

Herzinfarkt

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Das Herz ist seit dem Altertum für den Menschen ein Organ mit besonderer Bedeutung. Es steht als Symbol für das Leben und die Liebe. Das zeigen Redewendungen wie „ein großes Herz haben“ oder „ins Herz treffen“. Für den Einzelnen kann es das Leben erschüttern, wenn mit dem Herzen etwas nicht stimmt, das Herz erkrankt oder es gar zu einem Infarkt kommt.

Einerseits kann es ein großes Glück bedeuten, einen Herzinfarkt überlebt zu haben; andererseits kann dieses Ereignis dazu zwingen, sein Leben neu auszurichten, was nicht immer leicht fällt.

Der vorliegende Ratgeber bietet Informationen zu Hilfen, die Betroffenen zustehen, zu sozialrechtlichen Regelungen und Voraussetzungen sowie Anregungen für ein gesundes Leben nach einem Herzinfarkt.

Inhalt

Vorwort	2
Herzinfarkt - Formen, Auftreten, Folgen	5
Koronare Herzkrankheit (KHK)	5
Symptome und Risikofaktoren	7
Was tun bei Infarkt-Anzeichen?	9
Therapie	10
Akutbehandlung	10
Rehabilitation	11
Ambulante Reha-Maßnahmen	13
Stationäre Reha-Maßnahmen	13
Anschlussheilbehandlung	16
Stufenweise Wiedereingliederung	17
Berufliche Reha-Maßnahmen	18
Übergangsgeld	20
Haushaltshilfe	22
Häusliche Krankenpflege	24
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	26
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	26
Krankengeld	27
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	31
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	33
Erwerbsminderungsrente	33
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	34
Hilfe zum Lebensunterhalt	36
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	38
Zuzahlungsregelungen	38
Zuzahlungsbefreiung	39
Sonderregelung für chronisch Kranke	42
Behinderung	43
Definition	43
Grad der Behinderung	43
Schwerbehindertenausweis	44
Nachteilsausgleiche	45
Leben nach einem Herzinfarkt	47
Angehörige und Familienleben	47
Selbsthilfegruppen	47
Sexualität	48
Autofahren und Führerschein	48

Urlaub _____	50
Sport und Bewegung _____	50
Reha-Sport _____	51
Ernährung _____	53
Nichtrauchen _____	53
Stressabbau _____	56
Betreuungsprogramm der Krankenkassen (DMP) _____	57
Kompaktkur _____	58
Hausnotrufsystem _____	60
Patientenvorsorge _____	61
Vorsorgevollmacht _____	61
Betreuungsverfügung _____	61
Patientenverfügung _____	62
Adressen _____	63
Impressum _____	64

Herzinfarkt – Formen, Auftreten, Folgen

Koronare Herzkrankheit (KHK)

Der Herzinfarkt, in der Fachsprache Myokardinfarkt genannt, ist ein akutes Ereignis im Rahmen einer koronaren Herzerkrankung (KHK). Die KHK zählt zu den Volkskrankheiten, sie ist eine der häufigsten Todesursachen in den Industrienationen. Nach einer Untersuchung aus dem Jahr 2015 starben, gemessen an allen Todesfällen in Deutschland, 17,6 % der Männer und 10,8 % der Frauen an einem Herzinfarkt.

Der Herzinfarkt stellt, bei ungünstigem Verlauf, den Höhepunkt einer KHK dar und kann deshalb nicht unabhängig von dieser betrachtet werden.

Bei der KHK handelt es sich um eine chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße. Hierbei kommt es durch eine Verengung oder einen Verschluss der Gefäße zu einer Mangeldurchblutung (Ischämie) des Herzens. Der Grund hierfür liegt in der Verkalkung (Arteriosklerose) der Herzkranzgefäße. Diese Verkalkung wird ausgelöst durch die Ablagerung von Cholesterin in der Gefäßwand und die Ausbildung von Fettpolstern, sog. Plaques. Dies engt die Gefäße ein und hat eine Durchblutungsstörung zur Folge. Bricht ein solches Fettpolster plötzlich auf, bildet sich ein Blutgerinnsel, welches das Gefäß verschließt. Die Blutversorgung von Teilen des Herzmuskels wird unterbrochen – es kommt zu einem Herzinfarkt.

Andere Ausprägungsformen der KHK neben dem Herzinfarkt sind:

- stabile Angina pectoris (Brustenge, belastungsabhängige Beschwerden/Schmerzen)
- instabile Angina pectoris (Auftreten der Beschwerden/Schmerzen schon in Ruhe)
- stille Myokardischämie (Mangeldurchblutung ohne Schmerzwahrnehmung)
- durch eine KHK bedingte Herzinsuffizienz (Herzmuskelschwäche)
- plötzlicher Herztod

Da einige dieser Ausprägungsformen einem Herzinfarkt vorweg gehen, lohnt es, sie näher zu betrachten. Wird die Erkrankung rechtzeitig erkannt, kann dadurch ein Herzinfarkt vermieden werden. Dies gilt insbesondere für Menschen, die bereits einen Herzinfarkt erlitten haben, da sie ein erhöhtes Risiko für einen erneuten Infarkt haben.

Stabile Angina pectoris

Bei 65–85 % der Herzinfarktpatienten treten im Vorfeld Symptome einer Angina pectoris auf, vor allem belastungsabhängige Brustschmerzen. Bei einer Angina pectoris herrscht ein durch Arteriosklerose bedingter Durchblutungsmangel der Herzkranzgefäße, der immer dann konstant auftritt, wenn das Herz besonders gefordert wird.

Beispiel:

Eine Frau wohnt im 4. Stock und bekommt beim Treppensteigen immer in der 3. Etage Brustschmerzen und Atemnot. Typischerweise treten die Beschwerden immer bei einer bestimmten Belastungsgrenze auf. Die körperliche Belastung erfordert eine Zunahme der Pumpleistung des Herzens, die nötige Anpassung der Herzdurchblutung ist allerdings wegen den arteriosklerotisch verengten Herzkranzgefäßen nicht mehr gewährleistet. Dadurch entsteht ein Missverhältnis zwischen Energiebedarf und Energiezufuhr des Herzmuskels. Dieses Missverhältnis tritt dann relativ konstant auf,

bei der Frau z.B. in der 3. Etage, und äußert sich in den Beschwerden einer belastungsabhängigen Angina pectoris.

Dabei kann der Schmerz auch in andere Körperteile ausstrahlen, z.B. linker Arm und Schulter, Hals, Unterkiefer oder Oberbauch. Bei Frauen kommt es oft vor, dass sie nur unter Atemnot leiden. Die Beschwerden treten meist unter Belastung auf und verschwinden in Ruhe wieder. Die Symptome einer Angina pectoris können wichtige Warnsignale sein. Werden sie ernst genommen, kann durch eine rechtzeitige Behandlung einem Herzinfarkt vorgebeugt werden.

Instabile Angina pectoris

Während die stabile Angina pectoris nicht akut lebensbedrohlich ist, besonders bei rechtzeitiger Diagnose und Behandlung, wird es für den Betroffenen gefährlich, wenn es zu einer instabilen Angina pectoris kommt.

