



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

## **Die häufigsten Fragen zur Änderung des Bundesmantelvertrages in bezug auf die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V**

Stand 19.12.2003

## **Die häufigsten Fragen zur Änderung des Bundesmantelvertrages in bezug auf die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V**

- 1. Kann ich meine 10 Euro vom Arzt wiederbekommen, wenn ich nachträglich eine Überweisung vorlege?**

Ein Rückzahlungsanspruch des Versicherten durch die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder eines Befreiungsausweises ist durch den Bundesmantelvertrag ausgeschlossen (§ 18 Abs. 1 letzter Satz BMV-Ä, § 21 Abs. 1 letzter Satz EKV).

- 2. Was ist, wenn ich nicht zahlen kann, werde ich nach Hause geschickt?**

Muss der Patient akut behandelt werden oder erfolgt die Inanspruchnahme nicht persönlich (z. B. Telefongespräch), ist die Behandlung auch ohne vorherige Zahlung der Gebühr durchzuführen. In allen anderen Fällen ist der Vertragsarzt bzw. -therapeut berechtigt, die Behandlung abzulehnen.

- 3. Was ist, wenn ich meinen Arzt nur anrufe, muss ich dann auch zahlen?**

Auch das Telefongespräch stellt eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers im Sinne der gesetzlichen Grundlage (§ 28 Abs. 4 SGB V) dar. Ist das Telefongespräch die erste Inanspruchnahme eines Vertragsarztes oder -therapeuten in einem Kalendervierteljahr, so ist hier die Zuzahlung zu leisten.

- 4. Was ist, wenn ich nur mein übliches Rezept für die Pille abholen will?**

Nach derzeitiger gesetzlicher Grundlage ist die Verordnung im Zusammenhang mit der Empfängnisregelung nicht von der Zuzahlung befreit. Möglicherweise wird hier der Gesetzgeber noch etwas ändern.

- 5. Was ist, wenn ich am letzten Tag eines Quartals zum Arzt gehe und am nächsten Tag zur Blutabnahme wiederkommen muss? Muss ich dann wieder 10 Euro zahlen?**

Der Gesetzgeber verfolgt mit der Regelung zur Zuzahlung in § 28 Abs. 4 SGB V die Ziele, die Eigenverantwortung des Versicherten zu stärken und die Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb ist es Wille des Gesetzgebers, dass Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, die die ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Versorgung in Anspruch nehmen, einmal pro Kalendervierteljahr die Zuzahlung in Höhe von 10 € entrichten. In der Begründung dieser gesetzlichen Regelung heißt es dazu, dass "der Bezug auf das Kalendervierteljahr bewirkt, dass die Praxisgebühr mehrfach zu entrichten ist, wenn sich die Behandlung der selben Krankheit über mehrere Kalendervierteljahre hinzieht". Vor der Blutabnahme sind demnach erneut 10 € zu zahlen.

- 6. Bei der Vorsorge muss der Patient nicht zahlen. Was ist aber, wenn z. B. meine Frauenärztin während der Vorsorgeuntersuchung eine Behandlung vornimmt? Muss ich doch 10 Euro zahlen?**

Weil die gesetzliche Regelung hier lediglich Vorsorgeuntersuchungen von der Zuzahlung befreit, ist eine kurative Behandlung, die sich ggf. aus der Vorsorge ergibt, zuzahlungspflichtig.

- 7. Was ist, wenn ich zum Psychotherapeuten will, vorher aber schon bei einem Hausarzt war? Muss ich noch einmal zahlen?**

Eine Psychotherapie kann auf Überweisung eines Vertragsarztes erfolgen. Die Überweisung befreit von einer erneuten Zuzahlung. Liegt eine Überweisung vor, muss nicht erneut gezahlt werden. Liegt keine Überweisung vor, muss erneut gezahlt werden.

- 8. Kann mein Psychotherapeut mich zum Fach- oder Hausarzt überweisen?**

Ist der Psychotherapeut Vertragsarzt, so ist eine Überweisung zum Fach- oder Hausarzt im Rahmen der bundesmantelvertraglichen Definition einer Überweisung möglich. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen nicht zu einem Arzt überweisen. Deshalb ist im Bundesmantelvertrag die Regelung aufgenommen, dass nach einer Erstinanspruchnahme eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, bei dem die Zuzahlung entrichtet wurde, die Quittung über die Bezahlung der 10 € an die Stelle der Überweisung tritt. Legt der Versicherte bei seinem nächsten Arztbesuch in demselben Quartal die Quittung unaufgefordert vor, muss er nicht erneut zahlen.

