



Bundesselbsthilfeverband  
für Osteoporose e.V. (BfO)  
hier: Landesverband NRW  
(LfO) - informiert



Guten Tag liebe Leserin / guten Tag lieber Leser,  
herzlich willkommen zur Info-Blatt – Ausgabe-Nr.

**21**

die wir Ihnen hier und heute vorstellen mit den Themen:

- TOP 1: Finde die beste REHA-Klinik nach Deiner Wahl**
- TOP 2: Zweitmeinung aus medizinischer Sicht**
- TOP 3: Info-Bericht Aus- und Weiterbildung im LfO  
hier: aus Königswinter (29. und 30.06.2024)**

Der Landesverband für Osteoporose NRW (LfO) und der Autor und Textverfasser  
des Info-Blattes wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen dieser „Infos“ – und:

- **haben Sie Wünsche und / oder Anregungen**
  - **haben Sie neue Informationen aus / über / in Ihrer SHG**
  - **haben Sie „Sonstiges“, was uns alle interessieren könnte**
- dann nehmen Sie Kontakt mit uns auf unter – **und nur hier bitte:**

 [info@osteoporose-nrw.de](mailto:info@osteoporose-nrw.de)

**D A N K E**



# **Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO) hier: Landesverband NRW (LfO) informiert**



**Infoblatt: Ausgabe 21**

## **FINDE DIE BESTE REHAKLINIK NACH DEINER WAHL**

### **- hier z.B. bei Osteoporose**



Finde die beste Rehaklinik, denn die Versicherten haben das Recht, selbst darüber zu entscheiden. Versicherte haben ein Wunsch- und Wahlrecht, wenn es um die Entscheidung geht, in welcher Klinik sie eine Reha durchführen möchten. Dabei spielt es eine Rolle, ob eine stationäre oder ambulante Reha in Betracht kommt. Doch wo kann man sich über die Kliniken informieren, dass dieses Recht auch wahrgenommen wird?

Auf der neuen Website „**meine-rehabilitation.de**“ der Deutschen Rentenversicherung können sie alles Wissenswerte zu einer Reha - Einrichtung erfahren – sie ist ein Wegweiser zu einer qualitäts- gesicherten Reha. Wer dort das gewünschte Fachgebiet eingibt – beispielsweise Orthopädie oder Onkologie – erhält eine nach Qualität geordnete Liste – die am besten bewerteten Kliniken zuerst. Im Detail lässt sich nachlesen, wie zufrieden die Rehabilitanden mit ihrer Reha waren, wie sie ihren Behandlungserfolg bewerten oder wie hoch die Einhaltung der Therapiestandards sind.

Man kann erfahren, welche Sprachen in der Einrichtung gesprochen werden, ob die Reha – Ein-richtung barrierefrei ist oder ein Kind mitgenommen und vor Ort betreut werden kann. Sogar die geschätzte Wartezeit für einen Platz in der Wunschliste wird angegeben.

Die Bewertungen auf der Website basieren unter anderem auf den Auswertungsbögen, die eine repräsentative Stichprobe an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach dem Reha – Aufenthalt ausfüllen.

**Weitere Informationen unter:** [meine-rehabilitation.de](http://meine-rehabilitation.de)

**Informationen zum Wunsch- oder Wahlrecht unter:** [t1p.de/drv\\_wunsch-und-wahlrecht](http://t1p.de/drv_wunsch-und-wahlrecht)

## **Keine Qual der Wahl – einige sehr wichtige Infos dazu**

Wenn Sie eine Rehabilitation beantragen, haben Sie das Recht, Ihre Wunscheinrichtung selbst auszusuchen und diese im Antrag mitzuteilen. Der Kostenträger Ihrer Reha – beispielsweise Ihr Rentenversicherungsträger – muss Ihren berechtigten Wünschen nachkommen. Das gilt für die stationäre, die ganztägig ambulante, wie auch für die ambulante Reha. Ihr Mitspracherecht umfasst darüber hinaus noch andere Aspekte Ihrer Reha. So muss auch Ihren berechtigten Wünschen zum Zeitraum sowie zur Durchführung der Reha (stationär, ganztägig ambulant oder ambulant) entsprochen werden. Dabei wird auch Rücksicht auf Ihre persönliche Lebenssituation, Ihr Alter, Ihr Geschlecht, Ihre Familie sowie auf Ihre religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse genommen.



