



INFORMATIONSBLATT ZU DEN ZUZAHLUNGSREGELUNGEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich an den Kosten bestimmter Leistungen zu beteiligen. Der Eigenanteil soll bewirken, dass die Versicherten im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf eine kostenbewusste und verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Leistungen Wert legen.

Grundsätzlich zahlen Versicherte Zuzahlungen in Höhe von 10 Prozent, mindestens jedoch 5,- Euro und höchstens 10,- Euro. Es sind jedoch nie mehr als die Kosten des jeweiligen Mittels zu entrichten. Zudem haben Versicherte je Quartal bei jedem ersten Arztbesuch eine Zuzahlung in Höhe von 10,- Euro, die so genannte Praxisgebühr, zu entrichten.

Besondere Zuzahlungsregelungen bestehen für die Bereiche der stationären Behandlung (stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sowie Krankenhausbehandlung einschließlich Anschlussheilbehandlung) und der Heilmittel, bei häuslicher Krankenpflege sowie bei den Fahrkosten.

Belastungsgrenzen sorgen dafür, dass kranke und behinderte Menschen die medizinische Versorgung in vollem Umfang erhalten und durch die gesetzlichen Zuzahlungen nicht unzumutbar belastet werden.

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen Überblick über die Zuzahlungsregelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Befreiungsmöglichkeiten / Belastungsgrenze

Jeder Versicherte hat pro Kalenderjahr Zuzahlungen höchstens bis zu seiner individuellen Belastungsgrenze zu zahlen.

Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der zu berücksichtigenden Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familienbruttoeinkommen aus. Deshalb kommt es auch darauf an, wie viele Personen dem gemeinsamen Haushalt angehören und von dem Einkommen leben müssen - denn für jeden Familienangehörigen wird ein Freibetrag berücksichtigt.

Als Freibetrag wird für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen ein Betrag in Höhe von 15 Prozent der jährlichen Bezugsgröße angerechnet. Dies sind im Jahr 2010 4.599 Euro, für jeden weiteren Angehörigen beträgt der Freibetrag 10 Prozent der jährlichen Bezugsgröße; im Jahr 2010 sind dies 3.066 Euro (Anmerkung: Der Anwendungsbereich der 10-Prozent-Regelung für weitere Angehörige hat nur noch im Bereich der Krankenversicherung der Landwirte Bedeutung). Der Freibetrag für Kinder beträgt derzeit 7.008 Euro. Grundlage für diesen Freibetrag ist ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. Juni 2009 (AZ: B 1 KR 17/08). Dieses Urteil wird von den Krankenkassen bereits in der Praxis umgesetzt

Die Freibeträge werden vom Familienbruttoeinkommen abgezogen. So macht der zumutbare Zuzahlungsanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus.

Als Familieneinkommen sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten und seiner im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen anzusehen. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören alle Einnahmen, die zur Bestreitung des Lebensunterhalts bestimmt sind, und zwar ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung, soweit sie gegenwärtig zur Verfügung stehen (Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. Juli 1985 - 8 RK 36/84). Hierzu zählen grds. alle wiederkehrenden Bezüge und geldwerten Zuwendungen, wie z.B. Arbeitsentgelt, der Zahlbetrag der Renten und Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen sowie Einkünfte, die ein Unternehmer aus seinem Geschäftsbetrieb zur Bestreitung des Lebensunterhalts für sich und seine Familie erzielt oder entnimmt. Ferner fallen hierunter Einnahmen aus Kapitalvermögen, Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung, sowie Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, also Einnahmen, von denen Pflichtversicherte keine Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen haben.

Im Krankenversicherungsrecht gilt das sogenannte Bruttoprinzip. Daher wird regelmäßig das Bruttoeinkommen als Maßstab der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit herangezogen. Bei der Bemessung der Beiträge der Mitglieder ist die Höhe der Bruttoeinkünfte Grundlage für die Festlegung der Beitragshöhe. Für die Beurteilung, ob die Belastungsgrenze erreicht ist, wird daher nicht auf einen anderen Maßstab (Nettoeinkünfte) zurückgegriffen.

