



# RUNDSCHREIBEN

Laufende Nummer: RS 2013 / 437

Thema: **Verfahrensweise bei fehlendem Lichtbild**

Anlass: Ablösung der KVK zum 31.12.2013

Für Fachbereich/e: elektronische Gesundheitskarte / Telematik

Erscheinungsdatum: 04.10.2013

Anlage/n:

## Bei Fragen wenden Sie sich bitte an

Abteilung/Stabsbereich: Ref. IT-Systemfragen/Telematik  
Ref. Leistungsrecht/Rehabilitation/Prävention/  
Selbsthilfe (Kostenerstattung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

nach den dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) vorliegenden Informationen gehen die Krankenkassen davon aus, dass etwa 8 bis 10 Prozent der Versicherten kein Lichtbild einreichen und somit, sofern sie nicht das 15. Lebensjahr vollendet haben oder ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen können, keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) erhalten können. Nach interner Beratung empfiehlt der GKV-SV folgendes Verfahren:

- Es gilt der Grundsatz, dass keine eGK ohne Lichtbild an Versicherte ausgegeben werden, wenn nicht einer der in § 291 Abs. 2 Satz 1 SGB V genannten Ausnahmetatbestände vorliegt.
- Der GKV-SV, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) vereinbaren das Ende der Gültigkeit der bis-



herigen Krankenversichertenkarte (KVK). Die KVK wird zum 31.12.2013 von der eGK abgelöst. Nach Abschluss und Veröffentlichung dieser gemeinsamen Vereinbarungen informieren die Krankenkassen in geeigneter Weise auf ihren Webseiten, in ihren Mitgliederzeitschriften oder auch in Versichertenanschriften über das Ende der Gültigkeit der KVK sowie über die Tatsache, dass ab dem Zeitpunkt des erklärten Gültigkeitsendes der KVK nur noch die eGK bei den Ärzten und Zahnärzten ein gültiger Versicherungsnachweis ist. Weitergehende Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Rundschreiben RS 2013/420 zur Ablösung der KVK, welches der Fachbereich ambulante ärztliche Versorgung des GKV-SV veröffentlicht hat.

- Es wird davon ausgegangen, dass sich die Anzahl der Versicherten, die bisher nicht auf eine schriftliche Lichtbildanforderung reagiert oder kein Lichtbild eingereicht haben, nochmal reduzieren wird, wenn das Ende der Gültigkeit der KVK öffentlich bekannt gegeben wird.

Legt der Versicherte in der Arztpraxis nach dem Ende der Gültigkeit der Krankenversichertenkarte keine eGK vor, gelten im Behandlungsfall gemäß des Bundesmantelvertrags Ärzte folgende Regelungen in der Vertragsarztpraxis:

- Kann der Versicherte innerhalb von 10 Tagen nach der Behandlung dem Arzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK vorlegen oder einen zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden Leistungsanspruch des Versicherten von der zuständigen Krankenkasse anderweitig nachweisen (Einzelfallbestätigung der Kasse ausschließlich bezogen auf die bereits erfolgte Behandlung, sog. Anspruchsnachweis gemäß § 18 Abs. 8 BMV-Ä), wird der Arzt keine Privatrechnung erstellen beziehungsweise eine erstellte Privatrechnung stornieren, so dass die regelhafte Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) mit der Krankenkasse erfolgt.

Kann der Versicherte innerhalb von 10 Tagen o. g. Versicherungsnachweis nicht erbringen, ist der Arzt berechtigt, dem Versicherten eine Privatvergütung in Rechnung zu stellen. Wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals, in dem die Behandlung erfolgte, eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK vorgelegt wird, oder wenn dem Arzt bis zum Ende des Quartals ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Versicherten von der zuständigen Krankenkasse nachgewiesen wird (Einzelfallbestätigung der Kasse, ausschließlich bezogen auf die bereits erfolgte Behandlung, sog. Anspruchsnachweis gem. § 18 Abs. 8 BMV-Ä), ist der Arzt verpflichtet, die Privatvergütung zurückzuerstatten und entsprechend dem Regelfall über die KV mit der Krankenkasse abzurechnen.



