

ge Abrechnung der Nrn. 2, 3, 70 und 170 BMÄ/E-GO).

Ärzte, die mit Hilfe einer Praxis-DV abrechnen, erstellen bei der ersten Inanspruchnahme im Behandlungsfall einen Schein mit dem Ausdruck der Krankenversichertenkarte, dem Tagesdatum und der Unterschrift des Versicherten. Auf die Beifügung dieses Scheins zur Abrechnung kann verzichtet werden, wenn er zu den Unterlagen genommen und der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigt wird, daß die Versichertenkarte vorgelegen hat.

In den Regionen, in denen die Krankenversichertenkarte eingeführt ist, sollen Versicherte die dort niedergelassenen Ärzte nur unter Vorlage der Versichertenkarte in Anspruch nehmen. Die Versicherten sind insofern verpflichtet, die Karte bei jeder Inanspruchnahme eines Arztes mit sich zu führen. Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder entsprechend informieren. Für die Inanspruchnahme vor Leistungen der Krankheitsfrüherkennung entfällt mit der Einführung der Versichertenkarte die Verpflichtung zur Vorlage eines Berechtigungsscheines. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß auch nach Einführung der Versichertenkarte sämtliche Regelungen des Überweisungsverfahrens erhalten bleiben. Auch wenn eine „Kontrolle“ des Inanspruchnahmeverhaltens praktisch nicht möglich ist, hat der Versicherte also nach wie vor grundsätzlich keinen Anspruch, andere Ärzte als den im Quartal zuerst in Anspruch genommenen Arzt ohne Überweisung selbständig aufzusuchen.

Wird dem Arzt bei nachfolgenden Inanspruchnahmen im Behandlungsfall die Versichertenkarte nicht vorgelegt und gibt der Versicherte statt dessen dem Arzt gegenüber seine Versicherungseigenschaft an, so soll der Arzt bei Verordnungen den Namen der Kasse, den Namen und das Geburtsdatum des Versicherten sowie den Versichertenstatus – und nach Möglichkeit auch die Versichertennummer – übertragen.

Voraussichtlich wird nicht bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt die Versichertenkarte vorgelegt. In diesen Fällen müßten bei nachfolgenden Inanspruchnahmen die entsprechenden Vordrucke manuell ausgestellt werden, wenn nicht Vordrucke „auf Vorrat“ ausgedruckt oder die Patientendaten mittels EDV zwischengespeichert wurden. Für eine solche Zwischenspeicherung würde ein Mini-PC genügen. Ärzten, die sich – als „Einstiegslösung“ für die EDV-Anwendung – ein solches Gerät auf eigene Kosten beschaffen, stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Anfrage ein Programm-Modul zur

Patientendatenverwaltung kostenlos zur Verfügung. Es ermöglicht die Eingabe, Dokumentation und Abfrage der Patientendaten.

Zusammenfassung

Für den einzelnen Kassenarzt bleibt aus den vorstehenden Ausführungen folgendes festzuhalten:

① Die Einführung der Krankenversichertenkarte ist nunmehr endgültig vertraglich vereinbart. Alle in den vergangenen drei Jahren in den Medien mitgeteilten Spekulationen etwa über das Aussehen der Karte oder die Einföhrungstermine gehören damit der Vergangenheit an. Ab sofort gilt nur noch die Projektplanung auf der Grundlage der Vereinbarung.

② Auswirkungen der Krankenversichertenkarte auf den Praxisalltag werden erst ab dem Frühjahr nächsten Jahres relevant, und auch zunächst nur für die etwas mehr als 1 Prozent aller Kassenärzte, die in den drei Regionen der ersten Stufe der Einföhrung niedergelassen sind (Wiesbaden, Böblingen und Weimar). In den übrigen Regionen der Bundesrepublik wird die Einföhrung der Versichertenkarte dann nach und nach erfolgen, und zwar frühestens be-

ginnend ab dem 1. Januar 1994.

③ Die Krankenversichertenkarte wird als Speicher-Chipkarte eingeföhrt. Für den Umgang mit dieser Chipkarte in der Arztpraxis sind Lese- und Druckgeräte erforderlich. Für die Erstausrüstung erhält jeder Arzt von den Krankenkassen einen Zuschuß von bis zu 750 DM. Dies gilt entsprechend für die notwendigen Umstellungen bei Praxen mit EDV-Ausrüstung. Es ist damit zu rechnen, daß der genannte Betrag die Kosten der Erstinvestition vollständig decken wird.

④ Für den Fall, daß Ärzte ohne EDV-Ausrüstung sich im Zusammenhang mit der Einföhrung der Krankenversichertenkarte zumindest im Sinne einer „Einstiegslösung“ für die EDV-Anwendung interessieren, wird von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür entsprechende Hilfe – zum Beispiel ein Programm-Modul zur Patientendatenverwaltung – zur Verfügung gestellt.

⑤ Die Kassenärzte jeder Region werden rechtzeitig vor dem jeweiligen Einföhrungstermin von ihren Kassenärztlichen Vereinigungen mit sämtlichen Informationen versorgt, die für einen reibungslosen Übergang vom Krankenschein zur Krankenversichertenkarte erforderlich sind. □

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Vereinbarung

zur Gestaltung und bundesweiten Einföhrung der Krankenversichertenkarte

Zwischen dem AOK-Bundesverband K.d.ö.R., dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen K.d.ö.R., dem IKK-Bundesverband K.d.ö.R., dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen K.d.ö.R., der Bundesknappschaft K.d.ö.R., der See-Krankenkasse, Abt. der Seekasse K.d.ö.R., dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung K.d.ö.R., wird auf der Grundlage von § 291 Abs. 3 SGB V die nachfolgende Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einföhrung der Krankenversichertenkarte getroffen.