Die Beschwerden einer instabilen unterscheidet sich nicht von einer stabilen Angina pectoris. Besonderheit ist, dass die Beschwerden bereits im Ruhezustand, also belastungsunabhängig, auftreten. Ebenso kann die Intensität, Dauer oder Häufigkeit der Beschwerden zunehmen. Die Schmerzen können bei der oben erwähnten Frau nun bereits beim ersten Treppenabsatz oder bei nur geringer Belastung auftreten. Die Ursache liegt in der Instabilität der Fettpolster (Plaques) in der Arterie. Sie können einreißen, ein Gerinnsel bildet sich und führt zum teilweisen Verschluss der Herzkranzarterie.

Herzinfarkt

Bei einem vollständigen Verschluss der Herzkranzarterie kommt es zum Herzinfarkt.

Da der Übergang von einer instabilen Angina pectoris zum Herzinfarkt fließend ist, spricht man in beiden Fällen von einem akuten Koronarsyndrom.

Ein Herzinfarkt bringt große Gefahren mit sich:

- Durch den Verschluss des Gefäßes wird ein Teil des Herzmuskels von der Sauerstoffzufuhr abgeschnitten.
- Folge kann die Störung der Herzschlagfolge sein, was zum sog. Kammerflimmern führen kann. Wird nicht rechtzeitig eingegriffen, führt dies zum totalen Kreislaufzusammenbruch.
- Weitere Gefahr ist das Pumpversagen des Herzens. Je länger der Infarkt anhält, desto höher ist der Verlust an arbeitsfähigem Herzmuskelgewebe.

Herzinsuffizienz

Durch Verlust von Herzmuskelgewebe bleibt die Herzmuskelfunktion nach einem großen Infarkt eingeschränkt. Folge ist eine Herzinsuffizienz, auch Herzmuskelschwäche genannt.

Für den Betroffenen bedeutet dies, dass seine Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, was sich auf Alltag, Beruf und Psyche des Patienten auswirken kann.

Weitere Formen

Der Krankheitsverlauf bei KHK kann sehr unterschiedlich sein. Neben den beschriebenen Formen kann es auch vorkommen, dass sich die Durchblutungsstörung nicht in Schmerzen äußert. Man spricht dann von einer stillen oder stummen Ischämie.

Diese kommt öfter bei Patienten vor, die auch an Diabetes erkrankt sind. Andere Patienten sind lebenslang durch schwere Herzrhythmusstörungen bedroht und benötigen deshalb einen Herzschrittmacher, der den potentiell tödlichen Rhythmusstörungen wie Kammerflattern oder -flimmern entgegenwirkt.

Symptome und Risikofaktoren

Diagnostik

Nach der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bedarf es für die Diagnose eines Herzinfarkts mindestens 2 der 3 folgenden Kriterien:

- Plötzlich auftretender Brustschmerz (Leitsymptom bei 9 von 10 Patienten)
- Anstieg herzmuskelspezifischer Eiweißstoffe (Enzyme) im Blut
- Spezifische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG)

Symptome

Folgende Symptome sind typisch für einen Herzinfarkt:

- Anhaltende schwere Schmerzen im Brustkorb, die in Arme, Schulterblätter, Hals, Kiefer und Oberbauch ausstrahlen können. Die Schmerzen halten länger als 5 Minuten an und lassen auch in Ruhe nicht nach.
- Starkes Engegefühl, heftiger Druck im Brustkorb
- Unruhe und Todesangst
- Atemnot
- Übelkeit und Erbrechen
- Schwächegefühl, Bewusstlosigkeit
- Blassfahle Gesichtsfarbe und kalter Schweiß

Bei Frauen sind Atemnot, Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen im Oberbauch oft die alleinigen Beschwerden.

Auslöser

Auslöser eines Herzinfarkts sind häufig körperliche und psychische Belastungen (Stress), Kälte sowie übermäßiges und schweres Essen. Gehäuft tritt ein Infarkt in den frühen Morgenstunden auf. Nur bei 35 % der Infarktfälle ist vorher eine KHK bekannt. Für einen Großteil der Patienten tritt der Infarkt also unerwartet ein.

Warnzeichen

Es ist ein Phänomen, dass Warnzeichen schon Wochen, oft Monate vor einem Infarkt auftreten, aber von den Betroffenen nicht ernst genommen werden. Die Beschwerden werden gerne verdrängt, auf das Alter oder die Bronchien geschoben, um sich zu beruhigen.

Quelle dieser Verdrängung ist häufig eine unterbewusste Angst vor einer lebensgefährlichen Bedrohung wie Herzinfarkt. Daneben spielt die Angst vor einer Erkrankung und dem damit verbundenen Rückgang der Leistungsfähigkeit und dem Verlust der körperlichen Unversehrtheit eine Rolle. Angst um den Arbeitsplatz ist ein weiteres Verdrängungsmotiv. Gerade in den letzten Jahren ist der Druck in der Arbeitswelt stark gestiegen: „Ich kann es mir nicht leisten, krank zu sein“, ist oft zu hören. Dies alles zusammen führt zu einer verständlichen Verdrängung der Warnzeichen.

Oft geht einem Herzinfarkt auch eine Phase großer Erschöpfung voraus, die sich in Energielosigkeit, Niedergeschlagenheit oder depressiver Stimmung zeigt. Die Betroffenen fühlen sich dann so ausgebrannt und leer, dass sie sich um die Warnzeichen, die ihr Körper sendet, nicht mehr kümmern.

Deshalb sollten auch Angehörige auf Warnzeichen achten und den Betroffenen motivieren, zum Arzt zu gehen. Grundsätzlich ist es für Betroffene hilfreich, über Ängste und Sorgen zu reden. Reden macht die Gefahr bewusst, es entlastet aber auch und die Angst verliert einen Teil des Schreckens. Danach fällt es leichter, aktiv zu handeln.

Risikofaktoren

Bei der Entstehung einer KHK spielt der Lebensstil eine erhebliche Rolle. Bestimmte Risikofaktoren erhöhen die Gefahr, einen Herzinfarkt zu erleiden.

Beeinflussbare Risikofaktoren sind:

- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Rauchen
- Bluthochdruck
- Erhöhtes Cholesterin (Gesamt- und LDL-Cholesterin erhöht, HDL-Cholesterin zu niedrig)
- Hoher Fibrinogenspiegel
- Hoher Triglyceridspiegel
- Diabetes
- Stress
- Antibabypille (erhöht in Verbindung mit anderen Risikofaktoren das KHK-Risiko)

Daneben gibt es Risikofaktoren, die sich nicht beeinflussen lassen, z.B.:

- Familiäre Disposition
- Lebensalter
- Geschlecht (Männer haben ein höheres Risiko als Frauen, allerdings steigt das Risiko bei Frauen nach den Wechseljahren etwa um das Dreifache im Vergleich zu Frauen gleichen Alters, die ihre Regelblutung noch haben)
- Angeborene Veränderungen der Herzkranzgefäße

Es wurden auch Verbindungen zwischen Infektionen mit den Bakterien *Chlamydia pneumoniae* und Herzinfarkten gefunden und in koronaren Arterien nachgewiesen. Auch die Antikörper sind bei Menschen mit Herzproblemen höher. Möglicherweise begünstigen chronische Infektionen mit diesem Erreger die Entstehung und das Voranschreiten der Arteriosklerose und sind somit mitauslösend bei einem Herzinfarkt.

Praxistipp!

Einen Selbsttest, ob man herzinfarktgefährdet ist, kann man online auf der Seite der Deutschen Herzstiftung durchführen unter www.herzstiftung.de.