Wenn Sie als Mutter oder Vater mit Behinderungen besondere Bedürfnisse bei der Erfüllung Ihres Erziehungsauftrags haben, wird dem ebenfalls Rechnung getragen.

### **Warum sollte ich mein Wunsch- und Wahlrecht ausüben?**

Ihre individuellen Bedürfnisse sind wichtig für den Erfolg Ihrer Reha. Deshalb rät die Deutsche Rentenversicherung ihren Versicherten, im Reha - Antrag ihr Wunsch- und Wahlrecht zu nutzen.

### **Was soll ich bei der Wahl meiner Reha-Einrichtung besonders berücksichtigen?**

Vorrangig sollten Sie bei Ihrer Wahl medizinische Gründe berücksichtigen. Hierzu zählen zum Beispiel:

- die Behandlungsschwerpunkte und Therapiemöglichkeiten Ihrer Reha-Einrichtung sind auf Ihr Krankheitsbild ausgerichtet und spezialisiert.
- die Rehaklinik deckt auch Nebendiagnosen mit ab, die Ihr Krankheitsbild betreffen
- die Umgebung am Standort der Einrichtung ist für Ihren Behandlungserfolg vorteilhaft (Lage am Meer, Luftkurort).

Doch auch persönliche Gründe können bei der Wahl Ihrer Einrichtung eine Rolle spielen, wie zum Beispiel:

- sie möchten räumlichen und damit auch psychischen Abstand von Ihrer gewohnten Umgebung gewinnen
- sie möchten eine Begleitperson mitnehmen und in der gewünschten Rehaklinik ist dies möglich
- die Reha-Einrichtung bietet eine Umgebung, die Ihrem Alter, Ihrer Religion, Kultur oder Familiensituation entspricht.

### **Wie übe ich mein Wunsch- und Wahlrecht aus?**

Sie können Ihr Wunsch- und Wahlrecht bereits ausüben, wenn Sie Ihren Antrag stellen. Das gilt unabhängig davon, ob Sie ihn online als eAntrag stellen oder ob Sie ein Formular verwenden. Möchten Sie ein Formular verwenden, dann können Sie es online als PDF herunterladen, bestellen oder bei den Auskunfts- und Beratungsstellen der Deutschen Rentenversicherung bekommen. Das Formular für den Reha-Antrag trägt die Bezeichnung G0100.



# **Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO) hier: Landesverband NRW (LfO) informiert**



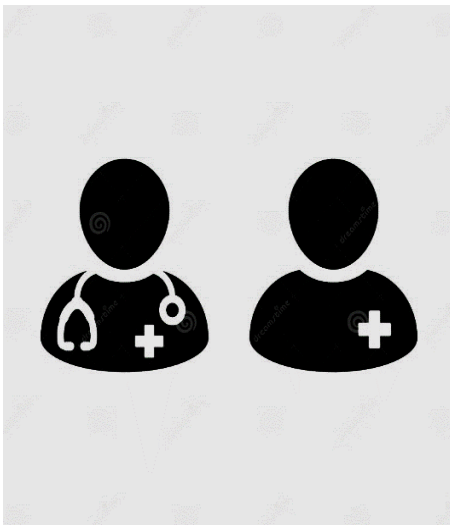
**Infoblatt: Ausgabe 21**

## **Zweitmeinung aus medizinischer Sicht**

**Sozialgesetzbuch (SGB V) - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung**

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 18.3.2022 | 473

### **§ 27b SGB V Zweitmeinung**



(1) Versicherte, bei denen die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist, haben Anspruch darauf, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung bei einem Arzt oder einer Einrichtung nach Absatz 3 einzuholen. Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13, für welche planbaren Eingriffe nach Absatz 1 Satz 1 der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht; ab dem 1. Januar 2022 soll der Gemeinsame Bundesausschuss jährlich mindestens zwei weitere Eingriffe bestimmen, für die Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Er legt indikationsspezifische Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung zum empfohlenen Eingriff und an die Erbringer einer Zweitmeinung fest, um eine besondere Expertise zur Zweitmeinungserbringung zu sichern.

#### Kriterien für die besondere Expertise sind:

1. eine langjährige fachärztliche Tätigkeit in einem Fachgebiet, das für die Indikation zum Eingriff maßgeblich ist,
2. Kenntnisse über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung zur jeweiligen Diagnostik und Therapie einschließlich Kenntnissen über Therapiealternativen zum empfohlenen Eingriff.

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann Anforderungen mit zusätzlichen Kriterien festlegen.

