

Wissenswertes für Patienten

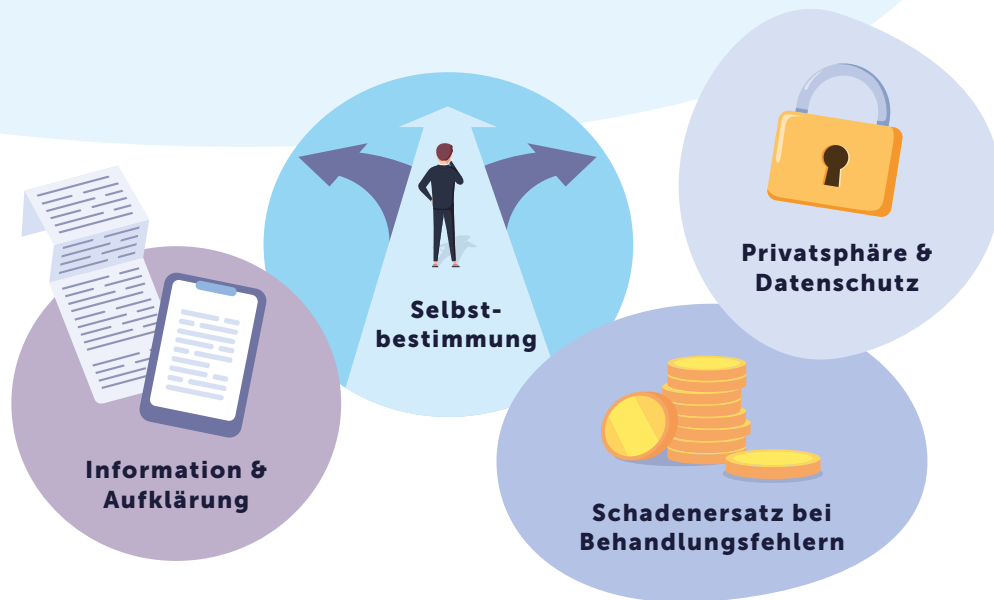
von Diagnosestellung
bis Nachsorge



Liebe Leserin, lieber Leser,

ob gesundheitliche Beschwerden oder Vorsorgemaßnahmen - der erste Weg führt in der Regel in die Arztpraxis. Doch was passiert, wenn es bei diesem einen Besuch nicht bleiben soll? Kommt es beim Arztbesuch zu einer Diagnose, die weitere medizinische Maßnahmen erfordert, sehen sich Patienten oft mit der Situation überfordert.

Mit diesem Ratgeber halten Sie einen praxisorientierten und alltagsrelevanten Begleiter in der Hand, der Ihnen mit wichtigen Informationen und Tipps im Falle der Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung zur Seite steht.



Praxisbezogen informieren wir Sie über Unterstützungsmöglichkeiten und Ihre Rechte als Patient. Das Wissen über Ihre Rechte hilft Ihnen, sich selbst im Behandlungsprozess einzubringen. Je stärker Sie eingebunden sind, desto besser ist das häufig für den Therapieerfolg.

Ihre Rechte als Patient sind in Deutschland gesetzlich im Sozialgesetzbuch 5. Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - sowie durch das Patientenrechtegesetz geregelt. Es soll die Rechte der Patienten stärken und ihnen helfen, den Umgang mit Fehlern bei Diagnose und Behandlung zu verbessern.

Dieser Ratgeber wird Ihnen in einer schwierigen gesundheitlichen Situation Unterstützung geben und Sie auf Ihrem Weg von Diagnosestellung über die Behandlung und Therapie bis hin zu Nachsorge begleiten.

Der Herausgeber



Wir schätzen Diversität sehr und verwenden daher eine gendersensible Sprache. Nur in Einzelfällen ist uns das aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

Diagnose & Therapieentscheidung	6
Arztsuche und Terminvermittlung	7
Ihr Recht auf Information & Aufklärung	8
Ihr Recht auf Selbstbestimmung	10
Ihr Recht auf Information über Behandlungsfehler	11
Worüber muss der Arzt bei der Verschreibung eines Medikaments aufklären?	12
Wie können Sie sich für eine Therapie oder eine Operation entscheiden?	13
Ärztliche Zweitmeinung einholen	15
Diagnose „chronisch krank“ - was bedeutet das?	18
Recht auf Einsicht in die Patientenakte	19

Therapie	20
Behandlung & Pflege	20
Ihr Recht auf optimale/zweckmäßige Therapie	21
Welche Therapiekosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen?	24
Was kommt nach dem Krankenhausaufenthalt?	27

Versorgung mit Medikamenten	29
Welche Leistungen erhalte ich auf Rezept?	29
Welche Arzneimittelkosten werden übernommen?	31
Wozu benötigt man einen Medikationsplan?	33
Was sind die Vorteile der Telemedizin?	37
Welchen Anspruch auf Heil- und Hilfsmittel habe ich?	38
Apps auf Rezept	40

Krankengeld	42
Leistungen häuslicher Krankenpflege	44

Prävention	47
Vorsorgekur zur Prävention	48
Wann habe ich Anspruch auf einen Kuraufenthalt?	48

Nachsorge	50
Medizinische Rehabilitation	51
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	54
Berufliche Rehabilitation	55
Berufsunfähigkeit und Erwerbsminderung	57
Schwerbehinderung durch Erkrankung oder Unfall	62

Anlaufstellen und weitere Informationsmöglichkeiten	68
Stichwortverzeichnis	70

Inhalt



Diagnose & Therapieentscheidung

Begeben Sie sich aufgrund einer Erkrankung in eine Arztpraxis, wird der Arzt oder die Ärztin versuchen, anhand

eines ärztlichen Behandlungsgesprächs,

einer körperlichen Untersuchung,

spezieller Tests, bildgebender Verfahren (z. B. Röntgen, Ultraschall, MRT, CT)

oder Laboruntersuchungen

eine Diagnose zu stellen. Die korrekte und umfassende Diagnose ist der erste wichtige Schritt für eine richtige Behandlung.

DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE - ZUGANG FÜR ÄRZTLICHE LEISTUNGEN

„Ihre Chipkarte, bitte!“ Werden Sie am Empfang in der Arztpraxis danach gefragt, ist die elektronische Gesundheitskarte (eGK) gemeint. Die eGK gilt als **Nachweis Ihrer Krankenversicherung** beim Arzt- oder Zahnarztbesuch. Die eGK enthält Angaben zur Person, wie Name und Geburtsdatum, sowie ein Lichtbild, um Verwechslungen zu vermeiden. Auf Wunsch können auf der eGK auch **medizinische Notfalldaten** (z. B. Arzneimittelunverträglichkeiten, bestehende Allergien, Vorerkrankungen, Medikationsplan) sowie die Kontaktdaten einer im Notfall zu benachrichtigenden Person gespeichert werden. So sind im Ernstfall diese Angaben schnell verfügbar und können von Ärzten und Notfallsanitätern ausgelesen werden. Auch die **Bereitschaft zur Organspende** des Versicherten kann auf der eGK dokumentiert werden.

Merke:

Grundsätzlich benötigt jeder gesetzlich Versicherte eine eGK als Versicherungsnachweis bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, allerdings hat jeder Versicherte auch die Wahl,

- welche medizinischen Daten auf der eGK gespeichert werden und
- ob er die medizinischen Anwendungen der eGK nutzen möchte,
- wer welche Zugriffsrechte auf diese Daten hat; d. h., es darf auch das Zugriffsrecht für ausgewählte Ärzte eingeschränkt werden.

Die Rückseite der eGK gilt als „**Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK)**“.

ARZTSUCHE UND TERMINVERMITTLUNG

Kann ich selbst entscheiden, welchen Arzt ich konsultiere?

Krankenversicherte haben in Deutschland freie Arztwahl. In manchen Fällen kann ein Facharzt allerdings nur mit Überweisung durch den behandelnden Arzt aufgesucht werden.

Auf der Suche nach einer geeigneten Arztpraxis hilft der Patientenservice unter der bundeseinheitlichen Telefonnummer **116117**. Die schnelle Vereinbarung eines Termins ist auch online möglich unter **www.116117.de**



IHR RECHT AUF INFORMATION & AUFKLÄRUNG

Gut beraten im Arztgespräch

Als Patient haben Sie Anspruch auf ein persönliches Gespräch mit dem behandelnden Arzt, in dem er Sie umfassend und verständlich über die Diagnose und Behandlungsoptionen aufklärt - auch wenn es sich zunächst nur um eine Verdachtsdiagnose handelt. In dem Gespräch sind erforderliche Untersuchungen und die vorgeschlagene Therapie zu erläutern, bis hin zur voraussichtlichen gesundheitlichen Entwicklung.

Ihr Arzt ist ebenso verpflichtet, Sie über Risiken und Chancen der beabsichtigten Behandlung, aber auch über Alternativen aufzuklären. Sind Konsultationen anderer Fachärzte oder spezielle Untersuchungen notwendig, muss Ihnen der behandelnde Arzt eine Überweisung ausstellen.

KOSTENÜBERNAHME

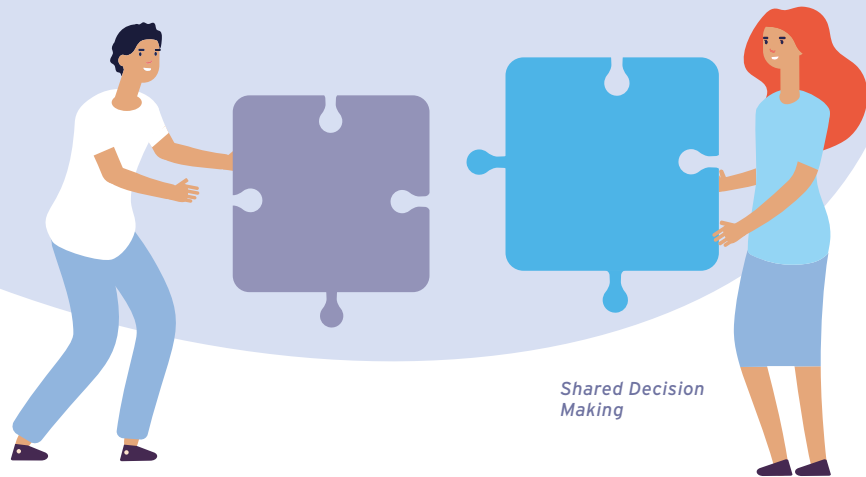
Grundsätzlich werden die Kosten durch die Krankenversicherung getragen. Ist jedoch absehbar, dass die Kosten der Behandlung von der Krankenkasse nicht übernommen werden, muss Ihnen dies vorher von Ihrem Arzt (z. B. bei IGeL-Leistungen) bzw. von Ihrer Krankenkasse mitgeteilt werden.

info



Checkliste Diagnose

- Handelt es sich um eine gesicherte Diagnose?
- Bei Verdachtsdiagnose:* Wie geht es weiter? Welche Untersuchungen oder Tests sind noch durchzuführen?
- Stehen mir alle Testergebnisse zur Verfügung? (z. B. Laborwerte, CT, MRT, Röntgenbilder, EEG, EKG, ENG, histologischer oder zytologischer Befund)
- Habe ich die Diagnose verstanden? Was bedeutet sie künftig für meinen Alltag?
- Gibt es eine Sprachbarriere? Wäre es eventuell besser, das Aufklärungsgespräch mit einem Dolmetscher:in zu führen?



IHR RECHT AUF SELBSTBESTIMMUNG

„Shared Decision Making“ - Auf Augenhöhe mit dem Arzt kommunizieren

Das Verhältnis zwischen einem Arzt und seinem Patienten ist ein ungemein wichtiger Faktor. Als Patient haben Sie das Recht auf Selbstbestimmung. Der Arzt entscheidet nicht allein über die beste Therapie. Auf der Grundlage des Konzepts „**Shared Decision Making**“ (zu Deutsch: partizipative Entscheidungsfindung) fällt der Arzt jegliche Entscheidungen mit dem Patienten gemeinsam. Das bedeutet, dass jeder Eingriff und jede Behandlung nur mit Ihrer Einwilligung durchgeführt werden dürfen.

In diesem Video erfahren Sie, weshalb gemeinsam getroffene Entscheidungen wichtig für Ihre Gesundheit sind.



