



November 2011

Informationen für Leistungserbringer

Im Falle einer Kassenschließung: Vergütungsansprüche sind gesichert

Die „amtliche“ Entscheidung, ob eine Kasse geschlossen wird, erfolgt durch die jeweilige Aufsicht dieser Kasse, meist ist dies das Bundesversicherungsamt (BVA). Im Falle der BKK für Heilberufe hat das BVA einen Schließungsbescheid erlassen und den Schließungszeitpunkt auf den 31.12.2011 festgesetzt.

Im Falle einer Kassenschließung gilt: Bis zum letzten Tag wird diese Kasse für ihre Verpflichtungen einstehen. Danach werden die Rechnungen für erbrachte medizinische Leistungen der dann bereits geschlossenen Kasse vergütet – dafür steht die Gemeinschaft aller Betriebskrankenkassen ein. Dies ist rechtlich verbindlich und detailliert im Sozialgesetzbuch V (SGB) geregelt.

Im Unterschied zum Insolvenzverfahren in der Privatwirtschaft regeln eine Reihe von Schutzvorschriften im SGB V, dass die Vergütungsansprüche von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Krankengymnasten, Heilmittelerbringern und sonstigen Leistungserbringern sowie die Rechte der Versicherten sichergestellt sind.

Bei Schließung einer Kasse bilden die anderen Krankenkassen Haftungsverbände, um die bestehenden Ansprüche aufzufangen. In der ersten Stufe tragen die übrigen Kassen der jeweiligen Kassenart die finanziellen Folgen. Wenn dies die betroffene Krankenkassenart überfordern würde, springen in der zweiten Stufe alle übrigen gesetzlichen Kassen mit ein. Somit sind die rechtlichen Voraussetzungen gegeben, die vertragsgemäße Versorgung gesetzlich versicherter Patienten weiterzuführen.

Auch für die Patientinnen und Patienten ändert sich wenig. Falls eine Krankenkasse ihren Betrieb nicht weiterführt, informiert sie per Anschreiben umgehend ihre Versicherten. Pflichtversicherte werden aufgefordert, innerhalb von zwei Wochen nach der Schließung am 31.12.2011 eine neue Krankenkasse zu wählen, damit ein durchgehender Versicherungsschutz gewährleistet ist, freiwillig Versicherte haben drei Monate Zeit zum Kassenwechsel. Es ist auf jeden Fall sinnvoll, sich so schnell wie möglich



eine neue Krankenkasse zu suchen. Mit der Wahl einer neuen Krankenkasse für sich und seine mitversicherten Familienangehörigen wird zugleich auch eine neue Pflegekasse gewählt.

Das bedeutet, dass Ärzte, Kliniken und andere Leistungserbringer die Versicherten weiterhin vertragsgemäß versorgen, denn selbst wenn die Abrechnung der erbrachten Leistung erst nach dem Schließungszeitpunkt erfolgen kann, ist eine korrekte Abwicklung gewährleistet. Die Details dafür sind wie bei jedem anderen Krankenkassenwechsel geregelt: Hier gilt der (auch durch entsprechende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts klargestellte) **Grundsatz, dass die Vergütung einer medizinischen Leistung von derjenigen Kasse erfolgt, in der ein Patient zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert ist.**

Die BKK für Heilberufe wird ihre individuellen Vertragspartner (ebenso wie ihre Versicherten) informieren. Die nachfolgend aufgeführten **Fragen und Antworten** können sicherlich nicht alle Konstellationen abbilden, dienen jedoch der grundsätzlichen Orientierung und allgemeinen unverbindlichen Information; sie stellen keine Rechtsberatung dar. Die Fragen und Antworten haben wir mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengestellt, können jedoch für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Inhalte keinerlei Haftung übernehmen. Für individuelle Informationen unter Berücksichtigung des konkreten Einzelfalls bitten wir Sie, direkt mit der BKK für Heilberufe Kontakt aufzunehmen.

Ab dem 07.11.2011 geben von montags bis donnerstags von 9:00 bis 16:00 Uhr und freitags von 9:00 bis 14:00 Uhr BKK Gesprächspartner unter der Servicenummer 0800 25 55 555 allgemeine Auskünfte zu Fragen rund um die Leistungserbringung im Zusammenhang mit der Kassenschließung. Bitte beachten Sie jedoch, dass Fragen zu konkreten Anträgen oder Leistungsentscheidungen von Einzelfällen hier nicht beantwortet werden können.



Fragen und Antworten

1. Wohin sind Rechnungen zu übersenden, die sich auf erbrachte Leistungen bis zum 31.12.2011 beziehen, aber erst ab Januar ausgestellt werden können bzw. erst ab Januar bei der BKK für Heilberufe eingehen?

