VON HAUSARZT ZU HAUSARZT

Dr. Gerd W. Zimmermann

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9,
D-65719 Hofheim

KBV belastet Vertragsärzte mit Konkursmasse der City BKK

— Weil die City BKK zum 1.7.2011 vom Bundesversicherungsamt geschlossen wurde, hat die KBV mit dem GKV-Spitzenverband für Versicherte, die noch keine neue Kasse gefunden haben, eine Übergangsregelung für ein Quartal vereinbart. Da Versicherte der City BKK bis zum 30.

Juni 2011 gegen Vorlage der Krankenversicherungskarte (KVK) noch behandelt werden konnten, empfiehlt die KBV, nicht abgerechnete Behandlungsfälle aus den Vorquartalen spätestens mit der Abrechnung des 2. Quartals 2011 einzureichen.

Mit der Einbindung des KBV-Sonder-Updates in die Praxissoftware können die Krankenversicherungskarten der City BKK ab dem 1. Juli 2011 nicht mehr eingelesen werden. Eine Abrechnung (auch im sogenannten Ersatzverfahren) kann ab diesem Zeitpunkt für ärztliche Behandlungen somit nicht mehr erfolgen. Ein Vergütungsanspruch besteht ab diesem Zeitpunkt ausschließlich gegenüber der neuen Krankenkasse des Versicherten. Gleiches gilt für ärztliche Behandlungen auf Grundlage von Überweisungsscheinen, die bis zum 30. Juni 2011 für Versicherte der City BKK ausgestellt, aber erst ab dem 1. Juli 2011 in Anspruch genommen werden.

Für auftragnehmende Vertragsärzte wird grundsätzlich eine Neuansforderung des Überweisungsscheins mit den Angaben zur neuen Krankenkasse erforderlich. Kann der Versicherte vor Inanspruchnahme weder die KVK der neuen Krankenkasse noch die KVK der City BKK vorlegen, berechtigt dies nach Auskunft der KBV den Vertragsarzt, eine Privatliquidation vorzunehmen, falls der Versicherte keine gültige KVK oder einen anderen gültigen Versicherungs-

nachweis der neuen Krankenkasse innerhalb von zehn Tagen nach der Inanspruchnahme nachreicht. Die vom Versicherten entrichtete Vergütung muss jedoch zurückgezahlt werden, wenn ein gültiger Versicherungsnachweis bis zum Ende des Quartals nachgereicht wird.

Für den Fall, dass ehemalige Versicherte der City BKK (noch) keine KVK der neuen Krankenkasse erhalten haben, gilt die von der KBV getroffene

Übergangsregelung. Legt ein Versicherter der geschlossenen Krankenkasse vor der ersten Inanspruchnahme im Kalendervierteljahr die elektronische Gesundheitskarte, Krankenversicherungskarte oder einen anderen Anspruchsnachweis der geschlossenen Krankenkasse vor, darf der Vertragsarzt von dem Versicherten eine Privatvergütung nur fordern, wenn dem Vertragsarzt nicht bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige elektronische Gesundheitskarte,

Krankenversicherungskarte oder ein anderer gültiger Anspruchsnachweis der neuen Krankenkasse vorgelegt wird.

Für den Vertragsarzt verschiebt sich damit die Berechtigung, eine Privatliquidation vom Versicherten vornehmen zu können, auf den Ablauf des Quartalsendes. Bei Versicherten, die eine KVK oder einen anderen Anspruchsnachweis der geschlossenen Krankenkasse vorlegen, können Leistungen auf vereinbarten Vordrucken verordnet werden bis die Patienten eine gültige Krankenversicherungskarte oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis der neuen Krankenkasse vorlegen (maximal bis zum Ende des Kalendervierteljahres). Dabei muss die Bezeichnung und das Institutionskennzeichen der geschlossenen Krankenkasse (City BKK: 108038012), der Name und das Geburtsdatum des Versicherten, der Versichertenstatus, die Postleitzahl des Wohnortes und nach Möglichkeit die von der geschlossenen Krankenkasse bisher verwendete Krankenversicherungsnummer angegeben werden.

MMW Kommentar

Das Verhalten der KBV im Zusammenhang mit der Pleite der City BKK kann man eigentlich nur mit einem falsch verstandenen Samaritertum erklären. Die Übergangsregelung – auch wenn sie nur für ein Quartal gilt –bürdet den betroffenen Vertragsärztinnen und -ärzten eine zusätzliche bürokratische Last auf, ohne dass der Kassenverband dafür auch nur einen Cent zahlen muss. Immerhin können keine Formulare mehr bedruckt werden, wenn die KVK als ungültig nicht mehr eingelesen werden kann, und Rezepte müssen handschriftlich ausgefüllt werden. Auch ist in der Vereinbarung keine Regelung erkennbar, die sicherstellt, dass die Versichertenpauschalen für das 2. Halbjahr von einer

neuen Kasse auch gezahlt werden. Ungeklärt ist auch, was passiert, wenn es sich bei der vorgelegten KVK um eine „vagabundierende“ KVK handelt und ein tatsächlich versichertes Mitglied bei der ehemaligen City BKK gar nicht existiert und deshalb auch keine Ummeldung zu einer neuen Kasse erfolgen konnte. Will man sich als Vertragsarzt vor Schaden schützen, gibt es für ehemalige Versicherte der City BKK ohne neue Kasse deshalb nur eine sichere Lösung: Privatliquidation, Privatrezept und keine Überweisung. Die so entstandenen Kosten kann der Patient danach bei seiner neuen Kasse im Erstattungsverfahren geltend machen.