Wie sprechen Patienten mit Ärzten auf Augenhöhe?
Ein Erklärvideo der Stiftung Gesundheitswissen.
www.youtube.com/watch?v=8KxHRwzhX80

info

IHR RECHT AUF INFORMATION ÜBER BEHANDLUNGSFEHLER

Fehler können in den unterschiedlichsten Bereichen des medizinischen Alltags geschehen - im Patientengespräch oder bei der Befunderhebung genauso wie bei einer Operation oder der Dosierung von Medikamenten. Die Frage des Patienten, ob ein Behandlungsfehler passiert sei, muss der Arzt wahrheitsgemäß beantworten.

Vermuten Sie einen Behandlungsfehler, sollten Sie zunächst **ein offenes Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt** führen. Diese oder dieser ist verpflichtet, Sie umfassend zu informieren. Sprechen Sie Ihren Verdacht direkt an. Häufig können so unbegründete Vermutungen bereits geklärt werden.



Sollte es zu einem Schadensfall kommen und ein verschuldeter ärztlicher Behandlungs- oder Aufklärungsfehler vorliegen, können Ihnen Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche zustehen.

Bei Verdacht auf Behandlungsfehler

- Kontaktieren Sie den behandelnden Arzt oder das Krankenhaus.
- Informieren Sie Ihre Krankenkasse.
- Wenden Sie sich an die Unabhängige Patientenberatung unter www.patientenberatung.de oder Telefon: 0800 - 0 11 77 22.

info

WORÜBER MUSS DER ARZT BEI DER VERSCHREIBUNG EINES MEDIKAMENTS AUFKLÄREN?

Vor Therapiebeginn mit einem Medikament achten Sie darauf, dass Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Sie über folgende Punkte aufgeklärt hat:

Empfohlene Dosierung

Dauer der Einnahme

Art der Anwendung

Zeitpunkt

Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen

Folgen einer Nicht-Einnahme

Wichtig: Der bloße Verweis des Arztes auf den Beipackzettel ist NICHT ausreichend.



Selbstbewusstes Auftreten im Arzt-Patienten-Gespräch

Als Patient begibt man sich bei einem Arztbesuch immer in ein Abhängigkeitsverhältnis. Sie sind auf die Hilfe des Arztes angewiesen und sind kein Experte auf dem Gebiet der Medizin. Daraus entstehen oft Unsicherheiten und Herausforderungen.



In dieser Online-Schulung lernen Sie, wie Sie selbstbewusst in ein Gespräch mit Ihrem Arzt gehen können.

selpers.com/kurs/selbstbewusstes-auftreten-als-patientin

info

WIE KÖNNEN SIE SICH FÜR EINE THERAPIE ODER EINE OPERATION ENTSCHEIDEN?

Grundsätzlich müssen Ärzte das Für und Wider jeder in Frage kommenden therapeutischen Maßnahme so erläutern, dass man als Patient in der Lage ist, die Tragweite der eigenen Entscheidung zu verstehen. Voraussetzung hierfür ist die **Therapieaufklärung**. Sie muss mündlich und zeitgerecht vor Therapiebeginn durch Ihren Arzt oder Ihre Ärztin stattfinden. Das Überreichen eines Aufklärungsbogens allein reicht nicht aus.

Eine umfassende Therapieaufklärung sollte folgende Punkte umfassen:

- ein umfassendes Bild über die zur Verfügung stehenden Therapien
- die Vor- und Nachteile der Therapie
- die Erfolgsaussichten und Rückfallquoten der Therapie
- die Folgen einer „Nicht-Behandlung“
- die Intensität der Behandlung / des Eingriffs
- die Dauer der Behandlung / des Eingriffs
- die erforderlichen Nach- und Weiterbehandlungen
- die begleitenden Maßnahmen
- die Rehabilitationsmöglichkeiten
- gegebenenfalls die Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Hinweise und Aufklärung zu einer erforderlichen Ernährungsumstellung

Stehen verschiedene Therapien zur Verfügung, muss Ihr Arzt Sie über Wichtigkeit und Dringlichkeit der Behandlung informieren und Ihnen mitteilen, wie lange eine **Überlegungsfrist** ohne gesundheitliche Schäden durch Therapieverzögerung möglich ist.



Habe ich alle wichtigen Informationen für eine Therapieentscheidung?

- Kenne ich alle in Frage kommenden Therapiemöglichkeiten?
- Was sind die Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen?
- Welche Kriterien sind für mich von besonderer Bedeutung?
- Welche Therapiemöglichkeit erfüllt die meisten meiner Anforderungen an eine Therapie?
- Bin ich sicher in meiner Entscheidung oder möchte ich vor der Therapie noch eine zweite Meinung einholen?

Freie Wahl der Einrichtung bei stationärer Behandlung

Auch bei der Wahl des Krankenhauses hat man als Patient in der Regel die Wahl. Im Regelfall nennt Ihnen Ihr Arzt zwei geeignete Krankenhäuser zur Auswahl. Entscheiden Sie sich für ein drittes, kann es sein, dass Sie anfallende Mehrkosten - bspw. in Form höherer Fahrkosten - selbst finanzieren müssen.

Gleiches gilt auch für **Reha-Einrichtungen**. Klären Sie solche Fragen vorher mit Ihrer Krankenkasse, die Ihnen bei der Suche helfen wird.

ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG EINHOLEN

Sollten vor Beginn einer geplanten Therapie oder einer Operation Ihrerseits Unsicherheiten oder Zweifel bestehen, haben Sie die Möglichkeit, sich von weiteren Fachärzten eine Zweitmeinung einzuholen. Die erneute Begutachtung und Einschätzung Ihrer Krankheitssituation kann Ihnen Absicherung und Orientierung in Ihren Entscheidungen bringen.



Diese Checkliste hilft Ihnen dabei, vorbereitet in die Zweitkonsultation zu gehen:

- Habe ich alle relevanten Befunde und Untersuchungsergebnisse für den Termin?
- Steht eine Kopie meiner Krankengeschichte meinen behandelnden Ärzt:innen zur Verfügung?
- Was ist meine derzeitige Medikation / derzeitige Behandlung?

Mögliche Fragen an zweitbegutachtende Ärzt:innen:

- Was halten Sie von der Therapieempfehlung der anderen Ärzt:innen?
- Welche Behandlung empfehlen Sie mir?
- Welche Belastungen habe ich zu erwarten?
- Was kann gegen die Schmerzen getan werden?
- Müssen zusätzliche Therapien durchgeführt werden oder gibt es Verhaltensempfehlungen?
- Führt die Behandlung dazu, dass ich körperlich eingeschränkt bin?
- Welche alternativen Therapien sind möglich und kann ich diese parallel erhalten?
- Kann es geschehen, dass meine Behandlung abgebrochen werden muss? Wenn ja, gibt es dann andere Möglichkeiten?

Anspruch auf Zweitmeinung bei ausgewählten Eingriffen

Wenn Sie eine ärztliche Zweitmeinung einholen möchten, informieren Sie zunächst Ihren behandelnden Arzt darüber. Für **bestimmte, nicht eilige Operationen** gibt es ein gesetzlich festgelegtes Zweitmeinungsverfahren. Das bedeutet: Wenn ein Arzt eine dieser Operationen empfiehlt, muss er normalerweise mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff auf Ihr Recht hinweisen, die Entscheidung für oder gegen den Eingriff noch einmal mit einer anderen Spezialistin oder einem Spezialisten zu besprechen.

Für welche operativen Eingriffe das Zweitmeinungsverfahren gilt, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)¹ fest. Die Liste wird jährlich überprüft. Auch hat der G-BA Regeln festgelegt, welche Ärzt:innen für ein Zweitmeinungsverfahren konsultiert werden können. **Die Patientenservice-Hotline 116 117** gibt Auskunft darüber.



Eine aktuelle **Übersicht der Eingriffe und geeigneter Spezialisten für das Zweitmeinungsverfahren** finden Sie im Internet unter www.116117.de/zweitmeinung

Mehr zum Thema **Zweitmeinungsverfahren** erfahren Sie in dem Erklärvideo von gesundheitsinformation.de
<https://youtu.be/vcKKUjOLdJE>



info

¹ Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er setzt sich zusammen aus Vertretern der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie Vertretern von Patientenorganisationen. Der G-BA erlässt in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten verbindlich sind. Die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt.

Wer trägt die Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung?

Eine Zweitmeinung darf nur ein Facharzt abgeben, der für Ihre Diagnose spezialisiert ist. Dieser prüft dabei Ihren Befund und führt ein Anamnese- und Beratungsgespräch durch. So prüft er die Notwendigkeit der bereits geplanten Operation. Die Kosten dafür trägt in der Regel Ihre Krankenkasse.

Der Facharzt übermittelt Ihnen und mit Ihrem Einverständnis auch dem behandelnden Arzt anschließend seine Einschätzung.



DIAGNOSE „CHRONISCH KRANK“ - WAS BEDEUTET DAS?

Eine schwerwiegende chronische Erkrankung liegt vor, wenn Menschen über ein Jahr hinweg mindestens einmal pro Quartal (alle 3 Monate) wegen derselben Diagnose zum Arzt müssen und eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- ➔ eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist, ohne die die Betroffenen u.a. **beeinträchtigt** wären oder die Umstände gar **lebensbedrohlich** werden könnten oder
- ➔ Pflegebedürftigkeit ab **Pflegegrad 3** vorliegt oder
- ➔ Grad der Behinderung (GdB) von **mindestens 60** besteht.

RECHT AUF EINSICHT IN DIE PATIENTENAKTE

Die Behandlung in einer Arztpraxis oder im Krankenhaus wird in einer Patientenakte dokumentiert. Sie enthält alle patienten- und behandlungsrelevanten Informationen, so dass man diese auch noch zukünftig nachvollziehen kann. Die Patientenakte erleichtert den Austausch zwischen Ihnen, Ihrem Arzt sowie weiterbehandelnden Medizinerinnen und Medizinern, an die Sie gegebenenfalls überwiesen werden.

Elektronische Patientenakte

Ab 2025 müssen die Krankenkassen die elektronische Patientenakte (ePA) anbieten. Hier werden bereitgestellt:

- **Patientendaten** aus bereits vorhandenen Behandlungen und arzneimittelbezogene Informationen, Befunde, Arztberichte, Röntgenbilder, der Impfausweis, der Mutterpass, das (gelbe) Kinder-Untersuchungsheft, das Zahnbonusheft, Notfalldaten, Medikationsplan etc.
- **Eigene Daten**, wie Aufzeichnungen über Blutzuckermessungen, Organspendeerklärungen, Vorsorge- und Patientenverfügungen, können auf Wunsch in der ePA gespeichert werden.



Sie haben das Recht auf ...

- Einsicht in Ihre **vollständigen Behandlungsunterlagen**,
- Auskunft aus Ihrer **Patientenakte**, entweder als Kopie oder elektronisch,
- **elektronischen Zugang zur ePA** und die Zugriffsrechte für Dritte auf diese Daten selbst zu bestimmen. Das gilt auch, wenn personenbezogene Daten - und dazu gehören auch Gesundheitsdaten - für die Zwecke der Forschung genutzt werden sollen.

Therapie

BEHANDLUNG & PFLEGE

Ihr Arzt hat Ihnen eine Diagnose gestellt und Sie haben sich **gemeinsam** für eine Therapie entschieden.

Ihre Pflichten als Patient

Um einen optimalen Therapieerfolg zu gewährleisten, haben Sie als Patient auch bestimmte Pflichten:

Zusammenarbeit mit ärztlichem und Pflegepersonal

Ihre Mitwirkungspflicht umfasst die Auskunft relevanter Umstände für die Anamnese und Diagnose, die Duldung der Untersuchung sowie die Befolgung ärztlicher Anordnungen zur Therapie, z. B. bei der Einnahme von Medikamenten.

Therapietreue

Behandlungen wirken am besten, wenn die Therapieanordnungen der Ärzte und Therapeuten eingehalten werden.

Inanspruchnahme von Hilfe (Notarzt/-ärztin oder Klinik), wenn Komplikationen nach einer Behandlung auftreten.

Tipp

Die Einhaltung dieser Pflichten ist wichtig, da bei Schaden durch Nichtbeachten der Pflichten auch das Recht auf Schadenersatz wegen Mitverschuldens in der Höhe gekürzt werden kann.



