



EUROPA FACHBUCHREIHE  
für Berufe im Gesundheitswesen

# Ärztliche Abrechnung

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

**Europa-Nr.: 61405**

Autor:  
Dr. med. Susanne Nebel, Mettmann

2. Auflage 2024  
Druck 5 4 3 2 1

Alle Drucke derselben Auflage sind parallel einsetzbar, da sie bis auf die Korrektur von Druckfehlern identisch sind.

ISBN 978-3-8085-6437-0

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

© 2024 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten  
[www.europa-lehrmittel.de](http://www.europa-lehrmittel.de)

Satz: Typework Layoutsatz & Grafik GmbH, 86153 Augsburg  
Umschlag: tiff.any GmbH, 10999 Berlin  
Umschlagfoto: Robert Kneschke – [stock.adobe.com](http://stock.adobe.com)  
Druck: mediaprint solutions GmbH, 33100 Paderborn

## Interview mit Frau Biene



Liebe Frau Biene, Sie begleiten seit vielen Jahren die angehenden Medizinischen Fachangestellten durch das Lehrbuch. Warum sind Sie von diesem Lehrbuch so überzeugt?

**Frau Biene:** Mir gefällt besonders die klare Struktur dieses Lehrbuches. Es orientiert sich an den **Lernfeldern des Rahmenlehrplans zum Ausbildungsberuf zum/zur MFA**. Nach der **Lernsituation** zu Beginn eines Lernfeldes werden die **wesentlichsten Lerninhalte** anschaulich erläutert. Zudem sind die wichtigsten **Auszüge aus den beiden Gebührenordnungen EBM und GOÄ** kurz zusammengestellt. Anhand der Abrechnung von **Fallbeispielen** wird das Erlernete verdeutlicht. An jedes Unterkapitel schließen sich mit der Überschrift **„Wie war das noch?“** Fragen zum Üben und Vertiefen an. Am Ende jedes Kapitels finden sich **„Fragen und Fälle“**, die eine **optimalen Vorbereitung auf die schriftlichen und praktischen Prüfungen** ermöglichen.

Welche Aufgabe haben Sie in dem Lehrbuch?

**Frau Biene:** Jedes Lernfeld beginnt mit einer Lernsituation, die den Titel **„Be(e) at work“** trägt. Darin enthalten sind typische abrechnungsrelevante Lerninhalte aus meinem Praxisalltag.

Wodurch unterscheidet sich dieses Buch von anderen Lehrwerken?

**Frau Biene:** Die Seiten dieses Buches lassen sich bequem herauslösen und in einem Ordner nach persönlichen Vorstellungen zusammenstellen. So ergibt sich ein **individuelles Schulungsbuch**.

In diesem Jahr ist eine Neuauflage erschienen. Können Sie die Gründe dafür nennen?

**Frau Biene:** Die neue Ausgabe passt sich den Zeiten der **Digitalisierung** an. EBM und GOÄ sind benutzerfreundlich im Internet und als APP verfügbar. So können Bemerkungen und Ausschlüsse einer Abrechnungsnummer auch dort nachgelesen und müssen nicht mehr im Buch vollständig aufgeführt werden. Wichtig ist, den Umgang mit den Gebührenordnungen zu erlernen. Dabei steht die **Abrechnung des Hausarztes** im Vordergrund. Die Fachärzte werden anhand der Abrechnung beim Orthopäden exemplarisch dargestellt. Auch im Bereich des **Praxismanagements** ist die Digitalisierung vorangeschritten. Die Neuauflage stellt die wichtigsten Begriffe hierzu vor. Zudem wird die Verwendung von elektronischen Formularen intensiv thematisiert.

Was möchten Sie Ihren Lesern noch sagen?

