim Apotheker, woraufhin dann wiederum die Kasse eine Einspruchsfrist in der Regel von drei Monaten (vier Monaten bei der AOK Bayern)<sup>265</sup> nach Eingang des Einspruchs hat. Mit diesem Beispiel wird recht deutlich, dass auch bei der generellen Abrechnungspraxis zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen durchaus viel Zeit vergehen kann, bis die Endabrechnung durchgeführt wurde (siehe auch die Abrechnung bei den ambulant tätigen Vertragsärzten, *Kapitel 2.6.2.1*).

c) Rechnungsbearbeitung zwischen den Kostenträgern

Der aushelfende Kostenträger, der die eingehende Rechnung zunächst prüft und bezahlt, hat nach Rechnungseingang mindestens zwölf Monate<sup>266</sup> Zeit die Rechnung an die Verbindungsstelle der zuständigen Krankenkasse weiterzuleiten. Innerhalb von 18 Monaten nach Rechnungseingang bei der Verbindungsstelle der zuständigen Krankenkasse muss die Forderung von der zuständigen Krankenkasse bezahlt werden. Bei berechtigter Zurückweisung einer Forderung seitens der zuständigen Krankenkasse gilt eine Frist von 36 Monaten ab Monatsende nach Rechnungseingang, in der die Beanstandung geklärt werden muss.<sup>267</sup> Durch diese (langen) Fristen können mehrere Monate und Jahre zwischen dem Tag des Rechnungseingangs beim aushelfenden Träger und dem Tag der Buchung der Endabrechnung beim zuständigen Träger vergehen.

---

<sup>261</sup> Vgl. § 11, § 12 und § 17 Arzneiversorgungsvertrag zwischen vdek und DAV e. V.

<sup>262</sup> Die Apotheken können bestimmte Arzneimittel selbst herstellen und für die Herstellung der Rezeptur die Preise zum Teil selbst taxieren. Anders als bei den Fertigarzneimitteln, wo Festpreise gelten, berechnen die Apotheken dann die Preise für die Rezeptur individuell – ausgehend vom Preis für die Ausgangsstoffe über die Aufschläge auf diese Preise (z. B. der Festzuschlag von 90 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis) bis zu den Rezepturzuschlägen für die Herstellung (wie z. B. für die Anfertigung einer Salbe). Berechnet die Apotheke die Preise der Rezeptur nicht richtig, können die Krankenkassen retaxieren.

<sup>263</sup> Die Frist beträgt bspw. zwei Monate bei Primärkassen in Hamburg und drei Monate bei Ersatzkassen auf Bundesebene. Vgl. GfI Gesellschaft für Informations- und Datenverarbeitung mbH.

<sup>264</sup> Vgl. § 9 Abs. 4 Arzneimittelversorgungsvertrag Bayern.

<sup>265</sup> Vgl. § 9 Abs. 5 Arzneimittelversorgungsvertrag Bayern.

<sup>266</sup> Nach Art. 67 der VO (EG) Nr. 987/2009 beträgt die Frist zwölf Monate nach Ablauf des Kalenderhalbjahres bei Forderungen auf Grundlage von tatsächlichen Forderungen und zwölf Monate nach Veröffentlichung der Durchschnittskosten im Amtsblatt der Europäischen Union bei Forderungen auf Grundlage von Pauschalbeträgen.

<sup>267</sup> Vgl. Art. 67 der VO (EG) Nr. 987/2009.

Durch die Verzögerungen bei der Einreichung, Weiterleitung, Bearbeitung, Prüfung und ggf. Beanstandung von Rechnungen kann es dazu kommen, dass Rechnungen erst Monate oder sogar Jahre später nach dem Zeitpunkt der Leistungserbringung beglichen (gebucht) werden (können). In der vorliegenden Arbeit wird das vor allem relevant für die letzten Auswertungsjahre (2017 und 2018), da hier anzunehmen ist, dass noch nicht alle Rechnungen erfasst und gebucht worden sind.

Die AOK Bayern hat stark aggregierte Datensätze zur Verfügung gestellt. Das hatte den Vorteil, dass datenschutzrechtliche Probleme bei der Nutzung der Daten gar nicht erst auftraten. Die Daten mussten weder anonymisiert noch pseudonymisiert werden, obwohl es sich bei den Daten um die Abrechnungsdaten einer Krankenkasse handelte und damit um sensible Daten der Versicherten. Die Gesamtanzahlen bzw. Gesamtsummen ließen keine Rückschlüsse auf Einzelfälle zu. Daneben enthielten die Datensätze keinerlei personenbezogenen Angaben, wie z. B. Alter, Geschlecht, Wohnort oder Diagnose-Codes. Ein Nachteil des hohen Aggregationsgrades der bereitgestellten Daten war, dass die Analyse damit stark eingeschränkt war. Damit geht ein Informationsverlust einher, da die Datensätze zielgerichtet auf die Forschungsfragen ausgerichtet waren und weiterführende bzw. differenziertere Betrachtungen der Ergebnisse zum Teil nicht zuließen. Es wäre bspw. interessant gewesen, wie sich die Kosten auf die einzelnen Versichertengruppen (Touristen, Au-pairs, entsandte Arbeitnehmer, Saisonarbeiter, Grenzgänger und deren Familienangehörige sowie Rentner und deren Familienangehörige), Leistungsarten (wie z. B. ambulante Behandlung, Krankenhausbehandlung oder Arznei- und Verbandmittel), Anspruchsgrundlagen (Kostenerstattung nach VO (EG) Nr. 883/2004 oder RL 2011/24/EU) oder Erstattungsarten (Erstattung auf Grundlage von Pauschbeträgen oder nach tatsächlichem Aufwand) verteilen. Auch die Überprüfbarkeit der bereitgestellten Daten war durch die hoch aggregierte Ebene nur eingeschränkt möglich. Konsistenz und Plausibilität konnten nur innerhalb der Datensätze und im Kontext der Datensätze zueinander beurteilt werden. Die Vollständigkeit der Datensätze konnte nicht überprüft werden.

Ein letzter Punkt betrifft die Zuständigkeit für Auslandsversicherte unter den Allgemeinen Ortskrankenkassen. Bis zum Jahr 1993 lag diese allein bei der AOK Bonn<sup>268</sup>, die am 1.4.1994 zusammen mit 25 anderen Krankenkassen<sup>269</sup> in die neu gegründete AOK Rheinland<sup>270</sup> übergegangen ist. Die AOK Rheinland fusionierte dann mit der AOK Hamburg zum 1.7.2006 zur

---

<sup>268</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 21.

<sup>269</sup> Vgl. GV NW 1993 Nr. 65, S. 835.

<sup>270</sup> Vgl. GV NW 1994 Nr. 11, S. 70.

AOK Rheinland/Hamburg.<sup>271</sup> Wasem, Lux und Schillo stellen in ihrem Gutachten für das Bundesamt für Soziale Sicherung, in dem es um die Zuweisungsgruppe der Auslandsversicherten im Morbi-RSA geht, fest, dass die AOK Rheinland/Hamburg immer noch die „bei weitem höchste Zahl an Auslandsversicherten“ unter den AOK hat, bedingt durch die (frühere) Rolle der AOK Bonn.<sup>272</sup> Das würde im Umkehrschluss bedeuten, dass die Anzahl der Auslandsversicherten, die bei der AOK Bayern versichert sind, eigentlich noch höher liegen müsste, wenn die AOK Rheinland/Hamburg nicht (immer noch) traditionell mehr betreuen würde. Im Jahr 2018 betreute die AOK Bayern 73.042 Auslandsversicherte, was einem Anteil von 26,2 Prozent an allen AOK entsprach.<sup>273</sup> Inwieweit es sich hierbei um einen einflussreichen Punkt handelt, der die Ergebnisse systematisch oder zufällig verzerrt, kann nicht beurteilt werden.

---

<sup>271</sup> Vgl. GV NW 2006 Nr. 21, S. 379.

<sup>272</sup> Zit. und vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 21.

<sup>273</sup> Siehe **Tabelle 8**.

## 4. Kosten und Wettbewerbsrisiken durch asymmetrisch verteilte Finanzierungslasten

In **Kapitel 3.4** wurden die Versichertenströme und die Kosten einer Krankenkasse dargestellt, die ihr durch die grenzüberschreitenden Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen der Versicherten entstehen. Diese Ergebnisse werden nun in **Kapitel 4.1** zusammenfassend eingeordnet und bilden die Grundlage für die nachfolgende Diskussion ab **Kapitel 4.2**, die sich vor allem darum dreht, wie die unterschiedliche Verteilung der beiden Versichertengruppen (bei der AOK Bayern Versicherte mit Wohnsitz im Ausland und bei ausländischen Trägern Versicherte), die jene Kosten der Sachleistungsaushilfe verursachen, zu asymmetrisch verteilten Finanzierungslasten zwischen den Krankenkassen der GKV führen und wie sich die Wettbewerbsverzerrungen auswirken könnten.

### 4.1 Kritische Würdigung der Kostenverteilung transnationaler Gesundheitsleistungen aus ökonomischer Perspektive

#### 4.1.1 Kosten im Jahr 2018

Die **Tabelle 15** zeigt eine Zusammenfassung der Kosten, welche der AOK Bayern – im Rahmen der Sachleistungsaushilfe – für das Jahr 2018 entstanden sind.

**Tabelle 15:** Zusammenfassung der Kosten (Sachleistungsaushilfe) im Jahr 2018<sup>274</sup>

Die AOK Bayern als zuständiger Träger		Die AOK Bayern als aushelfender Träger	
Versichertengruppe: bei der AOK Bayern Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, welche im Ausland einen ausländischen Träger (als aushelfenden Träger) gewählt haben		Versichertengruppe: bei ausländischen Trägern Versicherte, welche in Deutschland die AOK Bayern (als aushelfenden Träger) gewählt haben	
Anzahl (Köpfe)	76.042	Anzahl (Köpfe)	101.049
Leistungsausgaben		Leistungsausgaben	
gesamt	-	gesamt	106.150.775 €
pro Kopf	-	pro Kopf	1.050 €
Verpflichtungen		Verpflichtungen	
gesamt	24.677.816 €	gesamt	x
pro Kopf	325 €	pro Kopf	x
Forderungen		Forderungen	
gesamt	x	gesamt	107.195.927 €
pro Kopf	x	pro Kopf	1.061 €
Außenstände		Außenstände	
gesamt	-	gesamt	150.326.673 €
pro Kopf	-	pro Kopf	1.488 €

Zeichenerklärung:

- keine Daten vorhanden oder Zahlenwert unbekannt

x Tabellenfach gesperrt, da Aussage nicht sinnvoll bzw. nicht möglich

<sup>274</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

Im Fall der Sachleistungsaushilfe als zuständiger Träger liegen ausschließlich Daten zu den Verpflichtungen<sup>275</sup> vor. Interessant wäre hier auch die Höhe der Leistungsausgaben und die Höhe möglicherweise in der Vergangenheit gegen die Träger aufgelaufenen Verbindlichkeiten gewesen. Nach Einschätzung der Autorin ist jedoch so gut wie ausgeschlossen, dass letztere in nennenswerter Höhe bestehen.

Die AOK Bayern hat 4.557.542 Versicherte<sup>276</sup>. Davon sind 76.042 Versicherte<sup>277</sup>, die – unter bestimmten Voraussetzungen – als Touristen, Au-pairs, entsandte Arbeitnehmer, Saisonarbeiter, Grenzgänger (und deren Familienangehörige) und Rentner (und deren Familienangehörige) einem besonderen Versicherungsverhältnis unterliegen. Denn grundsätzlich gilt in der Sozialversicherung das Territorialprinzip und nur durch bestimmte Rechtsvorschriften entstehen Ausnahmen. Durch diese Ausnahmen ist es den Versicherten möglich, gleichzeitig ihren Wohnsitz in einem anderen Staat (EU/EWR/Schweiz oder SVA-Staat) zu haben und trotzdem bei der AOK Bayern versichert zu sein. Der Anteil der im Ausland wohnenden AOK Bayern Versicherten beträgt damit 1,7 Prozent<sup>278</sup> an den gesamten AOK Bayern Versicherten.

Die Leistungsausgaben der AOK Bayern betragen 14.148.984.032 Euro im Jahr 2018, was 3.104,51 Euro je Versicherten entspricht.<sup>279</sup> Würden Zahlen zu den Leistungsausgaben für diese Versichertengruppe (den im Ausland wohnenden) vorliegen, könnte man vergleichen, ob diese Gruppe höhere oder niedrigere Leistungsausgaben als der Durchschnitt aller Versicherten verursacht. Würde diese Gruppe höhere Leistungsausgaben verursachen, könnte man gezielt versuchen diese Kosten zu senken, z. B. durch spezielle Angebote zur Prävention<sup>280</sup> bestimmter Krankheiten oder zur Gesundheitsförderung<sup>281</sup> für diese Zielgruppe.

In der Studie von Wasem, Lux und Schillo (2016) kam man immerhin zu dem Schluss, dass die AOK ihre tatsächlichen Leistungsausgaben für die AusAGG mit dem Zuweisungsvolumen aus dem Gesundheitsfonds in den Jahren 2009 bis 2013 decken konnte (siehe **Kapitel 3.3**). Die ermittelten DQ zeigten sogar (teilweise erhebliche) Überdeckungen von 104,47 Prozent bis zu 264,54 Prozent.<sup>282</sup> Aktuellere Studien liegen dazu leider nicht vor. Ein weiteres Problem ist, dass die Analyse der DQ von Wasem, Lux und Schillo (2016) die AOK als Ganzes betrachtet und nicht die AOK Bayern separat, die eine von elf bestehenden AOK ist. Nur wenn die Anzahl und die Gefahrenneigung der im Ausland verbrachten Tage der Versicherten bei allen AOK

---

<sup>275</sup> Leistungsausgaben vermindert um die bereits geleisteten Zahlungen an die DVKA.

<sup>276</sup> Angabe Jahresdurchschnitt 2018. Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18.

<sup>277</sup> Siehe **Tabelle 15**.

<sup>278</sup> Eigene Berechnung.

<sup>279</sup> Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18.

<sup>280</sup> Im Sinne der Vermeidung konkreter Gesundheitsrisiken.

<sup>281</sup> Im Sinne der allgemeinen Erhaltung der Gesundheit.

<sup>282</sup> Vgl. Wasem, Lux & Schillo, 2016, S. 20.

gleich wäre, ist davon auszugehen, dass mit der Durchschnittsbetrachtung keine Fehler gemacht werden.

Ebenfalls keine Daten liegen zu den Verwaltungskosten dieser Versichertengruppe vor. Wie in **Kapitel 3.3** dargelegt, erhalten die (gesetzlichen) Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds für jeden Versicherten eine einheitliche Pauschale, bei welcher der Morbiditätsgrad anteilig berücksichtigt wird. Wenn man unterstellt, dass durch die Digitalisierung<sup>283</sup> die einheitlich standardisierten und automatisierten<sup>284</sup> Abrechnungsprozesse mit den ausländischen Trägern genauso effizient und kostengünstig wie mit den inländischen Leistungserbringern ablaufen, sollten die Verwaltungskosten der im Ausland wohnenden Versicherten nicht über diejenigen der im Inland wohnenden Versicherten liegen. Andererseits lassen sich vermutlich die genauen Verwaltungskosten gar nicht ermitteln, da zwar jede Krankenkasse ihre Mitarbeiteranzahl kennt, die für die Auslandabrechnung zuständig sind, aber theoretisch müssten auch die Kosten der DVKA, die zu 45 Prozent von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert wird (siehe **Kapitel 2.4**), mitberücksichtigt werden. Derzeit jedenfalls, so hört man es aus Kreisen der AOK Bayern, laufen die Abrechnungsprozesse noch auf vielen Wegen größtenteils uneinheitlich.

Bei den AOK sind insgesamt 278.673 Versicherte<sup>285</sup> mit Wohnsitz im Ausland versichert. Das bedeutet, dass davon 27,3 Prozent (76.042 Versicherte<sup>286</sup>) auf die AOK Bayern entfallen. Über ein Viertel der AOK-Versicherten im Ausland werden demnach von der größten AOK betreut. Da nicht bekannt ist, wie sich die restlichen Prozent auf die anderen AOK verteilen, lässt sich diese Zahl nicht fundiert einordnen.

Von den AOK Versicherten mit Wohnsitz im Ausland sind 31,9 Prozent Rentner. Wendet man den gleichen Prozentsatz auf die 76.042 Versicherten der AOK Bayern an, so könnten rein rechnerisch 24.257 Rentner der AOK Bayern ihren Lebensabend im Ausland verbringen. Auch diese Zahl lässt sich weiter schwer einordnen.

Im Fall der Sachleistungsaushilfe als aushelfender Träger liegen mehr Daten im Vergleich zu denen als zuständiger Träger vor. Sie umfassen die Leistungsausgaben, die Forderungen (in-

---

<sup>283</sup> Analoge Prozesse, wie z. B. Formulare ausfüllen oder die Zusendung per Post, sind in der Regel deutlich aufwendiger und langwieriger als digitale Prozesse. Bei automatisierten Prozessen können bspw. Schwellenwerte festgelegt werden, ab wann Zahlungen automatisch durchgeführt werden.

<sup>284</sup> Wenn die Prozesse nicht einheitlich standardisiert und automatisiert sind, können die Kosten deutlich höher liegen.