Was tun bei Infarkt-Anzeichen?

Bei einem akuten Koronarsyndrom (instabile Angina pectoris oder Herzinfarkt) ist keine Zeit zu verlieren. Der Patient muss schnellstens behandelt und in die nächste Klinik eingewiesen werden. Je eher die medizinische Versorgung beginnt, desto höher die Überlebenschance und desto geringer die Folgeschäden. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von der ersten „goldenen Stunde“. Sind erst einmal mehr als 6 Stunden vergangen, sind die Folgen des Sauerstoffmangels für das Herz nur mehr mit erheblich reduziertem Erfolg zu beheben.

Erfolgt keine schnelle Behandlung, besteht zudem die große Gefahr eines Herzkammerflimmerns, das akut lebensbedrohlich ist. In diesem Fall muss versucht werden, das Herz durch Herzdruckmassage oder durch Elektroschock mittels Defibrillator wieder in einen normalen Rhythmus zu bringen. Keinesfalls dürfen Patienten zu lange warten, weil sie hoffen, dass die Beschwerden von selbst wieder besser werden, oder sie den Hausarzt zu später Stunde nicht mehr stören wollen.

Auf keinen Fall sollten sich Betroffene selbst auf den Weg zur Klinik machen oder womöglich noch Auto fahren. Jede körperliche Belastung verschlimmert die Folgen eines Herzinfarkts.

Erstmaßnahmen

Sofortmaßnahmen bei einem akuten Infarkt sind:

- Unverzüglich den Notruf verständigen, Telefon 112.
- Den Patienten mit leicht erhöhtem Oberkörper lagern.
- Beengende Kleidung öffnen.
- Ruhe und Sicherheit vermitteln.
- Patient warm halten.
- Patient möglichst nicht oder nur kurz alleine lassen.
- Bei Bewusstlosigkeit und Ausbleiben des Pulses: sofortige Herzdruckmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung.

Verhalten beim Notruf

Wichtig ist vor allem, sofort den Notruf über die 112 zu verständigen. Ein Umweg über den Hausarzt oder den ärztlichen Notdienst/Bereitschaftsdienst sollte vermieden werden, da so wertvolle Zeit verloren geht. Der Hausarzt wird im Ernstfall auch nur den Rettungsdienst rufen, da dieser mit einem Defibrillator ausgerüstet ist, mit dem eine lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung beendet werden kann.

Beim Telefonat mit der 112 muss unbedingt „Verdacht auf Herzinfarkt“ angegeben werden.

Notfallausweis

Ist bereits im Vorfeld eine KHK diagnostiziert oder hatte sich bereits ein Herzinfarkt ereignet, sollte der Betroffene immer einen Notfallausweis bei sich tragen. Dadurch erhält der Notarzt Informationen über Medikamente, Dosierung, Vorbehandlungen und Begleiterkrankungen. Ein Notfallausweis kann kostenlos bei der Deutschen Herzstiftung e.V. unter www.herzstiftung.de > Service für Herzpatienten > Notfallausweis bezogen werden.

Therapie

Die Behandlung von Herzkranken verläuft in drei Phasen:

- Phase I umfasst die Akutbehandlung und die Frühmobilisation im Krankenhaus.
- Phase II ist die kardiologische Rehabilitation.
- Phase III umfasst die Nachsorge und Betreuung des Patienten am Wohnort.

Akutbehandlung

Für die medizinische Akutbehandlung kommen je nach individueller Situation des Patienten verschiedene Behandlungsmöglichkeiten in Frage. Alle Maßnahmen haben das Ziel, das verschlossene Herzkranzgefäß wieder zu öffnen.

Medikamentöse Behandlung: Thrombolyse

Bei der Thrombolyse wird versucht, durch die Gabe von Medikamenten das Gerinnsel aufzulösen, welches das Herzkranzgefäß verstopft. Eine Thrombolyse ist vor allem während der ersten Stunden nach dem Infarkt wirksam.

Mechanische Behandlung: Herzkatheter

Bei der mechanischen Behandlung wird ein biegsamer millimeterdünner Schlauch (= Herzkatheter) über die Arterie ins Herz eingeführt und so der Verschluss lokalisiert. Mit Hilfe eines kleinen Ballons (Koronar-Angioplastie) wird das Gefäß dann aufgedehnt, damit wieder Blut durch die geweitete Arterie fließen kann (Fachausdruck PTCA).

Meist wird zusätzlich die Herzkranzarterie mit einem kleinen Draht- oder Plastikrohr stabilisiert (Koronar-Stent), um das Behandlungsergebnis zu sichern.

Operation: Bypass

Ein chirurgischer Eingriff ist die Bypass-Operation. Dabei wird ein Umgehungskreislauf zwischen der Hauptschlagader und einer Herzkranzarterie hergestellt. Für die Überbrückung werden körpereigene Adern wie Arterien aus der Brustwand oder den Armen oder Venen aus den Beinen verwendet.

Rehabilitation

Nach dem Akutereignis beschäftigt sich die kardiologische Rehabilitation (Phase II) mit der langfristigen Bewältigung der Folgen eines Herzinfarkts. Im Mittelpunkt stehen dabei die kontinuierliche Steigerung der Leistungsfähigkeit des Herzens sowie die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die Einschränkung von individuellen Risikofaktoren. Ein weiteres Reha-Ziel ist die Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Umfeld.

Am Anfang der Reha steht eine umfassende kardiologische Funktions- und Leistungsdiagnostik, bei der Krankheitsstadium, Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen sowie psychosoziale Probleme und Risiken des Patienten ermittelt werden.

Auf dieser Grundlage wird ein individueller Rehabilitationsplan entworfen, in dem folgende therapeutische Maßnahmen enthalten sein können:

- **Gesundheitsbildung:** Vermittlung von Wissen über die Erkrankung, deren Entstehen, Risiken und Behandlungsmöglichkeiten
- **Psychologische Betreuung:**
 - Abbau krankheitsbedingter Angst und Unsicherheiten
 - Akzeptanz und Verarbeitung der Herzerkrankung
 - Verarbeitung von Begleiterscheinungen wie z.B. verminderte Leistungsfähigkeit
 - Erkennen und Abbau individueller Risikofaktoren
 - Entwicklung alternativer Verhaltensstrategien zur Stressvermeidung
 - Neuorientierung in Bezug auf die Zeit nach der Entlassung bezüglich Beruf, Freizeit und Alltag
 - Verringerung von Unsicherheiten im Sexualverhalten
- **Diätetische Therapie:**
 - Ernährungsberatung und Lehrküche
 - Motivation zu einem gesunden Ernährungsverhalten
- **Ergotherapie**
- **Bewegungstherapie:** Aufhebung von Funktionsverlusten und Steigerung der körperlichen Belastbarkeit
- **Medikamentöse Therapie**

Die Rehabilitation führt ein interdisziplinäres Reha-Team durch, das vom Reha-Arzt koordiniert wird. Am Ende der Reha wird ein ärztlicher Entlassungsbericht verfasst, der sich in Basisdokumentation, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Leistungsdaten und Arztbericht gliedert. Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung kann bei Erwerbstätigen für die weitere berufliche Tätigkeit, für eine berufliche Neuorientierung oder eine Rentenantragstellung von Bedeutung sein.

