



Spitzenverband

Schließung der City BKK zum 30.06.2011

Merkblatt für Leistungserbringer

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de



Hintergrund

Das Bundesversicherungsamt hat mit Bescheid vom 04.05.2011 verfügt, dass die CITY BKK zum 01.07.2011 geschlossen wird. Schließungsgrund ist die nicht länger sichergestellte dauerhafte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenkasse. Dieses Merkblatt fasst die wesentlichen Informationen zum weiteren Krankenversicherungsschutz der Versicherten der CITY BKK zusammen und informiert über Übergangsregelungen zur Sicherung der Leistungsansprüche der Versicherten sowie der Vergütungsansprüche der Leistungserbringer bis zum Zeitpunkt einer abschließenden Klärung der neuen Versicherungsverhältnisse.

Durchgängige Versicherung ist gewährleistet

Jedes Mitglied der CITY BKK hat das Recht, sich eine neue Krankenkasse frei zu wählen. Das Kassenwahlrecht räumt ihnen für die Wahl der neuen Krankenkasse eine Frist ein: Versicherungspflichtige können ihre Wahl innerhalb von zwei Wochen nach dem Schließungstag, also bis zum 14.07.2011, treffen. Üben sie ihr Wahlrecht nicht aus, ist durch anschließende Zuteilungsverfahren von Seiten der Arbeitgeber, der Rentenversicherungsträger oder der Bundesagentur für Arbeit und der Optionskommunen sichergestellt, dass eine Mitgliedschaft bei einer neuen Krankenkasse begründet wird. Freiwillig Versicherte müssen ihre Entscheidung über die neue Krankenkasse spätestens drei Monate nach Beendigung der Mitgliedschaft durch Schließung treffen, also bis zum 30.09.2011.

Die gesetzlichen Regelungen sorgen für einen nahtlosen Übergang der Mitgliedschaftsverhältnisse. Die Mitgliedschaft bei der CITY BKK endet mit dem 30.06.2011, die Mitgliedschaft bei der neuen Krankenkasse beginnt unabhängig von dem Zeitpunkt der Wahl bzw. Zuteilung zu einer neuen Krankenkasse am 01.07.2011.

Keine Unterbrechung der Leistungsansprüche

Die ab 01.07.2011 gewählte neue Krankenkasse stellt die erforderlichen Leistungen ohne Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten zur Verfügung. Die CITY BKK und die neue Krankenkasse werden bei Versicherten mit laufendem Leistungsbezug für einen möglichst reibungslosen Übergang sorgen. Wichtig ist, dass rasch eine neue Krankenkasse gewählt wird. Bitte unterstützen Sie unsere Bemühungen und weisen Ihre Kunden darauf hin, dass eine frühzeitige Kassenwahl die beste Möglichkeit ist, um Übergangsprobleme von vornherein zu vermeiden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!



Schließung der City BKK - Merkblatt für Leistungserbringer

Wer leistet, wenn der Versicherte noch keine neue Kasse gewählt hat?

Der GKV-Spitzenverband hat die CITY BKK in Abstimmung mit dem Bundesversicherungsamt und dem Bundesministerium für Gesundheit mit Wirkung ab dem 01.07.2011 bis längstens 30.09.2011 als sog. „leistungsaushelfende Krankenkasse“ für die ehemaligen Versicherten der CITY BKK benannt. Sie wird tätig, solange diese noch keine neue Krankenkasse gewählt haben bzw. noch keiner neuen Krankenkasse zugeteilt wurden. Die medizinische Versorgung wird in diesen Fällen also weiterhin über die CITY BKK in Abwicklung sichergestellt. Im Einzelnen wurden hierzu die nachfolgend dargestellten Absprachen getroffen.

Sofern Fragen rund um das Verfahren der leistungsaushelfenden Krankenkasse bestehen, richten Sie diese bitte an die

Hotline (030) 88 95-1200.



