

**Vereinbarung**  
**zur Gestaltung und**  
**bundesweiten Einführung der**  
**Krankenversichertenkarte**  
  
**und**  
  
**zur Datenübermittlung für**  
**den Risikostrukturausgleich**  
**nach § 267 SGB V**

Stand: 01.01.2004

---

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Thema</b>	<b>Seite</b>
<b>Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte</b>	<b>1</b>
<b>Vereinbarung zur Datenübermittlung für den Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V</b>	<b>21</b>

**VEREINBARUNG**  
**ZUR GESTALTUNG UND BUNDESWEITEN EINFÜHRUNG**  
**DER KRANKENVERSICHERTENKARTE**

In der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 16.01.2004, gültig ab 01.01.2004

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 Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung K.d.ö.R.**

wird auf der Grundlage von § 291 Abs. 3 SGB V die nachfolgende Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte getroffen.

## **§ 1 Vertragsgegenstand**

Die nachstehenden Regelungen dienen der schrittweisen Einführung 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 Einführung der Krankenversichertenkarte, die mit dem 1. Januar 1993 beginnen soll.
- (2) Die Einzelheiten der Einführung werden in Anlagen<sup>1</sup> 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 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung bereitet in Zusammenarbeit mit den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Ausstattung der Zahnärzte mit den für die Verwendung der Krankenversichertenkarte erforderlichen Geräten und der Software vor.
  3. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche 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.

---

<sup>1</sup> Die Anlagen 1 - 5 sind in diesem Druckstück nicht enthalten.

- (4) Die Partner dieser Vereinbarung werden gemeinsam die erforderlichen Maßnahmen abstimmen, um gegenüber der Öffentlichkeit, den Versicherten und den Zahnärzten die Akzeptanz der Krankenversichertenkarte sicherzustellen.
- (5) Die Einführung der Krankenversichertenkarte steht im Zusammenhang mit der Neuregelung des Datenträgeraustauschs zwischen Krankenkassen und Kassenzahnärztlichen 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.<sup>1</sup> die Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenzahnärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,
  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 ggf. Zustellbereich,
  5. die Krankenversichertennummer,
  - 6.<sup>1</sup> den Versichertenstatus einschließlich Statusergänzung,
  7. bei Befristung der Gültigkeit die Angabe von Monat und Jahr des Fristablaufs.

---

<sup>1</sup> geändert auf Grund einer Vereinbarung vom 15.12.2002, gültig ab 01.01.2003.

- (2) Die Krankenversichertenkarte wird als Speicherchipkarte ausgebildet. Die Karte ist mit einem Speicherchip in EEPROM-Technologie mit einer Speicherkapazität von 256 Bytes auszustatten. Es gilt, dass Chiptypen mit einer 256 Bytes übersteigenden Speicherkapazität nur zulässig sind, wenn der 256 Bytes übersteigende Bereich im Herstellungsprozess irreversibel gesperrt wird. Zum Zweck 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.
- (2a)<sup>1</sup> Die Kennzeichnung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Disease-Management-Programme) wird in den Speicherchip der Krankenversichertenkarte aufgenommen. Auf der Vorderseite der Krankenversichertenkarte wird das Kennzeichen dieser Versichertengruppen durch die numerischen Kennzeichen der Statusergänzung aufgebracht. Die Kennzeichen werden in der Anlage zu § 2 Absatz 1 der Vereinbarung zur Datenübermittlung für den Risikostrukturausgleich vereinbart.
- (3)<sup>2</sup> Die Krankenversichertenkarte ist grundsätzlich nur gültig mit der Unterschrift des Versicherten oder eines gesetzlichen Vertreters (z. B. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres).
- (4) Die Arzt- und Zahnarztpraxen erhalten Chipkartenterminals, die ausschließlich den Lesezugriff auf die Versichertenkarte erlauben.

Die Chipkartenterminals der Krankenkassen können neben dem Lesezugriff auch Schreibzugriff erhalten. Die Krankenkassen geben dem Versicherten auf Wunsch Einblick in den Inhalt des Speicherchips.