**Frau Biene:** Zunächst bedanke ich mich ganz herzlich für Ihr Interesse an diesem Lehrbuch. Die ärztliche Abrechnung stellt zuweilen auch für Mediziner und Abrechnungslehrer eine Herausforderung dar, insbesondere wenn es Interpretationsspielräume gibt. Deshalb bitte ich Sie darum, unter der Verlagsadresse oder über die Internetadresse [lektorat@europa-lehrmittel.de](mailto:lektorat@europa-lehrmittel.de) auf Fehler oder Missverständnisse aufmerksam zu machen. Auch Wünsche oder Kritik können dort geäußert werden. Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Arbeiten mit diesem Buch, und natürlich viel Erfolg während der Ausbildung und bei den anstehenden Prüfungen.

Das Interview führte die Autorin, Dr. med. Susanne Nebel, im Sommer 2024

## Inhaltsverzeichnis

### LF 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

1.1	Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung .....	9
1.2	Organisationen im Umfeld der Arztpraxis .....	33
1.3	Grundbegriffe der vertragsärztlichen Versorgung .....	45
1.4	Ärztliche Pflichten .....	59
1.5	Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht .....	71
1.6	Fragen und Fälle zu Lernfeld 1 .....	76

### LF 2 Patienten empfangen und begleiten

2.1	Kostenträger und Versichertenachweis .....	86
2.2	Formulare der vertragsärztlichen Versorgung .....	115
2.3	Grundlagen der ärztlichen Abrechnung .....	163
2.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 2 .....	189

### LF 3 Praxishygiene und Schutz vor Infektionskrankheiten organisieren

3.1	Abrechnung von Impfungen bei gesetzlich Krankenversicherten .....	202
3.2	Abrechnung von Impfungen bei Privatpatienten .....	204
3.3	Fallbeispiel .....	205
3.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 3 .....	207

### LF 4 Bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates assistieren

4.1	Abrechnung beim Hausarzt nach dem EBM .....	211
4.2	Abrechnung beim Orthopäden nach dem EBM .....	237
4.3	Abrechnung nach GOÄ .....	245
4.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 4 .....	260

### LF 5 Zwischenfällen vorbeugen und in Notfallsituationen Hilfe leisten

5.1	EBM-Abrechnung in Notfallsituationen .....	266
5.2	GOÄ-Abrechnung in Notfallsituationen .....	285
5.3	Abrechnung von Erkrankungen des Herz-Kreislauf- und des Atmungssystems .....	291
5.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 5 .....	293

### LF 6 Waren beschaffen und verwalten – Sprechstundenbedarf

6.1	Definition des Sprechstundenbedarfs .....	300
6.2	Abrechnung des Sprechstundenbedarfs .....	302
6.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 6 .....	307

**LF 7 Praxisabläufe im Team organisieren – Erstellen und Versand von Schriftstücken**

7.1	Abrechnung nach dem EBM.....	312
7.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	315
7.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 7.....	319

**LF 8 Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankung des Urogenitalsystems begleiten**

8.1	Laborleistungen.....	324
8.2	Empfängnisregelung.....	339
8.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 8.....	342

**LF 9 Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankung des Verdauungssystems begleiten**

9.1	Ultraschalluntersuchungen (Sonographie).....	346
9.2	Endoskopieuntersuchungen.....	348
9.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 9.....	353

**LF 10 Patienten bei kleinen chirurgischen Behandlungen begleiten und Wunden versorgen**

10.1	Kleine chirurgische Maßnahmen und Wundbehandlung.....	356
10.2	Arbeitsunfälle.....	365
10.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 10.....	386

**LF 11 Patienten bei der Prävention begleiten**

11.1	Früherkennungsuntersuchungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt.....	390
11.2	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern.....	394
11.3	Gesundheitsuntersuchung.....	399
11.4	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.....	401
11.5	Disease-Management-Programme (DMP).....	411
11.6	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).....	412
11.7	Fragen und Fälle zu Lernfeld 11.....	417

