



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

1. Auflage 2021
Druck 5 4 3 2 1

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

ISBN 978-3-7585-6140-5

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

© 2021 by Verlag Europa-Lehrmittel, Nourney, Vollmer GmbH & Co. KG, 42781 Haan-Gruiten
www.europa-lehrmittel.de

Satz: Typework Layoutsatz & Grafik GmbH, 86167 Augsburg
Umschlag: tiff.any GmbH, 10999 Berlin
Umschlagfoto: Robert Kneschke – fotolia.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. Welche Aufgabe haben Sie darin?

Frau Biene: Dieses Buch gehört zu den ersten Zusammenstellungen von Materialien für den Abrechnungsunterricht überhaupt. Seit Einführung der **Lernfelder im Rahmenlehrplan zum Ausbildungsberuf zum/zur Medizinischen Fachangestellten** ist der Unterricht praxisnäher geworden. Meine Aufgabe ist es, mithilfe verschiedener Lernsituationen die Bedeutung der Lerninhalte für den Praxisalltag zu beschreiben.

Warum sind Sie von diesem Lehrbuch so überzeugt?

Frau Biene: Mir gefällt besonders die klare Struktur dieses Lehrbuches. 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.

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 hat sich das Lehrbuch stark verändert. 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. Durch die Reduzierungen konnten beide Bände zusammengeführt werden.

Was wünschen Sie sich von und für Ihre Leser?

Frau Biene: Zunächst möchte ich mich ganz herzlich für das Interesse an diesem Lehrbuch bedanken. Die ärztliche Abrechnung stellt zuweilen auch für Mediziner und Abrechnungslehrer eine Herausforderung dar, insbesondere wenn es Interpretationsspielräume gibt. Deshalb bitte ich die Leser darum, unter der Verlagsadresse oder über die Internetadresse lektorat@europa-lehrmittel.de auf Fehler oder Missverständnisse aufmerksam zu machen. Auch Wünsche oder Kritik können dort geäußert werden. Ich wünsche den Lesern 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 2021

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	35
1.3	Grundbegriffe der vertragsärztlichen Versorgung	47
1.4	Ärztliche Pflichten	61
1.5	Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht	73
1.6	Fragen und Fälle zu Lernfeld 1	78

LF 2 Patienten empfangen und begleiten

2.1	Kostenträger und Versichertennachweis	88
2.2	Formulare der vertragsärztlichen Versorgung	119
2.3	Grundlagen der ärztlichen Abrechnung	167
2.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 2	195

LF 3 Praxishygiene und Schutz vor Infektionskrankheiten organisieren

3.1	Abrechnung von Impfungen bei gesetzlich Krankenversicherten	208
3.2	Abrechnung von Impfungen bei Privatpatienten	210
3.3	Fallbeispiel	211
3.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 3	213

LF 4 Bei Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates assistieren

4.1	Abrechnung beim Hausarzt nach dem EBM	217
4.2	Abrechnung beim Orthopäden nach dem EBM	243
4.3	Abrechnung nach GOÄ	253
4.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 4	268

LF 5 Zwischenfällen vorbeugen und in Notfallsituationen Hilfe leisten

5.1	EBM-Abrechnung in Notfallsituationen	274
5.2	GOÄ-Abrechnung in Notfallsituationen	293
5.3	Abrechnung von Erkrankungen des Herz-Kreislauf- und des Atmungssystems	299
5.4	Fragen und Fälle zu Lernfeld 5	301

LF 6 Waren beschaffen und verwalten – Sprechstundenbedarf

6.1	Definition des Sprechstundenbedarfs	308
6.2	Abrechnung des Sprechstundenbedarfs	310
6.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 6	315

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

7.1	Abrechnung nach dem EBM.....	320
7.2	Abrechnung nach der GOÄ.....	325
7.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 7.....	329

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

8.1	Laborleistungen.....	334
8.2	Empfängnisregelung.....	349
8.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 8.....	352

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

9.1	Ultraschalluntersuchungen (Sonographie).....	356
9.2	Endoskopieuntersuchungen.....	358
9.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 9.....	363

