

AOK-Bundesverband, Bonn
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Bundesknappschaft, Bochum
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

**Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel;
Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen
vom 9. Oktober 2002**

Vorwort

Zur Frage der Leistungsabgrenzung bei einem Wechsel der Krankenkasse bestanden in der Vergangenheit zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen unterschiedliche Rechtspositionen (vgl. Niederschriften über die Besprechungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht vom 26./27. Juni 1996 - TOP 1 -, 28. Januar 1997 - TOP 9 -, 10. April 1997 - TOP 7 -, 25. Juni 1997 - TOP 7 -, 23./24. Oktober 1997 - TOP 10 -, 17. Dezember 1997 - TOP 6, Anlage 1 -, 15. Dezember 1998 - TOP 9 -, 20./21. Oktober 1999 - TOP 9 -, 23. Januar 2001 - TOP 6 -).

Während sich einerseits dafür ausgesprochen wurde, dass sich die Leistungsabgrenzung bei einem Kassenwechsel am „**Versicherungsfallprinzip**“ orientiert (leistungspflichtig ist die zum Zeitpunkt der Ausstellung der Verordnung zuständige Krankenkasse), wurde andererseits die Auffassung vertreten, dass für die jeweils erbrachte Leistung nur die Krankenkasse leistungspflichtig sein kann, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt („**Versicherungsprinzip**“).

Vor diesem Hintergrund vereinbarten die Leistungsreferenten der Spitzenverbände der Krankenkassen, zur Klärung der Rechtsfrage Musterstreitverfahren durchzuführen.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat nunmehr am 20. November 2001 zwei Urteile (B 1 KR 31/99 R und B 1 KR 26/00 R) zur Thematik der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel gefällt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen die Rechtslage aufgrund der Rechtsprechung des BSG vom 20. November 2001 als geklärt und geben hiermit Umsetzungshinweise zu folgenden Leistungsarten:

- Zahnersatz
- Kieferorthopädische Behandlung
- Parodontosebehandlung
- Arzneimittel
- Hilfsmittel
- Heilmittel und
- Krankenhausbehandlung.

Eventuell in der Praxis auftretende Probleme sowie offen gebliebene Fragen zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel werden in den regelmäßigen Besprechungen der Spitzenverbände der Krankenkassen geklärt.

Inhaltsverzeichnis:	Seite
I. Rechtsprechung des BSG vom 20. November 2001	4
II. Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen	5
1. Zahnersatz	5
2. Kieferorthopädische Behandlung	6
3. Parodontosebehandlung	7
4. Arzneimittel	7
5. Heilmittel	7
6. Hilfsmittel	8
7. Fallpauschale bei Krankenhausbehandlung	8
8. Fahrkosten	9
9. Erstattungsansprüche	9

I. Rechtsprechung des BSG vom 20. November 2001

Das BSG hat am 20. November 2001 im **Grundsatz** klargestellt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Das BSG begründet diese Positionierung damit, dass nach § 19 Abs. 1 SGB V der Anspruch auf Leistungen mit dem Ende der Mitgliedschaft erlischt, soweit keine abweichenden Bestimmungen entgegenstehen. Durch den grundsätzlichen Ausschluss von Rechtswirkungen des Mitgliedschaftsverhältnisses für die Zeit nach seiner Beendigung wird ein möglicher Zusammenhang zwischen der Erkrankung (Versicherungsfall) und der Kostenbelastung durch einzelne Behandlungsmaßnahmen krankenversicherungsrechtlich jedenfalls dann für unerheblich erklärt, wenn der Versicherte zwischenzeitlich die Mitgliedschaft verliert. Daraus folgt, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen für eine konkrete Behandlungsmaßnahme nicht von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt des Versicherungsfalls, sondern von der Mitgliedschaft im Zeitpunkt der tatsächlichen Leistungserbringung abhängt. Im weiteren weist das BSG explizit darauf hin, dass dieser Grundsatz nicht nur auf das Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung sondern auch bei einem Wechsel einer gesetzlichen Krankenkasse anzuwenden ist.

Somit entscheidet letztlich der Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahme vor oder nach dem Beginn der Mitgliedschaft darüber, ob die neue oder die alte Krankenkasse leistungspflichtig ist.

