EUROPA FACHBUCHREIHE
für Berufe im Gesundheitswesen

Ärztliches Abrechnungswesen

dargestellt in Lernfeldern

Band 1

11. Auflage

VERLAG EUROPA-LEHRMITTEL · Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG
Düsselberger Straße 23 · 42781 Haan-Gruiten

Europa-Nr.: 61133

Autor:

Dr. med. Susanne Nebel, Mettmann

11. Auflage 2019
Druck 5 4 3 2

Alle Drucke derselben Auflage sind parallel einsetzbar, da bis zur Behebung von Druckfehlern untereinander unverändert.

ISBN 978-3-8085-6312-0

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden.

© 2019 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten
http://www.europa-lehrmittel.de

Satz: Typework Layoutsatz & Grafik GmbH, 86167 Augsburg (ab 8. Auflage)
Umschlag: tiff.any GmbH, 10999 Berlin
Umschlagfoto: Robert Kneschke – fotolia.com
Druck: CPI books GmbH, 25917 Leck

© Verlag Europa-Lehrmittel

Vorwort

Die/Der Medizinische Fachangestellte (MFA) zählt seit vielen Jahren zu den beliebtesten Ausbildungsberufen, insbesondere, weil die Aufgabengebiete außerordentlich vielseitig sind. Sie sind in der Regel erste Ansprechpartner der Patienten und begleiten sie bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Dieses erfordert neben einem fundierten medizinischen Wissen eine hohe kommunikative Kompetenz.

Schon an der Anmeldung stellen die MFA die Weichen für einen reibungslosen Praxisablauf. Sie kontrollieren die Behandlungsausweise, lesen Gesundheitskarten ein und füllen Formulare sachgerecht aus. Anschließend dokumentieren sie die erbrachten Leistungen und rechnen sie nach den entsprechenden Gebührenordnungen ab.

Die Herren Effer, Esser und Löbbecke gehörten zu den ersten Autoren, die Materialien für den Abrechnungsunterricht an Berufsschulen zusammenstellten. Besonderes Anliegen der Autoren war es, ihr Lehrwerk ständig an Neuerungen anzupassen und zu aktualisieren. Der Verlag Europa-Lehrmittel hat das Fachbuch übernommen, um diese Tradition fortzuführen. So bleibt der erfolgreiche Unterricht auf dem aktuellsten Wissensstand möglich.

Die Struktur des Lehrbuchs orientiert sich am Unterricht in Lernfeldern, entsprechend den Vorgaben des Rahmenlehrplans für den Ausbildungsberuf zur/zum Medizinischen Fachangestellten. **Band 1** beinhaltet die abrechnungsrelevanten Lerninhalte aus den Lemfeldern 1 bis 4, **Band 2** die Lernfelder 5 bis 11. Die Seiten des Buches lassen sich bequem herauslösen und in einem Ordner nach persönlichen Vorstellungen zusammenstellen. So ergibt sich ein **individuelles Schulungsbuch.**

Zu Beginn eines Lernfeldes wird anhand einer konkreten Situation die Bedeutung der Lerninhalte im Praxisalltag veranschaulicht. Die Lerntexte enthalten die wichtigsten Auszüge aus den beiden Gebührenordnungen EBM und GOÄ, sodass sich eine zusätzliche Anschaffung der Gebührenordnungen erübrigt. In den medizinischen Lernfeldern wird anhand von Fallbeispielen die Abrechnung von Kassen- und Privatpatienten parallel vorgestellt. An jedes Unterkapitel schließen sich unter der Überschrift **„Wie war das noch?“** Fragen zum Üben und Vertiefen des Erlernten an.

Am Ende eines jeden Kapitels finden sich **„Fragen und Fälle“**. Die programmierten Fragen dienen insbesondere der Vorbereitung auf die schriftlichen Prüfungen, wobei eine oder mehrere Antworten richtig sein können. Die handlungsorientierten Übungsfälle beinhalten in der täglichen Praxis vorkommende Tätigkeiten, die in ähnlicher Form bei der praktischen Abschlussprüfung demonstriert werden müssen.

Den Lesern wünsche ich viel Freude und Erfolg beim Arbeiten mit dem vorliegenden Buch. Die ärztliche Abrechnung stellt zuweilen auch für Mediziner und Abrechnungslehrer eine Herausforderung dar, insbesondere wenn es Interpretationsspielräume gibt. Deshalb bitte ich Sie, liebe Leser, an dieser Stelle ganz herzlich, mich auf Fehler oder Missverständnisse in diesem Buch aufmerksam zu machen. Über entsprechende Hinweise unter der Verlagsadresse oder über die Internetadresse lektorat@europa-lehrmittel.de wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Die Auflagen 2019 enthalten die aktuellen Neuerungen des EBM insbesondere im Bereich der Prävention. Zusätzlich wird das neue Muster 4 (Transportschein) ausführlich vorgestellt sowie das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG).

Dr. med. Susanne Nebel

Mettmann, Sommer 2019

© Verlag Europa-Lehrmittel

Rechtlicher Hinweis

Die Verwendung nur eines grammatikalischen Geschlechtes bei Berufs- und Gruppenbezeichnungen wurde im Hinblick auf den Lesefluss gewählt. Sie stellt keine Meinungsäußerung zur Geschlechterrolle dar.

Inhaltsverzeichnis

LF 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung ... 8
1.1.1 Geschichtlicher Hintergrund ... 8
1.1.2 Das System der gesetzlichen Sozialversicherung ... 11
1.1.3 Die Gesetzliche Krankenversicherung ... 12
• Allgemeine Vorschriften des SGB V ... 13
• Leistungen und Zahlungen nach SGB V ... 18
1.1.4 Die Gesetzliche Unfallversicherung ... 24
1.1.5 ✎Wie war das noch? ... 27

1.2 Organisationen im Umfeld der Arztpraxis ... 33
1.2.1 Ärztekammer und Berufsrecht ... 33
1.2.2 Kassenärztliche Vereinigung und Honorarabrechnung ... 34
1.2.3 Gemeinsamer Bundesausschuss ... 41
1.2.4 Weitere medizinische Organisationen und Verbände ... 42
1.2.5 ✎Wie war das noch? ... 45

1.3 Grundbegriffe der vertragsärztlichen Versorgung ... 47

1.4 Ärztliche Pflichten ... 55
✎Wie war das noch? (zu den Kap. 1.3 und 1.4) ... 63