Der Versicherte und seine berücksichtigungsfähigen Ehegatten/Lebenspartner und Kinder haben die ihnen im laufenden Kalenderjahr entstehenden Zuzahlungen zu dokumentieren. Die Krankenkassen sind verpflichtet, denjenigen, die die Belastungsgrenze während eines Kalenderjahres erreicht haben, einen Befreiungsbescheid für den Rest dieses Jahres auszustellen.

Die Belastungsgrenze gilt für sämtliche Zuzahlungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, also z.B. auch für die Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung oder bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen.

Für die konkrete Berechnung der individuellen Belastungsgrenze sollten sich Versicherte bitte an ihre Krankenkasse wenden.

Besonderheiten bei chronisch kranken Menschen

Besondere Regelungen gelten für chronisch Kranke:

Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt grundsätzlich eine geringere Belastungsgrenze von nur 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Das Gesetz sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien das Nähere zur Definition einer chronischen Krankheit bestimmt.

Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt eine Krankheit als schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 vor.
- Es liegt ein Grad der Behinderung nach Schwerbehindertenrecht/Versorgungsrecht von mindestens 60 vor oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Unfallversicherungsrecht von mindestens 60 Prozent.

- Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

Die Feststellung, ob ein Versicherter an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung im Sinne der Richtlinien leidet, trifft die Krankenkasse. Versicherte, die mit ihren Zuzahlungen im laufenden Kalenderjahr diese Belastungsgrenze erreichen, können sich für die weitere Dauer des Jahres von ihrer Krankenkasse von sämtlichen Zuzahlungen befreien lassen. Die Befreiung gilt für die gesamte im gemeinsamen Haushalt lebende Familie.

Beispiel:

Ein chronisch kranker Versicherter mit jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt von z.B. 10.000,- Euro hat pro Kalenderjahr lediglich Zuzahlungen in Höhe von 100,- Euro zu leisten. Erreicht dieser Versicherte z.B. bereits im Juni mit seinen Zuzahlungen diese Belastungsgrenze, wird er von der Krankenkasse für den Rest des Jahres von Zuzahlungen befreit. Würde dieser Versicherte beispielsweise im Oktober für 2 Wochen in einem Krankenhaus stationär behandelt werden müssen, so müsste er für die Zeit der stationären Behandlung keine Zuzahlung mehr entrichten.

Zu beachten ist, dass nur noch diejenigen chronisch kranken Versicherten von der ermäßigten Belastungsgrenze profitieren, die sich therapiegerecht verhalten, und die sich - soweit sie in bestimmte Altersgruppen fallen - vor ihrer Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen haben beraten lassen. Diese so genannte Beratungslösung ist zunächst auf die Untersuchungen zur Früherkennung des Darmkrebses, des Gebärmutterhalskrebses und des Brustkrebses beschränkt.

Sinn dieser Regelung ist Folgender:

Die frühzeitige Erkennung einer Krankheit oder einer zu Grunde liegenden Risikokonstellation kann durch Maßnahmen der Primärprävention bzw. einen frühen Therapiebeginn und die damit verbundene Aussicht auf eine Vermeidung von Folgeerkrankungen oder -komplikationen zu einem insgesamt günstigeren Krankheitsverlauf führen.

Mit der Verknüpfung der Regelung zur verminderten Belastungsgrenze mit der Beratung über Vorsorgeuntersuchungen soll die Verantwortung der Versicherten gegenüber der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung betont werden. Es sollen nur die Versicherten finanziell entlastet werden, die sich vor ihrer Erkrankung regelmäßig über die für sie relevanten Vorsorgeuntersuchungen haben beraten lassen. Die Patienten bleiben jedoch frei in ihrer Entscheidung darüber, ob sie eine Vorsorgeuntersuchung tatsächlich in Anspruch nehmen wollen.