§ 1

Vertragsgegenstand

Die nachstehenden Regelungen dienen der schrittweisen Einföhrung einer Krankenversichertenkarte für jeden Versicherten als Ersatz für den Krankenschein nach § 15 SGB V.

§ 2

Vertragsgrundsätze

(1) Die nachstehenden Regelungen bilden die Grundlagen für die Einföhrung der Krankenversichertenkarte, die mit dem 1. Januar 1993 beginnen soll. ▷

(2) Die Einzelheiten der Einführung werden in Anlagen geregelt, die als Bestandteil dieses Vertrages vereinbart werden.

(3) Die Zuständigkeit der Vertragspartner bei der Einführung der Krankenversichertenkarte wird wie folgt geregelt:

1. Die Spitzenverbände der Krankenkassen bereiten die Ausstattung der Versicherten mit der Krankenversichertenkarte durch die Krankenkassen vor.

2. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereitet in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Ausstattung der Ärzte mit den für die Verwendung der Krankenversichertenkarte erforderlichen Geräten und der Software vor.

3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stimmen die technischen Anforderungen an die Krankenversichertenkarte und die zu ihrer Verwendung erforderlichen Geräte, die Grundsätze der Gestaltung der Krankenversichertenkarte sowie die Organisation ihrer Einführung miteinander ab.

(4) Die Partner dieser Vereinbarung werden gemeinsam die erforderlichen Maßnahmen abstimmen, um gegenüber der Öffentlichkeit, den Versicherten und den Ärzten die Akzeptanz der Krankenversichertenkarte sicherzustellen.

(5) Die Einführung der Krankenversichertenkarte steht im Zusammenhang mit der Neuregelung des Datenträgeraustauschs zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auf maschinell verwertbaren Datenträgern, die deswegen zeitgleich erfolgt. Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, spätestens bis zum 30. Juni 1993 eine entsprechende Vereinbarung nach § 295 Abs. 3 SGB V zu schließen.

§ 3

Krankenversichertenkarte

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

1. die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse mit einer Kassenkurzbezeichnung und der Kassennummer,

2. den Familiennamen, Titel und Vornamen 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 gegebenenfalls Zustellbereich,

5. die Krankenversichertennummer,

6. den Versichertenstatus,

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

(2) Die Krankenversichertenkarte wird als Speicherchipkarte ausgebildet. Zum Zwecke der eindeutigen Identifikation der Karte als Krankenversichertenkarte ist ein einheitliches Gestaltungsmerkmal vorzusehen. 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.

(3) Die Krankenversichertenkarte ist nur gültig mit der Unterschrift des Versicherten oder eines gesetzlichen Vertreters (zum Beispiel bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres).

§ 4

Einführung der

Krankenversichertenkarte

(1) Die Einführung der Krankenversichertenkarte erfolgt in zwei Stufen.

(2) In der ersten Stufe wird die Krankenversichertenkarte in ausgewählten Regionen eingeführt. Die Einführung und Anwendung der Krankenversichertenkarte wird in der ersten Stufe wissenschaftlich begleitet.

(3) Die zweite Stufe soll mit der Ausweitung der in die erste Stufe einbezogenen Regionen auf den Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung beginnen und möglichst innerhalb von acht Quartalen bundesweit abgeschlossen werden. Die in der ersten Stufe gesammelten Erfahrungen sind bei der bundesweiten Einführung zu berücksichtigen.

§ 5

Erste Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte

(1) Die erste Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte soll am 1. Januar 1993 in mindestens einer Region beginnen. Im Rahmen der ersten Stufe können weitere Regionen zeitlich versetzt folgen. Die Festlegung der Regionen und des Beginns der Einführung der Krankenversichertenkarte wird in **Anlage 2** zu dieser Vereinbarung geregelt.

(2) Die Krankenversichertenkarte wird in den Regionen nach Abs. 1 rechtzeitig vor dem in Abs. 1 genannten Termin den Versicherten der in den Regionen ansässigen Krankenkassen ausgehändigt; Versicherten überregional tätiger Krankenkassen wird sie ausgehändigt, wenn der Wohnsitz der

Versicherten in der genannten Region liegt. Überregional tätige Krankenkassen sind nicht verpflichtet, in den Regionen nach Abs. 1, in denen sie keine Verwaltungs- oder Geschäftsstelle betreiben, Krankenversichertenkarten an die in diesen Regionen wohnenden Versicherten auszugeben.

(3) Die Krankenversichertenkarte ersetzt für die Versicherten in den Regionen nach Abs. 1 gemäß § 15 Abs. 2 SGB V den Krankenschein, soweit Ärzte mit einem Praxissitz in diesen Regionen in Anspruch genommen werden. Für die Inanspruchnahme von Ärzten mit einem Praxissitz außerhalb dieser Regionen ist den Versicherten zusätzlich ein Krankenschein von ihrer Krankenkasse auszustellen. Die Einschränkungen in der freien Arztwahl durch die Versicherten, die sich aus gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften ergeben, bleiben unberührt.

(4) Die Arztpraxen werden mit den für die Verwendung der Krankenversichertenkarte erforderlichen Geräten rechtzeitig vor dem in Abs. 1 genannten Termin ausgestattet.

(5) Die Anbieter von Praxis-DV-Systemen werden rechtzeitig vor dem Beginn der ersten Stufe über die Vorgaben informiert, die bei der Anpassung der Software an die Verwendung der Krankenversichertenkarte zu beachten sind. Die DV-Anwender unter den Ärzten werden darauf hingewiesen, daß sie rechtzeitig vor dem in Abs. 1 genannten Termin die nach Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angepaßte Software von ihren Systemhäusern anfordern.

§ 6

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung der ersten Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte

(1) In der ersten Stufe der Einführung wird das Ziel verfolgt, die mit der Einführung der Krankenversichertenkarte verbundenen Verfahren technisch und in ihren organisatorischen und kommunikativen Auswirkungen in den Praxen der Ärzte und in den Krankenkassen zu überprüfen. Gegenstand der Beobachtung ist insbesondere die praxismgerechte Durchführung der Inanspruchnahme von Leistungen unter Einsatz einer Krankenversichertenkarte sowie der Abrechnung dieser Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.