1.5 Fragen und Fälle zu Lernfeld 1 ... 68

LF 2 Patienten empfangen und begleiten

2.1 Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht ... 78

2.2 Elektronische Gesundheitskarte ... 82

2.3 Kostenträger ... 86
2.3.1 Gesetzliche Krankenkassen ... 86
• Primärkassen ... 86
• Ersatzkassen ... 87
2.3.2 Sonstige Kostenträger ... 88
• Besondere gesetzliche Vorschriften ... 88
• Freie Heilfürsorge ... 96
• Vertragliche Vereinbarungen mit Post und Bahn ... 101
2.3.3 ✎Wie war das noch? (zu Kap. 2.1 bis 2.3) ... 105

2.4 Formulare der vertragsärztlichen Versorgung ... 113
2.4.1 Allgemeine Vorschriften ... 113
2.4.2 Übersicht über die vereinbarten Vordrucke ... 115
2.4.3 Verschlüsselung der Krankheitsdiagnosen ... 117
2.4.4 Abrechnungsschein (Muster 5) ... 118
2.4.5 ✎Wie war das noch? ... 121

2.5 Grundlagen der ärztlichen Abrechnung ... 123
2.5.1 Überblick über die verschiedenen Gebührenordnungen ... 123
2.5.2 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) ... 124
• Geltungsbereich des EBM ... 125
• Aufbau des EBM ... 125
2.5.3 Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ... 136
• GOÄ – Teil 1/Paragraphenteil ... 137
• GOÄ – Teil 2/Übersicht über das Gebührenverzeichnis ... 146
2.5.4 ✎Wie war das noch? ... 149

2.6 Fragen und Fälle zu Lernfeld 2 ... 155

© Verlag Europa-Lehrmittel

LF 3 Praxishygiene und Schutz vor Infektionskrankheiten organisieren

3.1 Abrechnung von Impfungen (Fall 1) ... 161
3.1.1 Abrechnung bei Kassenpatienten (Fall 1) ... 161
3.1.2 Abrechnung bei Privatpatienten ... 164

3.2 Meldung gemäß Infektionsschutzgesetz ... 165

3.3 Fragen und Fälle zu Lernfeld 3 ... 167

LF 4 Bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates assistieren

4.1 Bereich III.a EBM:
Hausärztlicher Versorgungsbereich (Fall 2) ... 173
4.1.1 Kap. 3.1: Präambel ... 173
4.1.2 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichspezifische Vorhaltung, Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung (GOP 03 000–03 230) ... 175
4.1.3 Besondere Leistungen (GOP 03 241–03 355) ... 184
4.1.4 Geriatrische und palliative Versorgung (GOP 03 360–03 373) ... 186
4.1.5 Kap. 4: Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin (GOP 04 000–04 580) ... 190
4.1.6 GOP aus der gebietsspezifischen Präambel ... 190
• Kap. 2.5 Physikalisch-therapeutische GOP (GOP 02 500–02 520) ... 190
4.1.7 Abrechnung des Hausarztes (Fall 2) (siehe Seite 173) ... 192
4.1.8 ✎Wie war das noch? ... 193

4.2 Bereich III.b EBM:
Fachärztlicher Versorgungsbereich Kap. 18: Orthopädische Gebührenordnungspositionen (Fall 2 – Fortsetzung) ... 195
4.2.1 Kap. 18.1: Präambel ... 195
4.2.2 Kap. 18.2: Orthopädische Grundpauschalen und Zuschläge (GOP 18 210–18 227) ... 196
4.2.3 Kap. 18.3: Diagnostische und therapeutische GOP (GOP 18 310–18 700) ... 197
4.2.4 GOP aus der gebietsspezifischen Präambel ... 199
• Kap. 2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen (GOP 02 100–02 120) ... 199
• Kap. 30.4 Physikalische Therapie (GOP 30 400–30 431) ... 200
• Kap. 34.2 Diagnostische Radiologie ... 201
• Kap. 34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie (GOP 34 220–34 223) ... 201
4.2.5 Abrechnung des Orthopäden (Fall 2 – Fortsetzung) ... 202
4.2.6 ✎Wie war das noch? ... 203

4.3 Abrechnung von Verletzungen ... 205
4.3.1 Abrechnung des Hausarztes (Fall 3) ... 205
GOP aus der gebietsspezifischen Präambel ... 205
• Kap. 2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen (GOP 02 300–02 360) ... 205
4.3.2 Abrechnung des Chirurgen (GOP 07 210–07 345) (Fall 3 – Fortsetzung) ... 208
GOP aus der gebietsspezifischen Präambel ... 213
• Kap. 34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen des Skeletts, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile, Arthrographien (GOP 34 230–34 238) ... 213
4.3.3 ✎Wie war das noch? ... 215

4.4 Formulare der vertragsärztlichen Versorgung ... 217
4.4.1 Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) mit Betäubungsmittelrezept und Medikationsplan ... 217
4.4.2 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) ... 224
4.4.3 Überweisungsscheine (Muster 6, Muster 7, Muster 10 und Muster 10A) ... 226
4.4.4 Heilmittelverordnungen (Muster 13, 14 und 18) ... 233
4.4.5 Verordnung von Krankenhausbehandlung (Muster 2) ... 239
4.4.6 Verordnung einer Krankenbeförderung (Muster 4) ... 240
4.4.7 ✎Wie war das noch? ... 245

© Verlag Europa-Lehrmittel

LF 4 Bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates assistieren (Fortsetzung)

4.5 Abrechnung nach GOÄ (Fälle 2 und 3) ... 253
4.5.1 Abschn. B I.: Allgemeine Beratungen und Untersuchungen und Zuschläge nach Abschn. B II. (Nrn. 1–15) ... 254
4.5.2 Abschn. B VI. und B VII.: Berichte, Briefe (Nrn. 70–96) und Todesfeststellung (Nrn. 100–107) ... 259
4.5.3 Abschn. C I.: Anlegen von Verbänden (Nrn. 200–247) ... 259
4.5.4 Abschn. C II.: Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, … (Nrn. 250–298) ... 260
4.5.5 Abschn. D: Anästhesieleistungen (Nrn. 450–498) ... 261
4.5.6 Abschn. E: Physikalisch-medizinische Leistungen (Nrn. 500–569) ... 261
4.5.7 Abschn. L: Chirurgie, Orthopädie (Nrn. 2000–3321) ... 263
4.5.8 Abschn. O: Strahlendiagnostik, … (Nrn. 5000–5855) ... 265
4.5.9 GOÄ-Abrechnung von Erkrankungen des Bewegungsapparates (Fall 2) ... 266
4.5.10 GOÄ-Abrechnung von Verletzungen des Bewegungsapparates (Fall 3) ... 268
4.5.11 ✎Wie war das noch? ... 269