Eine kardiologische Reha kann als Anschlussheilbehandlung (siehe S. 16) und als ambulante oder stationäre medizinische Reha (siehe S. 13) durchgeführt werden.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit Reha-Maßnahmen den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern.

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 16) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 17).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 20), Haushaltshilfe (siehe S. 28), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 51), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen Unterstützungsleistungen, um z.B. Besuche von Veranstaltungen oder Aktivitäten in einem Verein zu ermöglichen sowie Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

Zuständigkeiten

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein:

- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur Medizinischen und zur Beruflichen Reha, wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.
- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur Medizinischen Reha, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und wenn nicht andere Sozialversicherungsträger die Leistungen erbringen.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Berufliche Reha-Leistungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist.
- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag auf Reha-Leistungen bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die sog. Zuständigkeitsklärung soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird. Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, außer der Antrag wurde, bei Erklärung der Unzuständigkeit, an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet.

Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Der „weitere“ (zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

Ist ein **Gutachten** zur Ermittlung des Reha-Bedarfs nötig, muss das Gutachten 2 Wochen nach Auftragserteilung vorliegen und die Entscheidung über den Antrag 2 Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen sein.

Wer hilft weiter?

Wenn eine Reha empfohlen, aber noch nicht beantragt wurde, weil erst geklärt werden muss, wer als Kostenträger zuständig ist, sind die sog. „Reha-Servicestellen“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter www.reha-servicestellen.de.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.

Ambulante Reha-Maßnahmen werden wohnortnah durchgeführt. Der Patient wohnt zu Hause und besucht tagsüber 4 bis 6 Stunden die behandelnde Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzungen

- Eine ambulante **Krankenbehandlung** reicht für den angestrebten Reha-Erfolg nicht aus.
- Die ambulante Reha-Maßnahme wird in Vertragskliniken bzw. Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Kliniken mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung durchgeführt. Ob eine ambulante Reha in einer Einrichtung ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

Eine ambulante Reha-Maßnahme dauert in der Regel 20 Behandlungstage. Aus medizinischen Gründen ist eine Verlängerung möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären Medizinischen Reha wohnt der Patient für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort versorgt.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Reha-Maßnahme reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die stationäre Reha-Maßnahme wird in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag durchgeführt.

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Den Antrag auf eine Medizinische Reha-Maßnahme beim zuständigen Träger sollte der Arzt gemeinsam mit dem Patienten stellen. Erforderlich sind zudem eine ärztliche Bescheinigung, Arztbericht(e) und der sog. „Selbstauskunftsbogen“.

Der Leistungsumfang bei Reha-Maßnahmen liegt im Ermessen des Sozialversicherungsträgers und wird aufgrund medizinischer Erfordernisse festgelegt.

Erkennt der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Reha, so muss er bei der Krankenkasse einen Antrag stellen. Kommt nach Ansicht der Krankenkasse eine Reha-Maßnahme und sie selbst als Kostenträger in Betracht, dann bekommt der Arzt die „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ zugeschickt. Falls der Antrag bei einem anderen Kostenträger (z.B. Rentenversicherung) gestellt werden muss, wird dies von der Krankenkasse mitgeteilt.

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch empfehlenswert, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Reha ausführlich begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. Es kann durchaus sein, dass der MDK über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen zwei bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen der medizinischen Vorsorge. Ausnahmen macht die Krankenkasse nur bei medizinisch dringender Erforderlichkeit. Dies muss mit Arztberichten oder einem Gutachten des behandelnden Arztes bei der Krankenkasse begründet werden.

Der Rentenversicherungsträger genehmigt Medizinische Reha-Maßnahmen vor Ablauf der 4-Jahres-Frist, wenn vorzeitige Leistungen aus gesundheitlichen Gründen dringend erforderlich sind, weil ansonsten mit einer weiteren Minderung der Leistungsfähigkeit zu rechnen ist.

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient selbst eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Hier können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter oder besondere Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen. Zudem steht dem Patient ein **Wunsch- und Wahlrecht** zu. Er sollte dem Antrag ein formloses Schreiben beilegen, in dem er seine Reha-Wünsche äußert und begründet.



Praxistipp!

Das „Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen“ enthält einen Überblick über rund 1.500 Reha-Kliniken. Es erscheint jedes Jahr im Verlag MMI und liegt z.B. in Beratungsstellen aus. Adressen von Reha-Kliniken können auch unter www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 38.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme der Rentenversicherung beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal 42 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Wird die Medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal 14 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung.
- bei ambulanten Leistungen.
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen.
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation.
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.191 € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, **oder**
- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder**
- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat **und** deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet.

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2017 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
bis 1.191 €	keine
ab 1.191 €	9,50 €
ab 1.200 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, kann eine Befreiung von der Zuzahlung beantragt werden. Dem Antrag sind eine Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers oder eine behördliche Bescheinigung (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 22) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erforderliche Weiterbehandlung in einer spezialisierten Reha-Einrichtung.

Ziel einer Anschlussheilbehandlung ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und die Patienten wieder an die Belastungen des Alltags und Berufslebens heranzuführen.

Voraussetzungen

Eine der folgenden **versicherungsrechtlichen** Voraussetzungen muss erfüllt sein:

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

- Krankheit, die in der Indikationsliste aufgeführt ist (s.u.).
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss selbsthilfefähig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- Krebserkrankungen.

- gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Krankheiten der Gefäße.
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen.
- degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen.
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen.
- hormonelle Erkrankungen.
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen.
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata.
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven.

Beginn und Dauer

Die Anschlussheilbehandlung muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich eine Anschlussheilbehandlung zu begründen. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden in der Regel für 3 Wochen übernommen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich.

Antrag

Die Kostenübernahme muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.



Wer hilft weiter?

Informationen sind beim zuständigen Kostenträger erhältlich: Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft oder Sozialamt.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der Stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung in der Regel nur, wenn der Arbeitgeber zustimmt. Findet sie im unmittelbaren Anschluss an eine Medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung zuständiger Kostenträger. Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig.

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der behandelnde Arzt stellt fest, dass die bisherige Tätigkeit wenigstens teilweise wieder aufgenommen werden kann.
- Es liegt eine Arbeitsunfähigkeit vor.
- Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmen der Maßnahme zu.
- Der Versicherte wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt.

Schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber dann prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Hält der Arbeitgeber die Beschäftigung für nicht zumutbar, kann er die Mitwirkung an der Wiedereingliederung unter Benennung der Gründe ablehnen.

Dauer

Die Dauer der Stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand. In der Regel dauert sie 6 Wochen bis 6 Monate.

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. „Entgeltersatzleistungen“, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 27), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 20) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 31). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.



Praxistipp!

Arzt und Patient füllen gemeinsam den Antrag auf Stufenweise Wiedereingliederung aus und erstellen einen „Wiedereingliederungsplan“, aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt und in welchem Zeitraum Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Berufsgenossenschaften oder Rentenversicherungsträger, behandelnder Arzt und Arbeitgeber.

Berufliche Reha-Maßnahmen

Ein Herzinfarkt führt nicht automatisch zu einer sofortigen Berentung. Ob und wie lange Patienten noch berufstätig sein können, hängt von den bleibenden Schäden und den speziellen Anforderungen des Berufsbilds ab.

Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von kranken und/oder behinderten Menschen fördern.

Leistungen

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder zum Erwerb eines Arbeitsplatzes

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- Gründungszuschuss für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
- Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- Umzugskostenbeihilfe, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.