#### **§ 4 Einführung der Krankenversichertenkarte**

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

---

<sup>1</sup> *geändert auf Grund einer Vereinbarung vom 16.01.04, gültig ab 01.01.04*

<sup>2</sup> *geändert auf Grund einer Vereinbarung vom 10.12.93, gültig ab 01.01.94*

- (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)<sup>1</sup> In der zweiten Stufe wird die Krankenversichertenkarte stufenweise im gesamten Bundesgebiet eingeführt. Die Festlegung der Regionen und des Beginns der Einführung der Krankenversichertenkarte in der zweiten Stufe wird in Anlage 2 a zu dieser Vereinbarung geregelt. § 5 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 - 5 gilt entsprechend.

## **§ 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 der Einführung 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 diesen 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 Zahnärzte mit einem Praxis-sitz in diesen Regionen in Anspruch genommen werden. Für die Inanspruchnahme von Zahnärzten mit einem Praxissitz außerhalb dieser Regionen ist den Versicherten zusätzlich ein Krankenschein von ihrer Krankenkasse auszustellen. Die Einschränkungen in der freien Zahnarztwahl durch die Versicherten, die sich aus gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften ergeben, bleiben unberührt.

---

<sup>1</sup> geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 10.12.93, gültig ab 01.01.94.

- (4) Die Zahnarztpraxen werden mit den für die Verarbeitung 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 Zahnärzten werden darauf hingewiesen, dass sie rechtzeitig vor Beginn der ersten Stufe entsprechend 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 Zahnärzte und in den Krankenkassen zu überprüfen. Gegenstand der Beobachtung ist insbesondere die praxisgerechte Durchführung der Inanspruchnahme von Leistungen unter Einsatz einer Krankenversichertenkarte sowie der Abrechnung dieser Leistungen gegenüber den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen.
- (2) In der ersten Stufe der Einführung soll geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß die Krankenversichertenkarte die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen verändert. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten in geeigneter Weise darüber, daß die Grundsätze für die Inanspruchnahme von Zahnärzten im Überweisungsverfahren und der Grundsatz des § 76 Abs. 3 SGB V, nach dem die Versicherten den Zahnarzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln sollen sowie alle weiteren Regelungen zum Behandlerwechsel auch nach der Einführung der Krankenversichertenkarte Bestand haben. Die Kassenzahnärztlichen 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 Institut der Deutschen Zahnärzte sowie gegebenenfalls durch weitere, von den Parteien 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 Zahnarztpraxen**  
**zur Verwendung der Krankenversichertenkarte**

- (1) Zum Umgang mit der Krankenversichertenkarte sind die Zahnarztpraxen mit Geräten auszustatten, die den Normen für PC-Anlagen entsprechen. Es sind folgende Varianten vorgesehen:
1. Für Zahnärzte mit Praxis-DV-System ist ein Chipkarten-Lesegerät mit serieller Schnittstelle erforderlich, um die Verarbeitung der Krankenversichertenkarte in das DV-System zu integrieren.
  2. Für Zahnärzte 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.
- (2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen sich im Rahmen der ersten Stufe der Einführung an den tatsächlichen Kosten der Erst-Investition der teilnehmenden Zahnärzte für die Ausstattung nach Abs. 1 bis zur Höhe von 750,00 DM je Zahnarzt. Dies gilt entsprechend für die Kostenbeteiligung der Krankenkassen in der zweiten Stufe der Einführung unter der Voraussetzung, daß bis zum 30.06.1993 eine Vereinbarung nach § 295 Abs. 3 SGB V unter Beachtung des Datenschutzes abgeschlossen worden ist, die den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erleichtert.
- (3) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen tragen die Kosten der im Zusammenhang mit der ersten Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte durchzuführenden organisatorischen Maßnahmen.
- (4) Das Nähere über die technischen Normen der Zahnarzausstattung und die Organisation ihrer Bereitstellung wird in Anlage 4 zu dieser Vereinbarung geregelt.

**§ 8<sup>1</sup>**  
**Organisation der Einführung der**  
**Krankenversichertenkarte**

- (1)<sup>1</sup> Mit der Vorbereitung der Einführung der Krankenversichertenkarte, der Überwachung ihrer Durchführung und der Auswertung 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)<sup>1</sup> Zur regionalen Vorbereitung und Durchführung der Einführung kann in jeder Region ein Projektausschuss gebildet, dem Vertreter der zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die an der Einführung beteiligten Krankenkassen sowie deren Landesverbände angehören.
- (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 Vertragspartner vereinbaren die Vordrucke, die mit der Einführung der Krankenversichertenkarte zu verwenden sind.
- (2) Die in der kassen- und vertragszahnärztlichen 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. Dabei soll die Kassenartenkopfspalte entfallen. Die Kranken-

---

<sup>1</sup> § 8: Überschrift Abs. 1 und 3 geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 10.12.93, gültig ab 01.01.94.

kassennummer, die Angabe des Versichertenstatus, die Krankenversicherer-Nummer und die Zahnarzt-Nummer müssen beleglesefähig sein.