In der der Entscheidung zugrunde liegenden Zahnersatzbehandlung richtete sich die Leistungszuständigkeit daher nach dem Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes und nicht nach dem Zeitpunkt der Aufstellung des Heil- und Kostenplans. Die zu Beginn der Behandlung durch den Zahnarzt bestätigte Behandlungsnotwendigkeit begründet mithin keine Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für alle sich daraus ergebenden Behandlungsmaßnahmen.

Eine **Ausnahme** von diesem Grundsatz hat das BSG jedoch für den Fall anerkannt, dass sich eine bereits begonnene Behandlung mit Rücksicht auf die Art der Abrechnung als Einheit darstellt und infolge dessen einer Aufteilung der Kassenzuständigkeit entzieht.

Dies ist bei Krankenhausbehandlungen, die mit einer Fallpauschale abgerechnet werden, der Fall. Die Bundespflegegesetzverordnung fasst bei Fallpauschalen den

Krankenhausaufenthalt einschließlich aller dabei in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammen. Vor diesem Hintergrund kann nach Auffassung des BSG daher nur eine einzige Krankenkasse für die Kostenübernahme der Fallpauschale zuständig sein. Dieses Ergebnis wird im übrigen nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Fallpauschale eventuell durch einen nach Tagessätzen berechneten Investitionszuschlag erhöht wird, da sich hierdurch der Charakter der Fallpauschale als Einmalleistung nicht verändert.

Da die Abrechnung mit einer Fallpauschale nach der Bundespflegesatzverordnung jeweils davon abhängt, ob bzw. in welchem Krankenhaus die Hauptleistung erbracht wird, ist grundsätzlich deren Zeitpunkt maßgebend.

II. Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen

1. Zahnersatz

Für die Erbringung von Zahnersatz und die Übernahme der Kosten von Erweiterungen bzw. Wiederherstellungen ist die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am Tag der Erbringung der Leistung angehört. Als Tag der Leistungserbringung in diesem Sinne gilt für die Erbringung von Zahnersatz der Tag der Eingliederung des Zahnersatzes. Bei Interimsprothesen, die auf der Grundlage eines eigenständigen Heil- und Kostenplans erbracht werden, ist der Tag der Eingliederung der Interimsprothese maßgebend. Die vorgenannten Regelungen gelten auch für Reparaturen (Erweiterungen / Wiederherstellungen).

Bei einem Wechsel der Krankenkasse während des Behandlungsfalls wird von der nunmehr zuständigen Krankenkasse die Kostenübernahmeerklärung der den Heil- und Kostenplan genehmigenden Krankenkasse grundsätzlich anerkannt. Dies gilt insbesondere bezüglich der Art der Versorgungsform sowie die Höhe der Kostenzusage (z.B. 60 oder 100 Prozent).

Auch für die neu zuständige Krankenkasse gilt, dass die Leistungspflicht erlischt, wenn der Zahnersatz nicht innerhalb der auf dem Heil- und Kostenplan festgelegten Frist eingegliedert wird.

Für sämtliche im BEMA Teil 5 (Zahnersatz) aufgenommenen Behandlungsleistungen liegt abrechnungstechnisch eine Einheit vor, da diese im Heil- und Kostenplan aufzunehmen sind. Daher sind diejenigen Gebührenpositionen, die dem BEMA Teil 5

zuzuordnen sind (z. B. Abdruck, Stiftaufbau, Präparieren des Zahnersatzes) nicht auf verschiedene Krankenkassen aufteilbar. Dies auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sich die vorgenannten Behandlungsleistungen abrechnungstechnisch nicht einzelnen Behandlungstagen zuordnen lassen.

Gleiches gilt für die im Zusammenhang mit der zahnprothetischen Versorgung/Reparatur/Erweiterung (BEMA Teil 5) erbrachten Eigen- bzw. Fremdlaborkosten (BEL II). Auch hier ist eine Zuordnung der einzelnen Leistungen zu den Behandlungstagen des Zahnarztes nicht möglich.

