

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

### **ERGÄNZUNGSTARIF AZS**

FÜR GKV-VERSICHERTE

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

#### **L e i s t u n g e n   d e r   D K V**

---

##### **1.    Zuzahlungen**

---

1.1    **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, die

- je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, gemäß § 28 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V (SGB V),
- bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln gemäß § 31 Abs. 3 SGB V (dazu zählen auch etwaige Mehrkosten für ein ärztlich verordnetes Arznei- und Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt ist),
- bei ärztlich verordneten Heilmitteln gemäß § 32 Abs. 2 SGB V,
- bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln gemäß § 33 Abs. 8 SGB V,
- bei häuslicher Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 5 SGB V,
- bei ärztlich verordneter Soziotherapie gemäß § 37a SGB V,
- bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe gemäß § 38 SGB V,
- bei einem stationären Aufenthalt in einer Vorsorgeeinrichtung gemäß § 23 Abs. 6 SGB V,
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs. 4 SGB V,
- bei einer Anschlussrehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß § 40 Abs. 6 SGB V bzw. § 32 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch VI (SGB VI),
- bei ambulanten Rehabilitationsleistungen bzw. einem stationären Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung gemäß § 40 Abs. 5 SGB V bzw. § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI,
- bei einer medizinischen Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme für Mütter und Väter in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks oder einer gleichartigen Einrichtung gemäß § 24 Abs. 3 bzw. § 41 Abs. 3 SGB V,
- bei Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V

zu entrichten sind.

Als Kostennachweis ist

- bei Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie für Soziotherapie eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke bzw. des Leistungserbringers,
- bei Zuzahlungen für Fahrkosten die Zahlungsaufforderung und der Zahlungsbeleg bzw. eine mit dem Erstattungsvermerk der Krankenkasse versehene Bescheinigung im Original,

- bei sonstigen Zuzahlungen eine Bestätigung - mit Quittungsvermerk - des Leistungserbringers über Art und Höhe der Zuzahlung im Original

vorzulegen.

- 1.2 Die **Kostenbelege** sind der DKV erst **nach Ablauf des Kalenderjahres**, in dem die erstattungsfähigen Aufwendungen entstanden sind, **einmalig gesammelt** einzureichen.

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 1.1 ergeben, werden zu 90 % ersetzt, höchstens jedoch 400 EUR je Kalenderjahr (siehe auch Nr. 1.3).**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie entstanden sind.

- 1.3 Werden vor Ablauf des Kalenderjahres oder mehrmals im Kalenderjahr Belege zur Kostenerstattung bei der DKV eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen **abweichend von Nr. 1.2 zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 350 EUR je Kalenderjahr.**

---

## 2. Sehhilfen

---

- 2.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

- 2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe bis zu 100 EUR ersetzt.**

Die Regelung in Nr. 2 ersetzt § 4 Abs. 3.3 AVB.

---

## 3. Ärztlich verordnete Arzneimittel

---

- 3.1 **Erstattungsfähig** sind, sofern kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht, Aufwendungen für:

- Ärztlich verordnete Arzneimittel.

- 3.2 Die **Kostenbelege** sind der DKV erst **nach Ablauf des Kalenderjahres**, in dem die erstattungsfähigen Aufwendungen entstanden sind, **einmalig gesammelt** einzureichen.

**Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 90 % ersetzt, höchstens jedoch 200 EUR je Kalenderjahr (siehe auch Nr. 3.3).**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem sie entstanden sind.  
Es ist die Urschrift der Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke vorzulegen.

- 3.3 Werden vor Ablauf des Kalenderjahres oder mehrmals im Kalenderjahr Belege zur Kostenerstattung bei der DKV eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen **abweichend von Nr. 3.2 zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 175 EUR je Kalenderjahr.**

## Leistungen des Versicherungsnehmers

---

### 4. Monatliche Beitragsraten

---

- 4.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

- 4.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.

## Sonstiges

---

### 5. Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende

---

- 5.1 Das Mindestaufnahmearter beträgt 18 Jahre.