**Lernfeld übergreifend Patienten bei psychischen und altersbedingten Erkrankungen begleiten**




12.1	Psychosomatische Grundversorgung (EBM-Kapitel 35).....	420
12.2	Geriatric.....	421

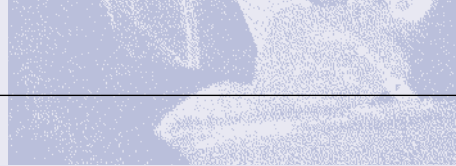
**Sachwortverzeichnis..... 431**



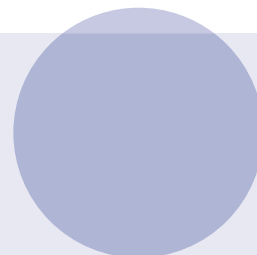
## Lernfeld 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

### Inhaltsverzeichnis

<b>1.1</b>	<b>Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung</b>	<b>9</b>
1.1.1	Geschichtlicher Hintergrund .....	9
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 .....	17
1.1.4	Die Gesetzliche Unfallversicherung .....	23
1.1.5	 Wie war das noch? .....	27
<b>1.2</b>	<b>Organisationen im Umfeld der Arztpraxis</b>	<b>33</b>
1.2.1	Ärztammer und Berufsrecht .....	33
1.2.2	Kassenärztliche Vereinigung .....	34
1.2.3	Honorarabrechnung über die KV .....	38
1.2.4	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) .....	41
1.2.5	Weitere medizinische Organisationen und Verbände .....	41
1.2.6	 Wie war das noch? .....	43
<b>1.3</b>	<b>Grundbegriffe der vertragsärztlichen Versorgung</b>	<b>45</b>
1.3.1	Grundbegriffe der ärztlichen Tätigkeit .....	45
1.3.2	Fachbezeichnungen für Ärzte und Psychotherapeuten .....	47
1.3.3	Praxisformen .....	48
1.3.4	Behandlungsformen .....	50
1.3.5	Abrechnungszeiträume .....	50
1.3.6	Verordnungsfähige Mittel .....	52
1.3.7	Vergütungsformen .....	53
1.3.8	Grundbegriffe der digitalen Praxis .....	53
1.3.9	 Wie war das noch? .....	55



<b>1.4</b>	<b>Ärztliche Pflichten</b>	<b>59</b>
1.4.1	Aufbewahrungspflicht .....	59
1.4.2	Meldepflicht .....	60
1.4.3	Datenschutz und Datensicherheit .....	63
1.4.4	Weitere Pflichten .....	65
1.4.5	 Wie war das noch? .....	69
<b>1.5</b>	<b>Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht</b>	<b>71</b>
1.5.1	Behandlungsvertrag .....	71
1.5.2	Bundsmantelvertrag und Gesamtverträge .....	72
1.5.3	 Wie war das noch? .....	75
<b>1.6</b>	<b>Fragen und Fälle zu Lernfeld 1</b>	<b>76</b>





## LF 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

### Be(e) at work



Frau Birgit Biene hatte im letzten Schuljahr ein Schulpraktikum in der Praxis des hausärztlich tätigen Internisten Dr. Gustav Gütlich absolviert. Das Praxisteam von Herrn Dr. Gütlich war angetan von der Zusammenarbeit mit ihr und ihrem lebenswürdigen 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.

Zu Beginn ihrer Ausbildung informiert sich Frau Biene über die Bedeutung der Arztpraxis als Teil der medizinischen Versorgung in Deutschland. Dazu nutzt sie neben diesem Lehrbuch auch Informationen aus dem Deutschen Ärzteblatt und den Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung.

## 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 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.

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.

