



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## **Darstellung der Anwendung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen zur Erhebung der Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V-GMG anhand von fiktiven Fallbeispielen**

*Anmerkung:*

*Sofern nichts anderes vermerkt, wird bei der Beschreibung des jeweiligen Fallbeispiels von einem mindestens 30-jährigen Primär- oder Ersatzkassenversicherten ohne Zuzahlungsbefreiung ausgegangen, der sich in der Regelversorgung ohne Überweisung behandeln lässt und sich nicht in eine hausarztzentrierte Versorgung oder integrierte Versorgung eingeschrieben hat.*

*Im Fallbeispiel war er – sofern wiederum nichts anderes erwähnt – bisher noch bei keinem anderen Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeuten.*

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
1	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt.	Ja (1x)	Regelfall, bei dem die gesetzlichen Bedingungen für die Entrichtung einer Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V vorausgesetzt sind: Es handelt sich um einen GKV-Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat. Er war bisher noch bei keinem anderen „Leistungserbringer“, der die Zuzahlung hätte erheben können. Weiterhin handelt es sich um einen ersten persönlichen Arzt-Patientenkontakt, es liegt weder eine Überweisung noch eine Zuzahlungsbefreiung vor. Gemäß § 43 b SGB V hat daher der Leistungserbringer die Zuzahlung einzubehalten. Er verletzt aufgrund der näheren Bestimmungen der Bundesmantelverträge grundsätzlich seine vertragsärztlichen Pflichten, wenn er die Zuzahlung nicht einbehält, es sei denn, es liegen die im Gesetz und in den Bundesmantelverträgen aufgeführten Ausnahmen vor. Die Einbehaltung eines niedrigeren Betrages ist aufgrund des Verweises in § 43 b SGB V zu § 61 Satz 2 SGB V nicht möglich.
2	20-jähriger Zivildienstleistender (Sonstiger Kostenträger) geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt.	Nein	Die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V ist nur von klassischen GKV-Versicherten zu leisten. Demnach müssen die Versicherten entweder bei einer Primär- oder Ersatzkasse leistungs- und mitgliederrechtlich versichert sein. Versicherte der sonstigen Kostenträger müssen, da sie eigenständig vertraglich geregelt werden, nicht die Zuzahlung entrichten. Versicherte sonstiger Kostenträger sind Versicherte, die Leistungen im Rahmen der Durchführung der von den Unfallversicherungsträgern zu leistenden Heilbehandlung erhalten, Mitglieder der Beitragsklassen I, II und III der Krankenversorgung der Bundesbeamten, Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse, die der Mitgliedergruppe A angehören, Mitglieder, die Heilbehandlung der durch Dienstunfall verletzten Beamten des Bundeseisenbahnvermögens in Anspruch nehmen, Mitglieder, die Heilbehandlung der durch Dienstunfall verletzten Beamten der aus der ehemaligen Bundespost hervorgegangenen Unternehmen und Dienststellen in Anspruch nehmen, Polizeivollzugsbeamte im Bundesgrenzschutz, die vertragsärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, Zivildienstleistende, die vertragsärztliche Versorgung in Anspruch nehmen und Soldaten der Bundeswehr, die vertragsärztliche Versorgung in Anspruch nehmen.
3	Empfänger laufender Leistungen zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt. Er empfängt Leistungen zum Lebensunterhalt ununterbrochen seit 6 Monaten.	Ja (1x)	Empfänger laufender Leistungen zum Lebensunterhalt gemäß § 264 SGB V wählen eine Krankenkasse, der sie leistungsrechtlich zugeordnet werden. Demnach gilt für sie grundsätzlich auch die Verpflichtung der Leistung von Zuzahlungen gemäß § 28 Abs. 4 SGB V. Diese grundsätzliche Regelung wird durch das vermutlich zeitnahe Überschreiten der Belastungsgrenze gegenkompensiert werden. Solange aber der Empfänger

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
			laufender Leistungen zum Lebensunterhalt keine Zuzahlungsbefreiung vorlegt, hat er die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zu leisten.
4	Empfänger laufender Leistungen zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt. Er empfängt Leistungen zum Lebensunterhalt seit dem 1. Januar 2004. Eine Bescheinigung über die Befreiung von Zuzahlungen liegt nicht vor.	Ja/nein (1x)	§ 264 Abs. 2 Satz 2 SGB V regelt, dass Empfänger laufender Leistungen zum Lebensunterhalt, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, nicht leistungsrechtlich neu zugeordnet werden. Für sie gilt der bisherige Krankenversicherungsstatus, so dass der alte Versicherungsstatus maßgeblich für die Frage der Leistung der Zuzahlung sein wird. Dies ist mittels der gegebenenfalls vorhandenen Krankenversichertenkarte zu überprüfen.
5	BK-II-Bundesbahnbeamtenversicherter geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt.	Nein	Siehe laufende Nr. 2
6	17-jähriger Primär- oder Ersatzkassenversicherter, Geburtsdatum: 10. Januar 1986 geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt.	Nein	Im Hinblick auf die gesetzliche Regelung, wonach Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, die Zuzahlung leisten müssen, muss noch eine Stichtagsregelung festgesetzt werden. Demnach ist die Praxisgebühr dann einzubehalten, wenn die Erstinanspruchnahme des Vertragsarztes am 18. Geburtstag des Versicherten oder danach stattfindet.
7	18-jähriger Primär- oder Ersatzkassenversicherter, Geburtsdatum: 10. Januar 1986 geht am 10. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt.	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 6
8	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt. Er wechselt mit Wirkung zum 15. Januar 2004 die Krankenkasse und geht am 20. Januar 2004 zu demselben Hausarzt.	Ja (1x)	Wechselt der Versicherte im laufenden Quartal seine Kasse, zieht dies bei weiteren Arztbesuchen bei demselben Vertragsarzt keine erneute Einbehaltung der Praxisgebühr nach sich. Zur Weiterleitung der Information an die Kassenärztliche Vereinigung, dass eine Zuzahlung wegen Kassenwechsel nicht erhoben worden ist, ist in der Abrechnung die Pseudo-Nr. 8040 anzugeben. Die Begründung liegt in § 28 Abs. 4 SGB V, wonach die Zuzahlung nur einmal im Kalendervierteljahr unter den im Gesetz genannten Bedingungen zu leisten ist. Der Wechsel der Krankenkasse ist als Ausnahmeregelung nicht aufgeführt.
9	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt. Er wechselt mit Wirkung zum 15. Januar 2004 die Krankenkasse und geht am 20. Januar 2004 auf Überweisung seines Hausarztes, die dieser ihm am 9. Januar 2004 ausgestellt hat, zu einem Facharzt.	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 8; der Wechsel der Krankenkasse beeinflusst nicht die nachfolgenden weitergehenden, sich aus dem Gesetz und den Regelungen der Bundesmantelverträge ergebenden Regelungen.
10	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004	Ja (2x)	Siehe laufende Nrn. 8 und 9

