

Fragen und Antworten zur möglichen Insolvenz gesetzlicher Krankenkassen

1. Muss die von Insolvenz bedrohte Krankenkasse ihre Versicherten über eine mögliche Schließung informieren?

Bei drohender Zahlungsunfähigkeit sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, Insolvenz beim Bundesversicherungsamt anzumelden, das dann über den Antrag entscheidet. Der Vorstand der Krankenkasse muss die Schließung öffentlich bekannt machen, zum Beispiel im Bundesanzeiger. Spätestens dann muss die Kasse auch ihre Versicherten über die Schließung informieren. Grundsätzlich wird die Information schriftlich per Brief erfolgen.

2. Müssen sich Versicherte im Insolvenzfall eine neue Kasse suchen und gelten Kündigungs- und Wechselfristen?

Mit der Information über die Schließung der Kasse kann der Versicherte zu jeder anderen Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach Bekanntgabe der Schließung der Krankenkasse wechseln. Freiwillig Versicherte (z. B. Selbständige) haben ab dem Zeitpunkt der Schließung drei Monate Zeit, eine neue Kasse zu finden. Dabei müssen keine Patientinnen und kein Patienten befürchten, von der gewählten Krankenkasse wegen ihres Alters oder bestehender Vorerkrankungen abgelehnt zu werden. Die gesetzlichen Krankenkassen sind zur Aufnahme verpflichtet und dürfen die Wahl nicht ablehnen.

3. Was geschieht mit den laufenden ärztlichen Behandlungen? Ist die Weiterbehandlung gesichert?

Patientinnen und Patienten, die bei einer insolventen Krankenkasse versichert sind, brauchen nicht befürchten, dass laufende Behandlungen nicht bezahlt werden. Ärzte oder andere Leistungserbringer dürfen eine Weiterbehandlung unter Berufung auf die Zahlungsunfähigkeit der Krankenkasse nicht verweigern. Sofern eine insolvente Krankenkasse ihren Zahlungsverpflichtungen gegenüber Ärzten und andere Leistungserbringern, wie Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen, nicht mehr nachkommen kann, sind zunächst die anderen Kassen derselben Kassenart zur Haftung verpflichtet. Bei einer insolventen Betriebskrankenkasse haften also die anderen Betriebskrankenkassen zunächst in einem begrenzten Umfang. Bei Überschreitung kommen alle anderen gesetzlichen Krankenkassen über den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung für die zusätzlichen Ausgaben gemeinsam auf.

Impressum

Herausgeber: Katharina Landgraf, MdB (v.i.S.d.P.)

Redaktion: Michelle Karautzki

Kontakt: katharina.landgraf@bundestag.de

Redaktionsschluss: 28. Juli 2010

4. Was passiert mit dem Versicherungsschutz, wenn sich Patientinnen und Patienten aus gesundheitlichen Gründen nicht um eine neue Krankenkasse kümmern können? Lläuft dieser aus?

Die Befürchtung von Patientinnen und Patienten, dass ihr Versicherungsschutz ausläuft, ist unbegründet. Bis zur Schließung der Krankenkasse besteht der Versicherungsschutz bei der insolventen Krankenkasse. Kann sich ein Versicherter, z. B. aus gesundheitlichen Gründen, nicht um seinen Versicherungsschutz kümmern, wird er oder sie durch die zur Meldung verpflichteten Stelle einer neuen Krankenkasse zugewiesen.

Versicherungspflichtige Arbeitnehmer werden also vom Arbeitgeber bei einer neuen Krankenkasse angemeldet. Beziehler von Arbeitslosengeld I und II werden durch die Bundesagentur für Arbeit und Rentner durch den Rententräger angemeldet. Grundsätzlich wird die Anmeldung bei der Krankenkasse vorgenommen, bei der der Versicherte vor der Mitgliedschaft in der geschlossenen Kasse versichert war. Kann diese Krankenkasse nicht ermittelt werden, wird eine neue Krankenkasse gewählt.

Der Versicherungsschutz bei der neu gewählten oder zugewiesenen Krankenkasse besteht nahtlos und beginnt rückwirkend zum Ende des Versicherungsschutzes bei der insolventen Krankenkasse.

5. Die insolvente Krankenkasse hat für das Jahr im Voraus Zusatzbeiträge erhoben. Können diese zurückgefordert werden?

Sofern eine Krankenkasse den gesamten Zusatzbeitrag im Voraus eingezogen hat, kann dieser nur nach Maßgabe der Vorschriften der Insolvenzordnung zurückgefordert werden. Patienten und Patientinnen sollten daher bei der Wahl der neuen Krankenkasse auch darauf achten, ob diese ebenfalls einen Zusatzbeitrag erhebt.

6. Was passiert mit Bonusprogrammen, Hausarztverträgen und Wahlтарifen der insolventen Krankenkasse?

Vorteile aus Bonusprogrammen, Hausarztverträgen und Wahlтарifen, die bei der insolventen Krankenkasse abgeschlossen wurden, können nicht auf eine neue Kasse übertragen werden. Vor der Wahl der neuen Krankenkasse sollten Patientinnen und Patienten daher das Leistungs- und Serviceangebot der neuen Kasse genau prüfen. Grundsätzlich ist der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen zwar durch Gesetze geregelt. Die Krankenkassen haben jedoch die Möglichkeit, Zusatzleistungen in der Satzung zu regeln oder in Wahlтарifen anzubieten.

Impressum

Herausgeber: Katharina Landgraf, MdB (v.i.S.d.P.)

Redaktion: Michelle Karautzki

Kontakt: katharina.landgraf@bundestag.de

Redaktionsschluss: 28. Juli 2010

7. Was passiert mit privaten Zusatzversicherungen, die über die insolvente gesetzliche Kasse abgeschlossen wurden?

Beim Abschluss einer privaten Zusatzversicherung ist die insolvente gesetzliche Krankenkasse nicht selbst als Versicherer, sondern lediglich als Vermittler aufgetreten. Ein verbindliches Vertragsverhältnis besteht nur zwischen dem Versicherten und der privaten Krankenversicherung zu den vereinbarten Tarifkonditionen. Diese behalten auch nach der Insolvenz der Krankenkasse ihre Gültigkeit. Allerdings konnten die gesetzliche Krankenkasse ihren Versicherten Sonderkonditionen anbieten, weil sie mit privaten Krankenversicherungen Rahmenverträge oder Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen haben. Es ist daher nicht auszuschließen, dass der private Versicherer bei Kündigung des Rahmenvertrages mit der insolventen Krankenkasse von seiner Möglichkeit zur Prämienerrhöhung oder zur Änderung des Umfangs des Versicherungsschutzes Gebrauch machen wird.

8. Was passiert, wenn sich Versicherte von der insolventen Krankenkasse im Voraus von den Zuzahlungen befreien lassen?

Zuzahlungsbefreiungen durch die insolvente Krankenkasse für das laufende Kalenderjahr sind durch die neue Krankenkasse zu akzeptieren. Grundsätzlich erkennt die neue Krankenkasse die Feststellungen der bisherigen Krankenkasse an und befreit den Versicherten für denselben Zeitraum, für den bereits eine Befreiung vorlag.

Impressum

Herausgeber: Katharina Landgraf, MdB (v.i.S.d.P.)

Redaktion: Michelle Karautzki

Kontakt: katharina.landgraf@bundestag.de

Redaktionsschluss: 28. Juli 2010