

- (8) ¹Der Versicherte hat Anspruch auf Sachleistung, wenn er nicht Kostenerstattung gewählt hat. ²Vertragsärzte, die Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.
- ³Der Vertragsarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern,
1. wenn die elektronische Gesundheitskarte vor der ersten Inanspruchnahme im Quartal nicht vorgelegt worden ist bzw. ein anderer gültiger Anspruchsnachweis 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.
- (8a) Bei Leistungen der künstlichen Befruchtung rechnet der Vertragsarzt 50 % der nach dem Behandlungsplan genehmigten Behandlungskosten unmittelbar gegenüber dem nach § 27a SGB V anspruchsberechtigten Versicherten auf der Grundlage des EBM ab.
- (9) Eine entsprechend Absatz 8 Satz 3 Nr. 1 vom Versicherten entrichtete Vergütung ist zurückzuzahlen, wenn dem Vertragsarzt bis zum Ende des Kalendervierteljahres eine gültige elektronische Gesundheitskarte bzw. ein anderer gültiger Anspruchsnachweis vorgelegt wird.
- (10) Der Vertragsarzt darf für vertragsärztliche Leistungen mit Ausnahme von Massagen, Bädern und Krankengymnastik, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung erbracht werden, von Versicherten keine Zuzahlungen fordern. Die Verbände der Krankenkassen verständigen sich intern über einheitliche Zuzahlungsbeträge für Leistungen gemäß Satz 1 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.

§ 19

Elektronische Gesundheitskarte/Krankenversichertenkarte

- (1) ¹Zum Nachweis der Anspruchsberechtigung ist der Versicherte verpflichtet, eine elektronische Gesundheitskarte gem. § 291 Abs. 2a SGB V vorzulegen. ²Das Nähere zum Inhalt und zur Anwendung sowie zu einem Ersatzverfahren ist in Anlage 4a geregelt.
- (2) ¹Solange die elektronische Gesundheitskarte noch nicht an den Versicherten ausgegeben worden ist, ist der Versicherte verpflichtet, zum Nachweis der Anspruchsberechtigung die Krankenversichertenkarte gem. § 291 Abs. 2 SGB V vorzulegen. ²Für diesen Fall ist das Nähere zur Gestaltung und zum Inhalt der Krankenversichertenkarte sowie zu einem Ersatzverfahren in Anlage 4 geregelt. ³Die Regelungen zur elektronischen Gesundheitskarte in diesem Vertrag gelten entsprechend. ⁴Bei Befristung der Versichertenkarte ist das Gültigkeitsdatum

vom Vertragsarzt zu beachten.

- (3) ¹Wird von der Krankenkasse anstelle der Versichertenkarte im Einzelfall ein papiergebundener Anspruchsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen ausgegeben, muss dieser die Angaben gemäß § 291 Abs. 2 SGB V enthalten. ²Die Krankenkasse ist verpflichtet, ungültige Versichertenkarten einzuziehen.
- (4) ¹Der Leistungsanspruch von Versicherten, die ihrer Verpflichtung zur Beitragszahlung nicht nachkommen, ist eingeschränkt (§ 16 Abs. 3a SGB V). ²Der Vertragsarzt darf in diesen Fällen nur die notwendigen Untersuchungen, die zur Früherkennung von Krankheiten nach § 25 (Gesundheitsuntersuchung) und § 26 (Kinderuntersuchung) SGB V und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, erbringen, veranlassen und verordnen. ³Art und Umfang der notwendigen Leistungen zur Klärung und Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände oder bei auffälligen Befunden im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten sind von dem ausführenden Vertragsarzt nach medizinischem Erfordernis zu bestimmen. ⁴Die Krankenkasse zieht die Versichertenkarte ein. ⁵Zum Nachweis des eingeschränkten Anspruchs erhalten die Versicherten ein von der Krankenkasse ausgestelltes Vordruckmuster 85. ⁶Bei erforderlicher Veranlassung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen ist der eingeschränkte Leistungsanspruch des Versicherten auf dem Überweisungsschein gemäß Muster 6 der Vordruckvereinbarung zu kennzeichnen. ⁷Das ausgestellte Vordruckmuster 85 ist jeweils für die Abrechnung der Leistungen in dem Quartal der Ausstellung gültig. ⁸Für die Abrechnung der Leistungen und die Ausstellung von Verordnungen ist das Ersatzverfahren nach Anlage 4 bzw. 4a zu dieser Vereinbarung anzuwenden. ⁹Der vorgelegte Vordruck verbleibt in der Arztpraxis.

§ 20 [gestrichen]

§ 21

Behandlungsfall/Krankheitsfall/Betriebsstättenfall/Arztfall

- (1) ¹Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall. ²Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich aus der zuerst behandelten Krankheit eine andere Krankheit entwickelt oder während der Behandlung hinzutritt oder wenn der Versicherte, nachdem er eine Zeitlang einer Behandlung nicht bedurfte, innerhalb desselben Kalendervierteljahres wegen derselben oder einer anderen Krankheit in derselben Arztpraxis behandelt wird. ³Ein einheitlicher Behandlungsfall liegt auch dann vor, wenn sich der Versichertenstatus während des Quartals ändert. ⁴Es wird der Versichertenstatus bei der Abrechnung zugrunde gelegt, der bei Quartalsbeginn besteht. ⁵Stationäre belegärztliche Behandlung ist ein eigenständiger Behandlungsfall auch dann, wenn in demselben Quartal ambulante Behandlung durch denselben Belegarzt erfolgt. ⁶Unterliegt die Häufigkeit der Abrechnung bestimmter Leistungen besonderen Begrenzungen durch entsprechende Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die auf den Behandlungsfall bezogen sind, können sie nur in diesem Umfang abgerechnet werden, auch wenn sie durch denselben Arzt in demselben Kalendervierteljahr bei demselben Versicherten sowohl im ambulanten als auch stationären Behandlungsfall