<sup>285</sup> Siehe **Tabelle 8**.

<sup>286</sup> Siehe **Tabelle 15**.

klusive der offenen und verfristeten Forderungen) und die Außenstände. Verpflichtungen können durch jene Versicherten nicht entstehen.

Die AOK Bayern übernahm aushilfsweise die Kosten für 101.049 Versicherte<sup>287</sup> im Jahr 2018, deren eigentlich zuständige Versicherung im Ausland sitzt (EU/EWR/Schweiz oder SVA-Staat). Beim (vorübergehenden) Aufenthalt in Deutschland können Touristen und Au-pairs – unter bestimmten Voraussetzungen – Sachleistungen von deutschen Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Durch Regelungen im europäischen Sozialrecht bzw. den bilateralen SVA können diese Versicherten auf dem Gebiet des anderen Vertragsstaates (hier: Deutschland) Leistungen zu Lasten ihres zuständigen Trägers im Heimatstaat in Anspruch nehmen, obwohl deren Zuständigkeit und anzuwendende Rechtsvorschriften auf diesem Territorium (eigentlich) nicht gelten.

Zu den 4.557.542 Versicherten<sup>288</sup> wurden zusätzlich also noch 101.049 Versicherte<sup>289</sup> (aushilfsweise mit Sachleistungen) aus anderen Ländern von der AOK Bayern betreut. Wenn man beide Gruppen zusammenbetrachtet (4.658.591 Betreute) liegt der Anteil der aushilfsweise betreuten Versicherten bei 2,2 Prozent. Es liegen keine Daten darüber vor, wie viele von den AOK Bayern Versicherten im Gegenzug Leistungen im Ausland (und dort nicht wohnen) in Anspruch genommen haben.

Die von der AOK Bayern zu verauslagenden Leistungsausgaben betragen für die aushilfsweise betreuten Versicherten im Jahr 2018 insgesamt 106.150.775 Euro, was 1.050 Euro pro Kopf entspricht.<sup>290</sup> Vergleicht man diese Zahl mit der Höhe der Leistungsausgaben, welche die AOK Bayern im selben Jahr für die eigenen Versicherten ausgab, so unterscheidet sich die Ausgabenhöhe erheblich voneinander. Im Jahr 2018 betragen die Leistungsausgaben insgesamt 14.148.984.032 Euro, welche die AOK Bayern für ihre 4.557.542 Versicherten ausgab, was gerundet 3.105 Euro je Versicherten entspricht.<sup>291</sup> Damit waren die Leistungsausgaben im Jahr 2018 für die eigenen Versicherten dreifach so hoch wie für die aushilfsweise betreuten Versicherten. Verzerrt wird dieser Vergleich dadurch, dass die Anzahl der aushilfsweise betreuten Versicherten nur diejenigen umfasst, die tatsächlich Leistungsausgaben verursacht haben (betrifft die 1.050 Euro je Versicherten), während dagegen bei der Anzahl der Versicherten, welche die AOK insgesamt betreut auch diejenigen umfasst, die keine Leistungsausgaben verursacht

---

<sup>287</sup> Siehe *Tabelle 15*.

<sup>288</sup> Angabe Jahresdurchschnitt 2018. Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18.

<sup>289</sup> Siehe *Tabelle 15*.

<sup>290</sup> Siehe *Tabelle 15*.

<sup>291</sup> Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 19.

haben (bei den 3.105 Euro je Versicherten). Das bedeutet, dass wenn man die Leistungsausgaben nicht auf alle AOK Bayern Versicherten, sondern nur auf diejenigen, die tatsächlich Leistungsausgaben verursacht haben, bezieht sogar noch wesentlich höher pro Versicherten und damit auch wesentlich höher als dreifach so hoch als die der aushilfsweise Betreuten sein dürften.

Die reinen Leistungsausgaben für die aushilfsweise Betreuten, welche die AOK Bayern vollständig von den ausländischen (zuständigen) Krankenkasse erstattet bekommt, liegen demzufolge im direkten Vergleich mit denen der eigenen Versicherten deutlich niedriger, was folgende Ursache haben könnte. Es kann sein, dass es sich in der Mehrheit der aushilfsweise Betreuten um „klassische“ Touristen handelt, die sich nicht dauerhaft im Zuständigkeitsbereich der AOK Bayern aufhalten oder zum Zwecke einer Behandlung eingereist sind, sondern um tatsächlich Urlaub zu machen, und die eben auch nur typische Reisekrankheiten am Aufenthaltsort erleiden. Typische Reisekrankheiten sind bspw. Erkältungen (resultierend aus ungewohnten Klimaverhältnissen oder Klimaanlage), Platzwunden, Knochenbrüche und Verstauchungen (resultierend aus Unfällen und Stürzen, z. B. durch sportliche Betätigung im Urlaub) und Magen-Darm-Erkrankungen (hier vor allem der „Reisedurchfall“). Diese Touristen gehen in der Regel nur gezwungen bzw. notwendiger Weise zum Leistungserbringer am Urlaubsort und nehmen dort vor allem akut medizinische Leistungen in Anspruch. Die Vorlage der EHIC und die Abrechnung über die VO (EG) Nr. 883/2004 erleichtern die Inanspruchnahme ja dahinsichtlich (siehe **Kapitel 2.2.1.**). Überwiegend dürfte es sich hierbei eher um ambulante (oder nur kurzzeitig stationäre) Behandlungen und damit um vergleichsweise kostengünstigere Leistungen (für die Krankenkassen) handeln.<sup>292</sup>

In Deutschland (hier Bayern) gibt es aber auch einen Markt für geplante medizinische Behandlungen für Patienten aus dem Ausland, die sog. „Medizintouristen“, die zum Zwecke einer Behandlung einreisen. Diese suchen sich in der Regel gezielt solche Behandlungen aus, für die sie in ihrem Heimatland entweder mehr privat zuzahlen müssen oder für die sie die Behandlungsqualität dort geringer einschätzen. Weitere Gründe sind in **Kapitel 2.6.1** aufgeführt. Da jedoch keine Zahlen darüber vorliegen, wie hoch die Anzahl der aushilfsweise Betreuten ist, die gezielt zur Behandlung einreisen (d. h. die Inanspruchnahme erfolgt über die RL 24/2011/EU oder mit

---

<sup>292</sup> Letztendlich geht es darum, dass es sich um plötzlich auftretende, zeitlich begrenzte Krankheiten handelt, deren Diagnose unkompliziert und deren Behandlung kostengünstig ist, im Gegensatz zu bspw. AIDS, Autoimmunkrankheiten oder malignen Tumoren, deren Behandlungskosten ja gerne mal mehrere 10.000 Euro pro Jahr betragen. Der Tourist ist meist eher gesund. Selbst wenn er mal seine Blutdrucktabletten vergessen hat, kosten die maximal 100 Euro.

Genehmigung von der Krankenkasse über die VO (EG) Nr. 883/2004), oder wie hoch die Leistungsausgaben für diese Medizintouristen sind, kann nicht eingeschätzt werden, ob dieser Anteil der Touristen in Deutschland vergleichsweise teurere Behandlungen (als z. B. die zuvor erwähnten „klassischen“ Touristen) in Anspruch nehmen.

Im Vergleich der Forderungen mit den Verpflichtungen, die der AOK Bayern im Rahmen der Sachleistungsaushilfe im Jahr 2018 entstanden sind, fällt auf, dass die Summe der Forderungen deutlich höher liegt (siehe *Tabelle 15*). Sie beträgt das Vierfache (4,34). Pro Kopf der entsprechenden Versichertengruppe betrachtet belaufen sich die Forderungen auf 1.061 Euro und die Verpflichtungen auf 325 Euro. Damit liegt die Forderungshöhe nur geringfügig über den Leistungsausgaben für die aushilfsweise Betreuten. Die Verpflichtungen der AOK Bayern gegenüber den ausländischen (aushelfenden) Trägern erscheinen dagegen sehr gering, was – ohne die genaue Höhe der Leistungsausgaben für diese Versichertengruppe zu kennen – folgende Ursache haben könnte.

Versicherte und ihre Familienangehörigen (mit Ausnahme von Rentnern und deren Familienangehörigen), die in einem anderen EU-Land, Island, Liechtenstein, Norwegen oder in der Schweiz wohnen und bei der AOK Bayern versichert sind haben in dem Land, in dem sie sich niederlassen, immer Anspruch auf Sachleistungen, z. B. auf Behandlung und Arzneimittel. Ihnen werden dort Leistungen auf Rechnung des zuständigen Trägers gewährt, jedoch nach den Rechtsvorschriften des (aushelfenden) Trägers des Wohnorts<sup>293</sup>. Sie erhalten dann die Sachleistungen zu den gleichen Bedingungen wie die Versicherten dieses Landes, so als ob sie dort versichert sind. Unter Umständen kann es aber für diese Versicherten attraktiver sein, die Leistungen nach den in Deutschland geltenden Rechtsvorschriften in Anspruch zu nehmen, z. B. wenn nach den deutschen Rechtsvorschriften geringere Selbstbeteiligungen anfallen oder ein Anspruch auf bestimmte Routine- und Kontrolluntersuchungen besteht, den es im Wohnstaat nicht gibt. Die Verordnung gibt diesen Versicherten und deren Familienangehörigen nämlich mit Art. 18 VO (EG) Nr. 883/2004 die Möglichkeit beim Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat<sup>294</sup> Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Trägers in Anspruch zu nehmen. Einige Länder haben diesen Anspruch auf medizinisch notwendige Sachleistungen für

---

<sup>293</sup> Vgl. Art. 17 VO (EG) Nr. 883/2004.

<sup>294</sup> Beispiel: Ein AOK Bayern Versicherter (der kein Rentner ist), der in Italien wohnt, hat beim Urlaub in Deutschland Anspruch auf alle Leistungen der GKV.

Familienangehörige von Grenzgängern während des Aufenthalts beschränkt. Dazu gehört nicht Deutschland.<sup>295</sup>

Für Rentner<sup>296</sup> gilt ähnliches. Verlegen sie ihren Wohnort in ein anderes EU-Land, Island, Liechtenstein, Norwegen oder in die Schweiz (Bedingungen: sie erhalten nur die Rente der Deutschen Rentenversicherung und sie haben im neuen Wohnstaat keinen eigenen Leistungsanspruch aus der dortigen Krankenversicherung) bleiben sie weiter bei der deutschen Krankenkasse versichert. Rentner und ihre Familienangehörigen haben dann im (neuen) Wohnstaat Anspruch auf alle Sachleistungen – wie die Versicherten des Landes in den gleichen Sachverhalten – nach dem Recht des neuen Wohnstaates. Es ist jedoch möglich, dass Familienangehörige, die in Deutschland anspruchsberechtigt waren, es im neuen Wohnstaat nicht mehr sind, weil sie z. B. dort geltende Einkommen- oder Altersgrenzen überschreiten. Beim vorübergehenden Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat<sup>297</sup> haben sie nach Art. 27 VO (EG) Nr. 883/2004 Anspruch auf Sachleistungen nach dem Recht des zuständigen Trägers, d. h. die Rentner und deren Familienangehörigen können vollumfänglich die Leistungen der GKV in Anspruch nehmen, wenn sie in Deutschland sind. Das kann – wie oben bereits erwähnt – attraktiv sein, wenn das Gesundheitssystem des Wohnortes dadurch gekennzeichnet ist, dass es dort bspw. lange Wartezeiten gibt, bestimmte Leistungen ausgeschlossen sind (und selbst getragen werden müssen) oder bestimmte zahnärztliche oder sonstige Kontrolluntersuchungen weniger umfangreich ausfallen. Das könnte dazu führen, dass diese Versichertengruppe und deren Familienangehörigen bestimmte Leistungen eher in Deutschland in Anspruch nehmen als im Wohnortstaat, vor allem wenn die Leistungen im ausländischen System weniger umfangreich als im deutschen System sind, z. B. sind in Spanien Zahnbehandlungen durch die staatliche Krankenversicherung („Seguridad Social“) kaum abgedeckt.<sup>298</sup>

Vergleicht man die Verpflichtungen pro Kopf von 325 Euro<sup>299</sup> mit den Forderungen pro Kopf von 1.061 Euro<sup>300</sup>, so sind die Verpflichtungen eher gering, d. h. die eigenen Versicherten verursachen im Ausland weniger Kosten als die ausländischen Touristen im Inland (in Bayern).

---

<sup>295</sup> Diese Länder sind in Anhang III der VO (EG) Nr. 883/2004 aufgeführt: Dänemark, Estland, Irland, Spanien, Kroatien, Italien, Litauen, Ungarn, Niederlande, Finnland, Schweden und Vereinigtes Königreich.

<sup>296</sup> Es gilt der Grundsatz, dass Rentner in dem Land sozialversichert sind, aus dem sie ihre Rentenzahlungen beziehen.

<sup>297</sup> Das gilt für alle Länder, die Anhang IV der VO (EG) Nr. 883/2004 aufgeführt sind: Belgien, Bulgarien, Tschechische Republik, Deutschland, Griechenland, Spanien, Frankreich, Zypern, Luxemburg, Ungarn, Niederlande, Österreich, Polen, Slowenien und Schweden.

<sup>298</sup> Vgl. Petzold, 2018.

<sup>299</sup> Die Verpflichtungen entstanden durch die AOK Bayern Versicherten mit Wohnsitz im Ausland, welche im Ausland einen aushelfenden (ausländischen) Träger gewählt haben. Siehe **Tabelle 15**.

<sup>300</sup> Die Forderungen entstanden durch die im Ausland Versicherten, welche in Deutschland die AOK Bayern als aushelfenden Träger gewählt haben. Siehe **Tabelle 15**.

Das kann eben daran liegen, dass sich die eigenen Versicherten lieber in Deutschland (in Bayern) als am Wohnort (im Ausland) behandeln lassen. Sie können es sich ja aussuchen, wo es für sie günstiger bzw. besser ist. Die Schlussfolgerung daraus wäre: Die AOK Bayern Versicherten im Ausland verursachen deshalb dort so wenige Kosten (Verpflichtungen), weil sie sich lieber in Deutschland behandeln lassen und dann aber nicht in dieser Statistik aufgeführt werden.

Die Außenstände beliefen sich auf insgesamt 150.326.673 Euro im Jahr 2018.<sup>301</sup> Damit waren die Außenstände 1,4-mal so hoch wie die Forderungen. Pro Kopf dieser Versichertengruppe entstanden 1.488 Euro. Diese Zahl lässt sich nicht weiter einordnen.

#### 4.1.2 Entwicklung der Kosten von 2006 bis 2018

Die **Tabelle 16** zeigt zusammenfassend die Kosten, welche der AOK Bayern – im Rahmen der Sachleistungsaushilfe – in den Jahren 2006 und 2018 entstanden sind.

**Tabelle 16:** Zusammenfassung der Kosten (Sachleistungsaushilfe) im Jahr 2006 und 2018<sup>302</sup>

	2006	2018	Differenz	
			absolut	prozentual
<b>Die AOK Bayern als zuständiger Träger</b>				
Versichertengruppe: bei der AOK Bayern Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, welche im Ausland einen ausländischen Träger (als aushelfenden Träger) gewählt haben				
Anzahl (Köpfe)	29.577	76.042	+46.465	+157,1
Verpflichtungen				
gesamt	12.067.040 €	24.677.816 €	+12.610.776 €	+104,5
pro Kopf	408 €	325 €	-83 €	-20,3
<b>Die AOK Bayern als aushelfender Träger</b>				
Versichertengruppe: bei ausländischen Trägern Versicherte, welche in Deutschland die AOK Bayern (als aushelfenden Träger) gewählt haben				
Anzahl (Köpfe)	62.395	101.049	+38.654	+62,0
Leistungsausgaben				
gesamt	37.327.639 €	106.150.775 €	+68.823.136 €	+184,4
pro Kopf	595 €	1.050 €	+455 €	+76,5
Forderungen				
gesamt	50.039.717 €	107.195.927 €	+57.156.210 €	+114,2
pro Kopf	798 €	1.061 €	+263 €	+33,0
Außenstände				
gesamt	61.765.053 €	150.326.673 €	+88.561.620 €	+143,4
pro Kopf	985 €	1.488 €	+503 €	+51,1

Beim Vergleich der Zahlen von 2006 mit 2018 fällt auf, dass nur ein einziger Wert zurückgegangen ist, nämlich die der Verpflichtungen pro Kopf der entsprechenden Versichertengruppe

<sup>301</sup> Siehe **Tabelle 15**.

<sup>302</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 03/2019. Alle Daten wurden zur besseren Lesbarkeit auf ganze Zahlen gerundet.

(-83 Euro, -20,3 Prozent). Alle anderen Kennzahlen weisen dagegen eine sehr starke Zunahme auf. So haben sich die Verpflichtungen insgesamt verdoppelt (+12.610.776 Euro, +104,5 Prozent), wobei auch die Anzahl dieser Versicherten im gleichen Zeitraum um das 2,6-fache anstieg (+46.465 Köpfe, +157,1 Prozent).

Als aushelfender Träger stieg die Anzahl der Betreuten um das 1,6-fache an (+38.654 Köpfe, +62,0 Prozent), während die Leistungsausgaben für jene Betreuten um das 2,8-fache anstiegen (+68.823.136 Euro, +184,4 Prozent), die Forderungen um das 2,1-fache (+57.156.210 Euro, +114,2 Prozent) und die Außenstände um das 2,4-fache (+88.561.620 Euro, +143,4 Prozent).