Ärztliche Behandlung

Die ehemaligen Versicherten der CITY BKK, die noch nicht über eine elektronische Gesundheitskarte oder Krankenversichertenkarte oder einen anderen Anspruchsnachweis einer neuen Krankenkasse verfügen, haben unverändert Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung. Sie können ihre Anspruchsberechtigung weiter durch Vorlage der Krankenversichertenkarte oder einen anderen Anspruchsnachweis der CITY BKK nachweisen. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben als Partner der Bundesmantelverträge eine Regelung vereinbart, dass betroffene Versicherte die neue Krankenversichertenkarte oder einen anderen gültigen Anspruchsnachweis bis zum Ende des 3. Quartals 2011, also bis zum 30.09.2011, nachreichen dürfen. Erst wenn diese Frist nicht eingehalten wird, ist der Vertragsarzt berechtigt, von dem Versicherten eine Vergütung zu fordern.

Darüber hinaus wurde vereinbart, dass für die vorgenannten Versicherten Leistungen wie etwa Arzneimittel oder Hilfsmittel auf den vereinbarten Vordrucken verordnet werden. Auf den Vordrucken sind bis zum Zeitpunkt der Vorlage einer gültigen Anspruchsbescheinigung, maximal bis zum 30.09.2011, die Bezeichnung und das bekannte Institutionskennzeichen der CITY BKK (10 95 3801 9), der Name und das Geburtsdatum des Versicherten, der Versichertenstatus, die Postleitzahl des Wohnortes und nach Möglichkeit die bisherige Krankenversicherungsnummer der CITY BKK anzugeben.



Zahnärztliche Versorgung

Die ehemaligen Versicherten der CITY BKK, die noch nicht über eine elektronische Gesundheitskarte oder Krankenversichertenkarte oder einen anderen Anspruchsnachweis einer neuen Krankenkasse verfügen, haben im III. Quartal 2011 Anspruch auf vertragszahnärztliche Versorgung gegenüber der leistungsaushelfenden CITY BKK in Abwicklung. Sie können ihre Anspruchsberechtigung weiter durch Vorlage der Krankenversichertenkarte der CITY BKK nachweisen. Die Abrechnung dieser vertragszahnärztlichen Leistungen erfolgt über die vereinbarten Abrechnungswege. Von der CITY BKK vor dem Tag ihrer Schließung genehmigte und nach der Schließung erbrachte Leistungen können ebenfalls gegenüber der CITY BKK in Abwicklung abgerechnet werden. Bewilligungspflichtige Leistungen nach der Schließung sollen grundsätzlich bei der neu zu wählenden Krankenkasse beantragt werden.

Wie bisher werden weitere Leistungen wie etwa Arzneimittel für die vorgenannten Versicherten auf den vereinbarten Vordrucken verordnet. Auf den Vordrucken werden bis zum Zeitpunkt der Vorlage einer gültigen Anspruchsbcheinigung einer anderen Krankenkasse, maximal bis zum 30.09.2011, neben den versichertenbezogenen Angaben die Bezeichnung und das bekannte IK der CITY BKK (10 95 3801 9) angegeben.



Schließung der City BKK - Merkblatt für Leistungserbringer

Versorgung mit Arzneimitteln

Arzneimittelverordnungen, die ab dem 01.07.2011 von ehemaligen Versicherten der CITY BKK, die noch keine neue Krankenkasse gewählt haben, in der Apotheke vorgelegt werden, können für längstens bis zum 30.09.2011 abgegebene Arzneimittel über die vereinbarten Abrechnungswege und bekannten Abrechnungs-Institutionskennzeichen (Abrechnungs-IK) der City BKK abgerechnet werden. Maßgeblich für die Abrechnung sind die Bestimmungen der für die CITY BKK bis zum 30.06.2011 anzuwendenden Arzneilieferverträge.

Das ab dem 01.07.2011 zur Abrechnung vorrangig zu verwendende IK der CITY BKK ist ihr Haupt-IK 10 95 3801 9. Für den Fall, dass dieses nicht automatisch in ein Abrechnungs-IK überführt wird, das ggf. hiervon abweichend in dem entsprechenden Verzeichnis des Leistungserbringers geführt ist, ist für die Abrechnung eines der bekannten Abrechnungs-IK der CITY BKK zu verwenden. Die Abrechnungs-IK

- 10 15 3801 2
- 10 80 3801 2 und
- 10 80 9213 3

sind weiterhin aktiv.