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	wegen Fußpilz zu seinem Hausarzt. Er wechselt mit Wirkung zum 15. Januar 2004 die Krankenkasse und geht am 20. Januar 2004 zu einem anderen (zweiten) Hausarzt; eine Überweisung gem. § 24 Abs. 4 BMV-Ä analog EKV liegt nicht vor.		
11	Versicherter hat bisher Kostenerstattung nach § 13 SGB V in Anspruch genommen. Er war am 9. Januar 2005 wegen eines Infektes bei seinem Hausarzt. Die Zuzahlung wurde bereits von seiner Krankenkasse in Abzug gebracht. Er wechselt mit Wirkung zum 15. Januar 2005 von der Kostenerstattung nach einem Jahr in die Sachleistung; die KVK wurde unmittelbar geändert. Der Versicherte geht am 20. Januar 2005 erneut zu demselben Hausarzt.	Nein	Für den Fall des Wechsels des Versicherten von der Kostenerstattung gemäß § 13 SGB V zur Sach- oder Dienstleistung im laufenden Quartal gilt ebenfalls der Grundsatz, wonach die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V nur einmal bei einer Erstinanspruchnahme zu leisten ist. Da beim Kostenerstattungsverfahren die Zuzahlung von den Kostenträgern einbehalten wird, muss im dargestellten Fallbeispiel die Zuzahlung nicht erneut erhoben werden.
12	Versicherter wählt Kostenerstattung nach § 13 SGB V mit Wirkung zum 15. Januar 2004. Er war – noch auf der Grundlage des Sachleistungsprinzips – am 9. Januar 2004 wegen eines Infektes bei seinem Hausarzt und hat eine Zuzahlung entrichtet. Er geht am 20. Januar 2004 erneut zu demselben Hausarzt.	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 11; der Wechsel von der Sach- oder Dienstleistung zur Kostenerstattung beeinflusst nicht die weitergehenden grundlegenden gesetzlichen und bundesmantelvertraglichen Regelungen.
13	Dialysepflichtiger Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 2. Januar 2004 zu seiner ermächtigten Dialyse-Einrichtung. Er geht am 20. Januar 2004 auf Überweisung zu seinem Hausarzt.	Ja (1x)	§ 28 Abs. 4 SGB V verpflichtet jeden an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zur Einbehaltung der Zuzahlung. Dies wird durch § 18 BMV-Ä analog EKV in Abs. 1 präzisiert: Als ambulante Leistungserbringer werden hier neben den Vertragsärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, das medizinische Versorgungszentrum, die ermächtigte Einrichtung, der ermächtigte Krankenhausarzt oder das Krankenhaus, wenn es an der ambulanten Versorgung teilnimmt, aufgeführt. Das Krankenhaus nimmt an der ambulanten Versorgung im Rahmen der §§ 115 b und 116 b SGB V teil. Es nimmt auch an der ambulanten Versorgung teil, wenn der Versicherte das Krankenhaus im Notfall aufsucht, und dort eine akute ambulante Behandlung stattfindet. Das Fallbeispiel stellt zudem klar, dass aufgrund der Möglichkeit des Ausstellens einer Überweisung die Zuzahlung nicht in demselben Quartal ein weiteres Mal anfällt, wenn der Hausarzt aufgesucht wird.
14	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 2. Januar 2004	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 13; das Krankenhaus erklärt sich gegenüber der Krankenkasse, dass es ge-

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	zu einer ambulanten Operation gem. § 115 b SGB V ins Krankenhaus.		maß dem Vertrag nach § 115 b SGB V ambulante Operationen durchführt. Die Kassenärztliche Vereinigung wird über die Erklärung gemäß § 115 b SGB V informiert.
15	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 2. Januar 2004 zu einer ambulanten Operation gem. § 115 b SGB V ins Krankenhaus. Er geht am 20. Januar 2004 zu seinem Hausarzt.	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 13 und laufende Nr. 14; das Krankenhaus kann nicht überweisen, so dass in diesem Fall die Quittung als Befreiungstatbestand die Überweisung ersetzt.
16	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 2. Januar 2004 zu einem ermächtigten Krankenhausarzt.	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 13; im Ermächtigungsumfang ist gegebenenfalls auf die Verpflichtung zur Erhebung der Zuzahlung hinzuweisen.
17	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 2. Januar 2004 zu einem ermächtigten Krankenhausarzt. Er geht am 20. Januar 2004 zu seinem Hausarzt.	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 13
18	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 2. Januar 2004 zu seinem Hausarzt. Er geht auf Überweisung am 20. Januar 2004 zu einem ermächtigten Krankenhausarzt.	Ja (1x)	Hier fällt die Zuzahlung nur einmal beim Hausarzt an. Aufgrund der Überweisung muss der ermächtigte Krankenhausarzt gemäß der gesetzlichen Grundlage die Zuzahlung nicht erneut erheben. Liegt keine Überweisung vor, ist die Zuzahlung im Fallbeispiel auch zusätzlich ein zweites Mal durch den ermächtigten Krankenhausarzt zu erheben.
19	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht zu einem sowohl für die vertrags- als auch für die vertragszahnärztliche Versorgung zugelassenen MKG-Chirurgen.	Ja (1x)	Der Versicherte zahlt auch beim MKG-Chirurgen, der sowohl für die vertragsärztliche als auch für die vertragszahnärztliche Versorgung zugelassen ist, nur einmal die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V, auch wenn der Versicherte zwei im Gesetz definierte Versorgungssektoren in Anspruch nimmt. Im Hinblick auf § 43 b Abs. 2 SGB V muss noch definiert werden, welche Gesamtvergütung um die einbehaltenen Zuzahlungen verringert wird. Es gilt der Grundsatz, wonach bei gleichzeitiger vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Abrechnung von Leistungen bei demselben Versicherten in demselben Quartal der vertragsärztliche Honorarbescheid verringert werden soll.
20	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht zu einem sowohl für die vertragsärztliche als auch für die vertragszahnärztliche Versorgung zugelassenen MKG-Chirurgen. Dieser rechnet mit seiner für ihn zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Zur weitergehenden Abklärung einer Erkrankung sendet der Vertragsarzt eine Probe an einen Pathologen.	Ja (1 x)	Vgl. laufende Nr. 19; da eine formlose Überweisung von einem Vertragszahnarzt zum Pathologen nicht mehr möglich ist (Streichung § 24 Abs. 10 BMV-Ä analog EKV) muss der MKG-Chirurg als Vertragsarzt einen Abrechnungsschein zur Abrechnung der Leistung nach der Nr. 3 bei der für ihn zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung einreichen, sodass eine Überweisung an den im vertragsärztlichen Versorgungsbereich tätigen Pathologen möglich ist. Eine erneute Zuzahlung ist wie im Fallbeispiel Nr. 19 bei einem Leistungserbringer nicht fällig.
21	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht zu einem nach § 117 SGB V ermächtigten Institut einer	Ja (1 x)	Ein gemäß § 117 SGB V ermächtigtes Institut einer Hochschulklinik nimmt an der ambulanten ärztlichen Versorgung teil. Damit hat der Versi-

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	Hochschulklinik. Er ist akut behandlungsbedürftig und kann die Zuzahlung nicht unmittelbar leisten.		cherte 10 € Zuzahlung zu entrichten. Gemäß einer noch zu schließenden Rahmenempfehlung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden die Regelungen des Bundesmantelvertrages analog angewendet. Da der Versicherte nicht vor der Behandlung zahlt, ist er schriftlich durch die Hochschulambulanz aufzufordern. Da nach § 117 SGB V ermächtigte Einrichtungen mit den Krankenkassen direkt abrechnen, übernimmt den weiteren Zahlungseinzug die entsprechende Krankenkasse.
22	Primär- oder Ersatzkassenversicherter mit Zahnschmerzen, Neurose und Kniegelenksinstabilität sucht in demselben Kalendervierteljahr zuerst den Zahnarzt, dann einen psychologischen Psychotherapeuten und danach den Orthopäden auf.	Ja (2x)	Im vorliegenden Fall entrichtet der Versicherte einmal eine Zuzahlung beim Zahnarzt und ein weiteres Mal entweder beim psychologischen Psychotherapeuten oder beim Orthopäden. Da er zuerst den psychologischen Psychotherapeuten aufsucht, handelt es sich hier um die im Gesetz erwähnte Erstinanspruchnahme. Da der psychologische Psychotherapeut aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen (Psychotherapeutengesetz) nicht in die Lage versetzt ist, Überweisungen auszustellen, war es notwendig, ein „Überweisungsanalogon“ in den Bundesmantelverträgen einzuführen. § 18 Abs. 6 BMV-Ä analog EKV regelt, dass bei einer Erstinanspruchnahme eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die zu erstellende Quittung an die Stelle der Überweisung tritt. Mit § 18 Abs. 2 SGB V ist im Hinblick auf die gesetzliche Verpflichtung der Quittierung geregelt, dass entweder das dazu vereinbarte Formular oder ein Nachweisheft der Krankenkasse zu verwenden ist. Wird das Nachweisheft der Krankenkasse verwendet, müssen diese Nachweishefte auch der nachfolgenden Regelung genügen: Um „vagabundierende Quittungen“ zu vermeiden, wird der in Folge nach Inanspruchnahme eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Anspruch genommene Vertragsarzt die Quittung mit seinem Vertragsarztstempel versehen. Damit „entwertet“ er die Quittung. Erneute Überweisungen können jederzeit von einem Vertragsarzt im Rahmen des § 24 BMV-Ä. Der Beschluss des Bundesschiedsamtes vom 08.12.2003 trennt die psychotherapeutische Versorgung analog der Zahnmedizin vom vertragsärztlichen Bereich. Hiernach wären in diesem Beispiel 30 € von dem Patienten zu zahlen. Die Partner der Bundesmantelverträge haben bisher keine Regelung gefunden, mit der der Beschluss des Schiedsamtes alle Leistungserbringer gleichbehandelnd umgesetzt werden konnte. Deshalb ist die 30 €-Regelung bis zum 31.03.2004 ausgesetzt.
23	Primär- oder Ersatzkassenver-	Ja	Siehe laufende Nr. 22; da der Versicherte nur