4.6 Fragen und Fälle zu Lernfeld 4 ... 273

Sachwortverzeichnis ... 283

© Verlag Europa-Lehrmittel

Lernfeld 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

Es sollen die externen Faktoren wie die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, vertraglichen Verpflichtungen und organisatorischen Rahmenbedingungen bekannt sein. Ebenso sollen die internen Anforderungen eines Dienstleistungsbetriebs verstanden und erfüllt werden. Dazu gehören lernorientiertes Arbeiten, prozessorientiertes Handeln, Kommunikation mit Personen und Einrichtungen des beruflichen Umfeldes sowie die Anwendung von Konflikt- und Problemlösungsmodellen. Verantwortliches Handeln unter Beachtung der Arbeitssicherheit ist ebenso Lernziel wie die Fähigkeit zur Beschaffung der notwendigen Daten über die modernen Medien auch zur eigenen beruflichen Entwicklung.

Lernziel im Lehrplan

Einordnung der Praxis in das System der
➡ **gesetzlichen Sozialversichung,**
speziell der
➡ **gesetzlichen Krankenversichung**
und der
➡ **gesetzlichen Unfallversichung**

Aufgaben und Pflichten von
➡ **Personen des beruflichen Umfeldes,**
die in gesetzlich vorgeschriebenen oder freiwilligen Organisationen tätig sind.

Die Kommunikation im beruflichen Umfeld erfordert den sicheren Umgang mit
➡ **Grundbegriffen der vertragsärztlichen Versorgung**

Die Auszubildende muss die
➡ **ärztlichen Pflichten**
als ihre Pflichten kennen, einschl. ihrer haftungs- und strafrechtlichen Verantwortung.

Inhaltsverzeichnis

1.1	Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung	8
1.1.1	Geschichtlicher Hintergrund	8
1.1.2	Das System der gesetzlichen Sozialversicherung	11
1.1.3	Die Gesetzliche Krankenversicherung	12
	• Allgemeine Vorschriften des SGB V	13
	• Leistungen und Zahlungen nach SGB V	18
1.1.4	Die Gesetzliche Unfallversicherung	24
1.1.5	✎Wie war das noch?	27
1.2	Organisationen im Umfeld der Arztpraxis	33
1.2.1	Ärztekammer und Berufsrecht	33
1.2.2	Kassenärztliche Vereinigung und Honorarabrechnung	34
1.2.3	Gemeinsamer Bundesausschuss	41
1.2.4	Weitere medizinische Organisationen und Verbände	42
1.2.5	✎Wie war das noch?	45
1.3	Grundbegriffe der vertragsärztlichen Versorgung	47
1.4	Ärztliche Pflichten	55
	✎Wie war das noch? (zu den Kap. 1.3 und 1.4)	63
1.5	Fragen und Fälle zu Lernfeld 1	68

© Verlag Europa-Lehrmittel

LF 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

▶ Lernsituation:

Frau Birgit Biene hatte sich im letzten Schuljahr aufgrund ihrer Neigung und bestätigt durch die Berufsberatung für einen Dienstleistungsberuf im ärztlichen Tätigkeitsfeld entschieden. Bereits das Schulpraktikum hatte sie in der Praxis des hausärztlich tätigen Internisten Dr. Gustav Gütlich absolviert. Dr. Gütlich war angetan von ihrem Interesse für diesen Beruf, ihrem Talent und ihrer Auffassungsgabe sowie ihrem liebenswürdigen Umgang mit den Patienten. Nach Abschluss des Praktikums hatte Herr Dr. Gütlich Frau Biene deshalb eine Ausbildungsstelle als medizinische Fachangestellte in seiner Praxis angeboten.

Nach ihrer Entscheidung für diese Ausbildungsstelle hat Frau Birgit Biene bei der Ärztekammer einen Ausbildungsvertrag mit Herrn Dr. Gütlich abgeschlossen.

Mit Beginn ihrer Ausbildung lernt Frau Biene die ärztliche Praxis als Dienstleistungsunternehmen im System des Gesundheitswesens kennen. Durch Fragen der Patienten, Telefongespräche und Informationen der dienstältesten Kollegin wird sie auf die verschiedenen Sozialversichungszweige und insbesondere auf grundsätzliche Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die z. B. die Zuzahlung der Patienten zu verschiedenen Verordnungen betreffen, aufmerksam. Dr. Gütlich bittet Frau Biene, auch das Deutsche Ärzteblatt und die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung nach Posteingang zu ordnen und fordert sie ausdrücklich auf, in die Informationsschriften zu schauen und ihm Fragen zu nicht verstandenen Sachverhalten zu stellen. Auf diesen Wegen wird Frau Biene auch immer mehr mit den Grundbegriffen der vertragsärztlichen Versorgung vertraut.

1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung

1.1.1 Geschichtlicher Hintergrund

Die soziale Sicherung seiner Bürger zu gewährleisten ist auch heute noch eine der Hauptaufgaben unseres **sozialen Rechtsstaates.** Diese Verpflichtung des Staates, in die heute über 90 % der Bürger eingebunden sind, beruht für die Bundesrepublik Deutschland auf Artikel 20 des Grundgesetzes:

„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat."

Das Anliegen, den Menschen und seine Familie nicht ohne Schutz dem Schicksal zu überlassen, geht bis in die Antike zurück und zieht sich durch alle geschichtlichen Epochen. Von einem der berühmtesten Ärzte der Antike, **Hippokrates** (466 – 377 v. Chr.), leiten die Ärzte bis heute ihre Tradition und ihre humanitären Verpflichtungen gegenüber dem Patienten her („Hippokratischer Eid").

Später waren es hauptsächlich **Geistliche** und **Klöster,** die sich um Witwen und Waisen kümmerten. Im Mittelalter übernahmen dann **Ritterorden,** die auch Spitäler gründeten, sowie später **Städte** und **Zünfte** soziale Aufgaben wie die Kranken- und Armenpflege oder die Betreuung von Wöchnerinnen. Darüber hinaus sorgten sie für die Verpflegung und Unterbringung von Invaliden und Alten bis hin zur Kreditgewährung in bestimmten Lebenssituationen ebenso wie für die Übernahme von Beerdigungskosten.