(2) In der ersten Stufe der Einführung soll geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß die Krankenversichertenkarte die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen verändert. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Weise darüber,

daß die Grundsätze für die Inanspruchnahme von Ärzten im Überweisungsverfahren und der Grundsatz des § 76 Abs. 3 SGB V, nach dem die Versicherten den Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln sollen, auch nach der Einführung der Krankenversichertenkarte Bestand haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren ihre Mitglieder entsprechend.

(3) Die wissenschaftliche Begleitung der ersten Stufe der Einführung und die Auswertung der Ergebnisse soll durch das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen und das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland sowie gegebenenfalls durch weitere, von den Partnern dieser Vereinbarung beauftragte wissenschaftliche Institute vorgenommen werden.

(4) Die Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitung, die Zuordnung zu den Instituten, die Organisation und Finanzierung werden in **Anlage 3** zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 7

Ausstattung der Arztpraxen zur Verwendung der Krankenversichertenkarte

(1) Zum Umgang mit der Krankenversichertenkarte sind die Arztpraxen mit Geräten auszustatten, die den Normen für PC-Anlagen entsprechen. Es sind folgende Varianten vorgesehen:

1. Für Ärzte mit Praxis-DV-System ist ein Chipkarten-Lesegerät mit serieller Schnittstelle erforderlich, um die Verwendung der Krankenversichertenkarte in das DV-System zu integrieren.

2. Für Ärzte ohne Praxis-DV-System ist ein Chipkarten-Lesegerät mit Druckersteuerung und ein handelsüblicher Matrixdrucker erforderlich, um die vereinbarten Vordrucke mit dem Inhalt der Krankenversichertenkarte zu beschriften.

3. Ärzten ohne Praxis-DV-System soll freigestellt werden, zum Einstieg in den DV-Einsatz in der Praxis einen PC anzuschaffen, für den die Kassenärztliche Bundesvereinigung kostenlos ein Programmmodul zur Patientendatenverwaltung zur Verfügung stellt.

(2) Eine Lösung für tragbare Geräte, die beim Hausbesuch verwendet werden können, wird vorbereitet.

(3) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen sich im Rahmen der ersten Stufe der Einführung an den tatsächlichen Kosten der Erst-Investition der teilnehmenden Ärzte für die Ausstattung nach Abs. 1 bis zur Höhe von 750,- DM je Arzt. Dies gilt entsprechend für die Kostenbeteiligung

der Krankenkassen in der zweiten Stufe der Einführung unter der Voraussetzung, daß bis zum 30. 6. 1993 eine Vereinbarung nach § 295 Abs. 3 SGB V unter Beachtung des Datenschutzes abgeschlossen worden ist, die den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erleichtert.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung trägt die Kosten der im Zusammenhang mit der ersten Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte in den betreffenden Kassenärztlichen Vereinigungen durchzuführenden organisatorischen Maßnahmen.

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

§ 8

Organisation der Einführung der Krankenversichertenkarte in der ersten Stufe

(1) Mit der Vorbereitung der Einführung der Krankenversichertenkarte, der Überwachung ihrer Durchführung und der Auswertung der ersten Stufe der Einführung wird der „Arbeitskreis Krankenversichertenkarte“ beauftragt, dem Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung angehören.

(2) Der Arbeitskreis nach Abs. 1 kann bestimmte Aufgaben auf ein gemeinsames Projektbüro übertragen. Form und Aufgaben des Projektbüros sind in **Anlage 5** näher bestimmt.

(3) Zur regionalen Vorbereitung und Durchführung der ersten Stufe der Einführung wird in jeder Region ein Projektausschuß gebildet, dem Vertreter der zuständigen Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigung und die an der ersten Stufe der Einführung beteiligten Krankenkassen sowie deren Landesverbände angehören. Der Projektausschuß ist verantwortlich für die regionale Öffentlichkeitsarbeit und die Koordination der Vorbereitungsarbeiten der beteiligten Institutionen. Abs. 2 gilt entsprechend.

(4) Die Koordination zwischen dem Arbeitskreis Krankenversichertenkarte und den Projektausschüssen der beteiligten Regionen wird nach Maßgabe der **Anlage 5** über das Projektbüro nach Abs. 2 sichergestellt.

§ 9

Vordrucke

(1) Die in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Vordrucke sind jeweils so zu gestalten, daß sie unter Verwendung der in § 7

Abs. 1 beschriebenen Ausstattung mit dem Inhalt der Krankenversichertenkarte formatgerecht bedruckt werden können. Die Krankenkassennummer, die Angabe des Versichertenstatus, die Krankenversichertennummer und die Arztnummer sind beleglesefähig.

(2) Das Arzneiverordnungsblatt ist so gestaltet, daß das bundeseinheitliche Kennzeichen für das verordnete Fertigarzneimittel (§ 300 Abs. 3 Nr. 1 SGB V) maschinell lesbar eingetragen werden kann und ausreichend Platz für die Verschreibung des Arztes zur Verfügung steht. Alle zur Beleglesung vorgesehenen Eintragungen sind auf der Vorderseite enthalten.

(3) Bis zum Abschluß der bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte bleiben die in der kassen- und vertragsärztlichen Versorgung vereinbarten Vordrucke alter Art für die Versicherten, die nicht im Besitz einer Krankenversichertenkarte sind, weiterhin gültig.

(4) Das Nähere über die Gestaltung und Ausfüllung der Vordrucke wird in einer Vordruckvereinbarung und in den Vordruckerläuterungen geregelt.

(5) Die aufgrund der Einführung der Krankenversichertenkarte neu vereinbarten Vordrucke sind den in den Regionen der Einführung an der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten rechtzeitig zur Verfügung zu stellen.

