

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Knappschaft, 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

in der Fassung vom 22. September 2008

Vorwort

Diese gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen löst die gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei Kassenwechsel vom 9. Oktober 2002 in der Fassung vom 24. Juli 2003 ab. Die Aktualisierung ist aufgrund der zwischenzeitlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - erforderlich geworden.

Inhaltsverzeichnis:	Seite
I. Rechtsprechung des BSG vom 28. November 2001 und 19. September 2007	3
II. Umsetzungshinweise der Spitzenverbände der Krankenkassen	4
1. Zahnersatz	4
2. Kieferorthopädische Behandlung	5
3. Parodontosebehandlung	6
4. Arzneimittel	6
5. Heilmittel	7
6. Hilfsmittel	7
7. Stationäre Krankenhausbehandlung	7
7a. Vor- und nachstationäre Behandlungen	11
8. Fahrkosten	12
9. Erstattungsansprüche	12

I. **Rechtsprechung des BSG vom 20. November 2001 und 19. September 2007**

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 krankensicherungsrechtlich 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 des BSG vom 20. November 2001 - B 1 KR 31/99 R - 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.

Mit Urteil vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - hat das Bundessozialgericht seine bisherige Rechtsprechung vom 20. November 2001 - B 1 KR 26/00 R - zur Definition der Krankenhausbehandlung als untrennbare Behandlungseinheit ausdrücklich aufgegeben. _Danach habe eine Aufteilung ausgehend von der gesamten Zahl der tatsächlich mit der Fallpauschale abgerechneten Tage in der Weise zu er-

folgen, dass die Rechnungs- und Leistungsteile bis zum letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft von denjenigen ab dem ersten Tag der neuen Mitgliedschaft zu trennen und mit einem entsprechenden Anteil gesondert in Ansatz zu bringen sind. Die Leistungszuständigkeit ist mithin in Abhängigkeit von der tatsächlich für die Fallpause in Anspruch genommenen Zahl der Krankenhaustage – pro rata temporis – zwischen den zuständigen Kostenträgern aufzuteilen. Dies ermöglicht nach Auffassung des Bundessozialgerichtes eine gerechte, klare, verwaltungspraktikable und leicht handhabbare Lastenverteilung.

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 dem Umfang der Festzuschüsse und die Höhe der Kostenzusage (z.B. Festzuschuss mit 30-prozentigem Bonus).

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.

Die Krankenkasse übernimmt für definierte Befundsituationen einen Festzuschuss, der aus den jeweils typischen zahnmedizinischen Versorgungsleistungen ermittelt wurde (Regelversorgung). Eine Differenzierung nach einzelnen, taggenau zuzuordnenden Leistungen ist damit nicht möglich. Darüber hinaus werden Leistungen gegenüber dem

Versicherten nicht nur nach dem BEMA und dem BEL abgerechnet, sondern für gleich- und andersartige Versorgung nach der GOZ und der BEB.

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 nicht möglich, sie sind in dem jeweiligen Festzuschuss rechnerisch berücksichtigt.

Diese Leistungen - in Form der Festzuschüsse - sind dem Tag der Eingliederung/Wiedereingliederung des Zahnersatzes zuzuordnen.

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.

Nach § 137 Abs. 4 Satz 3 bis 9 SGB V haben Zahnärzte u.a. für Zahnersatz in der Regel eine zweijährige Gewährleistungspflicht zu übernehmen und sind ggf. zur kostenfreien Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen verpflichtet. Im Ausnahmefall (z. B. Wohnsitzwechsel) kommt eine Neuversorgung durch einen anderen Vertragszahnarzt mit Regress gegenüber dem erstversorgenden Vertragszahnarzt in Betracht.

Sofern in einem solchen Fall zwischenzeitlich ein Kassenwechsel eingetreten ist, wird der Erstattungsanspruch durch die zweite Krankenkasse geltend gemacht, da diese aufgrund der Fehlleistung des Zahnarztes für den neuen Zahnersatz aufkommen muss. Die erste Krankenkasse tritt ihre Ansprüche mit einer Abtretungserklärung an die zweite Kasse ab.

Sofern der Betrag aus dem erfüllten Erstattungsanspruch die tatsächlich geleisteten Ausgaben der zweiten Kasse übersteigt, reicht diese den Mehrbetrag an die erstleistende Krankenkasse weiter.

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.