In solchen Fällen ist die Rechnung auf jeden Fall an die BKK für Heilberufe zu senden. Sie existiert für die Abwicklung der Geschäfte als „BKK für Heilberufe in Abwicklung“ weiter und wird nach Rechnungsprüfung die Überweisung veranlassen.

Beispiel:

Nach einem von der BKK für Heilberufe genehmigten Leistungsantrag (Heil- und Kostenplan für Zahnersatz) endet die Behandlung mit der Eingliederung des Zahnersatzes am 30.12.2011. Die Rechnungen (Zahntechniker/Zahnarzt) werden zwar erst nach dem 31.12.11 an die BKK für Heilberufe gesandt, aber noch von dieser vergütet, da die Eingliederung noch zum Zeitpunkt des Bestehens der BKK für Heilberufe erfolgte.

2. Was passiert, wenn eine Behandlung vor dem Schließungszeitpunkt begann, allerdings nach Schließung noch nicht abgeschlossen ist?

Wenn die BKK für Heilberufe einen Leistungsantrag genehmigt hat, wie beispielweise den Heil- und Kostenplan für Zahnersatz, die Behandlung jedoch erst nach dem 31.12.2011 abgeschlossen wird, erfolgt die Vergütung von derjenigen Kasse, bei der der Patient zum Zeitpunkt der Leistungserbringung (hier der Tag der Eingliederung des Zahnersatzes) versichert ist.

Beispiel:

Mitte Dezember 2011 genehmigt die BKK für Heilberufe einen Leistungsantrag auf Erstellung von Zahnersatz. Die Behandlung endet am 12.01.2012 mit der Eingliederung des Zahnersatzes. Die Rechnungen (Zahntechniker/Zahnarzt) gehen an die neu gewählte Krankenkasse.



3. Der Behandlungsfall, beispielsweise ein Krankenhausaufenthalt, begann kurz vor der Schließung und endet erst nach dem Schließungszeitpunkt. Wohin ist die Rechnung zu senden?

Ist der Patient zum Zeitpunkt der Aufnahme im Krankenhaus bei der BKK für Heilberufe versichert, erfolgt die Kostenübernahme von der BKK für Heilberufe (ggf. „BKK für Heilberufe in Abwicklung“) für den Zeitraum, in dem der Versicherte noch bei der BKK für Heilberufe versichert war. Folglich ist auch die Rechnung an die „BKK für Heilberufe in Abwicklung“ zu senden. Diese wird sich dann mit derjenigen Kasse in Verbindung setzen, die der Versicherte gewählt hat, um sich von dort anteilig die Kosten erstatten zu lassen. Sollte der Versicherte versäumt haben der BKK für Heilberufe seine neu gewählte Kasse mitzuteilen, muss er direkt kontaktiert werden.

Auch bei einem Kassenwechsel wegen Schließung sind die gesamten Kosten des Krankenhaufalls (mit allen anfallenden Entgelten) anteilig auf die beteiligten Krankenkassen aufzuteilen. Dies gilt unabhängig davon, ob sich die Kosten aus DRG-Fallpauschalen mit Zusatzentgelten, sonstigen Entgelten, Zuschlägen oder mit leistungsbezogenen Entgelten nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zusammensetzen. Dabei sind (nur) die tatsächlich geleisteten Zuzahlungen, entsprechend ihrer zeitbezogenen Zuordnung bei dem jeweils von der Krankenkasse zu tragenden Anteil, an den Gesamtkosten zu berücksichtigen.

Beispiel:

Die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus ist am 28.12.2011.

Die Entlassung erfolgt am 07.01.2012. Der Patient kann bis spätestens 14.01. seine Kasse wechseln. Er entscheidet sich nach der Krankenhausentlassung für eine neue Kasse.

Eine Zuzahlungspflicht für den Krankenhausaufenthalt besteht vom 28.12.11 - 7.01.2012 (= 11 Tage). Der Patient hat für die 11 Tage Zuzahlung im Krankenhaus geleistet. In diesem Fall werden die Krankenhauskosten anteilig nach den im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen aufgeteilt:



Anteil „BKK für Heilberufe in Abwicklung“ für die Zeit 28. - 31.12.2011 (4/11 der Gesamtkosten abzüglich des Zuzahlungsanteils für 4 Tage), Anteil **der neuen Krankenkasse** für die Zeit 01. - 07.01.2012 (7/11 der Gesamtkosten abzgl. Zuzahlungsanteil für 7 Tage).

4. Es wurden vor der Schließung der Kasse Heilmittel (wie Massagen oder Krankengymnastik) verordnet. Die Behandlungen sind erst nach Kassenschließung beendet. Wohin ist die Rechnung zu senden?

