



**AUSARBEITUNG EINES AKTIONSPROTOKOLLS ZUR
VEREINFACHUNG DER GRENZÜBERSCHREITENDEN,
ADMINISTRATIVEN VERFAHREN IM BEREICH DER
KRANKENVERSICHERUNG**

Bericht für den Oberrhein





Managed by the Association of European Border Regions by an Action Grant (CCI2017CE160AT082) agreed with the Directorate General of Regional and Urban Policy, European Commission. Financed by the European Union.

Hinweis:

Der vorliegende Bericht wurde mit einer finanziellen Unterstützung der Europäischen Union realisiert. Der EVTZ Eurodistrikt PAMINA trägt die alleinige Verantwortung für die Inhalte, diese spiegeln unter keinen Umständen die Position der Europäischen Union wider.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Die verkürzte Sprachform hat nur redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung.

Der vorliegende Bericht wurde von TRISAN (Euro-Institut) in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe des B-Solutions Projektes verfasst. Dieser Gruppe gehören neben dem Projektträger, dem EVTZ Eurodistrikt PAMINA, das INFOBEST-Netzwerk am Oberrhein, bestehend aus der INFOBEST PAMINA, der INFOBEST Kehl/Strasbourg, der INFOBEST Vogelgrun/Breisach und der INFOBEST PALMRAIN, sowie das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz in Kehl an.

Folgende Einrichtungen und Institutionen haben zudem im Rahmen von Diskussionen und schriftlichen Rückmeldungen zu den redaktionellen Arbeiten beigetragen:

- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg
- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Rheinland-Pfalz/Saarland
- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
- Centre National des Soins à l'Etranger (CNSE)
- Centre national des firmes étrangères (CNFE)
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Bas-Rhin
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Haut-Rhin
- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Moselle
- Gesetzliche Krankenkasse Spitzenverband – Deutsche Verbindungsstelle Krankenkasse-Ausland (DVKA)
- Kaufmännischer Krankenkasse (KKH) Baden-Württemberg
- Knappschaft-Bahn-See
- Mutualité sociale agricole (MSA) Alsace
- Techniker Krankenkasse (TK) Rheinland-Pfalz
- Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) Alsace

Im Laufe des Redaktionsprozesses stellten die Beteiligten fest, dass formalen Vorgaben und gültigen Regelungen in der Praxis nicht immer vollumfänglich umgesetzt werden – in einigen Fällen entspricht die territoriale Realität nicht der administrativen Theorie. Im Bericht wurden entsprechende Formulierungen gewählt, um allen Akteuren gerecht zu werden und den Sachverhalt so realitätsgemäß wie möglich abzubilden. Im Sinne einer verständlichen Darstellung und fristgerechten Fertigstellung des Projektes mussten an einigen Stellen jedoch Kompromisse eingegangen werden, die nicht zwingend die Einschätzung aller Beteiligten widerspiegeln.

EVTZ Eurodistrikt PAMINA

Hagenbacherstraße 5A
76768 Neulauterburg/Berg
+ 49 (0) 7277 / 89 990 20

Verantwortlicher der Veröffentlichung:

EVTZ Eurodistrikt PAMINA

Redaktion:

Euro-Institut / TRISAN / INFOBEST-Netzwerk / Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V.

Veröffentlichung:

September 2019

Inhalt

TEIL I: EINLEITUNG	6
TEIL II: ERMITTLUNG UND ANALYSE DER PROBLEMFÄLLE	11
1. Grenzgängerspezifische Problemstellungen	11
1.1 Problemstellung Nr. 1: Erfordernis für Grenzgänger, vollständige Anträge auf Krankenversicherung sowohl in ihrem Wohnsitzland als auch im Beschäftigungsland zu stellen	11
1.2 Problemstellung Nr. 2: Problem der Zuordnung bei der Mitversicherung von Kindern im Falle einer Scheidung oder Trennung der Eltern	15
1.3 Problemstellung Nr. 3: Weigerung, das S1-Formular für Familienangehörige des Grenzgängers auszustellen	19
1.4 Problemstellung Nr. 4: Verlust der französischen Krankenversicherung im Zusammenhang mit einem Wohnortwechsel (ins Ausland) im Rahmen der Elternzeit	23
1.5 Problemstellung Nr. 5: Gesundheitliche Versorgung im Wohnsitzland für in Deutschland privatversicherte Personen	26
1.6 Problemstellung Nr. 6: Krankmeldungen im grenzüberschreitenden Kontext	29
1.7 Problemstellung Nr. 7: Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen im Nachbarland	33
1.8 Problemstellung Nr. 8: Mangelnde Informationen für Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich, die bereits eine französische Rente erhalten	37
2. Problemstellungen bei der medizinischen Behandlung im Ausland für Arbeitnehmer, die keinen Grenzgängerstatus haben.	40
2.1 Problemstellung Nr. 9: Durchgehende Versorgung nach Verlust des Grenzgängerstatus	40
2.2 Problemstellung Nr. 10: Tarifwahl für die Notfallversorgung im Ausland	44
2.3 Problemstellung Nr. 11: Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Erstattung geplanter Behandlungen im Ausland	50
2.4 Problemstellung Nr. 12: Patientenversorgung, wenn der medizinische Notfall es erfordert, dass der Patient zur Behandlung die Grenze überschreitet	56
3. Fazit der Analyse der Problemstellungen	60
2.1 Anzahl der erfassten Fälle	60
2.2 Ermittelte Problemfälle und betroffene Personen	60
2.3 Auswirkungen der ermittelten Problemstellungen	61
2.4 Art der Hindernisse	62
2.5 Suche nach Optimierungspotentialen	63
TEIL III: AKTIONSFELDER	66
1. Aktionsfelder bezüglich der grenzgängerspezifischen Problemstellungen	66
2. Aktionsfelder bezüglich der Problemstellungen bei der medizinischen Behandlung im Ausland für Arbeitnehmer, die keinen Grenzgängerstatus haben	72
ANHANG	81
1. Einrichtungen, die Problemstellungen gemeldet haben	81
2. Quellen	82

2.1	Rechtsquellen auf europäischer Ebene	82
2.2	Andere Rechtsquellen	82
2.3	Internetseite des Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)	82
2.4	Internetseite des INFOBEST-Netzwerks	82
2.5	Andere Internetseiten	83
2.6	Andere Dokumente	83
3.	Teilnehmendenliste des Workshops vom 26.02.2019	84
4.	Teilnehmendenliste des Workshops vom 13.05.2019	85

Teil I: Einleitung

Das vorliegende Dokument ist im Rahmen eines europäischen Pilotprojektes zur Beseitigung grenzüberschreitender administrativer und rechtlicher Hindernisse entstanden, dessen Trägerschaft beim EVTZ Eurodistrikt PAMINA¹ liegt. Das Projekt basiert auf einem Projektauftrag unter dem Titel „[B-Solutions](#)“, welcher von der Europäischen Kommission initiiert und durch die Arbeitsgemeinschaft Europäischer Grenzregionen (AGEG) umgesetzt wurde. Im Rahmen dieses Auftrages wurden insgesamt zehn Pilotmaßnahmen für eine EU-Förderung in Höhe von maximal 20.000 € ausgewählt und folgenden fünf Themenbereichen zugeordnet:

- 1) Beschäftigung
- 2) Gesundheit (inkl. Notfallversorgung)
- 3) (öffentliche) Passagiertransporte
- 4) Mehrsprachigkeit
- 5) Verwaltungszusammenarbeit

Für eine konkrete Verbesserung der Situation in Grenzregionen

Die durch die „B-Solutions“-Projekte entwickelten innovativen Lösungen zur Überwindung grenzüberschreitender Hindernisse administrativer und rechtlicher Natur sollen einen konkreten Beitrag zur Verbesserung der Lebensbedingungen von Einwohnern der Grenzregionen leisten und in andere europäische Grenzregionen übertragbar sein, d.h. Vorbildcharakter haben. Damit fallen Sie in den unmittelbaren Anwendungsbereich der [Mitteilung der Europäischen Kommission vom 20. September 2017](#) zur Stärkung von Wachstum und Zusammenhalt in EU-Grenzregionen. In dieser Mitteilung unterstreicht die EU die Bedeutung eines Abbaus von grenzüberschreitenden Hindernissen² und führt in Übereinstimmung mit den Themenbereichen des Aufrufs zehn Handlungsfelder auf.

Ein Aktionsprotokoll für die administrative Zusammenarbeit der Krankenkassen

Zielsetzung des Pilotprojekts, welches gemeinsam mit dem INFOBEST-Netzwerk³ am Oberrhein umgesetzt wird, ist die Verbesserung der administrativen Zusammenarbeit der

¹ Europäischer Verbund für territoriale Zusammenarbeit im Eurodistrikt PAMINA (Südpfalz, Mittlerer Oberrhein, Nordelsass), welcher sich satzungsgemäß der Förderung, Unterstützung und Koordination der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zugunsten der Bürgerinnen und Bürger widmet.

² „Die Kommission hat analysiert, wie teuer die Komplexität der grenzübergreifenden Zusammenarbeit und die doppelte Bereitstellung von Dienstleistungen kommen. Eine aktuelle Studie zu den wirtschaftlichen Auswirkungen der grenzbezogenen Hindernisse auf das BIP und das Beschäftigungsniveau in Grenzregionen an den Binnenlandgrenzen legt nahe, dass diese Regionen durchschnittlich 8 % reicher sein könnten, wenn alle Hemmnisse beseitigt würden und alle dieselbe Sprache sprächen. Dieses Szenario ist weder zu erreichen noch wünschenswert, da Europa auf Vielfalt und Subsidiarität aufgebaut ist. Würden jedoch nur 20 % der derzeit bestehenden Hindernisse abgebaut, so würde das BIP in den Grenzregionen auch schon um 2 % steigen.“ (MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DEN RAT UND DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT: Stärkung von Wachstum und Zusammenhalt in den EU-Grenzregionen, COM(2017) 534 final, Brüssel 20.09.2017)

³ Informations- und Beratungsstellen für grenzüberschreitende Fragen am Oberrhein, namentlich von Nord nach Süd die INFOBEST PAMINA, die INFOBEST Kehl/Strasbourg, die INFOBEST Vogelgrun/Breisach und die INFOBEST PALMRAIN.

deutschen und französischen Krankenkassen zugunsten grenzüberschreitend handelnder Personen (Themenbereich 5: Verwaltungszusammenarbeit). Zu diesem Zweck soll bis zum Projektabschluss ein Aktionsprotokoll erarbeitet werden, das auf der Analyse konkreter Fallbeispiele basiert und einen verlässlichen Handlungsrahmen für die Kassen beider Länder bietet.

Ausgangspunkt hierfür war die Feststellung, dass Grenzgänger bei der Eingliederung in die Krankenkasse und der Kostenerstattung vor vielfältigen Problemstellungen stehen: Lange Bearbeitungszeiten, hohe Komplexität der Verfahren, widersprüchliche Informationen sowie ein schwieriger Zugang zu adäquaten Informationen (an Grenzgänger-Situation angepasst), zusätzliche Kosten aufgrund unvereinbarer nationaler Vorschriften etc.

Diese administrativen Probleme, die von den INFOBEST-Beratern regelmäßig festgestellt werden, führen bei den Betroffenen zu negativen Einschätzungen hinsichtlich ihres Status als Grenzgänger. Darüber hinaus müssen sie einen höheren Aufwand betreiben und mehr Zeit investieren, um ihre Rechte durchzusetzen.

Lösungen für den Oberrhein und für Europa

Das „B-Solutions“ Projekt ist in zwei Phasen gegliedert:

Erstens eine Phase der Erfassung, Auswahl und Analyse von Fallbeispielen aus der deutsch-französischen Region am Oberrhein. In Zusammenarbeit mit den Krankenkassen sollen während dieser Phase einerseits jene administrativen Hindernisse ermittelt werden, deren Lösung mittels des Aktionsprotokolls herbeigeführt werden kann, andererseits geht es auch um die Erfassung von Problemstellungen, deren Lösung durch eine bessere Interessenvertretung auf nationaler und europäischer Ebene erreichbar ist. Die Entscheidung zu Auswahl und Analyse der Fallbeispiele ist bürgerorientiert, d.h. die Probleme werden aus Sicht der Versicherten und ausgehend von ihren Schwierigkeiten im grenzüberschreitenden Alltag dargestellt und behandelt.

Zweitens eine Phase zur Darstellung der Arbeitsprozesse sowie zur Ausarbeitung des Aktionsprotokolls hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit in andere Regionen an den EU-Binnengrenzen.

Ein Netzwerk erfahrener und motivierter Akteure

Die Umsetzung des Pilotprojekts erfolgte durch den EVTZ Eurodistrikt PAMINA als Projektträger, dem INFOBEST-Netzwerk als Hauptpartner sowie das Euro-Institut/TRISAN (Trinationales Kompetenzzentrum für die Kooperation im Bereich Gesundheit) als Dienstleister zur Erstellung des Aktionsprotokolls. Eine Lenkungsgruppe wurde eingerichtet, an der neben den oben genannten Akteuren auch das Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz e.V. als Experte für Verbraucherfragen, insbesondere zu grenzüberschreitenden Gesundheitsleistungen, beteiligt ist. Neben den regelmäßigen Sitzungen der Lenkungsgruppe sind während der Projektlaufzeit gemeinsame Treffen mit den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen vorgesehen, um eine ausgewogene

Repräsentation der Interessen zu gewährleisten und zu einem für alle Seiten nützlichen Werkzeuge in Form des Aktionsprotokolls zu gelangen.

Das „B-Solutions“ Projekt erfährt des Weiteren durch die Mitglieder des EVTZ Eurodistrikt PAMINA⁴ und die Träger der INFOBEST-Stellen⁵ politische Unterstützung. Der parlamentarische Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, MdB Dr. Thomas Gebhart, hat als Abgeordneter einer Grenzregion (Südpfalz) die Schirmherrschaft über die Pilotmaßnahme übernommen.

Vorstellung des vorliegenden Berichtes

Das vorliegende Dokument bezieht sich auf die erste Phase des Projektes: Es soll auf strukturierte Weise die grenzüberschreitenden Haupthindernisse bzw. -schwierigkeiten aufzeigen, mit denen sich die Bewohner der Grenzregion am Oberrhein hinsichtlich der Krankenversicherung konfrontiert sehen. Die erfassten Problemstellungen wurden in 12 thematische Gruppen unterteilt, die wiederum zwei Kategorien zugeordnet wurden:

- Grenzgängerspezifische Problemstellungen (vor allem Probleme bezüglich der Mitgliedschaft, der Anerkennung von Krankmeldungen, der Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen im Nachbarland);
- Problemstellungen, die die breite Bevölkerung der Grenzregion betreffen und die Fragestellungen rund um geplante medizinische Behandlungen im Ausland.

Die Problemstellungen der ersten Kategorie wurden vom INFOBEST-Netzwerk Oberrhein auf der Grundlage konkreter Fälle von INFOBEST-Beratern und einer mehr als 20-jährigen Erfahrung bei der Information und Beratung der Bürger in vielen grenzüberschreitenden Fragen, mit denen diese konfrontiert sind, eingebracht. Die Probleme in der zweiten Kategorie wurden von folgenden Akteuren gemeldet:

- Das Zentrum für europäischen Verbraucherschutz (ZEV), das Rechtsberatung für deutsche und französische Patienten anbietet und an der Beilegung von Streitigkeiten von Bürgern beteiligt ist, insbesondere in Bezug auf die Erstattung von Gesundheitskosten;
- TRISAN, Trinationales Kompetenzzentrum für Gesundheitszusammenarbeit am Oberrhein, dessen Aufgabe die Entwicklung und Förderung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein ist;
- und das INFOBEST-Netzwerk Oberrhein.

Unter der Federführung des EVTZ Eurodistrikt PAMINA verlief der Arbeitsprozess wie folgt:

- Identifizierung von Fällen durch die oben genannten Strukturen;
- Gemeinsame Überlegungen zu den Fällen im Rahmen der zweiten Sitzung der Lenkungsgruppe des Projekts;

⁴ Deutsche und französische lokale Gebietskörperschaften sowie Regionalverbände, das Département du Bas-Rhin und die Région Grand Est.

⁵ Abhängig von der jeweiligen Stelle, u.a. die lokale Ebene sowie die Länder-Ebene und der französische Staat.

- Analyse und Modellierung von Fällen durch das Euro-Institut / TRISAN als Dienstleister für die Erstellung des Aktionsprotokolls, in enger Abstimmung mit den Experten von INFOBEST und des ZEV;
- Validierung der Ergebnisse im Rahmen der zweiten Sitzung der Lenkungsgruppe und gemeinsame Überlegungen zur Fortsetzung des Projekts (Suche nach Lösungen, Frage der Übertragbarkeit, etc.);

Der zweite Teil des Dokuments stellt die 12 identifizierten Problemstellungen im Detail dar und analysiert sie. Zur besseren Übersichtlichkeit werden die verschiedenen Themen so weit wie möglich nach einer einheitlichen Struktur behandelt: Darstellung des Themas, juristischer Referenzrahmen, betroffene Zielgruppe, negative Folgen der Problematik, Optimierungsvorschläge, Identifizierung guter Praktiken. Die Darstellung der Problemstellung basiert auf konkreten Beispielen und Fällen, auf welche die Einrichtungen, die das Problem gemeldet haben, gestoßen sind und dienen der Veranschaulichung. Die Optimierungsvorschläge sind als erste Grundlage für die Diskussionen mit den Krankenkassen und anderen zuständigen Stellen zu verstehen. Die an der Erstellung des vorliegenden Berichts beteiligten Akteure haben nicht unbedingt ein vollständiges Bild von den Einschränkungen, denen die entsprechenden Einrichtungen unterworfen sind, noch von den Maßnahmen, die bereits unternommen wurden oder derzeit geprüft werden, um Lösungen zu finden. Ziel dieses Ansatzes ist es, einen offenen und konstruktiven Dialog mit den zuständigen Stellen auf beiden Seiten der Grenze aufzubauen und die Diskussion zwischen ihnen zu erleichtern, um Verbesserungen zu erzielen und Lösungen zu finden – eventuell auch andere Lösungen als aktuell angedacht. Oberstes Ziel ist es, Lösungen zu definieren, die zielgruppengerecht, nachhaltig und realisierbar sind; unter Berücksichtigung der Unterschiede zwischen den nationalen Systemen und politischen Ansätzen. Diese basieren auf der jeweiligen Expertise und Erfahrung aller Akteure sowie auf den gemeinsamen Innovationspotentialen anhand eines pragmatischen Ansatzes. Zu diesem Zweck erschien es ebenfalls interessant, existierende bewährte Verfahren in Frankreich und Deutschland sowie in der Zusammenarbeit zwischen Partnern in der Region oder an anderen europäischen Grenzen zu ermitteln. Diese Rechercharbeit zu bewährten Verfahren soll während des Projekts vervollständigt und angereichert werden.

Die Analysen in Teil II werden ergänzt durch ein Fazit (Unterpunkt II.3), das eine bereichsübergreifende Sicht auf die Themen bietet und dazu dienen soll, die Suche nach Optimierungspotentialen in Abstimmung mit den Kassen und anderen kompetenten Stellen zu strukturieren.

Teil III fasst die Ergebnisse der Workshops mit den Vertretern der Krankenkassen und anderen kompetenten Stellen vom 26. Februar und 13. Mai 2019 zusammen. Er enthält sowohl weiterführende Informationen zu den identifizierten Themen, die von den Anwesenden zur Verfügung gestellt werden, als auch die vereinbarten Aktionsprotokolle zum Abbau der ermittelten Hindernisse an der deutsch-französischen Grenze.

In der Anlage 1 werden wir in einer Tabelle die Strukturen angeben, die die verschiedenen Problemstellungen angesprochen haben und an die sich das Euro-Institut/TRISAN gewandt



haben, um die Inhalte der Darstellungen zu diskutieren, zu verfeinern und zu validieren. Die Anlage 2 enthält Angaben zu den an anderer Stelle verwendeten Quellen, insbesondere für die Erforschung des spezifischen Rechtsrahmens. Die Anlagen 3 und 4 enthalten die Teilnehmerlisten der beiden zuvor genannten Workshops.

Teil II: Ermittlung und Analyse der Problemfälle

1. Grenzgängerspezifische Problemstellungen

1.1 Problemstellung Nr. 1: Erfordernis für Grenzgänger, vollständige Anträge auf Krankenversicherung sowohl in ihrem Wohnsitzland als auch im Beschäftigungsland zu stellen

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

- S1
- Krankenversicherung
- Doppeltes Anmeldeverfahren bei Krankenkassen
- Bürokratischer Aufwand

Beschreibung der Problemstellung

Grenzgänger, die sowohl in ihrem Tätigkeitsland als auch in ihrem Wohnsitzland eine Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen, müssen nacheinander zwei vollständige Anträge auf Registrierung bei den zuständigen Kassen stellen: im Land der beruflichen Tätigkeit und im Land des Wohnsitzes. Dies kann für den Versicherten einen gewissen Verwaltungsaufwand bedeuten (große Anzahl der auszufüllenden Formulare, Übersetzungskosten, Sprachprobleme).

Fallbeispiel

Eine Person, die eine Beschäftigung im Nachbarland aufnimmt, muss zunächst einen Antrag auf Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung in diesem Land stellen. Die Mitgliedschaft berechtigt ihn, nach den nationalen Bedingungen in diesem Land abgesichert zu sein (und zu Geldleistungen der Krankenversicherung). In einem zweiten Schritt muss der Versicherte, um auch Anspruch auf die Sachleistungen der Krankenversicherung seines Wohnsitzlandes zu haben (kein Anspruch auf Geldleistungen),

- seine Krankenkasse im Beschäftigungsland bitten, ein S1-Formular auszustellen und
- nach Erhalt des S1 ein Dossier erstellen, um sich für die Krankenversicherung im Wohnsitzland anzumelden.

Dasselbe gilt für eine Person, die sich dafür entscheidet, in das Nachbarland zu ziehen, während sie in ihrem Herkunftsland weiterarbeitet (z.B. ein Deutscher, der in Deutschland arbeitet und sich in Frankreich niederlassen möchte).

Damit durchläuft der Versicherte zwei vollständige Registrierungsverfahren, die als Verwaltungsaufwand angesehen werden können. In einigen Fällen kann die Erfordernis einer doppelten Registrierung einen größeren administrativen Aufwand verursachen, besonders wenn:

- die versicherte Person die Sprache des Wohnstaates nicht (oder nicht perfekt) spricht und Formulare in dieser Sprache ausfüllen muss;
- die versicherte Person nicht die Staatsangehörigkeit des Wohnsitzstaates besitzt und bestimmte Dokumente wie die Geburtsurkunde übersetzen und beglaubigen lassen muss;
- die versicherte Person weder die Staatsangehörigkeit des Wohnsitzstaats noch die Staatsangehörigkeit des Staates, in dem sie arbeitet, hat und bestimmte Dokumente in zwei verschiedene Sprachen übersetzen und beglaubigen lassen muss.

Juristischer Referenzrahmen

Gemäß Artikel 17 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Grenzgänger, obwohl sie in ihrem Beschäftigungsland versichert sind, Anspruch auf Sachleistungen der Krankenversicherung zu den nationalen Bedingungen in ihrem Wohnsitzland. Um diese Regelung wirksam in Anspruch nehmen zu können, muss sich der Grenzgänger gemäß Artikel 24 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 bei der Krankenversicherung seines Wohnsitzlandes eintragen lassen.

Artikel 17 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004

Wohnort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat

Ein Versicherter oder seine Familienangehörigen, die in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat wohnen, erhalten in dem Wohnmitgliedstaat Sachleistungen, die vom Träger des Wohnorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht werden, als ob sie nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären.

Artikel 24 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Wohnort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat

Bei der Anwendung von Artikel 17 der Grundverordnung müssen sich der Versicherte und/oder seine Familienangehörigen beim Träger ihres Wohnorts eintragen lassen. Ihr Sachleistungsanspruch im Wohnmitgliedstaat wird durch ein Dokument bescheinigt, das vom zuständigen Träger auf Antrag des Versicherten oder auf Antrag des Trägers des Wohnorts ausgestellt wird. (...)

Betroffener Personenkreis

Alle Grenzgänger, insbesondere diejenigen, die nicht die Sprache des Wohnsitzlandes sprechen.

Auswirkungen der Problemstellung

- verdoppeltes administratives Verfahren,
- Zusätzliche Kosten (z.B. Kosten für beglaubigte standesamtliche Urkunden: In EU-Mitgliedsstaaten können diese Dokumente in mehrsprachigen Fassungen ausgestellt werden (kostenpflichtig), das Problem stellt sich jedoch weiterhin für Personen aus einem Drittstaat sowie für deutsche Aussiedler, deren Urkunden aus einem Land der ehemaligen Sowjetunion stammen.)
- Der oben beschriebene Verwaltungsaufwand kann dazu führen, dass der Grenzgänger auf die Eintragung in die Krankenversicherung in seinem Wohnsitzland verzichtet. Die INFOBESTen kennen solche Fälle des Verzichts auf die Verwendung des S1-Formulars. Meistens handelt es sich um Grenzgänger, welche die Staatsangehörigkeit ihres Tätigkeitslandes haben und sich nicht bei der/einer Krankenkasse ihres Wohnlandes registrieren, da sie beabsichtigen, weiterhin in ihrem Beschäftigungsland behandelt zu werden. Die Tatsache, dass sich die Person in ihrem Wohnsitzland nicht krankenversichert, ist problematisch: Es besteht ein finanzielles Risiko, das die Person für Behandlungen im Wohnsitzland kein Anspruch auf Kostenübernahme hat. Probleme können sich auch stellen, wenn diese Person ihren Arbeitsplatz verliert. Die Leistungen der Arbeitslosenversicherung werden von der zuständigen Stelle des Wohnsitzlandes gezahlt. Bei der Arbeitslosmeldung muss die Person die Sozialversicherungsnummer des Wohnsitzlandes angeben. Ohne entsprechende Nummer dauert das Registrierungsverfahren länger. In Frankreich kann Pôle emploi z.B. keinen endgültigen Arbeitslosengeldbescheid ausstellen, wenn die Person keine französische Sozialversicherungsnummer hat. Gleichzeitig weigert sich die französische gesetzliche Krankenkasse CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), die Anmeldung zur Krankenversicherung vorzunehmen, wenn die bei Pôle emploi registrierte Person keine Mitteilung über die Arbeitslosenleistungen übermittelt. Als Zwischenlösung, stellt Pôle emploi derzeit eine vorläufige Zahlungsbescheinigung aus, die es betroffenen Personen ermöglicht, sich bei der CPAM zu registrieren.