§ 10

Vorlage der Krankenversichertenkarte und Übertragung der Information

(1) In den Regionen, in denen die Krankenversichertenkarte eingeführt ist, sollen Versicherte die dort niedergelassenen Ärzte nur unter Vorlage der Krankenversichertenkarte in Anspruch nehmen. Die Versicherten sind verpflichtet, die Krankenversichertenkarte bei jeder Inanspruchnahme eines Arztes mit sich zu führen. Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder entsprechend informieren. Für die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankheitsfrüherkennung entfällt mit der Einführung der Krankenversichertenkarte die Verpflichtung zur Vorlage eines Berechtigungsscheins.

(2) Legt der Versicherte bei der ersten Inanspruchnahme eines Arztes im Behandlungsfall seine Krankenversichertenkarte nicht vor, gelten diejenigen vertraglichen Vorschriften, die bei Nichtvorlage eines Krankenscheines Anwendung finden, es sei denn, der Versicherte legt anstelle der Krankenversichertenkarte seinen Krankenschein vor, wozu er im Ausnahmefall berechtigt ist. ▷

(3) Legt der Versicherte bei der Inanspruchnahme eines Arztes mit Praxis-EDV als einzige Leistungen im Behandlungsfall zur Abrechnung vor, ist der Arzt berechtigt, unter Übertragung der in Abs. 4 genannten Daten der Krankenversichertenkarte selbst einen Abrechnungsschein (Überweisungsschein) auszustellen. Der Versicherte hat in diesem Fall im Adreßfeld des Abrechnungsscheins die Richtigkeit dieser Daten durch Unterschrift zu bestätigen.

(4) Wird dem Arzt bei nachfolgenden Inanspruchnahmen im Behandlungsfall die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt und gibt der Versicherte statt dessen dem Arzt gegenüber seine Versicherteneigenschaft an, soll der Arzt bei Verordnungen den Namen der Krankenkasse, den Namen und das Geburtsdatum des Versicherten sowie den Versichertenstatus – und nach Möglichkeit auch die Krankenversicherten-Nummer – übertragen.

(5) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, die Daten der Krankenversichertenkarte auf die Vordrucke für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung maschinell unter Verwendung der in § 7 Abs. 1 beschriebenen Geräte zu übertragen. Bei Hausbesuchen gilt Abs. 6 entsprechend, sofern sich der Arzt nicht nach Satz 1 vorbereiteter Vordrucke bedient.

(6) Liegt die Krankenversichertenkarte vor, ist aber aus technischen Gründen eine maschinelle Datenübertragung auf die Vordrucke nicht möglich, so gilt das in Abs. 4 beschriebene Verfahren entsprechend.

(7) Das Nähere der Verwendung der Krankenversichertenkarte in der Arztpraxis, insbesondere die Verfahren, die bei Nicht-Vorlage der Krankenversichertenkarte Anwendung finden, wird in **Anlage 6** zu dieser Vereinbarung geregelt.

§ 11

Unterschrift des Versicherten

(1) Nach Übertragung der Daten der Krankenversichertenkarte auf den Abrechnungsschein bestätigt der Versicherte das Bestehen der Mitgliedschaft durch Unterschrift auf dem Abrechnungsschein. Eine Unterschriftsleistung ist nicht erforderlich bei Versicherten, die einen gesetzlichen Vertreter haben (zum Beispiel Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres) oder die zur Unterschriftsleistung nicht in der Lage sind. Auf die Unterschrift kann ebenfalls verzichtet werden, sofern die Leistungen nach den Nrn. 70 und Nr. 170 BMA/E-GO und – bei telefonischer Erbringung – die Leistun-

gen nach den Nrn. 1, 2 und 3 BMA/E-GO als einzige Leistungen im Behandlungsfall zur Abrechnung kommen.

(2) Ärzte, die mit Hilfe einer Praxis-EDV abrechnen, erstellen bei der ersten Inanspruchnahme im Behandlungsfall einen Schein mit dem Ausdruck der Krankenversichertenkarte, dem Tagesdatum und – entsprechend den Vorgaben in Abs. 1 – der Unterschrift des Versicherten. Auf die Beifügung dieses Scheins zur Abrechnung kann verzichtet werden, wenn er zu den Unterlagen genommen und der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigt wird, daß die Krankenversichertenkarte vorgelegt hat.

(3) Die Vertragspartner vereinbaren, darauf hinzuwirken, daß die Regelung nach Abs. 2 durch eine technische Lösung ersetzt wird, bei der der Speicherchip der Krankenversichertenkarte eingelesen und das Einlesedatum festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden Daten wird. Ein nicht änderbares Einlesedatum soll dann der Unterschrift des Versicherten gleichgesetzt werden.

§ 12

Schlußbestimmungen

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. April 1992 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens aber zum 31. Dezember 1993, gekündigt werden. Im Falle der Kündigung gelten die bestehenden Regelungen bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung fort.

(2) Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, insbesondere während der Phase der ersten Stufe der Einführung, die vereinbarten Vorschriften auf ihre Praktikabilität hin regelmäßig zu überprüfen und erforderlichenfalls einvernehmlich anzupassen.

(3) Die Partner dieser Vereinbarung verpflichten sich, innerhalb von sechs Monaten nach Abschluß des Beobachtungszeitraums der ersten Stufe der Einführung die Auswertungsergebnisse zu § 6 Abs. 1 festzustellen und festzulegen, welche Korrekturen daraus für die Verfahren und die technischen Spezifikationen der Krankenversichertenkarte und der für ihre Verwendung erforderlichen Geräte und Software abzuleiten sind.

