



Anlage zur PM vom 04. Mai 2011

Kasse schließt: Was nun?

1. Kann eine Krankenkasse überhaupt geschlossen werden?

Durch das „Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-OrgWG) gelten für alle Krankenkassen seit dem 1. Januar 2010 die gleichen Regeln für den Fall einer Kassenschließung. Nicht zufällig hat mit der Einführung des Gesundheitsfonds der Gesetzgeber die Möglichkeit detailliert geregelt, dass einzelne Krankenkassen wegen nicht ausreichender Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geschlossen werden können.

Tritt der Fall ein, dass die Fondszuweisungen einer Krankenkasse ihre Ausgaben nicht decken, bleibt allein die Erhebung von Zusatzbeiträgen zum Begleichen der Ausgaben für die Versorgung der Versicherten. Reichen auch diese auf Dauer nicht aus, kann es in letzter Konsequenz zur Schließung dieser Krankenkasse kommen.

2. Wer entscheidet über die Schließung einer Krankenkasse?

Über die Schließung entscheidet die jeweilige Aufsicht der Krankenkasse. Dies ist bei bundesunmittelbaren Krankenkassen das Bundesversicherungsamt (BVA), bei landesunmittelbaren Kassen das zuständige Landesgesundheitsministerium. Neben einer Einschätzung über eine bestehende oder auch nicht bestehende dauerhafte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Kasse, ist auch die Frage des Schließungstermins Gegenstand der Anhörung aller Beteiligten durch die Aufsicht.

Erlässt die Aufsicht einen Schließungsbescheid, erfolgt dessen Bekanntmachung im Bundesanzeiger.

3. Welche Folgen hat die Schließung einer Krankenkasse?

Anders als in der freien Wirtschaft gibt es bei der Schließung einer Krankenkasse keine vor- oder nachrangigen Ansprüche von Gläubigern. Um die Forderungen und Verpflichtungen zu erfassen, muss der Vorstand die Schließung öffentlich bekannt machen.



Mit der Schließung einer Kasse tritt diese automatisch in ein Abwicklungsstadium. Gegenüber den Gläubigern, insbesondere den Partnern im Gesundheitswesen (wie beispielsweise Krankenhäusern, Ärzten, Zahnärzten) besteht die Kasse so lange fort, bis sie abgewickelt ist.

Gemeint sind damit die laufenden Geschäfte, wie die Verpflichtungen gegenüber den Vertragspartnern wie z.B. den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Beziehung zu den Mitgliedern und den Arbeitgebern.

Grundsätzlich gilt: Sind medizinische Leistungen erbracht worden, werden diese den Ärzten, Krankenhäusern und allen anderen Vertragspartnern für die medizinische Versorgung vergütet, selbst wenn eine BKK zum Zeitpunkt der Abrechnung der Honorare geschlossen sein sollte. Dafür steht die Gemeinschaft aller Betriebskrankenkassen ein.

4. Wie erfahren Versicherte und Arbeitgeber, dass eine Krankenkasse schließt?

Alle Versicherten und deren Arbeitgeber, die Leistungserbringer, aber auch andere Stellen, die z.B. zur monatlichen Beitragszahlung verpflichtet sind (wie die Bundesagentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung), werden unverzüglich, d.h. nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger, schriftlich über den Zeitpunkt der Schließung informiert.

5. Wenn eine Krankenkasse schließt, kann das Mitglied dann in eine neue Krankenkasse seiner Wahl wechseln?

Ja, denn im Fall der Schließung einer Krankenkasse kann und muss das Mitglied eine andere gesetzliche Krankenkasse wählen. Diese Wahl sollte es auch unverzüglich dem Arbeitgeber oder einer anderen zur Meldung verpflichteten Stelle durch eine Mitgliedsbescheinigung der neuen Krankenkasse nachweisen.

Nachdem ein Mitglied über die Schließung seiner Krankenkasse informiert wurde, ist ausreichend Zeit, sich eine andere gesetzliche Krankenkasse zu suchen: Die versi-



versicherungspflichtigen Mitglieder können noch bis zu zwei Wochen nach der Schließung der Krankenkasse ihr Wahlrecht ausüben. Die zweiwöchige Frist beginnt mit dem in einer amtlichen Mitteilung bekannt gemachten Tag der Schließung der Krankenkasse.