- 5.2 Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AZS endet, wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist. Den Eintritt des Beendigungsgrundes teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit schriftlich mit.

---

**6. Fortführung der Versicherung**

---

Nach Eintritt des Beendigungsgrundes haben die versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten das Recht, ihre Versicherung in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

---

**7. Vorrang der Leistung der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung**

---

Die DKV ist zur Leistung nach Nr. 1 nur verpflichtet, wenn zuvor die GKV bzw. ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung Leistungen erbracht haben.

---

**8. Anpassung des Versicherungsschutzes**

---

Die DKV ist unter den Voraussetzungen des § 18 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.\*)  
(\*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

## Wichtige Informationen zum Ergänzungstarif AZS

(Stand Januar 2008)

Sie haben sich für eine Versicherung nach Tarif AZS entschieden und damit eine gute Wahl getroffen. Wir möchten Ihnen nun mit diesem Informationsblatt zu dem Bereich der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen noch einige Erläuterungen und Hinweise geben. Es ersetzt jedoch keinesfalls die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen 2008 des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Tarifbedingungen der DKV und Tarif).

### 1. Was ist versichert?

Aus Tarif AZS werden Ihnen u. a. Aufwendungen für gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen erstattet. Bereiche, in denen Ihnen bei Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Kranken- bzw. Rentenversicherung Selbstbeteiligungen verbleiben, sind nachfolgend kurz beschrieben.

- Je Kalendervierteljahr müssen Sie im ambulanten Bereich grundsätzlich für jede erste Inanspruchnahme eines **Arztes, Zahnarztes oder Psychotherapeuten** eine Zuzahlung in Höhe von 10 EUR leisten. (Siehe § 28 Abs. 4 i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V<sup>1</sup>, Anhang)
- Für jedes ärztlich verordnete **Arznei- und Verbandmittel** haben Sie als Zuzahlung 10 % des Abgabepreises zu leisten, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels. Außerdem übernimmt die Krankenkasse bei einem Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag festgesetzt ist, nur die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, abzüglich der von Ihnen zu leistenden Zuzahlung. Wählen Sie ein Medikament oder Verbandmittel, dessen Preis den Festbetrag übersteigt, müssen Sie die Mehrkosten sowie die Zuzahlung selbst tragen. (Siehe § 31 Abs. 2 und 3 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V, Anhang)
- Bei Inanspruchnahme von ärztlich verordneten **Heilmitteln** (z. B. Massagen, Krankengymnastik) besteht Ihre Selbstbeteiligung in 10 % der anfallenden Kosten sowie 10 EUR je Verordnung. (Siehe § 32 Abs. 2 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V, Anhang)
- Hat Ihnen Ihr Arzt ein **Hilfsmittel** verordnet? Dann beträgt Ihre Zuzahlung je Hilfsmittel 10 % des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR, allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels. (Siehe § 33 Abs. 8 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V, Anhang)
- Wenn bei Ihnen **häusliche Krankenpflege** erforderlich wird, besteht Ihre Selbstbeteiligung in 10 % der für die ersten 28 Kalendertage der Inanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten sowie 10 EUR je Verordnung. (Siehe § 37 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 3 SGB V, Anhang)
- Nehmen Sie ärztlich verordnete **Soziotherapie** bzw. **Haushaltshilfe** in Anspruch, müssen Sie für jeden Kalendertag der Inanspruchnahme 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR, allerdings nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten als Zuzahlung leisten. (Siehe §§ 37 a Abs. 3, 38 Abs. 5 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V, Anhang)
- Bei einem stationären Aufenthalt in einer **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung**, die in der Regel auf drei Wochen begrenzt ist bzw. bei **ambulanten Rehabilitationsleistungen** in einer Rehabilitationseinrichtung beträgt die Zuzahlung für die Dauer des Aufenthaltes je Kalendertag 10 EUR. (Siehe §§ 23 Abs. 6, 40 Abs. 5 SGB V und § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI<sup>2</sup> i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V, Anhang)
- Im Falle eines **vollstationären Krankenhausaufenthaltes** haben Sie für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres je Kalendertag 10 EUR an das Krankenhaus zu zahlen. Der gleiche Betrag ist zu entrichten, wenn – z. B. nach einem Herzinfarkt – im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhausaufenthalt eine **Anschlussrehabilitation** erforderlich ist: für längstens 28 Tage, wenn die Kosten für die Behandlung von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden, für längstens 14 Tage, wenn die Kosten für die Behandlung von der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen werden. (Siehe §§ 39 Abs. 4, 40 Abs. 6 SGB V und § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V, Anhang)
- Werden medizinische **Vorsorge- bzw. Rehabilitationsleistungen für Mütter oder Väter** in einer Einrichtung des Müttergenesungswerks bzw. einer gleichartigen Einrichtung erbracht, beträgt die Zuzahlung für die Dauer des Aufenthaltes je Kalendertag 10 EUR. (Siehe §§ 24 Abs. 3, 41 Abs. 3 i.V.m. § 61 Satz 2 SGB V, Anhang)
- Werden im Zusammenhang mit einer Leistung der gesetzlichen Krankenkasse **Fahrten** notwendig, müssen Sie 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5 EUR und höchstens 10 EUR, allerdings nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten als Zuzahlung leisten. (Siehe § 60 Abs. 2 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V, Anhang)