- 9. Wie lange gilt eine Überweisung?**

Die gesetzliche Vorgabe ist an dieser Stelle eindeutig. Nur Überweisungen aus demselben Kalendervierteljahr befreien von der Zuzahlung. Die Inanspruchnahme eines Arztes auf Überweisung muss also spätestens am letzten Tag des Quartals stattfinden, in dem die Überweisung ausgestellt wurde. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung strebt in weiteren Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen an, dass dann, wenn eine Auftragsleistung zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen erfolgt, der Quartalsbezug einer Überweisung außer Kraft gesetzt wird. Dies würde z. B. histologische Untersuchungen sowie auch die Auswertung von Langzeit-EKG-Untersuchungen betreffen.

- 10. Wer darf zu wem überweisen?**

Vertragsärzte, nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V und zugelassene Einrichtungen, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen dürfen für Auftragsleistungen, sowie zur Konsiliaruntersuchung,

Mitbehandlung oder Weiterbehandlung überweisen. Überweisungen durch eine ermächtigte Krankenhausfachambulanz sind insoweit eingeschränkt, dass Überweisungen zu Leistungen, die in der Einrichtung erbracht werden können, nicht zulässig sind. Überweisungen von Vertragsärzten zu Zahnärzten sowie von Zahnärzten zu Vertragsärzten sind nicht zulässig. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können Überweisungen nur zum ärztlichen Konsil nach den Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vornehmen.

#### **11. Wann ersetzt die Quittung eine Überweisung?**

Die Quittung ersetzt die Überweisung als zuzahlungsbefreienden Tatbestand bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes, nachdem die Zuzahlung bei einem psychologischen Psychotherapeuten, bei einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, bei Behandlung im Notfall, bei Behandlung im organisierten Notdienst oder bei ambulanter Behandlung durch ein Krankenhaus bezahlt worden ist oder in einer Vertretersituation. Dies deshalb, weil von den genannten Leistungserbringern bzw. in den genannten Fällen eine Überweisung nicht ausgestellt werden kann.

#### **12. Kann nachträglich überwiesen werden?**

Nachträglich darf nicht überwiesen werden. Der überweisende Vertragsarzt hat die Notwendigkeit der Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Leistungen festzustellen und zu verantworten. Eine nachträgliche Überweisung würde bedeuten, dass der Patient und der auf nachträgliche Veranlassung in Anspruch genommene Vertragsarzt die Entscheidung zur Notwendigkeit der Durchführung der Behandlung zwar treffen, aber die Verantwortung beim überweisenden Arzt belassen. Das ist nicht im Sinne der Definition einer Überweisung des Bundesmantelvertrages.

#### **13. Wann muss im Notdienst gezahlt werden?**

Bei der Umsetzung der Einführung der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V zeigt sich im Hinblick auf die Inanspruchnahme eines Arztes im Notfall oder im organisierten Notfalldienst ein besonderer Problemkreis auf. Neben den Vorsorgeuntersuchungen, den Schutzimpfungen, der Schwangerenvorsorge sowie der Vorlage eines Befreiungsausweises sieht das Gesetz nur eine Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr als Befreiungstatbestand für die Zuzahlung vor. Zu einer Inanspruchnahme eines Arztes im Notfall kann es definitionsgemäß keine Überweisung geben. Nach gesetzlicher Regelung wäre somit – unter der Annahme, dass nur Notfälle im organisierten Notfalldienst auftreten – für jede erste Inanspruchnahme eines Leistungserbringers im Notfall oder organisierten Notfalldienst eine Zuzahlung fällig. Vor diesem Hintergrund findet auch „geplante“ ärztliche Versorgung im organisierten Notfalldienst statt. Dass hierfür neben der Zuzahlung beim Erstversorger eine erneute ggf. mehrfache Zuzahlung zu leisten wäre, ist nicht im Sinne der gesetzlichen Regelung, die von einer einmaligen Zuzahlung der ersten Inanspruchnahme eines Leistungserbringers ausgeht. Würde man andererseits die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes im Notfall oder im

organisierten Notfalldienst durch eine generelle Zuzahlungsbefreiung bevorzugen, besteht die Gefahr, dass im Sinne der Steuerung der Patienten die Versorgung schwerpunktmäßig in den organisierten Notfalldienst verlagert wird. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung strebt deshalb in weiteren Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine Regelung im Bundesmantelvertrag an, die Notfallbehandlungen in nicht planbare und geplante Versorgung trennt. Hiermit wäre die Möglichkeit gegeben, die nicht geplante Inanspruchnahme eines Vertragsarztes im Notfall oder im organisierten Notfalldienst mit einer Zuzahlung zu belasten, während die vom Vertragsarzt geplante Notfallversorgung von der Zuzahlung befreit werden würde.