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

## **§ 10**

### **Vorlage der Krankenversicherungskarte und Übertragung der Information**

- (1) In den Regionen, in denen die Krankenversicherungskarte eingeführt ist, sollen Versicherte die dort niedergelassenen Zahnärzte nur unter Vorlage der Krankenversicherungskarte in Anspruch nehmen. Die Versicherten sind verpflichtet, die Krankenversicherungskarte bei jeder Inanspruchnahme eines Zahnarztes mit sich zu führen. Die Krankenkassen werden ihre Mitglieder entsprechend informieren.
- (2) Legt der Versicherte bei der ersten Inanspruchnahme eines Zahnarztes im Behandlungsfall seine Krankenversicherungskarte nicht vor, gelten diejenigen vertraglichen Vorschriften, die bei Nichtvorlage eines Krankenscheins Anwendung finden, es sei denn, der Versicherte legt anstelle der Krankenversicherungskarte seinen Krankenschein vor, wozu er im Ausnahmefall berechtigt ist.
- (3) Legt der Versicherte bei der Inanspruchnahme eines Zahnarztes mit Praxissitz in einer Region, in der die Krankenversicherungskarte noch nicht eingeführt ist, nicht seinen Krankenschein, sondern seine Krankenversicherungskarte vor, ist der Zahnarzt berechtigt, unter Übertragung der in Abs. 4 genannten Daten der Krankenversicherungskarte selbst einen Abrechnungsschein (Überweisungsschein) auszustellen. Der Versicherte hat in diesem Fall auf dem Abrechnungsschein die Richtigkeit dieser Daten durch Unterschrift zu bestätigen.
- (4) Wird dem Zahnarzt bei nachfolgenden Inanspruchnahmen im Behandlungsfall die Krankenversicherungskarte nicht vorgelegt und gibt der Versicherte statt dessen dem Zahnarzt gegenüber seine Versicherteneigenschaft an, soll der Zahnarzt bei Verordnungen den Namen der Krankenkasse, ggf. ersatzweise die Krankenkassennummer,

den Namen und das Geburtsdatum des Versicherten sowie den Versichertenstatus - und nach Möglichkeit auch die Krankenversicherungsnummer - übertragen.

- (5) Der Zahnarzt ist grundsätzlich verpflichtet, die Daten der Krankenversicherungskarte auf die Vordrucke für die kassen- und vertragszahnärztliche Versorgung maschinell unter Verwendung der in § 7 Abs. 1 beschriebenen Geräte zu übertragen. Bei Hausbesuchen gilt Abs. 6 entsprechend, sofern sich der Zahnarzt nicht nach Satz 1 vorbereiteter Vordrucke bedient.
- (6) Liegt die Krankenversicherungskarte 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 Krankenversicherungskarte in der Zahnarztpraxis, insbesondere die Verfahren, die bei Nicht-Vorlage der Krankenversicherungskarte Anwendung finden, wird in Anlage 6 zu dieser Vereinbarung geregelt.

## **§ 11**

### **Unterschrift des Versicherten**

- (1) Nach Übertragung der Daten der Krankenversicherungskarte 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 (z. B. Versicherte vor Vollendung des 15. Lebensjahres) oder die zur Unterschriftsleistung nicht in der Lage sind.
- (2)<sup>1</sup> Zahnärzte, die mit Hilfe einer genehmigten Praxis-EDV abrechnen, können von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung von der Ausstellung eines Abrechnungsscheines befreit werden, wenn ein nicht änderbares Einlesedatum der Krankenversicherungskarte im jeweiligen Quartal festgehalten und Bestandteil der in der Abrechnung zu prüfenden und zu übermittelnden Daten wird. Dies gilt entsprechend für die EDV-Abrechnung im Endlosausdruck.
- (3) *Abs. 3 gestrichen durch Vereinbarung vom 10.12.93, gültig ab 01.01.94.*

---

<sup>1</sup> geändert aufgrund einer Vereinbarung vom 10.12.93, gültig ab 01.01.94.