6. Werden die Mitglieder der geschlossenen Krankenkasse auf andere Kassen verteilt?

Nein. Die Mitglieder können zur Krankenkasse ihrer Wahl wechseln. Keine gesetzliche Krankenkasse darf jemanden ablehnen, dessen Krankenkasse geschlossen worden ist. Auch dann nicht, wenn er eine chronische Krankheit hat und teure Medikamente benötigt oder gerade krankgeschrieben ist.

7. Gilt das auch für die mitversicherten Familienangehörigen?

Die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen haben kein eigenes Wahlrecht, sind aber analog zum Mitglied ab dem ersten Tag in der neuen gesetzlichen Krankenkasse mitversichert. Auch dann haben sie hier wiederum Ansprüche auf den gesamten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Beispiel: Ein versicherungspflichtiges Mitglied erhält am 15.06. die Information, dass seine Krankenkasse zum 30.06. schließen muss. Bis spätestens 14.07. muss der Versicherte eine neue Krankenkasse gewählt haben und seinem Arbeitgeber eine Mitgliedsbescheinigung vorlegen. Die Mitgliedschaft, und damit auch die Familienversicherung, beginnt bei der neuen Krankenkasse rückwirkend ab dem 1.07..

8. Können die Versicherten auch in private Krankenkassen wechseln?

Dies ist bei Schließung einer Krankenkasse so wie bei jedem anderen Kassenwechsel geregelt: Freiwillig Versicherte (mit einem monatlichen Bruttoeinkommen ab 4.125,00 €) oder Selbständige können in eine private Krankenversicherung wechseln. Pflichtversicherte (Bruttoeinkommen von monatlich unter 4.125,00 € bzw. 49.500 € jährlich) können diese Wechselmöglichkeit nicht wahrnehmen und Mitglied in einer privaten Krankenversicherung werden – sie müssen eine neue gesetzliche Krankenkasse wählen.



9. Was passiert, wenn das Mitglied von seinem Wahlrecht nicht rechtzeitig Gebrauch macht und die 14-tägige Frist nicht einhält?

Im Zweifel bekommt der Versicherungspflichtige 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 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 auch bei versäumten Fristen keine Lücken im Versicherungsschutz entstehen.

10. Was kann man tun, wenn ein Arbeitgeber eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter bei einer Krankenkasse anmeldet, die einen Zusatzbeitrag erhebt?

Alle Mitglieder einer Krankenkasse, die zu einem bestimmten Zeitpunkt schließt, haben grundsätzlich innerhalb einer bestimmten Frist die freie Wahl, um sich in einer anderen gesetzlichen Krankenkasse zu versichern.

Nimmt das Mitglied die Wahlfreiheit nicht wahr, wird der Arbeitgeber (bzw. der Rentenversicherungsträger oder die Bundesagentur für Arbeit) das Mitglied bei einer Krankenkasse anmelden müssen, weil es sich um eine Pflichtversicherung handelt.

Wird in diesem Zusammenhang eine Krankenkasse gewählt, die einen Zusatzbeitrag erhebt, hat das Mitglied kein Sonderkündigungsrecht, weil es offenbar bewusst auf seine Wahlfreiheit verzichtet hat. Es muss 18 Monate in dieser Krankenkasse bleiben bzw. bekommt ggf. ein Sonderkündigungsrecht, wenn die Kasse den Zusatzbeitrag erhöht.

11. Welche Regeln gelten für freiwillig Versicherte?

Freiwillig Versicherte - zu diesem Personenkreis gehören u. a. Selbstständige und Arbeitnehmer, die mit ihrem Arbeitsentgelt über der Pflichtversicherungsgrenze liegen - müssen ihren Krankenkassenwechsel selbst erklären. Statt der Zwei-Wochen-Frist, wie bei Pflichtversicherten, gilt bei freiwillig Versicherten eine dreimonatige Anzeigefrist.

Beispiel: Ein freiwilliges Mitglied erhält am 15.06. die Information, dass seine Krankenkasse am 30.06. schließen wird. Dann muss der Beitritt zur neuen Krankenkasse bis zum 30.09. erfolgen. Die Mitgliedschaft beginnt rückwirkend ab dem 01. 07..