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

- Direkte Übermittlung des S1-Formulars durch die gesetzlich zuständige Krankenkasse an die Kasse im Wohnsitzland: Dies erlaubt eine bessere Information der Grenzgänger, indem sie auf die Bedeutung der Kassenmitgliedschaft im Wohnsitzland hingewiesen werden (direkter Versand von Anmeldeformularen durch die Kasse im Wohnsitzland). Kompliziert erscheint dies jedoch durch Unterschiede im System: In Deutschland gibt es mehr als 100 gesetzliche Krankenkassen, und der Versicherte kann seine eigene Kasse frei wählen. Die CPAM wird daher erst dann Daten übermitteln können, wenn sie die vom Versicherten gewählte Kasse kennt. Auch wenn die Möglichkeit der Datenübertragung zwischen den Kassen gewählt werden

sollte, wäre es möglicherweise notwendig, dass die CPAM Vereinbarungen mit allen deutschen Kassen trifft. Hier muss jedoch betont werden, dass die Zahl der in Frankreich arbeitenden und in Deutschland ansässigen Grenzgänger sehr klein ist. Somit ist diese Lösung durchaus für den Großteil der Betroffenen vorstellbar, da auf französischer Seite im Falle der unselbständigen Beschäftigung immer die CPAM zuständig ist.

- Direkte Übermittlung der Daten durch die gesetzlich zuständige Kasse an die Kasse des Nachbarlandes mittels des EESSI-Verfahrens (Elektronischer Austausch von Sozialversicherungsdaten) - mit ausdrücklicher Zustimmung der versicherten Person -, um eine doppelte Registrierung zu vermeiden (potenziell problematisch im Sinne der Datenschutzbestimmungen).
- Nutzung zweisprachiger Anmeldeformulare im Grenzraum.

Best-Practice-Beispiele

Die AOK Baden-Württemberg übermittelt das S1-Formular auf Wunsch des Versicherten direkt an die CPAM, was zu einer besseren Informationslage seitens der betroffenen Grenzgänger führt. Die AOK-Versicherten müssen sich jedoch trotzdem auf französischer Seite mittels CPAM-Anmeldeformular registrieren.

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

1.2 Problemstellung Nr. 2: Problem der Zuordnung bei der Mitversicherung von Kindern im Falle einer Scheidung oder Trennung der Eltern

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

Scheidung / Trennung

Zuordnung von Kindern

Beschreibung der Problemstellung

Bei Eltern, von denen einer Grenzgänger und der andere im Wohnsitzland berufstätig ist, sind die Kinder über letzteren krankenversichert. Dies gilt auch im Falle einer Trennung oder Scheidung, wenn der im Wohnsitzland arbeitende Elternteil das Sorgerecht für das Kind hat (alleinige Betreuung des Kindes/der Kinder in einem Haushalt oder in Wechsel) und/oder bis zum Scheidungsurteil. Im Falle eines Wohnsitzes in Frankreich kann dies zwei Arten von Problemen mit sich bringen, die im folgenden Kasten näher erläutert werden.

Fallbeispiel

Kind von geschiedenen Eltern, mit Wohnsitz in Frankreich. Das Kind ist 8 Jahre alt, es befindet sich in gemeinsamer Obhut von Vater und Mutter, lebt aber regelmäßig bei seiner Mutter. Die Mutter arbeitet in Deutschland, der Vater in Frankreich. Gemäß Artikel 32 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist das Kind über den Vater krankenversichert.

Problem 1: Nutzung der Versicherungskarte des Ex-Partners

In Frankreich haben Kinder frühestens ab dem 12. Lebensjahr eine eigene Carte vitale (französische Krankenversicherungskarte). Vor diesem Alter werden die Leistungen über die Krankenversicherungskarte des Elternteils, über den das Kind versichert ist, erbracht und abgerechnet. Im vorliegenden Fall ist das Kind unter 12 Jahre alt und hat daher keine „Carte vitale“. Wenn das Kind während des Aufenthalts bei der Mutter behandelt werden muss, ist diese gezwungen, die Carte vitale des ehemaligen Ehepartners zu nutzen. Genauer gesagt:

- Für einen Krankenhausaufenthalt des Kindes ist die Versicherungskarte des Vaters unerlässlich.
- Für einen einfachen Arztbesuch könnte die Mutter rein formal ein Erstattungsformular nutzen. Der Rückerstattungsprozess dauert jedoch viel länger als bei Verwendung der „Carte vitale“, die eine automatische Rückerstattung innerhalb von 3 Tagen ermöglicht.

Problem 2: Zahlung durch den Grenzgänger-Elternteil, Kostenerstattung für den Versicherten

In Frankreich müssen die Ausgaben im Voraus bezahlt werden, und die Rückerstattung

erfolgt auf das Konto des Elternteils, über den das Kind versichert ist, auch wenn das Kind seine eigene „Carte vitale“ hat. Im vorliegenden Fallbeispiel muss die Mutter – als Grenzgänger-Elternteil – die Behandlungskosten während eines Aufenthaltes des Kindes bei ihr vorstrecken, wobei diese Kosten anschließend dem Ex-Mann erstattet werden.

Die beiden oben genannten Probleme bringen die Ex-Ehegatten (und ihre Kinder) in zumindest unbefriedigende Situationen, da sich ein Elternteil in Abhängigkeit vom anderen befindet, während die beiden Ex-Ehegatten nicht unbedingt weiterhin Beziehungen zueinander unterhalten wollen.

Besonders dubios wird die Situation, wenn das Kind beim Grenzgänger-Elternteil lebt: Logischerweise wird dieses meist derjenige sein, der das Kind zum Arzt bringt, aber das Kind bleibt über den anderen Elternteil versichert. Die angewandte Regel steht dann völlig im Widerspruch zu der konkreten Situation, in der sich die Menschen befinden.

Vor allem die beiden aufgeworfenen Probleme können zu äußerst problematischen Situationen führen, z.B.

- wenn die Ex-Ehegatten sehr weit voneinander entfernt leben (es ist dann schwierig, die „Carte vitale“ des Ex-Ehepartners zu bekommen),
- wenn es keinen weiteren Kontakt zwischen den ehemaligen Ehepartnern gibt,
- wenn beide Ehepartner konfliktgeladene Beziehungen haben,
- wenn es ein Problem mit Gewalt oder Missbrauch gibt,
- sowie in anderen besonderen Situationen (z.B. wenn der Elternteil, über den das Kind versichert ist, sich in einer psychiatrischen Klinik befindet).

Juristischer Referenzrahmen

Gemäß Artikel 32 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 wird ein Kind, von dem nur einer der Elternteile Grenzgänger ist, dem Elternteil, der seine berufliche Tätigkeit im Wohnsitzland ausübt, zugeordnet, sofern dieser das Sorgerecht für das Kind hat.

Artikel 32 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004

Rangfolge der Sachleistungsansprüche - Besondere Vorschrift für den Leistungsanspruch von Familienangehörigen im Wohnmitgliedstaat

1. Ein eigenständiger Sachleistungsanspruch aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats oder dieses Kapitels hat Vorrang vor einem abgeleiteten Anspruch auf Leistungen für Familienangehörige. Ein abgeleiteter Anspruch auf Sachleistungen hat jedoch Vorrang vor eigenständigen Ansprüchen, wenn der eigenständige Anspruch im Wohnmitgliedstaat unmittelbar und ausschließlich aufgrund des Wohnorts der betreffenden Person in diesem Mitgliedstaat besteht.
2. Wohnen die Familienangehörigen eines Versicherten in einem Mitgliedstaat, nach dessen Rechtsvorschriften der Anspruch auf Sachleistungen nicht vom Bestehen

einer Versicherung, einer Beschäftigung oder einer selbstständigen Erwerbstätigkeit abhängt, so werden die Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers in dem Mitgliedstaat erbracht, in dem sie wohnen, sofern der Ehegatte oder die Person, die das Sorgerecht für die Kinder des Versicherten hat, eine Beschäftigung oder eine selbstständige Erwerbstätigkeit in diesem Mitgliedstaat ausübt oder von diesem Mitgliedstaat aufgrund einer Beschäftigung oder einer selbstständigen Erwerbstätigkeit eine Rente erhält.

Die beiden oben beschriebenen Probleme ergeben sich nicht aus der Verordnung selbst, sondern aus der Anwendung der Verordnung auf die französischen Vorschriften über den Zugang zur medizinischen Versorgung (Kind ohne „Carte vitale“; Vorfinanzierung der Ausgaben).

Es sei darauf hingewiesen, dass die Probleme nicht auftreten, wenn das Wohnsitzland Deutschland ist. In Deutschland gilt im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung folgendes:

- Das Kind hat, auch wenn es bei einem Elternteil (Familienversicherung) versichert ist, eine eigene Versicherungskarte. Der Grenzgänger-Elternteil muss daher nicht die Versicherungskarte des anderen Elternteils verwenden.
- Patienten zahlen nicht im Voraus (Sachleistungsprinzip), so dass der Grenzgänger-Elternteil nicht damit konfrontiert wird, dass die ihm entstandenen Kosten dem anderen Elternteil erstattet werden.

Es ist auch zu beachten, dass in der französischen Version von Artikel 32 der Begriff „Kinderbetreuung/Aufenthalt des Kindes“ (*garde de l'enfant*) verwendet wird, während in der deutschen Fassung der Begriff „Sorgerecht“ steht, d.h. elterliche Vormundschaft.

Betroffener Personenkreis

- Getrennt lebende oder geschiedene Paare und ihre Kinder, wenn sie ihren Wohnsitz in Frankreich haben und einer der Elternteile Grenzgänger ist.
- Es ist zu beachten, dass die Verwendung der „Carte vitale“ des anderen Elternteils auch dann problematisch sein kann, wenn beide Elternteile in einer Beziehung sind, z.B. wenn der Elternteil, über den das Kind versichert ist, viel auf Dienstreisen ist.

Auswirkungen der Problemstellung

- Je schlechter die Beziehung zwischen den Ex-Ehegatten ist, desto schwieriger sind die genannten Probleme zu bewältigen.
- Die genannten Probleme können zu einem Verzicht auf die Gesundheitsversorgung führen.
- Die Gesetzgebung unterstützt die grenzüberschreitende berufliche Mobilität nicht ausreichend.

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

- Könnte eine Ausnahmeregelung in Betracht gezogen werden, wenn festgestellt wird, dass keine Verbindung zwischen dem in Frankreich wohnhaften Elternteil und dem Kind besteht?
- Könnten sich Frankreich und Deutschland auf nationaler Ebene darauf einigen, die Situation vor Herbst 2017 wiederherzustellen (Zugehörigkeit zu beiden Elternteilen, siehe „gute Praktiken“), Frankreich würde dann von Deutschland keine Erstattung der von den betroffenen Kindern verursachten Gesundheitskosten einfordern.
- Kann Artikel 3 Absatz 1 der [Internationalen Konvention über die Rechte des Kindes](#) dazu verwendet werden, dem Wohl der Kinder Vorrang einzuräumen und sie über den Elternteil zu versichern, bei dem sie ihren Wohnsitz haben, wenn die Entscheidung, das Kind (bzw. die Kinder) über den anderen Elternteil zu versichern, negative Auswirkungen auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung hat? (Artikel 3 Absatz 1 des Internationalen Übereinkommens über die Rechte des Kindes: „Bei allen Entscheidungen über Kinder, die von öffentlichen oder privaten Sozialeinrichtungen, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, steht das Wohl des Kindes im Vordergrund“).
- In Bezug auf Problem Nr. 1 (Notwendigkeit der Verwendung der „Carte vitale“ des Elternteils, zu welchem das Kind zugeordnet ist): Wäre es möglich, abweichend davon eine „Carte vitale“ für Kinder unter 12 Jahren auszustellen (auch wenn dies Problem Nr. 2 nicht löst, d.h. die Kostenerstattung auf das Konto des Ex-Partners)?

Best-Practice-Beispiel

-

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

1.3 Problemstellung Nr. 3: Weigerung, das S1-Formular für Familienangehörige des Grenzgängers auszustellen

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

Familienangehörige / anspruchsberechtigte Familienangehörige

Verweigerung des S1-Formulars

Beschreibung der Problemstellung

Im Falle von Grenzgängern, die in Deutschland wohnen und in Frankreich arbeiten, wird Familienangehörigen von Frankreich die Ausstellung des S1-Formulars verweigert, wenn sie nicht unter die Definition der anspruchsberechtigten Familienangehörigen im Rahmen der Familienversicherung nach französischem Recht fallen.

Fallbeispiel

Verheiratetes Paar mit Kind mit Wohnsitz in Deutschland. Der Mann ist Arbeitnehmer. Die Frau ist arbeitslos und erhält kein Arbeitslosengeld. Ihr 24-jähriges Kind studiert in Deutschland.

Fallbeispiel Nr. 1: Der Mann arbeitet in Deutschland

Ist eine Person in Deutschland in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, hat ihr Ehegatte oder Lebenspartner, dessen Gesamteinkommen (z.B. geringfügige Beschäftigung, Arbeitslosengeld, Einnahmen aus Immobilien etc.) nicht regelmäßig einen gesetzlich festgelegten Betrag überschreitet (2019: 445 €/Monat), Anspruch auf den Status als anspruchsberechtigter Familienangehöriger (Familienversicherung). Gleiches gilt für seine Kinder bis zum Alter von 25 Jahren, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder einen anerkannten Freiwilligendienst absolvieren.

So können in diesem Fall die Ehefrau des Ehemannes und sein 24-jähriges Kind bei seiner Krankenkasse beitragsfrei familienversichert werden.

Fallbeispiel Nr. 2: Der Mann arbeitet in Frankreich (Grenzgänger)

Der Mann, der in Frankreich beschäftigt ist, ist auf der französischen Seite bei der CPAM versichert. Seine Frau und das Kind werden aus folgenden Gründen nicht als anspruchsberechtigte Familienangehörige anerkannt:

- Gemäß Artikel 1 i 1. 1. ii der Verordnung (EG) 883/2004 gilt für die Bestimmung des Status als Familienangehöriger die Gesetzgebung des Wohnsitzstaates (in diesem Fall Deutschland).
- Die CNAM war jedoch der Ansicht, dass, obwohl der Wohnsitzmitgliedstaat den Status eines Familienmitglieds bestimmt, das Recht auf Übernahme von Gesundheitskosten dennoch auch in Frankreich, dem zuständigen Staat, existieren muss.
- Seit der Einführung des universellen Gesundheitsschutzes (PUMa) am 1. Januar 2016 ist der Status der anspruchsberechtigten Familienangehörigen in Frankreich für

Erwachsene (Personen über 18 Jahren) jedoch abgeschafft worden. Seit 2019 ist dieser Status ebenfalls im lokalen Regime Elsass-Mosel abgeschafft. Die betroffenen Personen sind nun eigenständig versichert.

So werden die Ehefrau des Herrn und das 24-jährige Kind in diesem Fall in Frankreich nicht als anspruchsberechtigte Familienangehörige angesehen und von der CPAM wird die Ausstellung des S1-Formulars verweigert.

In den von den INFOBESTen behandelten konkreten Fällen, mussten Grenzgänger in dieser Situation:

- einen Zuschlag an ihre deutsche Krankenkasse leisten, um ihren Ehepartner zu versichern;
- ihre Kinder rückwirkend in die Krankenversicherung für Studenten einschreiben.

Juristischer Referenzrahmen

Gemäß Artikel 17 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004:

- hat der Grenzgänger Anspruch auf Gesundheitsleistungen gemäß den nationalen Bestimmungen in seinem Wohnsitzland, obwohl er in dem Land, in dem er arbeitet, und nicht in seinem Wohnsitzland versichert ist;
- diese Leistungen gelten auch für Familienangehörige.

Um von diesen Bestimmungen zu profitieren, müssen der Grenzgänger und seine Familienangehörigen ein von der Krankenversicherung des Grenzgängers ausgestelltes Formular S1 haben und sich dann gemäß Artikel 24 der Verordnung Nr. 987/2009 bei der Krankenversicherung des Wohnstaates anmelden.

Für ein gutes Verständnis des Problems ist es wichtig, die folgenden Aspekte zu präzisieren:

- Das Formular S1 wird an Einzelpersonen und nicht an die ganze Familie ausgegeben.
- Gemäß Artikel 1 i 1.ii der Verordnung (EG) 883/2004 bedeutet der Begriff „Familienangehöriger“ „(...) jede Person, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem sie wohnt, als Familienangehöriger bestimmt oder anerkannt wird oder als Haushaltsangehöriger bezeichnet wird“;
- Die CNAM ist jedoch der Ansicht, dass, obwohl der Wohnsitzmitgliedstaat den Status eines Familienangehörigen bestimmt, das Recht auf Übernahme von Gesundheitskosten dennoch auch in Frankreich, dem zuständigen Staat, existieren muss.
- Die Kriterien für die Erlangung des Status als anspruchsberechtigte Familienangehörige sind in Frankreich und Deutschland nicht die gleichen. Bestimmte Personengruppen mit diesem Status in Deutschland können in Frankreich nicht ebenfalls von diesem profitieren. Dies gilt insbesondere für Ehegatten und Lebenspartner, deren Gesamteinkommen (z.B. geringfügige Beschäftigung, Arbeitslosengeld, Einnahmen aus Immobilien etc.) nicht regelmäßig einen gesetzlich festgelegten Betrag überschreitet (2019: 445 €/Monat), sowie für Jugendliche zwischen 20 und 25 Jahren (siehe Kasten unten).

In diesem Zusammenhang stellt sich das Problem wie folgt dar: Seit der Einführung des PUMa am 1. Januar 2016 in Frankreich wurde die Ausgabe von S1-Formularen auf französischer Seite für Familienangehörige von Grenzgängern (mit Wohnsitz in Deutschland und Arbeit in Frankreich) abgelehnt, die nach französischem Recht nicht als anspruchsberechtigte Familienangehörige gelten.

Zwei Beispiele für Unterschiede in der Definition der anspruchsberechtigten Familienangehörigen in Frankreich und Deutschland

Ehegatte oder Lebenspartner

- In Deutschland: Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Person den Status als anspruchsberechtigte Familienangehörige, wenn ihr Gesamteinkommen (z.B. geringfügige Beschäftigung, Arbeitslosengeld, Einnahmen aus Immobilien etc.) nicht regelmäßig einen gesetzlich festgelegten Betrag überschreitet (2019: 445 €/Monat).
- In Frankreich: Seit dem 1. Januar 2016 und der Einführung des PUMa hat die Person nicht den Status als anspruchsberechtigte Familienangehörige. Der PUMa sieht vor, dass jede erwachsene Person individuell versichert ist. Wenn die Person nicht erwerbstätig ist, wird sie auf der Grundlage des Wohnsitzkriteriums zugeordnet. Seit 2019 ist dieser Status ebenfalls im lokalen Regime Elsass-Mosel abgeschafft, sodass sich die betroffenen Personen nun eigenständig versichern müssen.

Kinder:

- In Deutschland haben Kinder im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung den Status als anspruchsberechtigte Familienangehörige:
 - bis 18 Jahre
 - bis 23 Jahre, falls keine berufliche Tätigkeit besteht
 - bis 25 Jahre, wenn sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder einen Freiwilligendienst absolvieren.
 - ohne Altersbegrenzung im Falle einer Behinderung, welche eine selbstständige Lebenshaltung unmöglich macht

In Frankreich haben Kinder Anspruch auf den Status als anspruchsberechtigte Familienangehörige, bis sie das 18. Lebensjahr vollendet haben (20 Jahre im Falle der lokalen Regelung). Auf Wunsch kann das Kind ab dem 16. Lebensjahr individuell versichert werden.

Betroffener Personenkreis

Familienangehörige von Grenzgängern mit Wohnsitz in Deutschland und in Frankreich arbeitend, erhalten nach französischem Recht nicht den Status eines anspruchsberechtigten Familienangehörigen, während sie diesen in Deutschland erhalten hätten (insbesondere:

Ehepartner ohne Erwerbstätigkeit oder anderes Einkommen; Kinder zwischen 20 und 25 Jahren).

Auswirkungen der Problemstellung

Die betroffenen Grenzgänger sind verpflichtet, Zuschläge zu zahlen oder ihre Ehepartner oder ihr(e) Kind(er) separat zu versichern.

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

- Die Problematik ergibt sich aus der französischen Interpretation der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Es wäre wünschenswert die Anwendung des Artikels 1 i 1.ii der Verordnung (EG) 883/2004 klarzustellen.

Best-Practice-Beispiele

Bis Juli 2019 bestand im Rahmen des lokalen Regimes Elsass-Mosel für Familienmitglieder noch die Möglichkeit den Status als anspruchsberechtigte Familienangehörige zu erhalten. Familienmitglieder im Sinne der Regelung waren: Ehepartner, eingetragener Lebenspartner oder Lebensgefährte sowie eigene Kinder bis zum Alter von 20 Jahren (insofern sie sich noch in Ausbildung befinden) bzw. unbegrenzt, wenn das Kind aufgrund einer Behinderung nicht in der Lage ist sich selbst zu unterhalten. Das lokale Regime Elsass-Mosel gilt für alle Beschäftigten in den Departements Moselle, Bas-Rhin und Haut-Rhin (mit Ausnahme von Beamten) und Grenzgänger, die dort ihren Wohnsitz haben.

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

1.4 Problemstellung Nr. 4: Verlust der französischen Krankenversicherung im Zusammenhang mit einem Wohnortwechsel (ins Ausland) im Rahmen der Elternzeit

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

Umzug in ein anderes Land im Rahmen der Elternzeit

Verlust der Krankenversicherung im Land der Beschäftigung

Weiterführung der Behandlung

Beschreibung der Problemstellung

Wenn eine Person, die in Frankreich wohnt und arbeitet, für die Dauer der Elternzeit jedoch in ihr Herkunftsland zurückkehrt, verliert sie ihre Krankenversicherung in Frankreich, obwohl sie Beiträge gezahlt hat (möglicherweise seit vielen Jahren).

Fallbeispiel

Eine Frau mit deutscher Staatsangehörigkeit, die seit 15 Jahren in Frankreich lebt und arbeitet, möchte nach der Geburt des Kindes für eine Weile näher bei ihrer in Deutschland lebenden Familie wohnen. Sie nimmt Elternzeit und kehrt vorübergehend nach Deutschland zurück. Damit verliert sie ihre Krankenversicherung in Frankreich (Gründe, die im Abschnitt „Juristischer Referenzrahmen“ erläutert werden), mit folgenden Auswirkungen:

- Da sie nicht mehr auf französischer Seite versichert ist, kann sie kein S1-Formular erhalten, das es ihr ermöglichen würde auf deutscher Seite krankenversichert zu sein. Die betroffene Person ist dann verpflichtet, freiwillig der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung beizutreten, d.h. sie muss Beiträge zahlen (was nicht der Fall gewesen wäre, wenn sie weiterhin bei der französischen Krankenversicherung versichert gewesen wäre).
- Da sie in Frankreich nicht mehr krankenversichert ist, kann sie ihren Gynäkologen, Kinderarzt oder einen anderen Arzt, den sie früher konsultiert hat, nicht mehr konsultieren, zumindest nicht unter den gleichen Bedingungen wie zuvor (Problem der Fortführung der Behandlung).
- Die Situation verursacht auch ein starkes Unverständnis, da 15 Jahre lang Beiträge in Frankreich geleistet wurden.
- Wenn die Person vorher falsch über ihre Rechte informiert wurde, kann sie sich in einer dramatischen Situation wiederfinden:
 - Fehlende Krankenversicherung zu einem sehr sensiblen Zeitpunkt (Geburt eines Kindes) und Verpflichtung zur Vorauszahlung aller Kosten;
 - Suche nach einem Gynäkologen/Kinderarzt auf deutscher Seite und Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung aufgrund von Wartelisten.

In einem konkreten Fall dieser Art, der von INFOBEST Vogelgrun/Breisach behandelt wurde, hatte sich die junge Mutter Ende 2015 erkundigt und die Information erhalten, dass ihre französische Krankenversicherung aufrechterhalten werde. Am 1. Januar 2016 wurden die Vorschriften geändert (Einführung des PUMa) und die junge Mutter fand sich über Nacht

ohne Krankenversicherung wieder. Sie konnte schlussendlich die Angliederung an ihren über das RSI (frz. Krankenversicherung für Selbständige) versicherten Ehepartner erreichen, allerdings auf Kosten langer Verhandlungen. In der Zwischenzeit musste sie alle Ausgaben im Voraus leisten.

Juristischer Referenzrahmen

Der Verlust der französischen Krankenversicherung im Zusammenhang mit einem Wohnsitzwechsel im Rahmen der Elternzeit ergibt sich aus der Kombination von drei Elementen. Seit der Einführung des universellen Gesundheitsschutzes (PUMa) am 1. Januar 2016 geht die französische Krankenversicherung davon aus, dass:

- nur Personen, die in Frankreich arbeiten oder wohnen, in Frankreich Anspruch auf Krankenversicherung haben;
- die Elternzeit eine Situation der beruflichen Tätigkeit darstellt (obwohl der Arbeitsvertrag fortgesetzt wird); dies gilt nicht für den Mutterschutz, der als berufliche Tätigkeit angesehen wird.
- es nicht möglich ist, über den Ehepartner versichert zu werden, da die Leistungsberechtigung für Erwachsene im Rahmen der Familienversicherung nicht mehr besteht.