(4) Nach Abschluß der ersten Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte, spätestens aber bis zum Beginn der zweiten Stufe, werden die Partner dieser Vereinbarung die bestehenden Vergütungsregelungen daraufhin überprüfen, ob sie die Erkenntnisse berücksichtigen, die in der ersten Stufe

hinsichtlich der Veränderung des Inanspruchnahmeverhaltens aufgrund der Einführung der Krankenversichertenkarte gewonnen wurden.

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 Arzt-/Ersatzkassenvertrages in ihren jeweiligen Vergütungsvereinbarungen entsprechende Ausgleichsregelungen treffen.

Köln, den 22. 7. 1992

Kassenärztliche Bundesvereinigung
K.d.ö.R.

Anlage 1

Gestaltung und technische Eigenschaften der Krankenversichertenkarte (auf eine Wiedergabe wird verzichtet)

Anlage 2

Beginn der ersten Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte und die beteiligten Regionen

1. Regionen und beteiligte Krankenkassen

1.1 Stadt Wiesbaden und Rheingau-Taunus-Kreis:

– AOK Wiesbaden-Rheingau-Taunus

Betriebskrankenkassen:

– BKK Landeswohlfahrtsverband Hessen

– BKK Didier-Werke AG

– BKK Linde

– BKK Papierwerke Waldhof

– BKK R + V

– BKK Dyckerhoff AG

– BKK Kalle-Albert

– BKK MAN-Miller

– BKK Passavant-Werke AG

– BKK Schott-Glaswerke

– Innungskrankenkasse Wiesbaden

– Bundesknappschaft

– Neun Ersatzkassen

Mengengerüst:

Versicherte	410 000
Ärzte	600
Zahnärzte	300

1.2 Landkreis Böblingen:

– AOK für den Kreis Böblingen

Betriebskrankenkassen:

– BKK Breuninger

– BKK R + V

– Innungskrankenkasse Böblingen-Leonberg

– Bundesknappschaft

– Landwirtschaftliche Krankenkasse Württemberg

- Neun Ersatzkassen
Mengengerüst:

Versicherte	280 000
Ärzte	400
Zahnärzte	170

1.3 Stadt und Landkreis Weimar:

- AOK Nordthüringen
- Betriebskrankenkassen:
 - BKK R + V
 - BKK ENAG
 - BKK OTEV
 - BKK Jena Glaswerk
 - BKK Carl Zeiss Jena
- Innungskrankenkasse Westthüringen
- Bundesknappschaft
- Neun Ersatzkassen
Mengengerüst:

Versicherte	104 000
Ärzte	150
Zahnärzte	150

Es beteiligen sich folgende Ersatzkassen:

- Barmer Ersatzkasse
- Deutsche Angestellten Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- Kaufmännische Krankenkasse Halle
- Hamburg Münchener Ersatzkasse
- Hanseatische Ersatzkasse
- Schwäbisch-Gmünder Ersatzkasse
- Gärtner Krankenkasse
- Hamburgische Zimmerer-Krankenkasse

2. Beginnstermin

Die erste Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte soll am 1. Januar 1993 beginnen. Die konkrete Festlegung des Termins erfolgt durch die Vertragspartner.

Anlage 3

Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Krankenversichertenkarte (auf eine Wiedergabe wird verzichtet)

Anlage 4

Ausstattung der Arztpraxen

1. Grundsätzliches

Die gerätemäßige Versorgung der Arztpraxen zur Verwendung der Krankenversichertenkarte ist in § 7 der oben genannten Vereinbarung prinzipiell geregelt. Diese Anlage beschreibt die technischen, organisatorischen und logistischen Verfahren.

Bei Vorlage der Versichertenkarte in Arztpraxen wird der Datensatz des Speicherchips gelesen, formatiert und – gegebenenfalls via Praxiscomputer –

per Drucker auf die vorgesehenen Felder der kassenärztlichen Vordrucke übertragen. Hierfür wird je Arzt beziehungsweise Ärztin rechtzeitig eine geeignete Gerätekombination zur Verfügung gestellt.

Gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung enthalten alle ausgegebenen Versichertenkarten die gleiche Datenstruktur. Mit identischen Übermittlungsprotokollen werden die Daten zum PC beziehungsweise Drucker weitergeleitet. Daher arbeiten sämtliche Kartenleser absolut funktionsgleich, was nicht ausschließt, daß sie in Gestaltungsdetails und äußerer Form variieren.

2. Aufbau des Lesers

Der Chipkartenleser eignet sich ausschließlich zur Verwendung der Versichertenkarte. Die Bauart folgt in Form, Bedienung und Technik den organisatorischen sowie ergonomischen Forderungen der Arztpraxis. Das Gerät wird für einen mindestens fünfjährigen Einsatz konzipiert. Es ist TÜV-geprüft und besitzt das GS-Gütezeichen für technische Sicherheit. Leistungsaufnahme und Wärmeabgabe sind äußerst gering.

Das Gehäuse enthält äußerlich sichtbar oder zugänglich folgende Komponenten:

- Kontaktierungseinrichtung für die Chipkarte
- Leuchtdiode(n) für den Betriebszustand
- Schalter für die Stromversorgung
- Anschluß für das Steckernetzgerät (2 m)
- Stecker für die Datenkabel (2 m)
- Einstellmöglichkeit für die Arztnummer
- Display zur Anzeige des Chipinhalts (optional)
- einstellbares Datum (optional)
- Schalter für den Ausgabemodus (siehe Ziff. 3)

Im Inneren sind auf einer Platine folgende Bauelemente zusammengefaßt:

- Mikroprozessor
- EPROM (32 KB)
- RAM (8 KB)
- parallele Schnittstelle (Centronics)
- serielle Schnittstelle (RS 232/V24)
- Echtzeituhr (optional)
- Spannungsversorgung

Der Datenaustausch zwischen den zugelassenen Speicherchips gemäß Anlage 1 der Vereinbarung und dem Lesegerät erfolgt durch ISO-konforme Ansteuerung für synchrone Chipkarten. Bei Chiptypen, welche die Answer-to-Reset-Funktion nicht unterstützen, werden die ATR-Daten im Chip-Speicher abgelegt. (Siehe technische Richtlinie zu Anlage 1).