Von der Neuregelung sind jedoch nur solche Versicherten betroffen, die bei Inkrafttreten des Gesetzes erstmals Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen können, also Frauen ab dem 20. Lebensjahr und Männer ab dem 45. Lebensjahr. Die Neuregelung gilt also nicht für weibliche Versicherte, die vor dem 1. April 1987, und männliche Versicherte, die vor dem 1. April 1962 geboren worden sind.

Haben Versicherte die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen versäumt, nehmen aber nach Ausbruch der Erkrankung an einem strukturierten Behandlungsprogramm für chronische Erkrankungen teil, gilt gleichfalls die verminderte Belastungsgrenze. Die Mitwirkung an einem solchen Programm ist ebenfalls Ausdruck einer besonderen Eigenverantwortung.

Außerdem fallen chronisch Kranke nur noch unter die verminderte Belastungsgrenze, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten feststellt. Der Arzt verständigt sich mit dem Patienten über die einzuhaltende Therapie und bescheinigt dies durch die Ausstellung der Bestätigung über die Dauerbehandlung. Die Bescheinigung für die Krankenkasse darf nicht ausgestellt werden, wenn der Versicherte auf Nachfrage des Arztes erklärt, von der Verständigung zwischen Arzt und Patient abzuweichen. Bei Patienten, die in der Vergangenheit bereits den Nachweis über das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung erbracht haben, wird davon ausgegangen, dass sie sich therapiegerecht verhalten, solange keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Änderung des Verhaltens vorliegen. Von diesen Regelungen ausgenommen sind Kinder und Jugendliche, Pflegebedürftige der Stufen 2 und 3 und Personen mit einem Grad der Behinderung bzw. der Erwerbsminderung von über 60. Weitere Ausnahmen sind nicht vorgesehen, da bei der Verständigung über die einzuhaltende Therapie zwischen Arzt und Patienten den individuellen Bedürfnissen des Patienten, beispielsweise bei einer psychischen Erkrankung, Rechnung getragen werden kann.

Besonderheiten bei Sozialhilfeempfängern und anderen Personengruppen

Für Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) -Sozialhilfe- oder die ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erhalten, wurde eine im Vergleich zu den übrigen Versicherten günstigere Regelung getroffen. Bei diesen Personen wird für die Ermittlung der Belastungsgrenze als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die Bedarfsgemeinschaft lediglich der Regelsatz des Haushaltsvorstandes nach der Regelsatzverordnung berücksichtigt (§ 62 Abs. 2 SGB V).

Die Leistungsempfänger haben die jeweiligen Zuzahlungen aus dem Regelsatz selbst zu tragen. Eine Aufstockung des Regelsatzes erfolgt nicht. Der Regelsatz beträgt 359,- Euro monatlich bzw. 4.308,- Euro je Kalenderjahr. Auf dieser Grundlage haben die Leistungsempfänger für die Bedarfsgemeinschaft folgende Zuzahlungen je Kalenderjahr zu leisten:

Bei 1 Prozent Zuzahlung (Chroniker)	43,08 Euro
Bei 2 Prozent Zuzahlung („Normalfall“)	86,16 Euro

Diese Sonderregelung gilt auch für Personen, bei denen die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden, sowie für den in § 264 SGB V genannten Personenkreis (Sozialhilfeempfänger, bei denen die Gesundheitsversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen wird und Empfänger von laufenden Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes). D.h., dass als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur der Regelsatz des Haushaltsvorstands nach der Regelsatzverordnung maßgeblich ist.

Bei Versicherten, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhalten, ist als Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für die gesamte Bedarfsgemeinschaft nur die Regelleistung nach § 20 Abs. 2 SGB II maßgeblich.

Für alle anderen Versicherten wird der Schutz vor Überforderung durch die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt sichergestellt.