Mögliche Ursachen für die Entwicklung, dass die AOK Bayern in beiden Versichertengruppen starke Zunahmen (Anzahl der Köpfe) verzeichnen konnte, können in der allgemeinen Bevölkerungszunahme und der generell gestiegenen Mobilität der Menschen in Europa liegen.

So nahm die Bevölkerung in der Zeit von 2006 bis 2018 in den 28 Mitgliedstaaten der EU um 3,2 Prozent zu (rund 15,9 Millionen Menschen). Dabei stieg die Bevölkerung in Großbritannien, Frankreich und Spanien am höchsten (nach den absoluten Zahlen) und sank am stärksten in Rumänien, Bulgarien und Litauen. Wie in der gesamten EU nahm auch in den EFTA-Ländern die Bevölkerung in diesem Zeitraum zu. Die Zunahme betrug über alle vier EFTA-Länder 13,9 Prozent (rund 1,7 Millionen Menschen), wobei den mit Abstand höchsten Anstieg die Schweiz mit rund einer Million Menschen verzeichnen konnte, danach kommen Norwegen und Island und das Schlusslicht bildet mit ca. +3.000 Menschen Liechtenstein. In den Staaten, mit denen Deutschland ein SVA im Bereich Krankenversicherung sieht es im Vergleich zu den EFTA-Ländern recht unterschiedlich aus. Während bspw. die Bevölkerung in der Türkei im gleichen Zeitraum um 11,9 Millionen Menschen und in Nordmazedonien um ca. 37.000 Menschen zunahm, sank sie bspw. in Serbien um rund -424.000 Menschen und in Kosovo um rund -300.000 Menschen.<sup>303</sup>

Ein Blick in die Statistiken zum Reiseverhalten der Deutschen zeigt, dass sie im Jahr 2018 so viel gereist sind wie nie zuvor. So stieg die Anzahl der Reisen (1 Nacht und mehr) insgesamt auf rund 267,9 Millionen, was eine Zunahme von +8,2 Prozent im Vergleich zum Jahr 2012 bedeutet. Von den knapp 267,9 Millionen reisen entfielen ca. 60 Prozent auf das Inland und ca. 40 Prozent gingen in das Ausland. Interessant dabei ist, dass im Vergleich zum Jahr 2012 die Inlandsreisen leicht zurückgingen (-3,3 Prozent), dagegen aber die Auslandsreisen stark zunahmen (+31,2 Prozent). Insgesamt stieg das Reiseverhalten in der gesamten EU. Im Jahr 2018 unternahmen die EU-Bürger (ohne Großbritannien) insgesamt ca. 1,1 Milliarden Reisen, was eine Zunahme von 11,3 Prozent im Vergleich zum Jahr 2012 bedeutet. Im Verhältnis der

---

<sup>303</sup> Vgl. Eurostat, 2021 a.

Inlandsreisen zu den Auslandsreisen zeigt sich dabei ein ähnliches Verhältnis wie bei den Deutschen. Während die Inlandsreisen nur schwach zulegen (+1,6 Prozent), stiegen die Auslandsreisen um beachtliche 44,4 Prozent.<sup>304 305</sup>

Je mehr Menschen es gibt und je mehr Menschen ins Ausland reisen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass mehr Menschen im Ausland medizinische Behandlungen beanspruchen. Nehmen diese Menschen mehr Leistungen oder vergleichsweise teurere Behandlungen im Ausland in Anspruch steigen auch die Leistungsausgaben der Kassen und somit auch die Forderungshöhe der aushelfenden Kasse.

#### **4.2 Risiken struktureller Mehrkosten für die Kostenträger**

Finanzierungslasten durch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen können einer Krankenkasse auf zwei Wegen entstehen.

Erstens durch diejenigen Versicherten, die zwar ihren Wohnsitz im Ausland (d. h. in einem anderen EU-/EWR-Land, der Schweiz oder einem SVA-Staat) haben, aber durch Sonderregelungen im Sozialversicherungsrecht trotzdem weiter bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind bzw. bleiben. Zu dieser Versichertengruppe gehören – unter bestimmten Voraussetzungen – vor allem entsandte Arbeitnehmer, Saisonarbeiter, Grenzgänger und ihre Familienangehörigen sowie Rentner und ihre Familienangehörigen. Dabei ist bzw. bleibt die deutsche Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin der zuständige Träger. Diese Versichertengruppe stellt eine Besonderheit dar und wird auch bei den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als gesondertes Risikomerkmale geführt.

Und zweitens, wenn deutsche Krankenkassen als aushelfende Träger der Sachleistungsgewährung fungieren. In diesem Fall nehmen ausländische Versicherte (d. h. Versicherte aus einem anderen EU-/EWR-Land, der Schweiz oder einem SVA-Staat) in Deutschland Gesundheitsleistungen in Anspruch und müssen aufgrund des Territorialrechts in der Sozialversicherung eine deutsche gesetzliche Krankenversicherung für die Sachleistungsaushilfe auswählen. Dazu zählen vor allem die Touristen. Die Unterteilung in diese zwei Versichertengruppen ist wichtig, da sie mit unterschiedlichen Risiken für die Krankenkassen verbunden sind.

---

<sup>304</sup> Anzahl der Reisen (1 Nacht und mehr). Zahlen der EU-Mitgliedstaaten ohne Großbritannien, weil dort nur Daten für die Jahre 2012 und 2013 und nicht für die Jahre 2014 bis 2018 vorliegen. Vgl. Eurostat, 2021 b.

<sup>305</sup> In **Kapitel 2.1** werden Zahlen zu Gästeankünften und Übernachtungen von Ausländern in Bayern (Deutschland) präsentiert.

## **4.2.1 Kostenrisiken durch Inlandsversicherte mit Leistungsanspruchnahme im Ausland**

Die Inlandsversicherten lassen sich unterscheiden in diejenigen, die Auslandsleistungen entweder bei einem vorübergehenden Aufenthalt, zum Beispiel während eines Urlaubes, oder weil sie dauerhaft im Ausland wohnen in Anspruch nehmen. Für erstere bedeutet es kein besonderes Risiko für die Krankenkasse, für zweitere schon.

Für die Leistungsausgaben derjenigen, die in Deutschland versichert sind und ihren Wohnsitz im Ausland haben, erhalten die Krankenkassen über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds Ausgleichszahlungen. Im Morbi-RSA gibt es dafür bei der Zuweisung der standardisierten Leistungsausgaben spezielle Risikogruppen, für die gesonderte Zu- und Abschläge auf die einheitliche Grundpauschale berechnet werden.<sup>306</sup>

### **4.2.1.1 Vernachlässigung unterschiedlicher Morbiditätsrisiken**

Der Unterschied zu der Kalkulation des Risikos der inländischen Versicherten besteht darin, dass die Zu- und Abschläge sich nur nach dem Alter und dem Geschlecht richten und die gruppenspezifische Morbiditätsstruktur unberücksichtigt bleibt. Es wird einfach unterstellt, dass die im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten die gleiche durchschnittliche Morbidität wie die Inländer aufweisen, so dass die Berechnungsgrundlage die durchschnittlichen Zu- und Abschläge der alters- und geschlechtsgleichen Inländer bildet. Das liegt unter anderem sicher auch an fehlenden personenbezogenen Abrechnungsdaten, da bislang zwischenstaatlich nur die Rechnungen zwischen den aushelfenden und zuständigen Trägern ausgetauscht werden und nicht etwa bspw. die Diagnosen und Arzneimittelverordnungen, die ja für die Errechnung des spezifischen Gruppenrisikos von grundlegender Bedeutung wären.

Relevant wird die Morbiditätsstruktur der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten für eine gesetzliche Krankenkasse allerdings nur dann, wenn sie deutlich höher liegt als die der Inländer. Das würde zu einer systematischen Unterdeckung führen, d. h. die Zuweisungen im Bereich der standardisierten Leistungsausgaben für die Risikogruppen der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten fallen geringer aus als die Leistungsausgaben, die die Krankenkasse für diejenigen Versicherten hat. Profitieren würde die Krankenkasse dagegen, wenn diese Gruppe eine niedrigere Morbiditätsstruktur als die Inländer aufweisen würde, denn das würde zu einer systematischen Überdeckung führen. Diese Logik funktioniert aber nur im Falle der Kostenerstattung nach tatsächlichem Aufwand, da bei der Abrechnung nach Kopf- und Familienpauschale

---

<sup>306</sup> Siehe *Kapitel 3.3*.

die tatsächliche Leistungsanspruchnahme keine Rolle spielt. Zu den Ländern mit pauschaler Vergütung gehören bspw. Irland, Spanien und Zypern<sup>307</sup>.

Auf der anderen Seite ist die Gruppe der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten relativ klein. Weniger als eine halbe Million deutsche GKV-Versicherte haben ihren Wohnsitz im Ausland, was einem Anteil von gerade mal 0,7 Prozent an den gesamten GKV-Versicherten entspricht.<sup>308</sup> Davon waren fast 60 Prozent bei den AOK versichert und nur rund ein Viertel bei den Ersatzkassen.<sup>309</sup> Bei der AOK Bayern hatten 76.042 Versicherte ihren Wohnsitz im Ausland,<sup>310</sup> was 27,3 Prozent an den gesamten AOK Versicherten entspricht.<sup>311</sup> Damit entfielen über ein Viertel auf eine von elf AOK. Die AOK Bayern hatte also überproportional viele im Ausland wohnhafte Inlandsversicherten zu betreuen, was aber durch den Morbi-RSA nur dann risikoarm für die Krankenkasse ist, wenn die Morbiditätsstruktur dieser Versicherten nicht deutlich höher ausfällt als die ihrer Inlandsversicherten.<sup>312</sup>

Der Rentneranteil bei den Versicherten mit Wohnsitz im Ausland lag bei der Kassenart AOK bei 31,9 Prozent.<sup>313</sup> Dagegen lag der Rentneranteil bei den Versicherten im Inland (ohne Versicherte mit Wohnsitz im Ausland) bei nur 25,0 Prozent.<sup>314</sup> Der Rentneranteil ist also im Ausland um +6,9 Prozent höher. Ein höherer Rentneranteil bedeutet aber auch ein höheres Alter der Versicherten. Ein höheres Alter bedeutet ein höheres Risiko für verschiedene Erkrankungen und auch für das Auftreten mehrerer Krankheiten parallel. So lässt bspw. die Funktionsfähigkeit des Immunsystems mit zunehmenden Alter nach (es ist weniger effektiv gegen Bakterien und Viren), so dass alte Menschen häufiger anfällig für Infektionen sind. Wenn nun die größte Gruppe der im Ausland wohnenden AOK Bayern Versicherten auch Rentner sind (31,9 Prozent sind es auf Kassenartebene), die naturgemäß ein erhöhtes Krankheitsrisiko aufweisen, dann führt das sehr wahrscheinlich generell zu höheren Gesundheitsausgaben. Wenn diese auch noch deutlich morbider als die inländischen Rentner sind, dann kann das dazu führen, dass das Zuweisungsvolumen aus dem Morbi-RSA die Ausgabenhöhe für diese Gruppe (AusAGG) nicht deckt.<sup>315</sup>

---

<sup>307</sup> Diese Länder sind in Anhang III der VO (EG) Nr. 987/2009 aufgeführt: Irland, Spanien, Zypern, Portugal, Schweden und Vereinigtes Königreich.

<sup>308</sup> Siehe **Kapitel 3.3**.

<sup>309</sup> Siehe **Tabelle 8**.

<sup>310</sup> Siehe **Tabelle 8**.

<sup>311</sup> Siehe **Kapitel 4.1.1**.

<sup>312</sup> Zur Berechnung des Zuweisungsvolumen aus dem Morbi-RSA siehe **Kapitel 3.3**.

<sup>313</sup> Siehe **Tabelle 8**.

<sup>314</sup> Eigene Berechnung der Prozentzahl, Stichtag 1.7.2018. Daten: Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2018.

<sup>315</sup> Siehe **Kapitel 3.3**.

#### 4.2.1.2 Vernachlässigung unterschiedlicher Kostenstrukturen

Kritisch wird es wiederum auch dann, wenn eine Krankenkasse mehr Menschen in Wohnsitzländern mit kostenintensiverer Gesundheitsversorgung zu betreuen hat. 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. Das gilt für alle Fälle, bei denen die Abrechnung auf Basis der VO (EG) Nr. 883/2004 erfolgt, da sich hierüber die Kostenerstattung nach dem tatsächlichen Aufwand richtet, d. h. nach den Vertragssätzen des ausländischen aushelfenden Trägers bzw. den vereinbarten Fallpauschalen. Bei der Abrechnung nach der RL 2011/24/EU ist das egal, da sich die Kostenerstattung dort nach den Vertragssätzen des Inlandes (Höchstgrenze) richtet. Wenn nun die Vertragssätze oder Fallpauschalen im Ausland wesentlich höher sind als die Vertragsätze der zuständigen deutschen Krankenkasse, kann das dazu führen, dass die betreffende Kasse höhere Ausgaben durch die Versicherten in den Ländern mit einem höheren Preisniveau hat als sie durch die Zuweisungen, die auf Basis der kassenübergreifenden Durchschnittsausgaben ermittelt werden, decken kann (Unterdeckung). Das gilt auch wieder vice versa. Die Krankenkasse profitiert, wenn sie mehr Versicherte in Ländern mit einer kostengünstigeren Gesundheitsversorgung betreut (Überdeckung).

Dazu ein Beispiel: Ein Patient leidet unter Brennen beim Wasserlassen, häufigen Harndrang und starken Unterleibsschmerzen. Mit diesen Symptomen einer akuten Harnwegsinfektion begibt er sich nun zu einem Vertragsarzt für Allgemeinmedizin in seiner Nähe. In Deutschland kann dieser für die Konsultation des Patienten 12,68 Euro<sup>316</sup> mit der GKV abrechnen. Zur Behandlung verordnet der Arzt drei Gramm Fosfomycin (Antibiotikum), das der Patient einmalig oral einnehmen soll. Das Generikum „Fosfomycin AL“ kostet in der Apotheke in Deutschland 16,55 Euro, der Patient muss 5,00 Euro zuzahlen.<sup>317</sup> In Österreich dagegen kann der Vertragsarzt für Allgemeinmedizin 18,74 Euro<sup>318</sup> für die Konsultation bei der österreichischen Gesundheitskasse abrechnen. Das österreichische Generikum „Cystium“ kostet 4,55 Euro<sup>319</sup> und der

---

<sup>316</sup> Honorar nach EBM Nr. 03000 Versichertenpauschale. Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021.

<sup>317</sup> Vgl. Lauer-Taxe, Preisstand: 15.1.2021.

<sup>318</sup> Vgl. Österreichische Gesundheitskasse, 2020.

<sup>319</sup> Die „Internationale Apotheke“ in Wien gab die Preisauskunft per E-Mail am 15.1.2021.

Patient muss in diesem Fall 4,55 Euro<sup>320</sup> zuzahlen. Unterm Strich ist also die gleiche Behandlung in Österreich um 5,49 Euro kostengünstiger für die GKV und um 0,45 Euro kostengünstiger für den Patienten.<sup>321</sup>

Inwieweit die beiden genannten Risikofaktoren (Erstens: abweichende Morbiditätsstruktur der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten von den der Inländer, Zweitens: ein unterschiedliches Preisniveau (Vertragsätze) in der Gesundheitsversorgung im Ausland gegenüber zu Deutschland) zu tatsächlichen Abweichungen in signifikanter Höhe auf das Zuweisungsvolumen auf eine einzelne Krankenkasse führen, lässt sich zurzeit aufgrund fehlender vergleichender Studien nicht fundiert ermitteln.

In Bezug darauf, ob sich die Höhe der Zuweisungen aus dem Morbi-RSA für die Risikogruppen der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten generell mit deren Leistungsausgaben decken oder es zu einer Über- oder Unterdeckung kommt, hatte eine vom Bundesamt für Soziale Sicherung nach § 269 SGB V in Auftrag gegebene Studie von Wasem, Lux und Schillo (2016) zur Fragestellung. Allerdings ermittelten sie dies nur auf GKV- und Kassenartenebene.<sup>322</sup>

Eine abschließende Bewertung, in welchem Ausmaß die genannten Verzerrungen die Zuweisungshöhe für die Risikogruppen der im Ausland wohnhaften Versicherten, gerade auch in Bezug auf eine Unter- oder Überdeckung der Leistungsausgaben einer einzelnen Krankenkasse, ist infolgedessen nicht möglich, da wesentliche Informationen fehlen. Es kann jedoch festgestellt werden, dass die hohe Ungleichverteilung der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten auf die einzelnen Krankenkassen zu Vor- und Nachteilen – durch den Einfluss auf die Zuweisungshöhe – im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen führen können.<sup>323</sup> Bei einem Zuweisungsvolumen von rund 782,43 Millionen Euro<sup>324</sup> im Jahr 2018 allein im Bereich der Aus-

---

<sup>320</sup> Die Rezeptgebühr beträgt 6,50 Euro vom 1.1.2021 bis 31.12.2021. Vgl. Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort der Republik Österreich, 2021.