**14. Was ist, wenn ich auf meinen Patienten im organisierten Notfalldienst treffe?**

Hat ein Patient die Zuzahlung bereits bei einem Leistungserbringer geleistet, der ihn im Notfall oder im organisierten Notfalldienst ungeplant behandelt, ist die erneute Erhebung der Zuzahlung nicht zulässig.

**15. Was ist, wenn der Patient mir im Notdienst seine Quittung zeigt? Muss er trotzdem zahlen?**

Die Quittung wirkt nur bei der Inanspruchnahme von Vertragsärzten in Folge einer Erstinanspruchnahme eines psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, als Notfall oder im organisierten Notfalldienst, im Rahmen der ambulanten Leistungserbringung eines Krankenhauses oder einer Vertetersituation zuzahlungsbefreiend. In allen anderen Fällen ist die Vorlage einer Quittung nicht von Bedeutung. Die Zuzahlung ist erneut zu erheben.

**16. Was ist, wenn mein Patient auf meine Überweisung hin, keinen Termin beim Kollegen im selben Quartal bekommt. Muss er wieder 10 Euro zahlen, obwohl er sich rechtzeitig um einen Termin bemüht hat?**

Die Behandlung derselben Krankheit zieht sich in diesem Fall über mehrere Kalendervierteljahre hin. Der Gesetzgeber sieht eine mehrfache Zuzahlung in diesem Fall vor. Der Patient muss beim überweisungsnehmenden Arzt erneut 10 € zahlen.

**17. Wie ist das mit Patienten, die ich im Alten- oder Pflegeheim betreue? Die Verwaltung hat dem Arzt gesagt, ich müsse erst behandeln und die Praxisgebühr anschließend in Rechnung stellen. Ist das richtig?**

Lediglich bei akuter Behandlungsbedürftigkeit oder einer Inanspruchnahme nicht-persönlicher Art kann die Zuzahlung auch nach der Inanspruchnahme erhoben werden. Sofern die Patienten im Alten- oder Pflegeheim nicht akut behandlungsbedürftig sind, ist der Vertragsarzt berechtigt, die Behandlung abzulehnen. Eine schriftliche Zahlungsaufforderung ist lediglich dafür notwendig, dass der Vertragsarzt nach einer gesetzten Frist den weiteren Zahlungseinzug an die für ihn zuständige Kassenärztliche Vereinigung abgibt.

Die Aussage der Verwaltung des Alten- oder Pflegeheims stimmt nicht mit den Regelungen des Bundesmantelvertrages überein.

**18. Was ist, wenn die Kasse bereits eine Genehmigung einer Psychotherapie erteilt hat, der Patient von mir als Arzt aber eine Überweisung will?**

Die Genehmigung zur Psychotherapie durch die Krankenkasse ist nicht relevant für die Zuzahlung. Sofern der Patient vor der ersten Inanspruchnahme seines Psychotherapeuten bereits einen Vertragsarzt wegen einer Erkrankung aufgesucht und dort die Zuzahlung entrichtet hat, wird die erneute Zuzahlung beim Psychotherapeuten nur durch eine Überweisung zur Weiterbehandlung beim Psychotherapeuten nicht fällig.

**19. Wird die Zuzahlung von verordneten (bewilligten) Psychotherapien genauso gehandhabt wie die von Heilmittelverordnungen, obwohl der Zeitraum ein viel längerer ist? Oder muss der Patient jedes Quartal zahlen?**

Erstreckt sich eine Behandlung über mehrere Kalendervierteljahre, so ist für jede Erstinanspruchnahme eines an der ambulanten oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers im Quartal eine Zuzahlung zu leisten. Die genehmigte Psychotherapie über mehrere Quartale bedeutet eine Zuzahlung des Patienten in Höhe von 10 € für jedes Quartal.

**20. Wann muss ich meinen Patienten mahnen?**

Der Vertragsarzt muss lediglich eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit Fristsetzung an den Patienten übergeben oder versenden. Die weitere Mahnung bis hin zu Vollstreckungsmaßnahmen wird durch die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung durchgeführt.

**21. Kann ich ihm die Zahlungsaufforderung nicht gleich in die Hand drücken?**

Im Regelfall sollte einem Patienten, der akut behandlungsbedürftig war und deshalb die Behandlung wegen der fehlenden Zuzahlung nicht abgelehnt werden konnte, die schriftliche Zahlungsaufforderung mit Fristsetzung nach der Behandlung mitgegeben werden. Dadurch erspart sich der Vertragsarzt die Portogebühr, die bei einem Versand dem Patienten in Rechnung gestellt werden kann.