## **§ 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 31.12.1993, gekündigt werden. Im Fall 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.

Köln, Bonn, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg,  
im November 1992

# **Protokollnotiz**

## **zur Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte**

Die Vertragspartner stimmen darin überein, das Unterschriftenverfahren gem. § 11 Abs. 2 bis zur Einführung der Krankenversichertenkarte in der 2. Stufe durch ein geeignetes Verfahren zu ersetzen, das der Zielsetzung der Bestimmung in § 291 Abs. 1 Satz 5 SGB V bei der Abrechnung mittels EDV in ausreichender und praktikabler Form Rechnung trägt.

Ferner besteht Einvernehmen darin, dass der KZBV für den Fall einer Regelung des Gesetz- oder Verordnungsgebers, durch die die in § 7 Abs. 2 vorgesehene Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Erst-Investitionen der teilnehmenden Zahnärzte ganz oder teilweise ausgeschlossen wird, ein Widerrufsrecht mit einer Frist von einem Monat nach Inkrafttreten der fraglichen Rechtsnorm zusteht. Mit Ausübung des Widerrufsrechts wird der Vertrag von Anfang an unwirksam.

Die Erkennung datenschutzrechtlich relevanter Probleme beim praktischen Einsatz der Krankenversichertenkarte ist Gegenstand der wissenschaftlichen Begleitung der ersten Stufe der Einführung der Krankenversichertenkarte. Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung unter Berücksichtigung der bisher geäußerten Vorbehalte des Bundesbeauftragten für den Datenschutz erörtert und gegebenenfalls vor Beginn der Einführung der Krankenversichertenkarte in der zweiten Stufe, entsprechende Anpassungen der diesbezüglichen vertraglichen Vereinbarungen vorzunehmen sind.

**Zwischen  
den Spitzenverbänden der Krankenkassen  
und  
der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung  
werden Änderungen und Ergänzungen der  
Vereinbarung zur Änderung der Gestaltung der  
Krankenversichertenkarte gemäß § 291 SGB V und der  
Vereinbarung zur Datenübermittlung für den  
Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V  
vereinbart.**

**§ 1 Einführung des Wohnortprinzips**

- (1) Gemäß Artikel 2 § 3 des Wohnortprinzip-Gesetzes ist die in Artikel 1 Nr. 9 vorgegebene Änderung des § 291 Abs. 2 SGB V bei der Neuausstellung der Krankenversichertenkarte zu berücksichtigen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben gemäß § 291 Abs. 3 SGB V das Nähere hierzu zu bestimmen.
  
- (2) Als das gemäß § 291 Abs. 2 SGB V geforderte Kennzeichen für die Kassenzahnärztliche Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat bzw. - sofern für die Krankenkasse Verträge nach § 83 Abs. 1 Satz 2 SGB V geschlossen sind und das Mitglied seinen Wohnsitz außerhalb der Bezirke der beteiligten Kassenzahnärztlichen Vereinigungen hat - in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat, wird für Mitglieder der Betriebs- und Innungskrankenkassen das im Anhang ausgewiesene Kennzeichen im Speicher des Speicherchips der Krankenversichertenkarte anstelle der Vertragskassennummer (VKNR) bestimmt. Bei mitversicherten Familienangehörigen wird - unabhängig vom Wohnort des Familienangehörigen - das dem Mitglied zugeordnete Kennzeichen auf die Krankenversichertenkarte aufgebracht. Die Krankenkassen stellen die korrekte Angabe des Kennzeichens auf der Krankenversichertenkarte bei Neuausstellung sicher.

- (3) Im Ausland wohnende GKV-Mitglieder erhalten das Kennzeichen nach § 1 Abs. 2 dieser Vereinbarung der KZV, in deren Bezirk die Krankenkasse ihren Sitz hat.

## **§ 2 Vereinbarung zur Datenübermittlung für den Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V**

*Die Änderungen auf Grund dieser Vereinbarung sind in die Neufassung der Vereinbarung zur Datenübermittlung für den Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V eingearbeitet.*

## **§ 3 Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte**

*Die Änderungen auf Grund dieser Vereinbarung sind in die Vereinbarung zur Gestaltung und bundesweiten Einführung der Krankenversichertenkarte eingearbeitet.*

## **§ 4 Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2003 in Kraft.

Bergisch Gladbach, Essen, Köln, Bonn, Kassel, Siegburg, den 15.12.2002

Protokollnotiz zur Vereinbarung vom 15.12.2002

Die Vertragspartner stimmen darin überein, den Inhalt der Krankenversichertenkarte im Hinblick auf § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Disease - Management - Programme) zum 01.01.2003 zu verändern. Über die Frage, in welchem Umfang die Statuskennzeichnung aus dem Speicherchip auf die Vordrucke zu übertragen sind, konnte zwischen den Vertragspartnern keine Einigung erzielt werden.