<sup>321</sup> Das ist ein einfaches Beispiel, um zu illustrieren, dass die Behandlungs- und Arzneimittelkosten in den Ländern unterschiedlich hoch sein können. In Wirklichkeit ist das alles aber viel komplizierter. In Deutschland gibt es z. B. noch einen Herstellerrabatt, den die Hersteller von Arzneimitteln den Krankenkassen gewähren. Der ist geheim und wird im Rahmen der Rabattverträge alle zwei Jahre neu ausgehandelt bzw. ausgeschrieben. Der Rabatt erfolgt auf den Apothekeneinkaufspreis. Im Groben funktioniert das wie folgt: Die Apotheken kaufen vom Hersteller ein, drucken den Preis auf das Rezept und rechnen es ab. Die Krankenkassen geben den Apotheken den Preis abzüglich Zuzahlung etc. wieder und holen sich dann noch einen Teil des Geldes von den Herstellern, mit denen sie einen Rabattvertrag haben, zurück. Wie viel die Krankenkassen im Einzelfall tatsächlich bezahlen, wissen wir also streng genommen nicht. Vgl. § 130a SGB V.

<sup>322</sup> Siehe **Kapitel 3.3**.

<sup>323</sup> Siehe **Kapitel 3.3**.

<sup>324</sup> Die Summe entspricht der Begrenzung des Zuweisungsvolumens auf die tatsächlichen Ausgaben für Auslandsleistungen aller Krankenkassen. Rechnung: 785,27 Millionen Euro der GKV abzüglich 2,84 Millionen Euro der LKK (nimmt nicht am Morbi-RSA teil) = 782,43 Millionen Euro. Siehe **Tabelle 5**.

landsleistungen und der sehr unterschiedlichen Verteilung der im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten (insgesamt ca. knapp eine halbe Million Versicherte<sup>325</sup>) auf die einzelnen Krankenkassen kann das für einen fairen Wettbewerb von großer Bedeutung sein.

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. Deshalb wurde auch, um die Zielgenauigkeit der Zuweisungen in diesem Bereich weiter zu erhöhen, in § 269 SGB V festgelegt, dass alle Krankenkassen die Datengrundlagen für diese Versichertengruppe verbessern sollen, damit darauf aufbauend die Zuweisungsmodelle weiterentwickelt werden können. Das nächste Gutachten dazu, mit den Daten der Krankenkassen aus den Berichtsjahren 2016 und 2017, ist derzeit noch ausstehend.

#### **4.2.2 Kostenrisiken durch Auslandsversicherte mit Leistungsinanspruchnahme im Inland**

Ganz anders dagegen ist das Risiko durch die Leistungsinanspruchnahme von Auslandsversicherten im Inland, bei denen die gesetzlichen Krankenkassen als aushelfende Sachleistungsträger fungieren, zu bewerten.

Bei dieser Gruppe handelt es sich um all diejenigen Menschen, die im Ausland versichert sind und während eines Aufenthalts in Deutschland Gesundheitsleistungen auf Basis des über- oder zwischenstaatlichen Rechts in Anspruch nehmen. Dazu zählen in aller erster Linie Touristen<sup>326</sup>. Dabei ist es nach der RL 2011/24/EU unerheblich, ob der Auslandsversicherte die Leistungen in Deutschland gezielt gesucht hat oder ungeplant in Anspruch nimmt. Nach den bilateralen SVA, die Deutschland im Bereich der Krankenversicherung z. B. mit Nordmazedonien und der Türkei geschlossen hat,<sup>327</sup> sind dagegen nur akutmedizinische Behandlungen möglich. Nach der VO (EG) Nr. 883/2004 sind neben der notfallmäßigen Behandlung auch gezielte Behandlungsreisen möglich, wobei die Kostenübernahme aber in manchen Ländern von einer Vorabgenehmigung des Krankenversicherungsträgers abhängig ist.

Das Risiko für die Krankenkasse entsteht hierbei aus der Vorfinanzierung der Leistungen, welche die Auslandsversicherten bei den deutschen Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Im

---

<sup>325</sup> Siehe *Tabelle 8*.

<sup>326</sup> Hier sind diejenigen Touristen gemeint, die aus dem Ausland (EU, EWR, Schweiz oder SVA-Staat) kommen und Deutschland bereisen.

<sup>327</sup> Siehe *Tabelle 2*.

Jahr 2018 hatte die AOK Bayern für 101.049 Auslandsversicherte Sachleistungsaushilfe zu leisten, für welche ihr Leistungsausgaben in Höhe von 106.150.775 Euro<sup>328</sup> entstanden.<sup>329</sup>

Die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Vorfinanzierung der Leistungen liegen für die einzelne Krankenkasse vor allem in der Liquiditätssteuerung und dem Eintreiben von Schulden bei den ausländischen Trägern. Warum das nicht so einfach ist und welche Folgen sich (im schlimmsten Fall) aus einem Forderungsausfall ergeben, soll in der folgenden Darstellung der Auswirkungen der Wettbewerbsverzerrungen auf die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit einer Krankenkasse deutlich werden.

### **4.3 Auswirkungen auf den Wettbewerb der Krankenkassen**

#### **4.3.1 Liquiditätsrisiken durch Leistungsverpflichtungen ohne Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds**

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen Zuweisungen für ihre Versicherten mit Wohnsitz im Ausland<sup>330</sup> – wobei das Risiko der Unterdeckung besteht, wenn das Zuweisungsvolumen niedriger als die Leistungsausgaben für jene Versicherten ausfällt – (siehe **Kapitel 3.3**), nicht aber für (zusätzlich) mitbetreute Versicherte, die bei einem ausländischen Träger versichert sind. Damit sind im letzteren Falle die Kassen zur Leistung verpflichtet, stehen aber mit der (Vor-)Finanzierung allein dar.

Die Höhe der vorzufinanzierenden Leistungen haben einen direkten Einfluss auf die Liquidität einer Krankenkasse, was aber erst problematisch wird, wenn Liquiditätsengpässe bestehen. Um finanzielle Engpässe auszugleichen ist es Krankenkassen nicht erlaubt, Darlehen bei Kreditinstituten aufzunehmen. Das ist ihnen nach § 220 Abs. 1 Satz 2 SGB V gesetzlich ausdrücklich verboten. Lediglich zur Finanzierung eines Grundstückkaufs oder von Baumaßnahmen kann die zuständige Aufsichtsbehörde eine Kreditaufnahme unter bestimmten Bedingungen genehmigen. Um die Leistungsfähigkeit einer Krankenkasse trotz Einnahmen- und Ausgabenschwankungen jenseits von Immobiliengeschäften jederzeit sicherzustellen, hat der Gesetzgeber andere Wege zur Liquiditätsbeschaffung geschaffen. Zum einen ist dies der Rückgriff auf zuvor

---

<sup>328</sup> Es ist davon auszugehen ist, dass sie tatsächlich noch höher liegen aufgrund von bspw. noch unberücksichtigten Rechnungen. Siehe **Kapitel 3.4.3**.

<sup>329</sup> Siehe **Tabelle 16**.

<sup>330</sup> Diese Versicherten werden nach Alter und Geschlecht aktuell 40 Risikogruppen (AusAGG) zugeordnet, nach denen sich die Zu- und Abschläge auf die einheitliche Grundpauschale berechnen. Siehe **Fn. 162**.

erwirtschaftete Gewinne. Grundsätzlich ist es Krankenkassen erlaubt Gewinne zu erwirtschaften. Sie sind aber dazu verpflichtet zunächst die Gesamtrücklage<sup>331</sup> nach § 262 SGB V, die als Sondervermögen von dem Landesverband verwaltet wird, bis zum satzungsmäßigen Anteil am Rücklagen-Soll aufzufüllen, bevor sie ihre selbst verwaltete Rücklage auffüllen darf. Hat sie diese gesetzliche Pflicht erfüllt, könnte sie erwirtschaftete Überschüsse auch ihren Versicherten auszahlen, z. B. indem sie einen erhobenen Zusatzbeitrag absenkt. Verzeichnet eine Krankenkasse aber Verluste und kann sie diese nicht durch den Einsatz von Betriebsmitteln ausgleichen, kann sie zunächst ihre selbst verwaltete Rücklage einsetzen und wenn das nicht ausreicht über ihr Rücklageguthaben beim Landesverband verfügen. Sollte auch das nicht ausreichen kann sie vom Landesverband ein Darlehen aus der Gesamtrücklage erhalten. Finanzstarke Krankenkassen können sich ein großes finanzielles Reservepolster anlegen, finanzschwache Kassen sind im Nachteil.

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. Voraussetzung, Rückzahlung und Verzinsung dieser Hilfe wird in der Satzung bestimmt.

Um mittelfristig Liquiditätsprobleme zu überbrücken kann eine Krankenkasse auch einen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V erheben bzw. diesen erhöhen. Der Zusatzbeitrag ist einkommensabhängig und kann seit dem 1.1.2015 von jeder Kasse individuell erhoben werden. Im Gegensatz zu den anderen Mitteln wirkt sich diese Maßnahme unmittelbar auf den Wettbewerb zwischen den Kassen aus. Der Zusatzbeitrag wird als Prozentsatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen berechnet, Krankenkassen mit keinem bzw. niedrigerem Zusatzbeitrag (und niedrigerem einheitlichen Beitragssatz) sind aus Sicht des Versicherungsnehmers finanziell attraktiver, so dass eine Erhebung bzw. Erhöhung des Zusatzbeitrages einen Verlust an Mitgliedern bedeuten könnte.<sup>332</sup>

---

<sup>331</sup> Jede Krankenkasse ist nach § 261 SGB V zur Bildung einer Rücklage verpflichtet. Der Rücklagesoll beträgt mindestens ein Viertel der Monatsausgaben. Die Satzung des Landesverbands kann bestimmen, dass ein Teil dieser Rücklage (maximal ein Drittel des Rücklagesolls) vom Landesverband verwaltet wird. Die Gesamtrücklage setzt sich also aus den Rücklagenanteilen aller Mitgliedskassen des Landesverbandes zusammen.

<sup>332</sup> Konkretes Beispiel: Im Jahr 2018 lag der durchschnittliche Zusatzbeitrag bei 1,03 Prozent, die AOK Bayern lag also mit 1,1 Prozent nur knapp darüber. Von den AOK erhob die AOK Rheinland/Hamburg mit 1,4 Prozent den höchsten Zusatzbeitrag in dem Jahr, die AOK Sachsen-Anhalt mit 0,3 Prozent den niedrigsten. Es ist allerdings nicht möglich, dass die Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg einfach zur AOK Sachsen-Anhalt wechseln können, da diese Kassen nur regional geöffnet sind. Andere Kassen, wie bspw. alle Ersatzkassen, sind dagegen bundesweit geöffnet und damit als direkte Konkurrenz zu betrachten. Quelle für die Zusatzbeiträge: Vgl. VersicherungsWiki e.K., 2020.

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. Die Satzung des GKV-Spitzenverbandes regelt dabei die Voraussetzungen, Umfang, Dauer, Finanzierung und Durchführung der Hilfen, die nur befristet und mit Auflagen gewährt werden. Ziel dieser Hilfen ist es, der angeschlagenen Krankenkasse die Vereinigung mit einer anderen Krankenkasse zu erleichtern oder die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit der Kasse sicherzustellen. Finanziert werden die von der Aufsichtsbehörde angeforderte Hilfen durch einen Bescheid des GKV-Spitzenverbandes an seine Mitgliedskassen (Ausnahme: Landwirtschaftliche Krankenkasse), wobei sich die zu leistenden Beträge der einzelnen Kassen an deren Leistungsfähigkeit bemessen. Zur Zwischenfinanzierung hat der GKV-Spitzenverband die Möglichkeit, ein nicht zu verzinsendes Darlehen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufzunehmen.<sup>333 334</sup>

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. Fusionieren können aber grundsätzlich nur die Allgemeinen Ortskrankenkassen, die Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie die Ersatzkassen. Bedingung ist die Genehmigung durch die zuständigen

---

<sup>333</sup> Vgl. § 164 SGB V.

<sup>334</sup> Nach § 265b SGB V (alte Fassung) in der vor dem 1.4.2020 geltenden Fassung konnten sich Krankenkassen derselben Kassenart untereinander, durch ein freiwillig gewährtes Darlehen, finanziell unterstützen. Dazu setzten die beiden beteiligten Krankenkassen einen Vertrag auf, in dem sie die Konditionen der Darlehensvergabe regelten. Dieser Vertrag musste dann nur noch vor Inkrafttreten von den zuständigen Aufsichtsbehörden genehmigt werden. Diese Vorschrift wurde durch das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) vom 22.3.2020 (BGBl. I S. 604) mit Wirkung zum 1.4.2020 aufgehoben. Der Grund liegt darin, dass mit diesem Gesetz die Haftungsregeln geändert wurden. Während zuvor bei Auflösung, Schließung oder Insolvenz einer Kasse die anderen Kassen der gleichen Kassenart vorrangig gehaftet haben, haften zukünftig alle Krankenkassen gleichermaßen. Damit besteht für die freiwilligen Hilfen zwischen den Kassen der gleichen Kassenart nach § 265b SGB V (alte Fassung) kein Bedürfnis mehr.

Aufsichtsbehörden. Sollte die wirtschaftlich gefährdete Krankenkasse nicht freiwillig fusionieren wollen, kann die zuständige Aufsichtsbehörde auch eine Zwangsfusion<sup>335</sup> anordnen.<sup>336</sup>

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. Beides muss öffentlich bekannt gemacht werden und die Versicherten werden aufgefordert, eine neue Krankenkasse, die fortan den Krankenversicherungsschutz übernehmen soll, zu wählen. Während die Aufsichtsbehörde eine Krankenkasse generell schließen kann, wenn deren Leistungsfähigkeit auf Dauer nicht mehr gegeben ist, kann sie Betriebskrankenkassen auch schließen, wenn der dazugehörige Betrieb schließt.<sup>337 338</sup>

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. Das liegt vor allem daran, dass der Weg der Kostenerstattung wesentlich länger ist, da er über den Umweg der Nationalen Kontaktstellen erfolgt. In der Regel dauert die Bearbeitungszeit zwischen den Trägern unterschiedlicher Mitgliedsstaaten wesentlich länger als zwischen den Trägern im Inland. Schwieriger wird es auch, die offenen Forderungen bei ausländischen Trägern einzutreiben.

---

<sup>335</sup> Nach § 156 SGB V ist für die Zwangsfusion (Vereinigung auf Antrag) einer bundesunmittelbaren Krankenkasse das Bundesministerium für Gesundheit zuständig. Dies würde dann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erfolgen. Für eine Zwangsfusion landesunmittelbarer Krankenkassen sind die Landesregierungen zuständig. Auch das müsste durch Rechtsverordnung geschehen.

<sup>336</sup> Eine schriftliche Anfrage am 18.1.2021 an das Bundesministerium für Gesundheit ergab, dass es noch nie eine Vereinigung von Krankenkassen durch das Bundesministerium für Gesundheit gegeben hat, weder nach § 156 SGB V in der seit dem 1.4.2020 geltenden Fassung noch nach den bis zum 31.3.2020 geltenden Vorgängernormen (§ 168 a Absatz 2 und § 150 Absatz 2 SGB V). Dagegen hat es schon eine Reihe von freiwilligen Vereinigungen gesetzlicher Krankenkassen gegeben. Davon gab es bspw. im Jahr 2018 zwei: So fusionierte die „BKK Pfalz“ mit der „BKK Vital“ zur „BKK Pfalz“ und die „BKK MEM“ mit der „Metzinger BKK“ zur „Metzinger BKK“.

<sup>337</sup> Vgl. § 159 SGB V.

<sup>338</sup> Das Bundesamt für Soziale Sicherung (zuständige Aufsichtsbehörde) hat bspw. per Bescheid die „City BKK“ zum 1.7.2011 und die „BKK für Heilberufe“ zum 31.12.2011 geschlossen. Beide Kassen hatten längere Zeit Finanzierungsprobleme und waren auf Dauer nicht mehr leistungsfähig. Die „BKK für Heilberufe“ versuchte noch einen Fusionspartner zu finden, die Fusion mit der „BKK vor Ort“ scheiterte aber. Auch die „City BKK“ hatte zuvor noch versucht, sich durch mehrere Fusionen mit anderen Betriebskrankenkassen zu sanieren, aber ohne Erfolg.

#### 4.3.2 Liquiditätsrisiken durch verspätete oder verweigernde Zahlungen zuständiger Träger im Ausland

Grundsätzlich gibt es Fristen, in denen die Forderungen eingereicht und bezahlt werden sollen. Nach Art. 67 der VO (EG) Nr. 987/2009 hat der aushelfende Träger maximal 18 Monate<sup>339</sup> Zeit, die Forderungen bei der Verbindungsstelle des zuständigen (leistungspflichtigen) Trägers einzureichen. Verspätet eingereichte Forderungen verfallen<sup>340</sup>. Nach Eingang bei der Verbindungsstelle des zuständigen Trägers hat der zuständige Träger maximal 18 Monate Zeit, die Forderung zu begleichen. Sollte der zuständige Träger sie 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<sup>341</sup> vergehen, bis die Forderung beglichen wird.

Was aber, wenn der zuständige Träger die Zahlung weiterhin verweigert? Welche Mittel stehen einer Krankenkasse zur Verfügung, um Forderungen international einzutreiben?