**22. Wie dokumentiert der Arzt die erfolgte Zahlungsaufforderung? Gibt es eine neue Pseudoziffer?**

Zur Dokumentation einer erfolgten schriftlichen Zahlungsaufforderung werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen zwei Verfahrensweisen implementiert:

- a) Mit der Abrechnung der Behandlungsfälle eines Quartals versieht der Vertragsarzt die Fälle mit der Pseudoziffer Nr. 8044, in denen der Patient nach schriftlicher Zahlungsaufforderung und Fristablauf nicht

gezahlt hat. Einige Kassenärztliche Vereinigungen bitten ihre Vertragsärzte die Fälle, bei denen die Frist zur Zahlung noch nicht abgelaufen ist, zur Abrechnung im folgenden Quartal zurückzuhalten. Andere Kassenärztliche Vereinigungen werden zur Kennzeichnung dieser Fälle die Pseudonummer 8045 vorsehen, die durch den Vertragsarzt angegeben werden muss; im darauffolgenden Quartal muss der Vertragsarzt dann die Pseudonummer 8044 (der Patient leistet nach Fristablauf die Zuzahlung nicht) bzw. 8030 (der Patient leistet die Zuzahlung beim Vertragsarzt) abrechnen. Die Kassenärztliche Vereinigung übernimmt dann quartalsweise den weiteren Zahlungseinzug.

- b) Der Vertragsarzt wird mit einem Vordruck mit Durchschlag ausgestattet, mit dem akut behandlungsbedürftige Patienten, die die Zuzahlung nicht vor der Behandlung geleistet haben, oder mit denen z. B. lediglich telefoniert worden ist, aufgefordert werden, die Zuzahlung direkt an die für den Vertragsarzt zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu überweisen. Der Vertragsarzt übermittelt den Durchschlag dieser Zahlungsaufforderung an die Kassenärztliche Vereinigung, die damit in der Lage ist, den Zahlungseingang zu prüfen bzw. ggf. den weiteren Zahlungseinzug durchzuführen.

**23. Wie kommt der Arzt bei erfolgloser Zahlungsaufforderung an sein entgangenes Porto?**

Der weitere Zahlungseinzug wird nach erfolgloser Zahlungsaufforderung durch seine zuständige Kassenärztliche Vereinigung durchgeführt. Alle Kosten des Mahn- und Vollstreckungsverfahrens sind dem Patienten in Rechnung zu stellen. Bleiben diese Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung ebenfalls erfolglos, erstattet die Krankenkasse der Kassenärztlichen Vereinigung die nachgewiesenen Gerichtskosten zuzüglich einer Pauschale von 4 € zzgl. Portogebühren. Die Kassenärztliche Vereinigung verfügt damit in jedem Falle über die beim Vertragsarzt entstandenen Portokosten. Die Kassenärztliche Vereinigung erstattet dem Vertragsarzt die Portokosten mit Hilfe der Pseudonummer 8046, die der Vertragsarzt bei der Abrechnung des entsprechenden Behandlungsfalls auf dem Abrechnungsschein anzugeben hat.

**24. Ist die Zahlungsaufforderung des Arztes eine zivilrechtliche oder eine öffentlich-rechtliche?**

Der Vertragsarzt führt weder eine zivilrechtliche noch eine öffentlich-rechtliche Zahlungsaufforderung durch. Er ist per Bundesmantelvertrag lediglich dazu aufgefordert, eine schriftliche Zahlungsaufforderung mit einer Fristsetzung von maximal 10 Tagen als Voraussetzung dafür durchzuführen, dass er den weiteren Zahlungseinzug auf die für ihn zuständige Kassenärztliche Vereinigung übertragen kann.

**25. Ist die Mahnung der Kassenärztlichen Vereinigung eine zivilrechtliche oder eine öffentlich-rechtliche?**

Der Sachverhalt wird derzeit noch geklärt.

**26. Muss die Kassenärztliche Vereinigung dreimal mahnen, um einen Titel zu erwirken?**

Siehe Nr. 25.

**27. Kann die Kassenärztliche Vereinigung den säumigen Patienten verklagen?**

Siehe Nr. 25.

**28. Gibt es die Quittung auch als Blankoformular-Bedruckung?**

Die Blankoformular-Bedruckung für die Quittung im Zusammenhang mit der Quittierung der Zuzahlung ist in Vorbereitung und wird zum 1. April 2004 umgesetzt sein.

**29. Wann wird es die Quittungsbücher der Kassen geben?**

Inwieweit Nachweishefte zur Quittierung von Zuzahlungen durch die Krankenkassen ausgegeben werden, obliegt den Krankenkassen. Welche und wieweit fortgeschritten die Organisation hierzu ist, ist derzeit nicht bekannt.