Die Finanzierung wurde durch freiwillige oder verpflichtende Steuern, Abgaben, Beiträge oder Sammlungen sowie durch Spenden wohlhabender Familien sichergestellt.

© Verlag Europa-Lehrmittel

Dies waren stets Leistungen, die von den jeweils Herrschenden oder der jeweiligen Zunft abhingen. **Preußen** war der erste Staat, der **1794** mit dem **Allgemeinen Landrecht** eine für alle rechtsverbindliche Grundlage für die Ernährung und Versorgung der Armen durch den Staat schuf.

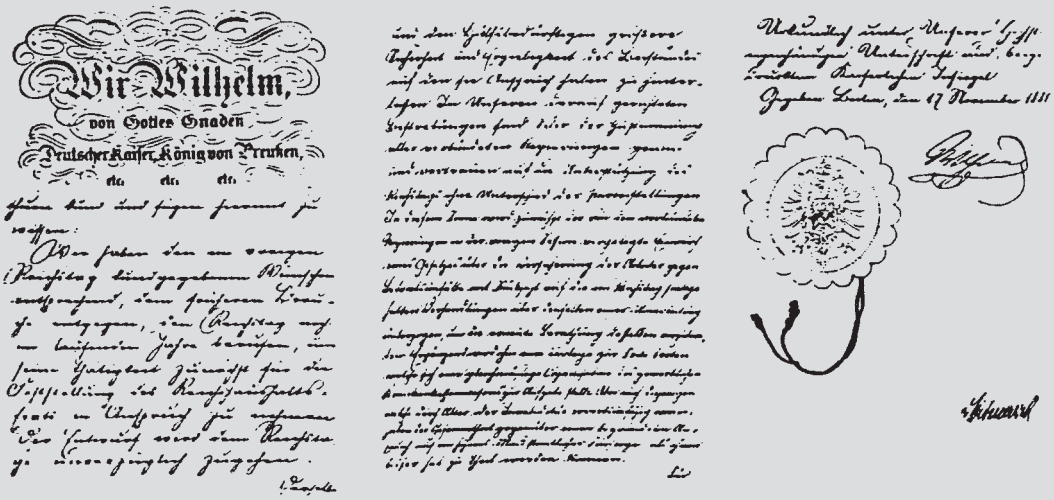
Die wirtschaftliche Entwicklung durch die Industrialisierung und die damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen führten dazu, dass sich die Arbeiter zu **Gewerkvereinen** als Interessenvertretung gegenüber den Arbeitgebern und zu **Hilfskassen,** die sie gegen Existenzunsicherheit und soziale Not sichern sollten, zusammenschlossen.

Der Staat förderte die Bildung von Hilfskassen und erließ in Ergänzung einer Gewerbeordung **1876** das **Hilfskassengesetz,** in dem Rechte und Zuständigkeiten dieser Kassen im Sinne einer **Zwangskasse** geregelt wurden, in die auch die Arbeitgeber Beiträge abzuführen hatten.

Da die flächendeckende Einführung dieser Hilfskassen häufig am Widerstand der Arbeitgeber, die ihre Beiträge aus Kostengründen nicht leisten wollten, scheiterte, entstanden örtlich unterschiedliche soziale Sicherungen. Diese Unterschiede konnten dazu führen, dass ein Arbeiter, der den Arbeitsort wechselte, seine Kassenansprüche verlor.

Dass sich der Staat das Bedürfnis seiner Bürger nach Existenzsicherung zu Eigen gemacht und hierfür Verantwortung und Garantien übernommen hat, ist geschichtlich zurückzuführen auf die

Kaiserliche Botschaft Wilhelms I. vom 17. November 1881


Wir Wilhelm,
von Gottes Gnaden
Deutscher Kaiser, König von Preußen,

„… In diesem Sinne wird zunächst der von den verbündeten Regierungen in der vorigen Session vorgelegte Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen **Betriebsunfälle** mit Rücksicht auf die im Reichstage stattgehabten Verhandlungen über denselben einer Umarbeitung unterzogen, um die erneute Berathung desselben vorzubereiten. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen **Krankenkassenwesens** zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch **Alter oder Invalidität** erwerbsunfähig werden, haben der Gesammtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können. …“

Maßgeblich verantwortlich für diese vom Reichstag angeregte und an ihn gerichtete Botschaft, die als **Gründungsdokument** der deutschen Sozialversicherung anzusehen ist, war der

Deutsche Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck.

Otto von Bismarck gilt daher als der **Gründer der deutschen Sozialversicherung.**

© Verlag Europa-Lehrmittel

Kaiser, Reichskanzler und Reichsregierung waren gezwungen, auf politische Forderungen der Sozialdemokratie und der Gewerkschaften zu reagieren. Diese Forderungen waren durch die allgemeine soziale Notlage vor allem der Fabrikarbeiter und ihrer Familien in der fortschreitenden Industrialisierung hervorgerufen worden.

Aufgrund der Initiative des Reichstages und des Reichskanzlers, verstärkt durch die Kaiserliche Botschaft, wurden vom Reichstag folgende Gesetze beschlossen:

1883	Krankenversicherungsgesetz für Arbeiter
1884	Unfallversicherungsgesetz für die Industrie
1889	Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz

Mit diesen drei Gesetzen über die Kranken-, Unfall- und Altersversicherung, die aufgrund der Kaiserlichen Botschaft vom Deutschen Reichstag erlassen wurden, ist erstmalig eine allgemeine **Versicherungspflicht** und damit für die Versicherten ein **Rechtsanspruch** auf Versicherungsleistungen eingeführt worden.

Die drei genannten Gesetze wurden

1911	in der Reichsversicherungsordnung (RVO)

zusammengefasst.

Gleichzeitig wurde das Krankenversicherungsgesetz grundlegend reformiert. Die wesentlichsten Änderungen in der Krankenversicherung bestanden in der Erweiterung des versicherungspflichtigen Personenkreises auf Hausbedienstete und landwirtschaftliche Arbeiter.

Weitere **grundlegende Gesetze** auf dem Weg zu dem heutigen Sozialversicherungssystem sind in Kraft getreten:

1911	Angestelltenversicherung
1927	Arbeitslosenversicherung
1957	Rentenreform
1983	Künstlersozialversicherung
1985	Pflegeversicherung

Der Gesetzgeber hat die Vielzahl von einzelnen Sozialgesetzen im **Sozialgesetzbuch (SGB)** zusammengeführt. Mit dieser Zusammenfassung wurde eine übersichtliche Ordnung der Sozialgesetzgebung angestrebt.