IHR RECHT AUF OPTIMALE/ZWECKMÄSSIGE THERAPIE

Krankenversicherte haben einen Anspruch auf eine **ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft** entsprechende medizinische Krankenbehandlung. Das ist gesetzlich im Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) festgelegt. Hierzu zählen insbesondere:

- die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die häusliche Krankenpflege,
- die Krankenhausbehandlung,
- die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und
- sonstige Leistungen.

Welche Therapiekosten müssen von der Krankenversicherung übernommen werden?

Hier ist zwischen den Regel- und Zusatzleistungen zu unterscheiden.

1 Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung

Die **Regelleistungen** sind im SGB V geregelt, hierauf haben Sie als gesetzlich Versicherte einen Anspruch. Häufig spricht man auch vom „**Leistungskatalog**“ der GKV. Dieser umfasst alle Tätigkeiten des Arztes und von ihm angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln ärztlicher Kunst ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind.

Privatversicherte Patienten vereinbaren ihre Leistungsansprüche direkt mit der privaten Krankenversicherung.

2 Satzungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Krankenkassen können **Zusatzvereinbarungen oder Direktverträge** mit anderen Leistungserbringern für besondere Versorgungsangebote treffen, die über die Regelversorgung hinausgehen. Wenn es um hoch spezialisierte ambulante Leistungen oder um die Behandlung seltener Erkrankungen geht, bieten solche Vereinbarungen für Patientinnen und Patienten oftmals eine bessere Versorgung, so bleibt zum Beispiel bei einem Direktvertrag mit Krankenhäusern das Hin und Her zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus erspart. Auch bieten solche Verträge für chronisch Erkrankte die Möglichkeit zur Teilnahme an besonderen Behandlungsprogrammen, deren Kosten von der Krankenkasse finanziert werden.

Krankenkassen dürfen auch mit privaten Krankenversicherungsunternehmen kooperieren und so in Ergänzung zu ihren Leistungen **Zusatzversicherungen** an die Versicherten vermitteln. Dazu zählen z. B. Zusatzversicherungen für Brillen, Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus, oder eine Auslandsreisekrankenversicherung.

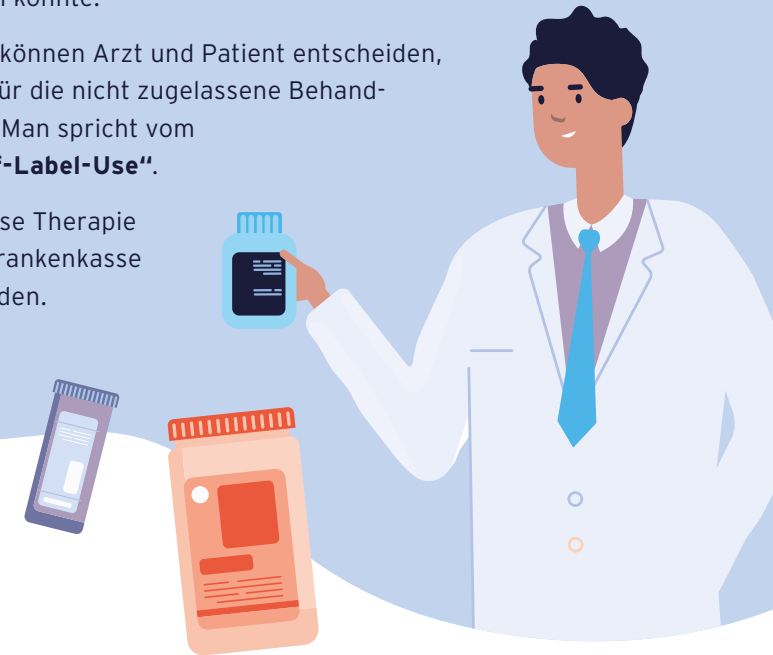


Behandlung mit nicht zugelassenen Medikamenten

In einigen Fällen gibt es Hinweise aus der ärztlichen Praxis, dass ein für eine Erkrankung zugelassenes Medikament eines pharmazeutischen Unternehmens in einem anderen Anwendungsgebiet eingesetzt werden könnte.

Gemeinschaftlich können Arzt und Patient entscheiden, das Medikament für die nicht zugelassene Behandlung einzusetzen. Man spricht vom sogenannten „**Off-Label-Use**“.

Die Kosten für diese Therapie können von der Krankenkasse übernommen werden.



In weiteren Fällen kann im Rahmen eines sogenannten **Härtefall-Programms** (Compassionate-Use) unter anderem ein Medikament, das noch nicht zugelassen ist, einer bestimmten Patientengruppe zur Verfügung gestellt werden, wenn Hinweise auf die Wirksamkeit und Sicherheit des Arzneimittels vorliegen sowie eine klinische Prüfung durchgeführt oder ein Antrag auf Zulassung des Arzneimittels gestellt worden ist. Die Kosten für diese Behandlung trägt das verantwortliche Pharmaunternehmen.

Welche Therapiekosten werden von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übernommen?

Grundsätzlich werden jene Leistungen nicht finanziert, die über das medizinisch Notwendige hinausgehen oder unwirtschaftlich sind, denn die Leistungen müssen **ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und medizinisch notwendig** sein. Das legt das SGB V fest.

- **Ausreichend:** Die Leistungen müssen dem Einzelfall angepasst sein, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.
- **Zweckmäßig:** Entscheidend ist, dass die Leistung für das Behandlungsziel dienlich ist.
- **Wirtschaftlich:** Das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel muss durch die Leistung effektiv und effizient zu erreichen sein.
- **Notwendig:** Die Leistung muss objektiv erforderlich sein, um im Einzelfall ausreichend und zweckmäßig zu sein.



Der Leistungserbringer (z. B. der Arzt) hat den Patienten vor der Behandlung darüber zu informieren, dass die Kosten für Gesundheitsleistungen oder Kostensätze, die den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen, vom Patienten selbst zu tragen sind.

info

Nicht erstattet von der gesetzlichen Krankenversicherung werden typischerweise Leistungen, die nicht in den gesetzlich geregelten Leistungskatalog fallen. Dazu gehören unter anderem:

- ✗ nicht medizinisch erforderliche Schönheitsoperationen
- ✗ Behandlung durch Ärzte, die keine Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenkassen sind und ausschließlich Privatpatienten behandeln
- ✗ Empfängnisverhütung
- ✗ Akupunktur
- ✗ Messung der Knochendichte oder des Augendrucks
- ✗ Periodenprodukte
- ✗ vollumfängliche Kuren
- ✗ Gesprächspsychotherapien wie Paartherapien
- ✗ rezeptfreie Arzneimittel
- ✗ Leistungen, die als „Lifestyle-Medizin“ gelten, z. B. die medizinisch nicht erforderliche Korrektur der Fehlsichtigkeit durch Laseroperationen, Maßnahmen gegen altersbedingten Haarverlust

Einige Leistungen werden von Krankenkassen auch als **Satzungsleistung** (zusätzliche Leistungen) je nach Wahltarif angeboten. Dazu gehören zum Beispiel:

- ✗ Impfungen für private Reisen
- ✗ Fahrtkosten zum Arzt
- ✗ Brille und Kontaktlinsen
- ✗ Vollumfänglicher Zahnersatz
- ✗ Chefarztbehandlung
- ✗ Alternative Heilbehandlungen und Medikamente
- ✗ Professionelle Zahnreinigung
- ✗ Krankenversicherung im Ausland (außerhalb der EU)

INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLAISTUNGEN (IGeL)

Nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören die „**individuellen Gesundheitsleistungen**“ (IGeL). Diese Leistungen rechnen die Ärzte grundsätzlich privat mit den Patienten ab.

Allerdings bieten einige Krankenkassen die Kostenübernahme bestimmter Vorsorgeuntersuchungen und Reiseschutzimpfungen auch im Rahmen von Zusatzleistungen an. Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse!



IGeL-Leistungen

Eine Übersicht der IGeL-Leistungen ist abrufbar unter www.igel-monitor.de

info



Kann ich mich auf Kosten meiner gesetzlichen Krankenkasse im Ausland behandeln lassen?

Wenn Sie in Deutschland krankenversichert sind, haben Sie das Recht, sich in allen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, in der Schweiz sowie in den EWR-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen medizinisch behandeln zu lassen.

Ob und in welchem Umfang Ihre Krankenkasse die Kosten für eine solche Behandlung übernimmt, hängt jedoch von bestimmten Voraussetzungen ab, so dass man sich vor der Planung einer Behandlung im Ausland dringend von der Krankenkasse beraten lassen sollte.

Auch empfiehlt es sich, sich einen **Arztbrief** durch den in Deutschland handelnden Arzt bzw. durch das Krankenhaus ausstellen zu lassen. Dieser Arztbrief dient dem Austausch von Befunden, Bescheiden, Medikationsplänen oder Röntgenbildern zwischen den mit- oder weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten und erleichtert so dem ausländischen Arzt einen effektiveren Zugang zum Krankheitsbild.

PFLEGE

Was kommt nach dem Krankenhausaufenthalt?

Das Krankenhaus muss feststellen, ob und welche Unterstützung Sie nach dem Krankenhausaufenthalt benötigen werden. Das betrifft unter anderem die häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel, Haushaltshilfe oder auch Rehabilitationsmaßnahmen sowie genehmigungspflichtige Leistungen der erforderlichen Anschlussversorgung und im Rahmen der Übergangsversorgung (ambulante Palliativversorgung, Kurzzeitpflege).

Das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren ist noch während Ihrer Behandlung vom Krankenhaus einzuleiten. Dazu nimmt das Krankenhaus Kontakt zur Krankenkasse und - bei Bedarf - zur Pflegekasse auf.

In einem sogenannten **Entlassungsplan** werden diese unmittelbar erforderlichen medizinisch-pflegerischen Anschlussleistungen festgelegt und ggf. auf einen weiterbehandelnden Arzt oder Ärztin übertragen.

In diesem Zusammenhang darf das Krankenhaus

- die zur Sicherung einer durchgehenden Versorgung mit Arzneimitteln die jeweils **kleinste Packung des erforderlichen Medikamentes** abgeben,
- die **häusliche Krankenpflege** und
- die **Versorgung mit Heilmitteln** für eine Dauer von maximal sieben Tagen verordnen und - soweit dies für die Versorgung unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist -
- die **Arbeitsunfähigkeit** attestieren.

Entlassmanagement

Das Krankenhaus muss gemeinsam mit der Krankenkasse und weiteren notwendigen Leistungsträgern (z. B. Pflegediensten, Einrichtungen der Kurzzeitpflege, Apotheken) rechtzeitig vor der Entlassung eines Patienten die für die Umsetzung des Entlassungsplans erforderliche Versorgung organisieren, also die **Therapie** und die **pflegerische Weiterversorgung** fachübergreifend abstimmen, die Entlassung terminieren, sich mit dem **Hausarzt und Kostenträgern** koordinieren, bei Bedarf ein Pflegebett, die **weiterführende Hilfs-, Heilmittel- und Medikamentenversorgung**, den ersten **Hausarztbesuch** organisieren sowie in einer Abschlussbesprechung den Patienten, ggf. den rechtlichen Betreuer für die Gesundheitsorge und die Angehörigen informieren.



Versorgung mit Medikamenten

WELCHE LEISTUNGEN ERHALTE ICH AUF REZEPT?

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist in Deutschland gesetzlich geregelt. Fast alle Arzneimittel sind apotheken-, aber nicht rezeptpflichtig. Auch gibt es verschreibungspflichtige Medikamente, die grundsätzlich nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Dazu gehören etwa Lifestyle-Produkte wie Potenzmittel oder Appetitzügler.

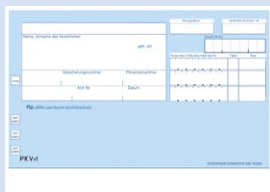
Das Rezept ist eine schriftliche oder digitale Verordnung des behandelnden Arztes. Damit erhalten Sie entweder eine Sachleistung in Form von Medikamenten oder Hilfsmitteln oder auch eine Dienstleistung, z. B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie.