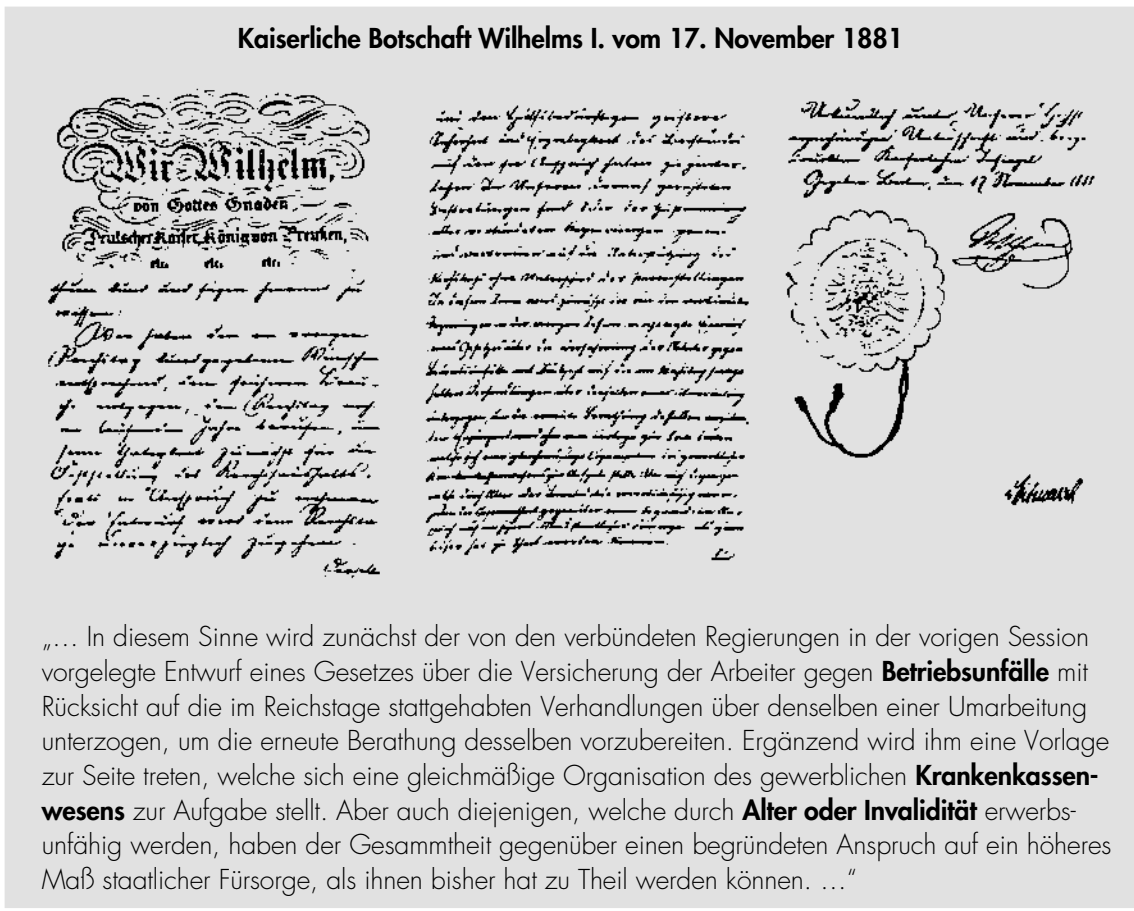
Der Staat förderte die Bildung von Hilfskassen und erließ in Ergänzung einer Gewerbeordnung **1876** das **Hilfskassengesetz**, in dem Rechte und Zuständigkeiten dieser Kassen im Sinne einer **Zwangskasse** geregelt wurden, in die auch die Arbeitgeber Beiträge abzuführen hatten.

1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung

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**



„... 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 Gesamtheit 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.**

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:

<b>1883</b>	Krankenversicherungsgesetz für Arbeiter
<b>1884</b>	Unfallversicherungsgesetz für die Industrie
<b>1889</b>	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  
**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 **13 Bücher**:

<b>SGB I</b>	Allgemeiner Teil
<b>SGB II</b>	Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende
<b>SGB III</b>	Arbeitsförderung (Gesetzl. Arbeitslosenvers.)
<b>SGB IV</b>	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
<b>SGB V</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>SGB VI</b>	Gesetzliche Rentenversicherung
<b>SGB VII</b>	Gesetzliche Unfallversicherung
<b>SGB VIII</b>	Kinder- und Jugendhilfe
<b>SGB IX</b>	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
<b>SGB X</b>	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
<b>SGB XI</b>	Soziale Pflegeversicherung
<b>SGB XII</b>	Sozialhilfe
<b>SGB XIV</b>	Soziale Entschädigung