Vorbereitende Leistungen, die Bestandteil des BEMA Teil 1 (konservierend chirurgische Leistungen) sind, lassen sich taggenau zuordnen. Die Kassenzuständigkeit für diese Leistungen (z. B. Röntgen des Kiefers zur Prüfung, ob einzelne Zähne überkront werden können) bestimmt sich deshalb danach, bei welcher Krankenkasse der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert war.

2. Kieferorthopädische Behandlung

Am „Übereinkommen der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Abgrenzung der Leistungspflicht für kieferorthopädische Behandlung bei Kassenwechsel vom 14. Februar 1974“ wird festgehalten. Dieses sieht vor, dass Quartalsabrechnungen (Abschlagszahlungen) jeweils von der Krankenkasse geleistet werden, bei der am ersten Tag des Quartals, für das die Zahlung bestimmt ist, ein Versicherungsverhältnis (Leistungsanspruch) bestand. Wird die erste Abschlagszahlung in dem selben Quartal fällig, in dem der kieferorthopädische Behandlungsplan aufgestellt wurde, so wird abweichend davon die Zahlung von der Krankenkasse geleistet, bei der am Tag der Aufstellung des kieferorthopädischen Behandlungsplans ein Versicherungsverhältnis – ggf. unter Berücksichtigung eines nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 Abs. 2 SGB V) – vorlag.

Die Erstattung des vom Versicherten getragenen Anteils in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent erfolgt – wie bisher – von der bei Abschluss der Kfo-Behandlung zuständigen Krankenkasse.

3. Parodontosebehandlung

Die Leistungen für die systematische Behandlung von Parodontopathien erfolgen auf der Grundlage der Gebühren gemäß BEMA Teil 4. Die Gebühren gelten auch die Leistungen ab, die an mehreren Sitzungstagen erbracht werden. Außerdem können Material- und Laborkosten anfallen, deren zeitliche Zuordnung nicht taggenau möglich ist. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers entsteht regelmäßig mit Abschluss der systematischen Parodontosebehandlung.

In analoger Anwendung der für den Bereich Zahnersatz entwickelten Verfahrensweise ist für die Übernahme der Kosten einer Parodontosebehandlung die Krankenkasse zuständig, der der Versicherte am letzten Tag der Behandlung (Behandlungsabschluss) angehört.

Vorbereitende Leistungen, die Bestandteil des BEMA Teil 1 (konservierend chirurgische Leistungen) sind, lassen sich taggenau zuordnen. Die Kassenzuständigkeit für diese Leistungen (z. B. Röntgenbilder, Infiltrationsanästhesie) bestimmt sich deshalb danach, bei welcher Krankenkasse der Versicherte zum Zeitpunkt der Leistungserbringung versichert war.

4. Arzneimittel

Für die Erbringung von Arzneimitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Arzneimittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

5. Heilmittel

Derzeit existieren keine pauschalierten Vergütungsregelungen im Heilmittelbereich, die eine taggenaue Zuordnung der Leistungserbringung ausschließen.

Leistungspflichtig für die Erbringung von Heilmitteln ist daher die Krankenkasse, die am Tag der Erbringung der Leistung die Versicherung auch tatsächlich durchführt. Dies gilt auch bei Serienbehandlungen.

6. Hilfsmittel

Für die Erbringung von Hilfsmitteln ist die Krankenkasse leistungspflichtig, bei der am Tag der Abgabe des Hilfsmittels ein Versicherungsverhältnis besteht.

Ergänzender Hinweis:

Zu der im Kreise der Spitzenverbände der Krankenkassen bisher nicht einvernehmlich geklärten Frage eines wertmäßigen Ausgleichs von unter Eigentumsvorbehalt der Krankenkasse stehenden Hilfsmitteln bei einem Kassenwechsel finden derzeit noch Beratungen statt. Hier geht es insbesondere um Fallgestaltungen, in denen nach der Bereitstellung des Hilfsmittels ein Kassenwechsel erfolgt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden hierzu noch gesondert Stellung nehmen.