Rezepte für Arzneimittel können unterschiedliche Farben haben. Je nach Farbe gibt es Unterschiede bei der Verordnungsweise, **Gültigkeitsdauer** und bei der **Kostenübernahme** durch die gesetzliche Krankenversicherung (Zuzahlungspflicht für Versicherte):



Das **rosa Rezept** wird für die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, Medizinprodukten und allgemeinen Hilfsmitteln benutzt. Es gilt für 28 Tage. Das rosa Rezept kann auch als digitales Rezept (E-Rezept) ausgestellt werden.



Das **Privatrezept** ist in der Regel ein blauer Vordruck. Es wird für Privatpatienten verwendet, oder wenn das verschreibungspflichtige Medikament keine Kassenleistung ist. Ab dem Ausstellungsdatum ist es in der Regel drei Monate lang gültig.



Das **grüne Rezept** wird auch als OTC-Rezept („over the counter“ bzw. „über den Tresen“) bezeichnet. Es wird ausgestellt für Arzneimittel und Präparate, die zwar apothekenpflichtig, aber nicht verschreibungspflichtig sind. Das grüne Rezept ist unbegrenzt gültig.

Weitere Rezeptarten gibt es für Medikamente, die unter das **Betäubungsmittelgesetz** fallen, oder für die **Verordnung von Heilmittelleistungen** (Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Ernährungstherapie, Podologie).

Ein **T-Rezept** ist ein Sonderrezept für Medikamente, die die Wirkstoffe Thalidomid, Lenalidomid und Pomalidomid enthalten.

E-Rezept Seit dem 1. Januar 2024 sind Ärzte verpflichtet für verschreibungspflichtige Arzneimittel das elektronische Rezept (E-Rezept) zu nutzen. Das E-Rezept wird in der Arztpraxis digital erstellt. Für das Einlösen in der Apotheke benötigen Sie Ihre elektronische Gesundheitskarte (eGK), die E-Rezept-App oder einen von der Arztpraxis erstellten Papierausdruck.



Zum Erklärfilm „**E-Rezept einlösen**“:
www.gematik.de/anwendungen/e-rezept



info

Welche Arzneimittelkosten werden von der Krankenkasse übernommen?

Verschreibt Ihnen der Arzt Arznei- oder Verbandmittel auf einem rosa Kassenrezept, werden die Kosten in der Regel übernommen. Bei vielen Arzneimitteln sind jedoch Zuzahlungen fällig. In der Regel müssen volljährige Patienten Zuzahlungen in Höhe von 10 % des Abgabepreises leisten, jedoch mindestens 5 EUR und höchstens 10 EUR. Auch für vom Arzt verordnete Heilmittel und Hilfsmittel sind Zuzahlungen zu leisten.

Patienten mit schwerwiegenden **chronischen Erkrankungen** werden finanziell entlastet. Sie müssen Zuzahlungen nur bis zu einer Belastungsgrenze von 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt leisten. Für alle anderen Versicherten beträgt die Belastungsgrenze 2 %.

Beachte! Wird ein Medikament außerhalb der Apothekenöffnungszeiten dringend benötigt, ist eine „Notdienstgebühr“ in Höhe von 2,50 EUR zu entrichten. Die Notdienstgebühr dürfen die Apotheken an Werktagen nur in der Zeit von 20 Uhr bis 6 Uhr erheben. An Sonn- und Feiertagen kann die Gebühr den ganzen Tag fällig werden. Eine Ausnahme gibt es allerdings: Kreuzt der Arzt auf dem Rezept „noctu“ an, macht er damit kenntlich, dass es sich um einen Notfall handelt. In diesem Fall wird die Gebühr von der Krankenkasse übernommen.



Darf die Apotheke mir ein anderes Mittel aushändigen, als auf dem Rezept steht?

Mit der Vorlage Ihres Rezeptes in der Apotheke kann es vorkommen, dass Ihnen ein anderes Medikament ausgehändigt wird, als auf dem Rezept steht. Meistens ist auf dem Rezept nur der Wirkstoff vermerkt und der Apotheker oder die Apothekerin wählt ein günstiges Mittel aus. Dabei handelt es sich um ein preisgünstigeres Medikament mit demselben Wirkstoff, vergleichbarer Darreichungsform und derselben Wirkstärke. Für diese Arzneimittel haben die Krankenkassen oft Preisrabatte ausgehandelt (sogenannte „Rabattverträge“). Apotheken sind dann verpflichtet, die Medikamente auszuhändigen, mit deren Herstellern die Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat.

Vor jedem verordneten Medikament steht in einem kleinen Kästchen **„Aut idem“**, das mit „oder das Gleiche“ bzw. „Gleichwertiges“ übersetzt werden kann. Wird dieses Feld vom Arzt nicht markiert, so kann die Apotheke das angegebene Medikament durch ein gleichwertiges Medikament eines anderen Herstellers ersetzen. Welches Arzneimittel dies ist, bestimmen Verträge zwischen den Pharmafirmen und den Krankenkassen. Wenn der Arzt jedoch das „Aut idem“-Feld markiert, besteht Anspruch auf genau das verschriebene Medikament.

Als Betroffene können Sie aber die Mehrkosten übernehmen und bekommen dann in der Apotheke das gewohnte Arzneimittel. Dafür müssen Sie zunächst den gesamten Preis auslegen und das Rezept mit der Quittung der Apotheke dann bei Ihrer Krankenkasse einreichen. Die Höhe der Kostenerstattung können Sie vorher bei der Krankenkasse erfragen. So können Sie Ihren Eigenanteil genau abschätzen.

Wozu benötigt man einen Medikationsplan?

Mit dem Medikationsplan sehen die behandelnden Ärzte, welche Medikamente ihre Patienten aktuell einnehmen. So können gefährliche Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten über die weitere Medikation besser erkannt und vermieden werden. Gleiches gilt bei der Abgabe von Medikamenten in der Apotheke.

Müssen Sie drei oder mehr Arzneimittel über einen Zeitraum von mindestens 28 Tagen anwenden, haben Sie gegenüber dem Arzt einen Anspruch auf einen Medikationsplan, entweder in Papierform oder auch in elektronischer Form, der - mit Ihrer Einwilligung - auf der eGK gespeichert werden kann.

Damit werden auch die Apotheken sicherer über Ihre aktuelle Medikation informiert.



MEDIKATIONSANALYSE: APOTHEKEN PRÜFEN, OB SICH DIE MEDIKAMENTE VERTRAGEN

Viele Menschen nehmen täglich mehrere Medikamente ein. Selbst die Hausärzte haben oft nicht den Überblick über die gesamte Medikation, wenn ihre Patienten Medikamente von anderen Fachärzten verordnet bekommen oder zusätzlich nicht verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen.

Bei einer sogenannten **Medikationsanalyse** wird daher geprüft, ob die Medikamente in ihrer Gesamtheit optimal eingestellt sind oder Neben- und Wechselwirkungen auftreten können.

- Eine Medikationsanalyse steht Patient:innen zu, die mindestens fünf ärztlich verordnete Arzneimittel regelmäßig einnehmen.
- Der Anspruch besteht einmal jährlich oder bei erheblicher Umstellung der Medikation.
- Die Medikationsanalyse kann auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden.
- Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Medikationsanalyse. Auch privat Versicherte haben Anspruch auf eine Kostenübernahme.

Es ist zu empfehlen, folgende Unterlagen zur Medikationsanalyse in der Apotheke mitzubringen:

bereits bestehende Medikationspläne

Arztbriefe

Entlassungsbriefe

Laborwerte

In der Apotheke wird Ihnen erläutert, wie die Medikamente eingenommen werden sollen und zu welcher Tageszeit. Auch die praktische Einnahme der Medikamente kann durch den Apotheker überprüft werden.

Vertrauenswürdige Gesundheitsinformation erkennen

Patienten recherchieren häufig nach der Diagnosestellung selbst zu ihrer Erkrankung. **Prüfen Sie in jedem Fall die Verlässlichkeit der Daten.**

Gesundheitsinformationen sind verlässlich, wenn sie **evidenzbasiert** sind, d. h.:



- ✓ Seriöse Beiträge enthalten wissenschaftliche Quellenangaben. Jeder Fakt und jede Aussage müssen belegbar sein. Können die Informationen durch mehrere Quellen bestätigt werden, sind sie umso aussagekräftiger.
- ✓ Gute Gesundheitsinformationen zeigen **mehrere Möglichkeiten** auf, vergleichen diese und erläutern deren Vor- und Nachteile. Besonders aussagekräftig sind Informationen, die durch Zahlen belegt werden können.
- ✓ Die Informationen sind in einer einfachen und auch für Nicht-Mediziner:innen **verständlichen Sprache** geschrieben. Fachbegriffe werden erklärt.
- ✓ Die Informationen kommen von **unabhängigen Einrichtungen** (z. B.: wissenschaftliche Verlage, medizinische Universitäten, Einrichtungen im Gesundheitswesen).
- ✓ Es gibt Studien zu Medikamenten oder Behandlungsmethoden, die **neutrale Informationen** bieten.

TELEMEDIZIN

Unter **Telemedizin** versteht man die gesundheitliche Betreuung der Patienten über Informations- und Kommunikationstechnologien. Patient und Arzt oder Therapeut befinden sich dabei nicht am gleichen Ort. Insbesondere die Videosprechstunde bringt viele Vorteile für Patienten und medizinisches Personal. Seit 2020 ist sogar die Krankschreibung per Videosprechstunde erlaubt.

Telemonitoring bezeichnet die medizinische Überwachung von Patienten aus der Ferne und kommt etwa bei Diabetiker:innen zum Einsatz. Die Daten bestimmter Blutzuckermessgeräte können automatisch an den Arzt weitergeleitet und von ihm überwacht werden. Den Patienten bleiben so häufige ärztliche Visiten erspart.

Teletherapie/Videosprechstunde ist ein Gespräch zwischen Patienten und Arzt oder Therapeut mittels Videotelefonie. Besonders für Patienten mit chronischen Erkrankungen können solche Videokonsultationen bestimmte persönliche Arztbesuche ersetzen.

Welche Vorteile bringt die Telemedizin?

Als Vorteile der Telemedizin und Videosprechstunden lassen sich unter anderem folgende Gründe nennen:

- Nachgewiesen gute Behandlungsergebnisse.
- Teilweise deutliche Kosteneinsparungen (Fahrkosten, weniger Verdienstausschlag).
- Die Möglichkeit einer besseren medizinischen Versorgung des ländlichen Raumes oder älterer Personen.
- Noch mehr Freiheit bei der Arztwahl: Online-Sprechstunden ermöglichen Patienten, einen Arzt ihrer Wahl zu konsultieren, auch wenn dieser in einem weit entfernten Ort lebt.
- Patienten müssen für eine Folgeverordnung oder eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei leichteren Erkrankungen nicht mehr in jedem Fall zwingend in die Arztpraxis kommen.
- Pflegebedürftige und nicht-mobile Menschen können intensiver betreut werden.



Und nicht zu vergessen: Führt der zu beratende Patient die Videosprechstunde an seinem für die berufliche Tätigkeit verwendeten Bildschirmgerät durch, so kann der Arzt sein Verhalten am Bildschirm genau beobachten.

Diese Beobachtung wiederum liefert ihm wichtige Hinweise und Informationen zur Ergonomie, Arbeitsplatzgestaltung, Körperhaltung, zur Verwendung von Sehhilfen, zu auffälligen Kopfbewegungen oder offensichtlichen Anstrengungszeichen wie dem Zusammenkneifen der Augen.

HEILMITTEL UND HILFSMITTEL

Was versteht man unter Heilmittel?

Heilmittel sind alle medizinischen, nicht medikamentösen Behandlungen, die äußerlich angewendet werden. Folgende Behandlungen können ärztlich verordnet werden:

Ergotherapie

Physiotherapie

Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie)

Podologie (medizinische Fußpflege)

Ernährungstherapie

Die Kosten für die ärztlich verordnete Heilmittelbehandlung trägt die Krankenkasse. Wie auch bei Arzneimitteln, müssen Erwachsene eine Zuzahlung leisten. Pro Rezept beträgt diese 10 EUR zzgl. 10 % der Behandlungskosten. Die Therapie sollte innerhalb von 28 Tagen beginnen, bei dringendem Bedarf innerhalb von 14 Tagen, sonst wird das Rezept ungültig.