Betroffener Personenkreis

Personen, die in Frankreich wohnen und arbeiten und sich im Rahmen der Elternzeit in einem Drittland aufhalten.

Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland, die in Frankreich arbeiten und Elternzeit nehmen.

Es sei darauf hingewiesen, dass dieses Problem nicht nur Grenzgänger und nicht nur die Grenzgebiete betrifft.

Das Problem tritt nur auf, wenn das Erwerbsland Frankreich ist. Ist das Beschäftigungsland Deutschland, kann die Person während ihrer Elternzeit über ihre deutsche Krankenkasse versichert bleiben, da dieser auf deutscher Seite als berufliche Tätigkeit angesehen wird. Von der Beitragspflicht ausgenommen sind Personen, die bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind. Andererseits müssen Personen, die durch einen privaten Krankenversicherungsträger versichert sind oder freiwillig der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören, in der Regel die Beiträge zahlen.

Auswirkungen der Problemstellung

- Zusätzliche Kosten (Notwendigkeit des freiwilligen Beitritts zu einer deutschen Krankenkasse; Ausgabenvorlage bei fehlender Krankenversicherung; erhebliche Restkosten, wenn die Behandlung in Frankreich fortgesetzt wird, etc.)
- Administrativer Mehraufwand (Wechsel der Krankenkasse)

- Probleme bzgl. der Fortführung der Pflege / Fortsetzung der Behandlung
- Unverständnis bzgl. des Funktionierens von „Europa im Alltag“
- Einschränkung der Mobilität von Menschen in der Europäischen Union

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

Dieses Problem kann nicht durch eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen deutschen und französischen Krankenkassen gelöst werden. Es handelt sich um ein Problem, das auf nationaler Ebene auf französischer Seite angegangen werden muss.

Best-Practice-Beispiel

Vor der Einführung des PUMa in Frankreich konnten die Menschen in solchen Situationen weiterhin in Frankreich krankenversichert bleiben.

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

1.5 Problemstellung Nr. 5: Gesundheitliche Versorgung im Wohnsitzland für in Deutschland privatversicherte Personen

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwort)

In Deutschland privatversicherte Personen

Gesundheitliche Versorgung im Wohnsitzstaat

Beschreibung der Problemstellung

Die meisten Grenzgänger verfügen über zwei Krankenversicherungskarten (in Frankreich und Deutschland), die ihnen den Zugang zur Gesundheitsversorgung unter nationalen Bedingungen sowohl in ihrem Wohnsitzland als auch im Erwerbsland ermöglichen. Dies ist jedoch für Grenzgänger, die in Frankreich leben und bei einem privaten Krankenversicherungsträger in Deutschland versichert sind, nicht möglich: Sie haben keine Möglichkeit, sich für die französische Krankenversicherung anzumelden. Dies führt zu administrativem Aufwand im Falle der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Frankreich.

Fallbeispiel

Ein Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich, der in Deutschland bei einem privaten Krankenversicherungsträger versichert ist, kann von seinem deutschen privaten Krankenversicherungsträger das Formular S1 nicht erhalten, das es ihm ermöglichen würde, sich bei der französischen Krankenversicherung anzumelden und somit die gleichen Versicherungsbedingungen wie französische Versicherte zu erhalten.

Für Privatversicherte richten sich die Bedingungen für die Übernahme der im Ausland erbrachten Leistungen nach dem Versicherungsvertrag. Meistens sehen Verträge eine vollständige Abdeckung der Versorgung bei Aufenthalten von weniger als sechs Monaten in der Europäischen Union oder sogar weltweit vor. Bei längerem Aufenthalt oder wenn der Versicherte im Ausland wohnt, lassen sich die folgenden Probleme ausmachen:

- Möglicherweise muss die Person mit ihrer Krankenkasse besondere Versorgungsbedingungen aushandeln;
- Um sicher zu gehen, dass die Versorgung tatsächlich gewährleistet ist, muss sich die Person möglicherweise an ihre Krankenkasse wenden, um Informationen einzuholen und/oder eine vorherige Genehmigung zur Behandlung einzuholen;
- Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse ein Mitarbeiter antwortet, der wenig Kenntnis über Versorgungsfragen im Ausland hat.
- Da die Person nicht über die Carte vitale verfügt, profitiert sie nicht von den

automatisierten Rückerstattungssystemen, die mit der Karte verbunden sind. Sie muss die Rechnungen an ihre deutsche Kasse schicken, um eine Rückerstattung zu erhalten. Die Erstattung erfolgt daher langsamer als bei einer gesetzlich versicherten Person oder einer in Frankreich versicherten Person mit Carte vitale (Erstattung innerhalb von maximal 3 Tagen).

- Übersetzungskosten und die Kosten für Auslandsüberweisungen müssen ggf. von der Erstattung der Behandlungskosten abgezogen werden.

Im Allgemeinen übernehmen bei einem Aufenthalt in Frankreich die deutschen privaten Krankenversicherungsträger die Kosten für die Versorgung, da die für Privatversicherte in Deutschland geltenden Tarife höher sind als die französischen Tarife (in der Regel kein finanzieller Schaden für die Krankenkasse). Es besteht jedoch weiterhin ein Risiko für den Versicherten, die oben genannten administrativen Lasten kommen hinzu.

Juristischer Referenzrahmen

Gemäß den Artikeln 17 und 18 der Verordnung (EG) Nr. 883-2004 haben Grenzgänger Anspruch auf eine Krankenversicherung unter nationalen Bedingungen sowohl in ihrem Wohnsitzstaat (Artikel 17) als auch in dem Staat, in dem sie ihre berufliche Tätigkeit ausüben (Artikel 18). Der Grenzgänger erhält von seiner Krankenkasse ein S1-Formular, mit dem er sich in seinem Wohnsitzland kostenlos bei einer gesetzlichen Krankenversicherung einschreiben kann. Diese Bestimmungen gelten jedoch nicht für Grenzgänger, die privaten Krankenversicherungsträger angehören, da die Verordnung nur für die gesetzlichen Krankenkassen gilt.

Es erscheint zweckdienlich, an dieser Stelle einige Informationen zu den privaten Krankenversicherungsträgern in Deutschland zu geben.

Das deutsche Krankenversicherungssystem ist dual; es zeichnet sich durch die Koexistenz zweier sehr unterschiedlicher Systeme aus:

- Ein öffentliches System: die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die rund 90% der Bevölkerung abdeckt.
- Ein privates System: die private Krankenversicherung (PKV), die rund 10% der Bevölkerung abdeckt.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist für die Mehrheit der Bevölkerung obligatorisch. Von dieser Verpflichtung ausgenommen sind nur bestimmte Personengruppen: u.a. Beamte, Selbständige und Arbeitnehmer, deren Einkommen eine bestimmte Schwelle überschreitet, die jedes Jahr angepasst wird (2019: 60.750 € pro Jahr). Die Betroffenen können entweder freiwillig der gesetzlichen Krankenversicherung oder einem privaten Krankenversicherungsträger beitreten. Im Allgemeinen werden sich die Betroffenen für einen privaten Krankenversicherungsträger entscheiden, da sie in der Regel bessere Bedingungen für die medizinische Versorgung ermöglicht (z.B.: viel umfangreichere Liste der erstattungsfähigen Behandlungen und Medikamente; kürzere Wartezeiten für einen Termin,

etc.).

Folgende Aspekte sollten ebenfalls erwähnt werden:

- Für Beamte ist die Möglichkeit, sich freiwillig einer gesetzlichen Krankenversicherung anzuschließen, in der Regel nicht attraktiv. Der Dienstherr erstattet bei Beamten und ihren Familienangehörigen im Rahmen der Beihilfe zwischen 50% und 80% der beihilfefähigen Aufwendungen (Arztrechnungen, Behandlungskosten usw.). Die private Krankenversicherung zahlt dann entsprechend den Rest (zwischen 20% und 50%). Eine Versicherung im Rahmen der freiwilligen gesetzlichen Krankenversicherung wäre zwar möglich, aber in den meisten Fällen wesentlich teurer, weil Beamte keinen Anspruch auf den hälftigen Arbeitgeberbeitrag haben und sie die vollen Beiträge zur Krankenkasse zahlen müssten (Ausnahme: Hamburg seit 2018).
- Zu beachten ist auch, dass für Privatversicherte in Deutschland eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung sehr schwierig ist.

Daher kann die Lösung des Problems der privat versicherten Grenzgänger in vielen Fällen nicht darin bestehen, die Betroffenen zum Beitritt zu einer gesetzlichen Krankenversicherung zu motivieren.

Betroffener Personenkreis

Grenzgänger, die in Frankreich leben, in Deutschland arbeiten und bei einem privaten Krankenversicherungsträger in Deutschland versichert sind.

Auswirkungen der Problemstellung

- Verwaltungsaufwand (Erfordernis einer vorherigen Zustimmung zur Behandlung, Versicherte müssen in Vorleistung gehen, Übersendung von Rechnungen zur Erstattung usw.).
- Zusätzliche Kosten (Reduzierung der Erstattungen im Zusammenhang mit Übersetzungs- oder Überweisungskosten, Verwaltungskosten usw.).
- Diese Probleme können die grenzüberschreitende Mobilität beeinträchtigen.

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

-

Best-Practice-Beispiel

-

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

1.6 Problemstellung Nr. 6: Krankmeldungen im grenzüberschreitenden Kontext

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einer Fremdsprache

Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse im Wohnsitzstaat

Beschreibung der Problemstellung

Die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Krankenschein) kann im grenzüberschreitenden Kontext zwei Arten von Problemen mit sich bringen:

Problem 1: „Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einer Fremdsprache“ Grenzgänger gehen in der Regel zum Arzt in ihrem Wohnsitzland - aus sprachlichen Gründen oder weil sie dort ihren behandelnden Arzt haben bzw. gewöhnlich versorgt werden. Infolgedessen wird der Krankenschein eines Grenzgängers oft von einem Arzt im Wohnsitzland und damit in der Sprache dieses Landes ausgestellt. Der Grenzgänger muss die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dann an seinen Arbeitgeber und seine Krankenkasse in seinem Beschäftigungsland weiterleiten. Die INFOBESTen geben an, dass sie es mit einer erheblichen Anzahl von Fällen zu tun haben, in denen der Grenzgänger auf Schwierigkeiten mit seinem Arbeitgeber stößt, der den Krankenschein nicht anerkennt, weil er in einer Fremdsprache verfasst ist. Auf der Ebene der gesetzlich zuständigen Krankenkassen sind die geltenden Regeln im Allgemeinen bekannt, und die Anerkennung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus dem Nachbarland ist daher unproblematisch. Andererseits haben Kassen, die nicht viele Grenzgänger unter ihren Mitgliedern haben, oft Bearbeitungsschwierigkeiten, wenn der Krankenschein in einer Fremdsprache verfasst ist. Manchmal bitten sie den Versicherten, den Krankenschein und/oder die Diagnose des Arztes zu übersetzen. Dies sollte normalerweise nicht von ihnen verlangt werden.

Fallbeispiel

Ein in Deutschland wohnhafter Deutscher, der in Frankreich arbeitet, erhält von seinem deutschen Arzt einen Krankenschein. Er schickt den Schein an seinen französischen Arbeitgeber, der diesen nicht anerkennt, weil er in einer Fremdsprache verfasst ist.

Ein Franzose, der in Frankreich wohnt und in Deutschland arbeitet, erhält von seinem französischen Arzt einen Krankenschein. Der Franzose ist bei einer kleinen deutschen Kasse in Kassel versichert, die nicht über Mitarbeiter mit den erforderlichen Sprachkenntnissen verfügt, um den Fall zu bearbeiten. Die Kasse wendet sich an die versicherte Person, um von

dieser den Schein übersetzen zu lassen.

Problem 2: Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die falsche Krankenkasse

Es ist nicht ungewöhnlich, dass Grenzgänger ihren Krankenschein nicht an die von Gesetzes wegen zuständige Kasse (Beschäftigungsland), sondern an die Kasse im Wohnsitzland senden. Da sie auch im Wohnsitzland über eine Versicherungskarte verfügen, glauben schlecht informierte Grenzgänger fälschlicherweise, dass sie gesetzlich dieser Kasse angegliedert sind.

Die Kasse im Wohnsitzland informiert die Person jedoch nicht immer darüber, dass sie die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die falsche Kasse geschickt hat. Dies kann ein Problem bzw. eine Verzögerung bzgl. des Erhalts von Lohnersatzleistungen durch die Kassen im Falle von Krankheit darstellen (zeitaufwendiges Verfahren über die nationalen Verbindungsstellen).

Fallbeispiel

Ein Franzose, der in Frankreich wohnt und in Deutschland arbeitet, erhält von seinem französischen Arzt einen Krankenschein. Aufgrund einer mangelnden/falschen Informationslage schickt er seinen Krankenschein an die französische Krankenkasse. Die CPAM informiert den Versicherten nicht darüber, dass sie nicht zuständig ist und dass er den Schein an die Krankenkasse in Deutschland schicken muss. Während der ersten 6 Wochen des Krankenstands erhält der Grenzgänger nach deutschem Recht von seinem deutschen Arbeitgebereine Lohnfortzahlung. Der Grenzgänger bemerkt seinen Fehler folglich nicht. Nach den ersten 6 Wochen des Krankenstands zahlt der Arbeitgeber keinen Lohn mehr, und der erkrankte Arbeitnehmer sollte jetzt normalerweise das Krankengeld von seiner deutschen Kasse erhalten. Da die Kasse jedoch keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten hat, wird das Krankengeld nicht ausgezahlt: Bei Nichteinhaltung der Einreichungsfrist von einer Woche wird das Krankengeld nicht ausgezahlt (bis zum Erhalt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch die Kasse), nicht erhaltene Leistungen können nicht rückwirkend erstattet werden.

Ein Deutscher, der in Deutschland wohnt und in Frankreich arbeitet, erhält von seinem französischen Arzt einen Krankenschein. Aufgrund einer mangelnden/falschen Informationslage schickt er seinen Krankenschein an seine Krankenkasse in Deutschland. Die Kasse informiert den Versicherten nicht darüber, dass sie nicht zuständig ist und dass er den Schein an die CPAM schicken muss. In Frankreich muss die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung jedoch innerhalb von 48 Stunden an die CPAM geschickt werden. Die Nichteinhaltung dieser Frist kann zu einer Verringerung der finanziellen Leistungen führen.

Juristischer Referenzrahmen

- **Bezüglich der grenzüberschreitenden Anerkennung von Krankmeldungen (siehe Problemstellung 1):**

Artikel 27 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 enthält keinen Verweis auf sprachliche Probleme und enthält daher keine Bestimmungen oder Pflichten bzgl. der Übersetzung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Artikel 27 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009

Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit bei Aufenthalt oder Wohnort in einem anderen als dem zuständigen Mitgliedstaat

A) Vom Versicherten einzuhaltendes Verfahren

1. Verlangen die Rechtsvorschriften des zuständigen Mitgliedstaats vom Versicherten die Vorlage einer Bescheinigung für den Bezug von Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit nach Artikel 21 Absatz 1 der Grundverordnung, so lässt sich der Versicherte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, in der auch die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit anzugeben ist, von dem Arzt ausstellen, der in seinem Wohnmitgliedstaat seinen Gesundheitszustand festgestellt hat.

- **Bezüglich des Versands der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse im Wohnsitzstaat (siehe Problem 2):**
 - In Deutschland muss die versicherte Person ihre Krankmeldung innerhalb einer Woche einreichen. Diese Frist ist im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V) geregelt. Bei Nichteinhaltung der Frist wird das Krankengeld nicht ausgezahlt (bis zum Erhalt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch die Kasse), nicht erhaltene Leistungen können nicht rückwirkend erstattet werden.
 - In Frankreich muss der Versicherte seine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung innerhalb von 48 Stunden an seine Krankenkasse übermitteln. Bei Nichteinhaltung dieser Frist informiert die Kasse den Versicherten über die festgestellte Fristüberschreitung und über die Sanktionen, die ihn im Falle einer erneuten Fristüberschreitung innerhalb der folgenden 24 Monate erwarten. Im Falle einer erneuten Fristüberschreitung werden die Tagegelder, die für den Zeitraum zwischen dem Tag der Ausstellung des Krankenscheins und dem Tag des Versands anfallen, um 50 % gekürzt, es sei denn, der Versicherte liegt im Krankenhaus oder es kann nachgewiesen werden, dass es ihm unmöglich war, die 48-Stunden-Frist einzuhalten. Erhält die Krankenkasse die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nach Ablauf der krankheitsbedingten Abwesenheit, wird die Person nicht entschädigt.

Betroffener Personenkreis

Grenzgänger

Auswirkungen der Problemstellung

Risiko finanzieller Verluste und der Verzögerung der administrativen Verfahren

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

- **Bezüglich Problem 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in einer Fremdsprache):**
(Wieder-)Einführung zweisprachiger Krankenscheine

- **Bezüglich Problem 2 (fälschlicher Versand der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse im Wohnsitzstaat):**
 - Es wäre zweckdienlich, dass die Kasse im Wohnsitzland den Versicherten darüber informiert, dass sie nicht zuständig ist, und ihm gegebenenfalls ein Informationsdokument zukommen lässt (mit der Erläuterung, dass er in einem solchen Fall seinen Krankenschein an seine von Gesetzes wegen zuständige Kasse übermitteln muss).
 - Es wäre ebenfalls vorstellbar, dass die Kasse, die die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung irrtümlich erhalten hat, diese an die zuständige Kasse weiterleitet.
 - Toleranz der Kassen gegenüber den Versicherten hinsichtlich der verhängten finanziellen Sanktionen, wenn die Nichteinhaltung der Fristen darauf zurückzuführen ist, dass der Versicherte den Krankenschein an die falsche Kasse geschickt hat.

Best-Practice-Beispiel

In der Vergangenheit wurden von der AOK zweisprachige Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen eingeführt und auf französischer Seite in relativ großer Anzahl in Umlauf gebracht. Die Formulare sind weiterhin verfügbar und werden auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Die AOK schickt die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland und beruflicher Tätigkeit in Frankreich zurück und informiert darüber, dass sie diese bei ihrer von Gesetzeswegen zuständigen Krankenkasse einreichen müssen.

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

1.7 Problemstellung Nr. 7: Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen im Nachbarland

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen im Nachbarland
Mehrfachbeschäftigung im grenzüberschreitenden Kontext
Telearbeit im grenzüberschreitenden Kontext
Zeitarbeit im grenzüberschreitenden Kontext

Beschreibung der Problemstellung

Unternehmen, die Grenzgänger beschäftigen, müssen möglicherweise Sozialversicherungsbeiträge im Nachbarland zahlen. Dies betrifft insbesondere Fälle von Mehrfachstätigkeiten im grenzüberschreitenden Kontext sowie Fälle, in denen der Grenzgänger Telearbeit leistet (weitere Einzelheiten und Beispiele finden Sie im Abschnitt „Juristischer Referenzrahmen“). Für Arbeitgeber ist es oft schwierig, die Informationen zu erhalten, die sie für die Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge im Nachbarland benötigen.

Fallbeispiel

Anmerkung: Konkrete Beispiele für Situationen, in denen ein Arbeitgeber im Nachbarland Sozialversicherungsbeiträge zahlen muss, werden im Abschnitt „Juristischer Referenzrahmen“ vorgestellt.

Arbeitgeber, die im Nachbarland Sozialversicherungsbeiträge zahlen müssen, sehen sich insbesondere mit folgenden Fragestellungen und Schwierigkeiten konfrontiert:

- Wo sind die Sozialversicherungsbeiträge zu entrichten?
- Wie sollen die Beiträge gezahlt werden?
- Wie hoch ist die Höhe der zu zahlenden Beiträge?
- Wie wird die Höhe der zu zahlenden Beiträge berechnet?

Die für die Festsetzung und die Erhebung der Beiträge zuständigen Stellen sind:

- Das Nationale Zentrum für ausländische Unternehmen CNFE, eine Filiale der URSSAF in Frankreich.
- Die von Gesetzeswegen zuständige Krankenkasse und der zuständige Unfallversicherungsträger des Versicherten in Deutschland

Die INFOBESTen kennen viele Fällen, in denen der Arbeitgeber nicht in der Lage war, von der zuständigen Stelle die notwendigen Informationen zu erhalten, um Sozialversicherungsbeiträge zu überweisen. Die Ansprechpartner bei den Telefonhotlines der zuständigen Stellen haben oft keine Kenntnis des Rechtsrahmens und/oder seiner praktischen Anwendung. In einigen Fällen brauchte der Arbeitgeber mehr als ein Jahr, um die gewünschten Informationen zu erhalten.

Juristischer Referenzrahmen

Nach Artikel 11 der Verordnung (EG) Nr. 833/2004 können Grenzgänger nur den Sozialgesetzen eines Landes unterliegen, dem sogenannten „zuständigen Staat“. Die Regeln für die Bestimmung des zuständigen Staates sind in den Verordnungen EG Nr. 883/2004 (Artikel 12 und 13), EG Nr. 987/2009 (Artikel 14) und EG Nr. 465/2012 (Artikel 1 Absatz 6) festgelegt. In dem zuständigen Staat müssen alle mit dem Einkommen einer Person verbundenen Sozialbeiträge gezahlt werden. Aus diesem Grund kann es in bestimmten sehr spezifischen Situationen, die insbesondere mit Mehrfach Tätigkeiten oder Telearbeit im grenzüberschreitenden Kontext zusammenhängen, vorkommen, dass ein Arbeitgeber (oder ein Selbständiger) Sozialversicherungsbeiträge im Nachbarland zahlen muss.

Beispiele für Situationen, in denen Sozialversicherungsbeiträge im Nachbarland gezahlt werden müssen

- **Mehrfachbeschäftigung im grenzüberschreitenden Kontext (2 Arbeitsstellen - Beschäftigungsverhältnis oder Selbstständigkeit - mit einer Tätigkeit im Wohnsitzstaat)**
Eine Person mit Wohnsitz in Frankreich hat zwei berufliche Aktivitäten: eine Beschäftigung in Frankreich (2 Tage die Woche) und eine Beschäftigung in Deutschland (3 Tage die Woche) - die Situation ist bei selbständiger Tätigkeit die gleiche. Da die Beschäftigung im Wohnsitzland (Frankreich) mehr als 25% der gesamten Arbeitszeit ausmacht, unterliegt die Person den geltenden Sozialgesetzen des Wohnsitzlandes (Frankreich), sowohl für die Beschäftigung in Frankreich als auch für die Beschäftigung in Deutschland. Infolgedessen muss der deutsche Arbeitgeber in Frankreich Sozialversicherungsbeiträge zahlen.
- **Mehrfachbeschäftigung im grenzüberschreitenden Kontext (2 Arbeitsstellen - Beschäftigungsverhältnis oder Selbstständigkeit - ohne Tätigkeit im Wohnsitzstaat)**
Eine Person mit Wohnsitz in Frankreich hat zwei berufliche Aktivitäten: eine Beschäftigung in Deutschland (2 Tage die Woche) und eine Beschäftigung in der Schweiz (3 Tage die Woche) - die Situation bei selbständiger Tätigkeit die gleiche. Obwohl keine der beiden Tätigkeiten im Wohnsitzstaat der Person ausgeübt wird, müssen beide Arbeitgeber laut Verordnung (EG) 883/04 die Sozialversicherungsbeiträge in Frankreich, d.h. im Wohnsitzstaat, zahlen.
- **Mehrfachbeschäftigung im grenzüberschreitenden Kontext (1 Tätigkeit im Beschäftigungsverhältnis und eine selbständige Tätigkeit)**
Eine Person wohnt in Frankreich. Sie ist in Frankreich angestellt und übt eine selbständige Tätigkeit in Deutschland aus. Die Person unterliegt den geltenden französischen Sozialgesetzen nach dem Grundsatz, dass die Beschäftigung immer Vorrang vor der selbständigen Tätigkeit hat. Folglich müssen in Frankreich Sozialversicherungsbeiträge auf das in Deutschland im Zusammenhang mit der selbständigen Tätigkeit erwirtschaftete Einkommen gezahlt werden.

- **Telearbeit im grenzüberschreitenden Kontext (nichtselbständige Tätigkeit)**
Eine Person mit Wohnsitz in Deutschland ist nur in Frankreich vollzeitbeschäftigt. Diese Person arbeitet 2 Tage die Woche von zu Hause aus in Deutschland. Da mehr als 25% der Arbeitszeit im Wohnsitzstaat - in diesem Fall 40% - gearbeitet werden, unterliegt diese Person den geltenden deutschen Sozialgesetzen. Der französische Arbeitgeber muss daher in Deutschland Sozialversicherungsbeiträge zahlen.
- **Saisonarbeit im grenzüberschreitenden Kontext**
Eine Person, die in Deutschland wohnt und arbeitet, möchte eine Woche lang auf französischer Seite an der Weinlese teilnehmen. Da mehr als 25% ihrer gesamten Arbeitszeit in Deutschland verbracht werden, unterliegt die Person den geltenden Sozialgesetzen des Wohnsitzlandes. Der französische Winzer muss daher in Deutschland Sozialversicherungsbeiträge zahlen.

Betroffener Personenkreis

Arbeitgeber, die im Nachbarland für ihre Arbeitnehmer bei Mehrfach Tätigkeiten oder Telearbeit im grenzüberschreitenden Kontext Sozialversicherungsbeiträge zahlen müssen, sowie die betroffenen Personen (Arbeitnehmer / Selbständige).