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	sicherter mit Neurose und Kniegelenksinstabilität sucht in demselben Kalendervierteljahr zuerst einen psychologischen Psychotherapeuten und danach den Orthopäden auf.	(1x)	Vertragsärzte oder –therapeuten eines Versorgungsbereiches aufsucht, wird bei ihm auch nur einmal die Zuzahlung einbehalten.
24	Primär- oder Ersatzkassenversicherter mit Neurose und Kniegelenksinstabilität sucht in demselben Kalendervierteljahr zuerst einen Orthopäden und danach den psychologischen Psychotherapeuten auf.	Ja (2x)	Siehe laufende Nr. 22; da zuerst der Orthopäde und danach der psychologische Psychotherapeut aufgesucht wird und keine Überweisung zum psychologischen Psychotherapeuten vorliegt, wird die Zuzahlung zweimal fällig. Die formlose Überweisung vom Zahnarzt zum Arzt ist mit den Änderungen gestrichen worden.
25	Primär- oder Ersatzkassenversicherter mit Zahnschmerzen und Kniegelenksinstabilität sucht in demselben Kalendervierteljahr zuerst den Zahnarzt und danach den Orthopäden auf.	Ja (2x)	Siehe laufende Nr. 22; nachdem hier Leistungserbringer zweier Versorgungsbereiche aufgeführt sind und ein Überweisungsverfahren zwischen den Versorgungsbereichen nicht möglich ist, wird die Zuzahlung jeweils einmal vom Zahnarzt und einmal vom Orthopäden einbehalten.
26	Primär- oder Ersatzkassenversicherter mit Neurose sucht einen psychologischen Psychotherapeuten auf. Der pPt rechnet nur probatorische Sitzungen ab.	Ja (1x)	Der Einbehalt der Zuzahlung ist unabhängig von der Art der erbrachten Leistungen gesetzlich verankert. Dies gilt auch bei psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, wenn sie z. B. nur probatorische Sitzungen im Quartal abrechnen.
27	21-jähriger unter Vormundschaft stehender psychotisch kranker BKK-Versicherter geht am 1. Februar 2004 zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.	Ja (1x)	Hier wird eine grundsätzlich ausschließlich von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr in Anspruch genommene Arztgruppe unter besonderen Bedingungen (Heranwachsender) aufgesucht. Auch in diesem Fall gilt das Gesetz, wonach die Praxisgebühr bei einem 21-jährigen Primärkassenversicherten zu erheben ist.
28	25-jährige IKK-Versicherte hat im gesamten Quartal nur einen telefonischen Arzt-Patientenkontakt.	Ja (1x)	§ 28 Abs. 4 SGB V differenziert die Inanspruchnahme nicht weitergehend. Deshalb haben auch die Partner der Bundesmantelverträge von anderen Regelungen abgesehen. Da es sich jedoch um einen nicht persönlichen Arzt-Patientenkontakt handelt, gilt § 18 Abs. 3 BMV-Ä analog EKV, wonach die Zuzahlung entgegen der grundsätzlich formulierten Regelung ausnahmsweise auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden kann. In diesen Fällen kann es vorkommen, dass die Zuzahlung nicht mehr in demselben Quartal vom Versicherten geleistet wird. Der Vertragsarzt bzw. –therapeut muss in diesem Fall zur Zuzahlung schriftlich aufordern. Dabei ist maximal eine Frist von 10 Tagen zu setzen. Zahlt der Versicherte innerhalb der gesetzten Frist nicht, wird die für den Arzt bzw. Therapeuten zuständige Kassenärztliche Vereinigung ein Mahnverfahren durchführen und ggf. Vollstreckungsmaßnahmen ergreifen.
29	25-jährige IKK-Versicherte hat im gesamten Quartal keinen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt, lässt sich lediglich im Quartal ohne unmittelbaren Arztkontakt ein Wie-	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 28; die in laufender Nr. 28 erwähnte Ausnahmeregelung gilt auch für andere nicht persönliche, nicht telefonische Arzt-Patientenkontakte, z. B. im Zusammenhang mit dem Ausstellen eines Wiederholungsrezeptes oder

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	derholungsrezept ausstellen.		dem Ausstellen einer Überweisung.
30	25-jährige IKK-Versicherte erbittet vom Praxispersonal das „Pillenrezept“. Weitere Arztinanspruchnahmen finden im Quartal nicht statt.	Ja (1x)	Siehe laufende Nrn. 28 und 29. Ggf. findet diesbezüglich noch eine Änderung des Gesetzes statt.
31	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht wegen Fußpilz zum Hausarzt; verweigert die Zuzahlung.	Ja (1x)	Gem. § 43 b SGB V sowie § 18 BMV-Ä analog EKV ist der Vertragsarzt in jedem Fall verpflichtet, die Zuzahlung zu erheben, es sei denn, es liegen die in den Bundesmantelverträgen bzw. im Gesetz aufgeführten Ausnahmen vor. Eine grundsätzliche Verweigerung zur Zuzahlung würde den Vertragsarzt bzw. -therapeuten gem. § 13 Abs. 7 BMV-Ä analog EKV dazu berechtigen, die Behandlung abzulehnen
32	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht wegen Fußpilz zum Hausarzt; er hat seine Geldbörse vergessen und führt keine anderen Zahlungsmittel mit.	Ja (1x)	Siehe Ifd. Nr. 31; die Formulierung in § 19 Abs. 7 BMV-Ä analog EKV eröffnet dem Vertragsarzt einen gewissen Spielraum, in dem er sich im Hinblick auf die Auslegung gemäß der Bundesmantelverträge bewegen kann. Mit der Formulierung „ist berechtigt“ kann er davon absehen, vor der Behandlung die Zuzahlung einzubehalten, wenn er sich davon überzeugt hat, dass der Versicherte nach der Behandlung die Zuzahlung entrichtet. In jedem Fall muss er davon ausgehen, dass ohne entsprechende Begründung oder Vorliegen von in den Bundesmantelverträgen oder im Gesetz geregelten Ausnahmen sein Honorarbescheid um diese Zuzahlung verringert wird. Darüber hinaus sei auf die Regelung in § 106 Abs. 4 SGB V verwiesen, bei der im Rahmen von Prüfmaßnahmen die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflicht zur Einbehaltung der Zuzahlung geprüft werden kann.
33	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht wegen akutem hochfieberhaftem grippalen Infekt zum Hausarzt; er hat seine Geldbörse vergessen und führt keine anderen Zahlungsmittel mit sich.	Ja (1x)	Gemäß § 13 Abs. 7 BMV-Ä analog EKV ist der Vertragsarzt bzw. -therapeut auch in diesem Fall verpflichtet, bei Erstinanspruchnahme die Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V zu erheben. Jedoch ermöglicht ihm § 18 Abs. 3 BMV-Ä analog EKV, die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme zu erheben. § 18 Abs. 4 BMV-Ä analog EKV regelt daraufhin, dass er die Zuzahlung nachträglich einzuziehen hat (unmittelbar nach der Behandlung oder schriftlich) und damit die geleisteten Zahlungen quittiert. Im Gegenzug ist in § 18 Abs. 4 BMV-Ä analog EKV die Verpflichtung des Versicherten dokumentiert, die Zuzahlung unverzüglich zu entrichten.
34	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht wegen Fußpilz zum organisierten KV-Notdienst, der von einem eingeteilten niedergelassenen Vertragsarzt wahrgenommen wird.	Ja (1x)	Auch im organisierten Notfalldienst gilt § 18 Abs. 1 BMV-Ä analog EKV. Es besteht lediglich bei akuter Behandlungsbedürftigkeit ebenso wie in der Regelversorgung die Möglichkeit, die Zuzahlung nach der Inanspruchnahme zu erheben. Im vorliegenden Falle liegt beim Aufsuchen eines im organisierten Notfalldienst tätigen Vertragsarztes keine akute Behandlungsbedürftigkeit vor. Dann muss