- In den Fällen, in denen Versicherte den mehrfachen Aufforderungen der Krankenkassen zur Abgabe eines Lichtbildes nicht nachgekommen sind und somit die Ausstellung der eGK nicht erfolgen konnte, ist nach Ansicht des GKV-SV eine Rechtsgrundlage für eine Kostenerstattung nicht ersichtlich. Nach § 13 Abs. 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das SGB IX vorsehen. Entsprechend einschlägige Rechtsgrundlagen im SGB V sind nicht ersichtlich. Eine Anwendung der Regelung des § 13 Abs. 3 SGB V, wonach dem Versicherten die Kosten einer selbstbeschafften Leistung u. a. dann zu erstatten sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, kommt nicht in Betracht, da in der vorliegenden Fallgestaltung der Versicherte durch fehlende Mitwirkung die nicht rechtzeitige Leistungserbringung im Rahmen der Sachleistung maßgeblich herbeigeführt hat und somit im Gegenzug nicht die Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verlangen kann (Verstoß gegen den Grundsatz von Treu und Glauben durch widersprüchliches Verhalten). Die Fallgestaltungen, in denen eine solche fehlende Mitwirkung nicht zu Lasten des Versicherten gehen sollen, sind in § 291 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz SGB V abschließend genannt und bzgl. des maßgeblichen Personenkreises nicht einschlägig.
- Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es zu diesen Fragestellungen bislang, soweit ersichtlich, noch keine gerichtlichen Entscheidungen gibt.

In der Vertragszahnarztpraxis gelten gemäß dem Bundesmantelvertrag folgende Regelungen:

- Kann der Versicherte zum Zeitpunkt der Behandlung dem Zahnarzt keine gültige eGK vorlegen, oder einen zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden Leistungsanspruch von der zuständigen Krankenkasse anderweitig nachweisen (Einzelfallbestätigung der Kasse ausschließlich bezogen auf die bereits erfolgte Behandlung), ist der Zahnarzt berechtigt, dem Versicherten eine Privatvergütung in Rechnung zu stellen.
- Wenn dem Zahnarzt innerhalb einer Frist von 10 Tagen nach der erfolgten Behandlung eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige eGK vorgelegt wird, oder wenn dem Zahnarzt innerhalb dieser Frist ein zum Zeitpunkt der Behandlung bestehender Leistungsanspruch des Versicherten von der zuständigen Krankenkasse nachgewiesen wird (Einzelfallbestätigung der Kasse ausschließlich bezogen auf die bereits erfolgte Behandlung), ist der Zahnarzt verpflichtet, die Privatver-



gütung zurückzuerstatten und entsprechend dem Regelfall über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) mit der Krankenkasse abzurechnen.

- In den Fällen, in denen Versicherte den mehrfachen Aufforderungen der Krankenkassen zur Abgabe eines Lichtbildes nicht nachgekommen sind und somit die Ausstellung der eGK nicht erfolgen konnte, ist nach Ansicht des GKV-SV eine Rechtsgrundlage für eine Kostenerstattung nicht ersichtlich. Die Begründung ist den vergleichbaren Ausführungen zum Behandlungsfall gemäß dem Bundesmantelvertrag Ärzte zu entnehmen.
- Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es auch zu diesen Fragestellungen bislang, soweit ersichtlich, noch keine gerichtlichen Entscheidungen gibt.

Klarstellung:

1. Bei der o. g. Einzelfallbestätigung handelt es sich um einen formlosen Nachweis der Krankenkasse über den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden Leistungsanspruch gemäß den zwischen dem GKV-SV und der KBV bzw. KZBV geschlossenen Vereinbarungen zum Inhalt und zur Anwendung der eGK (jeweils Anhang 1 Ziffer 2.1).
2. Bei der o. g. Einzelfallbestätigung handelt es sich nicht um das in den Bundesmantelverträgen beschriebene Ersatzverfahren. Das Ersatzverfahren in den Arztpraxen kann nur dann praktiziert werden, wenn der Versicherte eine eGK vorlegt, diese aber wegen technischer Probleme oder unter Hinweis des Versicherten auf die fehlende Aktualität der eGK aus Gründen des Krankenkassenwechsels oder wegen einer Änderung im Versichertenstatus nicht eingelesen werden kann.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
GKV-Spitzenverband