Auswirkungen der Problemstellung

- Entmutigung des Arbeitgebers, Grenzgänger zu beschäftigen; zumindest jene Grenzgänger mit einer Mehrfachbeschäftigung, da der administrative Aufwand hoch ist und es zu Lohnunterschieden (unterschiedliche Beitragssätze von einem Staat zum anderen) durch Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen in einem anderen Land kommen kann.
- Entmutigung oder Zurückhaltung des Arbeitgebers, seinen Arbeitnehmern mit Grenzgängerstatus die Möglichkeit der Telearbeit zu gewähren, was durch einen Dominoeffekt dazu führen kann, dass der Arbeitnehmer die Stelle aufgibt.
- Entmutigung des von der Mehrfach Tätigkeit betroffenen Arbeitnehmers bzgl. der Legalisierung seiner Situation - Entmutigung des Arbeitnehmers, eine neue Tätigkeit im Nachbarland aufzunehmen, wenn er von den erforderlichen Verfahren erfährt (Anforderung eines A1-Formulars, in dem angegeben ist, welche Sozialgesetzgebung ausschlaggebend ist; Verfahren, das mehrere Monate dauern kann, während derer der Arbeitnehmer und sein Arbeitgeber nicht sicher sind, ob die Beiträge an die richtige Stelle geleistet werden).
- Risiko bzgl. der sozialen Absicherung des Arbeitnehmers, wenn dieser die Erstattung von Gesundheitsleistungen beantragt und die zuständige Kasse feststellt, dass die Beiträge falsch entrichtet wurden.
- Registrierung als Selbständiger in dem Land, das für die Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge verantwortlich ist, um administrative Komplikationen zu vermeiden. Diese Lösung kann später zu weiteren administrativen Komplikationen

führen, wenn die betroffenen Personen sich einem anderen Land als dem eigenen als Selbständige registrieren möchten.

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

- Einrichtung von grenzüberschreitenden Verfahren, Berechnungs- und Zahlungsprotokollen von Sozialversicherungsbeiträgen im grenzüberschreitenden Kontext.
- Schulung/Information des Personals der für die Berechnung und die Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge zuständigen Stellen.
- Benennung einer oder mehrerer Kontaktpersonen durch die zuständigen Stellen für Fragen im Zusammenhang mit der Berechnung und Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen aus anderen Staaten.
- Verstärkte Kommunikation zwischen den für die Erhebung der Sozialversicherungsbeiträge zuständigen Stellen und den Arbeitgebern. Sobald die zuständige Stelle feststellt, dass eine Person mehrfachbeschäftigt ist, unterrichtet sie das Unternehmen zusätzlich zur betreffenden Person über die damit verbundenen Folgen/Verpflichtungen.
- Einrichtung eines Moratoriums zwischen den Staaten, das es einem ausländischen Arbeitgeber, der eine bei der Arbeitsverwaltung seines Wohnsitzstaates registrierte Teilzeitkraft einstellt, gestattet, für diese in ihrem Beschäftigungsland und nicht in ihrem Wohnsitzstaat Beiträge zu leisten.
- Klärung des Falls von Personen, die in ihrem Wohnsitzland Arbeitslosenunterstützung erhalten und gleichzeitig eine berufliche Tätigkeit in einem anderen Land ausüben (oft Wiederaufnahme einer Teilzeitbeschäftigung), hinsichtlich der Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen.

Best-Practice-Beispiel

Die DVKA gibt auf ihrer Internetseite Informationen für Personen, die mehrfach beschäftigt sind: https://www.dvka.de/de/arbeitgeber_arbeitnehmer/faq_1/faq_1.html

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

1.8 Problemstellung Nr. 8: Mangelnde Informationen für Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich, die bereits eine französische Rente erhalten

Die Analyse der vorangegangenen Fälle hat gezeigt, dass der Mangel an Informationen für Grenzgänger ein immer wiederkehrendes Problem ist. Beispiele:

- Fehlende Information darüber, dass die Krankmeldung an die Krankenkasse im Beschäftigungsland weitergeleitet werden muss;
- Fehlende Informationen darüber, dass ein Grenzgänger, der sich gegen die Verwendung des Formulars S1 entscheidet (und sich in seinem Wohnsitzland nicht bei der Krankenversicherung anmeldet), bei Verlust des Arbeitsplatzes auf Probleme beim Bezug von Arbeitslosengeld stößt.

Wir werden uns hier auf drei problematische Fälle von Informationsdefiziten bei Grenzgängern konzentrieren, die in Frankreich wohnen und bereits eine Rente in Frankreich erhalten. Wir werden hier nicht die übliche Struktur beibehalten, sondern nacheinander die drei spezifischen Probleme aufzeigen, die von den INFOBESTen angeführt wurden.

Problem 1: Mangelnde Informationen darüber, dass Sozialversicherungsbeiträge zur französischen Rente in Deutschland gezahlt werden müssen.

- **Juristischer Referenzrahmen**

Nach Artikel 11 der EU-Verordnung Nr. 833/2004 können Grenzgänger nur den Sozialvorschriften eines Landes unterliegen, dem sogenannten „zuständigen Staat“. In dem zuständigen Staat müssen alle auf das Einkommen einer Person zu zahlenden Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden. Für Grenzgänger, die in Frankreich wohnen und in Deutschland arbeiten, müssen in Deutschland Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden (siehe Problemstellung N°7).

Nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 228 und 229 SGB V) gilt die französische Rente auch als beitragspflichtiges Einkommen und wird daher als Grundlage für die Berechnung der Höhe der Sozialversicherungsbeiträge herangezogen. Grenzgänger müssen daher die Höhe ihrer französischen Altersrente bei der deutschen Krankenversicherung anmelden und gleichzeitig die CARSAT (*Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail*) informieren, dass sie als Grenzgänger ihre Sozialversicherungsbeiträge in Deutschland zahlen müssen.

- **Problem:**

Weder die betroffenen Arbeitnehmer noch ihre Arbeitgeber sind sich dessen bewusst; Krankenkassen und Rentenkassen informieren die betroffenen Personen nicht gezielt. Häufig erfährt die deutsche Krankenkasse erst zum Zeitpunkt des Antrags auf Zahlung der deutschen Altersrente, dass bereits eine französische Altersrente bezogen wurde, was zu hohen Nachforderungen führt. Die Rückerstattung der in Frankreich gezahlten Beiträge ist sehr schwierig zu erhalten.

- **Verbesserungsvorschläge:**

Gezielte Information der betroffenen Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber

Erleichterung der Rückerstattung irrtümlich gezahlter Beiträge im Wohnsitzland

Problem 2: Fehlende Informationen über deutsche Krankengeldleistungen bei Erhalt einer französischen Altersrente

- **Juristischer Referenzrahmen:**

Nach § 50 SGB V hat eine Person keinen Anspruch auf Krankengeld, wenn sie bereits eine Rente wegen Vollinvalidität, Arbeitsunfähigkeit oder eine volle Altersrente von einer gesetzlichen Rentenversicherung oder einer ausländischen öffentlichen Einrichtung wie der CARSAT erhält.

Bereits im Jahr 2008 hat die DVKA - in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesministerium für Gesundheit - Vergleichbarkeitsgrundsätze für Renten ausländischer öffentlicher Stellen entwickelt. Auf dieser Grundlage wird eine französische Altersrente nur dann als gleichwertig mit einer deutschen Altersrente (Vollrente) angesehen, wenn die gesetzliche Altersgrenze für die Gewährung von Rentenansprüchen in Deutschland erreicht ist (Rundschreiben vom 21.02.2008).

Solange diese Altersgrenze nicht erreicht wird, ist die DVKA der Ansicht, dass es sich nur um einen „teilweisen Austritt aus dem Erwerbsleben“ handelt, die Person weiterarbeiten kann und somit Anspruch auf Krankengeld hat. Leistungen können nicht verweigert, aber gekürzt werden (z.B. wenn die französische Altersrente erst nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gemäß § 50 Abs. 2 Buch V SGB gewährt wird).

- **Problem:**

Einige deutsche Krankenkassen wenden die Empfehlungen der DVKA an und gewähren Krankengeld, obwohl bereits eine Altersrente bezogen wird. Dies ist jedoch nicht bei allen der Fall. Darüber hinaus hat das Sozialgericht des Landes Rheinland-Pfalz in seinem Urteil vom 7. Juni 2018 (Monique Dekoun gegen AOK Rheinland-Pfalz/Saarland) entschieden, dass Krankengeld nicht gewährt werden kann, wenn eine französische Altersrente bezogen wird, die unter allen Umständen als volle Rente anzusehen sei. Die Revisionsverhandlung beim Bundessozialgericht fand am 4. Juni 2019 statt, die Veröffentlichung des Urteilstexts steht jedoch noch aus.

Daher besteht Rechtsunsicherheit, und viele Grenzgänger, die bereits eine französische Altersrente beziehen, sind sich des Risikos der Nichtzahlung von Krankengeld nicht bewusst.

- **Verbesserungsvorschläge**

Bessere Information der betroffenen Personen

Klärung der Rechtslage

Problem 3: Mangelnde Informationen für Rentner, die in Deutschland einen Minijob ausüben

- **Juristischer Referenzrahmen**

Gemäß Artikel 11 Absatz 3 der EU-Verordnung (EG) Nr. 883/2004 unterliegt eine Person, die in einem Mitgliedstaat eine Beschäftigung als Arbeitnehmer ausübt, den Rechtsvorschriften dieses Mitgliedstaats, mit einigen Ausnahmen, die beispielsweise mit mehreren Tätigkeiten im grenzüberschreitenden Kontext zusammenhängen (siehe Problemstellung Nr. 7). Der Bezug einer Rente im Wohnstaat ist keine der in der Verordnung vorgesehenen Ausnahmen: Da eine Altersrente nicht als Gehalt im Sinne der Verordnung gilt, unterliegt ein Rentner, der in Frankreich wohnt, aber eine parallele Erwerbstätigkeit in Deutschland ausübt, den in Deutschland geltenden Vorschriften.

Dies gilt auch bei Ausübung eines Minijobs (berufliche Tätigkeit, die mit maximal 450€/Monat bezahlt wird und auf 15h/Woche begrenzt ist). Die Tätigkeit selbst führt nicht zu einer Versicherungspflicht. Allerdings gelten für diese Person die deutschen Rechtsvorschriften. Somit muss die Person in Deutschland krankenversichert werden. In der Regel wird die Person freiwillig versichert bzw. unterliegt der Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V.

Infolgedessen kann ein in Frankreich wohnhafter Rentner, der in Deutschland in einem Minijob arbeitet, nicht bei der CPAM versichert bleiben, sondern muss auf deutscher Seite eine Krankenversicherung abschließen, entweder freiwillig bei einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland oder bei einem privaten Krankenversicherungsträger.

- **Problem:**

In der Regel sind sich weder die betroffenen Rentner noch die Arbeitgeber dieses Problems bewusst. In der Praxis informieren die betroffenen Rentner die CPAM oft nicht über ihre Erwerbstätigkeit in Deutschland und erhalten ihre Leistungen weiterhin in gewohnter Weise. Bei einem Arbeitsunfall oder bei Bekanntwerden eines Minijobs kann es jedoch zu einem Problem kommen: Gemäß den deutschen Vorschriften informiert der Arbeitgeber die zuständige Unfallversicherung, die feststellt, dass die Person nicht ordnungsgemäß krankenversichert ist. Um die Situation zu regeln, wird die deutsche Krankenversicherung daher die Nachzahlung der fälligen Beiträge verlangen, während die CPAM die Erstattung von Leistungen verweigert.

Die betroffenen Rentner sind damit dem Risiko sehr hoher Kosten im Falle eines Arbeitsunfalls ausgesetzt. Andererseits erschwert die Verpflichtung zur freiwilligen Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenkasse oder einem privaten Krankenversicherungsträger die Möglichkeit für Rentner, einen Minijob in Deutschland auszuüben (erhebliche Kosten).

- **Verbesserungsvorschläge:**

Bessere Information der betroffenen Personen

Klärung der Rechtslage

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.1 des Berichts](#).

2. Problemstellungen bei der medizinischen Behandlung im Ausland für Arbeitnehmer, die keinen Grenzgängerstatus haben.

2.1 Problemstellung Nr. 9: Durchgehende Versorgung nach Verlust des Grenzgängerstatus

Betroffene Themen (Stichworte)

Verlust des Grenzgängerstatus

Fortsetzung der Behandlung / Durchgängige Pflege

Kostenübernahme der Pflege im Ausland

Beschreibung der Problemstellung

Verliert eine Person ihren Grenzgängerstatus durch den Verlust ihres Arbeitsplatzes oder durch die Rückkehr zur Erwerbstätigkeit in ihrem Wohnsitzland, verliert sie ihre Krankenversicherung in dem Land, in dem sie zuvor ihre berufliche Tätigkeit ausgeübt hat. Dies stellt ein Problem für Menschen dar, die im Nachbarland mit der Behandlung begonnen haben und diese nach dem Statuswechsel unter den gleichen Betreuungsbedingungen fortsetzen möchten.

Fallbeispiel

Wenn ein Grenzgänger seinen Arbeitsplatz verliert oder ihn für eine neue Beschäftigung in seinem Wohnsitzland verlässt, muss er in seinem Wohnsitzland (wieder) der Krankenversicherung beitreten und verliert seine Krankenversicherung in dem Land, in dem er zuvor gearbeitet hat.

Hat diese Person in ihrem früheren Beschäftigungsland mit der Behandlung begonnen, kann sie diese nach ihrem Statuswechsel nicht unter den gleichen Bedingungen fortsetzen. Tatsächlich unterliegt die Person dann den allgemeinen Bedingungen für die Übernahme der Kosten geplanter medizinischer Behandlungen im Ausland, nämlich:

- **Für geplante medizinische Behandlungen im Nachbarland mit Übernachtung im Krankenhaus und/oder Einsatz von hoch spezialisierten und kostenintensiven Geräten:**
 - Erfordernis einer vorherigen Genehmigung von Fall zu Fall (für jede Behandlung) mittels S2-Formular. Den INFOBESTen sind jedoch Fälle von ehemaligen Grenzgängern bekannt, denen die Ausstellung von S2-Formularen verweigert wurde, obwohl sie bereits in ihrem früheren Beschäftigungsland eine Behandlung begonnen haben.
 - Bei Erhalt des Formulars S2: Wenn die Person das Erstattungsformular an ihre Krankenkasse zurückschickt, kann sie den anwendbaren Satz (Satz des

Landes, in dem die Behandlung durchgeführt wird oder Satz des Beschäftigungslandes) ggf. wählen, ohne jedoch ausreichend Informationen für eine Entscheidungsgrundlage zu haben treffen zu können (siehe Problem Nr. 10), hierdurch besteht die Gefahr potenziell hoher Kosten.

- **Für andere geplante Behandlungen im Nachbarland (z.B. eine einfache ärztliche Beratung):**
 - Keine vorherige Genehmigung erforderlich.
 - Die Versorgung erfolgt jedoch auf der Grundlage der Tarife des Versicherungslandes, was gleichbedeutend sein kann mit hohen Kosten für den Patienten oder auf jeden Fall mit dem Risiko hoher und schwer abschätzbarer Kosten für den Patienten.

Juristischer Referenzrahmen

Grenzgänger profitieren von einer Gesundheitsversorgung unter nationalen Bedingungen sowohl in ihrem Beschäftigungsland als auch in ihrem Wohnsitzland (Artikel 17 und 18 der Verordnung 883/2004).

Wenn eine Person den Status des Grenzgängers verliert, verliert sie den Anspruch auf die Leistung der Krankenversicherung in dem Land, in dem sie zuvor ihre berufliche Tätigkeit ausgeübt hat. Das betrifft sowohl:

- Grenzgänger, die ihren Arbeitsplatz verlieren;
- Grenzgänger, die ihren Arbeitsplatz für eine neue Beschäftigung im Wohnsitzland aufgeben;
- Grenzgänger, die in Rente gehen oder erwerbsunfähig sind.

Im letztgenannten Fall enthält die Verordnung Nr. 883-2004 (Artikel 28) besondere Bestimmungen, die den Anspruch auf eine Gesundheitsversorgung unter nationalen Bedingungen im ehemaligen Beschäftigungsland begründen - unter bestimmten Bedingungen und mit Ausnahmen für bestimmte Länder. Um in den Geltungsbereich dieser Bestimmungen zu gelangen, müssen die Betroffenen ein Formular S3 vorlegen.

Behandlungen, die durch das S3-Formular ermöglicht werden

Der Erhalt des S3-Formulars ermöglicht der Person sowie ihren Familienmitgliedern, dass die Kosten der folgenden Behandlungen zu den nationalen Bedingungen des ehemaligen Beschäftigungslandes übernommen werden:

- Fortsetzung einer Behandlung (Artikel 28 Absatz 1 der Verordnung 883-2004). Unter „Fortsetzung einer Behandlung“ versteht man die Erkennung, Diagnose und Behandlung einer Krankheit bis zu ihrem vollständigen Ende.
- **Neubehandlung** (Artikel 28 Absatz 2 der Verordnung 883-2004), sofern die Person die Beschäftigung als Grenzgänger mindestens während zwei Jahren der letzten fünf

Jahre vor ihrem tatsächlichen Abschied in den Ruhestand oder dem Beginn des Bezugs der Rente wegen Erwerbsminderung ausgeübt hat. Dies gilt nur für eine begrenzte Anzahl von EU-Mitgliedsstaaten, die im Anhang V der Verordnung aufgeführt sind, darunter Deutschland und Frankreich. Sollte die Person eine neue Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit aufnehmen, aufgrund derer die Rechtsvorschriften eines Mitgliedsstaats Anwendung finden, endet sein Anspruch.

In den beiden anderen Situationen (Verlust der Beschäftigung; Wechsel in eine Beschäftigung im Wohnland) hat der ehemalige Grenzgänger dagegen keine Möglichkeit, das Formular S3 nutzen zu können.

Die INFOBESTen weisen auch darauf hin, dass selbst für Grenzgänger, die wegen einer Behinderung in den Ruhestand gehen oder ihre Arbeit einstellen müssen, die Ausgabe des S3-Formulars nach wie vor kein Regelfall ist. Das S3-Formular ist nur wenigen Personen, die die Kriterien zum Erhalt des Formulars erfüllen, wie auch nur wenigen Mitarbeitern der Krankenkassen, überhaupt bekannt. Dies führt zu Schwierigkeiten und Verzögerungen bei der Beschaffung des Formulars mit der Gefahr negativer Auswirkungen auf die Fortsetzung der medizinischen Behandlung im ehemaligen Beschäftigungsland und deren Erstattung.

Betroffener Personenkreis

Ehemalige Grenzgänger, die keinen Anspruch auf das Formular S3 haben und die eine Behandlung, die sie in ihrem ehemaligen Beschäftigungsland begonnen haben, fortsetzen möchten.

Auf der Grundlage der Erfahrungen der INFOBESTen sind dies oft ehemalige Grenzgänger, die die Staatsangehörigkeit ihres ehemaligen Beschäftigungslandes besitzen und ihre Behandlung in ihrem Herkunftsland aus sprachlich/kulturellen Gründen oder wegen ihrer eigenen Behandlungsgewohnheiten / ihres behandelnden Arztes dort fortsetzen möchten.

Auswirkungen der Problemstellung

- Wenn eine vorherige Genehmigung erforderlich ist: zusätzliche Verwaltungsverfahren
- Wenn die Genehmigung nicht erteilt wird:
 - Unmöglichkeit, die Behandlung bei dem Arzt fortzusetzen, der die Person bis dahin betreut hat (Kontinuität der Behandlung)
 - Unmöglichkeit, von einem Arzt, der die eigene Sprache spricht, behandelt zu werden, obwohl die Person möglicherweise seit vielen Jahren im ehemaligen Tätigkeitsland Beiträge gezahlt hat – somit wird die Patientenmobilität eingeschränkt

- Das Risiko von hohen Kosten (Patientenunsicherheit).

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

- Mehr Flexibilität bei der Bereitstellung von S2-Formularen unter Berücksichtigung der Frage der Kontinuität der Pflege und/oder der Sprache im grenzüberschreitenden Kontext,
- Aufnahme dieser beiden Kriterien in die Richtlinie 2011/24/EG und/oder in die nationalen Rechtsvorschriften zur Umsetzung der Richtlinie als Kriterien, die bei der Erteilung von Vorabgenehmigungen zu berücksichtigen sind,
- Erweiterung der Bedingungen zur Gewährung des S3-Formulars.

Best-Practice-Beispiele

Auf französischer Seite gab es bis vor kurzem Vertrauensärzte in den Regionen, was ein besseres Verständnis der individuellen Situation jeder Person und eine faire Beurteilung der Notwendigkeit der Ausstellung des Formulars S2 ermöglichte.

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.2 des Berichts](#).

2.2 Problemstellung Nr. 10: Tarifwahl für die Notfallversorgung im Ausland

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

Notfallversorgung im Ausland

Beschreibung der Problemstellung

Im Falle einer Notfallversorgung während eines Auslandsaufenthaltes, wenn die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) nicht verwendet wurde, hat der Patient, der den Erstattungsantrag an seine Krankenkasse schickt, die Möglichkeit, zwischen einer Erstattung auf der Grundlage der Tarife des Behandlungslandes oder auf der Grundlage der Tarife des Versicherungslandes zu wählen. In der Praxis wirft dies mehrere Probleme auf, die im konkreten Fall näher erläutert werden. Die aufgeworfenen Probleme betreffen hauptsächlich französische Versicherte.

Fallbeispiel

Während eines mehrwöchigen Aufenthaltes in Deutschland benötigt ein französischer Versicherter eine Behandlung, die nicht auf seine Rückkehr nach Frankreich warten kann. Er konsultiert einen Arzt vor Ort. Da er seine europäische Krankenversicherungskarte nicht bei sich hat, leistet der Patient die Vorauszahlung. Nach seiner Rückkehr nach Frankreich stellt er mit dem Formular S3125 bei seiner von Gesetzwegen zuständigen Kasse einen Antrag auf Rückerstattung. In diesem Formular wird der Patient gebeten, zwischen einer Erstattung nach den Vorgaben des Aufenthaltslandes (deutsche Erstattungsgrundlage) oder nach den Vorgaben der französischen Gesetzgebung (französische Erstattungsgrundlage) zu wählen, indem er das entsprechende Kästchen ankreuzt. Der Versicherte sieht sich mit mehreren Problemen konfrontiert:

Problem 1: Schwierigkeit eine wohlüberlegte Auswahl zu treffen

Die Patienten sind hinsichtlich der Erstattungsbasis nicht in der Lage eine wohlüberlegte Auswahl zu treffen:

- Aus rein finanzieller Sicht weiß der Patient nicht, welche Option die vorteilhafteste ist, da er weder die französischen und noch die ausländischen Erstattungsgrundlagen kennt.
- Darüber hinaus ist dem Patienten nicht bekannt, dass, wenn er eine Erstattung auf deutscher Basis beantragt, die Erstattungszeiten wesentlich länger sind, da die zuständige Behörde (CNSE) den DVKA kontaktieren muss, um die deutschen Tarife zu erfahren.

Nach Angaben der CNSE kreuzen die meisten Patienten nichts an (standardmäßig erfolgt die Erstattung dann auf deutscher Basis). Andererseits - ebenfalls nach Angaben des CNSE - wählt der Patient beim Ankreuzen am häufigsten die französische Erstattungsbasis. Es ist

anzunehmen, dass der Patient bei dieser Entscheidung davon ausgeht, dass er wie für in Frankreich erbrachte Leistungen entschädigt wird. Dies ist jedoch nicht unbedingt der Fall und die Wahl der französischen Erstattungsbasis ist nicht immer die vorteilhafteste Option.

Da die Gesundheitskosten in Deutschland in der Regel höher sind als in Frankreich, hat der Patient in unserem Fall a priori ein Interesse daran, die Erstattung auf deutscher Basis zu wählen (zumindest unter rein finanziellen Gesichtspunkten). Die Wahl des französischen Tarifs wird für ihn wahrscheinlich mit höheren Kosten verbunden sein.

Problem 2: Schwieriger Informationszugang für Patienten

Das zweite Problem ist, dass der Patient nur sehr schwer die Informationen finden kann, die es ihm ermöglichen, eine fundierte Wahl der Erstattungsgrundlage zu treffen.

Mit der Richtlinie 2011/24/EU (Artikel 6) wurden in jedem Mitgliedstaat nationale Kontaktstellen (NKS) eingerichtet, die die Patienten über alle Fragen im Zusammenhang mit der Versorgung im Ausland, einschließlich der Frage der Erstattung, informieren. In Frankreich wird diese Funktion als NKS vom CLEISS übernommen, in Deutschland vom DVKA.

Dennoch stellen sich drei Probleme:

- Die Patienten sind sich der Existenz von NKS oft nicht bewusst. Wie aus einem Bericht der Europäischen Kommission vom September 2015 hervorgeht, wissen nur 10 % der französischen Patienten von der Existenz der Nationalen Kontaktstelle, die ihnen die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen soll.
- Die auf den Webseiten der NKS verfügbaren Informationen sind so konzipiert, dass sie alle Arten von Situationen abdecken („ankommende“ oder „gehende“ Patienten; dringende oder geplante Behandlung, ambulante oder stationäre Behandlung, Pflege in Deutschland oder Pflege in Polen usw.). Daher ist es für den Laien oft schwierig, die Informationen zu finden, die seinem speziellen Fall entsprechen.
- Ruft der Patient das CLEISS an, um zu erfahren, welche Erstattungsgrundlage er wählen soll, kann er sich nur über die allgemeinen Erstattungsbedingungen informieren. Das CLEISS hat keine Möglichkeit, dem Patienten die günstigste Option vorzuschlagen, da die in verschiedenen EU-Ländern geltenden Tarife nicht alle bekannt sind. Die Bereitstellung solcher Informationen würde erfordern, dass Tarifierfragen von Fall zu Fall an den zuständigen Träger des betreffenden Staates (in diesem Fall DVKA) übermittelt werden, die Zeit für die Beantwortung derartiger Anfragen ist allerdings sehr lang.