### 2. Was ist beim Antrag auf Versicherungsleistungen zu beachten?

Die DKV erbringt ihre Leistung gegen Vorlage der entsprechenden Kostenbelege. Dabei können nur Originale berücksichtigt werden. Bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Soziotherapie benötigen wir außerdem eine Kopie der Verordnung; in diesem Fall können Sie

<sup>1</sup> SGB V = Sozialgesetzbuch V

<sup>2</sup> SGB VI = Sozialgesetzbuch VI

sich Ihre Zuzahlung auch gleich auf der Kopie quittieren lassen oder aber Sie reichen die Kopie und den Originalzuzahlungsbeleg ein.  
Bitte achten Sie auch darauf, dass auf den Belegen immer der Name der behandelten Person vermerkt ist.

**3. Was geschieht, wenn Sie die Kostenbelege nicht einmalig gesammelt bzw. vor Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Kosten entstanden sind, einreichen?**

Ihre erstattungsfähigen Aufwendungen werden dann

nur zu 80 %, insgesamt höchstens 350 EUR je Kalenderjahr ersetzt.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min. \*)  
(\*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

**Bitte nehmen Sie dieses Informationsblatt zu Ihren Versicherungsunterlagen.**

## **Anhang**

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch V (SGB V)

### **§ 23 Medizinische Vorsorgeleistungen**

(6) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 4 in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

### **§ 24 Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter**

(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlung ist an die Krankenkasse weiterzuleiten.

### **§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung**

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 20 d, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.

### **§ 31 Arznei- und Verbandmittel**

(2) Für ein Arznei- oder Verbandmittel, für das ein Festbetrag nach § 35 oder § 35 a festgesetzt ist, trägt die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrages, für andere Arznei- oder Verbandmittel die vollen Kosten, jeweils abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Zuzahlung und der Abschläge nach den §§ 130, 130 a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler. Hat die Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, eine Vereinbarung nach § 130 a Abs. 8 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130 a Abs. 1, 3 a und 3 b. Diese Vereinbarung ist nur zulässig, wenn hierdurch die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. Die Krankenkasse übermittelt die erforderlichen Angaben einschließlich des Arzneimittel- und des Institutionskennzeichens der Krankenkasse an die Vertragspartner nach § 129 Abs. 2; das Nähere ist in den Verträgen nach § 129 Abs. 2 und 5 zu vereinbaren. Versicherte und Apotheken sind nicht verpflichtet, Mehrkosten an die Krankenkasse zurückzuzahlen, wenn die von der Krankenkasse abgeschlossene Vereinbarung den gesetzlichen Anforderungen nicht entspricht.