In Krankenhäusern sind Heilmittel oft Teil der Behandlung. In diesem Fall werden die gesamten Heilmittelkosten von der Krankenkasse übernommen.



Was versteht man unter Hilfsmittel?

Hilfsmittel sind die Produkte, die kranken, behinderten oder pflegebedürftigen Menschen helfen sollen, im Alltag am gesellschaftlichen Leben besser teilhaben zu können. Dazu gehören unter anderem:

Brillen, Hörgeräte

Prothesen

Rollstühle

Pflegebetten

Badewannensitze

Verbrauchsmaterialien (z. B. Spritzen und Bandagen)



Das Rezept muss innerhalb von 28 Tagen eingelöst werden. Die Kosten für Hilfsmittel können je nach Zweck auch von der Pflegeversicherung, der Deutschen Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Bundesagentur für Arbeit oder dem Sozialamt übernommen werden. Trägt die Krankenkasse die Kosten für das verordnete Hilfsmittel, beträgt die Zuzahlung 10 EUR Rezeptgebühr zzgl. 10 % Eigenanteil des Hilfsmittelpreises (mindestens aber 5 EUR, maximal 10 EUR). Für Verbrauchsmaterial beträgt der maximale monatliche Eigenanteil 10 EUR. Minderjährige sind von den Zuzahlungen befreit. Sofern Hilfsmittel nur für kurze Zeit benötigt werden, kann man sie von den Anbietern auch leihen.



Das **Hilfsmittelverzeichnis des GKV-SV** ermöglicht eine Recherche aller Hilfsmittel, deren Kosten die Kassen ganz oder teilweise übernehmen.

hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de



info

APPS AUF REZEPT

Ärzte und Psychotherapeuten können auch **digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)** auf Rezept verordnen, die bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder z. B. der individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen unterstützen.

Eine DiGA kann entweder allein vom Patienten oder von Arzt und Patient gemeinsam genutzt werden. DiGA können z. B. in der Kombination mit anderen Geräten wie z. B. Pulsmessern, anderen DiGA oder sonstiger Software angewendet werden. Wenn dies der Fall ist, sehen Sie im DiGA-Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), ob diese zusätzlichen Komponenten auch von Ihrer Krankenkasse erstattet werden können oder mit welchen weiteren Kosten deren Anwendung verbunden sein kann.

Wichtig dabei ist, dass die DiGA durch ihre Technologie einen „positiven Versorgungseffekt“ für Ihre individuelle Situation bieten muss. Ob dem so ist, wird durch das BfArM in einem Bewertungsverfahren festgestellt.

DiGA schnell erklärt: Was verbirgt sich hinter dem Begriff „DiGA“? Was sind „Apps auf Rezept“? Welche medizinischen Anwendungsbereiche gibt es? Und wo können Sie sich zu DiGA informieren? Diese und weitere zentrale Fragen beantwortet dieses Video:



Erklärfilm „Was genau ist eine digitale Gesundheitsanwendung?“

<https://youtu.be/QP5pU37Drt4?feature=shared>

info

Was kann ich tun, wenn die Krankenkasse die Kostenübernahme ablehnt?

Es gibt eine Reihe von Leistungen, die die Krankenkasse nur auf Antrag gewährt.

Das betrifft zum Beispiel bestimmte Hilfsmittel, Zahnersatz, Fahrkosten sowie bestimmte psychotherapeutische Sitzungen.



1. Einen **Antrag auf Übernahme** einer solchen Leistung müssen Sie schriftlich bei Ihrer Kasse einreichen. Ihre Krankenkasse prüft in diesen Fällen, ob sie die Kosten übernimmt.
2. Erhalten Sie innerhalb der vorgegebenen Bearbeitungsfrist einen **Ablehnungsbescheid**, können Sie **Widerspruch** einlegen. In der Regel haben Sie dafür einen Monat Zeit.
3. Wird Ihr Widerspruch von der Krankenkasse zurückgewiesen, besteht die Möglichkeit einer **Klage vor dem Sozialgericht**. Die Klage müssen Sie innerhalb eines Monats nach Eingang des Widerspruchsbescheids erheben. Anwaltszwang besteht vor dem Sozialgericht nicht. Auch entstehen Ihnen grundsätzlich keine Gerichtskosten.

Sie können sich zudem zur Überprüfung einer Entscheidung grundsätzlich auch an die zuständige **Aufsichtsbehörde Ihrer Krankenkasse** wenden.

Krankengeld

Gesetzlich Krankenversicherte haben bei bescheinigter Arbeitsunfähigkeit aus Gründen einer Krankheit nach ggf. einer sechswöchigen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber – ab der 7. Kalenderwoche für maximal 72 Wochen innerhalb von drei Jahren (bei gleicher Diagnose) – Anspruch auf Krankengeld von ihrer Krankenkasse.

Die Höhe des Krankengeldes orientiert sich am regelmäßigen Einkommen. Im Allgemeinen beträgt es 70 % vom Brutto, höchstens jedoch 90 % vom Netto. Das Krankengeld ist auf einen gesetzlichen Tageshöchstbetrag begrenzt (Stand 2024: max. 120,75 EUR täglich). Man ist weiterhin beitragsfrei krankenversichert, zahlt aber die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung. Die Arbeitgeberanteile übernimmt die Krankenkasse.



**70 % vom
Bruttogehalt**

**max.
72 Wochen**

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Mitversicherte Personen
- Beschäftigte, die ausschließlich geringfügig vergütet werden
- Praktikanten, Schüler
- Bezieher von Pensionen
- Bezieher von Kinderbetreuungsgeld
- Selbstständige und Freiberufler, sofern Sie nicht freiwillig in der GKV versichert sind

Privat Krankenversicherte erhalten Krankengeld entsprechend ihrem privaten Versicherungsvertrag.

Wie lange erhalten Eltern Krankengeld, wenn ihre Kinder krank sind?

Berufstätige Eltern können sich von der Arbeit freistellen lassen, wenn ihr Kind erkrankt und Betreuung braucht.

Für jedes Kind, das jünger als 12 Jahre alt ist, kann Kinderkrankengeld bei der Krankenkasse beantragt werden. Es beträgt in der Regel 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts. Gesetzlich versicherte Elternteile haben dabei einen zeitlich befristeten Anspruch auf Kinderkrankengeld:

Gesetzlich versicherte Kinder unter 12 Jahren

je Elternteil

10 Arbeitstage pro Kind
max. 25 Arbeitstage/Jahr

Allein-
erziehende

20 Arbeitstage pro Kind
max. 50 Arbeitstage/Jahr

Sonderregelung für 2024 und 2025

15 Arbeitstage pro Kind
max. 35 Arbeitstage/Jahr

30 Arbeitstage pro Kind
max. 70 Arbeitstage/Jahr



LEISTUNGEN HÄUSLICHER KRANKENPFLEGE

Es kommt vor, dass sich eine Erkrankung akut verschlimmert oder man kürzlich operiert und wieder aus dem Krankenhaus entlassen wurde, weil eine medizinische Behandlung im Krankenhaus aktuell nicht mehr notwendig ist. Aber zu Hause benötigt man Unterstützung.

Sofern man aus gesundheitlichen Gründen für einen kurzen Zeitraum pflegerische Unterstützung oder Hilfe im Haushalt benötigt, ist es möglich, diese bei der Krankenkasse zu beantragen.



Mehr Informationen zu **Pflegeleistungen und zur Pflegebedürftigkeit** finden Sie im folgenden Erklärvideo von gesund.bund.de:
www.youtube.com/watch?v=ghW_1wznKtE

info

Folgende Leistungen der Krankenkasse können in solchen Situationen helfen:

	Leistungen	Dauer	Zuzahlung
Häusliche Krankenpflege	Behandlungspflege (bspw. Verbandswechsel), Grundpflege (Unterstützung bei der Körperpflege), hauswirtschaftliche Versorgung (bspw. Einkaufen).	Max. 4 Wochen pro Krankheitsfall. Verlängerung nur in Ausnahmefällen, wenn der Medizinische Dienst dies empfiehlt.	10 EUR je Verordnung, maximal 10 % der Gesamtkosten für max. 28 Tage im Jahr.
Haushaltshilfe	Haushaltsnahe Dienstleistungen (bspw. Wäsche Waschen, Putzen, Einkaufen und Kochen), aber keine die Pflege betreffenden Tätigkeiten.	Max. 4 Wochen pro Krankheitsfall. Maximal 26 Wochen bei der Betreuung durch Haushaltshilfe von hilfebedürftigen Kindern unter 12 Jahren.	Pro Tag 10 % der Kosten, mindestens jedoch 5 EUR und max. 10 EUR.
Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad	Wenn häusliche Krankenpflege oder Haushaltshilfe nicht ausreichen, bezahlt die Krankenkasse einen vorübergehenden Aufenthalt in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	Max. 8 Wochen pro Jahr.	Pflege, Betreuung und Behandlungspflege werden pro Jahr mit max. 1.774 EUR bezuschusst.
Übergangspflege	Wenn Patienten direkt nach einer Behandlung im Krankenhaus weiteren Unterstützungsbedarf haben, ist es möglich, dass sie in diesem Krankenhaus weiter versorgt werden. Zu der Leistung gehören Unterkunft, Verpflegung, Grund- und Behandlungspflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie eine ärztliche Behandlung.	Max. 10 Tage als Verlängerung des Krankenhausaufenthalts. Dies gilt pro Krankenhausbildung.	10 EUR pro Tag für max. 28 Tage im Jahr.

Quelle: <https://gesund.bund.de/pflegeleistungen-der-gesetzlichen-krankenversicherung>

Wer hat Anspruch auf Pflegeleistungen?

Nicht eine Erkrankung oder Behinderung allein ist für die Pflegebedürftigkeit entscheidend, sondern wie viel pflegerische Unterstützung die Person benötigt, dass die Belastungen voraussichtlich mindestens sechs Monate anhalten und in einer bestimmten Schwere vorliegen. Dann ist ein Antrag auf Pflegeleistungen bei der Pflegeversicherung zu stellen.

Die Pflegebedürftigkeit wird vom Medizinischen Dienst festgestellt. Zu den Leistungen zählen Pflegegeld für die Pflege durch Angehörige und/oder Pflegesachleistungen für die Pflege durch professionelles Pflegepersonal oder in einer vollstationären Pflegeeinrichtung sowie Verhinderungs- und Kurzzeitpflege.



Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung regelt das 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI). Mehr Informationen zu **Pflegeleistungen und zur Pflegebedürftigkeit** finden Sie im folgenden Erklärvideo: gesund.bund.de/pflegeversicherung#voraussetzungen

info



Prävention

Zur Prävention gehören Maßnahmen

zur Vorbeugung von Erkrankungen, bspw. Impfungen, Aufklärung und die Früherkennung von Krankheiten und

die die Verringerung oder Beseitigung von Folgeschäden einer Erkrankung zum Ziel haben, wie beispielsweise durch Rehabilitation.

Sehr wichtig sind **vorbeugende Maßnahmen zur Früherkennung** von Krankheiten, denn sie führen zu Diagnosen, die den Ausbruch oder die Verbreitung einer Erkrankung verhindern (können). Deshalb bieten Krankenkassen Leistungen zur Früherkennung und Prävention, die über die Leistungen der gesetzlichen Regelleistungen hinausgehen.

Dazu gehören zum Beispiel:

- Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (z. B. Untersuchungen zur körperlichen und geistigen Entwicklung)
- Vorsorgeuntersuchungen speziell zur Männer- bzw. Frauengesundheit
- Hautkrebsscreening
- Reiseschutzimpfungen
- Präventionsmaßnahmen (z. B. Gesundheitskurse)

Tipp Versicherte haben Anspruch auf eine regelmäßige Gesundheitsuntersuchung, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt wird. Im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsuntersuchung („Check-Up“) sollen gesundheitliche Risiken und Belastungen frühzeitig erfasst werden. Sie dient außerdem der Früherkennung von häufig auftretenden Krankheiten, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie von Diabetes. Versicherte zwischen 18 und 34 Jahren haben einmalig Anspruch auf den Check-Up, Versicherte ab 35 Jahren alle drei Jahre.