Problem 3: Der Patient kann die Erstattungsbasis nicht nachträglich ändern

Nach Erhalt der Erstattung ist es dem Patienten, der sich von einer „unzureichenden“ Erstattung betroffen sieht, nicht möglich, seine Wahl zu ändern.

Juristischer Referenzrahmen

Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (Artikel 19) sieht die Möglichkeit vor, dass die Notfallversorgung im Ausland innerhalb der Europäischen Union/EWR/Schweiz von der

Krankenkasse des Patienten übernommen wird. Die konkreten Durchführungsbestimmungen sind in der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 (Artikel 25) festgelegt. Sie sehen mehrere Szenarien vor:

Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) wird der Patient nach den Vorschriften und auf Basis der Gebühren des Aufenthaltslandes behandelt (Artikel 25 Absatz 1 der Verordnung EG Nr. 987/2009). Beispielsweise müssen die französischen Versicherten bei einer Notfallversorgung in Deutschland die Kosten nicht im Voraus bezahlen (Anwendung des Sachleistungsprinzips).

In bestimmten Situationen kann die EHIC jedoch nicht verwendet werden, z.B. wenn der Patient die Karte nicht dabei hat oder weil die Karte vom Leistungserbringer nicht akzeptiert wird. Der Patient muss dann in Vorleistung gehen und anschließend eine Rückerstattung beantragen:

- entweder beim zuständigen Träger im Aufenthaltsland, in diesem Fall gelten die Tarife des Aufenthaltslandes (Artikel 25 Absatz 4 der Verordnung (EG) Nr. 887/2009).
- oder bei der zuständigen Krankenkasse. Im letztgenannten Fall kann die versicherte Person zwischen der Erstattung auf Grundlage der Tarife des Aufenthaltslandes oder der Tarife des Versicherungslandes wählen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass die letztgenannte Option eine Ausnahme ist: Standardmäßig ist die Grundlage für die Erstattung die des Aufenthaltslandes (Artikel 25 Absätze 5 und 6 der EG-Verordnung Nr. 887/2009).

An der deutsch-französischen Grenze betreffen die oben beschriebenen Probleme vor allem die französischen Versicherungsnehmer. Die deutschen Versicherten sind weitaus weniger betroffen, obwohl der rechtliche Rahmen (EG-Verordnungen 883/2004 und 886/2009) gleich ist. Dies liegt daran, dass die Vorschriften in beiden Ländern sehr unterschiedlich angewendet werden:

- Auf deutscher Seite wenden die Krankenkassen die Vorschriften pragmatisch an und werden in der Regel die für den Patienten finanziell günstigste Erstattungsmöglichkeit auswählen. In der Praxis, wenn die EHIC nicht verwendet wurde, sendet der Patient die Rechnungen an seine Kasse. Diese prüft dann die in Deutschland für die gleiche Behandlung angewandten Sätze und erstattet in der Regel die vollen Kosten (mit einer Reduzierung entsprechend den Verwaltungsgebühren und den übrigen in Deutschland angewandten Gebühren). Es ist zu beachten, dass einige Krankenkassen, wie z.B. die BARMER, kein spezielles Formular für die Erstattung der Pflege im Ausland eingerichtet haben: Der Patient muss sich daher nicht die Frage nach der Grundlage der Erstattung stellen. Andere Versicherungsgesellschaften, wie die AOK, haben spezielle Formulare entwickelt, bei denen der Patient die Grundlage für die Erstattung aussucht. Wenn die Wahl des Patienten jedoch nicht zu seinem Vorteil ist, wendet die AOK die andere, günstigere Erstattungsgrundlage an.

- Auf französischer Seite legt das Centre National des soins à l'étranger (CNSE) - die insbesondere für die Berechnung der Erstattung von Kosten für die Notfallversorgung im Ausland zuständige Einrichtung - die Bestimmungen strikt aus und erstattet lediglich das, was in den Texten vorgesehen ist. Wählt der Patient den Tarif des Zugehörigkeitslandes (d.h. den französischen Tarif), wird er auf dieser Grundlage erstattet, auch wenn die Wahl des Tarifs des Aufenthaltslandes für ihn vorteilhafter wäre. Ebenso gilt, wenn der Patient keine Auswahl trifft, standardmäßig die Erstattungsgrundlage des Aufenthaltslandes, auch wenn diejenige des Zugehörigkeitslandes günstiger gewesen wäre.

Mehrere Aspekte erklären die oben beschriebenen Unterschiede in der Erstattungslogik:

- Das französische Krankenversicherungssystem ist durch das Quasi-Monopol der Krankenversicherung gekennzeichnet, während auf der deutschen Seite die gesetzliche Krankenversicherung mehr als 100 konkurrierende Krankenkassen umfasst. Es liegt daher im Interesse der deutschen Krankenkassen, ihre Versicherten zu halten und ihnen daher die bestmöglichen Konditionen zu bieten.
- Das CNSE ist für fast alle französischen Versicherungsnehmer zuständig. Infolgedessen ist die Zahl der verwalteten Fälle sehr hoch, und das CNSE verfügt nicht über genügend Personal, um von Fall zu Fall nach den für den Patienten günstigsten Erstattungsbedingungen zu suchen, da die Suche nach dem besten Tarif in europäischen Texten nicht vorgesehen ist. Es sei daran erinnert, dass das CNSE, um die Preise des Aufenthaltslandes zu erfahren, einen Antrag an die Verbindungsstelle des betreffenden Landes richten muss (es gibt eine interne Prozedur über das Formular E 126), und das Verfahren kann je nach Land langwierig sein (oft bis zu einem Jahr), wobei bekannt ist, dass einige Verbindungseinrichtungen nicht auf Anfragen reagieren. Auf deutscher Seite ist die Zahl der von den einzelnen Kassen verwalteten Fälle weniger hoch, da sich über 100 Kassen den Markt teilen und einige Krankenkassen, wie die AOK, auf Länderebene organisiert sind (mit einer vergleichsweise geringeren Anzahl von Versicherten als auf französischer Seite).

Betroffener Personenkreis

Französische Versicherte, die während eines Aufenthaltes in Deutschland dringend versorgt werden müssen und ihre europäische Krankenversicherungskarte nicht nutzen können.

Das Problem betrifft nicht die deutschen Versicherungsnehmer, da die Erstattungslogik der deutschen Kassen pragmatischer ist (siehe oben).

Das Problem betrifft nicht die Grenzgänger, solange die Versorgung in Deutschland erfolgt (sie können ihre deutsche Versicherungskarte verwenden). Grenzgänger können natürlich von diesem Problem betroffen sein, wenn sie sich in einem anderen Land als Deutschland oder Frankreich aufhalten.

Auswirkungen der Problemstellung

Administrative Komplexität

(Risiko von) ungedeckten Ausgaben

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

1) Vorschläge bzgl. der Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC):

Es ist durchaus üblich, dass französische Versicherte ihre EHIC nicht bei sich haben, wenn sie im Ausland sind. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Nicht alle Versicherten verfügen über eine (gültige) EHIC. Es sei darauf hingewiesen, dass auf französischer Seite die EHIC nicht wie in einigen anderen Ländern (einschließlich Deutschland, siehe „Best-Practice-Beispiel“) auf der Rückseite der Versicherungskarte zu finden ist. Sie wird auf Anfrage verteilt und ist nur zwei Jahre gültig. Es ist jedoch zu beachten, dass - nach den von der CPAM vorgelegten Zahlen - die Abdeckungsrate hinsichtlich der Verteilung der EHICs sehr hoch ist.
- In Grenzregionen ist das Überschreiten der Grenze oft ein trivialer, alltäglicher Akt, der nicht als „Auslandsaufenthalt“ erlebt wird. Der Versicherte denkt nicht daran, seine EHIC mitzunehmen, wenn er die Grenze überschreitet, z.B. um einzukaufen, zu wandern oder in ein Restaurant zu gehen...

Vorschläge:

- **In Frankreich ein System einführen, das dem System in Deutschland entspricht, nämlich eine europäische Karte auf der Rückseite der Carte vitale.**
Dies könnte die Zahl der Fälle verringern, in denen der Patient beim Überschreiten der Grenze seine EHIC nicht bei sich trägt. Darüber hinaus müsste der Patient die EHIC nicht mehr beantragen, was auch zu Einsparungen bei der Kartenproduktion und -verwaltung führen könnte. Es sei darauf hingewiesen, dass der Oberrheinrat am 23. Juni 2014 eine entsprechende Resolution angenommen hat und dass Philippe Richert, Präsident der Region Grand Est, am 25. September 2017 ein diesbezügliches Schreiben an Gesundheitsministerin Agnès Buzyn gerichtet hat. Andererseits würde dieser Vorschlag das Problem der Gesundheitsdienstleister, die die EHIC nicht akzeptieren, nicht lösen.
- **Bessere Information der Bevölkerung der Grenzregion bzgl. der Bedeutung, die EHIC immer bei sich zu führen, auch bei kurzen Reisen über die Grenze.**

2) Vorschläge zur Wahl der Erstattungsgrundlage im Falle der Nichtnutzung der EHIC:

- Hinzufügen der Kontaktdaten der CLEISS als NKS auf dem Antragsformular, z.B. in der Erläuterung zum Cerfa Nr. 12267*03.
- Bessere Sichtbarkeit der französischen NKS (eigene Website, Telefonleitung, Patientenkommunikationsplan).

- Erleichterung des Informationsaustauschs zwischen den NKS, um die Patienteninformation im Vorfeld zu verbessern.
- Den Patienten die Möglichkeit geben, ihre Wahl nachträglich zu ändern, wenn sich herausstellt, dass die in ihrer Anfrage gewählte Preisgestaltung für sie ungünstig ist. Dies ist derzeit nicht der Fall.
- Lokale Kontaktstellen identifizieren, welche über die örtlichen Gegebenheiten bezüglich der Tariffdifferenz informiert sind

Best-Practice-Beispiel

- In Deutschland befindet sich die EHIC auf der Rückseite der Versicherungskarte. Dadurch ist es möglich, die Zahl der Patienten zu begrenzen, die während eines Aufenthaltes oder einer Auslandsreise ihre EHIC nicht bei sich haben.
- Bezüglich der Wahl der Erstattungsgrundlage: In Deutschland setzen die Kassen die Verordnung pragmatischer um.

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.2 des Berichts](#).

2.3 Problemstellung Nr. 11: Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Erstattung geplanter Behandlungen im Ausland

Unter diesem Punkt werden mehrere vom Zentrum für europäischen Verbraucherschutz gemeldete Probleme im Zusammenhang mit der Kostenübernahme für geplante Behandlungen im Ausland zusammengefasst. Diese Probleme wurden den Kassen bereits im Rahmen einer vom ZEV am 17.10.2017 in Kehl organisierten Arbeitssitzung mitgeteilt, an welcher Vertreter des ZEV, der AOK Baden-Württemberg, der französischen und deutschen nationalen Kontaktstellen, des CLEISS und von TRISAN teilnahmen. Diese Probleme lassen sich in zwei Kategorien einteilen:

- Probleme im Zusammenhang mit Anträgen auf Kostenerstattung und deren Bearbeitung
- Probleme im Zusammenhang mit der Vorabgenehmigung

Ausnahmsweise wird hier nicht die übliche Strukturierung verwendet: Für jedes der diskutierten Probleme wird im Wesentlichen das Protokoll der oben genannten Sitzung wiedergegeben.

2.3.1 Probleme im Zusammenhang mit Anträgen auf Kostenerstattung und deren Bearbeitung

Problem 1: Sprache / Übersetzung

Das ZEV erfasst manchmal Beschwerden bzgl. der Sozialversicherung für Selbständige - RSI (Krankenversicherung für Selbständige / freie Berufe), die Übersetzungen ausländischer Rechnungen verlangt.

Für Mitglieder der Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) werden bei Bedarf Übersetzungen vom Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) angefertigt.

Kann die Krankenversicherung von einem Versicherten verlangen, dass er ausländische Dokumente (Rechnungen, ärztliche Atteste) auf eigene Kosten übersetzt?

Problem 2: Tarifierung / verschiedene Kodifizierung in Deutschland und Frankreich

Entschlüsselung ausländischer Rechnungen (Frage an das Centre National de Soins à l'Etranger - CNSE): Was hat es mit den Unterschieden in der Kodifizierung auf sich? Die Deutschen sind es gewohnt, im Detail zu kodifizieren, während die Franzosen per „Block medizinischer Handlungen“ kodifizieren. Klassisches Beispiel = Zahnärztliche Chirurgie

Problem 3: Keine Kontrolle /Erklärung für den Patienten, der eine Erstattung erhält

Problem:

Die in Frankreich oder in anderen europäischen Ländern geltenden Tarife sind trotz der Bestimmungen von Artikel 7 Absatz 6 der Richtlinie, die vorsieht, dass "...die Mitgliedstaaten über einen transparenten Mechanismus zur Berechnung der Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, die dem Versicherten durch den Versicherungsmittgliedstaat zu erstatten sind » verfügen, nicht öffentlich zugänglich.

Das ZEV wird regelmäßig von Verbrauchern kontaktiert, die Zweifel an der Höhe der Erstattung durch ihre Krankenkasse haben und um Erläuterungen bitten.

Empfehlung des ZEV:

Es wäre sinnvoll, einen festen Ansprechpartner innerhalb des CNSE zu haben, der diese Art von Anfragen bearbeitet, damit die betroffenen Verbraucher adäquat informiert werden können.

Problem 4: Fehlen eines Kästchens „geplante ambulante Behandlung“ im französischen Antragsformular für Kostenerstattung von Behandlungen im Ausland.

Formular: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formualires/221/s3125.pdf>

Problem:

Die Kategorie „Merkmale des Auslandsaufenthaltes“ ist so benannt, dass sie eine in Grenzgebieten durchaus normale Situation ausschließt, nämlich eine geplante ambulante Behandlung.

In einigen Fällen wurden Behandlungsanträge sogar an Patienten zurückgeschickt, die kein Kästchen angekreuzt hatten...

Empfehlung des ZEV:

Hinzufügen eines spezifischen Kästchens „geplante ambulante Behandlung“.

2.3.2 Probleme im Zusammenhang mit der Vorabgenehmigung

Problem 5: Frage nach der Angemessenheit des Vorabgenehmigungssystems für bestimmte Behandlungsformen: Beispiel der MRT in der deutsch-französischen Grenzregion

Problem:

Elsässische Patienten haben Probleme beim Zugang zu MRT-Untersuchungen (Magnetresonanztomographie). Ein 2014 vom ZEV veröffentlichter Bericht, der heute noch

relevant ist, zeigt, dass das System der Vorabgenehmigung nicht mehr an die aktuelle Situation angepasst ist, die durch einen Mangel an solchen Geräten gekennzeichnet ist.

Die Wartezeiten für eine MRT-Untersuchung gehen weit über „angemessene Fristen“ hinaus und verzögern die Behandlung, was für den Patienten einen „Verlust von Chancen“ bedeutet. Es wird berichtet, dass die Wartezeiten ab dem Zeitpunkt der Terminvereinbarung auf der elsässischen Seite weit mehr als 45 Tage betragen können, während die Wartezeit auf der anderen Seite des Rheins in Kehl einige Tage beträgt.

Die Situation des Patienten hat sich mit der Beibehaltung der Vorabgenehmigung für diese Untersuchung durch Frankreich verschlechtert, trotz des Inkrafttretens der Richtlinie 2011/24/EU über die Gesundheitsversorgung in Europa am 25.10.2013. Der Zugang zur MRT in der Grenzregion ist für den Patienten nach wie vor kompliziert, was die Behandlung (und die Kostenerstattung) erheblich verzögert.

Empfehlung des ZEV:

Gemäß der Resolution vom 06.11.2015 des Oberrheinrates:

- Vereinbarungen zwischen der ARS Grand Est und deutschen Radiologiepraxen mit solcher Ausstattung und einem zweisprachigen medizinischen Team zulassen, wenn diese die französischen Tarife für Sektor 1 anwenden (ohne diese zu überschreiten) und sie die Berichte auf Französisch verfassen,
- Abschaffung des von den französischen Behörden vorgeschriebenen Systems der Vorabgenehmigung für in Deutschland durchgeführte Untersuchungen zur medizinischen Bildgebung.

Problem 6: Unsicherheit in Bezug auf Bearbeitungszeiten von Anträgen auf eine Vorabgenehmigung

Problem:

Gemäß der Richtlinie 2011/24/EU (Artikel 8) können die Mitgliedstaaten ein System der vorherigen Genehmigung für die Erstattung bestimmter Arten von planmäßigen Behandlungen in einem anderen Mitgliedstaat vorsehen, insbesondere:

- für eine Behandlung, die mindestens eine Nacht Krankenhausaufenthalt erfordert.
- für eine Behandlung, die den Einsatz hochspezialisierter und teurer medizinischer Infrastruktur oder Ausrüstung erfordert.

Für Staaten, die sich dafür entscheiden, ein System der Vorabgenehmigung beizubehalten - was sowohl für Frankreich als auch für Deutschland der Fall ist - sieht Artikel 9 der Richtlinie vor, dass vorherige Genehmigungen erteilt werden müssen und dies „in einer angemessenen Frist (...) [unter Berücksichtigung] des jeweiligen Gesundheitszustands [und] der Dringlichkeit und der Besonderheiten des Einzelfalls“.

Für französische Versicherte sind die Fristen für die Erteilung von Vorabgenehmigungen in Artikel R160-2 des Sozialversicherungsgesetzes festgelegt:

« L'assuré social adresse la demande d'autorisation à sa caisse de rattachement. La décision est prise par le contrôle médical. Elle doit être notifiée dans un délai compatible avec le degré

d'urgence et de disponibilité des soins envisagés et au plus tard deux semaines après la réception de la demande de l'intéressé ou, le cas échéant, de la demande de l'institution de l'Etat de résidence. En l'absence de réponse à l'expiration de ce dernier délai, l'autorisation est réputée accordée ».

Für deutsche Versicherte sind die geltenden Fristen in § 13 (Absatz 3 (a) Buch V des Sozialgesetzbuches V) festgelegt:

„(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. (...) Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.“

Der Text des Sozialgesetzbuches sieht eine allgemeine Antwortzeit von 3 Wochen vor, eine spezifische Frist von 5 Wochen, wenn der Antrag des Patienten eine ärztliche Beurteilung erfordert, und 6 Wochen, wenn es sich um eine zahnärztliche Prüfung handelt. Eine Nichtbeantwortung durch die Krankenkasse ist als Genehmigung zu betrachten.

Es ist jedoch nicht klar, ob die oben genannten Fristen sowohl für deutsche als auch für grenzüberschreitende Behandlungen gelten. Die Auslegung von Artikel 13, der zwei Absätze (Absätze 4 und 5) der grenzüberschreitenden Pflege widmet, könnte eher darauf hindeuten, dass die Fristen nur für in Deutschland erbrachte Behandlungen gelten. Nach Angaben des Europäischen Verbraucherzentrums (ZEV), die von der Nationalen Kontaktstelle (NKS) der Bundesrepublik Deutschland stammen, entspricht dies tatsächlich der Auslegung durch die deutschen Krankenkassen.

Dadurch besteht Rechtsunsicherheit über die gesetzlichen Fristen für die Erteilung von Vorabgenehmigungen in Deutschland und wie das Fehlen einer Antwort zu interpretieren ist (Frage, ob eine fehlende Antwort als Bewilligung angesehen werden kann).

Empfehlung des ZEV:

Juristische Klarstellung

Empfehlungen der DVKA bzgl. der Auslegung

Problem 7: Unterschiedliche Definitionen der stationären Behandlung in Frankreich und Deutschland

Eine Richtlinie zur Mindestharmonisierung, die zu Rechtsunsicherheit für die Patienten führt.

Artikel 8 der Richtlinie 2011/24/EG über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung legt einen Rechtsrahmen für die Gesundheitsversorgung fest, die einer Vorabgenehmigung bedarf.

Eine aufmerksame Lektüre des Artikels sollte es normalerweise ermöglichen, jene stationären Behandlungen zu definieren, die einer Vorabgenehmigung bedürfen. Die vom europäischen Gesetzgeber gewählte Formulierung lässt den Mitgliedstaaten jedoch einen zu großen Interpretationsspielraum und führt daher zu Rechtsunsicherheit für die Patienten. Gemäß der Gesundheitsrichtlinie können die Mitgliedstaaten insbesondere einen Mechanismus für die Vorabgenehmigung von „planungsbedürftigen“ Behandlungen (Organisation der Behandlung, Kostenkontrolle) vorsehen, die „den Aufenthalt des Patienten in einem Krankenhaus für mindestens eine Nacht“ oder „die Nutzung hoch spezialisierter und teurer medizinischer Infrastrukturen oder Geräte“ erfordern.

Der Begriff der stationären Versorgung ist daher nicht genau genug definiert und birgt das Risiko unterschiedlicher Interpretationen durch die nationalen Verwaltungen in Europa. Dies ist in der Praxis der Fall.

Problem in der deutsch-französischen Grenzregion

Die deutsch-französische Grenzregion ist eine perfekte Illustration dieses Problems, da französische und deutsche Patienten in diesem Gebiet beim Zugang zur stationären Versorgung im Nachbarland nicht gleich behandelt werden.

So sieht der französische Gesetzgeber (Artikel R160-2 des Sozialversicherungsgesetzes) einen Mechanismus der Vorabgenehmigung vor:

- für die Behandlung im Ausland mit einer Übernachtung in einer Gesundheitseinrichtung,
- und für eine Reihe von Behandlungen, für welche "die Verwendung hoch spezialisierter und kostspieliger medizinischer Infrastrukturen oder Geräte erforderlich sind", die in der Verordnung vom 27. Mai 2014 aufgeführt werden. Dazu gehören die Krebsbehandlung und die medizinische Bildgebung.

Der deutsche Gesetzgeber sieht seinerseits einen Vorabgenehmigungsmechanismus für Krankenhausleistungen vor, die im weitesten Sinne ausgelegt werden, ohne dass eine Mindestdauer für den Aufenthalt in der Einrichtung vorgesehen ist (§13 und §39 Sozialgesetzbuch V). Es gibt auch keine Liste der genehmigungspflichtigen Behandlungen, wie dies in Frankreich der Fall ist.

Daher bedarf die Versorgung eines deutschen Patienten in einem französischen Krankenhaus automatisch einer Vorabgenehmigung, auch wenn es sich um eine einfache ambulante Versorgung handelt (ohne Übernachtung vor Ort).

Dies stellt ein Hindernis für die Patientenmobilität in einem Grenzgebiet dar, in dem die Nähe bestimmter großer französischer/deutscher Gesundheitseinrichtungen zu

Deutschland/Frankreich einen besseren Zugang zur Versorgung und eine bessere Behandlung ermöglichen könnte (z. B. Rhena-Klinik in Straßburg in unmittelbarer Nähe der Grenzstadt Kehl).

Die oben beschriebenen Regeln sind komplex, von Land zu Land sehr unterschiedlich, und doch sollen Patienten eine informierte Wahl treffen. So registriert das ZEV regelmäßig Beschwerden von französischen und deutschen Patienten, denen die Erstattung ihrer im Nachbarland erhaltenen Behandlung verweigert wird, unter dem Vorwand, dass sie das Verfahren zur Beantragung einer Vorabgenehmigung bei ihrer zuständigen Krankenkasse nicht eingehalten hätten.

Empfehlung des ZEV:

Im Grenzgebiet einigen sich die französischen und deutschen Behörden auf eine gemeinsame Definition der stationären Behandlung als Behandlungen, die mindestens eine Nacht Krankenhausaufenthalt umfassen.

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.2 des Berichts](#).

2.4 Problemstellung Nr. 12: Patientenversorgung, wenn der medizinische Notfall es erfordert, dass der Patient zur Behandlung die Grenze überschreitet

Betroffener Themenbereich (Schlüsselwörter)

Notfälle und „geplante“ Behandlungen

Beschreibung der Problemstellung

Die europäischen Texte unterscheiden sehr deutlich zwischen der Notfallversorgung während eines Auslandsaufenthaltes einerseits und der geplanten Behandlung im Ausland andererseits. Sie decken Fälle von medizinischen Notfällen nicht ausreichend ab, und die Unmöglichkeit einer schnellen Versorgung im Aufenthaltsland zwingt den Patienten, die Grenze zu überschreiten, um sich behandeln zu lassen. Diese Problemstellung wird mit Hilfe von zwei realen Fällen veranschaulicht.

Fallbeispiel

Fallbeispiel Nr. 1: Notfall, bei dem den Patienten die Grenze für eine Krankenhausbehandlung überschreiten muss

Im Januar 2017 wurde bei einer in Frankreich wohnhaften deutschen Staatsangehörigen (die bei der CPAM Haut-Rhin versichert ist) von ihrem deutschen Gynäkologen eine schwere Pathologie diagnostiziert. Er empfahl einen dringenden Krankenhausaufenthalt und fand einige Tage später einen Platz für sie in einer deutschen Klinik.

Der für eine Vorabgenehmigung erforderliche Verwaltungsaufwand (Einreichung einer Akte und Wartezeit) war mit dem Gesundheitszustand der Patientin und dem wahrscheinlichen Verlauf ihrer Krankheit nicht vereinbar.

Die CPAM Haut-Rhin weigerte sich, die Kosten zu erstatten, da eine solche Behandlung im Ausland einer Vorabgenehmigung durch die zuständige Krankenkasse bedarf. Diese Entscheidung wurde anschließend von der Beschwerdekammer (*Commission de recours amiable*) bestätigt.