3. Funktionsweise des Kartenlesers

Eine grüne Leuchtdiode signalisiert die Betriebsbereitschaft des Geräts. Nach Einstecken der Karte bis zum Druckpunkt erfolgt der Lesevorgang innerhalb 3 Sekunden; eine zweite LED zeigt dies grün an; im Fehlerfall – falsche Karte, verkehrt eingesteckt, Chip nicht lesbar, Datenstruktur fehlerhaft – blinkt die LED rot.

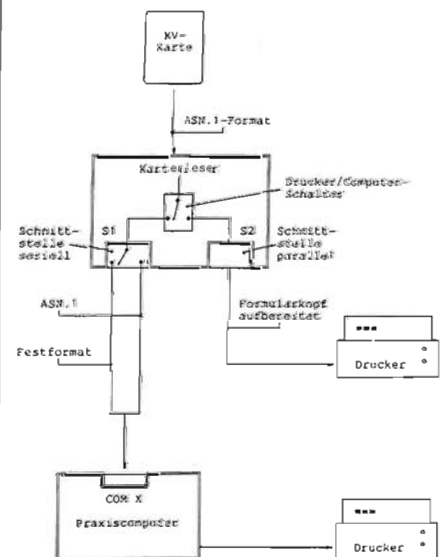
Bei korrekter Übernahme werden die Daten im Leser aufbereitet und – um Arztnummer und gegebenenfalls Tagesdatum ergänzt – als definierte Datenformate bereitgestellt:

- Über die parallele Schnittstelle werden die Druckformate an bestimmte Matrixdrucker gesendet, mit denen automatisch die Vordruckköpfe beschriftet werden können.

- Über die serielle Schnittstelle kann der Datensatz sowohl mit festen Feldlängen ohne Kennfelder und Steuerzeichen – als auch im ASN.1-Format – mit einer Übertragungsrate von 1200 bis 19 200 Baud an PCs übermittelt werden (COM-x).

Der jeweilige Ausgabemodus ist einstellbar (siehe Ziff. 2). Das Softwareprotokoll zur Übertragung des festen Datensatzes folgt dem Verfahren CTRL-S, CTRL-Q mit 8 Bit ohne Parität und einem Stop-Bit. Bei Übermittlung des ASN.1-Formats kann hardwaremäßig protokollfrei mit Time-out gearbeitet werden. Die Daten werden mittels Dialogprotokoll gelesen. Die technische Richtlinie 2 zu dieser Anlage enthält hierzu einen Vorschlag.

Datenübertragung von der Versichertenkarte



4. Datensicherheit

Die Elektronik des Kartenlesers erkennt Abweichungen vom festgelegten Datenformat und verweigert die Annahme solcher Datensätze. Zusätzlich

erfolgt die inhaltliche Kontrolle über Prüfziffern. Hierdurch ist gewährleistet, daß nur ordnungsgemäße Information an die Schnittstellen übergeben und von dort gedruckt oder an die PC-Programme weitergeleitet wird. Veränderungen des Dateninhalts der Speicherchipkarte sind in den Arztpraxen nicht möglich. Der verfügbare Zeichensatz entspricht DIN 66003 (7-Bit-ASCII; Deutsche Referenzversion).

5. Datenübernahme in Praxiscomputer

Ein halbes Jahr vor Beginn der Einführungsphase wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung besondere Richtlinien für die Programmanpassung der Systemhäuser herausgeben, damit die Übernahme der Versichertendaten von der Chipkarte in die Patientendatei programmtechnisch einwandfrei funktioniert. Dabei steht die DV-technische Kontrolle des aktuellen Versicherungsverhältnisses bei Vorlage der Karte im Vordergrund des Interesses. Im Hinblick auf die papierlose Quartalsabrechnung muß das Datum der letzten Kartenvorlage für jeden Abrechnungsfall im Praxisrechner dokumentiert werden. Die DTA-Richtlinien der KBV werden entsprechend angepaßt.

Die in Anlage 1 zur Vereinbarung beschriebenen Daten der Versichertenkarten werden nach Prüfung und Aufbereitung durch den Kartenleser an der seriellen Schnittstelle bundeseinheitlich als Datensatz wie unter 3. beschrieben bereitgestellt. Sie können durch die Anwendungssoftware der Praxisrechner absolut sicher übernommen und nach Feld- sowie Satzprüfung in die interne Datenstruktur umgewandelt werden. Dabei wird gleichzeitig und automatisch ein zusätzliches Datenfeld „Datum der letzten Vorlage“ mit dem Maschinendatum gefüllt.

6. Formulardruck

Für die Verwendung der Daten aus der Versichertenkarte werden neue Vordrucke eingeführt. Zur möglichen Direktbedruckung ohne Praxiscomputer enthält der EPROM des Chipkartenlesers die formatgerechte Druckersteuerung für bestimmte Drucktypen. Deren Auswahl erfolgt – insbesondere unter den Kriterien der Geräusentwicklung, des Platzbedarfs, der Handhabung und der Druckqualität – im Rahmen einer Ausschreibung sowie nach Praxistests durch die KBV. Arztpraxen, die über keinen Praxisrechner verfügen, erhalten die Leser mit Druckern anschlussfertig vor Beginn der Einführungsphase geliefert. Die Beschriftung des Personalienfeldes erfolgt in einer Zeichendichte von 10

Zeichen/Zoll. Die Felder „Krankenkassennummer“, „Versichertennummer“, „Angabe des Versichertenstatus“ sowie die „Arztnummer“ müssen beleglesefähig sein.

Die Druckprogramme installierter Praxisrechner müssen entsprechend angepaßt werden.