(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten an die abgebende Stelle zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordneten Arznei- und Verbandmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag, jedoch jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Satz 1 findet keine Anwendung bei Harn- und Blutteststreifen. Satz 1 gilt auch für Mittel und Medizinprodukte, die nach Absatz 1 Satz 2 und 3 in die Versorgung mit Arzneimitteln einbezogen worden sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können durch Beschluss nach § 213 Abs. 2 Arzneimittel, deren Apothekeneinkaufspreis einschließlich Mehrwertsteuer mindestens um 30 v. H. niedriger als der jeweils gültige

Festbetrag ist, der diesem Preis zugrunde liegt, von der Zuzahlung freistellen, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Für andere Arzneimittel, für die eine Vereinbarung nach § 130 a Abs. 8 besteht, kann die Krankenkasse die Zuzahlung um die Hälfte ermäßigen oder aufheben, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. Absatz 2 Satz 4 gilt entsprechend.

### **§ 32 Heilmittel**

(2) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Heilmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag an die abgebende Stelle zu leisten. Dies gilt auch, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als Bestandteil der ärztlichen Behandlung (§ 27 (Abs. 1) Satz 2 Nr. 1) oder bei ambulanter Behandlung in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen abgegeben werden. Die Zuzahlung für die in Satz 2 genannten Heilmittel, die als Bestandteil der ärztlichen Behandlung abgegeben werden, errechnet sich nach den Preisen, die für die Krankenkasse des Versicherten nach § 125 für den Bereich des Vertragsarztsitzes vereinbart sind. Bestehen insoweit unterschiedliche Preisvereinbarungen, hat die Krankenkasse einen durchschnittlichen Preis zu errechnen. Die Krankenkasse teilt die anzuwendenden Preise den Kassenärztlichen Vereinigungen mit, die die Vertragsärzte darüber unterrichten.

### **§ 33 Hilfsmittel**

(8) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. Der Vergütungsanspruch nach Absatz 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

### **§ 37 Häusliche Krankenpflege**

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 3 ergebenden Betrag, begrenzt auf die für die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr anfallenden Kosten an die Krankenkasse.

### **§ 37 a Soziotherapie**

(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

### **§ 38 Haushaltshilfe**

(5) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten als Zuzahlung je Kalendertag der Leistungsanspruchnahme den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag an die Krankenkasse.

### **§ 39 Krankenhausbehandlung**

(4) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus, das diesen Betrag an die Krankenkasse weiterleitet. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

#### **§ 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**

(5) Versicherte, die eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

(6) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 oder 2 in Anspruch nehmen, deren unmittelbarer Anschluss an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation), zahlen den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag für längstens 28 Tage je Kalenderjahr an die Einrichtung; als unmittelbar gilt der Anschluss auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete kalendertägliche Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI sowie die nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

#### **§ 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter**

(3) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine Leistung nach Absatz 1 in Anspruch nehmen, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten.

#### **§ 60 Fahrkosten**

(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages

1. bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus,
2. bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
3. bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport),
4. bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach § 115 a oder § 115 b, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung (§ 39) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit Fahrten nach Satz 1 von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein.

#### **§ 61 Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung zehn vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch VI (SGB VI)

#### **§ 32 Zuzahlung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und bei sonstigen Leistungen**

(1) Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen, zahlen für jeden Kalendertag dieser Leistungen den sich nach § 40 Abs. 5 SGB V ergebenden Betrag. Die Zuzahlung ist für längstens 14 Tage und in Höhe des sich nach § 40 Abs. 6 SGB V ergebenden Betrags zu leisten, wenn der unmittelbare Anschluss der stationären Heilbehandlung an eine Krankenhausbehandlung medizinisch notwendig ist (Anschlussrehabilitation); als unmittelbar gilt auch, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen beginnt, es sei denn, die Einhaltung dieser Frist ist aus zwingenden tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich. Hierbei ist eine innerhalb eines Kalenderjahres an einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung geleistete Zuzahlung anzurechnen.