Für die in Heimen lebenden Sozialhilfeempfänger übernimmt der Träger der Sozialhilfe die Zuzahlungshöchstbeträge in Form eines ergänzenden Darlehens, sofern der Hilfeempfänger nicht widerspricht. Die Auszahlung des Darlehensbetrages erfolgt unmittelbar an die zuständige Krankenkasse. Diese erteilt über den Träger der Sozialhilfe jeweils zum 1. Januar oder bei Aufnahme in eine stationäre Einrichtung umgehend die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung. Die Rückzahlung des Darlehens erfolgt in kleinen monatlichen Teilbeträgen über das ganze Kalenderjahr. Der Vorteil dieser Verfahrensweise ist, dass der im Heim lebende Sozialhilfeempfänger nur ein einziges Schreiben erhält, in dem ihm vom Träger der Sozialhilfe die Darlehensregelung erläutert wird und gleichzeitig die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlungsverpflichtung übersandt wird. Eine - zeitweise - finanzielle Überforderung der Heimbewohner zu Jahresbeginn wird somit vermieden.

Besonderheiten bei der Zuzahlung

◆ **BEI STATIONÄRER BEHANDLUNG**

Stationäre Leistungen werden als Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen oder als Krankenhausbehandlung einschließlich der Anschlussheilbehandlung erbracht. Bei stationären Behandlungen beträgt die Zuzahlung 10,- Euro je Kalendertag der Inanspruchnahme einer solchen Leistung. Bei Krankenhausbehandlung und bei Anschlussheilbehandlung ist die Zuzahlung auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt.

◆ **BEI HEILMITTELN UND HÄUSLICHER KRANKENPFLEGE**

Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 Prozent der Kosten sowie zusätzlich 10,- Euro je Verordnung.

Die Verordnung von Heilmitteln kann dabei mehrere Anwendungen umfassen.

Bei häuslicher Krankenpflege ist die Zuzahlung auf die ersten 28 Tage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr begrenzt.

Beispiel:

Herr X ist Rentner mit jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt von 12.000 Euro (Rente monatlich 1.000 Euro). Er leidet an einer chronischen Krankheit.

- Vom 11. Januar bis zum 10. Februar 2007 wird er stationär behandelt. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zahlt er als Zuzahlung an das Krankenhaus für jeden Tag der Behandlung 10 Euro begrenzt auf 28 Tage im Jahr (§ 39 Absatz 4 SGB V) - also insgesamt 28 Tage x 10 Euro = 280 Euro.
- Nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus erhält Herr X eine Verordnung für häusliche Krankenpflege vom 11. Februar bis zum 28. Februar 2007, weil hierdurch die stationäre Behandlung verkürzt wird. Die Zuzahlung für häusliche Krankenpflege beträgt für jeden Tag begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr 10 Prozent der entstandenen Kosten und zuzüglich 10 Euro je Verordnung. Bei Herrn X fallen tägliche Kosten für häusliche Krankenpflege von 50 Euro an. Die Zuzahlung würde daher täglich 10 Prozent von 50 Euro, also 5 Euro betragen und zusätzlich einmalig 10 Euro für die Verordnung. Es wären also für 18 Tage (11.02. - 28.02.) je 5 Euro = 90 Euro zzgl. 10 Euro für die Verordnung - also insgesamt 100 Euro zu entrichten
- Herr X hat allerdings nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus einen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen nach § 62 SGB V bei seiner Krankenkasse gestellt. Die Krankenkasse hat festgestellt, dass Herr X bereits Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt geleistet hat. Die Belastungsgrenze beträgt im Fall des Herrn X 120 Euro.

Da er bereits bei der Entlassung aus dem Krankenhaus die Zuzahlung von 280 Euro entrichtet hat, erteilt die Krankenkasse einen Befreiungsausweis für den Rest des Kalenderjahres und erstattet Herrn X die bereits zuviel gezahlten Zuzahlungen von 160 Euro.

Auf Grund der Befreiung hat Herr X zudem für die häusliche Krankenpflege keine Zuzahlung zu entrichten

◆ **BEI ZUM VERBRAUCH BESTIMMTEN HILFSMITTELN**

Abweichend von der allgemeinen Zuzahlungsregelung gilt bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln eine besondere Regelung, die für die Versicherten, die auf diese notwendigen Hilfsmittel angewiesen sind, eine finanzielle Entlastung gegenüber den übrigen Zuzahlungsregelungen bedeutet. Bei diesen Mitteln beträgt die Zuzahlung 10 Prozent des

insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrages, höchstens jedoch 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.