## Anhang

### **Kennzeichen zu § 1 Abs. 2 der Vereinbarung zur Änderung und Gestaltung der Krankenversichertenkarte vom 15.12.2002**

<b>Kassenzahnärztliche Vereinigungen</b>	<b>Kennzeichen</b>
Schleswig-Holstein	00001
Hamburg	00002
Bremen	00003
Niedersachsen	00017
Westfalen-Lippe	00020
Nordrhein	00038
Hessen	00046
Koblenz-Trier	00047 00050
Rheinhessen	00048
Pfalz	00049
Nordbaden	00055
Südbaden	00060
Nord-Württemberg	00061
Süd-Württemberg	00062
Bayerns	00071
Berlin	00072
Saarland	00073
Mecklenburg-Vorpommern	00078
Brandenburg	00083
Sachsen-Anhalt	00088
Thüringen	00093
Sachsen	00098

## **Anlage 2 a<sup>1</sup>**

### **Einführung der Krankenversichertenkarte in der zweiten Stufe**

Die Krankenversichertenkarte wird in der zweiten Stufe nach folgendem Zeitplan eingeführt:

1. Zum 01.01.94 in den Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen und Thüringen.
2. Zum 01.04.94 in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Bayern und Sauerland.
3. Zum 01.07.94 im Bundesland Nordrhein-Westfalen.
4. Zum 01.10.94 in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Hamburg und Bremen.
5. Zum 01.01.95 in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Sachsen und Berlin.

Diese Änderungen treten am 01.01.94 in Kraft.

Köln/Bonn-Bad Godesberg/Essen/Bergisch Gladbach,  
Kassel/Bochum/Hamburg/Siegburg, den 10.12.93

---

<sup>1</sup>Anlage 2a eingefügt aufgrund einer Vereinbarung vom 10.12.93, gültig ab 01.01.94.

## **Anlage 6**

### **Verwendung der Krankenversichertenkarte in der Zahnarztpraxis sowie Ersatzverfahren bei Nichtvorlage**

1. Verwendung der Krankenversichertenkarte
  - 1.1 Der Versicherte ist grundsätzlich verpflichtet, bei jedem Zahnarztbesuch die Krankenversichertenkarte vorzulegen.
  - 1.2 Der Zahnarzt ist grundsätzlich verpflichtet, die Daten der Krankenversichertenkarte auf die Vordrucke für die kassen- und vertragszahnärztliche Versorgung maschinell unter Verwendung der in § 7 Abs. 1 der Vereinbarung beschriebenen Geräte zu übertragen. Zahnärzte, die von der KZV genehmigte EDV-Systeme anwenden, sind grundsätzlich verpflichtet, die Daten der Krankenversichertenkarte mindestens einmal im Behandlungsquartal einzulesen.
  - 1.3 Zahnärzte, die von der KZV 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 Zahnarztes das Bestehen der Mitgliedschaft bei seiner Krankenkassen, soweit darauf nicht nach näherer Maßgabe des § 11 der Vereinbarung verzichtet werden kann.
2. Nichtvorlage/ungültige Karte
  - 2.1 Kann bei der ersten Zahnarzt-/Patientenbegegnung eine gültige Krankenversichertenkarte nicht vorgelegt werden, finden die Regelungen nach § 10 Abs. 2 der Vereinbarung i. V. m. § 8 Abs. 4 BMV-Z, § 9 Abs. 3 KZBV-VdAK/AEV-Vertrag Anwendung; d. h. der Zahnarzt kann eine Privatvergütung für die Behandlung verlangen, die jedoch zurückzuzahlen ist, wenn dem Zahnarzt eine zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Krankenversichertenkarte innerhalb von 10 Tagen nach der ersten Inanspruchnahme vorgelegt wird oder ihm die zuständige Krankenkasse einen Abrechnungsschein übersendet. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel kann der Kassenzahnarzt/Vertragszahnarzt in derartigen Fällen ohne Angabe der

Kassenzugehörigkeit mit dem Vermerk "ohne Versicherungsnachweis" privat verordnen.

