Die Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte (Anlage 4 des Bundesmantelvertrages-Ärzte und Ersatzkassen) in der Fassung vom 1. April 1992 wird einschließlich der Anlagen 2, 2a, 3 und 5 aufgehoben und erhält ab dem 1. Juli 2002 folgende Fassung:

Vereinbarung

zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte

Inhalt:

§ 1 Vertragsgegenstand und Vertragsgrundsätze 3

§ 2 Krankenversichertenkarte 3

§ 3 Ausstattung der Arztpraxen zur Verwendung der Krankenversichertenkarte 4

§ 4 Vorlage der Krankenversichertenkarte und Übertragung der Information 4

§ 5 Schlussbestimmungen 4

1. Ergänzung der Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte 5
- § 1 Vertragsgegenstand 5
- § 2 Personenkreise 5
- § 3 Berechtigte nach dem BVG und verwandter Rechtskreise 6
- § 4 Berechtigte nach dem über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht 6
- § 5 Technische Spezifikation der Krankenversichertenkarten 6
- § 6 Nachweis der Anspruchsberechtigung 7
- § 7 Daten- und Belegbereitstellung 8
- § 8 Inkrafttreten, Zeitplan, Übergangsregelung 8
- § 9 Kündigung 9

Übersicht: Ausgabe von Krankenversichertenkarten für „Besondere Personengruppen“ 10

§ 1 Vertragsgegenstand und Vertragsgrundsätze

Die nachstehenden Regelungen dienen der Gestaltung und der Beschreibung des Inhaltes der Krankenversichertenkarte. Die Einzelheiten werden in Anlagen geregelt, die als Bestandteil dieses Vertrages vereinbart werden.

§ 2 Krankenversichertenkarte

(1) Auf der Grundlage von § 291 Absatz 2 SGB V enthält die Krankenversichertenkarte folgende Angaben:

1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse mit einer Kassenkurzbezeichnung und dem Institutionskennzeichen der Krankenkasse,
2. den Familiennamen, Titel und Vorname des Versicherten (die Angabe des Titels entfällt sofern vom Versicherten gewünscht),
3. das Geburtsdatum des Versicherten,
4. die Anschrift des Versicherten mit Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort und ggf. Zustellbereich, einschließlich eines Kennzeichens für die Länderkennung (Anlage 8) für die im Ausland wohnenden Mitglieder,
5. die Krankenversichertennummer,
6. den Versichertenstatus, einschließlich eines Kennzeichens für Versichertengruppen nach § 267 Absatz 2 Satz 4 SGB V in einer verschlüsselten Form,
7. a) für Versicherte der Betriebs- und Innungskrankenkassen ein Feld, welches die Zuordnung der Versicherten zu den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht. Dabei enthält das Feld

   – bei Mitgliedern, deren Kassen Verträge nach § 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V abschließen, ein Kennzeichen (Anlage 7) für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat;

   – bei mitversicherten Familienangehörigen wird – unabhängig vom Wohnort des Familienangehörigen – das dem Mitglied zugeordnete Kennzeichen auf die Krankenversichertenkarte aufgebracht. Die Krankenkassen stellen die korrekte Angabe des Kennzeichens auf der Krankenversichertenkarte bei Neuausstellung sicher,

   – bei Mitgliedern, deren Kassen Verträge nach § 83 Abs. 1 Satz 2 SGB V abschließen und die ihren Wohnsitz außerhalb der Bezirke der beteiligten Kassenärztlichen Vereinigungen haben, ein Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat,

   – bei im Ausland wohnenden Versicherten unabhängig von der Gestaltung der Verträge nach § 83 Abs. 1 SGB V das Kennzeichen der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat.

   b) für Versicherte aller anderen Krankenkassen ist dieses Feld mit der Vertragskassennummer (VKNR) zu bestücken.

8. bei Befristung der Gültigkeit die Angabe von Monat und Jahr des Fristablaufs.

(2) Sofern sich kein Wohnsitz-Ländercode auf der Krankenversichertenkarte von im Ausland wohnenden GKV-Mitgliedern (auch der Mitversicherten) befindet bzw. die Länderkennung nicht entsprechend der Codierung gemäß Anlage 8 vorgenommen wurde, ist die Krankenversichertenkarte unverzüglich auszutauschen.

(3) Die Krankenversichertenkarte ist als Speicherchipkarte ausgebildet. Zum Zwecke der eindeutigen Identifikation der Karte als Krankenversichertenkarte ist ein einheitliches Gestaltungsmerkmal vorgesehen. Im Einzelnen werden Form und Inhalt der Krankenversichertenkarte sowie die Anforderungen an die technischen Eigenschaften und die Gestaltung der Krankenversichertenkarte in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung festgelegt.