VORSORGEKUR ZUR PRÄVENTION

Eine Form gesetzlich geregelter präventiver Leistungen sind die **medizinischen Vorsorgeleistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung, dazu gehören beispielsweise Mutter/Vater-Kind-Kuren.

Die Träger der Rentenversicherung erbringen **medizinische Leistungen zur Prävention**, um die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu sichern. Ziel von Prävention in der gesetzlichen Unfallversicherung ist es, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhindern sowie für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen.

Wann habe ich Anspruch auf einen Kuraufenthalt?

Wenn Ihr Gesundheitszustand in absehbarer Zeit dazu führt, dass Sie krank oder pflegebedürftig werden, kann eine **ambulante Vorsorgekur** sinnvoll sein. Sie findet in einem anerkannten Kurort statt. Ambulante Kuren können im Abstand von drei Jahren wiederholt werden, wenn es medizinisch erforderlich ist.

Eine **stationäre Vorsorge** kommt infrage, wenn alle ambulanten Leistungen – auch die ambulante Vorsorge – nicht ausreichen. Das kann der Fall sein, wenn Sie besonders körperlich beeinträchtigt, in Ihren Fähigkeiten eingeschränkt sind oder umfassende ärztliche Betreuung benötigen. Vier Jahre nach Abschluss Ihrer stationären Maßnahme ist eine neue Kur möglich, wenn die Voraussetzungen erneut vorliegen.

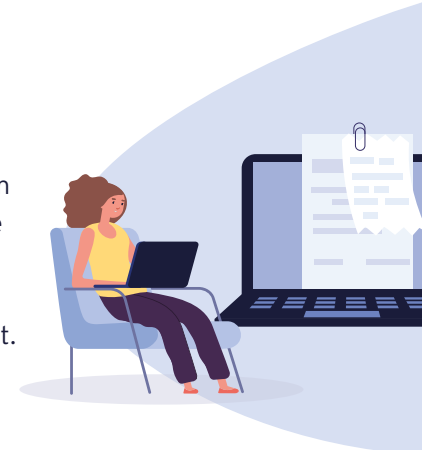


Wer übernimmt die Kosten der Kur?

Die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung können Kuraufenthalte finanzieren, jedoch ist vom Patienten ein Eigenanteil zu leisten (siehe auch Kapitel "Nachsorge"). Arbeitnehmer haben während der Kur Anspruch auf Entgeltfortzahlung für maximal sechs Wochen.

Wie stelle ich einen Kurantrag?

Beraten Sie sich mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin über Ihren Gesundheitszustand. Wird Ihnen eine Vorsorgekur ärztlicherseits verordnet, stellen Sie einen Antrag bei Ihrer Krankenkasse für einen ambulanten oder stationären Kuraufenthalt. Nach positiver Antragsprüfung erhalten Sie einen Bescheid zur Kostenübernahme.



Wie lange dauert im Regelfall eine Kur?

In der Regel dauert eine Vorsorgekur drei Wochen. Dies gilt sowohl bei einer stationären als auch ganztägig ambulanten Maßnahme. Bedarfsabhängig kann sie verkürzt oder sogar bis sechs Wochen verlängert werden. Ambulante Kuren können im Abstand von drei Jahren wiederholt werden, wenn es medizinisch erforderlich ist.

Kann ich die Kureinrichtung frei wählen?

Bei einer ambulanten Vorsorgekur können Sie aus anerkannten Kurorten selbst wählen, wo die Kur stattfinden soll. Die Kur dauert in der Regel drei Wochen. Bei Berufstätigen findet die Kur in ihrer Urlaubszeit statt. Bei einer von der Krankenkasse bewilligten stationären Behandlung findet diese in einer zugelassenen Kurklinik statt, die die Krankenkasse bestimmt. Soweit möglich, werden bei der Wahl der Kurklinik persönliche Wünsche zu Ort und Zeitraum berücksichtigt. Während des Kuraufenthaltes zahlt der Arbeitgeber Lohn oder Gehalt weiter.

Nachsorge

Nach einer Erkrankung oder Operation gibt es verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung auf Ihrem Weg der Genesung. Eine Rehabilitationsmaßnahme oder eine Kur können helfen, Sie wieder bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu unterstützen.

Grundsätzlich ist zu klären, ob es um eine Kur oder eine Rehabilitation geht. Im Alltag werden die Begriffe Kur und Reha oft vermischt, tatsächlich gibt es aber Unterschiede. Grundsätzlich kann man sagen, dass eine Kur bei einem gesunden Menschen ansetzt, der erste Symptome aufweist, während eine Reha für einen bereits erkrankten Menschen gedacht ist. In der Fachsprache wird von medizinischer Rehabilitation oder Leistung zur Teilhabe gesprochen.

Rehabilitation und Teilhabe sind als Ganzes, als ein einheitlicher Prozess zu sehen und zu gestalten, um zum besten Ergebnis für Menschen mit langwieriger Erkrankung oder Behinderungen zu kommen. Leistungen zur Teilhabe sind umso erfolgreicher, je früher sie eingeleitet und durchgeführt werden, auch bereits während der Akutbehandlung bei Krankheit oder Unfall im Krankenhaus.

Leistungen zur Teilhabe sind alle Maßnahmen und Hilfen, mit denen bei Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft – einschließlich der Teilhabe am Arbeitsleben – gefördert oder gesichert wird.

Die Leistungen gliedern sich in

medizinische Rehabilitation,

Arbeitsleben,

Bildung und

soziale Teilhabe.

MEDIZINISCHE REHABILITATION

Generell soll Rehabilitation bei der Genesung helfen. Fühlen Sie sich bereits seit längerer Zeit nur eingeschränkt leistungsfähig, sollten Sie haus- oder fachärztlichen Rat einholen. Die Ärztin oder der Arzt prüft, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation hilfreich sein kann.

Die medizinische Rehabilitation vollzieht sich als

Ambulante Rehabilitation in Wohnortnähe, wenn herkömmliche ambulante Behandlungsformen Ihren Gesundheitszustand nicht verbessern.

Ambulant bedeutet, dass Sie sich nur tagsüber in der Reha-Einrichtung aufhalten und anschließend nach Hause zurückkehren.

Sie erhalten die gleichen Therapieangebote wie in der stationären Rehabilitation. Ein Vorteil ist, dass neu Erlerntes gleich im Alltag erprobt werden kann. Sie ist insbesondere sinnvoll bei orthopädischen, kardiologischen und neurologischen Erkrankungen.



Stationäre Rehabilitation

Hier werden Sie in der Reha-Einrichtung, in der Sie die therapeutischen Behandlungen erhalten, auch untergebracht und gepflegt. Sie wird verordnet, wenn eine ambulante Rehabilitation aus medizinischen Gründen nicht ausreicht.

Wie wird eine Rehabilitation beantragt?

Rehabilitationsleistungen müssen vom Versicherten bei der Krankenkasse schriftlich beantragt werden. Eine Anschlussrehabilitation nach Krankenhausaufenthalt wird oft durch den Sozialdienst der Klinik direkt beantragt. Auch die behandelnden Ärzte können eine medizinische Rehabilitation anregen und eine ärztliche Verordnung für die Beantragung ausstellen.

Welche Kosten werden übernommen?

Ihre Krankenkasse übernimmt die vollständigen Kosten der Maßnahme, sofern diese nicht in die Zuständigkeit eines anderen Kostenträgers, bspw. der Deutschen Rentenversicherung, fällt. Der Eigenanteil für volljährige Versicherte beträgt für ambulante Leistungen 10 EUR je Behandlungstag bzw. bei stationärer Behandlung 10 EUR je Kalendertag für längstens 42 Kalendertage im Jahr. Er wird direkt an die Rehabilitationseinrichtung gezahlt.

Ausnahme: Bei einer Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ist die Zuzahlung zusammen auf insgesamt maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Wenn die persönliche Belastungsgrenze von 2 bzw. 1 % der Jahreseinnahmen überschritten ist, können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen stellen.²



Weitere Fragen und Antworten zur **medizinischen Rehabilitation** finden Sie beim GKV-Spitzenverband:
https://www.gkv-spitzenverband.de/service/medizinische_rehabilitation/reha_infos_1.jsp

info

Kann ich die Reha-Einrichtung selbst wählen?

Versicherte können gegenüber ihrer Krankenkasse Wünsche zu einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung nennen. Wichtig ist jedoch immer, dass das Rehabilitationsziel in der gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit der gleichen Wirkung und in der gleichen Qualität erreicht werden kann, wie in der Einrichtung, die die Krankenkasse ausgewählt hätte. Gegebenenfalls sind die Mehrkosten selbst zu tragen. Die gesetzliche Zuzahlung ist unabhängig davon zu leisten.³



² www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html

³ https://www.gkv-spitzenverband.de/service/medizinische_rehabilitation/reha_infos_1.jsp

NACH DER MEDIZINISCHEN REHABILITATION

Bereits während der Rehabilitation werden bei Bedarf erforderliche Nachsorgemaßnahmen am Wohnort initiiert, um den Behandlungserfolg langfristig zu sichern. Der Arzt in der Reha-Einrichtung kann bei Bedarf **Leistungen zur Nachsorge** empfehlen. Dazu gibt es besondere Programme, beispielsweise zur Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie, Ergotherapie oder Psychotherapie. Die Reha-Nachsorge findet meist in medizinischen Reha-Einrichtungen statt.

Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (Disease Management-Programme, DMP)

Für bestimmte chronische Krankheiten bieten die gesetzlichen Krankenkassen **strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)** an. Hieran können chronisch Kranke freiwillig teilnehmen.

In den Programmen arbeiten Ärztinnen und Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Versorgungssektoren sowie andere Heilberufe koordiniert zusammen. Gemeinsam behandeln sie Patientinnen und Patienten nach neuesten Methoden, deren Wirksamkeit und Sicherheit wissenschaftlich überprüft sind. Gemeinsam mit den Ärzten wird ein auf sie **zugeschnittener Therapieplan** vereinbart, individuelle Therapieziele sowie regelmäßige Folgetermine festgelegt.

HINWEIS: Die Inhalte der bestehenden DMP werden regelmäßig durch den G-BA geprüft und aktualisiert. Derzeit werden DMP für Diabetes mellitus (Typ 1 und Typ 2), Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) angeboten. Für die chronischen Erkrankungen „Chronische Herzinsuffizienz“, „Chronischer Rückenschmerz“, „Depression“, „Osteoporose“ und „Rheumatoide Arthritis“ hat der G-BA die inhaltlichen Anforderungen für DMP bereits festgelegt (Stand: 05/2024).

LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

Sie möchten trotz gesundheitlicher Probleme wieder im Beruf stehen? Dann prüfen Sie Ihre Ansprüche auf Finanzierung von Leistungen zur beruflichen Rehabilitation oder zur Berufsförderung.

Diese Leistungen sollen Ihre Erwerbsfähigkeit erhalten und Ihnen neue Berufschancen eröffnen. Die Leistungen können allein oder auch ergänzend zu einer bereits erfolgten medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden. Es gibt Leistungen, die den Arbeitsplatz erhalten sollen, aber auch Aus- und Weiterbildungsangebote, die Ihnen ganz neue berufliche Perspektiven ermöglichen sollen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement

Das Berufsleben ist nach einem Unfall oder nach einer langen körperlichen oder psychischen Krankheit oft anders als zuvor. Wer nach einer längeren Erkrankung von über sechs Wochen in den Beruf zurückkehren möchte, kann möglicherweise nicht sofort mit 100 Prozent wieder durchstarten. Arbeitgeber sind daher verpflichtet, Beschäftigten nach einer Krankheit für den Wiedereinstieg in den Beruf ein sogenanntes Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten.

Mit dem **Hamburger Modell** können Sie Schritt für Schritt wieder in den Beruf einsteigen. Den Antrag stellt Ihr behandelnder Arzt oder Ihre Ärztin. Die Maßnahme startet bereits bei noch bestehender Arbeitsunfähigkeit, aber nur, wenn der Sozialversicherungsträger - also Ihre Krankenkasse, die Rentenversicherung oder die Agentur für Arbeit - und Ihr Arbeitgeber zustimmen und wenn absehbar ist, dass Sie bald wieder arbeiten können.

info

Bekomme ich Gehalt während der beruflichen Wiedereingliederung?