Berufsvorbereitung

Dazu zählt auch die wegen eines Gesundheitsschadens erforderliche Grundausbildung. Unter die Berufsvorbereitung fallen zudem die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds sowie der Aufbau und die Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.

Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.
- Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.
- Zuschüsse an den Arbeitgeber. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Dauer

Die Beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren

oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderung.

Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an Beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen. Bei Bezug von Übergangsgeld werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.



Wer hilft weiter?

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter www.integrationsaemter.de).

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten während der Teilnahme an Medizinischen oder Beruflichen Reha-Maßnahmen. Es wird nur gezahlt, wenn der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nicht mehr besteht. Das Übergangsgeld zählt zu den unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.

Übergangsgeld wird je nach Voraussetzungen vom jeweiligen Reha-Träger gezahlt. Höhe und Dauer sind im Wesentlichen einheitlich geregelt, nur die Voraussetzungen unterscheiden sich bei den Leistungsträgern.

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn die Betroffenen die Vorbeschäftigungszeit erfüllen, d.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

- entweder mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Zu den behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

- Berufsrückkehrer mit Behinderung.
- Behinderte Menschen, die innerhalb des letzten Jahres vor Beginn der Teilnahme an einer behindertenspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit eine schulische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben, die einer betrieblichen Berufsausbildung gleichgestellt ist.

Voraussetzungen der Unfallversicherung

Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalles Leistungen zur Beruflichen Reha erhält.

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

- 75 % dieser Berechnungsgrundlage bei Versicherten,
 - die ein Kind haben **oder**
 - die pflegebedürftig sind und durch ihren Ehegatten gepflegt werden, der deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder**
 - deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat.
- 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an Leistungen der Beruflichen Reha vermindert sich das Übergangsgeld jeweils um 8 %, also auf 67 % bzw. 60 % der Berechnungsgrundlage.

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha, maximal 6 Wochen.
- bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- nach einer Beruflichen Reha-Leistung: maximal 3 Monate bei anschließender Arbeitslosigkeit nach einer abgeschlossenen Beruflichen Reha-Leistung, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht.
- nach Abschluss von Leistungen zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.
- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese unmittelbar im Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger oder Agentur für Arbeit.

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe gewährt werden.

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die in dieser Zeit die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung.

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege der Krankenversicherung oder Medizinischer Reha **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das behindert und auf Hilfe angewiesen ist, **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand, des Umfangs der Haushaltsführung und Betreuung, **oder**
- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Wichtig ist, dass sich die andere im Haushalt lebende Person, z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder, nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.



Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Leistungsumfang

Vorrangig erbringen die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen

die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten für eine **selbst beschaffte Haushaltshilfe** in angemessener Höhe, d.h. in Anlehnung an das tarifliche oder übliche Entgelt einer Haushaltshilfe, übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstauffalls geben.

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder** bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 39).



Wer hilft weiter?

Antragsformulare für eine Haushaltshilfe gibt es bei den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften und den Rentenversicherungsträgern. Sie beraten auch bei Detailfragen und geben individuelle Auskünfte.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause vorübergehend von Fachpersonal versorgt wird. Neben der medizinischen Versorgung kann das auch die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und den Haushalt des Patienten umfassen.

Die häusliche Krankenpflege wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“ der Pflegeversicherung.

Voraussetzungen

Die Krankenversicherung stellt unter bestimmten Voraussetzungen eine häusliche Krankenpflege oder übernimmt die Kosten dafür. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn:

- eine Krankenhausbehandlung erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil der Patient aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit des Patienten (Krankenhausvermeidungspflege) **oder** eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege) **oder**
- sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z.B. falls der Arzt Injektionen im nötigen Umfang nicht selbst vornehmen kann (Sicherungspflege) **und**
- keine im Haushalt lebende Person den Patient im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die häusliche Krankenpflege übernimmt. Voraussetzung ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) dies nicht von der freiwilligen Erstattung durch die Krankenkasse ausgeschlossen hat.

Dauer und Umfang

Die Krankenhausvermeidungspflege ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch MDK) auch länger.

Umfang der Krankenhausvermeidungspflege:

- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung

Umfang der Sicherungspflege:

- Behandlungspflege
- Grundpflege nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist
- Hauswirtschaftliche Versorgung nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist

Leistungsinhalte:

- Behandlungspflege sind:
 - medizinische Hilfeleistungen, z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen oder
 - verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle.

Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

- Grundpflege sind pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.
- Hauswirtschaftliche Versorgung ist z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen und Waschen.



Praxistipp!

Voraussetzung für eine Kostenübernahme der Häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse ist, dass der Arzt Behandlungspflege verordnet hat. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ohne Notwendigkeit von Behandlungspflege wird nicht übernommen.

Verordnung

Die Verordnung einer häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z.B. den Hausarzt.

Seit 1.1.2016 können auch Krankenhausärzte häusliche Krankenpflege verschreiben, wenn sie wegen schwerer Krankheit, im Anschluss an die Krankenhausbehandlung oder aufgrund einer ambulanten Operation nötig ist. Der Krankenhausarzt soll vor der Entlassung den weiterbehandelnden Vertragsarzt darüber informieren.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe S. 38.

Sachleistungsprinzip

Vorrangig erbringen die Krankenkassen eine Sachleistung, d.h.: Sie bezahlen eine Pflegekraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann.

Wenn die Sachleistungserbringung nicht möglich ist, werden die Kosten der Pflegekräfte der Sozialstationen, Krankenpflegevereine etc. von der Krankenkasse übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Ein Herzinfarkt kann zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Arbeitnehmer haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte (Mini- oder 450 €-Jobber) und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, soweit ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen besteht.

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern, wenn dies in den Vereinbarungen des Tarif- oder Arbeitsvertrags geregelt wurde.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden. Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es nach Ende der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer anderen Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine **neue** Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung **nicht**.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung entspricht dem bisher üblichen Arbeitsentgelt. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Sozialzuschläge (z.B. Orts- und Familienzuschläge).

In Tarifverträgen können die Berechnungsgrundlagen abweichend von den gesetzlichen Regeln festgelegt werden.



Praxistipps!

- Falls der Arbeitgeber keine Entgeltfortzahlung leistet, die Krankenkasse noch kein Krankengeld zahlt und weder Einkünfte noch verwendbares Vermögen zur Verfügung stehen, ist es sinnvoll, sich bezüglich finanzieller Hilfen an das Sozialamt zu wenden.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.

Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder**
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung.
- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, haben in der Regel **keinen** Anspruch auf Krankengeld.

Um bei Krankheit dennoch finanziell abgesichert zu sein, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 20).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt.



Praxistipp!

Für einen Anspruch auf Krankengeld ist es wichtig, auf eine lückenlose Attestierung durch den Arzt zu achten. Spätestens am Werktag nach dem letzten Tag der Krankschreibung muss beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Berechnungsbeispiel

Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:

Monatlich brutto 3.000 €
 $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$
davon 70 % = 70 €

Monatlich netto 1.800 €
 $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$
davon 90 % = 54 €

Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich ein Abzug von 12,13 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,38 % bei kinderlosen Empfängern.

Tarifverträge können vorsehen, dass der Arbeitnehmer für eine gewisse Dauer, in der Regel abhängig von Betriebszugehörigkeit und Lebensalter, einen Zuschuss zum Krankengeld vom Arbeitgeber erhält.

