

Tit. I RdSchr. 08g Gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei [richtig] Krankenkassenwechsel

Titel: Gemeinsame Verlautbarung zur Leistungsabgrenzung bei [richtig] Krankenkassenwechsel

Normgeber: Bund

Redaktionelle Abkürzung: RdSchr. 08g

Gliederungs-Nr.: [keine Angabe]

Normtyp: Rundschreiben

Tit. I RdSchr. 08g – Rechtsprechung des BSG vom 20. 11. 2001 und 19. 9. 2007

(1) Das BSG hat am 20. 11. 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.

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

(3) In der der Entscheidung des BSG vom 20. 11. 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.

(4) Mit Urteil vom 19. 9. 2007 - B 1 KR 39/06 R - hat das BSG seine bisherige Rechtsprechung vom 20. 11. 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 erfolgen, 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 Fallpauschale in Anspruch genommenen Zahl der Krankenhaustage - pro rata temporis - zwischen den zuständigen Kostenträgern aufzuteilen. Dies ermöglicht nach Auffassung des BSG eine gerechte, klare, verwaltungspraktikable und leicht handhabbare Lastenverteilung.