2.2 Kann bei einer Notfallbehandlung, die mit einem Abrechnungsschein auf Anlage 7a KZBV-VdAK/AEV-Vertrag 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 Zahnarzt vorgelegen hat, sie aber bei einer späteren Zahnarzt-/Patientenbegegnung nicht mitgeführt wird oder nicht verwendet werden kann, findet für die unmittelbar notwendige Ausstellung von Vordrucken für die kassenzahnärztliche/vertragszahnärztliche Versorgung ein Ersatzverfahren statt, sofern nicht zuvor beschriftete Vordrucke verwendet werden können.

3.2 Das gleiche gilt, wenn dem Zahnarzt 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 die Karte defekt ist,

3.3.2 das Lesegerät/der Drucker defekt ist,

3.3.3 die Karte nicht benutzt werden kann, wenn für Hausbesuche kein entsprechendes Umdruckgerät zur Verfügung steht, und keine bereits in der Zahnarztpraxis 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 der optisch erkennbaren Angaben auf der Krankenversichertenkarte, von Unterlagen in der Patientendatei oder hilfsweise von Angaben des Versicherten; dabei sind die Bezeichnung der Krankenkasse, ggf. ersatzweise die Krankenkassennummer, 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 Arzneiverordnungsblättern.

#### 5. Unterschrift des Versicherten

Auch im Ersatzverfahren hat der Versicherte durch seine Unterschrift das Bestehen der Mitgliedschaft auf dem Abrechnungsschein zu bestätigen, soweit nicht in § 11 eine andere Regelung getroffen worden ist.

#### 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 muß 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 Zahnarzt für die konservierend-chirurgische Behandlung 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 Zahnarzt 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.

9. Haftung der Krankenkassen

Liegt die Krankenversichertenkarte vor, ist aber aus technischen Gründen eine maschinelle Datenübertragung auf die Vordrucke nicht möglich, so gilt das in § 10 Abs. 4 des Vertrages beschriebene Verfahren entsprechend. Kann eine Beschriftung des Personalienfeldes im Ersatzverfahren gem. 4.1 nicht auf Grund von Unterlagen in der Patientendatei erfolgen, sondern muß hilfsweise auf Angaben des Versicherten zurückgegriffen werden und gibt dabei der Versicherte einen falschen Krankenkassen-Namen an, so haftet die angegebene Krankenkasse für die Kosten einer Behandlung dem Zahnarzt gegen Abtretung seines Vergütungsanspruchs gegen den Kranken für die Vergütung in der Höhe, die sich aus dem für diese Krankenkasse gültigen Gesamtvertrag ergibt. Im übrigen haftet die ausstellende Krankenkassen dem Zahnarzt für die Kosten einer Behandlung, soweit die Gültigkeit der Karte nicht befristet ist.

**Vereinbarung zur Datenübermittlung  
für den Risikostrukturausgleich  
nach § 267 SGB V**

In der Fassung der Änderungsvereinbarung vom 16.01.2004, gültig ab 01.01.2004

**Zwischen**

dem

**AOK-Bundesverband, Bonn**

**Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen**

**IKK-Bundesverband**

der

**Bundesknappschaft, Bochum**

**See-Krankenkasse, Hamburg**

dem

**Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg**

**AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg**

und

der

**Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Köln**

**wird folgender Vertrag geschlossen:**

## **§ 1**

### **Rechtsgrundlagen**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung vereinbaren auf der Grundlage von § 267 Abs. 7 Nr. 3 SGB V das Nähere für die Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich und über den gesonderten Nachweis der den einzelnen Kennzeichen zugeordneten Abrechnungsbeträge.

## **§ 2**

### **Übertragung der Kennzeichen**

1. Die Krankenkassen vergeben auf der Grundlage von § 267 SGB V einheitliche Kennzeichen für die Versicherten, die an der Datenerhebung zum Risikostrukturausgleich teilnehmen. Die Kennzeichnung erfolgt durch Erweiterung der Angaben zum Versichertenstatus. Die in der Anlage definierte Belegung der Felder für den Versichertenstatus ist bundeseinheitlich anzuwenden.