Das SGB umfasst insgesamt **zwölf Bücher**:

Erstes Buch	Allgemeiner Teil
Zweites Buch	Grundsicherung für Arbeitsuchende
Drittes Buch	Arbeitsförderung (Gesetzl. Arbeitslosenvers.)
Viertes Buch	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
Fünftes Buch	Gesetzliche Krankenversicherung
Sechstes Buch	Gesetzliche Rentenversicherung
Siebtes Buch	Gesetzliche Unfallversicherung
Achtes Buch	Kinder- und Jugendhilfe
Neuntes Buch	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
Zehntes Buch	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
Elftes Buch	Soziale Pflegeversicherung
Zwölftes Buch	Sozialhilfe

© Verlag Europa-Lehrmittel

1.1.2 Das System der gesetzlichen Sozialversicherung

In der gesetzlichen Sozialversicherung unterscheidet man verschiedene Zweige; man spricht auch von den fünf Säulen der Sozialversicherung. Diese fünf Säulen bestehen aufgrund unterschiedlicher Rechtsgrundlagen:

fünf Säulen der Sozialversicherung	Rechtsgrundlagen
gesetzliche Arbeitslosenversicherung	SGB III
gesetzliche Krankenversicherung	**SGB V**
gesetzliche Rentenversicherung	SGB VI
gesetzliche Unfallversicherung	SGB VII
soziale Pflegeversicherung	SGB XI

Bei allen genannten gesetzlichen Versicherungen handelt es sich um Pflichtversicherungen, denen sich der betroffene Personenkreis nicht entziehen kann. Aufgrund dieser Versicherungspflicht hat der deutsche Bürger die heute selbstverständliche Sicherheit, bei den wesentlichen Lebensrisiken, die ihn treffen könnten, geschützt zu sein; geschützt zu sein durch das „soziale Netz“.

Gemäß Sozialgesetzbuch 4. Buch (SGB IV) sind die Träger der Sozialversicherung in ihrer Rechtsstellung **Körperschaften des öffentlichen Rechts** mit Selbstverwaltung. Die Sozialversicherungsträger erfüllen ihre Aufgabe in eigener Verantwortung, unterliegen aber der staatlichen Aufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesversicherungsamt oder durch entsprechende Landesbehörden.

Zur Erfüllung seiner Aufgaben hat jeder Versicherungsträger als **Selbstverwaltungsorgane**

- eine Vertreterversammlung und
- einen Vorstand

zu bilden. Dem Vorstand gehört ein Geschäftsführer an. Das SGB IV bestimmt als Grundsatz, dass diesen Selbstverwaltungsorganen Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber angehören.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung, des Parlaments eines jeden Versicherungsträgers, werden alle sechs Jahre in Sozialversicherungswahlen gewählt. Die Abgeordneten der Vertreterversammlung wählen anschließend den Vorstand.

Die **juristische Zuständigkeit** bei Klagen im gesamten Sozialversicherungsbereich liegt bei den Sozialgerichten, deren oberste Instanz das Bundessozialgericht in Kassel ist.

Die **Finanzierung** der Sozialversicherungen erfolgt

- in der Hauptsache durch Beiträge, die überwiegend von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern je zur Hälfte aufgebracht werden,
  zusätzlich durch finanzielle Leistungen, die der Versicherte zu erbringen hat (z. B. Zuzahlungen)
- bei der Unfallversicherung im Rahmen eines Umlageverfahren durch die Arbeitgeber allein;
- durch Zuschüsse des Bundes an die Arbeitslosen-, die Kranken- und die Rentenversicherung.

© Verlag Europa-Lehrmittel

1.1.3 Die Gesetzliche Krankenversicherung

Dem Bedürfnis der Bürger, sich gegen die wirtschaftlichen Folgen bei Krankheit abzusichern, wird entsprochen durch zwei prinzipiell sehr unterschiedliche Arten von Krankenversicherung:

Gesetzliche Krankenversicherung
Private Krankenversicherung

Die **private Krankenversicherung** wird von privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten.

Private Krankenversicherungsunternehmen haben im Gegensatz zu den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht, die Versicherung einer Person gegen Krankheit wegen eines zu großen Risikos ganz abzulehnen oder Beitragszuschläge zu verlangen. Generell richtet sich der Versicherungsbeitrag in der privaten Krankenversicherung nach dem Risikoprinzip:

- je höher das Risiko
  beispielsweise aufgrund von Alter oder Vorerkrankungen,
  ⟹ desto höher der Beitrag.

Darüber hinaus richtet sich der Beitrag nach den zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherungsnehmer vereinbarten Leistungen, nach dem Äquivalenzprinzip (= Gleichgewicht von Leistung und Gegenleistung):

- je höher die Leistung,
  ⟹ desto höher der Beitrag.

Es gibt Personengruppen, wie Unternehmer oder auch Ärzte, die das Krankheitsrisiko ganz durch private Krankenversicherungsunternehmen abdecken.

Andere Personengruppen sind aufgrund der **Fürsorgepflicht des Staates** oder besonderer Rechtsgrundlagen ganz oder teilweise gegen Krankheit versichert; zu diesen Rechtsgrundlagen gehören:

Rechtsgrundlagen

Beihilfe

▶ erhalten z. B. **Beamte.**

Beihilfeberechtigte vereinbaren eine Restkostendeckung in der Regel mit privaten Versicherungsunternehmen, da die Beihilfe nur einen Teil der Krankheitskosten übernimmt.

Freie Heilfürsorge

▶ erhalten nur wenige besondere Personengruppen wie Soldaten der Deutschen Bundeswehr, Polizeivollzugsbeamte der Bundespolizei, Polizeivollzugsbeamte der Länder und Beamte in Justizvollzugsanstalten.

Sie brauchen weder der gesetzlichen noch der privaten Krankenversicherung beizutreten; für sie übernimmt der Staat alle Kosten der gesundheitlichen Versorgung.

Sozialhilfe

▶ der Staat trägt alle Kosten bei Krankheit für Personen, die durch andere Vorschriften keinen Schutz genießen (Ihre organisatorische Betreuung erfolgt durch eine gesetzliche Krankenkasse).

© Verlag Europa-Lehrmittel

In der **gesetzlichen Krankenversicherung** ist der weitaus größte Teil (ca. 90 %) der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland unmittelbar selbst als Mitglied oder mittelbar als Familienangehöriger versichert.