## 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. Die Aufgaben, die sich aus den Sozialversicherungen ergeben, werden von verschiedenen Träger übernommen:

fünf Säulen der Sozialversicherung	Rechtsgrundlagen	Träger
gesetzliche Arbeitslosenversicherung	SGB III	Bundesagentur für Arbeit
<b>gesetzliche Krankenversicherung</b>	<b>SGB V</b>	<b>Krankenkassen</b>
gesetzliche Rentenversicherung	SGB VI	Deutsche Rentenversicherung
gesetzliche Unfallversicherung	SGB VII	Berufsgenossenschaften
soziale Pflegeversicherung	SGB XI	Pflegekassen bei den Krankenkassen

## 1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung

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**“.

Die Träger der Sozialversicherungen sind 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 muss jeder Versicherungsträger als **Selbstverwaltungsorgane**

- einen Vertreterversammlung und
- einen Vorstand

bilden. Die Vertreterversammlung setzt sich aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung 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

- durch **Beiträge**, die überwiegend von den **Arbeitnehmern** und den **Arbeitgebern je zur Hälfte** aufgebracht werden
- durch **Zuzahlungen** für bestimmte medizinische Leistungen, z. B. bei Verordnungen, durch den **Versicherten allein**,
- bei der **Unfallversicherung** durch die **Arbeitgeber allein**;
- durch **Zuschüsse des Bundes** an die Arbeitslosen-, die Kranken- und die Rentenversicherung.

### 1.1.3 Die Gesetzliche Krankenversicherung

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

Die ambulante medizinische Versorgung von Patienten, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, übernehmen die sogenannten **Vertragsärzte**. Die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit erhält ein niedergelassener Arzt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Vertragsärzte dürfen Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.

**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.

## 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 Sachleistungsprinzip 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 **Verträge** geregelt, in denen sichergestellt wird, dass den Versicherten diese Leistungen auch 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,
- 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
- Veranlassung von ambulanten Operationen.

**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 Versicherungskarte 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 Erstattungsbeitrag, 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 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.

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung werden **je zur Hälfte von Arbeitnehmer und Arbeitgeber** getragen.

Für mitversicherte **Familienangehörige** werden **keine Beiträge** erhoben.

Steigende Beitragssätze belasten Arbeitgeber und Arbeitnehmer gleichermaßen. Für den Arbeitgeber gehört sein Beitragsanteil zu den Lohnnebenkosten. Zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft werden stabile Beitragssätze angestrebt. Deshalb müssen die Versicherten neben ihrem Beitrag weitere Zahlungen leisten:

**Zuzahlungen** zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, zu Krankentransporten, zu stationären Maßnahmen und zu häuslicher Krankenpflege

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

## 1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung

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.

### 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.

### Versicherungspflicht

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

- Arbeitnehmer, die mehr als 538 EUR (Minijobgrenze, Stand 2024) monatlich verdienen, deren Verdienst jedoch die allgemeine Versicherungspflichtgrenze nicht übersteigt
- Personen, die Arbeitslosengeld oder Unterhaltsgeld nach dem SGB III beziehen
- 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 538 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 Arbeitnehmer 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 **Krankenversicherungsnummer**, mit der jeder Versicherte eindeutig identifiziert werden kann.