Ihr Arbeitgeber hat in der Zeit der Wiedereingliederung keinen Anspruch auf Ihre Arbeitsleistung. Er zahlt Ihnen während der Maßnahme aber auch kein Gehalt, denn Sie gelten auch in dieser Zeit noch als arbeitsunfähig. Stattdessen beziehen Sie während der Zeit der Wiedereingliederung **Krankengeld** von der gesetzlichen Krankenkasse oder **Übergangsgeld** von der Deutschen Rentenversicherung.

BERUFLICHE REHABILITATION

Sie können eine berufliche Rehabilitation erhalten, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen Ihren Beruf nicht mehr oder nicht ohne Hilfsmittel weiter ausüben können, aber einen gesetzlichen Anspruch gibt es nicht.

Die Leistungen können allein oder auch ergänzend zu einer bereits erfolgten medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden.

Es gibt Leistungen, die den Arbeitsplatz erhalten sollen, aber auch Aus- und Weiterbildungsangebote, die Ihnen ganz neue berufliche Perspektiven ermöglichen sollen.

Die Prüfung der Voraussetzungen erfolgt durch den jeweilig zuständigen Rentenversicherungsträger.



Kann man wegen einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit eine Umschulung machen?

Eine berufliche Weiterbildung oder ein Berufswechsel wird oft in solchen Fällen, in denen Menschen erst nach einer Krankheit oder einem Unfall an einer Behinderung leiden, notwendig, da durch eine Behinderung die bisherige Tätigkeit nicht mehr länger ohne Probleme ausgeübt werden kann. Gerade bei Körperbehinderungen ist dies oft der Fall, wenn in der Vergangenheit ein praktischer Beruf mit hoher Körperbelastung ausgeübt wurde. Um den Arbeitsplatz bzw. die Erwerbstätigkeit erhalten zu können, werden berufliche Umschulungen und Weiterbildungen für Behinderte angeboten. Entweder kann so ein völlig neuer Beruf erlernt oder aber neue Qualifikationen dazu gewonnen werden, die eine Grundlage für einen Jobwechsel für Menschen mit Handicap bieten.

Konkrete Details zu Ihrer individuellen Situation besprechen Sie idealerweise mit einem **Reha-Berater bei der Deutschen Rentenversicherung:**

Kostenloses Servicetelefon 0800 1000 4800



info

Welche finanzielle Unterstützung erhalte ich?

Für die Dauer der beruflichen Rehabilitation haben Sie Anspruch auf **unterhaltssichernde Leistungen** (z. B. Ausbildungsgeld, Übergangsgeld).

Während des Bezuges von unterhaltssichernden Leistungen sind Sie in der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung versichert.

Neben den gesetzlich festgeschriebenen Förderleistungen gibt es auch darüber hinaus gehende Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben, die Sie beantragen können, um eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten. Zu diesen sogenannten sonstigen Hilfen gehören zum Beispiel der **vorübergehende Einsatz eines Gebärdensprachdolmetschers, ein Mobilitätstraining oder die Teilhabebegleitung.**



info

BERUFSUNFÄHIGKEIT UND ERWERBSMINDERUNG

Reha vor Rente

Wenn Sie wegen einer schweren oder chronischen Krankheit, aber auch beispielsweise in Folge eines Unfalls gar nicht mehr oder nur noch stundenweise arbeiten können und die vorherige Reha-Maßnahme nicht erfolgreich war, zahlt Ihnen die Rentenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.



Wann habe ich einen Anspruch auf eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit?

Haben Sie die Regelaltersgrenze für die reguläre Rente noch nicht erreicht und sind aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeitsfähig, prüft die Deutsche Rentenversicherung zunächst, ob alle Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation erschöpft sind. Ist dies der Fall, beurteilt die Rentenversicherung, wie viel Zeit Sie noch arbeiten können. Davon hängt ab, ob für Sie eine Rente wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung in Frage kommt.

Wird ärztlicherseits noch ein Leistungsvermögen von mindestens sechs Stunden täglich festgestellt, steht Ihnen keine Erwerbsminderungsrente zu.

Um diese Rente beanspruchen zu können, müssen gemäß dem Sozialgesetzbuch 6. Buch (SGB VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung...

... wenn Sie mindestens fünf Jahre nach Ihrem 17. Geburtstag rentenversichert waren und täglich noch einer **Erwerbstätigkeit von drei bis unter sechs Stunden** nachgehen können.

Rente wegen voller Erwerbsminderung...

... wenn Sie mindestens fünf Jahre nach Ihrem 17. Geburtstag rentenversichert waren und täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch eine **Erwerbstätigkeit unter drei Stunden täglich** ausüben können.



Weitere Infos

www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/Erwerbsminderungsrente.html

info

Als **Selbstständiger** haben Sie Anspruch auf die Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn Sie aus einer früheren rentenversicherungspflichtigen Tätigkeit mindestens fünf Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung rentenversichert waren, in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge an die Rentenversicherung gezahlt haben (z. B. während einer versicherten Beschäftigung) oder Sie diese Beiträge als Selbstständiger freiwillig geleistet haben.

Wie hoch ist die Erwerbsminderungsrente?

Die Dauer und die Höhe der Beitragseinzahlung in die gesetzliche Rentenversicherung entscheidet über die Rentenhöhe. Durch die Dauer der Einzahlung erwirbt der Versicherte Entgeltpunkte, nach denen sich die Erwerbsminderungsrente berechnet.

Wenden Sie sich an die Auskunft- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung in Ihrem Heimatort und erbitten Sie eine aktuelle Rentenauskunft, sofern Sie sie nicht sowieso jährlich zugeschickt bekommen.

Tipp

Näheres zur Rentenberechnung in der DRV-Broschüre „Rente: So wird sie berechnet“:



www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/rente_so_wird_sie_berechnet_alte_bundeslaender.html



Feststellung der Schwerbehinderung

Ein Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung ist beim zuständigen Versorgungsamt am Wohnort zu stellen.

Das zuständige Versorgungsamt beauftragt Gutachter mit der Feststellung der Defizite bzgl. der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben auf Grund der Krankheit oder des Unfalls und bescheidet nach Auswertung der Gutachten über Ihren Antrag.



Suche nach zuständigen Versorgungsämtern und Antragsunterlagen:

www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/01_Schwerbehindertenausweis/Schwerbehindertenausweis_node.html

info

Was kann ich tun, wenn ich mit meinem Grad der Behinderung (GdB) nicht einverstanden bin?

Wenn Sie mit der Entscheidung des Versorgungsamtes nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb eines Monats gegen den Bescheid Widerspruch beim Versorgungsamt einlegen. Daraufhin erhalten Sie einen Widerspruchsbescheid. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, können Sie innerhalb eines Monats beim zuständigen Sozialgericht eine Klage einreichen.

Wenn Sie bereits einen GdB haben und einen höheren GdB haben möchten, können Sie eine Neueinstufung beim Versorgungsamt beantragen. Das ist zum Beispiel sinnvoll, wenn sich Ihr Gesundheitszustand aufgrund Ihrer Behinderung verschlechtert hat. Vorher sollten Sie sich aber beraten lassen. Denn nicht immer führt eine Neu-Einstufung zu einem höheren GdB. Bei der Neueinstufung kann Ihr GdB auch geringer ausfallen als vorher.



Wer legt den Grad der Behinderung fest?

Die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) erfolgt aufgrund eines versorgungsärztlichen Gutachtens, das durch den ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes oder durch einen vom Versorgungsamt beauftragten Gutachter erstellt wird. Liegen mehrere Funktionsbeeinträchtigungen vor, dürfen die einzelnen Werte zur Ermittlung des Gesamtgrades der Behinderung nicht addiert werden.⁴

Bei der Bemessung des Gesamt-GdB richtet sich das Versorgungsamt bzw. die feststellende Behörde nach den sogenannten **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen**⁵ der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV). Es geht bei der Feststellung der Behinderung nicht um die Art der Erkrankung/Behinderung oder um eine Diagnose, sondern immer um

- ➔ ein oder mehrere Funktionsdefizite,
- ➔ eine entsprechende Dauer (länger als sechs Monate) und
- ➔ die Auswirkung der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.



Das Sozialgesetzbuch 9. Buch (SGB IX) regelt:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

⁴ VersMedG, Teil A Nr. 3 a) der Anlage zu § 2 der VersMedV

⁵ Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen; vgl. www.gesetze-im-internet.de/versmedv. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bietet zudem eine Broschüre dazu an: Broschüre „Versorgungsmedizin-Verordnung“.

Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen

Damit schwerbehinderte Menschen nicht nur am Arbeitsleben teilhaben, sondern eine für sie geeignete Arbeit ausüben können, haben sie besondere Rechte. Sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt, gelten diese Rechte in weiten Teilen auch für Sie. Als Mensch mit Behinderungen können Sie unter bestimmten Voraussetzungen schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden. Den Gleichstellungsantrag können Sie bei Ihrer zuständigen Agentur für Arbeit stellen.

Eine Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Unter anderem muss der Grad Ihrer Behinderung mindestens 30, aber kleiner als 50 sein.

Ziel der Gleichstellung ist, Ihre Nachteile auf dem Arbeitsmarkt auszugleichen. Die Gleichstellung soll Ihnen helfen, eine geeignete Beschäftigung zu finden beziehungsweise zu behalten.



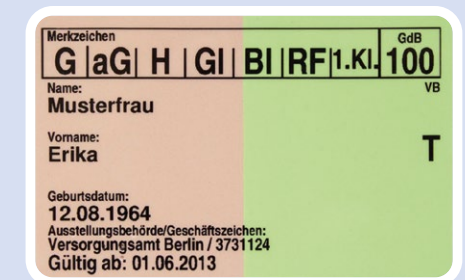
SCHWERBEHINDERUNG DURCH ERKRANKUNG ODER UNFALL

Der Grad der Behinderung (GdB) gibt die Schwere einer Behinderung an. Eine Behinderung ab einem GdB von 50 gilt als Schwerbehinderung; in diesem Fall kann ein Schwerbehindertenausweis beantragt werden, in dem der GdB und gegebenenfalls ein Merkzeichen eingetragen werden.

Schwerbehindertenausweis und Merkzeichen

Den Schwerbehindertenausweis erhalten Menschen ab einem GdB von 50. Der Ausweis wird in Form einer Scheckkarte ausgehändigt. Bei Menschen, die in ihrem Ausweis eines der Merkzeichen „G“, „aG“, „H“, „Bl“ oder „Gl“ haben, ist der Ausweis orange-grün.

Die Grundlagen für den Schwerbehindertenausweis sind in der Schwerbehindertenausweisverordnung (SchwbAwV) festgelegt.



Die Merkzeichen verdeutlichen die Ursache oder die Art der Behinderung:

G Der Ausweisinhaber ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt (erheblich gehbehindert). Das trifft zu für Personen, die infolge einer Einschränkung ihres Gehvermögens, auch durch innere Leiden oder infolge von Anfällen oder Störungen der Orientierungsfähigkeit, nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurücklegen können, die üblicherweise noch zu Fuß gegangen werden (1,5 - 2 km). Bei geistig behinderten Menschen kann eine Störung der Orientierungsfähigkeit angenommen werden, wenn sie sich im Straßenverkehr auf Wegen, die sie nicht täglich benutzen, nur schwer zurechtfinden können.

aG Der Schwerbehinderte ist außergewöhnlich gehbehindert. Zu diesem Personenkreis gehören Personen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb eines Kraftfahrzeuges bewegen können, z. B. Querschnittgelähmte oder Menschen mit Beinamputationen. Auf Antrag kann diesen Menschen von der zuständigen Straßenverkehrsbehörde eine Sonderparkgenehmigung erteilt werden.

BI Der Schwerbehinderte ist blind. Neben Menschen, denen das Augenlicht völlig fehlt, gilt als blind auch der Behinderte, dessen Sehschärfe so gering ist, dass er sich in einer ihm nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann.

H (hilflos) Personen, die infolge ihrer Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang dauernd fremder Hilfe bedürfen, z. B. beim An- und Ausziehen, der Nahrungsaufnahme, der Körperpflege, Verrichten der Notdurft. Hilflosigkeit ist auch dann gegeben, wenn zwar einige Verrichtungen des täglichen Lebens selbständig ausgeführt werden können, jedoch die ständige Anleitung und Kontrolle durch eine Hilfsperson erforderlich ist. Diese Abhängigkeit von der ständigen Hilfsbereitschaft und Unterstützung durch Dritte ist bei den meisten geistig Behinderten als gegeben anzunehmen.