Zunächst einmal gibt es die Möglichkeit, Verzugszinsen nach Ablauf der Zahlungsfrist von 18 Monaten nach Forderungseingang auf die ausstehende Forderungssumme zu erheben. Nach Art. 68 der VO (EG) Nr. 987/2009 kann (nicht muss) der forderungsberechtigte Träger Zinsen für die ausstehende Forderungshöhe erheben, aber nur, wenn der leistungspflichtige Träger noch keine Anzahlung geleistet hat. Sobald dieser eine Anzahlung in Höhe von mindestens 90 Prozent der Forderungssumme innerhalb von sechs Monaten nach Forderungseingang leistet – und die Verbindungsstelle des forderungsberechtigten Trägers die Anzahlung akzeptiert, dürfen Zinsen auf den noch ausstehenden Teil der Forderung (maximal also zehn Prozent) verlangt werden, jedoch erst nach der Frist für Rechnungsbeanstandungen, d. h. nach den drei Jahren für den Einigungsversuch. Sollte die Verbindungsstelle des forderungsberechtigten Trägers die

---

<sup>339</sup> Die Einreichungsfrist für die Forderungen auf Grundlage von tatsächlichen Aufwendungen beträgt bis zu 12 Monate nach Ablauf des Kalenderhalbjahres, in dem sie beim aushelfenden Träger gebucht wurden, und auf Grundlage von Pauschalbeträgen bis zu 12 Monate ab Veröffentlichung der Durchschnittskosten im Amtsblatt der Europäischen Union. Vgl. Art. 67 Abs. 1 und 2 VO (EG) Nr. 987/2009.

<sup>340</sup> Vgl. Art. 67 Abs. 4 VO (EG) Nr. 987/2009.

<sup>341</sup> Rechnung: 18 Monate Zeit zum Einreichen bei der Verbindungsstelle des zuständigen Trägers plus 18 Monate Bearbeitungszeit *oder* 18 Monate Zeit zum Einreichen bei der Verbindungsstelle des zuständigen Trägers plus drei Jahre Einigungsversuche plus ggf. sechs Monate für die parteiunabhängige Stellungnahme eines Rechnungsausschuss, wenn in den drei Jahren kein Einigungsversuch erzielt werden konnte.

Anzahlung ablehnen, dürfen die Verzugszinsen auf die gesamte Forderungshöhe erhoben werden, jedoch erst nach der Frist für Rechnungsbeanstandungen, also nach den drei Jahren für den Einigungsversuch.

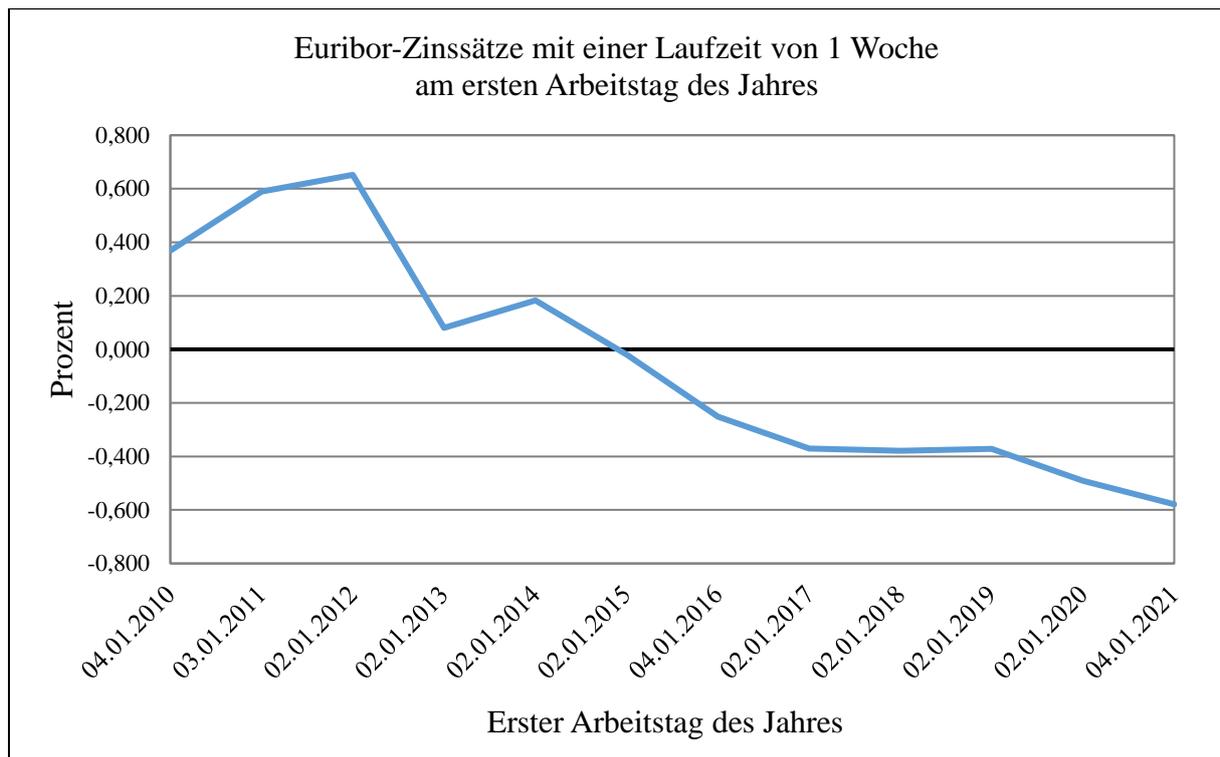
Unabhängig davon, ob die Forderung korrekt ist oder zurückgewiesen wird, ist es für den leistungspflichtigen Träger theoretisch sinnvoll, die Anzahlung zunächst zu leisten, um die Belastungen aus den Verzugszinsen gering zu halten. Das können sich aber in der Regel nur die finanziell gut aufgestellten Träger leisten. Demgegenüber ist es für die forderungsberechtigten Träger sinnvoll, die Anzahlung anzunehmen, da damit der Hauptteil (mindestens 90 Prozent) der Forderungssumme relativ zeitnah beglichen wird und die Erhebung der Verzugszinsen bei Ablehnung der Anzahlung des leistungspflichtigen Trägers auf die gesamte Forderungssumme erst nach der Frist von drei Jahren für den Einigungsversuch erfolgen darf.

Die Berechnung der Verzugszinsen richtet sich nach Art. 68 Abs. 2 der VO (EG) Nr. 987/2009 nach dem Hauptrefinanzierungssatz der Europäischen Zentralbank. Ein Problem dabei ist, dass dieser Referenzzinssatz seit 2015 negativ ist. Der Euro InterBank Offered Rate (Euribor) lag am 4.1.2020 bei -0,579 Prozent<sup>342</sup>. Früher lag der Zinssatz zwischen zwei bis sechs Prozent, seit 2008 ist er gesunken. Konkret bedeutet das, dass die forderungspflichtige Krankenkasse derzeit für das Nichtbegleichen von Forderungen belohnt wird, indem der negative Zinssatz die Schulden abschmelzen lässt – und die forderungsberechtigte Kasse zugleich bestraft, da sie draufzahlt, wenn sie Zinsen erhebt. Vielleicht ist „bestraft“ hier auch das falsche Wort, denn sicher wird keine forderungsberechtigte Kasse freiwillig Minuszinsen erheben bzw. Rabatt geben. Es ist vielmehr so, dass sich die Forderungssumme nicht ändert und kein Anreiz für fristgemäße Zahlung vorhanden ist, so dass die forderungspflichtige Kasse belohnt wird (und sich die forderungsberechtigte Kasse sich nicht selbst bestraft).

---

<sup>342</sup> Vgl. European Money Market Institute, 2021.

**Abbildung 15:** Entwicklung der Euribor-Zinssätze<sup>343</sup>



Weitere Sanktionsmöglichkeiten werden für den Zahlungsverzug einer Krankenkasse in der VO (EG) Nr. 987/2009 nicht genannt. Auch in der RL 2011/24/EU, deren Regelungen von jedem Mitgliedstaat in nationales Recht umzusetzen ist, gibt es keine Festlegungen dazu, wie die offenen Forderungen von säumigen Krankenkassen eingetrieben werden können. Man könnte vermuten, dass es zwischen den verschiedenen Krankenversicherungsträgern in den EU-Staaten erstens bestimmte Deeskalationsstufen gibt und zweitens vielleicht bilaterale Verrechnungsabkommen zwischen den Verbindungsstellen geschlossen wurden. Die RL 2011/24/EU gibt dazu einen Hinweis, denn in Kapitel IV Art. 10 Satz 3 empfiehlt die Kommission ihren Mitgliedstaaten, dass sie miteinander Abkommen über die Amtshilfe und Zusammenarbeit schließen. 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.

<sup>343</sup> Vgl. European Money Market Institute, 2021.

Über die (De-) Eskalationsstufen, auf bspw. ministerieller Ebene, ist ebenso wenig öffentlich bekannt. Dazu ein Beispiel: Eine deutsche gesetzliche Krankenkasse zahlt eine zu spät eingereichte Forderung grundsätzlich nicht, da sie erstens gemäß Art. 67 Abs. 4 der VO (EG) Nr. 987/2009 nicht dazu verpflichtet ist und es zweitens gemäß § 4 SGB V eine Veruntreuung von Beitragsgeldern darstellen würde, da die Begleichung einer bereits verfristeten Forderung im Widerspruch zum Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse stehen würde. Wenn die Politik nun darauf drängt, dass die Forderung doch noch bezahlt werden soll, hat das zuständige Ministerium die Möglichkeit eine aufsichtsrechtliche Anweisung zur Zahlung zu geben. Die Aufsicht über diejenigen Krankenkassen, deren Tätigkeitsgebiet sich auf maximal drei Bundesländer erstreckt (dazu gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen), hat das zuständige Gesundheits- bzw. Sozialministerium des Landes (im Regelfall dasjenige, wo die Kasse ihren Sitz hat). Über die AOK Bayern führt bspw. das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die Aufsicht. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen, d. h. diejenigen Krankenkassen, deren Tätigkeitsgebiet sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt (dazu gehören die Ersatzkassen und die Mehrheit der Betriebskrankenkassen), unterliegen dagegen der Aufsicht des Bundesministeriums für Soziale Sicherung, das dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt ist.<sup>344</sup>

Auch hier lässt sich nur vermuten, dass bspw. (um Druck abzubauen) Zahlungsziele miteinander ausgehandelt werden oder (um Druck aufzubauen) gedroht wird, die Leistungsaushilfe auszusetzen, bis eine bestimmte Summe X bezahlt wurde. Wie glaubwürdig eine solche Drohung ist, die mangels Rechtsgrundlage ziemlich schnell als europarechtswidrig entlarvt sein dürfte, sei dahingestellt.

#### **4.4 Strukturelle und systemische Ursachen ungleicher Belastungswirkungen für Kostenträger**

Die ungleich verteilten Finanzierungslasten mit grenzüberschreitendem Bezug entstehen sowohl durch die Inlandsversicherten, die Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen, als auch durch die im Ausland Versicherten, die Leistungen im Inland in Anspruch nehmen.

Die Mehrbelastungen durch die erste Gruppe werden der Kasse durch den Morbi-RSA ausgeglichen – unabhängig z. B. davon, ob die Behandlung im Ausland gezielt oder ungeplant oder ob die Inanspruchnahme über die VO (EG) Nr. 883/2004 oder die RL 2011/24/EU erfolgte. Das gilt vor allem für die Versicherten, die sich nur vorübergehend (z. B. als Tourist) ins Aus-

---

<sup>344</sup> Vgl. § 94 Abs. 2 Satz 2 SGB IV.

land begeben und die Inanspruchnahme im Wesentlichen zum normalen Risiko eines Versicherten gehört. Die Belastung durch die Mehrkosten wird dadurch beschränkt, dass bei bestimmten Behandlungen im Ausland eine Genehmigungspflicht (sowohl bei der Kostenerstattung über die Verordnung als auch der Richtlinie) des zuständigen Trägers besteht.

Auch die ungleichen Finanzierungslasten, die der Kasse durch die spezielle Risikogruppe der Inlandsversicherten mit Wohnsitz im Ausland entstehen können, werden durch die Ermittlung spezifischer Risikoabschläge und Risikozuschläge über eigene Zuweisungsgruppen ausgeglichen. Da es in diesem Bereich aber immer noch – nach Berechnungen von Deckungsquoten – zu Über- und Unterdeckungen bei den einzelnen Kassenarten kommt, hat der Gesetzgeber in Sonderregelungen nach § 269 SGB V festgelegt, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung regelmäßig Folgegutachten in Auftrag zu geben hat, um das Modell für die Zuweisungen in dem Bereich systematisch weiterzuentwickeln, und dass die Datengrundlage in diesem Bereich verbessert werden soll.

Im Gegensatz dazu muss jede Krankenkasse die Vorfinanzierungslasten, die ihr durch die im Ausland Versicherten entstehen, selbst tragen. Dabei entstehen die Wettbewerbsverzerrungen vor allem durch die ungleiche Verteilung der Auslandsversicherten auf die einzelnen Krankenkassen. Der Versicherte, der die aushelfende Sachleistungsgewährung im Rahmen des zwischen- und übergeordneten Rechts für sich in Anspruch nehmen möchte, darf den (aushelfenden) Träger in Deutschland frei wählen.<sup>345</sup>

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Kassen, die miteinander konkurrieren. Im Jahr 2018 gab es 109 gesetzliche Krankenkassen, wobei von denen 44 nur regional und 28 nur betriebsbezogen geöffnet waren. Bei einer Behandlung bspw. in Bayern hätte ein Patient so immer noch die Wahl zwischen 56 Kassen (37 bundesweit plus 19 in Bayern geöffneten Kassen) gehabt.<sup>346</sup> Dabei stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien er diese Entscheidung treffen soll. Für die Kostenerstattung nach der Verordnung gelten die Regeln des Behandlungsstaates (also Deutschland) und der Leistungskatalog des aushelfenden Trägers. Da es in Deutschland gesetzliche Pflichtleistungen nach SGB V gibt, ist der Leistungsumfang bei den Kassen zu 90 bis 95 Prozent identisch<sup>347</sup>. Lediglich bei den (freiwilligen) Zusatzleistungen und den Bonusprogrammen gibt es Unterschiede. In der Regel kennt der im Ausland Versicherte die Unterschiede im Leistungsumfang zwischen den deutschen Krankenkassen jedoch nicht. Bei Einreise zur

---

<sup>345</sup> Grundlage dafür bildet in Deutschland § 175 SGB V. Danach dürfen gesetzlich Versicherte ihre Krankenkasse frei wählen und haben zudem das Recht sie nach einer Bindungsfrist von 18 Monaten zu wechseln (Ausnahme: beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige).

<sup>346</sup> Eigene Berechnung, Vgl. VersicherungsWiki e.K., 2020.

<sup>347</sup> Vgl. Zentrale Vereinigung für bürgernahe Verbraucherinformationen, 2020.

Behandlung und Kostenerstattung nach der RL 2011/24/EU ist wiederum der Leistungskatalog des Aufenthaltsstaates irrelevant, da die Regeln des Versicherungsstaates und der Leistungsumfang des zuständigen Trägers gelten. Hierbei gibt es für den Versicherten im Prinzip keinen Anreiz, sich für oder gegen eine bestimmte Kasse als aushelfenden Träger zu entscheiden.

Unter der Prämisse, dass es dem Auslandsversicherten wie auch dem Leistungserbringer grundsätzlich egal ist (es sei denn, der im Ausland Versicherte sucht sich – auf Basis der Verordnung – eine deutsche Krankenkasse mit einer speziellen Zusatzleistung aus), welche Kasse als aushelfender Sachleistungsträger einspringt, ist es wahrscheinlich, dass auch die persönliche Präferenz des Leistungserbringers oder die Erreichbarkeit einer Kasse bei der Entscheidung eine Rolle spielen. Eine Zuweisung der Auslandsversicherten auf die Krankenkassen (nach welchen Kriterien auch immer) würde gegen den Wettbewerbsgrundsatz der freien Kassenwahl verstoßen, auf diesem Weg ist eine gerechtere Verteilung daher nicht zu erlangen.

#### **4.5 Reformansätze zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen**

Eine Möglichkeit zur Verringerung der ungleichen Vorfinanzierungslasten und damit der wettbewerblichen Auswirkungen bestünde in einem finanziellen Ausgleich zwischen den Krankenkassen oder der Risikoverlagerung eines Forderungsausfalls auf Ebene des GKV-Spitzenverbandes.

Vor dem Hintergrund, dass Krankenkassen insolvent gehen können und es ihnen aber gleichzeitig untersagt ist kurzfristige Liquiditätsengpässe durch Kredite zu überbrücken (siehe *Kapitel 4.3.1*), stellen die Vorfinanzierung von Leistungsausgaben, die Zwischenfinanzierung von offenen Forderungen und der Ausgleich eines (teilweisen oder vollständigen) Forderungsausfalls besondere Herausforderungen dar. Obwohl der Gesetzgeber ein paar Möglichkeiten geschaffen hat, die Differenz von Einnahmen und Ausgaben auszugleichen, bleibt das Ausfallrisiko doch bei der einzelnen (aushelfenden) Krankenkasse.