7. Stationäre Krankenhausbehandlung

Bei einem Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers (Kassenwechsel) sind die gesamten Kosten des Krankenhausfalls (mit allen anfallenden Entgelten) unter Berücksichtigung des Urteils des BSG vom 19. September 2007 - B 1 KR 39/06 R - nach den insgesamt im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen anteilig auf die beteiligten Krankenkassen aufzuteilen. Dies gilt unabhängig davon, ob sich die Kosten aus DRG-Fallpauschalen mit Zusatzentgelten, sonstigen Entgelten, Zuschlägen oder mit belegungsbezogenen Entgelten nach Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zusammensetzen. Dabei sind (nur) die tatsächlich geleisteten Zuzahlungen (vgl. Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 28./29. November 2005 - TOP 4) entsprechend ihrer zeitbezogenen Zuordnung bei dem jeweils von der Krankenkasse zu tragenden Anteil an den Gesamtkosten zu berücksichtigen.

Im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus einen eigenen Krankenhausfall ab. Der Tag der Verlegung wird - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt. Letzter Aufenthaltstag im verlegenden Krankenhaus ist somit der Tag vor der Verlegung.

Beispiel 1:

Aufnahme	am 28. März 2008
Entlassung	am 7. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	vom 28. März - 7. April 2008 (= 11 Tage)
Zuzahlung geleistet	vom 28. März - 7. April 2008 (= 11 Tage)

Lösung:

Aufteilung der Krankenhauskosten anteilig nach im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen:

Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit 28. - 31. März 2008 (4/11 der Gesamtkosten abzgl. Zuzahlungsanteil für 4 Tage)

Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit 1. - 7. April 2008 (7/11 der Gesamtkosten abzgl. Zuzahlungsanteil für 7 Tage)

Beispiel 2:

Aufnahme	am 9. März 2008
Entlassung	am 14. März 2008
Wiederaufnahme	
wegen Komplikationen	am 17. März 2008
Entlassung	am 23. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	vom 9. - 14. März 2008 (= 6 Tage) und vom 17. März - 7. April 2008 (= 22 Tage)
Zuzahlungen geleistet	bislang keine

Lösung:

Aufteilung der Krankenhauskosten anteilig nach den im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen:

Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit 9. - 14. und 17. - 31. März 2008 (21/44 der Gesamtkosten).

Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit 1. - 23. April 2008 (23/44 der Gesamtkosten).

Beispiel 3:

Aufnahme in Krankenhaus A	am 23. März 2008
Verlegung in Krankenhaus B	am 27. März 2008
Rückverlegung/Wiederaufnahme in Krankenhaus A	am 31. März 2008
Entlassung aus Krankenhaus A	am 11. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	keine

Lösung Krankenhaus A:

Nur die Kosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A sind anteilig nach den im Krankenhaus A verbrachten Kalendertagen aufzuteilen. Der Tag der Verlegung wird - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt.

Im Krankenhaus A wurden insgesamt 17 Kalendertage verbracht, der Tag der Verlegung in das Krankenhaus B (27. März 2008) bleibt jedoch unberücksichtigt:

23. - 26. und 31. März - 11. April 2008 (16 Kalendertage)

*Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit 23. - 26. und 31. März 2008 (5/16 der Gesamtkosten).*

*Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit 1. - 11. April 2008 (11/16 der Gesamtkosten).*

Lösung Krankenhaus B:

Der Krankenhausfall im Krankenhaus B ist nicht vom Kassenwechsel betroffen. Die Krankenkasse A hat daher die Kosten des gesamten Krankenhausaufenthaltes zu tragen.

Beispiel 4:

Aufnahme in Krankenhaus A	am 23. März 2008
Verlegung in Krankenhaus B	am 27. März 2008
Rückverlegung/Wiederaufnahme in Krankenhaus A	am 5. April 2008
Entlassung aus Krankenhaus A	am 11. April 2008
Kassenwechsel	am 1. April 2008
Zuzahlungspflicht	vom 23. März - 11. April 2008 (= 20 Tage)
Zuzahlungen geleistet	vom 23. März - 11. April 2008 (= 20 Tage)

Lösung Krankenhaus A:

Die Kosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A sind anteilig nach den in diesem Krankenhaus verbrachten Kalendertagen aufzuteilen. Der Tag der Verlegung wird jedoch - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt.

Im Krankenhaus A wurden insgesamt 12 Kalendertage verbracht, der Tag der Verlegung in das Krankenhaus B (27. März 2008) bleibt jedoch unberücksichtigt:

23. - 26. März (4 Tage) und 5. - 11. April 2008 (7 Tage)

*Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit 23. - 26. März 2008 (4/11 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A abzgl. Zuzahlungsanteil für 4 Tage).*

*Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit vom 5. - 11. April 2008 (7/11 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus A abzgl. Zuzahlungsanteil für 7 Tage).*

Lösung Krankenhaus B:

Die Kosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus B sind ebenfalls anteilig nach den in diesem Krankenhaus verbrachten Kalendertagen aufzuteilen. Der Tag der Verlegung wird jedoch - analog der Zuzahlungsregelung - dem stationären Aufenthalt in der Einrichtung zugeordnet, die den Versicherten aufnimmt.