(4) Die Krankenversichertenkarte ist grundsätzlich nur gültig mit der Unterschrift des Versicherten oder eines gesetzlichen Vertreters (z. B. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres).

§ 3 Ausstattung der Arztpraxen zur Verwendung der Krankenversichertenkarte

Das Nähere über die technischen Normen der Arztausstattung und die Organisation ihrer Bereitstellung wird in Anlage 4 zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 4 Vorlage der Krankenversichertenkarte und Übertragung der Information

Das Nähere der Verwendung der Krankenversichertenkarte in der Arztpraxis insbesondere die Verfahren, die bei Nichtvorlage der Krankenversichertenkarte Anwendung finden, wird in der Anlage 6 zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 5 Schlussbestimmungen

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Juli 2002 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

(2) Wird eine Zunahme des Leistungsbedarfs als Folge eines durch die Krankenversichertenkarte geänderten Inanspruchnahmeverhaltens gemeinsam festgestellt, so werden die Partner dieser Vereinbarung darauf hinwirken, dass die Partner der Gesamtverträge und die Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte in ihren jeweiligen Vergütungsvereinbarungen entsprechende Ausgleichsregelungen treffen.

1. Ergänzung der Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte

Die Spitzenverbände der Krankenkassen

und

die Kassenärztliche Bundesvereinigung

vereinbaren die nachstehenden 1. Ergänzungen der Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte (Anlage 4 der Bundesmantelverträge)

§ 1 Vertragsgegenstand

Die nachstehenden Regelungen dienen der Ausgabe von Krankenversichertenkarten für Personen, die**,** ohne selbst Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung zu sein, einen Rechtsanspruch auf Gleichbehandlung mit gesetzlich Krankenversicherten haben**,** sowie für die in § 2 Nr. 8 genannten Versicherten der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung.

§ 2 Personenkreise

Folgende Personen erhalten Krankenversichertenkarten:

9. Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären (Bundesseuchen-, Opferentschädigungs-, Soldatenversorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Gesetz über die Anerkennung und Versorgung der politisch, rassisch und religiös Verfolgten des Nationalsozialismus des Landes Berlin), mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ab 50 %, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind und bei denen auch sonstige Ausschließungsgründe i. S. des § 10 Abs. 7 BVG nicht vorliegen (d. h. Anspruch für anerkannte Schädigungsfolgen und Nicht-Schädigungsfolgen).
10. Berechtigte Angehörige gem. § 10 Abs. 4 Buchstabe a BVG und Pflegepersonen gem. § 10 Abs. 4 Buchstabe b BVG, die weder Mitglied noch Familienversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind und bei denen auch sonstige Ausschließungsgründe i. S. des § 10 Abs. 7 BVG nicht vorliegen (d. h. Anspruch für alle Gesundheitsstörungen).
11. Versorgungsberechtigte Hinterbliebene, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind und bei denen auch keine sonstigen Ausschließungsgründe i. S. des § 10 Abs. 7 BVG vorliegen (d. h. Anspruch für alle Gesundheitsstörungen).
12. Berufliche Rehabilitanden und deren berechtigte Angehörige, solange Anspruch nach § 10 Abs. 5 BVG besteht.

13. Verfolgte sowie deren Angehörige nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.
14. Personen mit Wohnsitz im Inland, die Anspruch auf Leistungen nach über- und zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht geltend machen - Pauschalabrechnung der Krankenkasse mit dem ausländischen Kostenträger.
15. Personen mit Wohnsitz im Inland, die Anspruch auf Leistungen nach über- und zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht geltend machen - Abrechnung der Krankenkasse mit dem ausländischen Kostenträger nach tatsächlichem Aufwand bzw. Erstattungsverzichtsfälle.
16. Berechtigte nach der deutsch-niederländischen Grenzgängervereinbarung mit Wohnsitz in den Niederlanden.

§ 3 Berechtigte nach dem BVG und verwandter Rechtskreise

(1) Für den Personenkreis nach § 2 Nr. 1 - 5 ist im Chip und auf der Krankenversichertenkarte die Statusangabe „6“ im Feld „Ost-West-Status“ zu vergeben.

(2) Weiterhin ist im Chip dem Kassennamen der Zusatz „ /BVG“ anzufügen (z. B. „AOK Westfalen-Lippe /BVG“).

(3) Soweit der Anspruch nach dem BVG auf bestimmte anerkannte Schädigungsfolgen beschränkt ist bzw. sonstige Ansprüche nach dem BVG ausgeschlossen sind, ist keine Krankenversichertenkarte auszugeben. Die bisherige Regelung (Anspruchsnachweis durch roten Bundesbehandlungsschein) bleibt bestehen.

§ 4 Berechtigte nach dem über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht

(1) Für den Personenkreis nach § 2 Nr. 6 ist im Chip und auf der Krankenversichertenkarte die Statusangabe „8“ im Feld „Ost-West-Status“ zu vergeben.