### Hinweis:

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

## Leistungen und Zahlungen nach SGB V

Folgende SGB-V-Vorschriften sind von besonderer Bedeutung:

- **Pflichtleistungen**
- **Satzungsleistungen**
- **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:

- |   |  |
|---|--|
| <b>Verhütung von Krankheiten</b><br>(präventive Leistungen) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vorsorgekuren</b></li> <li>• vom Robert-Koch-Institut empfohlene <b>Impfungen</b></li> </ul> |
|---|--|

**Pflichtleistungen** (Fortsetzung):**Früherkennung von Krankheiten**

(präventive Leistungen)

- **Mutterschaftsvorsorgeuntersuchungen** während der Schwangerschaft und nach der Geburt, einschließlich Ultraschallscreening und Screening auf Schwangerschaftsdiabetes  
*bis zur 32. Woche: alle 4 Wochen, ab der 32. Woche: alle 2 Wochen, 2 Untersuchungen nach der Geburt*
- **Kinderfrüherkennungsuntersuchungen** (U1 bis U9, einschließlich U7A)  
*ab der Geburt bis zum 66. Lebensmonat: insgesamt 10 Untersuchungen innerhalb festgelegter Zeiträume*
- **Jugendgesundheitsuntersuchung** (J1)  
*ab Vollendung des 12. bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres: einmalig*
- **Gesundheitsuntersuchung**  
*zwischen 18 und 35 Jahren: einmalig*  
*ab 35 Jahren: alle 3 Jahre*
- Screening auf **Bauchaortenaneurysen** mittels Ultraschalluntersuchung  
*Männer ab 65 Jahren: einmalig*
- **Hepatitis-Serologie** auf Hepatitis B und C  
*ab 35 Jahren: einmalig*
- Früherkennung auf **Gebärmutterhalskrebs**  
*Frauen ab 20 Jahren: jährlich*
- **Tastuntersuchung** zur Früherkennung von **Brustkrebs**  
*Frauen ab 30 Jahren: jährlich*
- **Mammographiescreening** (Röntgenuntersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs)  
*Frauen zwischen 50 und 75 Jahren: alle 2 Jahre*
- Früherkennung auf **Prostatakrebs**  
*Männer ab 45 Jahren: jährlich*
- **Hautkrebsscreening**  
*ab 35 Jahren: alle 2 Jahre*
- **Vorsorgekoloskopie** zur Früherkennung von **Dickdarm- und Mastdarmkrebs**  
*Männer zwischen 50 und 74 Jahren: maximal 2x im Abstand von mindestens 10 Jahren*  
*Frauen zwischen 55 und 74 Jahren: maximal 2x im Abstand von mindestens 10 Jahren*
- **Immunologischer Stuhltest (iFOBT)** zur Früherkennung von **Dickdarm- und Mastdarmkrebs** (nur falls keine Vorsorgekoloskopie stattfindet)  
*zwischen 50 und 54 Jahren: jährlich*  
*ab 55 Jahren: alle 2 Jahre*

**Besondere präventive Maßnahmen**

- Empfängnisverhütung (Beratung; Versorgung nur bis zum vollendeten 22. Lebensjahr)
- Schwangerschaftsabbruch
- Sterilisation wegen Krankheit

**Pflichtleistungen** (Fortsetzung):

<b>Behandlung einer Krankheit</b> (kurative Leistungen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Behandlung</li> <li>• Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln</li> <li>• Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln</li> <li>• Häusliche Krankenpflege</li> <li>• Haushaltshilfe</li> <li>• Krankenhausbehandlung</li> <li>• Medizinische Leistungen zur Rehabilitation</li> <li>• Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation</li> <li>• Belastungserprobung und Arbeitstherapie</li> </ul> <p><b>Leistungsbeschränkungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (Negativliste)</li> <li>• Festbeträge</li> <li>• Zuzahlungen (siehe Härtefallregelungen)</li> <li>• bei Selbstverschulden, wenn sich der Versicherte z. B. die Krankheit vorsätzlich zugezogen hat</li> </ul>
<b>Medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche Behandlung</li> <li>• Krankengymnastik</li> <li>• Reisekosten</li> <li>• Haushaltshilfe</li> </ul>
<b>Soziotherapie</b>	Unterstützung von schwer psychisch Kranken durch einen Soziotherapeuten, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen

<b>Geldleistungen:</b>	
<b>a) Krankengeld</b>	für max. 78 Wochen innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Krankheit nach Ende eines Lohnfortzahlungsanspruchs
<b>b) Mutterschaftsgeld</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anspruchsberechtigt sind weibliche Mitglieder, die bei Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld haben oder denen wegen der Schutzfristen nach Mutterschutzgesetz kein Arbeitsentgelt gezahlt wird.</li> <li>• 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.</li> </ul>

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.