Fast alle in einer Arztpraxis tätigen Ärzte sind berechtigt, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln; man spricht hierbei von der **„vertragsärztlichen Versorgung"** und von **„Vertragsärzten".** Die Versorgung der „Kassenpatienten" bildet die wirtschaftliche Grundlage einer Praxis eines Vertragsarztes.

Vertragsärzte üben ihre Tätigkeit auf der **Rechtsgrundlage** des 5. Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) aus.

Im Folgenden wird ein Überblick gegeben über

- **Allgemeine Vorschriften des SGB V**
- **Leistungen und Zahlungen nach SGB V**

Allgemeine Vorschriften des SGB V

Zu den allgemeinen Vorschriften des SGB V zählen

- **Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung**
- **Wirtschaftlichkeitsgebot**
- **Leistungen: Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung**
- **Solidarische Finanzierung**
- **Krankenkassen**
- **Versicherungspflicht**

Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

Im § 1 SGB V werden als **Aufgaben** der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne einer Solidargemeinschaft festgeschrieben:

- **die Gesundheit der Versicherten zu erhalten**
- **die Gesundheit der Versicherten wiederherzustellen**
- **den Gesundheitszustand der Versicherten zu bessern**

Gleichzeitig wird auch die **Eigenverantwortung** der Versicherten hervorgehoben:

Versicherte sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch

- **eine gesundheitsbewusste Lebensführung,**
- **frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen,**
- **aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation**

dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

© Verlag Europa-Lehrmittel

Wirtschaftlichkeitsgebot

Für sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Danach dürfen die Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen

- ausreichend

und

- zweckmäßig

und somit wirtschaftlich sein.

Gleichzeitig haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt für alle an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten:

- der **Versicherte** darf andere Leistungen **nicht** beanspruchen,
- der **Arzt** darf andere Leistungen **nicht** erbringen,
- die **Krankenkasse** darf andere Leistungen **nicht** gewähren.

Leistungen: Sachleistungsprinzip und Kostenerstattung

1. Sachleistungsprinzip

Ein grundlegendes Element in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht darin, dass die Leistungsgewährung ganz überwiegend nach dem Sachleistungsprinzip oder Naturalleistungsprinzip erfolgt. Diesem Prinzip folgend werden den Versicherten die Leistungen, die ihnen die gesetzliche Krankenkasse schuldet, „in natura“ gewährt; dem Versicherten werden dafür keine Geldmittel zur Verfügung gestellt. Damit soll vor allem erreicht werden, dass der Versicherte auch alle, für die Wiederherstellung seiner Gesundheit wichtigen, Dienst- und Sachleistungen wie ärztliche Behandlung sowie ärztlich verordnete Leistungen und Maßnahmen, tatsächlich in Anspruch nimmt und nicht stattdessen zur Verfügung gestellte Geldmittel für andere Zwecke verwendet.

Geldleistungen, wie Krankengeld oder Mutterschaftsgeld, treten im Vergleich zu den Sachleistungen völlig in den Hintergrund. Sie ergänzen lediglich die Sachleistungen und sind nicht Bestandteil der Kostenerstattung.

Mit dem Sachleistungprinzip stellt sich aber für die Krankenkasse das Problem, diese zu gewährenden Naturalleistungen nicht selbst erbringen zu können. Deshalb erfüllen Ärzte und andere Heilberufe sowie Krankenhäuser als „Leistungserbringer“ diese Kassenpflicht. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird der gesetzliche Auftrag durch die bereits in Kapitel 1 genannten Verträge geregelt, in denen sichergestellt wird, dass den Versicherten auch alle Pflichtleistungen und Ermessensleistungen tatsächlich zur Verfügung stehen.

▶ **Die von Ärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringenden Leistungen sind:**

- ärztliche Behandlung,
- ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- ärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- ärztliche Maßnahmen zur Empfängnisregelung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch, soweit die Leistungspflicht nicht durch gesetzliche Regelungen ausgeschlossen ist,
- ärztliche Leistungen zur Herstellung der Zeugungs- oder Empfängnisfähigkeit sowie die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft,
- ärztliche Verordnungen,
- Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
- Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes benötigen,
- die vom Arzt angeordneten und unter seiner Verantwortung erbrachten Hilfeleistungen anderer Personen,
- die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Vertragsärzte,
- Veranlassung von ambulanten Operationen.

© Verlag Europa-Lehrmittel

▶ **Ärztliche Verordnungen können ausgestellt werden für:**

- Arzneimittel,
- Verbandmittel,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel,
- Krankentransporte,
- Krankenhausbehandlung,
- Behandlung in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Kurmaßnahmen),
- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten,
- häusliche Krankenpflege,
- medizinische Leistungen der Rehabilitation, Belastungserprobung und Arbeitstherapie (Wiedereingliederungsmaßnahmen),
- Soziotherapie.

Bewertungsgrundlage für die in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen ist der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).**

Der zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarte EBM verzeichnet alle Leistungen und legt die Leistungsbewertung in Punktzahlen und Euro-Beträgen fest.

2. Kostenerstattung

Versicherte können wählen, ob sie die Leistungen als Sachleistungen oder im Rahmen der Kostenerstattung in Anspruch nehmen wollen; dieses Wahlrecht darf der Arzt nicht beeinflussen. Die Einschränkung der Wahl der Kostenerstattung auf bestimmte vertragsärztliche Behandlungen oder etwa Arzneimittel ist nicht möglich, wohl aber die Unterscheidung zwischen der ambulanten Versorgung (z. B. Kostenerstattung) und der stationären Behandlung (z. B. Sachleistung). Der Versicherte ist an die Wahl zur Kostenerstattung mindestens ein Jahr gebunden.

Die Versicherten, die Kostenerstattung wählen, können in der Arztpraxis als Privatpatienten auftreten, weil sie nicht verpflichtet sind, ihre Versichertenkarte vorzulegen. In diesen Fällen erstellt der Arzt für seine Leistungen eine Privatrechnung (nach der GOÄ), die der Versicherte seiner gesetzlichen Krankenkasse zur Kostenerstattung vorlegt. Die Höhe der Kostenerstattung ist höchstens auf die Vergütung beschränkt, die die Krankenkasse bei Erbringung im Sachleistungsprinzip zu tragen hätte. Im Ergebnis muss der Versicherte einen Teil der Kosten, die Differenz zwischen Rechnungs- und Erstattungsbetrag, selbst zahlen. Hierüber muss er von seiner Krankenkasse vor der Wahl aufgeklärt worden sein. Dem Arzt ist es rechtlich untersagt, seinen Patienten generell die Zahlung dieses Differenzbetrages zu erlassen.