Zusätzliche Kriterien sind insbesondere:

1. Erfahrungen mit der Durchführung des jeweiligen Eingriffs,
2. regelmäßige gutachterliche Tätigkeit in einem für die Indikation maßgeblichen Fachgebiet oder
3. besondere Zusatzqualifikationen, die für die Beurteilung einer gegebenenfalls interdisziplinär abzustimmenden Indikationsstellung von Bedeutung sind.

Der gemeins. Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen nach Satz 2 die Möglichkeiten einer telemedizinischen Erbringung der Zweitmeinung.

(3) Zur Erbringung einer Zweitmeinung sind berechtigt:

- zugelassene Ärzte,
- zugelassene medizinische Versorgungszentren,
- ermächtigte Ärzte und Einrichtungen,
- zugelassene Krankenhäuser sowie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, die nur zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landeskrankenhausgesellschaften informieren inhaltlich abgestimmt über Leistungserbringer, die unter Berücksichtigung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Absatz 2 Satz 2 festgelegten Anforderungen zur Erbringung einer unabhängigen Zweitmeinung geeignet und bereit sind.

(5) Der Arzt, der die Indikation für einen Eingriff nach Absatz 1 Satz 1 in Verbindung mit Absatz 2 Satz 1 stellt, muss den Versicherten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und ihn auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer nach Absatz 4 hinweisen. Die Aufklärung muss mündlich erfolgen; ergänzend kann auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Versicherte in Textform erhält. Der Arzt hat dafür Sorge zu tragen, dass die Aufklärung in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff erfolgt. In jedem Fall hat die Aufklärung so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Versicherte seine Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann. Der Arzt hat den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung von Abschriften der Befundunterlagen aus der Patientenakte gemäß § 630g Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs, die für die Einholung der Zweitmeinung erforderlich sind, hinzuweisen. Die Kosten, die dem Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

(6) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzliche Leistungen zur Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung vorsehen. Sofern diese zusätzlichen Leistungen die vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmten Eingriffe nach Absatz 2 Satz 1 betreffen, müssen sie die Anforderungen nach Absatz 2 Satz 2 erfüllen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse ein Zweitmeinungsverfahren im Rahmen von Verträgen der besonderen Versorgung nach § 140a anbietet.





**Bundesselbsthilfeverband  
für Osteoporose e.V. (BfO)  
hier: Landesverband NRW (LfO)  
informiert**



**Infoblatt: Ausgabe 21.3**

**Bericht der Aus- und Weiterbildung**

**hier: Gruppenleiter/innen und angehende Gruppenleiter/innen  
hier: Kassierer/innen und angehende Kassierer/innen  
von Osteoporose Selbsthilfegruppen (SHGs) aus dem LfO - NRW**

Diese Aus- und Weiterbildung fand statt in:



**Königswinter – MARITIM-Hotel**

29.06.2024 – 11:00 Uhr  
u n d  
30.06.2024 ca. 14:00 Uhr

Begrüßung am 29.06.2024 - 11:00 Uhr - durch den Landesvorsitzenden des LfO-NRW - Herrn Dieter Debus.

Frau Kirscht und Frau Sachhoff wurden als neue Gruppenleiterinnen der SHG Minden besonders begrüßt – danach teilten sich die Anwesenden in 2 Gruppen in getrennte Räume:

- Gruppenleiter/innen: Erfahrungsaustausch und aktuelles aus dem Verband
- Kassierer/innen: Erklärung der Jahresabrechnung mit dem PC

**Anwesend anlässlich dieser Maßnahme waren:**

- insgesamt 41 Teilnehmer/innen aus NRW

**davon bei der Gruppenleiter/innen-Schulung anwesend: - 25 Personen**

**und bei der Kassiererinnen-Schulung anwesend: - 16 Personen**

Die wichtigsten Themen:

**1) wie ist der LfO-Tool - der zugesandte Stick bei den Gruppen angekommen?**

- klare Antwort von allen Seiten: sehr gut – es hat uns geholfen und informiert
- es ergaben sich aus diesem Bereich keine Rückfragen
- die Zufriedenheit war groß

## 2) neue Abrechnungsformulare zur Abrechnung mit den Krankenkassen

- hier gab es großes Unwissen, große Verunsicherung, ja zum Teil auch Unverständnis: warum und wie und ab wann sind diese Belege erforderlich?
- ebenso war für einige der anwesenden Personen unklar und wurde hinterfragt:
  - a): von wo bekomme ich diese neuen Abrechnungsformulare?
  - b): was ist dabei zu beachten?
  - c): wozu ist die Seite 3 erforderlich und was muss da eingetragen werden?