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
			<p>unter Zugrundelegen von § 13 Abs. 7 BMV-Ä analog EKV sowie § 18 Abs. 1 BMV-Ä analog EKV die Zuzahlung vor Behandlungsaufnahme vom Versicherten entrichtet werden. In diesem Falle tritt darüber hinaus § 18 Abs. 6 BMV-Ä analog EKV ein, wonach anstelle einer Überweisung zu einem in Folge in Anspruch zu nehmenden Vertragsarzt der Regelversorgung (im Notfalldienst sind grundsätzlich keine Überweisungen möglich) die Quittung gilt. Auch hier gilt das weitere in § 18 Abs. 6 BMV-Ä analog EKV beschriebene Verfahren, worauf der in Folge in Anspruch genommene Vertragsarzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel entwertet. Die Entwertung kann weder von einem Leistungserbringer der im Notfall oder im organisierten Notfalldienst in Anspruch genommen wird, noch von einem psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgenommen werden.</p>
35	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht wegen eines akut hochfieberhaften Infekts zum organisierten Notfalldienst, der von einem eingeteilten niedergelassenen Vertragsarzt wahrgenommen wird.</p>	Ja (1x)	<p>Siehe Ifd. Nummer 34; in diesem Fall ist gemäß § 18 Abs. 3 und Abs. 4 BMV-Ä analog EKV die Möglichkeit der Erhebung der Zuzahlung nach der Behandlung gegeben.</p>
36	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht wegen akut hochfieberhaftem Infekt direkt zum Krankenhaus. Er wird dort „notfallmäßig“ ambulant behandelt.</p>	Ja (1x)	<p>Siehe Ifd. Nr. 35; in diesem Fall ist das Krankenhaus gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V an der ambulanten Leistungserbringung notfallmäßig beteiligt (identifizierbar über den entsprechenden Behandlungsausweis). Damit gelten dieselben Regelungen wie für den Vertragsarzt im organisierten Notfalldienst. Zur Verfahrensweise in den Krankenhäusern vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Rahmenempfehlung.</p>
37	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter wird von einem nicht zugelassenen Vertragsarzt am Badensee wegen Bienenstich mit nachfolgender anaphylaktoider Reaktion behandelt.</p>	Ja (1x)	<p>Für den Fall, dass der nicht zugelassene Vertragsarzt mittels eines von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung angeforderten „Notfallscheines“ abrechnet, gelten dieselben Regelung wie bei Ifd. Nr. 35.</p>
38	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter kommt am 9. Januar 2004 mittags mit einer großen Wunde zum Hausarzt. Dieser versorgt die Wunde und bittet den Patienten den Verband am darauffolgenden Samstag im organisierten Notfalldienst überprüfen zu lassen.</p>	Ja (1 x)	<p>Für die Erstinanspruchnahme des Hausarztes ist die Zuzahlung einmal fällig. Eine erneute Zuzahlung für die Inanspruchnahme des organisierten Notfalldienstes für die nicht-aufschiebbare Überprüfung ist sowohl für den Patienten als auch für den Leistungserbringer im organisierten Notfalldienst nicht tragbar, obwohl die gesetzliche Regelung im § 28 Abs. 4 SGB V dieses verlangen würde, weil eine Überweisung in den organisierten Notfalldienst nach derzeitigem Regelungsstand nicht möglich ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird hierzu die Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen suchen, um</p>

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
			eine Regelung im Bundesmantelvertrag zu finden, mit der Überweisungen für die Behandlung im organisierten Notfalldienst durch den Vertragsarzt möglich sind. Einstweilen wird darum gebeten, so zu verfahren.
39	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 10. Januar 2004 mit einer großen Wunde zur Behandlung in die Notfallzentrale der Kassenärztlichen Vereinigung. Der diensthabende Arzt versorgt die Wunde und bittet den Patienten am darauffolgenden Sonntag den Verband erneuern zu lassen. Der Patient kommt dieser Bitte nach, wird von einem anderen im Notfalldienst tätigen Arzt behandelt und geht am Montag, dem 12. Januar 2004 zur weiteren Kontrolluntersuchung zu seinem Hausarzt.	Ja (1x)	Siehe Ifd. Nr. 38; die Erstinanspruchnahme eines an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers am Samstag im organisierten Notfalldienst führt zur Erhebung der Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V. Eine erneute Zuzahlung für die Versorgung am Sonntag wären sowohl dem Patienten, als auch dem am Sonntag tätigen Arzt unzumutbar. Die gesetzliche Regelung in § 28 Abs. 4 SGB V würde aber nach derzeitigem Regelungsstand die Zuzahlung des Patienten verlangen, weil einerseits aus dem organisierten Notfalldienst nicht überwiesen werden kann und andererseits der organisierte Notfalldienst nicht auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird die in der Ifd. Nr. 38 erwähnte Verhandlung in der Weise führen, dass eine Überweisung zur Behandlung im organisierten Notfalldienst auch im organisierten Notfalldienst vorgenommen werden kann. Das am Montag erfolgte Aufsuchen des Hausarztes ist durch die Regelung im § 18 Abs. 6 BVM-Ä analog EKV zuzahlungsbefreit. Der Patient legt die Quittung vom Samstag vor und der Hausarzt entwertet.
40	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht wegen Fußpilz zum organisierten KV-Notdienst, der von einem eingeteilten niedergelassenen Vertragsarzt wahrgenommen wird. Am darauffolgenden Wochenende verletzt sich derselbe Versicherte beim Holzhacken mit dem Beil und sucht erneut den organisierten KV-Notdienst auf, der von einem anderen Vertragsarzt an diesem Wochenende wahrgenommen wird.	Ja (2 x)	Siehe Ifd. Nr. 39; für das zweite Aufsuchen des KV-Notdienstes am Wochenende muss der Patient erneut die Zuzahlung entrichten. Die Vorlage der Quittung über die Bezahlung der 10 € während der vorherigen Behandlung im KV-Notdienst darf für eine erneute Notfallbehandlung nicht vom eingeteilten Arzt akzeptiert werden. Eine Überweisung zu einem Notfall per Definition ist nicht möglich.
41	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 zum Hausarzt; dieser stellt ihm eine Überweisung zur Mitbehandlung zum Orthopäden aus; der Versicherte sucht am 15. Januar 2004 den Orthopäden auf.	Ja (1x)	Die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V muss am 9. Januar beim Hausarzt erhoben werden, da die Weiterüberweisung in demselben Quartal mittels des in § 24 BMV-Ä analog EKV definierten Überweisungsverfahrens erfolgt. Bei der weiteren auf Überweisung erfolgenden Inanspruchnahme des Orthopäden am 15. Januar 2004 wird keine weitere Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V erhoben.
42	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 zum Orthopäden wegen einer fraglichen Lumbago, nach Abklärung der Lumbago überweist der	Ja (1x)	Auch wenn die Erstinanspruchnahme im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt, gilt § 28 Abs. 4 SGB V analog. Demnach muss der Versicherte am 9. Januar die Zuzahlung beim Orthopäden entrichten. Da eine zulässige Überweisung zum