##### **4.5.1 Verlagerung von Risiken auf den Gesundheitsfonds**

Um das Risiko von Forderungsausfällen und ihre Liquiditätswirkung gleichmäßiger zu verteilen, könnte der Gesetzgeber das Risiko auf den Gesundheitsfonds verlagern. Dann könnte bspw. jede Krankenversicherung die Forderungen, die ihr durch die Sachleistungsaushilfe der Auslandsversicherten in Deutschland entstanden sind, auf die Überweisungen an den Gesundheitsfonds anrechnen. Wenn dann der ausländische Träger die offene Forderung bei der Krankenkasse beglichen hat, gibt sie die Einnahme (dessen Höhe sie vorher von der Überweisung ab-

gezogen hat) an den Gesundheitsfonds weiter. Der Forderungsausfall trifft dann statt der einzelnen Krankenkassen den Gesundheitsfonds. Damit würde das (Ausfall-) Risiko bei einer viel größeren Solidargemeinschaft liegen. Die Bildung von Rücklagen extra für eventuelle Forderungsausfälle könnte dafür sorgen, dass das Ausfallrisiko abgemildert wird.

#### **4.5.2 Verlagerung von Risiken auf die Verbindungsstelle Ausland**

Eine andere Idee wäre, das Risiko auf die Verbindungsstelle zu übertragen. Als Abteilung des GKV-Spitzenverbandes ist es ihre Hauptaufgabe nach § 219a SGB V den Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer gesetzlich übertragenen Aufgaben auf dem Gebiet des über- und zwischenstaatlichen Rechts zu unterstützen. Würde man (gesetzlich oder satzungsmäßig) festlegen, dass ausschließlich sie als aushelfender Träger in Deutschland fungiert, könnte man das Risiko dort hin verlagern. Entweder könnte die gesamte Vorfinanzierung dann direkt über die Verbindungsstelle erfolgen oder aber die Krankenkassen bleiben weiterhin als aushelfende Träger wählbar, aber rechnen die vorfinanzierten Leistungen direkt mit der Verbindungsstelle ab, so dass das Risiko wiederum bei der Verbindungsstelle liegt und nicht bei der einzelnen Krankenkasse. Die Finanzmittel dazu (Vorfinanzierung durch die Verbindungsstelle) könnten wieder aus dem Gesundheitsfonds stammen. Ein weiterer Vorteil, wenn die Verbindungsstelle als einheitlicher aushelfender Träger fungiert, wäre, dass die komplexen Abrechnungsstrukturen einfacher würden, da das Knowhow nur einmal vorgehalten und der Verwaltungsaufwand nur einmal bei der Verbindungsstelle anfallen würde und nicht bei jeder Krankenkasse extra. 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.

Nach § 171d SGB V (alte Fassung) hafteten für die Forderungen von ausländischen Trägern, wenn eine Krankenkasse insolvent geht (Eröffnung des Insolvenzverfahren oder Abweisung mangels Masse), vorrangig die anderen Krankenkassen der gleichen Kassenart und erst wenn sie eine gewisse Höhe überstiegen auch die Krankenkassen der anderen Kassenarten. Diese Vorschrift wurde mit Wirkung zum 1.4.2020 aufgehoben.<sup>348</sup> Nach § 169 SGB V haften nun für

---

<sup>348</sup> Vgl. § 171d SGB V (alte Fassung) in der vor dem 1.4.2020 geltenden Fassung. Diese Vorschrift wurde durch das Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz – GKV-FKG) vom 22.3.2020 (BGBl. I S. 604) mit Wirkung zum 1.4.2020 aufgehoben.

die Forderungen aufgrund zwischen- und überstaatlichen Rechts alle übrigen Krankenkassen gleichermaßen. Damit wurde das Problem der Haftungsverteilung vom Gesetzgeber bereits erkannt.<sup>349</sup>

#### **4.5.3 Hilfe zur Selbsthilfe: Eröffnung des Klageweges**

Auf politischer Ebene wäre es wünschenswert, dass es Krankenkassen möglich wäre, Außenstände einzuklagen. Dafür gibt es bislang in der Europäischen Union noch keinen Rechtsweg. Es war nicht eingeplant, dass ein ausländischer Träger Forderungen nicht nachkommt. Das Fehlen von Verzinsung und Sanktionsmöglichkeiten bei Zahlungsverzug sowie das Fehlen von Verjährungsfristen führen zu negativen Auswirkungen bei den forderungsberechtigten Krankenkassen. Es ist davon auszugehen, dass auf europäischer Ebene die angeführten Probleme bekannt sein dürften und an Lösungen gearbeitet wird. Würde es einen europäischen Klageweg dafür geben, könnte auch vermieden werden, dass die Leistungsaushilfe so lange ausgesetzt wird (als Druckmittel) bis die Forderungen bezahlt wurden. Das ist aber keineswegs Standard, sondern die absolute Ausnahme. Nach Auskunft der DVKA kam es in der Geschichte der zwischenstaatlichen Abrechnung nur zweimal vor, dass Deutschland die Leistungsaushilfe einseitig ausgesetzt hat. Daraufhin wurden dann mit beiden betroffenen Ländern Zahlungspläne vereinbart<sup>350</sup>.

#### **4.6 Ansatzpunkte für weitergehende Forschungen**

Die vorliegende Arbeit untermauert anhand der Abrechnungsdaten einer großen deutschen gesetzlichen Krankenkasse die These, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung (unabhängig davon, ob der Versicherte die Behandlung im Ausland gezielt gesucht oder ungeplant in Anspruch genommen hat) in den letzten Jahren rapide zugenommen hat. Die Dynamik der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung sollte weiter beobachtet werden, gerade auch vor dem Hintergrund der Gefahren, die davon ausgehen, wie in **Kapitel 2.6** sowie **Kapitel 4.2** und **Kapitel 4.3** dargestellt. In weiterführenden Studien sollten deshalb die Abrechnungsdaten möglichst vieler Krankenkassen einbezogen und miteinander verglichen werden, um ein noch genaueres Bild von der zunehmenden Bedeutung des Themas zu erhalten.

Aufgrund des sehr hohen Aggregationsgrades der Datensätze war es in der vorliegenden Arbeit nicht möglich, die Kosten, die auf die einzelnen Versichertengruppen, Leistungsarten, An-

---

<sup>349</sup> Vgl. § 169 SGB V.

<sup>350</sup> Telefonische Auskunft Hans-Holger Bauer, Geschäftsführer der DVKA von 2004 bis 2020, am 17.12.2019.

spruchsgrundlagen oder Erstattungsarten (siehe **Kapitel 3.4.3**) entfallen, differenzierter zu betrachten. Um die Datengrundlage noch weiter zu verbessern, sollten die Abrechnungsdaten auf kleinerer Aggregationsebene bereitgestellt werden, um die Entwicklungen in den einzelnen Bereichen noch genauer analysieren zu können.

Es wurde plausibilisiert, dass die gesetzlichen Vorgaben zur Finanzierung transnationaler Gesundheitsleistungen Auswirkungen auf die Finanz- und Wettbewerbslage einer gesetzlichen Krankenkasse haben können. Andere Studien, die denselben Fokus haben und mit denen die hier gewonnenen Ergebnissen verglichen werden konnten, förderte die Literaturrecherche nicht zu Tage, so dass diese Thematik unbedingt weiter erforscht werden sollte.

Während Hanefeld und Kollegen relativ viel zu den Auswirkungen des Medizintourismus auf das britische Gesundheitssystem „National Health Service“ forschen (siehe **Kapitel 3.1**), liegen für Deutschland und andere europäische Länder bislang kaum repräsentative Studien vor, die den Einfluss des Medizintourismus auf die jeweiligen Gesundheitssysteme betrachten. Dieser Fokus wäre jedoch wichtig, um einerseits die Effekte auf die Leistungs- und Steuerungssysteme in den Gesundheitssystemen zu zeigen und andererseits Verschiebungen in den Anreizstrukturen und Interessenkonstellationen sowie Fehlanreize beobachten zu können, um diese bei Bedarf zu korrigieren. Damit nationale Gesundheitssysteme unter dem Druck des globalen Medizintourismus nicht kollabieren, sollten internationale Versichertenströme genau untersucht und Maßnahmen diskutiert werden, wie die negativen Auswirkungen (vor allem auch auf die strukturschwachen Gesundheitssysteme) verringert werden können. Die vorliegende Arbeit hat mit der Diskussion in **Kapitel 4.5.3** einen Beitrag dazu geleistet, wie bspw. eine europäische Lösung im Bereich des Schuldenmanagements zwischen in- und ausländischen Krankenversicherungsträgern aussehen könnte.

## 5. Zusammenfassung

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 Versicherte 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.

Wenn die Forderungen höher als die Verpflichtungen sind, kann das zu einer finanziellen Schieflage bei einer (deutschen) Krankenkasse führen, da sie ihre finanziellen Mittel (hauptsächlich<sup>351</sup>) nach bestimmten Schlüsseln durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (Morbi-RSA) bekommt. Diese Zuweisungen sind jedoch so kalkuliert, dass sie nur die Leistungsausgaben der eigenen Versicherten decken (sollen). Wenn die Forderungen, die durch die Leistungsausgaben der im Ausland Versicherten entstehen, von den zuständigen Trägern erst Monate oder Jahre später oder auch gar nicht beglichen werden, dann fehlen den heimischen Trägern die Mittel für die Finanzierung der Leistungsausgaben für die eigenen Versicherten (im Inland). Die Krankenkassen können zwar Rücklagen bilden (wenn sie aus dem Morbi-RSA oder der Erhebung eines Zusatzbeitrages mehr einnehmen als sie für die Versorgung ihrer Versicherten ausgeben müssen) und diese einsetzen, bis sie verbraucht sind, Kredite können sie aber für diese Finanzierung bei Bankinstituten nicht aufnehmen. Im schlimmsten Fall droht dann der Krankenkasse die Insolvenz, was dann wiederum Auswirkungen auf das gesamte GKV-System hat.

Bislang liegen für Deutschland keine Studien vor, welche die realen Versichertenströme und die tatsächlichen Kosten einer Krankenkasse, die ihr aus der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung entstehen, zeigen. Die Datenlage dazu ist auch im Ausland sehr dünn. Es fehlen Studien, die eine gute Datenqualität haben und gezielt die Auswirkungen auf eine gesetzliche Krankenkasse oder das jeweilige Gesundheitssystem allgemein beleuchten. Die vorliegende

---

<sup>351</sup> Die AOK Bayern bspw. erhielt im Jahr 2018 ca. 14,0 Milliarden Euro an Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, ca. 1,0 Milliarden Euro an Mitteln aus dem Zusatzbeitrag und ca. 0,1 Milliarden Euro waren sonstige Einnahmen. Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 19.

Arbeit leistet deshalb einen ersten Beitrag zur Verbesserung der Datenlage in diesem Bereich. Es werden Versichertenzahlen und ausgewählte Kostendaten einer gesetzlichen Krankenkasse präsentiert, die ihr aus der zwischenstaatlichen Abrechnung entstehen. Vor dem Hintergrund der weiter steigenden Patientenmobilität und der dahinterstehenden stark wachsenden Industrie (z. B. auf internationale Patienten spezialisierte Kliniken, Ärzte und Apotheken) wird die praktische Bedeutung dieses Themas weiter steigen. Die nationalen Gesundheitssysteme müssen sich darauf vorbereiten, dass es in Zukunft zu massiven Mobilitätsbewegungen kommen kann, wenn Versicherte Leistungen der GKV im ausländischen Gesundheitssystem und ausländische Versicherte Leistungen im deutschen Gesundheitssystem erhalten – unabhängig davon, ob sie die Leistungen geplant oder ungeplant im Aufenthaltsland in Anspruch nehmen.

In der vorliegenden Arbeit wurden die Abrechnungsdaten der AOK Bayern, der viertgrößten deutschen gesetzlichen Krankenkasse mit rund 4,5 Millionen Versicherten<sup>352</sup>, ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Arbeit wurden auf Basis von GKV-Routinedaten gewonnen, die das tatsächliche Versorgungsgeschehen abbilden. Damit wurden valide Daten für die evidenzbasierte Gesundheitsforschung generiert. Bislang wurde in der Literatur das reale Versorgungsgeschehen einer Krankenkasse in der zwischenstaatlichen Abrechnung eher stiefmütterlich behandelt.

Die Auswertung der Datensätze ergab, dass im Jahr 2018 der Anteil der AOK Bayern Versicherten mit Wohnsitz im Ausland (AOK Bayern als zuständiger Träger) bei 1,7 Prozent<sup>353</sup> an den gesamten AOK Bayern Versicherten lag. Dieser Anteil lag im Jahr 2006 noch bei einem Prozentpunkt weniger, also 0,7 Prozent<sup>354</sup>. In absoluten Zahlen ausgedrückt: Die AOK Bayern betreute 76.042 Versicherte im Jahr 2018, die trotz ihres Wohnsitzes im Ausland bei der AOK Bayern (weiter) versichert waren. Im Jahr 2006 waren es 29.577 Versicherte. Damit betrug die absolute Zunahme +46.465 Versicherte (+157,1 Prozent).

Dagegen lag der Anteil der Versicherten, welche die AOK Bayern zusätzlich zu ihren eigenen Versicherten im Jahr 2018 betreute (AOK Bayern als aushelfender Träger) bei 2,2 Prozent<sup>355</sup>. Im Vergleich dazu betrug dieser Anteil im Jahr 2006 mit 1,5 Prozent<sup>356</sup> noch 0,7 Prozentpunkte weniger. Wieder in absoluten Zahlen ausgedrückt: Die AOK Bayern betreute 101.049 Versicherte im Jahr 2018, die eigentlich bei einem ausländischen Träger versichert waren und bei

---

<sup>352</sup> Siehe *Kapitel 3.4*.

<sup>353</sup> Eigene Berechnung, Rechnung: 76.042 von 4.557.542 Versicherte im Jahresdurchschnitt = 1,7 Prozent. Daten: Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18, vgl. AOK Bayern, Stand: 03/2019.

<sup>354</sup> Eigene Berechnung, Rechnung: 29.577 von 4.232.221 Versicherte im Jahresdurchschnitt = 0,7 Prozent. Daten: Vgl. AOK Bayern, 2007, S. 18, vgl. AOK Bayern, Stand: 03/2019.

<sup>355</sup> Eigene Berechnung, Rechnung: 101.049 von (4.557.542+101.049) Versicherte im Jahresdurchschnitt = 2,2 Prozent. Daten: Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 18, vgl. AOK Bayern, Stand: 03/2019.

<sup>356</sup> Eigene Berechnung, Rechnung: 62.395 von (4.232.221+62.395) Versicherte im Jahresdurchschnitt = 1,5 Prozent. Daten: Vgl. AOK Bayern, 2007, S. 18, vgl. AOK Bayern, Stand: 03/2019.

ihrem Aufenthalt in Bayern im Rahmen der Sachleistungsaushilfe die AOK Bayern wählten. Im Jahr 2006 waren es 62.395 Versicherte. Der Zuwachs betrug damit hier +38.654 Versicherte (+62,0 Prozent).

Die Zahlen der AOK Bayern belegen damit die Zunahme der Anzahl der Versicherten, die sich aus dem Ausland (EU/EWR/Schweiz oder SVA-Staat) in Bayern behandelt lassen haben sowie die Anzahl der Versicherten, die ihren Wohnsitz im Ausland (EU/EWR/Schweiz oder SVA-Staat) haben und sich dort behandelt lassen haben. Damit bestätigt die vorliegende Arbeit zwei Dinge: Erstens, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung durch immer mobiler werdende Versicherte bereits stark zugenommen hat und sich dieser Trend ceteris paribus vermutlich weiter fortsetzen wird. Und zweitens, dass es sich trotz der starken Zunahme immer noch um zwei Versichertengruppen handelt, die zahlenmäßig eher gering ausfallen, wenn man die Relationen betrachtet: Im Jahr 2018 betrug – wie oben bereits erwähnt – der Anteil der zusätzlich betreuten Versicherten gerade mal 2,2 Prozent an den gesamten AOK Bayern Versicherten und der Anteil der im Ausland wohnhaften AOK Bayern Versicherten mit Leistungsanspruchnahme im Ausland 1,7 Prozent. Die Zahlen und Relationen von den anderen Kassen sind unbekannt. Geht man davon aus, dass sie in einem ähnlichen Bereich liegen bzw. dass die sich daraus ergebenden Finanzierungslasten bei den anderen Kassen eher gering ausfallen, handelt es sich vermutlich (bislang) generell um ein Nischenthema<sup>357</sup>.