7. Fallpauschale bei Krankenhausbehandlung

Das BSG hat mit Urteil vom 20. November 2001 – B 1 KR 26/00 – festgestellt, dass eine tageweise Aufteilung einer im Krankenhaus angefallenen Fallpauschale nach der tatsächlichen oder nach der kalkulatorischen Verweildauer unzulässig ist. Vielmehr fasst die insoweit einschlägige Bundespflegesatzverordnung den Krankenhausaufenthalt einschließlich aller dabei in Anspruch genommenen Behandlungsmaßnahmen zu einer Abrechnungseinheit zusammen, so dass es sich krankensicherungsrechtlich um eine Einmalleistung handelt, für die nur eine einzige Krankenkasse zuständig sein kann.

Hinsichtlich der Frage, welche Krankenkasse im Ergebnis zuständig und damit leistungspflichtig ist, führt das BSG aus, dass die Abrechnung mit einer Fallpauschale nach den Fallgestaltungen im Sinne des § 14 Abs. 5 Satz 1 und 2 sowie Abs. 11 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung immer davon abhängt, ob und in welchem Krankenhaus die Hauptleistung erbracht wird. Insoweit ist grundsätzlich deren Zeitpunkt, also der Zeitpunkt der Hauptleistung, für die Zuständigkeit und damit die Leistungspflicht der Krankenkasse maßgebend.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen schließen sich der Rechtsprechung des BSG bei Krankenhausbehandlungen auf Fallpauschalbasis an.

Weitere Abrechnungssituationen bei stationären Behandlungsmaßnahmen sowie Lösungen zur Leistungsabgrenzung bei einem Kassenwechsel sind der als Anlage beigefügten Übersicht zu entnehmen.

8. Fahrkosten

Zuständig für die Leistungserbringung ist die Krankenkasse, bei der am Tag der Fahrt die Versicherung besteht. Insofern erfolgt bezüglich der Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel keine Kopplung an die der Fahrt zugrundeliegende Leistung der Krankenkasse.

Hierdurch werden Unsicherheiten hinsichtlich der Feststellung der leistungspflichtigen Krankenkasse beispielsweise bei Fahrten zur Aufnahme in eine stationäre Behandlung vermieden, da nicht abgewartet werden muss, an welchem Tag die Hauptleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung als Kriterium für die Leistungsabgrenzung bei Fallpauschalfällen erbracht wurde.

9. Erstattungsansprüche

Erstattungsansprüche, die sich aufgrund der Neupositionierung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel ergeben, erfolgen auf der Grundlage des § 105 SGB X; d.h. der Umfang des Erstattungsanspruchs richtet sich nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Dies bedeutet insbesondere, dass der Erstattungsanspruch höchstens bis zur Höhe der Vergütung besteht, die die zuständige Krankenkasse bei unmittelbarer Leistungserbringung aufzuwenden gehabt hätte.

Anlage

**Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel
- Krankenhausbehandlung -**

Abrechenbare Entgeltarten	Je Fall	Abrechnung erfolgt		Bezugszeitpunkt für die Leistungsabgrenzung
		Je Leistung	Je Tag	
Basispflegesätze			X	Tag der Leistungserbringung
Abteilungspflegesätze			X	Tag der Leistungserbringung
Teilstationäre Pflegesätze			X	Tag der Leistungserbringung
Teilstationäre Dialyse		X ¹		Tag der Leistungserbringung
Fallpauschalen	X			Tag, an dem die Hauptleistung erbracht wird
Sonderentgelte		X ¹		Tag der Leistungserbringung
Zu- und Abschläge auf FP	X			Tag, an dem die Hauptleistung erbracht wird
Zu- und Abschläge auf SE		X ¹		Tag der Leistungserbringung
Investitionszuschlag neue BL (§ 14 Abs. 8 BpflV)			X	Analog der Regelung zur Bewertung der Basisleistung
Vorstationäre Behandlung	X			Letzter Behandlungstag
Nachstationäre Behandlung		X ¹		Tag der Leistungserbringung
Großgeräte zusätzlich zu vor- und nachstationärer Behandlung		X ¹		Tag der Leistungserbringung
Pflegesatz bei Beurlaubung			X	Tag der Leistungserbringung
Zuschläge für Qualitätssicherung			X	Analog der Regelung zur Bewertung der Basisleistung

¹ Die Leistung ist taggenau zuordnungsfähig