12. Was passiert, wenn der freiwillig Versicherte diese Frist versäumt?

Versäumt ein freiwilliges Mitglied die dreimonatige Anzeigefrist und besteht für die Person keine anderweitige Absicherung im Krankheitsfall, greift eine nachrangige Versicherungspflicht. Somit ist auch in diesem Fall ein nahtloser Versicherungsschutz gewährleistet.

13. Wann bekommt der Versicherte 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 dieser Krankenkasse. Sobald die Anmeldung bei der neuen Krankenkasse erfolgt ist, wird diese die Auslieferung einer neuen Karte übernehmen.

14. Was passiert, wenn ein Mitglied das Wahlrecht noch nicht ausgeübt hat und krank wird?

Wird das Mitglied nach Schließung der Krankenkasse krank und hat sein Wahlrecht innerhalb der 2-Wochen-Frist noch nicht ausgeübt, kann eine ärztliche Behandlung auch ohne Krankenversicherungskarte erfolgen. Allerdings ist in diesen Fällen der Arzt berechtigt eine private Rechnung auszustellen. Daher sollte unverzüglich das Wahlrecht ausgeübt werden!

Die neue Krankenkasse wird dann schnellstmöglich eine (Chip-)Karte oder eine andere gültige Anspruchsbescheinigung ausstellen und diese unverzüglich an das neue Mitglied senden. 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.



15. Was ist, wenn die schließende Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhoben hat und dieser für das ganze Jahr im Voraus gezahlt wurde - bekommt der Versicherte dann ggf. den Rest zurückbezahlt?

Das Mitglied bekommt seine bereits gezahlten Zusatzbeiträge anteilig für jene Monate zurück, in denen die Krankenkasse nicht mehr existiert. Wenn eine Krankenkasse z.B. zum 30.06. schließt, das Mitglied aber für das gesamte Kalenderjahr bereits die Zusatzbeiträge gezahlt hat, würden ihm die für die verbleibenden sechs Kalendermonate zuviel gezahlten Beiträge zurückgezahlt.

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

Bei dieser Versichertengruppe ist beispielsweise der Rentenversicherungsträger angehalten eine neue Krankenkasse auszuwählen. Um den Eintritt in eine neue Krankenversicherung sollten sich sicherheitshalber aber auch die Angehörigen des Pflegebedürftigen kümmern. Ist der Pflegebedürftige alleinstehend, kann sich das Pflegeheim bzw. ein amtlich bestellter Betreuer um den Krankenkassenwechsel einer nicht geschäftsfähigen Person bemühen.

17. Was passiert, wenn sich das Mitglied im Ausland aufhält und dadurch versäumt sich eine neue Krankenkasse auszusuchen?

Wenn der Versicherte unverschuldet die Ausübung des Krankenkassenwahlrechts versäumt, darf er nach dem Wegfall der Verhinderungsgründe (hier nach der Rückkehr aus dem Ausland) sein Recht nachholen. Solche Sachverhalte müssen im Einzelfall durch die Krankenkasse geprüft werden.

18. Verliert das Mitglied beim Kassenwechsel eventuell erworbene Bonusleistungen?

Bonusansprüche aufgrund gesundheitsbewussten Verhaltens sind in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse geregelt, sie beziehen sich in der Regel auf die Dauer der Mitgliedschaft.

Im Fall einer Krankenkassenschließung empfehlen wir: Vor der Wahl der neuen Krankenkasse sollte sich der Versicherte erkundigen, welche Bonus-Programme (z.B. bei



gesundheitsbewusstem Verhalten, Stressbewältigung) dort zu welchen Konditionen angeboten werden.

19. Werden beim Krankenkassenwechsel Leistungen gekürzt oder gar gestrichen?

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind zu über 95 Prozent im Gesetz festgeschrieben, so dass Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung nicht zu erwarten sind. Daneben hat die jeweilige Satzung der Krankenkasse in einem rechtlich geregelten Rahmen die Möglichkeit, ergänzende Leistungsansprüche festzulegen (z.B. Haushaltshilfe). Diese satzungsmäßigen Ansprüche haben sich im Laufe der Zeit unter den Krankenkassen ebenfalls weitestgehend angeglichen. Im Einzelfall können Einschränkungen bei den Satzungsleistungen zwar nicht ausgeschlossen werden, Leistungserweiterungen sind durch den Kassenwechsel aber ebenfalls möglich.