◆ BEI FAHRKOSTEN

Fahrkosten werden nur übernommen, wenn eine solche Leistung aus medizinischer Sicht *zwingend* notwendig ist. So bedürfen Fahrten zur ambulanten Behandlung einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse und können nur in ganz besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat diese Ausnahmefälle in Richtlinien festgelegt.

Auch bei Fahrkosten gilt die allgemeine Zuzahlungsregelung. Die Versicherten haben daher für jede Leistung 10 Prozent der Kosten, mindestens aber 5,- Euro und maximal 10,- Euro und nicht mehr als die tatsächlichen Fahrkosten zu tragen.

Die Zuzahlungen bei Fahrkosten sind von allen Versicherten zu erbringen, also auch von Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Praxisgebühr

Auch die sogenannte Praxisgebühr wird bei der Ermittlung der Belastungsgrenze berücksichtigt.

Die Praxisgebühr ist in Höhe von 10 Euro von den Versicherten pro Quartal für jede Erstinanspruchnahme eines ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, zu zahlen.

Durch die Berücksichtigung bei den Befreiungsregelungen wird sichergestellt, dass Versicherte nicht mehr als 2 Prozent (chronisch kranke Versicherte nicht mehr als 1 Prozent) ihres Bruttoeinkommens an Zuzahlungen (inklusive Praxisgebühr) aufbringen müssen.

Die Praxisgebühr ist nicht zu zahlen, bei

- Behandlungen, die auf Überweisung aus demselben Quartal erfolgen,
- Vorlage eines mit Gültigkeitszeitraum versehenen Befreiungsausweises der Krankenkasse, wenn dieser vor der Behandlung vorgelegt wird
- der Behandlung von Kindern und Jugendlichen,

- Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
- der Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt in Zusammenhang mit der Bonusregelung bei Zahnersatz,
- Schutzimpfungen,
- Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge,
- quartalsübergreifenden Durchführungen von Probeuntersuchungen oder Befundungen von Untersuchungsergebnissen.

Die Praxisgebühr ist als ein Finanzierungs- und Steuerungselement in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verstehen. Die Ausnahmen sind daher auf die beschriebenen Fälle beschränkt. Die Versicherten zahlen die Praxisgebühr direkt in der Arztpraxis. Der Vergütungsanspruch des Arztes gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung verringert sich um die einzubehaltende Praxisgebühr.

Übersicht über die Zuzahlungen in der GKV:

Leistung	Zuzahlung seit dem 1. Januar 2004
Arzneimittel	10 Prozent des Apothekenabgabepreises mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro*
Verbandmittel	wie oben*
Fahrtkosten	10 Prozent der Fahrtkosten mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro je Fahrt*
Heilmittel	10 Prozent des Abgabepreises zzgl. 10,- Euro je Verordnung*
Hilfsmittel	10 Prozent der Kosten des Hilfsmittels mindestens 5,- Euro und maximal 10,- Euro *
zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	10 Prozent der Kosten und maximal 10,- Euro pro Monat
Krankenhausbehandlung	10,- Euro pro Kalendertag für höchstens 28 Tage
Ambulante Rehabilitations-Maßnahmen	10,- Euro pro Kalendertag
Stationäre Vorsorge- und Reha- bilitationsmaßnahmen	10,- Euro pro Kalendertag
Anschlussrehabilitation	10,- Euro pro Kalendertag für höchstens 28 Tage
Vorsorge- und Rehabilitations- Maßnahmen für Mütter und Väter	10,- Euro pro Kalendertag
Praxisgebühr	10,- Euro je Quartal ¹

*jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels

¹ vgl. die Ausführungen im Text zu den Besonderheiten