Sollten Arzneimittelverordnungen mit dem Hinweis „wegen fehlender Krankenversicherung“ entgegen dem vereinbarten Verfahren als Privatrezept vorgenommen worden sein, sind bei Vorlage einer bis zum 30.06.2011 geltenden Krankenversicherungskarte der CITY BKK das o.g. Haupt-IK der CITY BKK (10 95 3801 9) auf der Privatverordnung anzugeben und die verordneten Arzneimittel nach Prüfung der GKV-Erstattungsfähigkeit nach Maßgabe der Bestimmungen der für die CITY BKK bis zum 30.06.2011 anzuwendenden Arzneilieferverträge im Wege der Sachleistung abzugeben. Die Abrechnung erfolgt auch in solchen Fällen über die Apothekenrechenzentren.



Krankenhausbehandlung

Die Benennung der CITY BKK in Abwicklung als leistungsaushelfende Krankenkasse für ihre ehemaligen Versicherten bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie eine neue Krankenkasse gewählt haben, umfasst auch den Bereich Krankenhausbehandlungen. Kostenübernahmeanträge sind auf dem üblichen Weg des Datenträgeraustauschs nach § 301 SGB V abzuwickeln. Bei Problemfällen steht Ihnen die Hotline der CITY BKK in Abwicklung unter

(030) 88 95-1450

für Fragen zur Verfügung. Bitte benutzen Sie diese Hotline ausschließlich für Fragen im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen.

Die Abrechnung erfolgt auf dem vereinbarten Abrechnungsweg über das Haupt-IK der CITY BKK (10 95 3801 9), das auf der Krankenversichertenkarte hinterlegt ist. Sofern dieses nicht automatisch in ein Abrechnungs-IK überführt wird, das ggf. hiervon abweichend in dem entsprechenden Verzeichnis des Leistungserbringers geführt ist, ist für die Abrechnung eines der bekannten Abrechnungs-IK der CITY BKK zu verwenden. Die Abrechnungs-IK

- 10 15 3801 2
- 10 80 3801 2 und
- 10 80 9213 3

sind weiterhin aktiv. Auch dieses Verfahren gilt längstens für bis zum 30.09.2011 erbrachte Leistungen.



Schließung der City BKK - Merkblatt für Leistungserbringer

Sonstige Leistungsbereiche (z.B. Heilmittel, Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege)

Leistungen, die für ehemalige Versicherte der CITY BKK auf den vorgesehenen Vordrucken zu Lasten der leistungsaushelfenden CITY BKK in Abwicklung verordnet und längstens bis zum 30.09.2011 abgegeben werden, können über die vereinbarten Abrechnungswege mit der CITY BKK in Abwicklung abgerechnet werden. Für die Abrechnung gilt das Haupt-IK der CITY BKK (10 95 3801 9), das auf der Krankenversichertenkarte hinterlegt ist. Sofern dieses nicht automatisch in ein Abrechnungs-IK überführt wird, das ggf. hiervon abweichend in dem entsprechenden Verzeichnis des Leistungserbringers geführt ist, ist für die Abrechnung eines der bekannten Abrechnungs-IK der CITY BKK zu verwenden. Die Abrechnungs-IK

- 10 15 3801 2
- 10 80 3801 2 und
- 10 80 9213 3

sind weiterhin aktiv.



Schließung der City BKK - Merkblatt für Leistungserbringer

Leistungen der Pflegeversicherung

Die eingangs dargestellten Grundsätze, dass ein durchgängiger Versicherungsschutz ohne Unterbrechung der Leistungsansprüche besteht, gelten analog für den Bereich der Pflegeversicherung. Die Wahl einer neuen Krankenkasse führt automatisch dazu, dass bei dieser Krankenkasse mit Wirkung zum 01.07.2011 auch eine Versicherung im Bereich der Pflegeversicherung begründet wird. Eine gesonderte Wahl der Pflegekasse ist nicht erforderlich. Der Vergütungsanspruch für Leistungserbringer im Bereich des SGB XI ist damit durchgängig gesichert.

Bitte informieren Sie Ihre Kunden, dass auch hier gilt: Je früher die Kassenwahl, desto problemloser kann der Leistungsübergang organisiert werden.