Die Kennzeichnung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Disease-Management-Programme) ist in den Speicherchip der Krankenversichertenkarte aufzunehmen. Auf der Vorderseite der Krankenversichertenkarte wird das Kennzeichen dieser Versichertengruppen durch die bisherigen Kennzeichen der Statusergänzung ersetzt.<sup>1</sup>

2. Die Krankenkassen nehmen die Kennzeichnung durch Erweiterung der Angaben zum Versichertenstatus auf der Krankenversichertenkarte vor. Der erweiterte Status einschließlich der Kennzeichnung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V ist in den Speicherchip aufzunehmen. Auf der Vorderseite der Karte ist die numerische Kennzeichnung ohne die Kennzeichnung der Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V nach Maßgabe der Statusergänzung (Anlage zu § 2 Abs. 1) wiederzugeben.<sup>1</sup>
3. Die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmenden Zahnärzte und zahnärztlich geleiteten Einrichtungen übertragen die vollständige Statuskennzeichnung auf die Abrechnungsvordrucke (einschließlich Überweisungs-

scheine), Heil- und Kostenpläne, Behandlungspläne sowie auf alle Verordnungsblätter. Die Übertragung erfolgt unter Anwendung der im Vertrag über die Einführung der Krankenversichertenkarte vereinbarten Techniken und Geräte. Die in der Zahnarztpraxis eingesetzten Verfahren und Geräte müssen eine vollständige und fehlerfreie Übertragung gewährleisten.

4. Ist aus technischen Gründen eine maschinelle Übertragung der Versicherten-  
daten nicht möglich, gilt das in Anlage 6 zum Vertrag über die Einführung der  
Krankenversichertenkarte vereinbarte Ersatzverfahren mit der Maßgabe, dass  
der Versichertenstatus vollständig manuell zu übertragen ist.

### **§ 3**

#### **Nachweis der den einzelnen Kennzeichen zugeordneten Abrechnungsbeträge**

- (1) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erstellen für jede Krankenkasse zusätzlich einen vollständigen Nachweis der für alle mit einem Kennzeichen nach § 2 Abs. 1 vorgesehenen Abrechnungen ermittelten Vergütung bzw. die von den Krankenkassen übernommenen Kosten (einschließlich Material- und Laborkosten sowie sonstige Kosten, getrennt für konservierend-chirurgische Behandlung, Kieferbruch, Kieferorthopädie, Parodontalbehandlung und Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen).

Der Nachweis enthält folgende Angaben:

1. die Leistungsart
2. das IK der Krankenkasse
3. den Abrechnungszeitraum
4. das Kennzeichen nach § 2 Abs. 1
5. die Summe der je Kennzeichen abgerechneten Vergütungen (einschließlich Labor- und Materialkosten sowie sonstige Kosten)
6. die Fallzahl je Statuskennzeichen

---

<sup>1</sup> In der Fassung der Vereinbarung vom 16.01.2004, gültig ab 01.01.2004

- (2) Der Nachweis der zugeordneten Abrechnungsbeträge ist von allen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für alle ab dem 01.01.1995 erbrachten zahnärztlichen Leistungen zu erstellen.

Vorbehaltlich der Regelung von § 5 Abs. 1 erstellen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen den Nachweis für das III. und IV. Quartal 1994 auf der Basis von 100 % der zutreffenden Abrechnungen für Kieferbruch, Kieferorthopädie, Parodontalbehandlungen und Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen. Soweit im konservierend-chirurgischen Bereich für manuell abrechnende Zahnärzte eine Datenerhebung für den Risikostrukturausgleich für das 2. Halbjahr 1994 noch nicht möglich ist, werden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen auf der Basis der Abrechnungen der mittels EDV abrechnenden Zahnärzte Hochrechnungen vornehmen.

#### **§ 4**

##### **Form und Weiterleitung**

Der Nachweis nach § 3 ist den Krankenkassen zu übermitteln. Die Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern einschließlich der technischen Anlage wird gesondert geregelt.

#### **§ 5**

##### **Inkrafttreten / Fristen**

- (1) Die Verpflichtung zur Übertragung der Kennzeichen nach § 2 gilt vom 01.07.1994 an. Sie ist auf jene Regionen beschränkt, in denen die Versichertenkarte eingeführt ist.
- (2) Die Verpflichtung zum Nachweis der den einzelnen Kennzeichen zugeordneten Abrechnungsbeträge gilt zunächst für alle Abrechnungsquartale in der Zeit vom 01.07.1994 bis 31.12.1996. Die Datenlieferung erfolgt gem. § 267 Abs. 5 SGB V mit der Krankenkassenabrechnung, spätestens 3 Monate nach Ende des Abrechnungszeitraumes.