Dazu die nachstehenden / ergänzenden Erklärungen:

**zu Punkt 2):** eine kleine, aber zutreffende Erklärung / Zusammenfassung:

- generell: die neuen Abrechnungsformulare sind ab dem 01.07.2024 zwingend erforderlich und müssen so erstellt werden – dazu ergänzend:

**zu a):** die neuen Formulare sind unter:

- [www.osteoporose-nrw.de](http://www.osteoporose-nrw.de) // dann: „Service / intern“ anwählen // dann: „aktuelles LV-NRW“ // dann: „Funktionstraining Teilnahmebestätigung (Stand: 04/2024)“

Empfehlung: runterladen der „Teilnahmebestätigung.docx“ – dieses ist eine WinWord-Datei und enthält das Ergänzungsblatt = Seite 3

- folgen Sie bitte dann - zu Ihrer Sicherheit - genau den Programmanweisungen

**zu b):** zu beachten ist, dass alle erforderlichen / notwendigen Daten und Fakten eingetragen worden sind – ansonsten gibt es bei der Überprüfung „Ärger“

**zu c):** die Seite 3 ist generell erforderlich, egal ob ½-jährliche oder ganzjährige Abrechnung des Funktionstrainings

**3.) die neuen Krankenkassen-Verrechnungssätze 01.01. bis 31.12.2024 sind:**

- Primärkassen TG = 5,10 € WG = 7,20 €
- Ersatzkassen TG = 5,39 € WG = 7,31 €
- die Postbeamtenkassen zahlt für WG und TG 12,00 €

## 4.) BfO - Preiserhöhungen / - veränderungen

- ab dem 01.01.2025 verändern sich die BfO-Mitgliedsbeiträge pro Jahr auf:
  - Einzelpersonen von derzeit 30,00 € auf 36,00 €
  - Ehepaare: von derzeit 44,00 € auf 52,00 €
- das ist die 1-te „Preisveränderung“ innerhalb der vergangenen 15 Jahre.

## 5.) DMP-Programm

*Das Disease-Management-Programm (DMP) ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Menschen mit chronischen Erkrankungen*

- daran interessierte Ärzte müssen entsprechende Schulungen nachweisen, um in das Programm aufgenommen zu werden

## 6.) Pauschalförderung durch die Krankenkassen (gem. § 20 h SGB V)

- es gibt immer noch SHGs, die diese Möglichkeit(en) nicht nutzen

*Hinweis dazu: wenn Ihre Selbsthilfegruppe im Kalenderjahr nicht mehr als 600 € benötigt, müssen Sie nur die ersten vier Seiten dieses Antrages ausfüllen – Antragsfrist: 31.03.*

- **FRAGE(N)** dazu:
- warum ist das so, benötigen Sie kein Geld - wie kann Ihnen geholfen werden?
- nehmen Sie doch bitte mit dem Landesverband Kontakt auf, lassen Sie sich helfen, verzichten sie doch bitte nicht auf Dinge, die Ihnen zustehen und sicherlich Ihrer Selbsthilfegruppe helfen.

## 6.) Versicherungen durch / mit dem BfO

- hier: die Haftpflichtversicherung des BfO
- hier: die Rechtsschutzversicherung des BfO

Zu beiden Punkten gab es anl. der Aus- und Weiterbildung in Königswinter ausgiebige Darlegungen und daraus resultierende Gespräche, verbunden mit allerlei Beispielen / Erklärungen und Darlegungen / Anmerkungen.

### **Dabei ist bitte zu beachten:**

- beide Versicherungen können nur in Anspruch genommen werden bei einem „Vorfall“ in Verbindung mit einer / Ihrer Mitgliedschaft im BfO.

**Hinweis:** die o.a. Versicherungen sind Bestandteil des LfO-Tools unter:

W2 = Info.-Material für Jedermann und -frau

- dann wählen Sie: Abrechnungen
- dann Punkt 9 = Schadensanzeige Haftpflichtversicherung
- oder Punkt 10 = Schadensanzeige Unfallversicherung

7.) **Fragestellung:** muss bei der **WG** unbedingt ein **Bademeister** dabei sein?

**Antwort:** wenn der Übungsleiter den „Rettungsschwimmerschein“ hat = **NEIN**

.....

**E N D E**