

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Köln,

**- einerseits -**

und

der AOK-Bundesverband, K. d. ö. R., Bonn,

der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K. d. ö. R., Essen,

der IKK-Bundesverband, K. d. ö. R., Bergisch Gladbach,

der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K. d. ö. R.,  
Kassel,

die See-Krankenkasse, K. d. ö. R., Hamburg,

die Bundesknappschaft, K. d. ö. R., Bochum,

**- andererseits -**

vereinbaren

**den Bundesmantelvertrag-Ärzte**

– Stand: 9. Mai 2003 –

wie folgt zu ändern:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

1.1 Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Versicherten sind verpflichtet, die Krankenversichertenkarte vor jeder Inanspruchnahme eines Vertragsarztes vorzulegen.“

1.2 Absatz 7 erhält folgende Fassung:

„Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung sowohl die Krankenversichertenkarte vorlegt als auch in den in § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 Absatz 1 bestimmten Fällen eine Zuzahlung von 10,00 € leistet. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten. Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten im übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen. Er ist berechtigt, die Krankenkasse unter Mitteilung der Gründe zu informieren.“

2. § 18 wird wie folgt neu gefasst:

### **„§ 18**

#### **Zuzahlungspflichten der Versicherten und Vergütungsanspruch gegen Versicherte**

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben vor jeder ersten Inanspruchnahme

- eines Vertragsarztes,
- eines medizinischen Versorgungszentrums,
- eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- einer ermächtigten Einrichtung,
- eines ermächtigten Krankenhausarztes,
- eines Krankenhauses, wenn es an der ambulanten Versorgung teilnimmt,

im Kalendervierteljahr eine Zuzahlung von 10,00 € zu leisten.

Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10,00 € zu erheben.

Die Zuzahlung entfällt, bei einer Inanspruchnahme

- aufgrund einer Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr

- wenn vor der Behandlung ein aktueller, mit Gültigkeitszeitraum versehener Befreiungsausweis der Krankenkasse vorgelegt wird,
- ausschließlich zum Zweck von Schutzimpfungen

oder

- bei der ausschließlichen Inanspruchnahme von Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen nach § 25 SGB V, Schwangerenvorsorge gemäß § 196 Absatz 1 RVO .

Die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder eines Befreiungsausweises begründet keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten.

- (2) Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einbehalt Verpflichteten entweder auf dem hierzu vereinbarten Formular oder in einem Nachweisheft seiner Krankenkasse zu quittieren. Ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.
- (3) Bei akuter Behandlungsbedürftigkeit oder einer Inanspruchnahme nicht persönlicher Art kann die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden.
- (4) Soweit die Zuzahlung gemäß Absatz 3 nicht vor der Behandlung entrichtet wurde, zieht der Vertragsarzt diesen Betrag nachträglich ein und quittiert die geleisteten Zahlungen. Der Versicherte ist verpflichtet, die Zuzahlung unverzüglich, spätestens innerhalb von 10 Tagen, zu entrichten. Die ggf. entstehenden Portokosten für eine schriftliche Zahlungsaufforderung stellt der Vertragsarzt dem Versicherten in Rechnung.
- (5) Leistet der Versicherte trotz einer schriftlichen Zahlungsaufforderung innerhalb der vom Arzt gesetzten Frist nicht, übernimmt die für den Arzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung für den Vertragsarzt und die Krankenkasse den weiteren Zahlungseinzug. Die Kassenärztliche Vereinigung fordert den Versicherten schriftlich mit Fristsetzung erneut zur Zahlung auf. Zahlt der Versicherte wiederum nicht, führt die Kassenärztliche Vereinigung Vollstreckungsmaßnahmen durch. Bleibt die Vollstreckungsmaßnahme erfolglos, entfällt die Verrechnung dieser Zuzahlung mit der Gesamtvergütung. Die Krankenkasse erstattet in diesem Fall der Kassenärztlichen Vereinigung die nachgewiesenen Gerichtskosten zuzüglich einer Pauschale von 4,00 €.
- (6) Soweit im Quartal eine Erstinanspruchnahme
  - eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
  - als Notfall oder im organisierten Notfalldienst,
  - im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung eines Krankenhauses erfolgt, tritt die nach Absatz 2 zu erstellende Quittung an die Stelle der Überweisung.

In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene Vertragsarzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel zu versehen; ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

- (7) Soweit im Quartal nach einer Erstinanspruchnahme eines Vertragsarztes dessen Vertreter in Anspruch genommen wird, ist ein erneutes Erheben der Zuzahlung unzulässig.

Soweit im Quartal eine Erstinanspruchnahme eines Vertreters erfolgt, erhebt dieser die Zuzahlung. Ein erneutes Erheben der Zuzahlung durch den vertretenen Vertragsarzt ist unzulässig.

In diesen Fällen hat der in Folge in Anspruch genommene vertretende bzw. vertretene Vertragsarzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel zu versehen.

Die mit dem Vertragsarztstempel nach Satz 4 zusätzlich versehene Quittung ist in weiteren Vertretungen in demselben Kalendervierteljahr als Nachweis der geleisteten Zuzahlung vom Versicherten vorzulegen. Ein erneutes Erheben der Zuzahlung ist unzulässig.