Nur durch die Intervention des Europäischen Verbraucherzentrums, das sich an die CPAM Haut-Rhin wandte und die Dringlichkeit der medizinischen Intervention darlegte, konnten die medizinischen Kosten letztendlich übernommen werden.

Fallbeispiel Nr. 2: Notfall, bei dem den Patienten die Grenze für eine ärztliche Behandlung überschreiten muss

Ein deutsch-französisches Paar lässt sich in Colmar nieder. Er arbeitet in Frankreich, sie in Deutschland. Die Frau wird schwanger und erkundigt sich vorab bei ihrer Krankenkasse nach der Mitversicherung des ungeborenen Kindes (Zuordnung bei der Krankenversicherung des Vaters oder der Mutter). Die Kasse teilt ihr mit, dass das Kind auf

deutscher Seite über die Mutter versichert sein kann, obwohl die EG-Verordnung Nr. 883/2004 (Artikel 32) eine Zuordnung zu dem im Wohnsitzland tätigen Elternteil vorsieht (siehe Problemstellung Nr. 2). Die Mutter findet einen Kinderarzt auf deutscher Seite und geht mit ihrem Kind während drei Jahren zu diesem.

Kurz vor der Geburt ihres zweiten Kindes (zwei bis drei Wochen vor dem voraussichtlichen Geburtstermin) widerruft die Krankenkasse der Mutter ihre Entscheidung: Gemäß Artikel 32 der EG-Verordnung Nr. 883/2004 muss das Kind auf französischer Seite über den Vater versichert sein. Die Mutter befindet sich in folgender Situation:

- Auf französischer Seite kann sie trotz der Notfallsituation (erstes 3-jähriges Kind [Frage der Weiterführung der Behandlung] und der bevorstehenden Geburt ihres zweiten Kindes) aufgrund langer Wartelisten keinen Termin bei einem Kinderarzt bekommen. Es wird vorgeschlagen, dass sie mit dem Kind nach der Geburt zu den vom PMI (*Centres de Protection Maternelle et Infantile*)⁶ organisierten Sprechstunden geht (angesichts des Gesamteinkommens der Familie ist diese bezüglich der PMI-Angebote nicht als vorrangig einzustufen).
- Auf deutscher Seite stimmt der Kinderarzt zu, die beiden Kinder der Frau weiterhin zu behandeln, jedoch zum Privatversicherten-Tarif. Tatsächlich können die Leistungen nicht wie für in Deutschland gesetzlich Krankenversicherte abgerechnet werden, da die Kinder nicht über die Mutter versichert sind. Darüber hinaus ist die Abrechnung auf der Grundlage der Europäischen Krankenversicherungskarte nicht begründet, da es sich nicht um einen Notfall während eines Auslandsaufenthaltes handelt. Wenn die Mutter die Kinder zu dem deutschen Kinderarzt bringt, werden ihr daher die privaten Gebühren (hoch) in Rechnung gestellt, d.h. sie erhält keine ausreichende Erstattung, da die Erstattung gemäß der Richtlinie 2011/24/EU auf französischer Basis erfolgt.

Juristischer Referenzrahmen

Bezüglich Fallbeispiel Nr. 1 (Notfall, bei dem den Patienten die Grenze für eine Krankenhausbehandlung überschreiten muss), hängt das Problem damit zusammen, dass es unmöglich ist, einen medizinischen Notfall mit der Notwendigkeit in Einklang zu bringen, eine Vorabgenehmigung einzuholen (innerhalb kurzer Zeit).

Zur Erinnerung: Die gesetzlichen Fristen für die Erteilung einer Vorabgenehmigung betragen in Frankreich 2 Wochen und in Deutschland 3 bis 6 Wochen; hinsichtlich grenzüberschreitender Behandlungen sind sie nicht genauer definiert (siehe Problem 6 in Kapitel 2.3.2). In beiden Fällen erscheinen die Fristen in dringenden Fällen nicht angemessen.

⁶ Der *Service de Protection Maternelle et Infantile* (PMI) ist ein vom Conseil départemental getragenes Netz von Anlaufstellen, die auf das gesamte Département verteilt und mit dem Schutz von Mutter und Kind (schwangeren Frauen und Kinder unter 6 Jahren) beauftragt sind. Sie berät Familien, gibt ihnen Orientierung und führt medizinische Untersuchungen durch.

Bezüglich Fallbeispiel Nr. 2 (Notfall, bei dem den Patienten die Grenze für eine ärztliche Behandlung überschreiten muss), steht Problematik nicht im Zusammenhang mit der Zeit, die für die Erteilung einer Vorabgenehmigung erforderlich ist. Aus Artikel 8 der Richtlinie ergibt sich nämlich, dass die Konsultation eines Arztes nicht der vorherigen Genehmigung bedarf (außer bei der Verwendung von hoch spezialisierten und kostenintensiven Geräten). Das Problem liegt in der Bemessung der Grundlage für die Erstattung im Zusammenhang mit der Rechnungsstellung. Für Patienten, die zur Behandlung in das Nachbarland reisen, gilt die Richtlinie 2011/24/EG. Letztere sieht jedoch eine Zahlung auf der Grundlage der Tarife des Landes der von Gesetzwegen zuständigen Krankenkasse vor. Dies ist besonders für französische Versicherungsnehmer problematisch, die zur Behandlung nach Deutschland gehen. Da die französischen Versicherten nicht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angeschlossen sind, werden ihnen sehr hohe Privatarife (PKV) berechnet. Es kommt dadurch zu großen Unterschieden zwischen dem Rechnungsbetrag und der Erstattung auf französischer Basis (hohe Differenzsumme). Und dies obwohl die Patientin - im vorliegenden Fall - nicht freiwillig zu einem Arzt auf der anderen Seite der Grenze ging, sondern aus einer gesundheitlichen Notwendigkeit heraus (medizinischer Notfall wegen der bevorstehenden Geburt und der Unmöglichkeit, in Frankreich behandelt zu werden).

Betroffener Personenkreis

Diese beiden Fragen betreffen nicht die Grenzgänger, die Zugang zum Versorgungsangebot des Wohnsitzlandes und des Tätigkeitslandes haben - unter den jeweils gültigen gesetzlichen Bedingungen.

Bis auf Grenzgänger betreffen die beiden Probleme alle Bewohner der Oberrheinregion, wenn diese aufgrund ihres Gesundheitszustandes gezwungen sind, die Notfallversorgung im Nachbarland in Anspruch zu nehmen. Es sei darauf hingewiesen, dass Problem Nr. 2 hauptsächlich französische Versicherungsnehmer betrifft, die sich nach Deutschland begeben muss, weil die Leistungen für diese dann nach dem Tarif für Privatpatienten abgerechnet werden.

Auswirkungen der Problemstellung

Hohe Restkosten

Administrativer Aufwand zum Erhalt einer Erstattung

Phänomen der Verweigerung von Behandlungen

Verbesserungsvorschläge (mit zuständigen Stellen zu diskutieren)

Bezüglich Fallbeispiel Nr. 1: Bewilligung der Kostenerstattung, wenn der medizinische Notfall rechtfertigt, dass der Patient keine Vorabgenehmigung beantragt hat.

Bezüglich Fallbeispiel Nr. 2: Ausnahmsweise Übernahme der Realkosten aufgrund des medizinischen Notfalls und der Unmöglichkeit einer Behandlung innerhalb zumutbarer Fristen im Wohnsitzland.

Best-Practice-Beispiel

-

Weitere Informationen:

Die Diskussionspunkte und Aktionsfelder bezüglich dieser Problemstellung befinden sich in [Teil III.2 des Berichts](#).

3. Fazit der Analyse der Problemstellungen

Die Ermittlung der Fälle und ihre Analyse zeigen eine große Vielfalt von Problemstellungen, sowohl in Bezug auf die Art des Problems, die Ursache des Problems, die betroffenen Personen et cetera. Dieses Fazit ermöglicht es, eine Übersicht der aufgetretenen Problemstellungen zu gewinnen.

2.1 Anzahl der erfassten Fälle

Zum Projektstart überlegte die Lenkungsgruppe, ob es angebracht wäre, die Anzahl der aufgetretenen Fälle zu ermitteln und/oder die Anzahl der betroffenen Personen für jedes der identifizierten Probleme zu quantifizieren. Die Gruppe kam jedoch schnell zu dem Schluss, dass eine solche Bewertung nicht sachdienlich wäre, auch wenn sie die Bedeutung der Lösung eines bestimmten Problems hätte unterstreichen können und damit eine klare Prioritätensetzung erlaubt hätte. Die Entscheidung der Lenkungsgruppe lässt sich durch folgende Punkte begründen:

- Mit der Umsetzung von „B-Solutions“ hat die Europäische Kommission verdeutlicht, dass alle ermittelten Hindernisse eine Lösung erfordern; unabhängig von der Anzahl der betroffenen Personen;
- Personen, die von einem Hindernis betroffen sind, geben dies nicht unbedingt weiter. Es muss folglich in Erwägung gezogen werden, dass die Anzahl der bei den INFOBESTen oder dem ZEV bekannten Fälle lediglich die Spitze des Eisbergs darstellt;
- Selbst das kleinste Hindernis kann einen negativen Einfluss auf die Wahrnehmung Europas und der europäischen Integration bei den Bürgerinnen und Bürgern haben;
- Es ist logisch, dass einige Hindernisse leichter zu überwinden sind als andere. Es wäre darum bedauerlich, wenn einfach zu überwindende Hindernisse aufgrund einer geringen Anzahl Betroffener ignoriert würden;
- Einige Hindernisse stehen in Verbindung mit bedeutenden finanziellen Fragestellungen. Die finanziellen Auswirkungen sind bei einem kleineren Kreis Betroffener hingegen gering. Aus dieser Perspektive ist die geringe Anzahl betroffener Personen eher ein Argument für die Erarbeitung pragmatischer Lösungen, da die finanziellen Gleichgewichte nicht gefährdet werden;

2.2 Ermittelte Problemfälle und betroffene Personen

Die identifizierten Problemstellungen betreffen ein breites Themenspektrum:

- 1) Probleme im Zusammenhang mit der Aufnahme und Mitgliedschaft
- 2) Probleme im Zusammenhang mit der Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge

- 3) Probleme im Zusammenhang mit der Krankmeldung
- 4) Probleme im Zusammenhang mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland
- 5) Probleme im Zusammenhang mit der Erstattung von Gesundheitsleistungen im Ausland

Wie sich bereits aus der Gliederung von Teil 2 des vorliegenden Dokuments ableiten lässt, betreffen diese Problemkategorien nicht das gleiche Publikum: Probleme in den Kategorien 1 bis 3 betreffen insbesondere Grenzgänger, während Probleme in den Kategorien 4 und 5 Bewohner von Grenzgebieten betreffen, die keinen Grenzgängerstatus aufweisen.

Probleme im Zusammenhang mit dem Zugang zu und der Erstattung von Gesundheitsleistungen im Ausland (4 und 5) betreffen nicht nur Grenzräume. Letztere sind jedoch hauptsächlich betroffen, insbesondere aus den folgenden Gründen:

- Die Bewohner von Grenzregionen überschreiten die Grenze häufiger, so dass das Auftreten von Notfällen im Ausland naturgemäß höher ist.
- Bei Bewohnern von Grenzgebieten ist die Bereitschaft, sich auf der anderen Seite der behandeln zu lassen (geplante Behandlungen), aus verschiedenen Gründen höher: sprachliche Fähigkeiten (Franzosen, die in Deutschland leben, Deutsche, die in Frankreich leben), Nähe zum Gesundheitsangebot, Kenntnisse über die Versorgung auf der anderen Seite der Grenze, etc.

Was die Probleme im Zusammenhang mit dem Status des Grenzgängers betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass die meisten der festgestellten Schwierigkeiten in sehr spezifischen Fällen auftreten, z.B. Mehrfachstätigkeit, Telearbeit, Privatversicherte, Personen mit langjährigen Ansprüchen (über 20 Jahre) et cetera.

2.3 Auswirkungen der ermittelten Problemstellungen

Aus individueller Sicht haben die ermittelten Problemstellungen folgende Auswirkungen für die betroffenen Personen:

- Überbordende Bürokratie, die eigentlich vermeidbar wäre (z.B.: Notwendigkeit einer doppelten Registrierung bei den Kassen im Land der Beschäftigung und im Land des Wohnsitzes; Probleme bei der Anerkennung von Krankmeldungen; Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Anträge für Behandlungen im Ausland etc.)
- Ungedekte Kosten bzw. ein Risiko von ungedeckten Kosten (für Behandlungen im Ausland)
- Zusätzliche Kosten, die nicht in direkter Verbindung zur Kostenübernahme von Gesundheitsleistungen stehen (z.B. Erfordernis, einen Zusatzbeitrag für die Versicherung von Familienangehörigen zu leisten, die im Versicherungsland nicht als anspruchsberechtigte Familienangehörige anerkannt werden)
- Schwierigkeiten beim Zugang zu Gesundheitsdiensten, Phänomen des Verzichts auf Gesundheitsleistungen

Über diese unmittelbaren Probleme hinaus, ergeben sich aus den ermittelten Problemstellungen weitere negative Effekte auf Makro-Ebene:

- Negative Auswirkungen auf die grenzüberschreitende berufliche Mobilität
- Negative Auswirkungen auf die Integration grenzüberschreitender Räume
- Negative Auswirkungen bzgl. der Wahrnehmung des europäischen Einigungsprozesses durch die Bürgerinnen und Bürger
- Keine optimale Nutzung der Komplementaritäten und möglichen Synergieeffekte im Bereich von Gesundheitsdienstleistungen sowie die negativen wirtschaftlichen Effekte, die sich hieraus ergeben.

2.4 Art der Hindernisse

Die ermittelten Problemstellungen lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- Hindernisse rechtlicher Art;
- Hindernisse administrativer Art, Mangel an grenzüberschreitenden Prozeduren;
- Informationsdefizit bei den Betroffenen.

In der folgenden Tabelle werden die identifizierten Problemstellungen entsprechend der Art des Hindernisses eingeteilt. Darüber hinaus gibt es auch Schwierigkeiten der Versicherungsnehmer, von ihrer Krankenkasse Informationen zu erhalten. Dieses Problemfeld ist nicht in der Tabelle enthalten, da es transversal ist und möglicherweise alle Themen betreffen kann.

Die Art des Hindernisses wird bei der Definition geeigneter Lösungen und der Ebene, auf der diese Lösungen gefunden werden können, ein besonders wichtiges Kriterium sein.

Problemstellung	Art des Hindernisses		
	Rechtlich	Administrativ	Informationsdefizit
Problemstellung Nr. 1 – Zweifache Anmeldung		X	
Problemstellung Nr. 2 – Zuordnung der Kinder im Falle einer Trennung / Scheidung der Eltern	X		
Problemstellung Nr. 3 – anspruchsberechtigte Familienangehörige	X		
Problemstellung Nr. 4 – Elternzeit	X		
Problemstellung Nr. 5 – Private Krankenversicherungsträger	X		
Problemstellung Nr. 6 –		X	X

Krankmeldungen			
Problemstellung Nr. 7 – Sozialversicherungsbeiträge			X
Problemstellung Nr. 8 – Informationsmangel für Grenzgänger, die eine französische Rente beziehen			X
Problemstellung Nr. 9 – Weiterführung einer Behandlung	X		
Problemstellung Nr. 10 – Tarifwahl bei Notfällen im Ausland			X
Problemstellung Nr. 11 – Geplante Behandlungen im Ausland	X	X	X
Problemstellung Nr. 12 – Behandlungen im Ausland bei medizinischen Notfällen	X		

2.5 Suche nach Optimierungspotentialen

Zur Erinnerung: Hauptziel des „B-Solutions“-Projektes ist die Umsetzung eines grenzüberschreitenden Aktionsprotokolls zur Überwindung von existierenden Hindernissen und die damit verbundene Verbesserung der Situation für die Bevölkerung.

Bezüglich der **Problemstellungen aufgrund eines Informationsdefizits** fördert die Analyse zwei Bedürfnisse zu Tage:

- **Notwendigkeit die Information der Bevölkerung über die Möglichkeiten und Modalitäten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung und über spezifischere Fragen für Grenzgänger (Zugehörigkeit, etc.) zu intensivieren.**

Falls diese Einschätzung geteilt wird, müssen in einem Aktionsprotokoll jene Maßnahmen definiert werden, die durchgeführt werden könnten: Art der Maßnahmen (allgemein oder spezifisch, z.B. im Rahmen von Abkommen über die Zusammenarbeit im Gesundheitswesen), Umfang der Maßnahmen, Informationskanäle und Hilfestellungen et cetera. Das Vorgehen muss sicherlich an die Zielgruppen (Grenzgänger / Grenzpopulationen im weiteren Sinne) und die Informationsvermittler angepasst werden. Es wird auch zu prüfen sein, ob die Maßnahmen in einem rein nationalen Rahmen durchgeführt werden sollen oder ob es passender, effektiver und effizienter ist, gemeinsame grenzüberschreitende Maßnahmen durchzuführen (Frage des grenzüberschreitenden Mehrwerts).

- **Bedürfnis der Bevölkerung nach zuverlässigen Informationen von ihren Gesprächspartnern auf der Ebene der Krankenkassen und anderer kompetenter Stellen zu grenzüberschreitenden Fragen.**

Diesbezüglich erscheint es zunächst wichtig, die betroffenen Kassen und Stellen auf

diese Schwierigkeiten aufmerksam zu machen (über den begrenzten Kreis der am „B-Solution“-Projekt beteiligten Personen hinaus), wobei darauf hingewiesen wird, dass nicht alle Kassen von diesem Problem in gleichem Umfang betroffen sind: Einige konnten bereits funktionierende Maßnahmen einführen).

Generell wäre es erforderlich, den Mitarbeitern der Kassen und anderen zuständigen Stellen mehr Schulungen/Informationen über grenzüberschreitende Fragen zur Verfügung zu stellen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass es nicht möglich sein wird, alle Mitarbeiter in diesen Fragen auszubilden. Eine Zwischenlösung könnte darin bestehen, auf der Ebene der Kassen und anderer zuständiger Stellen wichtige Ansprechpartner in grenzüberschreitenden Fragen zu schulen.

Bei der Suche nach Optimierungsmöglichkeiten ist zu berücksichtigen, dass die Organisationsstrukturen der Kassen und anderer zuständiger Stellen insbesondere auf deutscher Seite (auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene strukturierte Kassen) sehr unterschiedlich sind: Die am besten geeigneten Lösungen werden zwangsläufig von einer Kasse zur anderen variieren.

Die auf diese Fragen spezialisierten Strukturen am Oberrhein (INFOBESTen, ZEV, Euro-Institut/TRISAN, AG Grenzgänger, EURES-T....) könnten eine wichtige Rolle spielen, vor allem im Hinblick auf:

- die Ausarbeitung von Fortbildungen zu grenzüberschreitenden Fragen für die Mitarbeiter der Kassen und andere kompetente Stellen
- die Organisation von Treffen und Vernetzungsaktivitäten zwischen den entsprechenden Ansprechpartnern der verschiedenen Kassen, um somit den Austausch guter Praktiken zu unterstützen
- die Weiterleitung der vor Ort auftretenden Problemstellungen sowie der gefundenen Lösungen an die entsprechenden Ansprechpartner (Einrichtung von Mechanismen zum Austausch von Informationen und Erfahrungen zugunsten einer nachhaltigen Sensibilisierung und Kapitalisierung)

Hinsichtlich der **administrativen Hindernisse** kann unterschieden werden zwischen:

- administrativen Hindernissen, welche in einem strikt nationalen Kontext überwunden werden können (beispielsweise das Fehlen des Feldes „geplante ambulante Behandlungen“ in den französischen Formularen zur Erstattung von Kosten für Gesundheitsleistungen im Ausland);
- administrativen Hindernissen deren Überwindung eine koordinierte Herangehensweise erfordert (z.B. das Problem der doppelten Registrierung für Grenzgänger sowohl bei der zuständigen Krankenkasse wie auch bei der Krankenkasse im Land des Wohnsitzes). In dieser zweiten Kategorie befinden sich einige administrative Hindernisse, die besonders für die Suche nach Verbesserungsmöglichkeit auf lokaler Ebene im Rahmen eines Aktionsprotokolls geeignet scheinen. Hier sind insbesondere die Fragestellung nach der doppelten Mitgliedschaft oder die Probleme bezüglich des Krankenurlaubs zu erwähnen;

- Hindernissen, welche aus einem Mangel an grenzüberschreitenden Prozeduren/Mechanismen resultieren (z.B. die Fragestellungen bzgl. der Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen).

Hinsichtlich der **rechtlichen Hindernisse** können zwei Maßnahmenarten ins Auge gefasst werden:

- Weiterleitung der vor Ort erfahrenen Umsetzungsschwierigkeiten von rechtlichen Vorgaben durch die kompetenten Behörden (Nationalstaaten und/oder EU) sowie Lobbying-Maßnahmen zwecks Anpassung der rechtlichen Vorgaben und/oder Schaffung von Möglichkeiten zur Abweichung von diesen;
- Weiterleitung der rechtlichen Unvereinbarkeiten an die kompetenten Behörden (z.B. die Problemstellung der anspruchsberechtigten Familienangehörige);
- Umsetzung von lokalen Vereinbarungen und/oder Rückgriff auf das Recht zur Erprobung (*droit à l'expérimentation*) zur Umsetzung von besser geeigneten Lösungen auf lokaler Ebene, ohne die gültigen Rechtstexte zu verändern.

Teil III: Aktionsfelder

Dieser Teil enthält die Diskussionspunkte sowie die Aktionsfelder, die während der Arbeitssitzungen mit den Vertretern der Krankenkassen im Februar und Mai 2019 besprochen wurden.

1. Aktionsfelder bezüglich der grenzgängerspezifischen Problemstellungen

Folgende Tabelle enthält die Ergebnisse der Arbeitssitzung vom 26. Februar 2019 zu den Problemstellungen 1-8.

Problemstellung Nr. 1: Erfordernis für Grenzgänger, vollständige Anträge auf Krankenversicherung sowohl in ihrem Wohnsitzland als auch im Beschäftigungsland zu stellen	
Diskussionspunkte	<ul style="list-style-type: none"> - Ab dem 1. Juli 2019 müssen die S1-Formulare automatisch über das EESSI-System übermittelt werden -> System zum elektronischen Informationsaustausch im Rahmen der Sozialversicherung, welches von allen EU-Mitgliedsstaaten bis zum 1. August 2019 eingerichtet sein muss - Schriftliche Anmerkung der DVKA: Das S1-Formular ist ein portables Dokument (PD) und kein strukturiertes elektronisches Dokument (SED), somit kann es nicht über das EESSI-System übermittelt werden. Allerdings kann der Krankenversicherungsträger im Wohnsitzland nach Einführung des EESSI-Verfahrens entscheiden, den Anspruch des Versicherten statt mit dem S1-Formular durch Beantragung des SED S071 nachzuweisen. Der zuständige Träger antwortet dann mit dem SED S072. - Die Anmeldebögen sind in Frankreich zweisprachig (FR/EN), in Deutschland ebenfalls (D/E) bzw. dort sogar mehrsprachig, abhängig von der jeweiligen Krankenkasse - Problem: <ul style="list-style-type: none"> o Die erforderlichen Nachweisdokumente sind nicht zwangsläufig in beiden Ländern identisch -> In Frankreich wird beispielsweise eine Geburtsurkunde eingefordert, um eine Sozialversicherungsnummer zuweisen zu können o In Deutschland können Personen ihre Krankenkasse frei wählen -> Ein Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland und einer Beschäftigung in Frankreich müsste folglich bei der CPAM angeben, welcher Kasse das S1-Formular zugesandt werden muss
Aktionsfelder	<p>Das Problem wird durch das automatische Übermitteln des S1-Formulars über EESSI teilweise gelöst.</p> <p>Mit der Einführung des EESSI könnte die Notwendigkeit, in beiden Ländern eine Anmeldung vorzunehmen, entfallen. Andererseits wird sich die Frage nach Dokumenten, die nur in einem der beiden Länder gefordert werden, weiterhin stellen.</p>
Problemstellung Nr. 2: Problem der Zuordnung von Kindern im Falle einer Scheidung oder Trennung der Eltern	
Diskussionspunkte	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Anmerkung der DVKA: Es war niemals die Rechtsauffassung der DVKA, dass die Zugehörigkeit der Kinder zu beiden Elternteilen möglich ist. Die Regelung in der Verordnung ist eindeutig – die Sachleistungsaushilfe kann nur zu Lasten eines Trägers erfolgen. - Aktuell existierende Ad-hoc-Lösungen:

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Individuelle Angliederung des Kindes auf Basis des Wohnsitz-Kriteriums (PUMa), wenn über 12 Jahre alt (Kostenerstattung auf Bankkonto des Grenzgänger-Elternteils). Dies ist nur mit einer Ausnahmeregelung möglich, die von Fall zu Fall angewandt wird, abhängig von der Situation. ○ Verständigung zwischen den Elternteilen zur Erstellung einer Vollmacht, welche die Erstattung der Kosten auf das Konto des „anderen“ Elternteils ermöglicht. Dies erfordert allerdings, dass sich die Eltern einigen können.
Aktionsfelder	Gewährung eines Optionsrechts für die Mitversicherung des Kindes (Möglichkeit der Wahl, sich dem Grenzgänger-Elternteil oder dem nicht Nicht-Grenzgänger-Elternteil anzuschließen), mit der Option einer doppelten Mitversicherung (Mitversicherung zu beiden Elternteilen), wie sie in der französischen und deutschen nationalen Gesetzgebung vorgesehen ist.
Lösungsansatz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Der Aachener Vertrag sieht die Möglichkeit von Ausnahmeregelungen vor (auf der Grundlage einer konkreten Begründung). Eine erste Lösung wäre, die deutsch-französische parlamentarische Versammlung aufzufordern, ein solches Ausnahmesystem einzuführen, das das Optionsrecht mit der Möglichkeit einer doppelten Mitversicherung im deutsch-französischen Grenzgebiet ermöglicht. Es handelt sich dann um ein "standardisiertes" Ausnahmesystem, d.h. es geht über die Ausnahmeregelungen hinaus, die derzeit von Fall zu Fall gewährt werden → EVTZ Eurodistrict PAMINA 2. Weiterleitung des administrativen Hindernisses an die europäische Plattform (Border Focal Point), um in der Verordnung 883/2004 ein Optionsrecht mit der Möglichkeit der doppelten Mitversicherung einzuführen → EVTZ Eurodistrict PAMINA <p>Hinweis: Dieses Thema wurde auf nationaler Ebene auf französischer Seite bereits über die Vermittlungsdienste und regionalen Gutachterdienste der Krankenversicherung angesprochen. Die relevanten Akteure sollten über die im Rahmen der B-Solutions ergriffenen Maßnahmen informiert werden.</p>
Problemstellung Nr. 3: Weigerung das S1-Formular für Familienangehörige des Grenzgängers auszustellen	
Diskussionspunkte	Die Auslegung der Verordnung 883/2004 durch die CNAM scheint im Widerspruch zur Verordnung zu stehen.
Aktionsfelder	Klärung, ob die Auslegung der Vorschriften durch die CNAM mit der Verordnung übereinstimmt.
Lösungsansatz	<ol style="list-style-type: none"> 1. Weiterleitung der Problemstellung an die Europäische Kommission → ZEV 2. Anfrage an die deutsch-französische parlamentarische Versammlung → EVTZ Eurodistrict PAMINA
Problemstellung Nr. 4: Verlust der französischen Krankenversicherung im Zusammenhang mit einem Wohnortwechsel (ins Ausland) im Rahmen der Elternzeit	
Diskussionspunkte	<ul style="list-style-type: none"> – Seit der Einführung von PUMa muss man mindestens 6 Monate auf französisches Staatsgebiet wohnen, um gemäß des Wohnsitz-Kriteriums an die CPAM angegliedert zu sein – Das Problem betrifft ebenfalls Grenzgänger, die in Frankreich arbeiten und die Elternzeit beanspruchen

Aktionsfelder	Ein Recht auf „Exportierbarkeit des Mitgliedschaftsrechts im Ausnahmefall“ in die europäischen Texte aufnehmen, falls der Arbeitsvertrag aufrechterhalten bleibt.
Lösungsansatz	Weiterleitung des administrativen Hindernisses über die europäische Plattform (Border Focal Point) → EVTZ Eurodistrikt PAMINA
Problemstellung Nr. 5: Gesundheitliche Versorgung im Wohnsitzland für in Deutschland privatversicherte Personen	
Diskussionspunkte	<ul style="list-style-type: none"> - Versicherte der privaten Krankenversicherungsträger in Deutschland haben keinen Anspruch auf Rückkehr in das System der gesetzlichen Krankenkassen. Sie sollen auch nicht mittels einer ausländischen Krankenversicherung dorthin zurückkehren können. Die PUMA schließt die Möglichkeit aus, dass privat Versicherte auf der Grundlage des Wohnsitz-Kriteriums angegliedert werden können. Es sei darauf hingewiesen, dass mit Pôle Emploi eine Vereinbarung geschlossen wurde, die es privat Versicherten, die in die Arbeitslosigkeit geraten sind, ermöglicht, sich bei Pôle Emploi anzumelden, obwohl sie keine Registrierungsnummer haben. - Diese Situation verpflichtet die Privatversicherten tatsächlich, die Kosten ihrer Behandlung in Frankreich (auch im Falle eines Krankenhausaufenthaltes) vorzustrecken. Allerdings müssen Privatversicherte auch die Kosten für die Behandlung in Deutschland vorfinanzieren. Dieser Punkt erscheint daher nicht problematisch. - Jedoch muss hinsichtlich des Personenkreises differenziert werden: Es kann davon ausgegangen werden, dass Deutsche, die sich für den Beitritt zu einem privaten Krankenversicherungsträger entscheiden, mit dem deutschen System vertraut sind und die Auswirkungen ihrer Entscheidungen kennen. Andererseits sind sich Franzosen, die zum ersten Mal in Deutschland eine Versicherung abschließen müssen und zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) wählen können, nicht immer der Auswirkungen dieser Entscheidung (und insbesondere der Unmöglichkeit der Rückkehr in die GKV) bewusst.
Aktionsfelder	Stärkung der Beratung/Information für Franzosen, die sich zum ersten Mal in Deutschland krankenversichern müssen und nicht der Verpflichtung zum Beitritt zur GKV unterliegen.
Problemstellung Nr. 6: Krankmeldungen im grenzüberschreitenden Kontext	
Diskussionspunkte	<p>Problem Nr. 1 (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in einer Fremdsprache):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Best-Practice der „zweisprachigen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen“: Dies ist eine rein lokale Initiative der AOK in Breisach, die sich auf sehr kleinem Gebiet direkt an französische Ärzte wendet. - Auf französischer Seite ist es möglich, die Übersetzung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beim CLEISS anzufordern. - Schriftliche Anmerkung der DVKA: Die deutschen Krankenkassen können sich an die DVKA wenden. Im Extranet steht den Krankenkassen die Übersetzung der französischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zur Verfügung. <p>Problem Nr. 2 (Übersendung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die falsche Kasse):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Grunde genommen handelt es sich um ein einfaches Informationsproblem

	<p>der versicherten Grenzgänger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Problem wird dadurch verschärft, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen zunehmend papierlos erstellt werden. Auf französischer Seite wird die Bescheinigung vom Arzt automatisch an die CPAM übermittelt (auch wenn sie nicht zuständig ist). - Vorschlag, den Patienten systematisch zu informieren, wenn er den "Krankenschein" an die falsche Krankenkasse geschickt hat: Die CPAM weist darauf hin, dass sie die Versicherten systematisch informiere. Den INFOBESTen zufolge scheint dies nicht immer der Fall zu sein und/oder die an die Versicherten übermittelten Informationen sind nicht ausreichend explizit (Schreiben mit der Angabe "Wir sind nicht zuständig", die den Versicherten jedoch nicht mitteilen, dass die zuständige Kasse seine deutsche Krankenkasse ist). - Vorschlag, kulant zu sein, wenn das Mitglied die Fristen für die Übermittlung der Arbeitsunterbrechung an seine Kasse nicht eingehalten hat, weil der Versand an die falsche Kasse erfolgte: Die CPAM gibt an, dass sie Zertifikate ausstellt (mit Datum des Eingangs der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung), damit die Betroffenen nicht sanktioniert werden. - Vorschlag, dass die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, wenn sie an die falsche Kasse geschickt wurde, direkt an die zuständige Kasse weitergeleitet werden sollte: Die alte Regelung sah die Verpflichtung vor, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die zuständige Kasse weiterzuleiten. Diese Vorgabe wurde wegen der übermäßigen Arbeitsbelastung aufgehoben. - Am 1. Juli 2019 wird das elektronische Austauschsystem der EU für Informationen zur Sozialversicherung (EESSI) eingeführt. Dieses System wird den Austausch von europäischen Formularen in papierloser Form ermöglichen. Es gibt kein europäisches Modell für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, deshalb sind diese nicht im System berücksichtigt. Es wäre interessant zu ermitteln, ob Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in das System integriert werden können und/oder eine automatische Übertragung an die zuständige Kasse vorgesehen ist. - Weiteres Problem: Der französische „Krankenschein“ erwähnt die Diagnose nicht, im Gegensatz zur deutschen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Die deutschen Krankenkassen benötigen jedoch die Diagnose, um Krankengeld auszahlen zu können. In diesem Fall kann die Kasse eine Informationsanfrage an den medizinischen Dienst des Nachbarlandes richten (über das Formular E 116), aber das Verfahren ist sehr langwierig.
<p>Aktionsfelder</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bessere Sensibilisierung der betroffenen Personengruppe bzgl. der Notwendigkeit die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die gesetzlich zuständige Krankenkasse zu senden. 2) Möglichkeiten einer papierlosen, grenzüberschreitenden Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung überprüfen
<p>Lösungsansatz</p>	<p>Aktionsfeld Nr.1 (Sensibilisierung der betroffenen Personengruppen):</p> <ul style="list-style-type: none"> o Information der Versicherten bei der Ausstellung des S1 (Begrüßungsschreiben mit Hinweisen) → Krankenkassen o Information der Versicherten durch Arbeitgeber → URSSAF o Information der Versicherten auf Internetseiten (Krankenkassen, URSSAF, etc.) o Information der Fachkräfte im Gesundheitswesen durch die paritätischen

	<p>Ausschüsse Ärzte/Krankenkassen und durch ein Rundschreiben an die Ärzte → Krankenkassen</p> <p>Aktionsfeld Nr. 2: Dieser Punkt kann erst nach der Einführung des EESSI angegangen werden. Es wird darauf hingewiesen, dass die im Behandlungsland vorgesehenen Formulare grundsätzlich von der Krankenkasse des Nachbarlandes anerkannt werden müssen (z.B. muss hinsichtlich der Tatsache, dass die Diagnose nicht auf dem französischen Formular angegeben ist, eine interne Regelung getroffen werden, um entweder von der Notwendigkeit einer Diagnose abzuweichen oder das mittels des Formulars E 116 vorgesehene Verfahren anzuwenden).</p>
Problemstellung Nr. 7: Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen im Nachbarland	
Diskussionspunkte	<p>Zusätzliche Informationen zum Problemfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informationsmangel seitens der Unternehmen bzgl. der Rechtslage. URSSAF/CNFE hat eine eigene Website (https://www.cnfe-urssaf.eu/index.php/de/) für ausländische Unternehmen eingerichtet, mit Informationen in mehreren Sprachen. Unternehmen sind jedoch nicht mit der URSSAF oder dem CNFE vertraut. ○ Oftmals informiert der Arbeitnehmer den Arbeitgeber nicht darüber, dass er sich in einer Mehrfachbeschäftigungs-Situation befindet. ○ Das ist auch für Arbeitslose ein wichtiges Thema: Wenn sie auf deutscher Seite eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, wird Deutschland zum zuständigen Staat. Die meisten wissen das jedoch nicht. ○ Auf deutscher Seite gibt es eine Vielzahl von Ansprechpartnern (Zuständigkeit liegt bei den Krankenkassen). ○ Es ist besonders wichtig, das Problem der Telearbeit zu lösen, da sie sich stark entwickelt, insbesondere im grenzüberschreitenden Kontext als Lösung für die Überlastung der Straßen (Luxemburg). ○ Auf französischer Seite ist das Problem für neue selbständige Unternehmer weniger akut: Wenn sie sich bei der CCI anmelden, werden die Informationen an die CPAM übermittelt, die den Versicherten informiert. ○ Wurde festgestellt, dass die Sozialversicherungsbeiträge im zuständigen Staat nicht gezahlt wurden, so sind sie von der betreffenden Person/Firma rückwirkend an den zuständigen Staat zu zahlen. Parallel dazu ist ein Erstattungsantrag in dem Staat zu stellen, der sie zu Unrecht erhalten hat. Dieses Verfahren ist langwierig und komplex und sollte vereinfacht werden. ○ Schriftliche Anmerkung der DVKA: Bezüglich des Grenzwerts von 25 % der Arbeitszeit im Wohnsitzland wird nach Art. 14 Abs. 10 VO (EG) 987/09 bei der Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften ein Zeitraum von 12 Monaten berücksichtigt. ○ Schriftliche Anmerkung der DVKA: Der Vorschlag eines Moratoriums erscheint für die DVKA nicht nachvollziehbar, da die Verordnung die Festlegung der anzuwendenden Rechtsvorschriften eindeutig regelt.
Aktionsfelder	<ol style="list-style-type: none"> 1) Erwägung der Einrichtung eines einheitlichen Ansprechpartners oder Koordinators auf deutscher Seite 2) Sensibilisierung der betroffenen Personen/Unternehmen 3) Festlegung eines Moratoriums, das vorsieht, dass Telearbeit bei der

	<p>Bestimmung des zuständigen Staates (d.h. des Landes, in dem die Beiträge gezahlt werden) nicht berücksichtigt wird.</p> <p>4) Einführung eines vereinfachten Verfahrens zur Regularisierung der Situation: Sicherstellung einer direkten Rückzahlung der zu Unrecht erhaltenen Beträge an den zuständigen Staat (ohne über die betreffende Person oder das betreffende Unternehmen zu gehen).</p>
<p>Lösungsansatz</p>	<p>Aktionsfeld Nr. 1 (einheitlicher Ansprechpartner): Weiterleitung der Problemstellung an die DVKA (an den GKV-Spitzenverband angeschlossen) → AOK Baden-Württemberg (?)</p> <p>Aktionsfeld Nr. 2 (Sensibilisierung der Betroffenen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bessere Information der betroffenen Personen und Unternehmen → INFOBEST-Netzwerk, IHK/CCI, URSSAF/CNFE - Weiterbildung der Mitarbeiter der Krankenkassen → Krankenkassen <p>Aktionsfeld Nr. 3 (Moratorium): Der Begriff der „Telearbeit“ muss zunächst in einem grenzüberschreitenden und europäischen Kontext definiert werden</p> <p>Aktionsfeld Nr. 4 (Regularisierung): Das weitere Vorgehen ist bei der Arbeitssitzung im Mai 2019 zu besprechen</p>
<p>Problemstellung Nr. 8: Mangelnde Informationen für Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich, die bereits eine französische Rente erhalten</p>	
<p>Diskussionspunkte</p>	<p>Problem Nr. 1 (Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen auf die französische Rente müssen in Deutschland geleistet werden): Es handelt sich um ein Problem der Information bei den Versicherten. Das INFOBEST-Netzwerk hat ein Informationsblatt zum Thema „Beschäftigung in Deutschland bei gleichzeitigem Bezug einer französischen Rente“ in Zusammenarbeit mit Eures-T Oberrhein erarbeitet.</p> <p>Problem Nr. 2 (deutsche Krankengeldleistungen bei Erhalt einer französischen Altersrente): Die Herausforderung besteht auch hier darin, die Versicherungsnehmer besser zu informieren. Dies ist jedoch erst möglich, wenn die Rechtslage auf deutscher Seite geklärt ist.</p> <p>Problem Nr. 3 (Französische Rentner, die in Deutschland einen Minijob ausüben):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es geht nicht nur darum, die betroffenen Personen zu informieren. Die Rechtslage ist unklar: Nach Angaben der DVKA muss die Person in Deutschland versichert sein, auch wenn die Minijobs beitragsfrei sind. Aus Sicht der französischen Krankenversicherung muss die Person in Frankreich versichert sein, da die französische Rente einen dauerhaften Anspruch auf Krankenversicherung begründet und Minijobs beitragsfrei sind. Diese Frage kann jedoch im Moment nicht geklärt werden, da es auf deutscher Seite (im rein nationalen Rahmen) ebenfalls Rechtsfragen zu Minijobs gibt. Diese Fragen werden derzeit auf der Ebene des GKV-

	<p>Spitzenverbandes geklärt. Dazu gehört insbesondere die Entscheidung, ob der Minijob als Erwerbstätigkeit anzusehen ist. Ist dies der Fall, muss sich der französische Grenzgänger auf deutscher Seite versichern (seine Leistungsansprüche im Zusammenhang mit der Mitgliedschaft in der französischen Krankenversicherung würden bis zum Ende der beruflichen Tätigkeit einfach ausgesetzt).</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ In der Zwischenzeit müssen alle Grenzgänger, die einen Minijob ausüben, informiert werden, dass sie auf deutscher Seite einer Krankenkasse beitreten sollten (Mindestgebühr pro Monat = 180€). ○ Eine weitere Frage ist offen: Müssen Menschen, die in Deutschland leben und ausschließlich eine französische Rente erhalten, auf deutscher Seite eine freiwillige Versicherung für den Fall einer beruflichen Tätigkeit im Rahmens eines Minijobs abschließen?
Aktionsfelder	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bessere Sensibilisierung/Information der Betroffenen 2) Klärung der bestehenden Rechtslage auf deutscher Seite (Problemstellungen Nr. 2 und 3)
Lösungsansatz	<p>Aktionsfeld Nr. 1 (Sensibilisierung der Betroffenen): INFOBEST-Netzwerk, Carsat und MSA</p> <p>Aktionsfeld Nr. 2 (Klärung der Rechtslage): Klärung durch den GKV-Spitzenverband → AOK Baden-Württemberg</p>

2. Aktionsfelder bezüglich der Problemstellungen bei der medizinischen Behandlung im Ausland für Arbeitnehmer, die keinen Grenzgängerstatus haben

Folgende Tabelle enthält die Ergebnisse der Arbeitssitzung vom 13. Mai 2019 zu den Problemstellungen 9-12. Darüber hinaus wurden zwei zusätzliche Problemstellungen besprochen, die am Ende der Tabelle aufgeführt werden.

Problemstellung Nr. 9: Durchgehende Versorgung nach Verlust des Grenzgängerstatus	
Diskussionspunkte	<ul style="list-style-type: none"> – Es handelt sich um eine Frage der Fortdauer der Behandlung, aber auch oft um eine Frage der Sprachkenntnisse, für deutsche Staatsangehörige, die sich für einen Wohnsitz in Frankreich entschieden haben. Es sei daran erinnert, dass das Sprachkriterium nicht als Kriterium für die Ausgabe des S2 anerkannt wird. In der Praxis konnten auf französischer Seite S2-Formulare in der Vergangenheit aus sprachlichen Gründen ausgestellt werden, insbesondere für die Behandlungen, bei der die Sprache eine besonders wichtige Rolle spielt, selbst wenn diese nach französischem Recht nicht einer Vorabgenehmigung unterliegt (z. B. Psychiatrie). Auf französischer Seite ist die Ausgabe von S2s mittlerweile viel restriktiver: S2s werden ausschließlich für Behandlungen mit Vorabgenehmigung ausgestellt (Krankenhausbehandlung mit Übernachtung; schwere und kostspielige Behandlungen, die im Erlass von 2014 über Vorabgenehmigungen aufgeführt sind). – Eine Person, die den Grenzgängerstatus verloren hat und in Deutschland weiterhin behandelt werden möchte, kann ein S2 beantragen, wenn die betreffende Behandlung Vorabgenehmigung erfordert (z. B.

	<p>Krebsbehandlung). Obwohl die Fortführung der Behandlung kein Kriterium für die Bereitstellung eines S2 ist, wird in der Praxis in der Regel ein S2 bereitgestellt. Es ist allerdings wichtig, dass die Person die Krankheit klar spezifiziert und ihren Fall ausführlich mit einem Begleitschreiben zum Antrag auf Vorabgenehmigung darlegt. Im Allgemeinen fehlen Informationen zu den folgenden Punkten: Notwendigkeit, ein S2 ausgestellt zu bekommen, Notwendigkeit, den Fall zu erläutern, um das S2 zu erhalten; Frage, an wen das S2 gerichtet werden sollte, sobald es ausgestellt wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auf deutscher Seite hängt die Zuteilung des S2 von den verschiedenen Kassen ab und ist flexibler. Insbesondere ist sie nicht auf die nach deutschem Recht auf vorabgenehmigungspflichtige Behandlungen beschränkt. - Diskussionen über die im Bericht genannten Aktionsfelder (unter Berücksichtigung der Fortführung der Behandlung als Kriterium für die Ausstellung eines S2; Ausweitung der Vergabekriterien des S3): <ul style="list-style-type: none"> o Da sich die Frage hauptsächlich auf französischer Seite stellt (restriktives Vorgehen bei der Ausstellung von Genehmigungen), kann es sinnvoller sein, französische Vorschriften zu ändern als europäische Vorschriften. o Für den CNAM ist es nicht wünschenswert, die Fortführung der Behandlung zu einem Kriterium für die Ausstellung eines S2 zu machen. Dies war in der Vergangenheit der Fall und hat zum Missbrauch des S2 geführt. S2 können aus Gründen der Kontinuität der Behandlung je nach individueller Situation gewährt werden, es ist jedoch nicht beabsichtigt, dies zu einem allgemeinen Grundsatz zu machen. o Das Formular S3 widmet sich der Frage der Fortführung der Behandlung, ist aber derzeit auf Rentner beschränkt, die zuvor den Status eines Grenzgängers hatten (vgl. Art. 28 der Verordnung 883-2004). Eine geeignetere Lösung wäre die Ausweitung der Bedingungen für die Zuteilung des S3 auf europäischer Ebene (Änderung der Verordnung). o Die AOK weist darauf hin, dass dies für die Schweiz aufgrund von Tarifunterschieden problematisch sein könnte. Für Menschen, die ihre Behandlung in der Schweiz fortsetzen wollen, stellt die AOK derzeit nur auf ein Jahr begrenzte S2 für Krebsbehandlungen (Protonentherapie) aus. o <i>Schriftliche Anmerkung der DVKA: Eine Erweiterung der Bedingungen für die Gewährungen des S3-Formulars wäre nur durch eine Änderung der Verordnung möglich.</i>
Aktionsfelder	Änderung der Verordnung zur Erweiterung der Bedingungen für die Erteilung des S3-Formulars, das derzeit Grenzgängern vorbehalten ist, die in Rente gehen oder behindert sind.
Lösungsansatz	<p>Weiterleitung des Vorschlags über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Europäische Plattform (Border Focal Point) → Eurodistrikt PAMINA - Deutsch-französische parlamentarische Versammlung → EVTZ Eurodistrikt PAMINA / CEC - Französisches Gesundheitsministerium → CNAM - DVKA → AOK

Problemstellung Nr.10: Tarifwahl für die Notfallversorgung im Ausland

Diskussionspunkte

1) Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC):

- Auf französischer Seite herrscht ein Informationsmangel bei den Versicherten:
 - o Die EHIC wird als „Ferienkarte“ präsentiert, obwohl die Bevölkerung in Grenzregionen sie im Alltag benötigen könnte.
 - o Grenzgänger sind sich nicht immer darüber im Klaren, dass die EHIC von der Kasse im Land der Berufstätigkeit ausgestellt wird. Im Falle eines Wechsels des Tätigkeitslandes wird oftmals vergessen, eine neue Karte zu beantragen
- Auf französischer Seite ist es aus Kostengründen nicht vorgesehen, die EHIC auf den Rücken der Versichertenkarte zu drucken, insbesondere da zudem innerhalb von 10 Jahren eine komplette Dematerialisierung vorgesehen ist. Die Dematerialisierungstestphase der Carte Vitale (ohne EHIC) beginnt am 1. Januar 2021. Es wird klargestellt, dass spezifische Maßnahmen für Zielgruppen ergriffen werden, die nicht unbedingt über ein Smartphone verfügen (insbesondere ältere Menschen): Begleitmaßnahmen, Ausstellung einer Versichertenkarte usw.
- In Frankreich ist die Laufzeit der EHIC derzeit auf 2 Jahre begrenzt. Im Prinzip wäre eine Verlängerung möglich, ebenso wie Erinnerungsnachrichten an die Versicherungsnehmer.
- Wenn der Patient seine EHIC nicht bei sich hat, muss er zwar die Vorauszahlung leisten, kann sich aber rückwirkend (innerhalb einer Woche) eine provisorische Ersatzbescheinigung (PRC) besorgen und diese an den Arzt schicken, der dann die Kosten dem Patienten erstatten muss (wenn die Vorauszahlung in dem betreffenden Land nicht vorgesehen ist).
- Die Einführung des EESSI am 1. Juli 2019 (die gegebenenfalls verschoben wird) wird die Übermittlung von Informationen zwischen den Krankenkassen erleichtern, insbesondere in Bezug auf das EHIC Provisional Replacement Certificate (PRC).
- In Deutschland wird die EHIC von Praxen oft abgelehnt (auch in Notfällen). Das Problem wurde bereits in der französisch-deutsch-schweizerischen Regierungskommission angesprochen. Das Problem der Privatabrechnung bleibt bestehen - auch wenn Ärzte in Deutschland grundsätzlich verpflichtet sind, die EHIC zu akzeptieren und die gesetzlichen Tarife anzuwenden.