Für die Bedruckung des Personalienfeldes der kassenärztlichen Vordrucke wurde ein bundeseinheitliches Raster festgelegt. Auf der Grundlage der nachfolgenden Skizze wird die Formalkommission der Ärzte und Krankenkassen detaillierte Bedruckungsvorschriften herausgeben. In der zweiten Namenszeile sind maximal 19 Zeichen zulässig.

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Musterkasse						
Name, Vorname des Versicherten						
Mustermann-Müller						geb. am
Michael-Martin						20.10.25
Musterweg 6						
99999 Musterörtchen						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
1234567		123456789012			1	
Kassenart-Nr.		VK gültig bis		Datum		
123456789		12/93		20.05.92		

Personalienfeld nach dem gegenwärtigen Stand der Diskussion in der Formalkommission.

7. Programm-Modul zur Patientenverwaltung

Voraussichtlich wird nicht bei jedem Arzt-Patientenkontakt die Versichertenkarte vorgelegt. In diesen Fällen müssen alle Vordrucke manuell ausgestellt werden, wenn die Patientendaten nicht mittels EDV zwischengespeichert werden können. Dazu würde ein Mini-PC in der Konfiguration PC mit 80286-Prozessor oder ähnlichem marktgängigem Prozessor, 1 MB Arbeitsspeicher, 40 MB Festplatte, 3,5" Disketten-Laufwerk, Monochrom-Monitor, ser./par. Schnittstellen, MS-DOS 5.0 deutsch oder einem ähnlichen marktgängigen Betriebssystem ausreichen.

Ärzten, die sich ein solches Gerät auf eigene Kosten beschaffen, stellt die KBV auf Anfrage ein Programm-Modul zur Patientendatenverwaltung bereit. Es ermöglicht die Eingabe, Dokumentation und Abfrage der Patientendaten. Diese Software setzt die oben genannte Hardware nebst Kartenleser und Drucker voraus. Sie bezieht sich ausschließlich auf die Daten gemäß Ziffer 5 dieser Anlage. Das Programm wird im Rahmen einer Ausschreibung beschafft und im Objekt-Code zur Verfügung gestellt. Über eine Software-Schnittstelle können die Patientenda-

ten für weiterführende Programme von dritter Seite verwendet werden.

8. Auswahl und Bereitstellung

Alle Vorgaben und technischen Richtlinien für die Lesegeräte, Drucker sowie für das Programm-Modul nach § 7 Abs. 1 Ziffer 3 der Vereinbarung werden nach Abstimmung im Arbeitskreis von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben. Dort werden auch die Ausschreibungsunterlagen erstellt.

Spätestens ein halbes Jahr vor Einführung der Versichertenkarte legen die Arztpraxen im Rahmen einer Umfrage fest, für welche technische Alternative sie sich entscheiden.

An der Finanzierung der EDV-Komponenten für die Arztpraxen beteiligen sich die Spitzenverbände gemäß § 7 Abs. 3 der Vereinbarung bis zu einer Höhe von 750 DM je Arzt einschließlich Mehrwertsteuer. Die Auftragsvergabe erfolgt durch die KBV/KV, nachdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung anhand der Ausschreibungsergebnisse entsprechende Systementscheidungen getroffen hat. Im Interesse hoher Qualitätsstandards und günstiger Marktbedingungen sollen jeweils die drei günstigsten Alternativen zu je einem Drittel der benötigten Stückzahlen eingesetzt werden.

Für die Logistik, das heißt die termin- und sachgerechte Bereitstellung und Inbetriebnahme in den Praxen der Einführungsregionen sind die Lieferanten in Abstimmung mit den örtlichen Gremien zuständig. Dort werden auch die Schulungsmaßnahmen und die Service-Dienste organisiert.

Über die Garantiefristen der Lieferfirmen hinaus obliegt die Wartung oder Ersatzbeschaffung der Geräte ausschließlich den Arztpraxen. Die Spitzenverbände der Ärzte und Krankenkassen werden in Abstimmung mit dem zentralen Projektbüro Musterzulassungen aussprechen und gegebenenfalls Sammelbestellungen organisieren.

Dabei sind die Erfahrungen aus der ersten Stufe der Einführung von Versicherungskarten angemessen zu berücksichtigen.

9. Anhang

Technische Richtlinien (auf eine Wiedergabe wird verzichtet)

Anlage 5

Das Projektbüro der Bundesebene (auf eine Wiedergabe wird verzichtet)

Anlage 6

Verwendung der Krankenversichertenkarte in der Arztpraxis sowie Ersatzverfahren bei Nichtvorlage

1. Verwendung der Krankenversichertenkarte

1.1 Der Versicherte ist grundsätzlich verpflichtet, bei jedem Arztbesuch die Krankenversichertenkarte vorzulegen.

1.2 Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, die Daten der Krankenversichertenkarte auf die Vordrucke für die kassen- und vertragsärztliche Versorgung maschinell unter Verwendung der in § 7 Abs. 1 der Vereinbarung beschriebenen Geräte zu übertragen.

1.3 Ärzte, die von der KV genehmigte EDV-Systeme anwenden, sind berechtigt, die für die Übertragung vorgesehenen Daten aus den mit den Versichertenkarten erstellten Patientenstammdateien auf die Vordrucke zu übertragen, wenn diese positionsgerecht erfolgt und wenn im Behandlungsfall eine gültige Krankenversichertenkarte vorgelegt wurde.

1.4 Der Versicherte bestätigt durch Unterschrift auf dem Abrechnungsschein des Arztes – mit Ausnahme des Vordruck-Musters 19 bei Notfall-Behandlungen – das Bestehen der Mitgliedschaft bei seiner Krankenkasse, soweit nicht Regelungen nach § 11 Abs. 3 der Vereinbarung getroffen worden sind.