(2) Für den Personenkreis nach § 2 Nr. 7 und 8 ist im Chip und auf der Krankenversichertenkarte die Statusangabe „7“ im Feld „Ost-West-Status“ zu vergeben.

(3) Weiterhin ist im Chip der Krankenversichertenkarten, die an die in Abs. 1 und 2 genannten Personenkreise ausgegeben werden, dem Kassennamen der Zusatz „ /SVA“ anzufügen (z.B. „AOK Westfalen-Lippe /SVA“).

(4) Personen, die sich nur zeitweise im Inland befinden und Anspruch auf Leistungen nach dem über- und zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht geltend machen können, erhalten keine Krankenversichertenkarten. Leistungen für diese Personengruppe werden unter Zuhilfenahme eines mit den not-wendigen Angaben versehenen speziell gekennzeichneten Abrechnungsscheins (Muster 5) abgerechnet. Dieser hat im Feld „Ost-West-Status“ die Ziffer „7“ zu enthalten.

§ 5 Technische Spezifikation der Krankenversichertenkarten

(2) Grundsätzlich sind bei der Herstellung, Beschriftung sowie beim Aufbringen von Daten auf den Kartenchip die in der Anlage 4 der Bundesmantelverträge vereinbarten technischen Spezifikationen zur Erstellung von Krankenversichertenkarten in der jeweils gültigen Version zu beachten.

(3) Von den aktuellen technischen Spezifikationen zur Beschriftung von Krankenversichertenkarten ist an einigen Punkten abzuweichen. Dies betrifft folgende Angaben:

(4) Krankenversichertenkarten für die in § 2 genannten Personenkreise dürfen im Chip und auf der Karte grundsätzlich nur das „Abrechnungs-Institutionskennzeichen“ aufweisen, welches nach Abschnitt 9 § 16 Abs. 7 der Anlage 6 des BMV-Ä bzw. AEV (Vertrag über den Austausch von Daten auf Datenträgern) von der jeweiligen Krankenkasse an die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Rechnungslegung gemeldet wurde. Die Verwendung davon abweichender Institutionskennzeichen ist nicht zulässig.

(5) Den „Ost-West-Status“ gemäß der in § 3 Abs. 1 sowie im § 4 Abs.1 und 2 getroffenen Regelung.

(6) Grundsätzlich sind die auf einer Krankenversichertenkarte visuell erkennbaren Daten im Chip der Krankenversichertenkarte identisch abzuspeichern. Darüber hinaus bzw. abweichend hiervon hat der Chip folgende Angaben zu enthalten:

1. Name der Krankenkasse unter Hinzufügung der in § 3 Abs. 2 sowie in § 4 Abs. 3 genannten Zusätze - einschließlich des Zusatzes darf die Angabe des Namens der Krankenkasse im Feld „Kassenname“ die Länge von 24 Zeichen nicht überschreiten,
2. VKNR der ausgebenden Krankenkasse**,**
3. Belegung „000“ der Stellen 2 bis 4 des Feldes „Versichertenstatus“.

§ 6 Nachweis der Anspruchsberechtigung

(1) Die Krankenversichertenkarte wird durch die Krankenkasse ausgegeben, sie ist grundsätzlich nur gültig mit der Unterschrift des Berechtigten oder eines gesetzlichen Vertreters (z. B. bei Berechtigten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres).

(2) Die Krankenkasse hat die Personenkreise, an die gemäß § 2 Krankenversichertenkarten ausgegeben werden, in geeigneter Weise anzuhalten, bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes eine gültige Krankenversichertenkarte vorzulegen.

(3) Wird dem Vertragsarzt bei der ersten Inanspruchnahme weder eine gültige Krankenversichertenkarte noch im Ausnahmefall ein Abrechnungschein vorgelegt, aus dem der Leistungsanspruch eines Berechtigten nach § 2 unzweideutig hervorgeht, kann er von dem Berechtigten nach Ablauf von zehn Tagen eine Privatvergütung verlangen.

(4) Wird dem Vertragsarzt bis zum Ende des Quartals die Krankenversichertenkarte oder im Ausnahmefall ein Abrechnungschein vorgelegt, aus dem der Leistungsanspruch des Berechtigten nach § 2 unzweideutig hervorgeht, so muß die entrichtete Vergütung zurückgezahlt werden.

(5) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, die Daten der Krankenversichertenkarte auf alle relevanten Vordrucke maschinell unter Verwendung eines zertifizierten Lese- und Druckgerätes zu übertragen. Dies gilt auch für die Ausstellung eines Abrechnungsscheins (Muster 5) für manuell abrechnende Ärzte. Nach Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte auf den Abrechnungsschein bestätigt der Berechtigte nach § 2 das Bestehen des speziellen Kostenübernahme-

anspruchs gegenüber der jeweiligen Krankenkasse durch Unterschrift auf dem Abrechnungsschein. Eine Unterschriftsleistung ist nicht erforderlich bei Berechtigten, die einen gesetzlichen Vertreter haben (z. B. Berechtigte vor Vollendung des 15. Lebensjahres), oder die zur Unterschrift nicht in der Lage sind.