Auch hier gilt: Vor dem Wechsel in eine neu gewählte Krankenkasse sollte man sich über solche zusätzlichen Leistungen erkundigen!

20. Was ändert sich beim Kassenwechsel ... ?

Nach dem Wechsel gelten alle Ansprüche gegenüber der neuen Krankenkasse ab dem ersten Tag der Mitgliedschaft/Versicherung. Sofern erforderlich, kann die neue Krankenkasse Informationen und/oder Unterlagen bei der alten Krankenkasse anfordern. Dies ist insbesondere bei über den Krankenkassenwechsel hinaus andauernden Leistungsfällen der Fall oder bei schon von der alten Krankenkasse geprüften und genehmigten Kostenübernahmen, beispielsweise bei Zahnersatz oder bei schon bewilligten medizinischen Reha-Leistungen.

... bei der Befreiung von Zuzahlungen?

Wechselt ein für ein Kalenderjahr bereits befreiter Versicherter zu einer anderen Krankenkasse, akzeptiert diese grundsätzlich die Feststellungen der bisherigen Krankenkasse und befreit den Versicherten für denselben Zeitraum, für den bereits eine Befreiung vorlag. Zwischenzeitlich eingetretene Änderungen in den persönlichen Ver-



hältnissen (z.B. Familienstand, Einkommen) müssen vom Versicherten jedoch angegeben werden.

... wenn das Mitglied während des Kassenwechsels arbeitsunfähig krank ist oder andere Leistungen seiner Krankenkasse in Anspruch nimmt?

Ist das Mitglied zum Zeitpunkt des Krankenkassenwechsels arbeitsunfähig erkrankt und erhält z.B. Krankengeld, wird dies auch von der neuen Krankenkasse gezahlt.

Zur Prüfung fordert sie die entsprechenden Unterlagen bei der alten Krankenkasse an und übernimmt regelhaft deren Berechnung.

Bei bereits erfolgten Genehmigungen, z.B. beim Zahnersatz oder einer Leistung zur Rehabilitation, übernimmt die neue Krankenkasse grundsätzlich ebenfalls die Kosten.

Tipp: Da die neue Krankenkasse keine Kenntnis über diese Tatbestände hat, sollte in diesen Fällen, sobald sich der Krankenkassenwechsel abzeichnet, unbedingt Kontakt zu der neuen Krankenkasse aufgenommen werden, um die Kostenübernahme zu klären und somit Verzögerungen bei der Leistungsgewährung zu vermeiden!

21. Was ist, wenn das Mitglied bei der geschlossenen Krankenkasse eine Zusatzversicherung abgeschlossen hat? Gilt sie weiter oder gehen seine Rechte verloren?

Wechselt ein Versicherter in eine andere Kassenart, sollte er sich vorab danach erkundigen, welche Rahmenverträge zur Zusatzversicherung (z.B. Sehhilfen, Auslandskrankenversicherung, Naturheilverfahren etc.) bestehen. Wer sich individuell bei einem privaten Anbieter zusätzlich versichert, sollte sich bei seiner neuen Kasse vorab erkundigen, ob diese mit privaten Anbietern vereinbarte günstige „Tarifrabatte“ empfehlen kann.

Wer innerhalb des BKK Systems seine Krankenkasse wechselt, hat den Vorteil, dass die bereits abgeschlossenen Zusatzversicherungen mit der Barmenia Krankenversicherung AG, dass die durch den BKK Bundesverband ausgehandelten Sonderkonditi-



onen, unverändert fortgeführt werden. Einen Kassenwechsel sollte der Versicherte bei der Barmenia angeben.

Service- Hotlines:

Versicherte der CITY BKK werden in den nächsten Tagen angeschrieben. Außerdem können sie folgende Informationstelefone nutzen:

- Berlin **030 88 95-1200**
- Hamburg **040 298 08-1200**
- Stuttgart **0711 933 44-1200.**

Für Leistungserbringer wird es **ab dem 10.05.2011** ebenfalls eine Hotline geben. Von montags bis donnerstags von 9:00 bis 16:00 Uhr, freitags von 9:00 bis 14:00 Uhr geben BKK Gesprächspartner unter der Servicenummer **0800 25 55 555** allgemeine Auskünfte zu Fragen rund um die Leistungserbringung im Zusammenhang mit der Kassenschließung.