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	Orthopäde den Patienten zur weiteren hausärztlichen Betreuung zu seinem Hausarzt; der Hausarzt wird am 15. Januar 2004 aufgesucht.		Hausarzt erfolgt, muss die Zuzahlung beim Hausarzt im Rahmen der Behandlung am 15. Januar 2004 nicht noch einmal entrichtet werden.
43	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 zum Orthopäden wegen einer fraglichen Lumbago; dieser überweist zum Radiologen, wo am selben Tage eine Röntgenaufnahme durchgeführt wird. Der Patient sucht wiederum am selben Tage den Orthopäden auf. Dieser behandelt ihn und überweist ihn zur weiteren hausärztlichen Betreuung an seinen Hausarzt; der Hausarzt wird am 15. Januar 2004 aufgesucht.	Ja (1x)	Siehe Ifd. Nr. 42; alle Arzt-Patientenkontaktaufnahmen sind nach der ersten Inanspruchnahme des Orthopäden mittels Überweisungsverfahren oder der Regelung zur weiteren Inanspruchnahme desselben Vertragsarztes in demselben Quartal abgedeckt.
44	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 8. Januar 2004 zum Orthopäden wegen einer fraglichen Lumbago; nach Behandlung und Rücküberweisung zum Hausarzt erfolgt eine erneute Behandlung beim Hausarzt am 9. Januar 2004. Im Zusammenhang mit dieser Behandlung bittet er den Hausarzt um eine Überweisung zur Visusüberprüfung. Nach erfolgter Überweisung findet die Untersuchung beim Augenarzt am 12. Januar 2004 statt.	Ja (1x)	Die Zuzahlung wird beim Orthopäden entrichtet. Die weiteren Arzt-Patienten-Kontakte finden auf Überweisung statt und sind deshalb zuzahlungsbefreit.
45	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht zum Augenarzt; dort wird die Indikation zu einer Katarakt-Operation gestellt. Er geht in demselben Quartal noch zu einem anderen Augenarzt, um sich eine Zweitmeinung in Bezug auf die Operationsindikation einzuholen. Eine Überweisung liegt nicht vor.	Ja (2x)	Hier liegen zwei Inanspruchnahmen zweier verschiedener Vertragsärzte vor, so dass die Zuzahlung vom Versicherten 2x entrichtet werden muss.
46	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 zu seinem Hausarzt; wegen eines Umzuges muss er seinen Hausarzt wechseln; hierzu stellt ihm der Hausarzt am 9. Januar 2004 eine Überweisung zu seinem künftigen Hausarzt aus. Diesen sucht der Versicherte am 20. Januar 2004 auf.	Ja (1x)	Auch Überweisungen innerhalb desselben Fachgebietes sind ausnahmsweise (§ 24 BMV-Ä analog EKV) zulässig. Eine solche Ausnahme liegt hier vor; damit ist die Überweisung zulässig. Es wird nur einmal die Praxisgebühr bei dem Arzt-Patientenkontakt am 9. Januar 2004 erhoben.
47	Primär- oder Ersatzkassenversi-	Ja	Die zum 1. Januar 2004 in Kraft tretende Ände-

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	<p>cherter geht am 4. Januar 2004 mit einer Analvenenthrombose bei fraglicher Fistelung zu seinem Hausarzt. Sein Hausarzt behandelt ihn prophylaktisch, ist aber nicht in der Lage, zu prüfen, inwieweit eine ischiorektale Fistel vorhanden ist. Er überweist ihn zu einem ihm bekannten Hausarzt, der einen proktologischen Versorgungsschwerpunkt hat, zur Mitbehandlung.</p>	(1 x)	<p>zung des Bundesmantelvertrages im § 24 Abs. 4 BMV-Ä analog EKV führt aus, dass eine Überweisung von einem Vertragsarzt einer Arztgruppe zu einem Vertragsarzt derselben Arztgruppe nicht zulässig ist. Diese Änderung ist allerdings vor dem Hintergrund der Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V erneut zu überprüfen und zum 1. April 2004 anzupassen. Die Anpassung wird notwendig, weil in demselben Fall, indem der Hausarzt zu einem Chirurgen mit Schwerpunkt Proktologie überweist, keine weitere Zuzahlung notwendig werden würde. Überweist er jedoch fälschlicherweise zu einem Hausarzt mit Versorgungsschwerpunkt Proktologie ist diese Überweisung ungültig. Nimmt der Hausarzt mit Versorgungsschwerpunkt Proktologie die Behandlung wahr, muss er auch – da die Überweisung ungültig ist – die Zuzahlung erneut erheben.</p>
48	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 5. Januar 2004 zum Internisten wegen unklarer Oberbauchbeschwerden. Der Internist nimmt im Rahmen der differentialdiagnostischen internistischen Untersuchung eine Blutprobe ab und leitet diese mit einem Überweisungsschein zum Laborarzt, um eine laboratoriumsmedizinische Spezialuntersuchung durchführen zu lassen. Die Untersuchung erfolgt am 7. Januar 2004, die Rückübermittlung des Befundes am 10. Januar 2004.</p>	Ja (1 x)	<p>Da hier eine Überweisung zu einem ausschließlich auftragnehmenden Vertragsarzt gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ä analog EKV vorliegt, muss die Zuzahlung nur bei der Erstinanspruchnahme des Internisten erfolgen.</p>
49	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 30. März 2004 zum Internisten wegen unklarer Oberbauchsymptomatik. Der Internist erhebt die Verdachtsdiagnose einer unklaren infektiösen Darmerkrankung und erbittet weitergehende laboratoriumsmedizinische Untersuchungen, unter anderen auch eine mikrobiologische differentialdiagnostische Untersuchung. Die Anlage der Bakterienkultur dauert mehrere Tage, sodass die Untersuchung erst am 04. April 2004 abgeschlossen ist. Die Befundmitteilung erfolgt noch am selben Tag.</p>	Ja (1 x)	<p>Entgegen der allgemeinen Regelung in § 18 Abs. 2 BMV-Ä analog EKV wird seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Auffassung vertreten, dass dann, wenn eine Auftragsleitung zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen erfolgt, die Regelung, wonach die Überweisung nur für dasselbe Quartal gilt, außer Kraft gesetzt werden soll. Dies würde unter anderem auch histologische Untersuchungen sowie die Auswertung von Langzeit-EKG-Untersuchungen betreffen.</p>
50	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht am 26. März 2004 wegen einer unklaren Dorsopathie seinen Orthopäden auf. Der Orthopäde mit Versorgungsschwerpunkt Rheumatologie erhebt die</p>	Ja (1 x)	<p>Auch im Falle einer Weiterüberweisung sollte die im vorgenannten Fallbeispiel Nr. 49 Verfahrensweise berücksichtigt werden.</p>

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	<p>Verdachtsdiagnose Morbus Bechterew. Zum Ausschluss dieser Diagnose erbittet er die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen zur Abklärung eines Morbus Bechterew (Rheumaserologie). Das ihn beratende Speziallabor kann alle rheumaserologischen Faktoren mit Ausnahme von HLA B 27 bestimmen. HLA B 27 wird im Rahmen eines Weiterüberweisungsauftrages durch den Laborarzt von einem anderen Laborspezialisten bestimmt. Diese Weiterüberweisung erfolgt erst am 2. April 2004.</p>		
51	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 30. März 2004 zum Hausarzt; dieser überweist ihn zum HNO-Arzt wegen Abklärung einer Schwerhörigkeit. Aufgrund der Terminvergabe findet die Untersuchung beim HNO-Arzt am 2. April 2004 statt.</p>	Ja (2x)	<p>Das Gesetz bezieht die Verpflichtung zur Entrichtung einer Zuzahlung des Versicherten in § 28 Abs. 4 SGB V ausdrücklich auf ein Kalendervierteljahr. Im Fallbeispiel erstreckt sich die Behandlung über zwei verschiedene Kalendervierteljahre statt, so dass die Zuzahlung 2x zu entrichten ist.</p>
52	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 30. März 2004 zum HNO-Arzt; dieser überweist ihn zum Radiologen mit der Bitte um eine Abklärung der Nasennebenhöhlen mittels CT. Der Überweisungsauftrag wird mittels der im EBM für diese Leistung aufgeführten Gebührenordnungsposition spezifiziert. Der Versicherte erhält seine Untersuchung am 2. April 2004 vom Radiologen.</p>	Ja (2x)	<p>Siehe Ifd. Nr. 51; auch in diesem Fall einer Auftragsleistung zieht sich die Behandlung über zwei Kalendervierteljahre hin. Der Radiologe muss die Zuzahlung erheben. Zur Vermeidung einer erneuten Zuzahlung für die Weiterbehandlung beim HNO-Arzt muss der Radiologe an den HNO-Arzt zurück überweisen. Hier wird die KBV noch Nachverhandlungen anstreben.</p>
53	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter wird ambulant im Krankenhaus gem. § 115 b SGB V operiert. Im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgt eine Gewebeentnahme und histologische Untersuchung beim Pathologen.</p>	Ja (1x)	<p>Das Krankenhaus ist hier als ambulanter Leistungserbringer tätig, somit fällt es unter die Regelungen des § 28 Abs. 4 SGB V. Es liegt hier eine Überweisung vor, bei der nicht der Patient, sondern ein Körpermaterial untersucht wird. Aus diesem Grunde und weil eine formal gültige Überweisung vorliegt ist die Zuzahlung nur 1x zu entrichten.</p>
54	<p>Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 zum Hausarzt; sucht ohne Überweisung am 14. Januar 2004 den Augenarzt auf; geht am 15. Januar 2004 zu seinem Hausarzt; lässt sich nachträglich eine Überweisung ausstellen und geht damit wieder zum Augenarzt am 16. Januar 2004 und bittet um Rückerstattung der Zuzahlung</p>	Ja (2x)	<p>§ 18 Abs. 1 führt aus, dass die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder eines Befreiungsausweises keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten begründet. Demnach obliegt die erste Entscheidung dem Augenarzt, ob er die Zuzahlung rückerstattet. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Zuzahlung nicht rückerstattet wird.</p>