Für die AOK Bayern bedeutete die (zusätzliche) Betreuung von im Ausland Versicherten (im Rahmen der Sachleistungsaushilfe) zusätzliche Leistungsausgaben in Höhe von knapp 106 Millionen Euro im Jahr 2018, die sie zunächst verauslagern musste, bis sie die Rechnungen von den zuständigen Trägern beglichen bekommt, was – wie in **Kapitel 4.3.2** dargestellt – durchaus einige Zeit dauern kann. Im Vergleich zum Jahr 2006 nahm damit die Höhe der Leistungsausgaben um +68.823.136 Euro zu, was einem Anstieg um +184,4 Prozent entspricht. 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 holen. Die Finanzierungslast stellt damit nicht nur ein Problem der betroffenen Kasse (im schlimmsten Fall führt das zur Insolvenz), sondern auch ein generelles Haftungsrisiko für alle gesetzlichen Kassen (Ausnahme: LKK) dar. Bei der AOK Bayern entstanden auf diesem Wege im Jahr 2018 Außenstände in Gesamthöhe von knapp 90 Millionen Euro. Diese hohen Außenstände ergaben sich durch Vorleistungen und offene Rechnungen, die nicht durch die eigenen Versicherten entstanden sind. Dieses Geld steht nicht zur Verfügung. Erschwert wird das Ganze dadurch, dass es keine gerichtlichen Möglichkeiten gibt, die Begleichung der

---

<sup>357</sup> Ein Nischenthema mit (zunehmender) Bedeutung vor allem in Grenzgebieten.

offenen Forderungen von ausländischen Trägern einzuklagen. Damit sind die Fristen, die durch die VO (EG) Nr. 987/2009 vorgegeben werden, ein zahnloser Tiger. Hinzu kommt der fehlende Zahlungsanreiz durch den negativen Euribor Zinssatz. Im Juli 2019 waren dadurch bei der AOK Bayern über die Jahre hinweg rund 145 Millionen Euro an offenen Forderungen aufgelaufen.<sup>358</sup> Ein Teil verfällt durch Verfristungen. Durch ausbleibende Rückzahlungen (da es nicht möglich ist die Außenstände einzutreiben) kann eine Kasse 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.

Hier sei jedoch auch wieder auf die Relation hingewiesen. Bei Leistungsausgaben von insgesamt ca. 14 Milliarden Euro machen die knapp 106 Millionen Euro für die im Ausland Versicherten einen verschwindend geringen Anteil von 0,7 Prozent<sup>359</sup> aus. Der Unterschied liegt darin, dass den ca. 14 Milliarden Euro Leistungsausgaben für die eigenen Versicherten Einnahmen von insgesamt ca. 14 Milliarden Euro<sup>360</sup> durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds entgegenstehen, während den knapp 106 Millionen Euro zunächst einmal nichts gegenübersteht – bis die zuständigen Träger die Rechnungen beglichen haben. Das bedeutet einen Liquiditätsverlust für die Kasse und im schlimmsten Fall kann die Kasse selbst ihren Zahlungsverpflichtungen nicht mehr nachkommen.

Die vorliegende Arbeit zeigt auch, dass noch mehr Daten zu Kostenstrukturen fehlen, z. B. ist unbekannt, wie viele der AOK Bayern Versicherten im Gegenzug im Ausland Gesundheitsleistungen beanspruchen (von denen, die dort nicht wohnhaft sind), so dass man deren Anzahl und deren Leistungsausgaben denjenigen, die von der AOK Bayern aushilfsweise betreut werden, gegenüberstellen kann. Zudem könnte man dann schauen, inwieweit die AOK Bayern selbst ihren Verpflichtungen für diejenigen Versicherten, die nicht im Ausland wohnen, gegenüber ausländischen Trägern nachkommt und sie selbst eventuell für offene Verpflichtungen verantwortlich ist. Auch wäre es interessant zu sehen, inwieweit gegenseitig offene Forderungen und Verpflichtungen gegenüber einem einzigen Träger ohne Geldtransfer beglichen werden, also

---

<sup>358</sup> Daten: AOK Bayern, Stand: 07/2019. Siehe *Tabelle 12*.

<sup>359</sup> Eigene Berechnung, Rechnung:  $106.150.775 \text{ Euro} / (14.148.984.032 + 106.150.775) \text{ Euro} = 0,7 \text{ Prozent}$ .  
Daten: Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 19, vgl. AOK Bayern, Stand: 03/2019.

<sup>360</sup> Vgl. AOK Bayern, 2019, S. 19.

wie oft kam das schon vor oder mit welchen Trägern funktioniert das regelmäßig? Weitere wichtige Fragen lassen sich mit den Daten der vorliegenden Arbeit ebenfalls nicht beantworten, so z. B. in welche Länder AOK Bayern Versicherte besonders gerne<sup>361</sup> zur Behandlung einreisen, welche Behandlungen die im Ausland Versicherten besonders gerne<sup>362</sup> in Bayern in Anspruch nehmen oder auch, ob Bayern in Bezug auf die Behandlungen ein Zuwanderungsland<sup>363</sup> ist. Die offenen Fragen zeigen, dass weitere Forschung dringend nötig ist.

Die dynamische Entwicklung der Zahlen der AOK Bayern und die bislang immer noch fehlenden repräsentativen Studien in diesem Bereich zeigen, dass dieses Forschungsfeld mehr Aufmerksamkeit benötigt. Hinzu kommt die fehlende Transparenz der genauen Abrechnungsvorgänge<sup>364</sup> zwischen den Trägern, was die Forschung in diesem Bereich erschwert, da viele Dokumente nicht öffentlich zugänglich sind bzw. es teilweise nur (inoffizielle) Aussagen von Mitarbeitern gibt. Um die Auswirkungen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bzw. des Medizintourismus besser analysieren zu können, bedarf es außerdem viel mehr Forschungsarbeiten, die sich mit den Zusammenhängen internationaler Gesundheitsversorgung<sup>365</sup> beschäftigen.

Im Ergebnis hat die vorliegende Arbeit gezeigt, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung wegen der quantitativ ungleichen Betroffenheit der Krankenkassen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den deutschen Krankenkassen führen kann. Während die unterschiedlichen finanziellen Belastungen durch die im Ausland wohnhaften Inlandsversicherten über den

---

<sup>361</sup> Der Ausdruck „besonders gerne“ meint hier die Frage „Wo fahren die meisten zur Behandlung hin?“.

<sup>362</sup> Hier im Sinne von „Welche Behandlungen nehmen die meisten in Anspruch?“.

<sup>363</sup> Im Sinne von „Reisen mehr Versicherte zur Behandlung nach Bayern ein oder aus?“.

<sup>364</sup> Offene Fragen wären bspw.: a) Was genau macht die DVKA mit den Rechnungen und wie schnell werden die Rechnungen an die zuständigen Träger weitergeleitet? b) Wie viele Verrechnungsabkommen hat die DVKA mit ausländischen Trägern geschlossen und was steht da drin? c) Wie viele (inoffizielle) Sonderregelungen gibt es zwischen inländischen und ausländischen Trägern und wie funktionieren diese?

<sup>365</sup> Offene Fragen wären bspw.: a) Wohin steuert das nationale Gesundheitssystem, wenn der Filter der ungesteuerten Nachfrage wegfällt und Versicherte die nationalen Beschränkungen von Leistungen im Gesundheitswesen (Rationierung, Priorisierung und Budgetierung) durch die Behandlung im Ausland umgehen? b) Wenn wir uns die Mitgliedstaaten einzeln anschauen, dann sehen wir, dass einige einen relativ hohen Anteil an Eigenleistungen haben (wie z. B. Bulgarien), während in anderen Ländern die Behandlungen überwiegend kostenlos sind und nur geringe (private) Zuzahlungen zu leisten sind (z. B. Deutschland). Inwieweit kann man durch die EU-Regelungen den Gesundheitsmarkt dann als einheitlichen Markt verstehen? c) Inwieweit braucht es einen politischen Willen, dass Forderungen gegenseitig beglichen werden (aufgrund eines mangelnden internationalen Mahn- und Schuldnerwesens in diesem Bereich)? d) Wie kann ein Land, dessen Gesundheitssystem strukturell und finanziell schwach aufgestellt ist (z. B. stand das griechische Gesundheitssystem im Jahr 2012 vor dem Kollaps infolge der Finanzkrise), wo die Akutversorgung der eigenen Bevölkerung nicht oder kaum gewährleistet ist, dann den Anspruchsnormen aus den eurrechtlichen Regelungen gerecht werden (wenn ausländische Versicherte zur Behandlung einreisen und so die geringen Ressourcen des Gesundheitswesens beanspruchen)? e) Können Staaten mit völlig unterfinanzierten Gesundheitssystemen davon profitieren, wenn die inländischen Versicherten sich im Ausland behandeln lassen und dadurch kein Druck entsteht, das eigene System zu reformieren? f) Wie will man auf EU-Ebene damit umgehen, wenn die sozialen Sicherungssysteme in bestimmten EU-Ländern krisenbedroht sind? g) Gesundheitswesen mit Steuerfinanzierung (wie z. B. Schweden) sind meist gekennzeichnet durch Wartelisten und mangelinduzierten Engpässen. Wie können Versorgungsunterschiede in Struktur und Qualität in der EU verringert werden?

Morbi-RSA ausgeglichen werden, entstehen den Krankenkassen durch die Vorfinanzierung von Leistungen als aushelfender Träger (durch die im Ausland Versicherten) erhebliche Nachteile. Vor dem Hintergrund der Insolvenzfähigkeit bei nicht gegebener Kreditfähigkeit stellen insbesondere Forderungsausfälle ausländischer Träger nicht nur eine Gefahr für die einzelne Krankenkasse dar, sondern aufgrund der Haftungsregelungen auch für alle anderen Krankenkassen. In der Hauptsache erschweren vor allem die fehlende Verzinsung (negative Verzugszinsen) und Sanktionsmöglichkeiten das Eintreiben von offenen Forderungen. Wie das (Ausfall-) Risiko gerechter auf alle Krankenkassen verteilt werden kann, wurde durch die Vorschläge der Risikoverlagerung auf den Gesundheitsfonds oder auf die Verbindungsstelle angedacht. Insgesamt muss hier aber auf europäischer Ebene eine Lösung gefunden werden, wie zu verfahren ist, wenn Krankenversicherungsträger ihren Verpflichtungen nicht nachkommen können oder wollen.

## Literaturverzeichnis

AOK Bayern (2007): Geschäftsbericht 2006, Nürnberg

AOK Bayern (2019): Geschäftsbericht 2018, Nürnberg

AOK Bayern (2020): Geschäftsbericht 2019, Nürnberg

AOK Bayern und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2007): Berichtsband zum Projekt Grenzüberschreitende Kundenbefragung, München/Linz

Bayerisches Landesamt für Statistik (2019 a): Statistische Berichte - Tourismus in Bayern im Dezember 2018 und im Jahr 2018, von [www.statistik.bayern.de](http://www.statistik.bayern.de) abgerufen am 3.9.2019

Bayerisches Landesamt für Statistik (2019 b): Statistische Berichte - Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer in Bayern am 30. Juni 2018 - Teil I der Ergebnisse der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit, von [www.statistik.bayern.de](http://www.statistik.bayern.de) abgerufen am 3.9.2019

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2012): Statistische Berichte - Tourismus in Bayern Dezember und im Jahr 2011, von [www.statistik.bayern.de](http://www.statistik.bayern.de) abgerufen am 28.8.2019

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2014): Statistische Berichte: Tourismus in Bayern im Dezember 2013 und im Jahr 2013, von [www.statistik.bayern.de](http://www.statistik.bayern.de) abgerufen am 3.9.2019

Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2017): Krankenhaus Barometer Umfrage 2017, Deutsches Krankenhausinstitut e.V., November 2017, Düsseldorf

Bramböck, A. & Meindl, A. (2010): "Kampf" um Patienten - muss das sein? aus Sicht der Sozialversicherung [Powerpoint Präsentation], zur Verfügung gestellt von Meindl, A.

Bundesagentur für Arbeit (2015): Au-Pair-Beschäftigungen, Informationen für Gastfamilien, Stand: 28.8.2015, von [www.arbeitsagentur.de](http://www.arbeitsagentur.de) abgerufen am 28.8.2019

Bundesagentur für Arbeit (2020): Die Westbalkanregelung ab dem 1.1.2021, Stand: 29.12.2020, von [www.arbeitsagentur.de/datei/dok\\_ba146772.pdf](http://www.arbeitsagentur.de/datei/dok_ba146772.pdf) abgerufen am 21.5.2021

Bundesamt für Soziale Sicherung (2018): Anlagen zur Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2018, von [www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/anlagen/](http://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/anlagen/) abgerufen am 13.8.2020

Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort der Republik Österreich (2021): Rezeptgebühren, letzte Aktualisierung: 1.1.2021, von [www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/armut/3/Seite.1693902.html](http://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/armut/3/Seite.1693902.html) abgerufen am 15.1.2021

- Bundesministerium für Gesundheit (2018): Mitglieder und Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres), 2018, Mitgliederstatistik KM6 Teil 1, Kassenarten und Bezirk, Stand: 20.8.2018, von [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html) abgerufen am 15.8.2020
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Finanzergebnisse der GKV, Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV 2018, Stand: 24.6.2019, von [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1\\_2018\\_Internet.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2018_Internet.pdf) abgerufen am 14.8.2020
- Bundesversicherungsamt (2017 a): Bekanntmachung zum Gesundheitsfonds Nr. 1/2018, Stand: 15.11.2017, von [www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Bekanntmachungen/Bekanntmachung\\_01\\_2018.pdf](http://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Bekanntmachungen/Bekanntmachung_01_2018.pdf) abgerufen am 20.3.2019
- Bundesversicherungsamt (2017 b): Verfahrensbestimmungen nach § 39 Absatz 3 Satz 6 RSAV und § 41 Absatz 5 Satz 2 RSAV für die Zuweisungen im Ausgleichsjahr 2018, Stand: 10.11.2017, von [www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmung/20171110\\_Verfahrensbestimmung\\_AJ2018\\_Versand.pdf](http://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Verfahrensbestimmung/20171110_Verfahrensbestimmung_AJ2018_Versand.pdf) abgerufen am 11.3.2019
- Bundesversicherungsamt (2019): Anlage 1.1 (2018): Berücksichtigungsfähige Konten für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Ausgleichsjahr 2018, Stand: Erlass 28.1.2019, von [www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20190204\\_Anlage\\_1\\_1\\_2018\\_Erl\\_Jan\\_2019\\_endg.pdf](http://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/20190204_Anlage_1_1_2018_Erl_Jan_2019_endg.pdf) abgerufen am 7.3.2019
- Deutsche Bundesbank (2018): Devisenkursstatistik, Stand: 12.2.2018, Euro-Referenzkurse der Europäischen Zentralbank, Jahresendstände und -durchschnitte, von [www.bundesbank.de](http://www.bundesbank.de) abgerufen am 15.9.2018
- Deutsche Rentenversicherung (2019): Statistik der Deutschen Rentenversicherung - Rente 2018, Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
- Deutscher Bundestag (2018): Drucksache 19/4250 vom 12.09.2018 - Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drs. 19/3983, Bundesanzeiger Verlag GmbH, Köln
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V. et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, Bonn
- DVKA (2012): Leitfaden Leistungsaushilfe im Rahmen der EG-Verordnung 883/04 und nach Abkommensrecht, 8. überarbeitete Auflage, Bonn

- DVKA (2020 a): Vor- und Nachteile der Kostenerstattungsmöglichkeiten bei einer geplanten Behandlung wie eine gesetzlich krankenversicherte oder privat krankenversicherte Person in Deutschland, von [www.eu-patienten.de/de/behandlung\\_deutschland/geplante\\_behandlung/wer\\_traegt\\_die\\_kosten/vor\\_\\_und\\_nachteile\\_der\\_jeweiligen\\_kostenerstattung/vor\\_\\_und\\_nachteile\\_1.jsp](http://www.eu-patienten.de/de/behandlung_deutschland/geplante_behandlung/wer_traegt_die_kosten/vor__und_nachteile_der_jeweiligen_kostenerstattung/vor__und_nachteile_1.jsp) abgerufen am 3.1.2020
- DVKA (2020 b): Bilaterale Abkommen, von [www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f\\_bilaterales\\_abkommen/bilaterales\\_abkommen.html](http://www.dvka.de/de/informationen/rechtsquellen/f_bilaterales_abkommen/bilaterales_abkommen.html) abgerufen am 3.1.2020
- Europäische Kommission (2018): Bericht der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über die Anwendung der Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, 21.9.2018, Brüssel
- Europäische Union (2015): Spezial Eurobarometer 425, Patientenrechte bei grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in der Europäischen Union, Zusammenfassung
- Europäische Union (2019): EU-Erweiterung - Stand der Dinge, von [https://europa.eu/newsroom/highlights/special-coverage/enlargement\\_de](https://europa.eu/newsroom/highlights/special-coverage/enlargement_de) abgerufen am 22.8.2019
- Europäisches Parlament (2019): Parlament will EU-Beitrittsverhandlungen mit der Türkei aussetzen, Pressemitteilung vom 13.3.2019, von [www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20190307IPR30746/parlament-will-eu-beitrittsverhandlungen-mit-der-turkei-aussetzen](http://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20190307IPR30746/parlament-will-eu-beitrittsverhandlungen-mit-der-turkei-aussetzen) abgerufen am 3.1.2020
- European Money Market Institute (2021): Euribor-Werte pro Jahr, von [www.euribor-rates.eu/de/euribor-werte-pro-jahr/](http://www.euribor-rates.eu/de/euribor-werte-pro-jahr/) abgerufen am 30.3.2021
- Eurostat (2021 a): Population on 1 January by age and sex, letztes Update der Daten am 3.7.2020 23:00 Uhr, selbsterstellte Tabelle, von <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/population-demography-migration-projections/data/database> abgerufen am 12.1.2021
- Eurostat (2021 b): Anzahl der Reisen, 1 Nacht und mehr, letzte Aktualisierung 3.3.2020, selbsterstellte Tabelle, von <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/tourism/data/database> abgerufen am 12.01.2021
- Eurostat (2022 a): Gesundheitsausgaben nach Funktionen: Laufende Gesundheitsausgaben, Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP), letzte Aktualisierung 2.12.2021, selbsterstellte Tabelle, von [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HC\\_\\_custom\\_2946558/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC__custom_2946558/default/table?lang=de) abgerufen am 20.6.2022
- Eurostat (2022 b): Gesundheitsausgaben nach Funktionen: Laufende Gesundheitsausgaben, Euro pro Einwohner, letzte Aktualisierung 2.12.2021, selbsterstellte Tabelle, von [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HC\\_\\_custom\\_2946558/default/table?lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HC__custom_2946558/default/table?lang=de) abgerufen am 20.6.2022