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2017 ist das ein Betrag von 145 € (= Beitragsbemessungsgrenze 52.200 € : 360).

Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 101,50 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt.

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Dauer

Die Dauer des Krankengelds wegen derselben Krankheit beträgt maximal 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit. Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Die Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit.

Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der Arbeitsunfähigkeit eine **andere** Krankheit hinzutritt, sondern es beginnt eine **neue** Blockfrist. Es ist möglich, dass **mehrere** Blockfristen nebeneinander laufen.

Nach Ablauf der Blockfrist entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- erneute Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit,
- mindestens 6 Monate lang keine Arbeitsunfähigkeit wegen dieser Krankheit **und**
- mindestens 6 Monate Erwerbstätigkeit oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehend.

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen.



Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch besteht, gewährt die Krankenkasse bei Vorliegen der Voraussetzungen das Krankengeld, da dieses nur bei tatsächlichem Bezug des Arbeitsentgelts ruht. Der Anspruch des Arbeitnehmers gegen den Arbeitgeber auf Entgeltfortzahlung geht dabei auf die Krankenkasse über.

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z.B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das

Nettoeinkommen nicht übersteigen.

- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld oder Mutterschaftsgeld.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK (sog. Vertrauensarzt der Krankenkasse) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt, kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 33) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, jeweils aus dem Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

wenn die Leistung **nach** Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder stationären Behandlung zuerkannt wird.



Praxistipp!

Wenn eine der genannten Zahlungen eintrifft, ist dies der Krankenkasse schnellstmöglich mitzuteilen. Das erspart spätere Rückzahlungen.

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als Pflichtversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. **Aussteuerung**).

Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte **automatisch** am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung). Besteht Anspruch auf Familienversicherung, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.

Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären und einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt dann die Agentur für Arbeit.

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer längeren Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann das sog. „Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld“ beantragt werden. Es ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds und überbrückt die Lücke zwischen Krankengeld und anderen Leistungen, z.B. der Erwerbsminderungsrente. Dieses Arbeitslosengeld kann es auch geben, wenn das Arbeitsverhältnis formal noch fortbesteht.

Voraussetzungen

Um Arbeitslosengeld auch bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 33) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung beantragt.
- Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeits-

losengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt nicht darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können. Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend **Übergangsgeld** (siehe S. 20) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.

Praxistipps!

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese vorgeht.
- Obwohl das Verhalten des Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss der Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach objektiven Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Erwerbsminderungsrente

Patienten, die bei Ablauf des Krankengelds noch nicht wieder arbeitsfähig sind und dies voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten auch nicht werden, können Erwerbsminderungsrente beantragen.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung **und**
- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre **oder**
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

- **Teilweise** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit eine berufliche Tätigkeit von mindestens 3, aber weniger als 6 Stunden täglich, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.
- **Voll** erwerbsgemindert ist, wer aus gesundheitlichen Gründen auf nicht absehbare Zeit nur eine berufliche Tätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes ausüben kann.

Wer aus gesundheitlichen Gründen nur noch eine Teilzeitarbeit von mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden ausüben kann und zugleich arbeitslos ist, kann als voll erwerbsgemindert eingestuft werden und erhält dann Rente wegen voller Erwerbsminderung. Meist müssen die Betroffenen nachweisen, dass sie sich um eine Teilzeitarbeit bemüht haben, dass dies jedoch keinen Erfolg hatte (Anspruch wegen verschlossenem Arbeitsmarkt).

Berufsschutz

Versicherte, die vor dem 2.1.1961 geboren sind und in ihrem oder einem vergleichbaren Beruf nur noch weniger als 6 Stunden arbeiten können, bekommen eine teilweise Erwerbsminderungsrente wegen Berufsunfähigkeit, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Befristung

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet. Sie wird für längstens 3 Jahre gewährt. Danach kann sie wiederholt beantragt werden. Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen.

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der vollen Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.

Zu beachten ist, dass eine Arbeit von 3 oder mehr Stunden täglich den Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente gefährdet.



Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



Wer hilft weiter?

Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger, die auch individuelle Rentenberechnungen vornehmen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze für Regelaltersrente erreicht haben **oder**
- die das 18. Lebensjahr vollendet haben sowie, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage, aus medizinischen Gründen dauerhaft voll erwerbsgemindert sind und ihren Lebensunterhalt nicht

selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können.

- die keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress) haben. Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

Die Altersgrenze wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen findet man unter www.bmas.de > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe.

Nicht leistungsberechtigt sind Personen, die ihre Bedürftigkeit in den letzten 10 Jahren vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt haben.

Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 409 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 368 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 327 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 311 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 291 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 237 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Einen Mehrbedarfzuschlag, z.B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden.

Von diesem Bedarf wird das eigene Einkommen und Vermögen abgezogen, die Differenz wird als Grundsicherung ausgezahlt. Sind Einkommen und Vermögen höher als der Bedarf, besteht kein Anspruch auf eine Grundsicherungsleistung.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

- eigenes Einkommen und Vermögen **und**

- Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners, soweit es dessen Eigenbedarf übersteigt.

Dabei gibt es bestimmte Anrechnungsgrenzen und Schonvermögen, die individuell verschieden sind. Detaillierte Auskünfte gibt der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts. Das Sozialamt klärt im Zuge seiner Leistung für den Hilfebedürftigen, ob dessen Angehörige unterhaltspflichtig sind.

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.



Wer hilft weiter?

Der Antrag kann beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, in dessen Bereich der Antragsberechtigte seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Auch Rentenversicherungsträger beraten zum Thema Grundsicherung, nehmen einen Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) umfasst Leistungen für Menschen, die nicht erwerbsfähig und nicht in der Lage sind, für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es nur, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 34.

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel krankenversichert. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet.



Praxistipp!

Der Anspruch auf Sozialhilfe besteht ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger oder eine

zuständige andere Stelle erfährt, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen (sog. „Kenntnisgrundsatz“). Es ist kein gesonderter Antrag notwendig.

Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die überörtlichen Träger sind in der Regel für Hilfen zuständig, die in Einrichtungen gewährt werden; die örtlichen Sozialämter in Landkreisen, großen und kreisfreien Städten für alle anderen Hilfen. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Patienten mit Herzinfarkt erhalten auch Leistungen der Krankenversicherung, z.B. Medikamente. Hierbei müssen sie einen Teil der Kosten in Form von Zuzahlungen selbst tragen. Die folgenden Seiten informieren über die Höhe der Zuzahlungen und die Möglichkeiten, sich unter bestimmten Voraussetzungen von Zuzahlungen befreien zu lassen.

Zuzahlungsregelungen

Bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln müssen Patienten ab 18 Jahren zu folgenden Leistungen der Krankenkasse Zuzahlungen leisten:

Arznei- und Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arznei- oder Verbandmittels.

Preis/Kosten	Zuzahlung
bis 5 €	Preis = Zuzahlung
5 € bis 50 €	5 €
50 € bis 100 €	10 % des Preises
ab 100 €	10 €

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungen, z.B. Physio- oder Ergotherapie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Prothesen oder Rollstühle.

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. Einmalhandschuhen) beträgt die Zuzahlung 10 % der Kosten, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient von Fachpersonal zu Hause versorgt wird (siehe S. 24).