- (8) Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern
1. wenn die Krankenversichertenkarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis nicht vorliegt und nicht innerhalb einer Frist von zehn Tagen nach der ersten Inanspruchnahme nachgereicht wird,
  2. wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt,
  3. wenn für Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.
- (9) Eine entsprechend Absatz 8 Nr. 1 vom Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige Krankenversichertenkarte bzw. ein anderer gültiger Behandlungsausweis vorgelegt wird.
- (10) Der Vertragsarzt darf für vertragsärztliche Leistungen mit Ausnahme
1. der Erstinanspruchnahme oder Inanspruchnahme ohne Überweisung gemäß § 28 Absatz 4 SGB V,
  2. bei Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden,
- von Versicherten keine Zuzahlungen fordern.

Die Landesverbände der Krankenkassen verständigen sich intern über einheitliche Zuzahlungsbeträge für Leistungen gemäß Nr. 2 und teilen diese den Kassenärztlichen Vereinigungen spätestens sechs Wochen vor Quartalsende mit Wirkung zum folgenden Quartal mit. Den Vertragsärzten

wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der für ihren Praxissitz geltende, für alle Kassenarten einheitliche Zuzahlungsbetrag mitgeteilt.“

3. § 19 wird wie folgt geändert:

3.1 Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„Die Krankenkasse hat die Versicherten in geeigneter Weise anzuhalten, die gültige Krankenversichertenkarte bzw. einen gültigen Behandlungsausweis, falls dieser dem Vertragsarzt bei dessen erster Inanspruchnahme nicht vorgelegt werden konnte, innerhalb von zehn Tagen vorzulegen. Sie hat die Versicherten weiterhin dazu anzuhalten, die Zuzahlungen vor der ersten Inanspruchnahme zu leisten oder eine Überweisung oder einen gültigen Befreiungsausweis vorzulegen.

Die Krankenkasse wird den Vertragsarzt auf dessen Wunsch dabei unterstützen, dass der Versicherte die Krankenversichertenkarte bzw. den Behandlungsausweis dem Vertragsarzt nachträglich vorlegt. Erfolgt dies trotz schriftlicher Anmahnung durch den Vertragsarzt nicht, sendet die Krankenkasse dem Vertragsarzt auf Verlangen einen Behandlungsausweis zu.“

3.2 Absatz 8 erhält folgende Fassung:

„Für Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen Krankenversichertenkarte oder eines zu Unrecht ausgestellten anderen Behandlungsausweises erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Arzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches. Das Nähere regeln die Partner der Gesamtverträge. Zieht ein Vertragsarzt aufgrund einer vorgelegten falschen Befreiungsbescheinigung die Zuzahlung nicht ein, so verringert sich sein Honoraranspruch nicht.“

4. Es wird folgender § 23 a eingefügt:

### **„23 a**

#### **Information über gesetzliche Zuzahlung**

Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vertragsärzte über gesetzliche Zuzahlungsverpflichtungen.“

5. § 24 wird wie folgt geändert:

5.1 Absatz 10 wird ersatzlos gestrichen.

5.2 Der bisherige Absatz 11 wird Absatz 10.

6. § 54 Absatz 1 und 2 erhalten folgende Fassung:
- „(1) Die für die vertragsärztliche Versorgung von den Krankenkassen zu entrichtende Gesamtvergütung wird an die Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung gezahlt. Die nach § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18 geleisteten Zuzahlungen sind Bestandteil der Gesamtvergütung.
  - (2) Die Krankenkassen entrichten die Gesamtvergütung nach Maßgabe der Gesamtverträge und der in Formblatt 3 festgelegten Kriterien an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Den Inhalt des Formblattes 3 vereinbaren die Vertragspartner. Die nach § 83 SGB V zu entrichtende Gesamtvergütung verringert sich in der Höhe der Summe der von den Leistungserbringern einbehaltenen Zuzahlungen nach § 28 Absatz 4 SGB V i.V.m. § 18. Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen quartalsweise eine Aufstellung der einbehaltenen Zuzahlungen.“
7. Diese Änderungen treten am 1. Januar 2004 in Kraft.

Köln/Bonn/Essen/Bergisch Gladbach/Kassel/Hamburg/Bochum, den  
10. Dezember 2003

## **Protokollnotiz zu den Änderungen der Bundesmantelverträge zur Umsetzung der Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V\*:**

1. Die Partner der Bundesmantelverträge stimmen darin überein, dass im Sinne des Beschlusses des Bundesschiedsamtes vom 8. Dezember 2003 bei Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung in einem Kalendervierteljahr durch den Versicherten zwei Zuzahlungen von jeweils 10,00 € zu leisten sind.
2. Aufgrund der erst am 8. Dezember 2003 erfolgten Beschlussfassung sehen sich die Partner der Bundesmantelverträge nicht dazu in der Lage, diese Regelung zum 1. Januar 2004 umzusetzen.
3. Eine Umsetzung zum 1. April 2004 ist beabsichtigt, sodass die jetzt beschlossene Regelung eine Übergangslösung darstellt. Die Partner der Bundesmantelverträge wollen rechtzeitig die vertraglichen und organisatorischen Voraussetzungen treffen.
4. Sollten die gemäß § 18 Abs. 2 vereinbarten Vordrucke zum 1. Januar 2004 nicht vorliegen, kann hilfsweise das Vordruckmuster 16 oder ggf. auch eine formlose Bescheinigung längstens bis zum 1. April 2004 zur Quittierung der Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V verwendet werden.

(\* Diese Protokollnotiz gilt sowohl für die Änderungen des Arzt-/Ersatzkassenvertrages und des Bundesmantelvertrages-Ärzte)