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	nach § 28 Abs. 4 SGB V.		
55	BEK-Versicherter (BWL-Student ohne eigenes Einkommen) war bisher zuzahlungsbefreit; er geht mit seinem alten Befreiungsbescheid am 9. Januar 2004 zum Hausarzt.	Ja (1x)	Mit In-Kraft-Treten des neuen Gesetzes zum 1. Januar 2004 sind die Zuzahlungsregelungen in § 62 SGB V neu gefasst worden. Demnach müssen grundsätzlich alle Versicherten Zuzahlungen bis zu einer Belastungsgrenze leisten. Die Belastungsgrenze beträgt 2 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, bei chronisch Kranken 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Auch wenn davon auszugehen ist, dass ein Student ohne Einkommen die Belastungsgrenze grundsätzlich überschreitet, ist festzustellen, dass bei einer Erstinanspruchnahme eines Vertragsarztes am 9. Januar 2004 ohne vorherige Inanspruchnahme anderer Vertragsärzte (Leistungserbringer) die Belastungsgrenze noch nicht erreicht ist. Gleichzeitig entfällt die Zuzahlung gem. § 18 BMV-Ä analog EKV nur, wenn ein aktueller, mit Gültigkeitszeitraum versehener Befreiungsausweis vorgelegt wird. Dies ist im Fallbeispiel nicht gegeben, so dass der Versicherte die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V entrichten muss.
56	BEK-Versicherter (BWL-Student ohne eigenes Einkommen) geht am 9. Januar 2004 zu seinem Hausarzt und legt einen gem. § 62 SGB V erstellten Befreiungsbescheid vor, der jedoch nicht mit Gültigkeitszeitraum versehen ist und schon am 23. Dezember 2003 erstellt wurde.	Ja (1x)	Gem. § 18 Abs. 1 BMV-Ä analog EKV ist dieser Befreiungsbescheid nicht gültig; der Versicherte muss die Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V entrichten.
57	25-jähriger BEK-Versicherter legt am 30. Januar 2004 vor der Behandlung eine Bescheinigung über das Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V vor, die Gültigkeit bis zum 30. Juli 2004 hat.	nein	Die gültige Bescheinigung führt gem. § 62 SGB V in Verbindung mit § 18 BMV-Ä analog EKV dazu, dass der Versicherte keine Zuzahlung entrichten muss.
58	25-jährige BEK-Versicherte geht am 30. Januar 2004 zum Hausarzt. Dort entrichtet sie eine Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V. Am 5. Februar 2004 legt sie in der Praxis des Hausarztes eine Bescheinigung über das Überschreiten der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V vor, die am 26. Januar 2004 ausgestellt wurde.	Ja (1x)	§ 18 Abs. 1 führt ausdrücklich aus, dass die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder eines Befreiungsausweises keinen Rückzahlungsanspruch eines Versicherten begründet. In diesem Falle besteht Entscheidungs- und Handlungsspielraum des Vertragsarztes bzw. -therapeuten, wobei der in den Bundesmantelverträgen verankerte Grundsatz gilt.
59	BEK-Versicherte geht am 30. Januar 2004 erstmalig zum Hausarzt. Sie entrichtet beim Hausarzt die Zuzahlung gem. 28 Abs. 4 SGB V. Am 20. Februar 2004 sucht sie erneut ihren Hausarzt auf und legt eine Bescheinigung	Ja (1x)	Gem. § 18 Abs. 1 Satz 2 entfällt die Zuzahlung nur, wenn vor der Behandlung ein aktueller mit Gültigkeitszeitraum vorgesehener Befreiungsausweis der Krankenkasse vorgelegt wird. Dies ist im vorliegenden Beispiel nicht der Fall, die Zuzahlung ist zu entrichten.

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	vor, aus der hervorgeht, dass sie die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschreitet. Die Bescheinigung ist am 6. Februar 2004 ausgestellt worden und gilt bis zum 30. Juni 2004.		
60	25-jährige BEK-Versicherte geht am 31. Juli 2004 erstmalig im Quartal zum Hausarzt. Der Hausarzt erhebt die Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V. Sie legt ihm vor der Behandlung einen Befreiungsausweis ihrer Krankenkasse vor mit Gültigkeitszeitraum bis zum 30. Juni 2004.	Ja (1x)	Siehe Ifd. Nr. 59; der Gültigkeitszeitraum für den Befreiungszeitraum ist überschritten.
61	25-jährige Primär- oder Ersatzkassenversicherte wechselt ihre Krankenkasse mit Wirkung vom 1. August 2004. Ihre alte Krankenkasse hatte ihr einen Befreiungsausweis ausgestellt, der einen Gültigkeitszeitraum bis zum 30. September 2004 ausweist. Sie geht am 1. September 2004 zu ihrem Hausarzt, der über den Kassenwechsel informiert ist.	Ja (1x)	Aufgrund des Kassenwechsels ist ein neuer Befreiungsausweis der nunmehr zuständigen Krankenkasse vorzulegen. Wird dieser nicht vorgelegt, ist die Zuzahlung gem. § 28 Abs. 4 SGB V zu leisten.
62	19-jährige TK-Versicherte sucht ihren behandelnden Arzt auf und wünscht ausschließlich eine Schutzimpfung. Es finden keine weiteren Gespräche, keine weitere Behandlung und auch keine weiteren mittelbaren oder unmittelbaren Arzt-Patientenkontakte im Quartal statt.	nein	Gem. § 28 Abs. 4 SGB V sind Schutzimpfungen von der Zuzahlungsverpflichtung des Versicherten befreit. Dies gilt jedoch nur, wenn in dem gesamten Quartal keine anderen kurativen Arzt-Patientenkontakte stattfinden und im Rahmen der Schutzimpfung keine weiteren kurativen Maßnahmen durchgeführt werden.
63	19-jährige schwangere TK-Versicherte wird von ihrem Frauenarzt versorgt mit ärztlichen Leistungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien. Im 2. Quartal 2004 werden bei der schwangeren Frau keine anderen Leistungen als Leistungen im Zusammenhang mit der Mutterschaftsvorsorge auf dem Abrechnungsschein abgerechnet.	nein	Gem. der gesetzlichen Vorgabe in § 28 Abs. 4 SGB V sind Arzt-Patientenkontakte, bei denen ausschließlich Leistungen der Mutterschaftsvorsorge erbracht werden, von der Zuzahlung befreit. Sobald jedoch im Zusammenhang mit Leistungen der Mutterschaftsvorsorge weitere kurative Leistungen abgerechnet werden (z. B. Nr. 1 des derzeit gültigen EBM), ist die Zuzahlung zu erheben, da es sich nunmehr um einen zusätzlichen kurativen Behandlungsfall handelt. Im Besonderen sind jedoch diejenigen kurativen Leistungen zu beachten, die nicht in Kapitel B des EBM abgebildet sind, trotzdem aber in den Mutterschaftsrichtlinien aufgeführt sind. Käme es zum Beispiel in einem Quartal im Zusammenhang mit einer Erstinsprache eines Arztes durch eine Versicherte nur zur Abrechnung der Mutterschaftsvorsorge und der Durchführung einer labormedizinischen Toxoplasmoseuntersuchung, würde in diesem Fall trotzdem nicht die Zuzahlung entrichtet werden müssen, gleichwohl die Toxoplasmose-