- (3) Diese Vereinbarung tritt am 01.07.1994 in Kraft.
- (4) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens jedoch zum 31.12.1996.

**Bonn / Essen / Bergisch Gladbach / Bochum / Hamburg / Siegburg / Köln,**  
**den, 07.12.1994**

Protokollnotiz zur Vereinbarung vom 15.12.2002

Die Vertragspartner stimmen darin überein, den Inhalt der Krankenversichertenkarte im Hinblick auf § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Disease - Management - Programme) zum 01.01.2003 zu verändern. Über die Frage, in welchem Umfang die Statuskennzeichnung aus dem Speicherchip auf die Vordrucke zu übertragen sind, konnte zwischen den Vertragspartnern keine Einigung erzielt werden.

**Anlage zu  
§ 2 Abs. 1 der  
Vereinbarung zur Datenübermittlung  
für den Risikostrukturausgleich nach § 276 SGB V<sup>1</sup>**

**Belegung der Felder für den Versichertenstatus einschließlich der Statusergänzung**

- 1. Stelle**                    **Versichertenstatus – Versichertenart**
- 1 = Mitglied  
3 = Familienversicherter  
5 = Rentner
- 2. – 4. Stelle**                    **Versichertenstatus – Stichprobenzuordnung**
- Merkmale für die Stichprobenzuordnung zum Risikostrukturausgleich nach § 267 SGB V mit folgenden Ausprägungen:
- 2. Stelle**                    **Stichprobenzuordnung**
- 0 =        Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
- 1 – 8 =    Versicherter nimmt an der Stichprobe teil
- 1 = weiblich, ohne EU-/BU-Rentenbezug  
2 = männlich, ohne EU-/BU-Rentenbezug  
3 = weiblich, mit EU-/BU-Rentenbezug  
4 = männlich, mit EU-/BU-Rentenbezug  
5 = wie 1, nur vor 1900 geboren  
6 = wie 2, nur vor 1900 geboren  
7 = wie 1, nur nach 1999 geboren  
8 = wie 2, nur nach 1999 geboren
- 3. – 4. Stelle**                    **Stichprobenzuordnung – Geburtsjahr**
- 00 in Verbindung mit der Stelle 2 = 0:  
Versicherter nimmt nicht an der Stichprobe teil
- 00 – 99 in Verbindung mit Stelle 2 > 0:  
Geburtsjahr JJ
- 5. Stelle**                    **Rechtskreis / DMP - Kennzeichnung / Zusatzinformationen**
- 1    =    West  
4    =    Personenkreis gem. § 264 Abs. 2 SGB V  
          (nicht RSA-relevant)  
6    =    BVG (nicht RSA-relevant)  
7    =    SVA (nicht RSA-relevant)  
8    =    SVA (nicht RSA-relevant)  
9    =    Ost

---

<sup>1</sup> In der Fassung der Vereinbarung vom 16.01.2004, gültig ab 01.01.2004

- M eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 - Rechtskreis West
- X eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 - Rechtskreis Ost
- A eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Brustkrebs - Rechtskreis West
- C eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Brustkrebs - Rechtskreis Ost
- K eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Koronare Herzkrankheit - Rechtskreis West
- L eingeschriebene Versicherte in Disease-Management-Programmen für Koronare Herzkrankheit - Rechtskreis Ost

Auf der Vorderseite der Krankenversichertenkarte sind die Kennzeichnungen M, A und K als 1 und die Kennzeichnungen X, C und L als 9 wiederzugeben.

	Speicherung im Chip	Aufdruck auf KVK
Rechtskreis West, keine DMP-Teilnahme	1	1
Personenkreis gemäß § 264 Abs. 2 SGB V, keine DMP-Teilnahme	4	4
Rechtskreis Ost, keine DMP-Teilnahme	9	9
BVG	6	6
SVA	7	7
SVA	8	8
Rechtskreis West, Diabetes Typ 2	M	1
Rechtskreis Ost, Diabetes Typ 2	X	9

Rechtskreis West, Brustkrebs	A	1
Rechtskreis Ost, Brustkrebs	C	9
Rechtskreis West, Koronare Herzkrankheit	K	1
Rechtskreis Ost, Koronare Herzkrankheit	L	9