## 1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung

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

So lässt das Gesetz zu, dass beispielsweise

- Krankenkassen die Kosten für eine aus medizinischen Gründen erforderliche Vorsorgeleistung in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes in Form einer Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme übernimmt (gleiches gilt auch für medizinische Rehabilitation für Mütter);
- Krankenkassen ihren Versicherten erforderliche Hilfsmittel leihweise überlassen oder dass die Bewilligung von Hilfsmitteln nur dann erfolgt, wenn der Versicherte sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lässt.
- Krankenkassen die Kosten für Reiseschutzimpfungen übernehmen, wenn dadurch das Einschleppen bestimmter Infektionskrankheiten in die Bundesrepublik Deutschland verhindert werden kann.

### Zuzahlungen

Im Zusammenhang mit bestimmten Leistungen haben gesetzlich Krankenversicherte gesetzlich festgelegte Zuzahlungen zu leisten. Folgende gesetzlich Versicherte sind von der Zuzahlung befreit:

- Patienten unter 18 Jahren
- Frauen bei Verordnungen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Schwangerschaft
- Patienten, die einen gültigen Befreiungsausweis vorlegen

<b>Arzneimittel, Verbandmittel, Hilfsmittel</b>	Bei diesen Leistungen hat der Versicherte <b>10% der Kosten, mindestens jedoch 5 EUR, höchstens 10 EUR</b> zu übernehmen; allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels. Arzneimittel, deren Preis <b>30% unterhalb des Festbetrags</b> liegt, sind <b>zuzahlungsfrei</b> . Bei <b>Hilfsmitteln, die zum Verbrauch bestimmt sind</b> (z. B. Insulin-Kunststoffspritzen oder Inkontinenzhilfen), beträgt die Zuzahlung <b>10% der Packung, höchstens 10 EUR je Monat</b> .
<b>Soziotherapie, Haushaltshilfe</b>	Auch hier hat der Versicherte <b>10% der Kosten, mindestens jedoch 5 EUR, höchstens 10 EUR</b> zu zahlen. Diese Zahlungen beziehen sich auf jeden einzelnen Leistungstag.
<b>Heilmittel</b>	Der Versicherte hat <b>10% der Kosten je verordnete Heilmittel</b> und <b>zusätzlich 10 EUR</b> für das gesamte ärztlich ausgestellte Verordnungsblatt zu übernehmen.
<b>häusliche Krankenpflege</b>	Hier hat der Versicherte <b>10% des Preises der jeweils verordneten Pflegeleistung</b> , jedoch nicht weniger als 5 EUR und nicht mehr als 10 EUR selbst zu zahlen. <b>Zusätzlich hat er 10 EUR</b> für die ärztlich ausgestellte Verordnung zu entrichten. Diese Regelung gilt für höchstens <b>28 Tage im Kalenderjahr</b> .
<b>stationäre Behandlung und Anschlussrehabilitation</b>	In diesem Versorgungsbereich hat der Versicherte <b>täglich 10 EUR für maximal 28 Tage im Kalenderjahr</b> selbst zu tragen.
<b>stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen</b>	Der Versicherte zahlt <b>täglich 10 EUR ohne zeitliche Begrenzung</b> für die Dauer der Leistung.
<b>Fahrtkosten zur stationären oder ambulanten Behandlung</b>	Jeder Versicherte, auch wenn er das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlt <b>10% der Kosten, mindestens 5 EUR, höchstens 10 EUR</b> .

### Hinweis

**Achtung: Fahrtkosten** zur ambulanten Behandlung werden **nur in bestimmten Ausnahmefällen** von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.