(6) Ärzte, die mit Hilfe einer genehmigten Praxis-EDV abrechnen, können von der Kassenärztlichen Vereinigung von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit werden, wenn ein nicht veränderbares Einlesedatum der Krankenversichertenkarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird.

(7) Bei Ausstellung einer Krankenversichertenkarte für die Personenkreise nach § 2 verliert eine ggf. bereits ausgestellte Krankenversichertenkarte der gesetzlichen Krankenversicherung ihre Gültigkeit und ist von der betreffenden Krankenkasse einzuziehen.

(8) Für Kosten einer Behandlung, die aufgrund einer vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Krankenversichertenkarte bzw. eines vorgelegten falschen oder zu Unrecht ausgestellten Abrechnungsscheins erfolgte, haftet die Krankenkasse dem Arzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruches, es sei denn, daß der Vertragsarzt einen offensichtlichen Mißbrauch hätte erkennen können.

§ *7* Daten- und Belegbereitstellung

(1) Die Regelungen der Daten- und Belegbereitstellung im Zuge der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für die in § 2 genannten Personenkreise werden auf der Landesebene getroffen. Damit bleibt die Organisation der Daten- und Belegbereitstellung auch weiterhin den regionalen Vertragspartnern überlassen.

(2) Werden mittels EDV abrechnende Ärzte auf Überweisung in Anspruch genommen, sind, soweit auf der Landesebene keine abweichenden Regelungen getroffen wurden, analog zu den bundesmantelvertraglichen Regelungen (Anlage 6), die Überweisungsscheine in der Arztpraxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

§ 8 Inkrafttreten, Zeitplan, Übergangsregelung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01. Januar 2000 in Kraft.

(2) Für die in § 2 aufgeführten Personenkreise werden Krankenversichertenkarten erstmals gültig ab dem 01. April 2000 ausgegeben.

(3) Da nicht auszuschließen ist, daß Personen, an die nach § 2 Krankenversichertenkarten ausgegeben wurden, weiterhin bei der Inanspruchnahme von Vertragsärzten die bisher üblichen Behandlungscheine vorlegen, werden die Krankenkassen diese Behandlungscheine für einen Übergangszeitraum von drei Quartalen ab Inkrafttreten akzeptieren. Es gelten die in § 6 Abs. 3 und 4 getroffenen Regelungen entsprechend.

§ 9 Kündigung

Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

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

AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn

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

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

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

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

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

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

Übersicht: Ausgabe von Krankenversichertenkarten für „Besondere Personengruppen“

Personenkreis	KVK	Zusatz im Chip zum Kassennamen	Inhalt „Ost-West-Status“ (OWS) auf und im Chip der Krankenversichertenkarte	Formular
BVG - Leistungsanspruch **nur** für anerkannte Schädigungsfolgen	Nein			Bundesbehandlungsschein - ROT -
BVG - Schädigungsfolgen und sonstige Leiden	Ja	„/ BVG“	„6“	
BVG - Familienangehörige	Ja	„/ BVG“	„6“	
BVG - Schädigungsfolgen und sonstige Leiden sowie für Angehörige - <u>befristet</u>	Ja	„/ BVG“	„6“	
BVG - Hinterbliebene	Ja	„/ BVG“	„6“	
BVG - Pflegepersonen	Ja	„/ BVG“	„6“	
BEG - Verfolgte sowie deren Angehörige	Ja	„/ BVG“	„6“	
SVA Zeitweise im Inland	Nein			Muster 5 mit Angabe „7“ im OWS
SVA Wohnsitz-Inland - n. Aufwand	Ja	„/ SVA„	„7“	
SVA dt. - niederl. Grenzgänger	Ja	„/ SVA“	„7“	
SVA Wohnsitz-Inland - Pauschal	Ja	„/ SVA“	„8“	

Erläuterungen: **BVG** - Bundesversorgungsgesetz einschließlich Opferentschädigungsgesetz (OEG), Bundesseuchengesetz (BSeuchG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZHG), Häftlingshilfegesetz (HHG), SED-Unrechtsbereinigungs-gesetz, Gesetz über die Anerkennung und Versorgung der politisch, rassisch und religiös Verfolgten des Nationalsozialismus des Landes Berlin (PrVG) / **BEG** - Bundesentschädigungsgesetz / **SVA** - Über- u. zwischenstaatliche Sozialversicherungsabkommen / **OWS** - Ost-West-Status.