

Auslaufen der Krankenversichertenkarte zum 1. Januar 2015

Hintergrundinformationen zur Gemeinsamen Pressemitteilung von GKV-Spitzenverband, KBV und KZBV vom 15. August 2014

Warum jetzt doch noch einmal eine Verlängerung der Verwendbarkeit der alten Krankenversichertenkarte bis Ende des Jahres?

Tatsächlich ist eine Verlängerung der Übergangsfrist, in der die alte Krankenversichertenkarte noch als Krankenversicherungsnachweis verwendet werden kann, aus Sicht der Krankenkassen nicht zwingend notwendig. Faktisch sind die gesetzlich Versicherten bereits jetzt flächendeckend mit der neuen Karte ausgestattet.

Schon die bisherigen Regelungen im Bundesmantelvertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband waren in dem Punkt eindeutig, dass seit Beginn des Jahres 2014 grundsätzlich die elektronische Gesundheitskarte für Versicherte als Nachweis für die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen gilt und die alte Krankenversichertenkarte zum 31. Dezember 2013 ihre Gültigkeit verloren hat. Unklarheiten und dadurch bedingt verschiedene Interpretationen der Vertragspartner ergaben sich allerdings bei der Frage der Übergangsfristen für die Leistungserbringer. Hier haben GKV und Ärzte nun Klarheit und Sicherheit nicht zuletzt für die Versicherten geschaffen. Ohne Wenn und Aber gilt: Ab 1. Januar 2015 kann die alte Krankenversichertenkarte nicht mehr beim Arzt als Versicherungsnachweis genutzt werden, unabhängig vom aufgedruckten Gültigkeitsdatum. Ärzte und Zahnärzte können ab dann ihre Leistungen auch nicht mehr über die alte Karte abrechnen.

Was bedeutet das für Versicherte, die eventuell vereinzelt dann immer noch keine elektronische Gesundheitskarte haben?

Selbstverständlich haben Versicherte ab dem 1. Januar 2015 auch dann das Recht behandelt zu werden, wenn sie keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) beim Arzt vorlegen. Das Prozedere des Versicherungsnachweises und der Abrechnung beim Arzt ist dadurch aber erschwert. In diesem Fall gelten folgende Regelungen in der Arztpraxis:

- Kann der Versicherte innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK vorlegen oder seinen zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden Leistungsanspruch von der zuständigen Krankenkasse anderweitig nachweisen, wird der Arzt keine Privatrechnung erstellen. Es erfolgt eine regelhafte Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse.

- Kann der Versicherte innerhalb von zehn Tagen o. g. Versicherungsnachweis nicht erbringen, ist der Arzt berechtigt, dem Versicherten eine Privatvergütung in Rechnung zu stellen.
- Wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals, in dem die Behandlung erfolgte, eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK vorgelegt wird oder wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Versicherten von der zuständigen Krankenkasse nachgewiesen wird, ist der Arzt verpflichtet, die Privatvergütung zurückzuerstatten.

In der Zahnarztpraxis gilt eine etwas abweichende Regelung: Hier besteht für den Versicherten zwar ebenfalls die Möglichkeit, die eGK oder einen anderen Anspruchsnachweis seiner Krankenkasse innerhalb von zehn Tagen nach der Behandlung vorzulegen, sodass vom Zahnarzt keine Privatrechnung gestellt wird. Ein Nachreichen des Versicherungsnachweises bis zum Ende des Quartals, in dem die Behandlung stattgefunden hat, ist in der zahnärztlichen Praxis jedoch nicht vorgesehen.

An einem reibungslosen Arztbesuch sind alle Beteiligten – Versicherte, Ärzte und Krankenkassen – interessiert. Durch die Verlängerung der Übergangsfrist bis zum 1. Januar 2015 erhalten die wenigen Versicherten, die bisher noch keine eGK haben, daher noch einmal die Möglichkeit, sich die eGK als Berechtigungsnachweis für die Inanspruchnahme von Leistungen zu besorgen.