2. Nichtvorlage/ungültige Karte

2.1 Kann bei der ersten Arzt-/Patientenbegegnung im Behandlungsfall eine gültige Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt werden, finden die Regelungen nach § 10 Abs. 2 der Vereinbarung i. V. m. § 18 Abs. 5 und 6 BMV-A sowie § 12 Abs. 4 und 6 EKV Anwendung; das heißt der Arzt kann nach Ablauf von 10 Tagen eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen, die jedoch zurückzahlen ist, wenn dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Krankenversichertenkarte bis zum Ende des Quartals vorgelegt wird oder ihm die zuständige Krankenkasse einen Abrechnungsschein übersendet. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel kann der Kassen-

arzt/Vertragsarzt in derartigen Fällen ohne Angabe der Kassenzugehörigkeit mit dem Vermerk „ohne Versicherungsnachweis“ privat verordnen.

2.2 Kann bei einer Notfallbehandlung, die mit einem Abrechnungsschein nach Vordruck Muster 19 abgerechnet wird, die Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt werden, oder ist sie ungültig, ist die Abrechnung im Ersatzverfahren nach Nr. 3 aufgrund der Angaben des Versicherten oder der Angaben anderer Auskunftspersonen durchzuführen.

3. Ersatzverfahren

3.1 Wenn die Krankenversichertenkarte bereits einmal im betreffenden Quartal dem Arzt vorgelegen hat, sie aber bei einer späteren Arzt-/Patientenbegegnung nicht mitgeführt wird oder nicht verwendet werden kann, findet für die unmittelbar notwendige Ausstellung von Vordrucken für die kassenärztliche/vertragsärztliche Versorgung ein Ersatzverfahren statt, sofern nicht zuvor beschriftete Vordrucke verwendet werden können.

3.2 Das gleiche gilt, wenn dem Arzt lediglich ein gültiger Überweisungsschein, nicht aber die Krankenversichertenkarte für Verordnungen zur Verfügung steht, sowie für Personen, die zur Behandlung aus Bereichen kommen, in denen die Krankenversichertenkarte nicht eingeführt ist, und einen Behandlungsausweis (Krankenschein/Überweisungsschein) vorlegen.

3.3 Fälle, in denen die Krankenversichertenkarte nicht verwendet werden kann, können vorliegen, wenn

3.3.1 der Versicherte darauf hinweist, daß sich die zuständige Krankenkasse oder der Versichertenstatus geändert hat, die Karte dies aber noch nicht berücksichtigt,

3.3.2 die Karte defekt ist,

3.3.3 das Lesegerät/der Drucker defekt ist,

3.3.4 die Karte nicht benutzt werden kann, wenn für Hausbesuche kein entsprechendes Gerät zur Verfügung steht und keine bereits in der Arztpraxis mit den Daten der Krankenversichertenkarte vorgefertigten Formulare verwendet werden können.

4. Datenangaben im Ersatzverfahren

Im Ersatzverfahren zur Ausfüllung des Personalienfeldes sind folgende Verfahren zulässig:

4.1 die manuelle oder maschinelle Beschriftung auf Grund von Unterlagen in der Patientendatei oder von Angaben des Versicherten; dabei sind die Bezeichnung der Krankenkasse, der Name und das Geburtsdatum des Versicherten, der Versichertenstatus und nach Möglichkeit auch die Krankenversichertennummer anzugeben (vgl.

§ 10 Abs. 4 der Vereinbarung).

4.2 die Verwendung maschinell lesbarer vorgefertigter Aufkleber, die den Abdruck des Inhalts der KV-Karte enthalten und die in ihrem Aufbau dem verbindlichen Personalienfeld entsprechen. Dies gilt nicht für die Ausstellung von Arzneverordnungsblättern.

5. Unterschrift des Versicherten

Auch im Ersatzverfahren hat der Versicherte durch seine Unterschrift das Bestehen der Mitgliedschaft auf dem Abrechnungsschein zu bestätigen. Dies gilt nicht für Vordruck Muster 19, sofern es im Notfalldienst verwendet wird.

6. Beibringung der Krankenversichertenkarte nach durchgeführtem Ersatzverfahren

Kann im weiteren Verlauf des Quartals die Krankenversichertenkarte verwendet werden, ist damit ein Abrechnungsschein auszustellen. Der im Ersatzverfahren bereits ausgefertigte Abrechnungsschein kann diesem angeheftet werden.

7. Vorlage einer geänderten Krankenversichertenkarte

Legt der Versicherte innerhalb eines Quartals, in dem die Krankenversichertenkarte bereits vorgelegen hat, nach Status- oder Kassenwechsel eine neue Krankenversichertenkarte vor, so hat der Arzt einen weiteren Abrechnungsschein mit den aktuellen Patientendaten auszustellen.

8. Übergangsregelung solange die Krankenversichertenkarte noch nicht in allen Regionen eingeführt ist

8.1 Versicherte, denen eine Krankenversichertenkarte ausgehändigt worden ist, sind berechtigt, in Regionen, in denen die Krankenversichertenkarte noch nicht eingeführt ist, medizinische Behandlung unter Vorlage eines Krankenscheines in Anspruch zu nehmen. In Regionen, in denen die Krankenversichertenkarte eingeführt ist, sind diese Versicherten im Ausnahmefall berechtigt, anstelle der Krankenversichertenkarte einen Krankenschein vorzulegen.

8.2 Versicherte, denen eine Krankenversichertenkarte ausgehändigt worden ist, sind berechtigt, medizinische Behandlung auch in Regionen, in denen die Krankenversichertenkarte noch nicht eingeführt ist, unter Vorlage der Krankenversichertenkarte in Anspruch zu nehmen. Der Arzt ist berechtigt, unter Übertragung der im Personalienfeld alter Art vorgesehenen Daten, jedoch ohne Anschrift des Versicherten, selbst einen Überweisungsschein als Abrechnungsschein auszustellen. Der Versicherte hat die Richtigkeit der personenbezogenen Daten durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein zu bestätigen. □