Im Krankenhaus B wurden insgesamt 10 Kalendertage verbracht, der Tag der Verlegung in das Krankenhaus A (5. April 2008) bleibt jedoch unberücksichtigt:

27. März - 4. April 2008 (9 Kalendertage)

*Anteil **Krankenkasse A** für die Zeit vom 27. - 31. März 2008 (5/9 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus B abzgl. Zuzahlungsanteil für 5 Tage).*

*Anteil **Krankenkasse B** für die Zeit vom 1. - 4. April 2008 (4/9 der Gesamtkosten des Krankenhausfalls im Krankenhaus B abzgl. Zuzahlungsanteil für 4 Tage).*

Die vorstehenden Ausführungen gelten bei Krankenhausbehandlungen von Fallpauschalenpatienten. Bei stationären Krankenhausfällen mit tagesbezogenen Pflegesätzen ist unverändert die Krankenkasse zuständig, bei der am Tag der Behandlung die Versicherung besteht.

7a. Vor- und nachstationäre Behandlungen

Nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 Krankenhausentgeltgesetz darf zusätzlich zu einer Fallpauschale eine nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V nur dann berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt. Eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar. Sie darf also nur dann gesondert abgerechnet werden, wenn nach einer vorstationären Behandlung keine stationäre Aufnahme erfolgt. Soweit und solange vor- bzw. nachstationäre Behandlungen nicht gesondert vergütet werden, sind deren Diagnosen und Prozeduren jedoch bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen (Neugruppierung); dies gilt nicht für Diagnosen und Prozeduren im Rahmen belegärztlicher Leistungen. Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung sowie für weitere Prüfungen maßgeblich (vgl. § 1 Abs. 6 Satz 5 und 6 Fallpauschalenvereinbarung 2008). Bei dieser Ausgangslage ergeben sich die nachstehenden Fallgestaltungen und Konsequenzen:

- a) Vor- bzw. nachstationäre Behandlungen werden nicht gesondert berechnet.

Vor- und nachstationäre Behandlungszeiten werden bei der Bestimmung des Kostenanteils der beteiligten Krankenkassen für die stationäre Behandlung nicht berücksichtigt. Dementsprechend erfolgt beim Kassenwechsel keine (fiktive) Aufteilung der Kosten für die vor- und nachstationäre Behandlung, und zwar unabhängig vom Zeitpunkt des Kassenwechsels.

- b) Vorstationäre Behandlung wird gesondert berechnet (eine stationäre Behandlung hat also nicht stattgefunden)

Anmerkung: Nach § 1 der gemeinsamen Empfehlung der DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V wird pro Fall eine Pauschale gezahlt. Zusätzlich kann ggf. eine Kostenpauschale für Leistungen mit bestimmten medizinisch-technischen Großgeräten anfallen.

Beim Kassenwechsel während der vorstationären Behandlung ist/sind die Pauschale(n) durch die Anzahl der Tage der vorstationären Behandlung zu teilen und den Kassen entsprechend dem Verhältnis der Behandlungstage, an dem eine Versicherung besteht, zuzuordnen.

c) **Nachstationäre Behandlung wird gesondert berechnet**

Anmerkung: Nach § 2 der gemeinsamen Empfehlung der DKG und Spitzenverbände der Krankenkassen über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V wird pro Behandlungstag eine Pauschale gezahlt. Zusätzlich kann ggf. eine Kostenpauschale für Leistungen mit bestimmten medizinisch-technischen Großgeräten anfallen.

Beim Kassenwechsel vor Beginn der nachstationären Krankenhausbehandlung sind die gesamten Kosten der nachstationären Krankenhausbehandlung von der Krankenkasse zu tragen, bei der in der Zeit der nachstationären Behandlung das Versicherungsverhältnis besteht. Beim Kassenwechsel während der nachstationären Behandlung erfolgt eine Zuordnung der tageweisen Fallpauschale für die nachstationäre Behandlung entsprechend der Versicherung am Behandlungstag. Ggf. erfolgt zusätzlich eine anteilige Aufteilung der Pauschale für medizinisch/technische Großgeräte entsprechend dem Verhältnis der Behandlungstage, an denen eine Versicherung besteht, unter Zugrundelegung der Dauer der nachstationären Behandlung.

8. Fahrkosten

Zuständig für die Leistungserbringung ist die Krankenkasse, bei der am Tag der Fahrt die Versicherung besteht.

9. Erstattungsansprüche

Erstattungsansprüche, die sich bei der 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.