In solchen Fällen erfragen Sie bitte bei dem Versicherten, welche Krankenkasse ab dem 01.01.2012 Leistungsträger ist. Da eine Teilung der Rechnung problemlos möglich ist, sollte eine Abrechnung der bis zum 31.12.2011 erbrachten Leistungen mit der BKK für Heilberufe erfolgen und die von später erbrachten Leistungen mit der neuen Krankenkasse.

Wenn der neue Leistungsträger nicht geklärt werden kann oder noch nicht feststeht, schicken Sie die Rechnungen bitte über das Abrechnungszentrum an die „BKK für Heilberufe in Abwicklung“. Es wird dann geklärt, wer die ab 01.01.2012 zuständige Krankenkasse ist und wer die Rechnung zu bezahlen hat."

5. Der Patient hat ein Hilfsmittel verordnet bekommen. Wo kann es beschafft werden und wer übernimmt die Kosten?

Auch hier gilt der Grundsatz, dass immer diejenige Kasse vergütet, bei der am Tage der Abgabe des Hilfsmittels eine Versicherung besteht.

Patienten, die zum Schließungszeitpunkt eine noch nicht genehmigte Hilfsmittelverordnung von der BKK für Heilberufe haben, sollten vorab ihre neu gewählte Kasse kontaktieren, um dort die Kostenübernahme des verordneten Hilfsmittels zu klären.

Beispiel:

Die Verordnung für ein Hörgerät wird am 13.11. ausgestellt und die Kostenübernahme wird von der BKK für Heilberufe am 12.12.2011 bewilligt. Das Gerät wird am 02.01.2012 vom Hörgeräteakustiker angepasst. In diesem Falle geht die Rechnung an die neu gewählte Kasse.



Kostenübernahmeerklärungen für Hilfsmittelversorgungen, die durch die BKK für Heilberufe erteilt wurden, gelten grundsätzlich auch bei der neu gewählten Kasse. Dies gilt auch, wenn – beispielsweise bei der Anfertigung von orthopädischen Maßschuhen – mehrere Monate zwischen dem Zeitpunkt der Kostenerteilung und der Fertigung liegen. In diesen Fällen sollte der Versicherte die neu gewählte Krankenkasse über die genehmigte Hilfsmittelversorgung informieren, damit eine problemlose Versorgung gewährleistet werden kann.

Dauerverordnungen (Inkontinenz, Stoma z.B.) sind bis zum Schließungstag der BKK für Heilberufe gültig. Die weitere Versorgung ist durch den Versicherten über die Krankenkasse zu klären, die ab 01.01.2012 seine Mitgliedschaft führt. Der Versicherte ist von der BKK für Heilberufe darauf hinzuweisen.

6. Müssen bewilligte Leistungsanträge (z. B. Heil- und Kostenpläne) neu gestellt werden?

Bereits von der BKK für Heilberufe bewilligte Leistungsanträge wie beispielsweise

- Heil- und Kostenpläne für kieferorthopädische Behandlung, Behandlung von Parodontopathien, Kieferbruch und Zahnersatz,
- geprüfte und genehmigte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen,

die vor dem 01.01.2012 nicht mehr erbracht werden können, werden grundsätzlich von der neuen Krankenkasse akzeptiert. Die Rechnungen für diese Leistungen gehen an die Krankenkasse, die der Patient nach Schließung seiner alten Kasse gewählt hat.

Hinweis: In diesen Fällen sollten die Versicherten die neu gewählte Krankenkasse über die genehmigte Versorgung informieren, damit eine problemlose Leistungsgewährung gewährleistet werden kann.

Abweichungen sind bei bestimmten Leistungen denkbar, deren Rechtsgrundlage in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse liegt.



Noch nicht bewilligte Leistungsanträge

Bei der Mitteilung über die Kassenschließung werden alle Versicherten von der Kasse angeschrieben und auch darauf hingewiesen, noch nicht bewilligte Leistungen, die nach dem Schließungszeitpunkt anfallen, von der neuen Kasse genehmigen zu lassen.

Noch nicht bewilligte Heil- und Kostenpläne und Anträge z. B. auf eine Reha-Leistung deren Beginn nach dem Schließungszeitpunkt der Kasse liegt, werden von der „BKK für Heilberufe in Abwicklung“ unverzüglich an die vom Patienten neu gewählte Kasse gesandt.

7. Wann bekommt der Patient nach Krankenkassenwechsel eine neue Krankenversicherten(Chip-)Karte?

Wie bei jedem anderen Krankenkassenwechsel auch, gilt die (Chip-)Karte der alten Krankenkasse bis zum letzten Tag des Bestehens der Kasse. Sobald die Anmeldung bei der neuen Krankenkasse erfolgt ist, wird diese sich um die Auslieferung einer neuen (Chip-)Karte kümmern.