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr, zuzüglich 10 € je Verordnung.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die für den Patienten Aufgaben im Haushalt übernimmt (siehe S. 22).

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Tag, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag, für längstens 28 Tage pro Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zur Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlung werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

Zuzahlung: 10 € pro Kalendertag an die Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Fahrtkosten (für medizinisch angeordnete Fahrten), mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten der Fahrt.

Zuzahlungsbefreiung

Wer im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. „Belastungsgrenze“), kann sich und seine Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres von den Zuzahlungen befreien lassen bzw. erhält den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderung, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Berechnung der Belastungsgrenze

Alle Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen, die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet. Dasselbe gilt auch bei eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim

Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

- Ehepartner.
- Kinder bis zum 18. Geburtstag.
- Kinder ab dem 18. Geburtstag, wenn sie familienversichert sind.
- Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner (nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz).

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft beziehungsweise Partner einer nicht eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft.

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15% der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.570 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.356 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.678 €.
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.356 €.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen bei selbstständiger Tätigkeit.
- Krankengeld.
- Arbeitslosengeld.
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der über 300 € bzw. beim doppelten Bezugszeitraum über 150 € liegt.
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung.
- Einnahmen von Angehörigen im gemeinsamen Haushalt (Ehepartner, familienversicherte Kinder, eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartner). Nicht hierzu zählen Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft.
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese die Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) übersteigt.
- Altersrente.
- Witwen-/Witwerrente und andere Renten wegen Todes.
- Grundrente für Hinterbliebene nach dem BVG.

Nicht zu den Einnahmen zählen zweckgebundene Zuwendungen, z.B.:

- Kindergeld.
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum).

- Landeserziehungsgeld.
- Ausbildungsförderung (BAföG).
- Pflegegeld.
- Blindenhilfe.
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner.
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG.
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG.
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist.
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
----- minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.355 €
----- minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.712 € (2 x 7.356 €)
----- davon 2 % = Belastungsgrenze: 198,66 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 198,66 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zuzahlungsbelege aufbewahren, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Verschiedene Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Die Krankenkasse wird die Zuzahlungen zurückerstatten, die die 2-%ige Belastungsgrenze übersteigen. Bei Erreichen der Belastungsgrenze wird für den Rest des Jahres eine Bescheinigung für die Zuzahlungsbefreiung ausgestellt.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, gilt eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

Als „schwerwiegend chronisch krank“ gilt, wer sich wenigstens ein Jahr lang wegen derselben Krankheit mindestens 1 Mal pro Quartal in ärztlicher Behandlung befindet und **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

- Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.
- Grad der Behinderung (GdB) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von mindestens 60. GdB oder GdS muss durch eine schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Für die reduzierte Belastungsgrenze gelten abhängig vom Alter zudem folgende Regelungen:

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. „Präventionspass“). Ausgenommen von der Feststellung therapiegerechten Verhaltens sind schwerbehinderte Menschen mit einem GdB über 60 und Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Behinderung

Nach einem schweren Herzinfarkt mit Komplikationen kann es in seltenen Fällen auch zu bleibenden Beeinträchtigungen kommen. In diesen Fällen sollte überlegt werden, ob die sozialrechtliche Anerkennung einer Behinderung durch das Versorgungsamt sinnvoll ist.

Definition

Wann jemand als „behindert“ oder „schwerbehindert“ gilt, ist im SGB IX genau definiert.

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung führt, die für einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt.

Sie sind von Behinderung bedroht, wenn diese Beeinträchtigungen zu erwarten sind.

Als **schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50.

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag die Gleichstellung erteilt werden. Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von **weniger als 50, aber mindestens 30**, erhalten die Gleichstellung, wenn sie dadurch einen geeigneten Arbeitsplatz er- oder behalten können.

Gleichgestellte haben, wie schwerbehinderte Menschen, einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch keinen Schwerbehindertenausweis und **keinen** Anspruch auf Zusatzurlaub, Altersrente für schwerbehinderte Menschen oder Erleichterungen im Personenverkehr.

Der Antrag auf Gleichstellung muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts und eines Schreibens des Arbeitgebers, der den Antragsteller als schwerbehinderten Menschen einstellen bzw. weiterbeschäftigen würde. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) ist ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund einer gesundheitlichen Störung.

Für die Feststellung des GdB gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. „**Versorgungsmedizinischen Grundsätze**“. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Behinderung. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesjustizministerium unter www.bmas.de > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Grad der Behinderung bei KHK

Für die Bemessung des GdB bei der KHK und ihren zugehörigen Erkrankungen ist weniger die Art der Herzerkrankung maßgeblich als vielmehr die vom vorliegenden Stadium der Erkrankung abhängige Leistungseinbuße. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Medizinische Parameter sollen lediglich das klinische Bild ergänzen. Mehrere Erkrankungen werden dabei nicht zusammengerechnet, sondern auch wieder nach ihren Auswirkungen eingeteilt.

KHK	GdB
KHK ohne wesentliche Leistungseinschränkung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z.B. sehr schnelles Gehen, schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung	0–10
KHK mit Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen, mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt (wenigstens 2 Minuten)	20–40
KHK mit Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher Belastung (z.B. Spazierengehen, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt (wenigstens 2 Minuten)	50–70
KHK mit gelegentlich auftretenden, vorübergehend schweren Dekompensationserscheinungen	80
KHK mit Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z.B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie)	90–100



Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) ist das **Versorgungsamt**, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden. Er belegt die Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen in Anspruch genommen werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Betroffenen. Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleitererscheinungen angeben.

- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.



Praxistipp!

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung hinzu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung** des GdB gestellt werden.

Gültigkeitsdauer

Der Ausweis wird in der Regel für längstens **5 Jahre** ausgestellt.

Ausnahme: Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausgestellt werden. Bei Kindern und Jugendlichen gelten andere Regelungen.

Die Gültigkeit kann auf Antrag höchstens **2 Mal verlängert** werden. Danach muss ein neuer Ausweis beantragt werden.

Nachteilsausgleiche

Wurde vom Versorgungsamt ein GdB festgestellt, können verschiedene „Nachteilsausgleiche“ in Anspruch genommen werden. Diese sollen dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung soweit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom Merkzeichen, welche die Art der Behinderung kennzeichnen, und vom Grad der Behinderung (GdB). Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de mit den Suchbegriffen „GdB“ oder „Merkzeichen“ gefunden werden.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.

Leben nach einem Herzinfarkt

Wenn es im Leben zu einem einschneidenden Erlebnis wie einem Herzinfarkt kommt, hat dies auch nachhaltige Auswirkungen auf den gewohnten Alltag des Patienten.

Ein Herzinfarkt kann den Erkrankten aus dem Lebensrhythmus bringen und es ist oft eine schwierige Aufgabe, sein Leben neu auszurichten. Betroffene schwanken oft zwischen Verdrängung und Überängstlichkeit. Die Vorstellung, dass nach einem Herzinfarkt der Schaden einfach „repariert“ wird und man anschließend wieder zur Tagesordnung übergehen kann, ist in der Regel nicht förderlich. Ebenso hinderlich ist übermäßige Angst vor einem weiteren Infarkt, sodass der Betroffene sich gar nichts mehr zutraut und sich isoliert.