2) Wahl der Erstattungsgrundlage im Falle der Nichtnutzung der EHIC:

- Auf französischer Seite hat sich der Hinweis auf dem Formular S 3125 geändert und besagt nun, dass, wenn der Patient keine Wahl bezüglich der Erstattungsgrundlage trifft, standardmäßig diejenige des Landes der Behandlung gilt.
- Weder die Kontaktstellen noch das ZEV sind in der Lage, die Patienten über die Wahl des für den Patienten günstigsten Preises zu informieren, da sie die angewandten Tarife, insbesondere auf deutscher Seite, nicht kennen. Das ZEV sagt, dass die einzige zuverlässige Information, die sie geben können, darin besteht, dass die Erstattung viel schneller erfolgen wird, wenn der Patient die französische Basis wählt. Die Informationen über die in den einzelnen Ländern angewandten Tarife sollten verbessert werden. Es wird auch darauf hingewiesen, dass bei der Übermittlung von Preisanfragen an Drittländer über das Formular E 126 die Antwortzeiten je nach Land teilweise sehr lang sind.
- Die auf der deutschen Seite gültigen Preise sind im „Einheitlichen

	<p>Bewertungsmaßstab“ (EBM) verfügbar. Diese Informationen sind jedoch für den Durchschnittsbürger nicht leicht verständlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In den meisten Fällen hat die Wahl einer bestimmten Erstattungsgrundlage keinen wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Erstattung, mit einer Ausnahme: der Beförderung (insbesondere Hubschrauberbeförderung, viele Fälle betreffend Österreich). Auf französischer Seite ist die Erstattung der Nottransportkosten pauschal (z.B. 200 € für den Hubschraubertransport) und liegt deutlich unter den dem Versicherten in Rechnung gestellten Kosten). Das Thema wird derzeit bei der CNAM diskutiert.
Aktionsfelder & Lösungsansatz	<p><u>Bezüglich Punkt 1)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bessere Information der französischen Versicherungsnehmer im Grenzgebiet über die EHIC → CPAM 67 und CPAM 68. <ul style="list-style-type: none"> o Sensibilisierung für die Bedeutung der EHIC, indem diese eher als „Mobilitätskarte“ promotet wird. o Information über den Gültigkeitszeitraum und die Notwendigkeit, ihn gegebenenfalls zu verlängern. - Erhöhung der Gültigkeitsdauer der EHIC für französische Versicherte → Die Vertreterin der CNAM hat diesen Wunsch intern übermittelt. - Die Mediziner auf deutscher Seite daran erinnern, dass sie in einer Notsituation die gesetzlichen Tarife zu erheben und die EHIC akzeptieren zu haben. → TRISAN wendet sich an die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. <p><u>Bezüglich Punkt 2)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Was die Informationen über die in den einzelnen Ländern angewandten Tarife betrifft, so wäre es wünschenswert, die Kommunikation zwischen den nationalen Kontaktstellen (NKS) zu verbessern. <ul style="list-style-type: none"> o Europäische Plattform (Border Focal Point) → EVTZ Eurodistrikt PAMINA o <i>European Social Insurance Platform</i> (ESIP) → CNAM
Problemstellung Nr. 11: Geplante Behandlungen im Ausland	
Diskussionspunkte	<p>1) Sprache / Übersetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> - In Frankreich: CLEISS hat einen Übersetzungsdienst, der kostenlos für die Versicherten der CNAMTS übersetzt. Die MSA kann diesen Service nutzen, aber er wird berechnet (und sie stellt dies dem Versicherten nicht in Rechnung). - Kaufmännische Krankenkasse (KKH): Bei Bedarf müssen die Versicherten die Übersetzungskosten von einem externen Büro übernehmen. Die Kosten bleiben moderat, da es sich nicht um eine beglaubigte Übersetzung handelt. - AOK: keine Übersetzung erforderlich für Erstattungen innerhalb der EU, ggf. Nutzung eines von der AOK bezahlten externen Übersetzungsbüros. - Schriftliche Anmerkung der DVKA: Nach Art. 76 Abs. 7 VO (EG) 883/04 dürfen Behörden, Träger und Gerichte eines Mitgliedsstaates bei ihnen eingereichte Anträge oder sonstige Schriftstücke nicht deshalb zurückweisen, weil sie in einer Amtssprache eines anderen Mitgliedsstaats abgefasst sind. <p>2) Preisgestaltung / unterschiedliche Kodifizierung zwischen Frankreich und Deutschland / Erläuterungen für den erstattungsberechtigten Patienten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Bereich der praktizierenden Ärzte gibt es große Unterschiede in der

	<p>Abrechnung zwischen Deutschland (sehr detaillierte Rechnungen, aufgeschlüsselt nach medizinischen Verfahren) und Frankreich (Abrechnung nach Konsultation, mit 4 Hauptkategorien der Abrechnung je nach Komplexität).</p> <ul style="list-style-type: none"> - In Frankreich: Die Kodifizierungen von Behandlungen sind auf Ameli.fr verfügbar, wobei der Zweck der Kodifizierung auch der Schutz der medizinischen Vertraulichkeit ist. Die Informationen sind jedoch nicht leicht zugänglich. Außerdem ist es schwierig, die Tarife im Voraus zu kennen, da der Status des Arztes (Tarifsektoren 1, 2 oder 3; OPTAM-Mitglied oder nicht....) nicht bekannt ist. Die auf der deutschen Seite gültigen Preise sind im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) ersichtlich. Diese Informationen sind jedoch für den Durchschnittsbürger nicht leicht verständlich. - In Deutschland: Das Hauptproblem bleibt die private Abrechnung, die 3,5-fach über dem gesetzlichen Satz liegt. - Im Rahmen von Erstattungsansprüchen für Behandlungen im Ausland berechnen die deutschen Krankenkassen den Versicherten Verwaltungskosten (bis zu 7,5% der Kosten), was der freien Mobilität der Patienten entgegensteht. - Auf europäischer Ebene wird nach Angaben der CNAM an der Transparenz der in den verschiedenen Ländern verwendeten Kodifizierungen gearbeitet (bessere Kenntnis der Kodifizierung in den verschiedenen Ländern, Harmonisierung der Definitionen, Definition von Äquivalenzen usw.). <p>3) Fehlen eines Kästchens „geplante ambulante Behandlung“ im Formular S 3125</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wird ausgeführt, dass man in der französischen Terminologie in solchen Fällen von „ambulanter Behandlung“ spricht (nicht von „geplanter ambulanter Behandlung“). - Das Formular wird derzeit von der CNAM überarbeitet. <p>4) Bearbeitungszeiten für Anträge auf Vorabgenehmigung</p> <ul style="list-style-type: none"> - AOK & KKH: Die Fristen für Vorabgenehmigungen sind die gleichen wie für die Verarbeitung in Deutschland, wobei die Nichtbeantwortung einer Genehmigung gleichkommt. - Schriftliche Anmerkung der DVKA: Es handelt sich hier um die Auslegung des nationalen Rechts. Eine Empfehlung seitens der DVKA ist daher nicht möglich. Für diese Fragen ist der GKV-Spitzenverband, Abteilung Gesundheit, Referat Leistungsrecht, Reha, Selbsthilfe zuständig. <p>5) Unterschiedliche Definitionen der stationären Behandlung in Frankreich und Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Unterschied ergibt sich wahrscheinlich aus der historischen Unterscheidung in Deutschland zwischen Krankenhäusern und Ärzten, die über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) organisiert sind.
Aktionsfelder & Lösungsansatz	<p>1) Sprache / Übersetzung Die DVKA bitten, eine Handlungsempfehlung abzugeben, um zu vermeiden, dass die Übersetzungskosten den Versicherten in Rechnung gestellt werden → AOK</p> <p>2) Preisgestaltung / unterschiedliche Kodifizierung zwischen Frankreich und Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hervorhebung der bereits begonnenen Arbeiten zur Transparenz der

	<p>Kodifizierungen und Vertiefung dieser Arbeiten → Kassen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es wäre sinnvoll, den Patienten grundlegende und leicht zugängliche Informationen über die Tarife in beiden Ländern zur Verfügung zu stellen → Kassen - Die Frage der privaten Rechnungsstellung in Deutschland an die deutsch-französische Parlamentariergruppe weiterleiten → Eurodistrikt PAMINA /ZEV - Bitte an die DVKA, eine Empfehlung zur Abschaffung der von deutschen Kassen erhobenen Verwaltungsgebühren für Erstattungsanträge für Behandlungen im Ausland abzugeben, die im Widerspruch zu der Richtlinie zu stehen scheinen. → AOK <p>3) Formular wird überarbeitet</p> <p>4) Bearbeitungszeiten für Anträge auf Vorabgenehmigung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den GKV-Spitzenverband bitten, eine Empfehlung an alle Kassen abzugeben, um das Problem der Fristen klarzustellen → AOK - Auf deutscher Seite besser über die Frage der Fristen informieren → AOK, KKH <p>5) Unterschiedliche Definitionen der stationären Behandlung in Frankreich und Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auf deutscher Seite ist intern zu prüfen, welche Arten von Krankenhausbehandlung einer Vorabgenehmigung unterliegen. Gilt dies z.B. für „teilstationäre Behandlungen“? → AOK, KKH - Deutsch-französische parlamentarische Versammlung bitten, die Definition der Krankenhausbehandlungen zu erörtern, die in beiden Ländern einer Vorabgenehmigung unterliegen → EVTZ Eurodistrikt PAMINA / ZEV
Problemstellung Nr. 12: Kostenübernahme, falls der Notfall einen Grenzübertritt zur Behandlung erfordert	
Diskussionspunkte	<p>1) Krankenhausbehandlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es geht nicht nur um die Zeit, die für die Erteilung von Genehmigungen benötigt wird: Patienten wissen oft nicht, dass eine Vorabgenehmigung erforderlich ist. Verschreibende Ärzte selbst wissen das nicht immer. - Wenn ein französischer Versicherter ohne Vorabgenehmigung zur Notfallversorgung nach Deutschland geht und dann einen Antrag auf Kostenübernahme stellt, gewährt der medizinische Dienst in der Regel den S2 retrospektiv. Bei der AOK ist es auch möglich, bei Bedarf eine rückwirkende Validierung zu erhalten. Nichtsdestotrotz: <ul style="list-style-type: none"> o Die französische Seite weist auf ein Problem bei der Ausbildung von Mitarbeitern hin: Wenn eine Person anruft, um ein S2 zu beantragen, während sie noch im Krankenhaus ist oder bereits entlassen wurde, haben die Mitarbeiter die Tendenz zu antworten, dass das S2 nicht ausgestellt werden kann, weil es für geplante Behandlungen vorgesehen ist und sich die Person bereits im Krankenhaus befindet. o Um die Kostenübernahme zu ermöglichen, ist es notwendig, dass der Kontext der Situation in einem Schreiben des Versicherten und/oder in der Anordnung des verschreibenden Arztes klar und vollständig erläutert wird. Allerdings sind sich nur wenige Ärzte dieser Notwendigkeit bewusst. Die Praktiker im Grenzgebiet müssen besser informiert werden (z. B. durch die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer), wie sie in

	<p>solchen Fällen administrativ handeln sollen.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Die Kostenübernahme ist daher nur von Fall zu Fall möglich, sie kann allerdings nicht zu einem allgemeinen Prinzip gemacht werden, da missbräuchliches Verhalten möglich wäre (verbunden mit unterschiedlichen Interpretationen dessen, was „ein Notfall“ ist oder nicht). <p>– Die CNAM geht davon aus, dass sich die Situation mit der Implementierung des EESI verbessern wird:</p> <ul style="list-style-type: none">○ Das EESSI wird das Verfahren zur Ausstellung des S2 beschleunigen (die maximale Bearbeitungszeit beträgt 2 Wochen).○ Dank des EESSI kann der zuständige Träger des Behandlungslands das S2-Formular umgehend beim zuständigen Träger des Versicherungslandes anfordern. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass Gesundheitsdienstleister nicht im EESSI integriert sind. Daher ist es erforderlich, dass der Leistungserbringer sich zunächst an den zuständigen Träger des Behandlungslandes wendet. <p>– Möglichkeit des Abschlusses spezifischer binationaler Abkommen zur Erleichterung des Zugangs zur Behandlung?</p> <ul style="list-style-type: none">○ Die AOK kann Vereinbarungen treffen. Es besteht eine Vereinbarung, z.B. mit dem Kinderspital Basel.○ Die CPAM kann im Rahmen der Rahmenvereinbarung Verträge abschließen. Es wurde versucht, eine Vereinbarung zwischen dem Kinderspital Basel und der Clinique des 3 Frontières zu treffen, was jedoch nicht gelang. Es gibt jedoch ein standardisiertes Verfahren: Wenn ein Neugeborenes in Basel betreut wird, wird der medizinische Dienst der CPAM informiert und automatisch ein S2 ausgestellt. <p>2) Ärztliche Behandlungen</p> <ul style="list-style-type: none">– Kontext des Ärztemangels in ländlichen Gebieten, der in der Regel in Grenzregionen sehr ausgeprägt ist.– Es ist möglich, einen in Deutschland niedergelassenen Arzt als „behandelnden Arzt“ im Sinne der französischen Vorschriften zu bezeichnen. Der im Ausland niedergelassene Arzt hat keine ADELI-Nummer⁷, aber es kann eine fiktive Nummer vergeben werden. Um als Hausarzt anerkannt zu werden, muss der Arzt jedoch der medizinischen Vereinbarung beitreten. Die medizinische Vereinbarung existiert jedoch nur auf Französisch, sodass derartige Prozeduren oftmals nicht weiterverfolgt werden.– Die Frage der Sprache könnte berücksichtigt werden, um in einem solchen Fall ein S2 auszustellen.<ul style="list-style-type: none">○ Aus Sicht der CPAM sind in Frankreich lebende Deutsche oft aus wirtschaftlichen Gründen dort angesiedelt. Infolgedessen wird das Problem nicht als Priorität angesehen.○ Für die AOK: S2 werden von Fall zu Fall ausgestellt. Es handelt sich um eine individuelle Entscheidung, bei der alle situationsabhängigen Elemente (einschließlich Sprache, aber auch andere Kriterien wie Familiengründe) berücksichtigt werden.
--	--

⁷ ADELI ist das nationale Verzeichnis der Fachkräfte im Gesundheitsbereich. Alle angestellten und selbständigen Ärzte erhalten eine ADELI-Nummer, welche ihnen als Referenznummer dient und auf dem Äquivalent ihres Heilberufsausweises (HBA) aufgeführt ist.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Siehe auch die Diskussionen in Problemstellung 9. - Innerhalb der CPAM gibt es einen Mediator auf Ebene des Départements, der Versicherten weiterhilft, die keinen Arzt gefunden haben. Allerdings ist das System möglicherweise nicht ausreichend bekannt, auch wenn die Bearbeitungsfristen relativ kurz sind.
Aktionsfelder & Lösungsansatz	<p>1) Krankenhausbehandlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Versicherungsnehmer und verordnenden Ärzte (besser) über die Notwendigkeit eines S2 sowie der präzisen Darstellung des Kontexts informieren, um die Kostenübernahme zu begründen. Für verordnende Ärzte könnten Informationsmaßnahmen an medizinischen Fakultäten in Betracht gezogen werden → Kassen - Bessere Schulung der Mitarbeiter der Krankenkassen hinsichtlich nachträglicher S2-Anfragen → CPAM - Bei Bedarf spezifische Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Gesundheitseinrichtungen abschließen → Kassen <p>2) Ärztliche Behandlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information der französischen Versicherungsnehmer über die Existenz des Mediators → CPAM
Zusätzliche Problemstellung Nr. 1: Kostenübernahme für die Notfallversorgung	
Beschreibung <i>(Problemstellung nicht im Bericht aufgeführt)</i>	<p>Probleme bei der Kostenübernahme für französische Versicherte, die in Deutschland einen Unfall haben und...</p> <ul style="list-style-type: none"> • in ein deutsches Krankenhaus eingeliefert werden oder • (per Helikopter) in Kliniken in Basel eingeliefert werden. <p>Die Gesundheitseinrichtungen weigern sich, diese Behandlung zu übernehmen (Ablehnung der EHC), da sie diese als „geplante“ Behandlung einstufen, weil sie das Ergebnis einer Konsultation oder Entscheidung der Notfallzentrale in Deutschland ist. Die Gesundheitseinrichtungen fordern vom Versicherten die direkte Zahlung der Beträge oder ein S2-Formular. Auf Seiten der CPAM kann das Formular S2 nicht ausgestellt werden, da es sich um Notfall-Transfers handelt.</p>
Diskussionspunkte	<ul style="list-style-type: none"> - Es scheint Unterschiede zwischen den Ländern bzgl. der Definition von „Notfallversorgung“ und „geplanten Behandlungen“ zu geben, die möglicherweise mit Unterschieden in der Definition von „Primärversorgung“ und „Sekundärversorgung“ zusammenhängen. - In Bezug auf den beschriebenen Fall hat die Schweizerische Krankenversicherung (LAMal) eine pragmatische Lösung für diese Art von Fällen zwischen der Schweiz, Österreich und Deutschland gefunden.
Aktionsfelder & Lösungsansätze	<p>Ersuchen an die deutsch-französische parlamentarische Versammlung, die Definitionen von „Notfallversorgung“ und „geplanten Behandlungen“ in beiden Ländern zu erörtern → EVTZ Eurodistrikt PAMINA / ZEV</p>
Zusätzliche Problemstellung Nr. 2: Zeitarbeit	
Beschreibung <i>(Problemstellung</i>	<p>Eine Leiharbeiterin wird von einem französischen Zeitarbeitsunternehmen zu Einsätzen in Deutschland entsandt. Die Zeitarbeitsfirma hat ihren Sitz in</p>

<i>g nicht im Bericht aufgeführt)</i>	Frankreich, aber die Leiharbeiterin zahlt in Deutschland Sozialversicherungsbeiträge. Seit mehreren Monaten führt die Leiharbeiterin im Auftrag dieser französischen Firma ohne Unterbrechung Einsätze in Deutschland durch. Ihre Verträge laufen jedoch nur von Montag bis Freitag. Nach einem privaten Unfall am Wochenende wird der Leiharbeiterin das Krankengeld verweigert. Die deutsche Krankenkasse erklärt, dass sie keine Zuständigkeit hat, da der Vertrag am Freitag endete und der neue Vertrag erst am folgenden Montag begann. Die CPAM weigert sich auch, Krankengeld zu zahlen, weil die Person in Deutschland Sozialversicherungsbeiträge bezahlt hat und am Wochenende nicht als Arbeitsuchende in Frankreich registriert war.
Diskussionspunkte	<ul style="list-style-type: none">- Im beschriebenen Fall ist Frankreich (auch ohne Registrierung bei Pôle emploi) auf der Grundlage des durch die PuMA eingeführten Wohnortkriteriums zuständig.- Nach 19 Abs. 2 SGB V muss die deutsche Krankenversicherung den ehemaligen Versicherten noch einen Monat nach Beendigung seiner beruflichen Tätigkeit absichern, wenn er nicht über die Familienversicherung versichert werden kann. Französische Zeitarbeitsverträge bieten auch eine Wochenendabdeckung, wenn der Vertrag am Freitag endet.- Auf jeden Fall sollten Personen in dieser Situation bei Pôle emploi registriert bleiben, um Probleme zu vermeiden.
Aktionsfelder	Entwicklung von Diskussionsforen zwischen allen relevanten Akteuren

Anhang

1. Einrichtungen, die Problemstellungen gemeldet haben

Nr. der Problemstellung	Thema	Einrichtung, welche die Problemstellung gemeldet hat
Problemstellungen bzgl. Grenzgänger		
1	Erfordernis für Grenzgänger, vollständige Anträge auf Krankenversicherung sowohl in ihrem Wohnsitzland als auch im Beschäftigungsland zu stellen	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
2	Problem der Zuordnung von Kindern im Falle einer Scheidung oder Trennung der Eltern	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
3	Weigerung das S1-Formular für Familienangehörige des Grenzgängers auszustellen	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
4	Verlust der französischen Krankenversicherung im Zusammenhang mit einem Wohnortwechsel (ins Ausland) im Rahmen der Elternzeit	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
5	Gesundheitliche Versorgung im Wohnsitzland für in Deutschland privatversicherte Personen	INFOBEST PAMINA
6	Krankmeldung im grenzüberschreitenden Kontext	INFOBEST Kehl/Strasbourg
7	Zahlung von Sozialversicherungsbeiträgen im Nachbarland	INFOBEST Palmrain INFOBEST Kehl/Strasbourg
8	Mangelnde Informationen für Grenzgänger mit Wohnsitz in Frankreich, die bereits eine französische Rente erhalten	INFOBEST Vogelgrun/Breisach
Problemstellungen bezüglich Gesundheitsleistungen im Ausland von Personen, die keinen Grenzgänger-Status besitzen		
9	Durchgehende Versorgung nach Verlust des Grenzgängerstatus	INFOBEST Kehl/Strasbourg
10	Tarifwahl für die Notfallversorgung im Ausland	Centre Européen de la Consommation TRISAN
11	Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Erstattung geplanter Behandlungen im Ausland	Centre Européen de la Consommation
12	Patientenversorgung, wenn der medizinische Notfall es erfordert, dass der Patient zur Behandlung die Grenze überschreitet	Centre Européen de la Consommation INFOBEST Vogelgrun/Breisach

2. Quellen

2.1 Rechtsquellen auf europäischer Ebene

Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit

Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (1)

Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

2.2 Andere Rechtsquellen

Rahmenabkommen zwischen der Regierung der Bundesrepublik Deutschland und der Regierung der Französischen Republik über die grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich vom 9. März 2006

Article R160-2 du Code de la sécurité sociale fixant les conditions de la procédure d'autorisation préalable

Arrêté du 27 mai 2014 établissant la liste des soins hors de France nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements médicaux hautement spécialisés et coûteux

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ; § 5, § 7, § 13, § 39, § 50, § 226, § 229

2.3 Internetseite des Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)

Cleiss : « Formulaire S1 - Inscription en vue de bénéficiaire de prestations de l'assurance maladie » (<https://www.cleiss.fr/reglements/s1.html>)

Cleiss : « Formulaire S3 - Soins médicaux destinés à un ancien travailleur frontalier dans l'ancien État d'activité » (<https://www.cleiss.fr/reglements/s3.html>)

Cleiss : « Informations concernant le formulaire S1 et son utilisation » (https://www.cleiss.fr/reglements/S1_infos.pdf)

Cleiss : « Informations concernant le formulaire S3 et son utilisation » (https://www.cleiss.fr/reglements/S3_infos.pdf)

2.4 Internetseite des INFOBEST-Netzwerks

INFOBEST : « Prise en charge des soins des ayants droit des travailleurs frontaliers » (<https://www.infobest.eu/fr/themes/article/securite-sociale/prise-en-charge-des-soins-des-ayants-droit-des-travailleurs-frontaliers/>)

INFOBEST : « Sécurité sociale – Introduction » (<https://www.infobest.eu/fr/themes/article/securite-sociale/introduction/>)

INFOBEST : « Sécurité sociale en cas d'exercice simultané d'une activité professionnelle dans plusieurs États »

(https://www.infobest.eu/fileadmin/data/Publikationen/Sozialversicherung/Merkblatt_Sozialversicherung_Mehrfachbesch%C3%A4ftigung_2016_F.pdf)

INFOBEST : « Sozialversicherungspflicht bei gleichzeitiger Erwerbstätigkeit in mehreren Staaten »

(https://www.infobest.eu/fileadmin/data/Publikationen/Sozialversicherung/Merkblatt_Sozialversicherung_Mehrfachbesch%C3%A4ftigung_2016_D.pdf)

2.5 Andere Internetseiten

Droit-finances : « Sécurité sociale : les ayants droit de l'assuré » (<https://droit-finances.commentcamarche.com/contents/1257-securite-sociale-les-ayants-droit-de-l-assure>)

Krankenkassenzentrale.de: „Elternzeit: Alle Fakten zur Krankenversicherung für Eltern“ (<https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/elternzeit>)

[Französische](#) und [deutsche](#) Internetseite des Zentrums für europäischen Verbraucherschutz mit Informationen bezüglich grenzüberschreitender Gesundheitsleistungen

2.6 Andere Dokumente

Compte-rendu de la réunion organisée par le CEC le 17.10.2017 sur les questions relatives à la prise en charge des soins transfrontaliers

3. Teilnehmendenliste des Workshops vom 26.02.2019

Name	Vorname	Einrichtung
Allgeyer	Pascale	INFOBEST PAMINA
Baldenweck	Sylvie	CNFE
Boitel	Aurélie	EVTZ Eurodistrikt PAMINA
Carré	Delphine	INFOBEST Vogelgrun-Breisach
Davenne	Anne	KKH Servicezentrum Baden-Württemberg
Dussap	Anne	Euro-Institut / TRISAN
Faust	Hans-Jürgen	Deutsche Rentenversicherung Knappschaft Bahn See
Fuhr	Anette	INFOBEST Vogelgrun-Breisach
Füssel	Sven	TK Rheinland-Pfalz
Giesinger	Carola	AOK Baden-Württemberg
Harster	Patrice	EVTZ Eurodistrikt PAMINA
Ibach	Bernhard	AOK Baden-Württemberg - BD Mittlerer Oberrhein
Jäger	Christian	AOK Baden-Württemberg
Kleinert	Christian	Euro-Institut / TRISAN
Kurtz	Julien	INFOBEST Palmrain
Léopold	Nicole	CPAM Bas-Rhin
Loewenkamp	Denise	INFOBEST PAMINA
Meyer	Agnès	CPAM Haut-Rhin
Pradier	Eddie	Euro-Institut / TRISAN
Reibel	Marc	MSA Alsace
Schlosser	Audrey	INFOBEST Kehl-Strasbourg
Schmitz	Antoine	URSSAF Alsace
Siebenhaar	Frédéric	EVTZ Eurodistrikt PAMINA
Tiriou	Christian	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz

4. Teilnehmendenliste des Workshops vom 13.05.2019

Name	Vorname	Einrichtung
Allgeyer	Pascale	INFOBEST PAMINA
Baldenweck	Sylvie	CNFE
Batoul Diop	Véronique	CNAM
Boitel	Aurélie	EVTZ Eurodistrikt PAMINA
Carré	Déiphine	INFOBEST Vogelgrun-Breisach
Cipriani	Joseph	CPAM Moselle
Davenne	Anne	KKH Servicezentrum Baden-Württemberg
Dussap	Anne	Euro-Institut / TRISAN
Fuhr	Anette	INFOBEST Vogelgrun-Breisach
Harster	Patrice	EVTZ Eurodistrikt PAMINA
Jäger	Christian	AOK Baden-Württemberg
Kleinert	Christian	Euro-Institut / TRISAN
Kurtz	Julien	INFOBEST Palmrain
Léopold	Nicole	CPAM Bas-Rhin
Loewenkamp	Denise	INFOBEST PAMINA
Mérigeau	Martine	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz
Meyer	Agnès	CPAM Haut-Rhin
Meyer	Justine	Région Grand Est (stagiaire)
Parthon	Isabel	INFOBEST Kehl-Strasbourg
Pradier	Eddie	Euro-Institut / TRISAN
Reibel	Marc	MSA Alsace
Schlosser	Audrey	INFOBEST Kehl-Strasbourg
Schmidt	Simon	CPAM Moselle
Siebenhaar	Frédéric	EVTZ Eurodistrikt PAMINA
Tiriou	Christian	Zentrum für Europäischen Verbraucherschutz

Druck: Conseil Départemental du Bas-Rhin