Solidarische Finanzierung

Die Leistungen und sonstigen Ausgaben der Krankenkassen werden im wesentlichen durch Beiträge finanziert. Diese Beiträge richten sich aber nicht wie in der privaten Krankenversicherung nach Alter, Geschlecht oder Erkrankungen, also nach dem Risiko des einzelnen Mitglieds, sondern nach seinem finanziellen Leistungsvermögen:

Solidaritätsprinzip
Der Stärkere muss dem Schwächeren helfen.

Grundlage der Beitragsberechnung sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder:

- wer **mehr** verdient, zahlt **höhere** Beiträge
- wer **weniger** verdient, zahlt **geringere** Beiträge.

Der Beitragssatz wird für alle gesetzlich Krankenversicherten von der Bundesregierung festgelegt. Kommt die einzelne gesetzliche Krankenkasse mit den darüber zur Verfügung gestellten Mitteln zur Deckung ihrer Leistungen nicht aus, kann sie einen Zusatzbeitrag erheben.

Die Beitragsbemessungsgrenze, die jährlich neu von der Bundesregierung festgelegt wird, bestimmt, bis zu welcher Höhe die Arbeitsentgelte beitragspflichtig sind.

© Verlag Europa-Lehrmittel

Diese Beiträge werden

je zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber getragen.

Für mitversicherte Familienangehörige werden keine Beiträge erhoben.

Für den Arbeitgeber gehört der von ihm zu leistende Beitragsanteil zu den Lohnnebenkosten, der mit dem direkt an den Arbeitnehmer gezahlten Lohn die gesamten Personalkosten bildet. Mit der Senkung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung ist deshalb das Ziel verknüpft, die Lohnnebenkosten zu senken und damit die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft zu stärken.

- Zur **Senkung der Beitragssätze** müssen die Versicherten auch deshalb zusätzlich zu ihrem Beitrag weitere Zahlungen an die gesetzlichen Krankenkassen leisten; dies sind:
  - **Zuzahlungen** zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, zu Krankentransporten, zu stationären Maßnahmen und zu häuslicher Krankenpflege

  Zur Entlastung der Beitragssätze werden bestimmte Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert, wie z. B. Arzneimittel, die lediglich der Verbesserung der Lebensqualität dienen sollen, Sehhilfen ab 18 Jahren.

Die **Beiträge** der Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen fließen zunächst in den **Gesundheitsfonds.** Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen ihre Einnahmen, deren Höhe abhängig ist von der Anzahl und von dem Krankheitsrisiko der Versicherten. So erhalten Krankenkassen, bei denen viele Patienten mit chronischen Erkrankungen versichert sind, höhere Beträge.
Reichen einer Krankenkasse die Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds zur Finanzierung ihrer Leistungen nicht aus, ist sie berechtigt, einen Zusatzbeitrag zu erheben. Diesen Zusatzbeitrag teilen sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber ab Januar 2019.

Krankenkassen

Die Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Die Krankenkassen sind in folgende Kassenarten gegliedert:

- Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK)
- Innungskrankenkassen (IKK)
- Betriebskrankenkassen (BKK)
- Knappschaft (KBS)
- Ersatzkassen (EK), organisiert im Dachverband „Verband der Ersatzkassen“ (Vdek)

Diese Krankenkassen werden auch als gesetzliche Krankenkassen bezeichnet. Die Unterscheidung in Primär- und Ersatzkassen hat heute keine Bedeutung mehr.

© Verlag Europa-Lehrmittel

Versicherungspflicht

▶ **Versicherungspflicht** in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht im Wesentlichen für folgenden Personenkreis:

- Arbeiter, Angestellte und Auszubildende, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung;
- Leistungsempfänger nach dem Arbeitsförderungsgesetz (Arbeitslose);
- Landwirte, ihre mitarbeitenden Familienangehörigen und Altenteiler;
- Künstler und Publizisten;
- Behinderte, die in anerkannten Werkstätten tätig sind;
- Studenten, die an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschrieben sind, bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters, längstens bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres;
- Praktikanten aufgrund Studien- oder Prüfungsordnungen;
- Rentner und Rentenantragsteller.

▶ **Versicherungsfreiheit** besteht insbesondere für:

- Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt mindestens ein Jahr lang die Versicherungspflichtgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigt. Sie können jedoch auch freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben;
- Beamte und sonstige (beamtenähnlich) Beschäftigte;
- Geringfügig Beschäftigte (§ 8 SGB IV); neben vielen Einzelregelungen gilt allgemein insbesondere eine Entgeltgrenze von 450 EUR monatlich sowie die Pflicht des Arbeitgebers zur Entrichtung einer Pauschalabgabe von 30 % für Steuern und Sozialabgaben, ohne dass dadurch Leistungsansprüche des geringfügig Beschäftigten entstehen.

Werden Arbeiter und Angestellte wegen Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze wieder krankenversicherungspflichtig, können sie sich innerhalb von drei Monaten auf Antrag befreien lassen.

▶ Durch den Versicherungsbeitrag des Mitglieds sind auch dessen **Familienangehörige** in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne zusätzliche Beiträge mitversichert (Familienversicherung). Hierzu gehören

- der Ehegatte, der Lebenspartner und Kinder des Mitglieds, wenn diese Familienangehörigen
  - ihren Wohnsitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes haben;
  - ein Gesamteinkommen haben, das nicht über der Verdienstgrenze für geringfügig Beschäftigte liegt.

▶ Für die Kinder des Mitglieds besteht die Familienversicherung unter den obengenannten Voraussetzungen:

- grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres;
- weiterhin bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres, wenn sie nicht erwerbstätig sind;
- oder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, wenn sie sich in Schulausbildung befinden;
- grundsätzlich ohne Altersgrenze, wenn sie wegen körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung außerstande sind, für sich selbst aufzukommen.

Als **Nachweis für seine Mitgliedschaft** und damit als Nachweis für seinen Behandlungsanspruch erhält jeder Versicherte von seiner Krankenkasse eine **elektronische Gesundheitskarte.** Diese elektronische Gesundheitskarte enthält eine **Krankenversichertennummer,** mit der jeder Versicherte eindeutig identifiziert werden kann.

▶ **Achtung:**

Neben den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen erhalten noch **besondere Personengruppen** eine elektronische Gesundheitskarte.