GI (gehörlos) Wenn bei dem Ausweisinhaber wegen einer Störung der Hörfunktion auf beiden Seiten Taubheit vorliegt. Das Merkzeichen erhalten ebenfalls hörbehinderte Menschen, die eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und eine schwere Sprachstörung aufweisen, die in der Regel angeboren oder in der Kindheit erworben wurde.

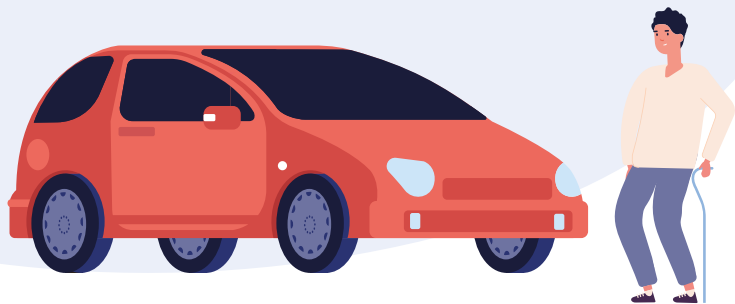


Nachteilsausgleiche bei Schwerbehinderung

Menschen mit einer Behinderung haben in ihrem Alltag oft höhere Kosten, zum Beispiel für Medikamente, Hilfsmittel, Pflege oder die eigene Fortbewegung mittels PKW. Um behinderungsbedingte Nachteile zumindest teilweise auszugleichen, gibt es die Nachteilsausgleiche. So können die Betroffenen ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben besser und selbstbestimmter gestalten.

Nachteilsausgleiche müssen beantragt werden. Die Höhe und die Art der Nachteilsausgleiche sind vom Grad und von der Art ihrer Behinderung abhängig. Dazu gehören:

- ein besonderer Kündigungsschutz ab GdB 50 oder bei Gleichstellung
- Zusatzurlaub im Umfang einer Arbeitswoche
- Steuerfreibeträge
- Hilfen im Arbeitsleben durch Integrationsfachdienste
- Freistellung von der Mehrarbeit ab GdB 50
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für Behinderte in Werkstätten
- Freibeträge bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung und beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit
- Ermäßigung bei Kurtaxe (je nach Ortssatzung)
- Vergünstigungen beim Fahren in öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Eintrittspreisen in öffentlichen Einrichtungen
- vorgezogener Beginn der Altersrente
- ggf. Rundfunkbeitrag: Ermäßigung und Befreiung
- Mehrbedarf bei Sozialhilfe (SGB XII)
- Studium: Verlängerung der BAföG Förderhöchstdauer
- Telefon: Besondere Tarife für Menschen mit Behinderung
- Post: Blindensendungen kostenlos
- vorzeitige Auszahlung von Bausparverträgen



BEHINDERTENPARKAUSWEIS

Für mobilitätseingeschränkte Autofahrer stellen sie eine enorme Erleichterung dar - gut gestaltete **Behindertenparkplätze**, die mit einem Rollstuhl-Symbol gekennzeichnet sind. Ein **blauer EU-Parkausweis** ist das einzige Dokument, das die Nutzung dieser Behindertenparkplätze erlaubt. Personen, die in ihrem Schwerbehindertenausweis das **Merkzeichen "aG"** (außergewöhnliche Gehbehinderung) bzw. das **Merkzeichen "Bl"** (blind) haben, oder **Personen mit beidseitiger Amelie oder Phokomelie** sind berechtigt für den blauen EU-Parkausweis.

Für Deutschland gibt es außerdem den **orangenen Parkausweis**. Zur Förderung der Mobilität wird unter den folgenden Voraussetzungen einem Schwerbehinderten ein Ausweis für weitere Parkerleichterungen auf Antrag beim Straßenverkehrsamt oder Versorgungsamt ausgestellt:

Merkzeichen „G“ und „B“ und ein GdB ab 80 für Einschränkungen der Beine oder der Lenden-Wirbelsäule. Das bedeutet, dass sie diesen Ausweis nur dann bekommen, wenn sie nicht oder nur sehr schlecht gehen können,

oder

Merkzeichen „G“ und „B“ und ein GdB ab 70 für Einschränkungen der Beine oder der Lenden-Wirbelsäule und gleichzeitig

- ➔ ein GdB ab 50 durch eine **Funktionsstörung des Herzens und der Lunge** oder
- ➔ **Morbus Crohn** oder **Colitis ulcerosa** und ein **GdB ab 60** oder
- ➔ **Künstlicher Darmausgang** und gleichzeitig **künstliche Harnableitung** und ein **GdB ab 70**.

Mit dem **orangenen Parkausweis** dürfen Sie parken:

im eingeschränkten Halteverbot, im Zonen-Halteverbot und auf Anwohner-Parkplätzen bis zu 3 Stunden, müssen aber eine Parkscheibe auslegen,

in Fußgängerzonen während der Ladezeit,

in verkehrsberuhigten Bereichen, wenn andere Verkehrsteilnehmer nicht behindert werden,

an Parkuhren und Parkschein-Automaten (ohne Bezahlung),

auf einem persönlichen Parkplatz, z. B. vor dem eigenen Haus, der Wohnung oder am Arbeitsplatz.



Beachte! Mit dem orangenen Parkausweis dürfen Sie nicht auf Behindertenparkplätzen mit Rollstuhl-Symbol parken! Das ist nur mit dem blauen EU-Parkausweis zulässig!

ANLAUFSTELLEN UND WEITERE INFORMATIONSMÖGLICHKEITEN

Die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)** Berlin versteht sich als Wegweiserin und Lotsin durch das deutsche Gesundheitssystem. Sie beantwortet zum Beispiel Fragen zu Patientenrechten, Kassenleistungen, Behandlungskosten oder Therapiemöglichkeiten. Die UPD bietet darüber hinaus Rat bei Auseinandersetzungen mit Ärztinnen und Ärzten oder Krankenkassen und Hilfe, wenn Sie zum Beispiel nach einer geeigneten Selbsthilfegruppe oder einer Klinik in Ihrer Region suchen.

Tel.: 0800 / 0 11 77 22 (gebührenfrei, in 4 verschiedenen Sprachen)
www.patientenberatung.de

Das **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)** Köln (www.iqwig.de) hat unter anderem den gesetzlichen Auftrag, Bürgerinnen und Bürgern allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Auf dem Internetportal www.gesundheitsinformation.de werden medizinische Themen verständlich aufbereitet und der jeweils aktuelle Stand der Forschung dargestellt.

Die **Stiftung Gesundheitswissen (SGW)** Berlin wurde 2015 durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. gegründet. Sie stellt auf ihrer Webseite www.stiftung-gesundheitswissen.de unabhängige Informationen zu verschiedenen Gesundheitsthemen zur Verfügung.

Unter www.gesund.bund.de ist das **Nationale Gesundheitsportal** zu erreichen. Hier finden Bürgerinnen und Bürger auf einer zentralen Plattform, die vom Bundesministerium für Gesundheit betrieben wird, qualitätsgesicherte, neutrale und leicht verständliche Gesundheitsinformationen.

Das **Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit** erreichen Sie von Montag bis Donnerstag von 8 bis 18 Uhr und am Freitag von 8 bis 12 Uhr unter folgenden Nummern.

zu Fragen der Krankenversicherung: 030 / 3 40 60 66 - 01

zu Fragen der Pflegeversicherung: 030 / 3 40 60 66 - 02

zu Fragen der gesundheitlichen Prävention: 030 / 3 40 60 66 - 03

Beratungsservice für Gehörlose und Hörgeschädigte

- per Videotelefonie: www.gebaerdentelefon.de/bmg
- per E-Mail: info.gehoerlos@bmg.bund.de oder info.deaf@bmg.bund.de

Die **Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe** von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE) in Düsseldorf ist die Vereinigung der Selbsthilfeverbände behinderter und chronisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland. Sie vertritt deren Interessen in Politik und Gesellschaft und setzt sich für die Förderung der Selbsthilfebewegung in Deutschland ein.

www.bag-selbsthilfe.de

Sofern Sie als Patient eine Selbsthilfegruppe suchen, ist die **Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)** in Berlin eine wichtige Ansprechpartnerin. Sie bietet Informationen über Möglichkeiten der Selbsthilfe für Betroffene und Angehörige.

www.nakos.de



Stichwortverzeichnis

Arztsuche	7
Ausland - Behandlung	26
Behandlungsfehler	11
Betriebliches Eingliederungsmanagement	54
Chronisch krank	18
Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA)	40
Elektronische Gesundheitskarte	6
Elektronische Patientenakte	19
Entlassmanagement	28
Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK)	7
Hamburger Modell	54
Heilmittel	38
Hilfsmittel	39
Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)	26
Krankengeld	42
Krankengeld bei Krankheit der Kinder	43
Krankenpflege - Häuslich	44
Kuraufenthalt	48
Medikationsanalyse	34
Medikationsplan	33
Off-Label-Use	23
Patientenrechtegesetz	3
Pflichten der Ärzte gegenüber dem Patienten	12
Pflichten der Patienten	20
Recht auf Information und Aufklärung	8
Recht auf Selbstbestimmung	10
Rehabilitation - Berufliche	55
Rehabilitation - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	54
Rehabilitation - Medizinische	51
Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	57
Schwerbehinderung	60
Schwerbehinderung - Behindertenparkausweis	66
Schwerbehinderung - Merkzeichen	63
Schwerbehinderung - Nachteilsausgleiche	65
Stationäre Behandlung	15
Telemedizin	36
Terminvermittlung	7

Therapie	20
Therapiekosten	31
Vertrauenswürdige Gesundheitsinformation	35
Zweitmeinung	15

Quellenverzeichnis

Die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigte für Pflege, „Ratgeber für Patientenrechte“, Januar 2024
www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/staerkung-der-patientenrechte

Bundesministerium der Justiz, „Patientenrechte“

www.bmj.de/DE/themen/patientenrechte/patientenrechte_node.html
gesund.bund.de/arzneimittel-kostenuebernahme-und-zuzahlung#rezept-arten

Erklärvideos:

www.stiftung-gesundheitswissen.de
www.gesundheitsinformation.de
www.gematik.de
www.gesund.bund.de
www.bertelsmann-stiftung.de

Hinweis

Die Inhalte dieser Broschüre wurden mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Alle zur Verfügung gestellten Informationen, Angaben und Angebote sind unverbindlich. Verpflichtungen zur Entfernung oder Sperrung der Nutzung von Informationen nach den allgemeinen Gesetzen bleiben hiervon unberührt. Eine diesbezügliche Haftung ist jedoch erst ab dem Zeitpunkt der Kenntnis einer konkreten Rechtsverletzung möglich. Bei Bekanntwerden von entsprechenden Rechtsverletzungen werden wir diese Inhalte umgehend entfernen bzw. nicht mehr in Umlauf bringen. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der Links sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Herausgeber / Impressum:

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI)
 Friedrichstraße 148 • 10117 Berlin • Tel.: +49 30 2 79 09 - 0 • Fax: +49 30 2 79 09 - 3 61
info@bpi.de • www.bpi.de

Gestaltung: selpers FlexCo, 1. Auflage, Dezember 2024

Wissenswertes für Patienten von Diagnosestellung bis Nachsorge

Alles rechtens? Mit diesem Ratgeber halten Sie einen praxisorientierten und alltagsrelevanten Begleiter in der Hand, der Ihnen mit wichtigen Informationen und Tipps rund um die Versorgung im Krankheitsfall zur Seite steht.

Wie entscheide ich mich für die richtige Therapie?

Welche Kosten werden von der Krankenkasse übernommen?

Was kann ich tun, wenn ich Pflegebedarf habe?

All das sind Fragen, die im Krankheitsfall auftreten können. Dieses Nachschlagewerk beantwortet wichtige Fragen rund um das Thema Gesundheitsversorgung und Patientenrechte. Für weiterführende Informationen und eine persönliche Beratung enthält der Ratgeber einen Überblick von Anlaufstellen für Betroffene.