- Eurostat (2022 c): Indikatoren zur Bevölkerungsstruktur auf nationaler Ebene: Demographischer Indikator: Medianalter der Bevölkerung, letzte Aktualisierung 2.6.2022, selbstgestellte Tabelle, von [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_PJAN-IND\\_\\_custom\\_2946486/default/table?!lang=de](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJAN-IND__custom_2946486/default/table?!lang=de) abgerufen am 20.6.2022
- GfI Gesellschaft für Informations- und Datenverarbeitung mbH (kein Jahr): Fristen gemäß Arznelieferverträge für die Primärkassen in Hamburg und auf Bundesebene, von [www.narz-avn.de/\\_uploads/files/fristen/Fristen\\_Hamburg.pdf](http://www.narz-avn.de/_uploads/files/fristen/Fristen_Hamburg.pdf) abgerufen am 10.1.2021
- GKV-Spitzenverband (2015): Meine Krankenversicherung bei Wohnort im Ausland - Eine Informationsbroschüre für Rentner, die in Deutschlandgesetzlich krankenversichert sind, Bonn
- GKV-Spitzenverband (2019 a): Vereinbarung von Grundsätzen für die Systementwicklung 2020 gemäß § 4 Absatz 4 Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung (DRG-Grundlagenvereinbarung) vom 6.5.2019, von [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) abgerufen am 13.7.2020
- GKV-Spitzenverband (2019 b): Korrekte Rechnungen und klare Strukturen - Argumentationspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Krankenhausabrechnung, Stand: April 2019, von [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/2019-04-29\\_KH-Abrechnung\\_Argumentationspapier.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/2019-04-29_KH-Abrechnung_Argumentationspapier.pdf) abgerufen am 23.8.2020
- Göppfarth, D. (2011): Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, In: Wille, E. & Knabner, K.: Reformkonzepte im Gesundheitswesen nach der Wahl, S. 25-42, Peter Lang GmbH, Frankfurt am Main
- Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D. & Lunt, N. (2014): What Do We Know About Medical Tourism? A Review of the Literature With Discussion of Its Implications for the UK National Health Service as an Example of a Public Health Care System, *Journal of Travel Medicine*, Volume 21, Issue 6, S. 410-417
- Himmel, K. & Schneider, U. (2017): Ambulatory Care at the End of a Billing Period, Research Paper, Jahr 2017, Nr. 14, Universität Hamburg, von [www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/research-papers/rp14-himmelschneider.pdf](http://www.hche.uni-hamburg.de/dokumente/research-papers/rp14-himmelschneider.pdf) abgerufen am 10.1.2021
- Hommel, T. (2015): Gesundheit im vereinten Europa, von [www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Gesundheit-im-vereinten-Europa-249968.html](http://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Gesundheit-im-vereinten-Europa-249968.html) abgerufen am 10.1.2021
- Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (2019): Westbalkanregelung, von [www.iab-forum.de/glossar/westbalkanregelung/](http://www.iab-forum.de/glossar/westbalkanregelung/) abgerufen am 19.8.2019
- Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2019): Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106 d Abs. 6 SGB V (Abrechnungsprüfungs-Richtlinien) in der Fassung der zum 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Regelungen, Stand: 18.12.2019, von [www.kbv.de/media/sp/Richtlinien\\_\\_106d\\_SGB\\_V\\_Plausibilitaetspruefung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Richtlinien__106d_SGB_V_Plausibilitaetspruefung.pdf) abgerufen am 26.3.2020

- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2019): Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Januar 2020, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, München
- Lüdeke, R. & Allinger, H. (2005): Grenzüberschreitende Leistungen im Gesundheitswesen - Eine volkswirtschaftliche Analyse von Leistungs- und Finanzierungsstrukturen im Grenzgebiet zwischen Bayern und Oberösterreich, Band 5: Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse, Passau
- Lux, G. & Wasem, J. (2011): Die statistische Performance eines Zwei-Jahres-Modells im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, In: Repschläger, U., Schulte, C. & Osterkamp, N.: Gesundheitswesen aktuell 2011 - Beiträge und Analysen, S. 42-65, Barmer GEK
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (kein Jahr): Faktenblatt - Leistungen der MDK für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), von [www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/18\\_06\\_28\\_Zahlen\\_Faktenblatt\\_01.pdf](http://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/18_06_28_Zahlen_Faktenblatt_01.pdf) abgerufen am 23.8.2020
- Österreichische Gesundheitskasse (2020): Anlage A - Tarif für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte für Allgemeinmedizin, gültig ab 1.10.2020, von [www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.838052&portal=oegkwportal](http://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.838052&portal=oegkwportal) abgerufen am 19.1.2021
- Petzold, R. (2018): Das kostet der Zahnarzt auf Mallorca, 21.10.2018, von [www.mallorcazeitung.es/gesundheit/2018/10/21/kostet-zahnarzt-mallorca/63472.html](http://www.mallorcazeitung.es/gesundheit/2018/10/21/kostet-zahnarzt-mallorca/63472.html) abgerufen am 4.1.2020
- Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters, Fachserie 1 Reihe 2, Jahr 2018
- Statistisches Bundesamt (2020 a): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Wanderungen, Fachserie 1, Reihe 1.2, Jahr 2018
- Statistisches Bundesamt (2020 b): Deutsche Studierende im Ausland, Ergebnisse des Berichtsjahres 2018, Ausgabe 2020
- Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €. Gliederungsmerkmale: Jahre, Art der Einrichtung, Art der Leistung, Ausgabenträger, generierte Tabelle, von [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) abgerufen am 1.1.2021
- Van Ginneken, E. & Busse, R. (2011): Cross-border health care data, In: Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K. & van Ginneken, E.: Cross-border Health Care in the European Union: Mapping and analysing practises and policies, S. 289-340, World Health Organization.
- 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](http://www.krankenkassen.wiki/cms/gkv/info/grundlagen/gkv/beitragssatz-und-zusatzbeitrag-der-gesetzlichen-Krankenkassen-2018) abgerufen am 10.12.2020

- Wagner, C., Moser, F., Hohn, A., Dobrick, K. & Verheyen, F. (2013): Europabefragung 2012, Geplante grenzüberschreitende Versorgung in der EU, Ärzte und Zahnärzte aus Sicht der TK-Versicherten, Techniker Krankenkasse, Hamburg
- 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 - Endbericht, Universität Duisburg-Essen
- Zentrale Vereinigung für bürgernahe Verbraucherinformationen (2020): Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Überblick, von [www.krankenkassenzentrale.de/wiki/krankenkasse-leistungen#](http://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/krankenkasse-leistungen#) abgerufen am 10.12.2020

## Rechtsquellenverzeichnis

Abkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der mazedonischen Regierung über Soziale Sicherheit vom 8.7.2003, für die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert durch G. v. 23.7.2004 (BGBl. II S. 1066) und in Kraft getreten gem. Bek. v. 30.12.2004 (BGBl. 2005 II S. 95) am 1.1.2005

Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA), abgeschlossen am 21.6.1999, von der Bundesversammlung genehmigt am 8.10.1999, Schweizerische Ratifikationsurkunde hinterlegt am 16.10.2000, in Kraft getreten am 1.6.2002 (Stand am 15.12.2020)

Allgemeine Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) i. d. F. der Änderung vom 27.11.2018 (BAnz AT 3.12.2018 B2)

*Buchungsbestimmungen Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV:*

Anlage 1 zu § 25 Abs. 2 Nr. 1 SRVwV „Kontenrahmen für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und für den Gesundheitsfonds“, Stand: Juli 2018, ist abrufbar unter <http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/pdf/BMAS-Ib5-20050610-KF13-A001.pdf>, abgerufen am 15.8.2020

Amtsblatt der Europäischen Union 2012/195/EU vom 12.4.2012, Rechtsakte von Gremien, die im Rahmen internationaler Übereinkünfte eingesetzt wurden, Beschluss Nr. 1/2012 des gemischten Ausschusses eingesetzt im Rahmen des Abkommens zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 31. März 2012 zur Ersetzung des Anhangs II dieses Abkommens über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Amtsblatt der Europäischen Union 2017/C 50/03 vom 17.2.2017, Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit - Durchschnittskosten für Sachleistungen

Amtsblatt der Europäischen Union 2018/C 29/05 vom 26.1.2018, Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit - Durchschnittskosten für Sachleistungen

Amtsblatt der Europäischen Union 2018/C 271/02 vom 2.8.2018, Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit - Durchschnittskosten für Sachleistungen

Amtsblatt der Europäischen Union 2018/C 271/03 vom 2.8.2018, Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit - Durchschnittskosten für Sachleistungen

Arzneimittelversorgungsvertrag Bayern (AV-Bay), Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V und zur Vereinbarung über die Übermittlung von Daten im Rahmen der Arzneimittelabrechnung nach § 300 SGB V vom 14.6.2007 i. d. F. vom 1.7.2019 zwischen dem Bayerischen Apothekerverband e.V. (BAV) einerseits und der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband Bayern, der KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftliche Krankenkasse, der IKK classic andererseits

Arzneiversorgungsvertrag zwischen vdek und DAV e. V. (gültig ab 1.4.2016), Arzneiversorgungsvertrag zwischen den nachfolgend benannten Ersatzkassen Techniker Krankenkasse (TK), Barmer GEK, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse (KKH), HEK - Hanseatische Krankenkasse, Handelskrankenkasse (hkk) – gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) – und dem Deutschen Apothekerverband e. V. (DAV)

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) i. d. F. der Bekanntmachung vom 5.8.1997 (BGBl. I S. 2022), zuletzt geändert durch Art. 18 G. v. 10.12.2021 (BGBl. I S. 5162)

Auszug aus dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Königreich Marokko über Soziale Sicherheit vom 25.3.1981 (BGBl. 1986 II, S. 552)

Auszug aus dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und dem Staat Israel über Soziale Sicherheit vom 17.12.1973 (BGBl. 1975 II, S. 246) i. d. F. des Änderungsabkommens vom 7.1.1986 (BGBl. 1986 II, S. 863)

Auszug aus dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Türkei über Soziale Sicherheit vom 30.4.1964 (BGBl. 1965 II, S. 1170) i. d. F. des Änderungsabkommens vom 28.5.1969 (BGBl. 1972 II, S. 2) und des Zwischenabkommens vom 25.10.1974 (BGBl. 1975 II, S. 374) und des Zusatzabkommens vom 2.11.1984 (BGBl. II 1986, S. 1040)

Auszug aus dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien über Soziale Sicherheit vom 12.10.1986 (BGBl. 1969 II, S. 1238) i. d. F. des Änderungsabkommens vom 30.9.1974 (BGBl. 1975 II, S. 390)

Auszug aus dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Tunesischen Republik über Soziale Sicherheit vom 16.4.1984 (BGBl. 1986 II, S. 584)

Bundemantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) i. d. F. vom 8.11.2021, in Kraft getreten am 1.1.2022

Bundesmeldegesetz (BMG) vom 3.5.2013 (BGBl. I S. 1084), zuletzt geändert durch Art. 4 G. v. 28.3.2021 (BGBl. I S. 591)

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) i. d. F. der Bekanntmachung vom 2.1.2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), zuletzt geändert durch Art. 2 G. v. 21.12.2021 (BGBl. I S. 5252)

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Gesamt – Stand: 1. Quartal 2021, erstellt am 4.6.2021, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Berlin, 2021

- Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) i. d. F. der Bekanntmachung vom 9.2.1996  
(BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Art. 1 der Verordnung vom 21.10.2019  
(BGBl. I S. 1470)
- Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz - AufenthG) i. d. F. der Bekanntmachung vom 25.2.2008  
(BGBl. I S. 162), zuletzt geändert durch Art. 3 G. v. 9.7.2021 (BGBl. I S. 2467)
- 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)
- Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) i. d. F. der Bekanntmachung vom 10.4.1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Art. 3 G. v. 18.3.2022  
(BGBl. I S. 473)
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – i. d. F. des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages vom 5.5.2021 in Berlin, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 23, 11. Juni 2021
- Richtlinie 2004/38/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 über das Recht der Unionsbürger und ihrer Familienangehörigen, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen und aufzuhalten, zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1612/68 und zur Aufhebung der Richtlinien 64/221/EWG, 68/360/EWG, 72/194/EWG, 73/148/EWG, 75/34/EWG, 75/35/EWG, 90/364/EWG, 90/365/EWG und 93/96/EWG (ABl. L 158 vom 30.4.2004, S. 77), zuletzt geändert durch VO (EU) Nr. 492/2011 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5.4.2011 (ABl. L 141 vom 27.5.2011, S. 1)
- 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) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitsuchende - i. d. F. der Bekanntmachung vom 13.5.2011 (BGBl. I S. 850, 2094), zuletzt geändert durch Art. 3 G. v. 22.11.2021 (BGBl. I S. 4906)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung - (Art. 1 G. v. 24.3.1997, BGBl. I S. 594, 595), zuletzt geändert durch Art. 1 G. v. 23.3.2022 (BGBl. I S. 482)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - i. d. F. der Bekanntmachung vom 12.11.2009 (BGBl. I S. 3710, 3973; 2011 I S. 363), zuletzt geändert durch Art. 13 G. v. 10.12.2021 (BGBl. I S. 5162)
- Kriterien für Au-pair-Verhältnisse:*  
Anlage 1 zu § 7 SGB IV „Beurteilte Berufsgruppen - Beschäftigung“,  
Stand: 29.10.2020, ist abrufbar unter <https://rvrecht.deutsche-rentenversicherung.de>, abgerufen am 16.5.2022

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)

Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - (Art. 1 G. v. 27.12.2003, BGBl. I S. 3022), zuletzt geändert durch Art. 16 G. v. 10.12.2021 (BGBl. I S. 5162)

Strafgesetzbuch (StGB) i. d. F. der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Art. 2 G. v. 22.11.2021

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

Verordnung (EWG) Nr. 574/72 des Rates vom 21. März 1972, ABl. L 274 vom 27.3.1972, S. 1, ber. ABl. L 56 vom 29.2.2008, S. 65, zuletzt geändert durch Verordnung (EG) Nr. 120/2009 der Kommission vom 9.2.2009, ABl. L 39 vom 10.2.2009, S. 29 m. W. v. 2.3.2009

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971, ABl. L 149 vom 5.7.1971, S. 2, ber. ABl. L 179 vom 8.7.1997, S. 12, zuletzt geändert durch Verordnung (EU) Nr. 592/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17.6.2008, ABl. L 177 vom 4.7.2008, S. 1 m. W. v. 7.7.2008

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) vom 3.1.1994 (BGBl. I S. 55), zuletzt geändert durch Art. 11 G. v. 11.7.2021 (BGBl. I S. 2754)

## Danksagung

Der Förderung von Prof. Dr. Hanjo Allinger verdanke ich diesen Meilenstein in meinem Leben, ohne dessen Wissen, Weitblick und Wohlwollen dieses Vorhaben niemals Realität geworden wäre, und dessen Instinkt für wirklich spannende Themen mich überhaupt erst mit dem Forschungsfeld der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in Berührung gebracht hat. Er stand mir stets mit Geduld für alle wissenschaftlichen Fragestellungen zur Seite und hatte für das aktuelle Problem immer einen Lösungsansatz. Auch ansonsten hat er mich fachlich, moralisch und menschlich jederzeit unterstützt, deswegen gilt ihm mein größter Dank.

Alexander Meindl von der AOK Bayern, der nicht nur über ein unfassbar großes Expertenwissen im Bereich Auslandsabrechnung verfügt, sondern auch als Ideengeber für diese Arbeit fungierte, verdanke ich neben der Bereitstellung der Daten und von Dokumenten viele Auskünfte und wertvolle Hinweise zum Thema.

Prof. Dr. Stefan Okruch möchte ich für die Übernahme des Vorsitzes der Prüfungskommission und Prof. Dr. Martina Eckardt und Prof. Dr. Wolfgang Nagel für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Prüfungskommission danken.

Besonderer Dank geht an die Technische Hochschule Deggendorf für die hervorragenden Arbeitsbedingungen während der Anfertigung der Dissertation und an die Andrassy Universität Budapest dafür, dass ich erstens Teil eines großartigen Doktorandenkollegs sein durfte und dass zweitens, die erlebnisreichen Doktorandenseminare im wunderschönen Budapest, in Südtirol und in Österreich stattfanden. In diesem Zusammenhang möchte ich mich vor allem bei meinen Studienkollegen Stefan Birne, Felix A. Dörstelmann, Phillip Lohse und Erik Pelters bedanken. Natürlich wäre das alles auch nicht ohne meine Familie und meine Freunde möglich gewesen, die manchmal mehr als ich und manchmal weniger als ich an die Fertigstellung geglaubt haben. Zum Schluss: Danke an meinen Mann Heiko, den wichtigsten Menschen.