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
			untersuchung nach kurativen Leistungsansätzen abgerechnet wird. Dazu ist aber ausdrückliche eine Regelung in der Präambel zu Kapitel B des EBM aufgeführt, wonach auch dieser kurative Leistungsansatz der Mutterschaftsvorsorge zuzuordnen ist.
64	19-jährige schwangere TK-Versicherte geht am 20. Januar 2004 zu ihrem sie betreuenden Gynäkologen bei bekannter Risikoschwangerschaft. Die Erstinanspruchnahme des Gynäkologen erfolgt ausschließlich zur Mutterschaftsvorsorge, weitere kurative Leistungsansätze werden vermieden. Im Zusammenhang mit der Risikoschwangerschaft erfolgt eine Überweisung zur Konsiliarbehandlung zu einem anderen Gynäkologen zur duplexsonographischen Untersuchung des fetomaternalen Gefäßsystems. Es liegt eine Überweisung zur Durchführung eines Definitionsauftrages beim auftragnehmenden Gynäkologen vor, den die Versicherte 2 Tage nach der Erstinanspruchnahme des sie betreuenden Gynäkologen aufsucht.	nein	Siehe Ifd. Nr. 63; in beiden Fällen werden ausschließlich Leistungen der Mutterschaftsvorsorge erbracht. Da ein Definitionsauftrag vorliegt, kann der auftragnehmende Gynäkologe den Auftragsumfang nicht eigenmächtig erweitern, so dass auch kein kurativer Leistungsansatz möglich wird. Würde im Falle einer Konsiliarbehandlung der Auftrag erweitert und auch kurative Leistungsansätze außerhalb der Mutterschaftsvorsorge durch den auftragnehmenden Frauenarzt abgerechnet werden, würde dies den Tatbestand der vorliegenden Überweisung nicht beeinflussen. Auch in diesem Fall wäre keine Zuzahlung von der Versicherten zu erheben.
65	65-jährige TK-Versicherte lässt im Rahmen der ihr gesetzlich zustehenden Früherkennungsmaßnahmen eine Früherkennungskoloskopie beim Gastroenterologen am 17. März 2004 durchführen. Es wird ausschließlich eine Früherkennungskoloskopie in diesem Quartal bei der Versicherten durchgeführt. Im Zusammenhang mit der Früherkennungskoloskopie werden keine anderen kurativen Leistungen erbracht. Die Endoskopie erfolgt ohne weitere Beratungsleistung des Gastroenterologen, eine Nachbetreuung wird nicht notwendig.	nein	Ausschließlich präventive Maßnahmen ohne begleitende kurative Leistungsansätze führen gem. § 28 Abs. 4 SGB V nicht dazu, dass der Versicherte die Zuzahlung entrichten muss.
66	65-jährige TK-Versicherte geht am 15. März 2004 zur Früherkennungskoloskopie. Im Zusammenhang mit der Früherkennungskoloskopie werden keine weiteren kurativen Leistungen abgerechnet. Sie geht zu demselben Gastroenterologen am 20. März 2004 wegen einer unklaren Diarrhö.	Ja (1x)	Im Rahmen der Abklärung der Diarrhö findet eine Erstinanspruchnahme im Zusammenhang mit kurativer Behandlung statt. Zu diesem Zeitpunkt ist von der Versicherten die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zu leisten.

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
67	65-jährige TK-Versicherte geht am 20. März 2004 zur Früherkennungskoloskopie bei einem Gastroenterologen. Im Zusammenhang mit der endoskopischen Untersuchung wirkt sie ängstlich agitiert, abwesend und psychosomatisch auffällig. Der psychosomatisch qualifizierte Gastroenterologe führt eine entsprechende Abklärung durch und rechnet die Leistung nach der Nr. 850 des derzeit gültigen EBM ab.	Ja (1x)	Obwohl der Behandlungsanlass eine ausschließlich präventive Maßnahme war, ist es in diesem Zusammenhang zur Abrechnung kurativer Leistungspositionen gekommen. Die Zuzahlung wird gem. § 28 Abs. 4 SGB V fällig.
68	25-jährige TK-Versicherte sucht ihren Frauenarzt am 9. Januar 2004 auf; es erfolgt ausschließlich eine Beratung zur Empfängnisregelung. Der Gynäkologe rechnet im gesamten Quartal nur die Leistung nach der Nr. 166 ab. Andere Arzt-Patientenkontakte der Versicherten finden in diesem Quartal nicht statt.	Ja (1x)	Leistungen der Leistungsart „Sonstige Hilfen“ sind nicht als Ausnahmen in § 28 Abs. 4 SGB V aufgeführt. Somit muss die Versicherte die Zuzahlung entrichten.
69	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht wegen entsprechender Probleme den psychologischen Psychotherapeuten auf. Nach zweimaliger probatorischer Sitzung leitet der psychologische Psychotherapeut eine Richtlinien-Psychotherapie ein. Für die Antragstellung erfolgt die Einholung des Konsiliarberichts entsprechend der Leistungen nach der Nr. 76 des EBM. Der Versicherte sucht einen Nervenarzt auf, der die entsprechenden Untersuchungen für die Erstellung des Konsiliarberichtes vornimmt. Der Nervenarzt rechnet neben der Leistung nach der Nr. 76 auch andere kurative Leistungen ab.	Ja (1x)	Die Zuzahlung ist zunächst beim psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen der Erstinanspruchnahme zu entrichten. Der Nervenarzt muss eine erneute Zuzahlung nicht einbehalten, da der Versicherte in diesem Falle die Quittung gemäß § 18 BMV-Ä analog EKV vorlegt.
70	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht wegen entsprechender Probleme einen psychologischen Psychotherapeuten auf. Nach zweimaliger probatorischer Sitzung leitet der psychologische Psychotherapeut eine Richtlinien-Psychotherapie ein. Für die Antragstellung erfolgt die Einholung des Konsiliarberichts entsprechend der Leistung nach der Nr. 76 des EBM. Der Versicherte	Ja (1 x)	Siehe Ifd. Nr. 69; der zuerst kontaktierte psychologische Psychotherapeut erhebt die Zuzahlung und überweist zum Nervenarzt, der ausschließlich im Rahmen des in den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen geregelten Konsiliarverfahrens tätig wird. Diese Überweisung ist nach § 24 Abs. 10 BMV-Ä analog EKV zulässig und befreit von der Zuzahlung beim Nervenarzt. Die wegen des Therapiewechsels notwendige Inanspruchnahme eines zweiten psychologischen Psychotherapeuten führt nicht zu einer erneuten Zuzahlung, da der Patient