© Verlag Europa-Lehrmittel

Leistungen und Zahlungen nach SGB V

Folgende SGB-V-Vorschriften sind von besonderer Bedeutung:

- **Pflichtleistungen**
- **Ermessensleistungen**
- **Zuzahlungen**
- **Belastungsgrenze**

Pflichtleistungen

Die **Leistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen vom Grundsatz her in Sach- und Dienstleistungen, von Ausnahmen wie Krankengeld abgesehen.

Allgemein wird bei den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen unterschieden zwischen

Pflichtleistungen	= vom Gesetz vorgeschriebene Leistungen
Satzungsleistungen	= durch die Satzung der einzelnen Kasse freiwillig gewährte Leistungen

Alle anderen Leistungen sind keine Kassenleistungen; wie z. B. auch die Individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) (s. LF 11).

▶ **Zu den Pflichtleistungen** gehören insbesondere präventive und kurative Leistungen:

Verhütung von Krankheiten (präventive Leistungen)	■ Neben der Verhütung von Erkrankungen sind **medizinische Vorsorgeleistungen** zu erbringen • bei Schwächung der Gesundheit • bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes • zur Verhütung von Infektionskrankheiten durch Impfungen • zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit hierzu gehören auch Vorsorgekuren für Mütter und Väter
Früherkennung von Krankheiten (präventive Leistungen)	■ **Gesundheitsuntersuchungen:** *einmalig zwischen 20 und 34 Jahren, alle 3 Jahre ab 35 Jahren* • Herz-, Kreislauf- und Nierenkrankheiten sowie Diabetes • Erstellung eines individuellen Risikoprofils ■ **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen:** <u>Gebärmutterhalskrebs</u> *jährlich zwischen 20 Jahren* • gezielte Anamnese • gynäkologische Untersuchung *jährlich zwischen 20 und 34 Jahren* • Zellabstrich auf Zellveränderungen *alle 3 Jahre ab 35 Jahren* • Zellabstrich auf Zellveränderungen und HPV <u>Brustkrebs</u> *jährlich ab 30 Jahren* • Untersuchung der weiblichen Brust • Anleitung zur Selbstuntersuchung *alle 2 Jahre im Alter zwischen 50 und 69 Jahren* • Mammographie

© Verlag Europa-Lehrmittel

▶ **Pflichtleistungen** (Fortsetzung):

Früherkennung von Krankheiten (präventive Leistungen)	■ Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Fortsetzung): Prostatakrebs *jährlich ab 45 Jahren* • rektale Untersuchung der Prostata • Inspektion des äußeren Genitals Hautkrebs • *alle 2 Jahre ab 35 Jahren* • visuelle Untersuchung auf Hautveränderungen Darmkrebs *zweimal im Abstand von mindestens 10 Jahren bei Männern zwischen 50 und 74 Jahren bzw. bei Frauen zwischen 55 und 74 Jahren* • Koloskopie (Darmspiegelung) Alternativ, wenn keine Darmspiegelung durchgeführt wird: *jährlich zwischen 50 und 54 Jahren, alle 2 Jahre ab 55 Jahren* • immunologischer Test auf okkultes (nicht sichtbares) Blut im Stuhl (IFOB-Test) ■ Bauchaortenaneurysma (Aussackung der Hauptschlagader): *einmalig bei Männern ab 65 Jahren* • Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta ■ Früherkennungsuntersuchung bei Kindern: *10x bis zum vollendeten 6. Lebensjahr in festgelegten Abständen* • Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung der Kinder gefährden ■ Jugendgesundheitsuntersuchung *ab Vollendung des 12. bis Vollendung des 15. Lebensjahres einmal*
Mutterschaftsvorsorge (präventive Leistungen)	■ ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung: • ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe • Arznei-, Verband- und Heilmittel • Entbindung • häusliche Pflege • Haushaltshilfe • Mutterschaftsgeld
Besondere präventive Maßnahmen	● Empfängnisverhütung (Beratung; Versorgung nur bis zum vollendeten 22. Lebensjahr) ● Schwangerschaftsabbruch ● Sterilisation wegen Krankheit

© Verlag Europa-Lehrmittel

▶ **Pflichtleistungen** (Fortsetzung):

Behandlung einer Krankheit (kurative Leistungen)	● Ärztliche Behandlung ● Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln ● Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln ● Häusliche Krankenpflege ● Haushaltshilfe ● Krankenhausbehandlung ● Medizinische Leistungen zur Rehabilitation ● Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation ● Belastungserprobung und Arbeitstherapie Leistungsbeschränkungen: ● Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (Negativliste) ● Festbeträge ● Zuzahlungen (siehe Härtefallregelungen) ● bei Selbstverschulden, wenn sich der Versicherte z. B. die Krankheit vorsätzlich zugezogen hat
Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation	● ärztliche Behandlung ● Krankengymnastik ● Reisekosten ● Haushaltshilfe
Soziotherapie	● Unterstützung von schwer psychisch Kranken durch einen Soziotherapeuten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen

Geldleistungen:	
a) Krankengeld	für max. 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Krankheit nach Ende eines Lohnfortzahlungsanspruchs
b) Mutterschaftsgeld	● Anspruchsberechtigt sind weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach Mutterschutzgesetz kein Arbeitsentgelt gezahlt wird. ● Zahlung erfolgt für die letzten sechs Wochen vor der Entbindung, den Entbindungstag und für die ersten acht Wochen, bei Mehrlings- und Frühgeburten sowie bei Kindern mit Behinderung für die ersten zwölf Wochen nach der Entbindung.

Im Zusammenhang mit bestimmten Leistungen hat der Versicherte gesetzlich festgelegte Zuzahlungen zu leisten.

Satzungsleistungen

Das Leistungsrecht enthält die unmittelbar für jede gesetzliche Krankenkasse vorgeschriebenen Pflichtleistungen. Darüberhinaus kann jede einzelne gesetzliche Krankenkasse für ihre Mitglieder zusätzliche Leistungen in ihre Satzung aufnehmen; diese zusätzlichen Leistungen bezeichnet man als Satzungsleistungen, Ermessensleistungen oder Kann-Leistungen.

Allerdings können solche Satzungsbestimmungen nur in den Grenzen erfolgen, die vom SGB V vorgegeben sind. In diesem Rahmen hat die einzelne Krankenkasse einen Entscheidungsspielraum.

Wird jedoch eine Leistung als Satzungsleistung in die Satzung aufgenommen, dann hat jedes Mitglied dieser Kasse auch einen Anspruch auf diese Leistung.

© Verlag Europa-Lehrmittel