Die Krankenversicherungskarten der BKK für Heilberufe dürfen grundsätzlich ab dem 01.01.2012 nicht mehr akzeptiert werden.

8. Was passiert, wenn ein Patient das Wahlrecht noch nicht ausgeübt hat und in die Praxis kommt?

Wird der Versicherte nach Schließung der Kasse krank und hat er sein Wahlrecht innerhalb der 2-Wochen-Frist noch nicht ausgeübt, kann eine ärztliche Behandlung ausnahmsweise auch ohne Krankenversicherungskarte erfolgen. Allerdings ist in ausschließlich diesen Fällen der Arzt berechtigt, eine private Rechnung auszustellen.

Der Vertragsarzt kann von einem Versicherten eine Vergütung (nur) fordern, wenn die Krankenversicherungskarte (KV-Karte) vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird. Eine vom Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn



dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige KV-Karte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis vorgelegt wird.

Die neue Krankenkasse wird schnellstmöglich dem Versicherten eine (Chip-)Karte oder eine andere gültige Anspruchsbescheinigung ausstellen, damit dieser sie unverzüglich dem Arzt vorlegen kann.

9. Was muss beim Krankenkassenwechsel beachtet werden, wenn ein Versicherter ein „Pflegefall“ ist bzw. nicht geschäftsfähig ist?

Ist der Versicherte pflegebedürftig, aber weiterhin geschäftsfähig, so muss er sich grundsätzlich selbst um die Wahl der neuen Krankenkasse kümmern. Die Pflegeperson, nahe Angehörige oder das Pflegeheim sollten ihn dabei unterstützen.

Ist der Versicherte nicht mehr selbst geschäftsfähig, so ist es Aufgabe des bestellten Betreuers, sich um das Wahlrecht des Versicherten zu kümmern und dieses auszuführen.

Wird die 2-Wochen-Frist zur Kassenwahl überschritten, bekommt der Pflichtversicherte eine neue Krankenkasse zugewiesen. Grundsätzlich gilt, dass der Arbeitgeber einen Arbeitnehmer bei der Krankenkasse wieder anmeldet, bei der er vor der Mitgliedschaft bei der nunmehr geschlossenen Krankenkasse Mitglied war. Ist dies nicht zu ermitteln, wählt der Arbeitgeber eine neue Krankenkasse aus. Das Gleiche gilt auch für Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II und bei Rentnern. Hier wählt entweder die Bundesagentur für Arbeit oder der Rentenversicherungsträger die neue Krankenkasse aus. Dadurch wird sichergestellt, dass keine Lücken im Versicherungsschutz entstehen.

10. Wird die Pflegestufe bei Krankenkassenwechsel neu vom MDK geprüft?

Grundsätzlich „nein“. Der Versicherte (ggf. Angehörige, Betreuer, Pflegeheim) teilt der neuen Pflegekasse mit, dass bereits über eine Pflegestufe durch die BKK für Heilberufe entschieden wurde. Die neu gewählte Pflegekasse fordert die erforderlichen Unterlagen bei der „BKK für Heilberufe in Abwicklung“ an. Durch die MitarbeiterInnen der „BKK für Heilberufe in Abwicklung“ werden die angeforderten Unterlagen übermittelt.



Die neu gewählte Pflegekasse übernimmt die Entscheidung der BKK für Heilberufe Pflegekasse.

11. In welchem Zeitraum erfolgt die Überprüfung (Wiederholungsgutachten)?

Eine neue Überprüfung findet spätestens fünf Jahre nach der letzten Begutachtung statt, bei Kindern nach zwei Jahren (Empfehlung des Bundesversicherungsamtes). Geht aus dem letzten Gutachten eine andere Empfehlung hervor (kürzerer Zeitraum bis zur nächsten Begutachtung), dann richtet sich der Termin der Wiederholungsbegutachtung nach dieser Empfehlung.

12. Muss die Pflegeeinrichtung oder der ambulante Pflegedienst komplett neue Anträge auf Leistungen nach dem SGB XI stellen?

Antragssteller ist immer der Versicherte. Pflegeeinrichtungen oder ambulante Pflegedienste stellen für Leistungen ab dem Zeitpunkt des Kassenwechsels (Schließungszeitpunkt) die Abrechnungen an die neu gewählte Pflegekasse. Der Versicherte informiert die neu gewählte Pflegekasse über bereits gestellte Anträge bei der BKK für Heilberufe Pflegekasse. Die neu gewählte Pflegekasse fordert die Anträge und die ggf. bereits ergangenen Genehmigungsbescheide bei der BKK für Heilberufe Pflegekasse an. Eine erneute Prüfung bereits ergangener Genehmigungsbescheide durch die neu gewählte Pflegekasse erfolgt grundsätzlich nicht.