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	sucht einen Nervenarzt auf, der die entsprechenden Untersuchungen für die Erstellung des Konsiliarberichts vornimmt. Im Gutachterverfahren wird festgestellt, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nicht geeignet erscheint und eine Verhaltenstherapie genehmigt wird. Der antragstellende psychologische Psychotherapeut bietet keine Verhaltenstherapie an, sodass der Versicherte die genehmigte Psychotherapie bei einem anderen psychologischen Psychotherapeuten beginnt.		die nicht entwertete Quittung vorlegen kann. Der psychologische Psychotherapeut kann diese Quittung nicht entwerten, sodass ein Vertragsarzt wegen einer anderen Erkrankung mit dieser Quittung aufgesucht werden kann, ohne dass eine erneute Zuzahlung zu leisten ist.
71	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht direkt den Belegarzt in der Belegabteilung auf. Dabei findet keine Erstinanspruchnahme eines an der ambulanten Versorgung tätigen Leistungserbringers im Quartal statt. Es liegt keine Überweisung vor, der Belegarzt hat den Versicherten zuvor in diesem Quartal nicht behandelt. Der Belegarzt rechnet in diesem Quartal ausschließlich kurativ-stationäre Leistungen ab.	Nein	Es handelt sich hier um eine ausschließlich kurativ-stationäre (belegärztliche) Tätigkeit. Damit ist das Kriterium „an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer“ nicht gegeben.
72	Ausländischer Versicherter, der nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung hat, sucht in Deutschland einen Vertragsarzt auf. Er hat unter Vorlage der von ausländischen Versicherungsträgern ausgestellten Anspruchsbcheinigung bei der von ihm gewählten deutschen Krankenkasse einen Abrechnungsschein eingeholt und legt diesen dem Vertragsarzt vor. Es handelt sich um die Erstinanspruchnahme eines deutschen Vertragsarztes.	Ja (1x)	Leistungsrechtlich ist der ausländische Versicherte über den Abrechnungsschein als GKV-Versicherter analog einem Primär- oder Ersatzkassenversicherter zu identifizieren.
73	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht am 15. Januar 2004 ihren Hausarzt auf. Sie entrichtet bei ihm die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V. Der Hausarzt geht danach in einen Fortbildungsurlaub, was er bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung auch ankündigt. Als Vertreter benennt er seinen Patienten einen in der Nachbarschaft tätigen Hausarzt. Die Versicherte sucht den	Ja (1x)	Obwohl keine Überweisung vorliegt, ist von keiner erneuten Inanspruchnahme eines anderen Vertragsarztes auszugehen, da hier eine Vertretungssituation vorliegt. Der Versicherte muss unaufgefordert die Quittung vorlegen. Gemäß § 18 Abs. 7 BMV-Ä analog EKV entwertet der Vertreter die Quittung.

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	Hausarzt am 25. Januar 2004 auf. Der Hausarzt rechnet mittels eines „Urlaubs- bzw. Vertretungsscheins“ (Muster 19 der Vordruckverordnung) ab.		
74	Wie Ifd. Nr. 71. Der Versicherte sucht den Hausarzt nochmals am 19. März 2004 auf. Wegen Erkrankung des Hausarztes ist die Praxis geschlossen und als Vertreter per Aushang ein anderer Hausarzt in der Nachbarschaft als der zuvor benannte Vertreter genannt.	Ja (1 x)	Auch in dieser Vertretungssituation ist von einer erneuten Inanspruchnahme und damit einer erneuten Zuzahlung nicht auszugehen. Gemäß § 18 Abs. 7 BVM-Ä analog EKV ist ein erneutes Erheben der Zuzahlung unzulässig. Der Vertreter am 19. März 2004 erkennt die Gültigkeit der entwerteten Quittung in diesem Fall an dem Vertragsarztstempel des zu vertretenden Hausarztes.
75	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht am 15. Januar 2004 einen Partner einer fachgruppengleichen (analog fachgruppenübergreifenden) Gemeinschaftspraxis auf. Dieser erhebt die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V. Am 28. Januar 2004 sucht der Versicherte den anderen Partner der Gemeinschaftspraxis auf.	Ja (1x)	In fachgruppengleichen oder fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen erfolgt trotz fehlender Überweisung keine Mehrfachinanspruchnahme in demselben Quartal. Die Gemeinschaftspraxis wird dem Vertragsarzt gleichgesetzt.
76	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht am 15. Januar 2004 einen Vertragsarzt einer Praxisgemeinschaft auf. Diese erhebt die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V. Am 30. Januar 2004 sucht der Versicherte ohne Überweisung den anderen Partner einer Praxisgemeinschaft auf.	Ja (2x)	Gleichwohl Praxisgemeinschaften eine Verbundstruktur darstellen, werden hier zwei Vertragsärzte (Trennkriterium Arzt-Abrechnungs-Nummer) in demselben Quartal in Anspruch genommen. Deswegen muss die Zuzahlung bei beiden Vertragsärzten erfolgen.
77	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht mehrere Ärzte (angestellt oder freiberuflich tätig) eines medizinischen Versorgungszentrums auf.	?	Der Versicherte muss mindestens einmal die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V leisten. Wie aber weitere Inanspruchnahmen anderer Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums im Hinblick auf die Zahlungsverpflichtung des Versicherten sich auswirken wird davon abhängig sein, wie im Rahmen der Zulassung und Abrechnung das medizinische Versorgungszentrum organisiert wird.
78	Primär- oder Ersatzkassenversicherter schreibt sich in die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73 b SGB V ein. Er sucht am 15. Januar 2004 seinen Hausarzt auf.	Ja (1x)	Auch in der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V ist die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 zu entrichten. Das Gesetz sieht lediglich vor, dass die Zuzahlung im Zusammenhang mit „Bonifikationen vermindert“ werden kann. Jede weitere Inanspruchnahme führt in der Regel nicht zu einer weiteren Entrichtung der Zuzahlung nachdem die Inanspruchnahme anderer Ärzte ausschließlich auf Überweisung in der hausarztzentrierten Versorgung erfolgt.
79	Primär- oder Ersatzkassenversicherter schreibt sich in die integrierte Versorgung ein. Er besucht	Ja (1x)	Siehe laufende Nr. 78.

Ifd Nr.	Fallbeispiel	Zuzahlung erforderlich (Wie oft ?)	Erläuterung
	am 15. Januar 2004 den Hausarzt, der für ihn die integrierte Versorgung wahrnimmt.		
80	Primär- oder Ersatzkassenversicherter sucht am 15. Februar 2004 den Kurarzt auf. Dem Kurarzt wird vom Versicherten der Kurarztschein vorgelegt. Der Kurarztschein ist von einem niedergelassenen Vertragsarzt erstellt worden, den die Versicherte am 5. Januar 2004 aufgesucht hatte.	Ja (1x)	Die Versicherte muss bei dem den Kurarztschein ausstellenden behandelnden Vertragsarzt die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V entrichten. Eine weitere Zuzahlung entfällt gemäß § 12 Abs. 1 des Kurarztvertrages.
81	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 9. Januar 2004 zu seinem Hausarzt in Köln. Während seines Urlaubs im Bayerischen Wald erkrankt er an einem grippalen Infekt derart, dass er dort einen Hausarzt während dessen Sprechstunde aufsucht.	Ja (2 x)	Beide Inanspruchnahmen der Hausärzte sind Erstinanspruchnahmen eines Leistungserbringers, sodass gemäß der gesetzlichen Vorgaben im § 28 Abs. 4 SGB V jeweils eine Zuzahlung zu leisten ist.
82	Primär- oder Ersatzkassenversicherter ist Typ II Diabetiker und nimmt an einer ärztlichen Schulung teil. Es finden keine weiteren Inanspruchnahmen von Vertragsärzten oder Psychotherapeuten durch diesen Versicherten in demselben Quartal statt.	Ja (1 x)	Auch die Teilnahme an einer programmierten ärztlichen Schulung zur Betreuung von Typ II Diabetikern in der Praxis des behandelnden Arztes als alleinige Inanspruchnahme in einem Quartal ist als zuzahlungsrelevante Inanspruchnahme gemäß § 28 Abs. 4 SGB V zu bewerten. Bei ausschließlicher Abrechnung einer der Pauschalerstattungen nach den Nrn. 7180, 7181, 7200 und 7215 führt zu einer Verrechnung von 10 € im Honorarbescheid des abrechnenden Vertragsarztes, sodass der Versicherte in diesen Fällen die Zuzahlung leisten muss.
83	Primär- oder Ersatzkassenversicherter geht am 31. März 2004 zu seinem Hausarzt, der ihn nach eingehender Untersuchung unmittelbar zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus einweist. Am 5. April 2004 erbittet der behandelnde Krankenhausarzt eine Befundmitteilung vom Hausarzt.	Ja (1 x)	In bezug auf die ambulante Versorgung erhebt der Hausarzt für die Inanspruchnahme am 31. März 2004 die Zuzahlung. Er rechnet diesen Fall mit der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit der Quartalsabrechnung des 1. Quartals 2004 ab. Für die Befundmitteilung berechnet der Hausarzt im 2. Quartal 2004 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung die Gebührenordnungsposition 7140. Diese Tätigkeit des Arztes ist keine Inanspruchnahme im Sinne des § 28 Abs. 4 SGB V. Eine Zuzahlung für das 2. Quartal 2004 ist beim Hausarzt durch den Versicherten nicht zu entrichten.