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

10.1	Kleine chirurgische Maßnahmen und Wundbehandlung.....	366
10.2	Arbeitsunfälle.....	375
10.3	Fragen und Fälle zu Lernfeld 10.....	396

LF 11 Patienten bei der Prävention begleiten

11.1	Früherkennungsuntersuchungen in der Schwangerschaft.....	401
11.2	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern.....	404
11.3	Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen.....	409
11.4	Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen.....	414
11.5	Disease-Management-Programme (DMP).....	423
11.6	Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).....	424
11.7	Fragen und Fälle zu Lernfeld 11.....	429

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

12.1	Psychosomatische Grundversorgung (EBM-Kapitel 35).....	432
12.2	Geriatric.....	433

Sachwortverzeichnis..... 443

Lernfeld 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

Inhaltsverzeichnis

1.1	Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung	9
1.1.1	Geschichtlicher Hintergrund	9
1.1.2	Das System der gesetzlichen Sozialversicherung	12
1.1.3	Die Gesetzliche Krankenversicherung	13
	• Allgemeine Vorschriften des SGB V	14
	• Leistungen und Zahlungen nach SGB V	19
1.1.4	Die Gesetzliche Unfallversicherung	25
1.1.5	📎 Wie war das noch?	29
1.2	Organisationen im Umfeld der Arztpraxis	35
1.2.1	Ärztammer und Berufsrecht	35
1.2.2	Kassenärztliche Vereinigung	36
1.2.3	Honorarabrechnung über die KV	40
1.2.4	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	43
1.2.5	Weitere medizinische Organisationen und Verbände	43
1.2.6	📎 Wie war das noch?	45
1.3	Grundbegriffe der vertragsärztlichen Versorgung	47
1.3.1	Grundbegriffe der ärztlichen Tätigkeit	47
1.3.2	Fachbezeichnungen für Ärzte und Psychotherapeuten	49
1.3.3	Praxisformen	50
1.3.4	Behandlungsformen	52
1.3.5	Abrechnungszeiträume	52
1.3.6	Verordnungsfähige Mittel	54
1.3.7	Vergütungsformen	55
1.3.8	📎 Wie war das noch?	57

1.4	Ärztliche Pflichten	61
1.4.1	Aufbewahrungspflicht	61
1.4.2	Meldepflicht	62
1.4.3	Datenschutz und Datensicherheit	65
1.4.4	Weitere Pflichten	67
1.4.5	 Wie war das noch?	71
1.5	Rechtsbeziehungen im Vertragsarztrecht	73
1.5.1	Behandlungsvertrag	73
1.5.2	Bundesmantelvertrag und Gesamtverträge	74
1.5.3	 Wie war das noch?	77
1.6	Fragen und Fälle zu Lernfeld 1	78

LF 1 Im Beruf und Gesundheitswesen orientieren

Lernsituation:



Frau Birgit Biene hatte im letzten Schuljahr ein Schulpraktikum 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 liebevollen 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 Sozialversicherungszweige 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 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.

1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung

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.

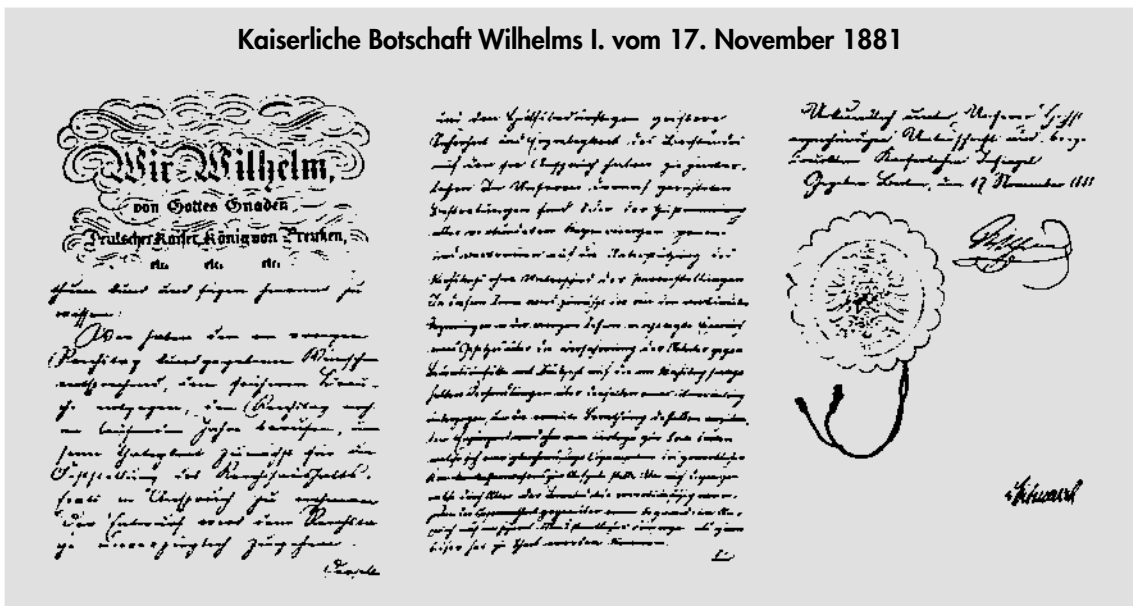
Die wirtschaftliche Entwicklung durch die Industrialisierung und die damit verbundenen gesellschaftlichen Veränderungen führten dazu, dass sich die Arbeiter zu **Gewerkvereinen** als Interessenvertretung gegenüber den Arbeitgebern und zu **Hilfskassen**, die sie gegen Existenzunsicherheit und soziale 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.

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 **Gründungsdocument** 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:

1883	Krankenversicherungsgesetz für Arbeiter
1884	Unfallversicherungsgesetz für die Industrie
1889	Invalditäts- 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**:

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

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**

- einen Vertreterversammlung und
- einen Vorstand

zu bilden. Dem Vorstand gehört ein Geschäftsführer an. Das SGB IV bestimmt als Grundsatz, dass diese 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.

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

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

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.

1.1 Die Arztpraxis im System der gesetzlichen Sozialversicherung

In der **gesetzlichen Krankenversicherung** ist der weitaus größte Teil 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.

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 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,
- 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),
- Psychotherapie.

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 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 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.

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 oder 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.

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 450 EUR 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 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 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:

<p>Verhütung von Krankheiten (präventive Leistungen)</p>	<p>Neben der Verhütung von Erkrankungen sind medizinische Vorsorgeleistungen zu erbringen</p> <ul style="list-style-type: none"> • bei Schwächung der Gesundheit • bei Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes • zur Verhütung von Infektionskrankheiten durch Impfungen • zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit <p>hierzu gehören auch Vorsorgekuren für Mütter und Väter</p>
<p>Früherkennung von Krankheiten (präventive Leistungen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsuntersuchungen: <i>einmalig zwischen 20 und 34 Jahren, alle 3 Jahre ab 35 Jahren</i> <ul style="list-style-type: none"> – Herz-, Kreislauf- und Nierenkrankheiten sowie Diabetes – Erstellung eines individuellen Risikoprofils • Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: <u>Gebärmutterhalskrebs</u> <i>jährlich ab 20 Jahren</i> <ul style="list-style-type: none"> – gezielte Anamnese – gynäkologische Untersuchung <i>jährlich zwischen 20 und 34 Jahren</i> Zellabstrich auf Zellveränderungen <i>alle 3 Jahre ab 35 Jahren</i> Zellabstrich auf Zellveränderungen und HPV <u>Brustkrebs</u> <i>jährlich ab 30 Jahren</i> <ul style="list-style-type: none"> – Untersuchung der weiblichen Brust – Anleitung zur Selbstuntersuchung <i>alle 2 Jahre im Alter zwischen 50 und 69 Jahren</i> Mammographie

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
- Ultraschallscreening
- Screening auf Schwangerschaftsdiabetes
- Blut- und Urinuntersuchungen
- Mutterschaftsgeld

Besondere präventive Maßnahmen

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