Wichtig ist daher langfristig eine Akzeptanz der Erkrankung. Das bedeutet, zu verinnerlichen, dass man an einer chronischen Erkrankung leidet und dies als einen Teil seines Lebens anzuerkennen. Viele Patienten empfinden einen Herzinfarkt auch als Warnung des Körpers, die besagt, dass man mit sich selbst in der Vergangenheit nicht sehr schonend umgegangen ist. Dies kann dazu anregen, abzuwägen und über das bisherige Leben nachzudenken. Daraus kann sich die Chance ergeben, seinen Lebensstil positiv zu verändern, neue Schwerpunkte zu setzen und den Alltag neu auszurichten. Das geht in der Regel nicht über Nacht, sondern benötigt Zeit, die man sich geben sollte.

Angehörige und Familienleben

Wegen den Auswirkungen des Infarkts auf den Lebensalltag sollten auch Familie und Angehörige in die Therapie eingebunden werden. Angehörige sollten sich gemeinsam mit dem Patienten über die Erkrankung informieren und ihn dabei unterstützen, den Alltag neu zu gestalten.

Dazu kann gehören:

- Kenntnis des Medikamentenplans.
- Im Notfall Erste Hilfe leisten. Sicherheit gibt hier z.B. ein Erste-Hilfe-Kurs.
- Den Patienten unterstützen, Risikofaktoren abzubauen. Das heißt, z.B. bei der Umstellung der Ernährung oder beim Aufgeben des Rauchens zu unterstützen.
- Den Patienten in das Alltagsleben einbeziehen und nicht isolieren oder übermäßig schonen.

Selbsthilfegruppen

Zum Teil finden Patienten Zuspruch und Hilfe in ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis, doch wirkliches Verständnis für die Situation haben nur Menschen in der gleichen Situation.

Das Gespräch, der Austausch mit anderen Betroffenen entlastet deshalb so wirkungsvoll, weil man sich wirklich verstanden weiß. Aus dem Verständnis ergibt sich die gegenseitige Hilfe: Tipps, Ratschläge und Erfahrungen kann kaum jemand so gezielt geben wie Betroffene, die an derselben Krankheit leiden und mit denselben Problemen kämpfen. Das reicht von der konkreten Hilfe im Alltag bis zu Veranstaltungen und gemeinsamen Unternehmungen. Ausflüge bringen Abwechslung in den krankheitsbelasteten Alltag, ermöglichen positive Erlebnisse und geben neue Energie für das Leben mit der Krankheit.

Sexualität

KHK verursacht oft Erektionsstörungen. Dies kann sich auf das Selbstwertgefühl und die Partnerschaft auswirken. Sprechen Betroffene dieses Problem nicht an, können sie in einen Teufelskreis aus Versagensängsten, Selbstzweifeln und Depressionen geraten.

Zusammenhang KHK und Sexualität

Bei etwa der Hälfte aller Männer mit Bluthochdruck ist die Erektionsfähigkeit beeinträchtigt. Nach einem Herzinfarkt und bei Verengung der Herzkranzgefäße ist die Anzahl der männlichen Patienten noch wesentlich höher.

Über sexuelle Störungen bei Frauen im Zusammenhang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen gibt es kaum Informationen. Man geht aber auch bei KHK-Patientinnen von Erregungsstörungen aus. Ein Grund für das Fehlen von Informationen darüber ist, dass Frauen das Gespräch mit ihrem Arzt darüber noch mehr scheuen als Männer und dieses Problem deswegen gar nicht erkannt wird.

Belastung durch Geschlechtsverkehr

KHK-Patienten, besonders Patienten nach einem Herzinfarkt, haben oft Angst vor einer Überlastung ihres Herzens durch Geschlechtsverkehr. Tatsächlich aber wird die Anstrengung durch Sex überschätzt. Die körperliche Belastung ist im Normalfall nicht größer als ein schneller Spaziergang oder Treppensteigen. Erledigt ein Patient solche alltäglichen Dinge ohne Beschwerden, braucht er keine Angst vor Sex zu haben. Bestehen dennoch Zweifel, kann der behandelnde Arzt die körperliche Leistungsfähigkeit beispielsweise durch ein Belastungs-EKG abklären.

Körperliche und psychische Ursachen

Hat die sexuelle Dysfunktion körperliche Ursachen, kann dies möglicherweise medikamentös behandelt werden. Viele der bei KHK verordneten Medikamente können die sexuellen Funktionen beeinträchtigen. Bekannt für häufige Störungen der Sexualität sind bestimmte Betablocker (z.B. das nichtselektive, lipophile Propranolol) und bestimmte Diuretika (z.B. Spironolacton). Der Umstieg auf ein anderes Präparat kann das Problem unter Umständen lösen.

Haben die Sexualstörungen psychische Ursachen, kann eine Paar- und/oder Psychotherapie hilfreich sein. Möglicherweise ist eine Kombination von Medikamenten und Therapie das Richtige. Oberstes Gebot für Arzt, Patient und Partner ist, das Thema Sexualität anzusprechen, um so die Ursachen für Störungen abzuklären und Lösungen zu finden.

Autofahren und Führerschein

Heute ist es für viele Menschen selbstverständlich, einen Führerschein und ein Auto zu besitzen. Doch ein schwerer gesundheitlicher Vorfall wie ein Herzinfarkt kann Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit haben.

Bei Führerscheininhabern, die einen Herzinfarkt hatten, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Patienten auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen. Der Arzt wird den Patienten in der Regel auch schriftlich bestätigen lassen, dass er auf die Gefahr hingewiesen hat, andernfalls könnte der Arzt für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden. Oft steht diese Empfehlung auch im Abschlussbericht von Reha-Maßnahmen.

Ob der Patient dies dann bei der zuständigen Führerschein- bzw. Kfz-Zulassungsstelle meldet und seine Fahrtauglichkeit überprüfen lässt, liegt in seiner eigenen Verantwortung.

Ist ein Patient fahruntauglich und steuert dennoch ein Kraftfahrzeug, macht er sich strafbar und muss für mögliche Schäden selbst aufkommen. Bei einem Unfall muss er mit strafrechtlichen und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Zweifel an der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein. Bestehen laut diesem Facharztgutachten noch immer Bedenken, fordert die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU).

Dabei wird Folgendes getestet:

- **Medizinischer Bereich:** Körperlicher Allgemeinzustand, Sinnesfunktionen, fachärztlicher Befund, neurologischer Befund (falls erforderlich), Medikamenteneinnahme
- **Psychologischer Bereich:** Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion, Belastbarkeit. Im Gespräch mit dem Arzt und Psychologen geht es um die Einstellungen zum Straßenverkehr (Vorausschauen, Planen, Erkennen von Gefahren), aber auch um die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und den Umgang mit Schwierigkeiten.

Autofahren nach einem Herzinfarkt

Menschen, die einen Herzinfarkt erlitten haben, sind in der Regel nicht in der Lage, den gestellten Anforderungen zum Führen von Kraftfahrzeugen gerecht zu werden. Ausnahmen hiervon sind nur nach einer Genesungszeit von mindestens 3 bis zu 6 Monaten begründet, wenn sich z.B.

- keine gefährlichen bzw. prognostisch ungünstigen Herzrhythmusstörungen,
- keine Herzinsuffizienz bzw.
- keine schwerwiegende Einschränkung der Pumpleistung der linken Herzkammer nachweisen lassen.

Menschen nach einem komplikationslosen Infarkt ohne Herzinsuffizienz und Rhythmusstörungen sind nach 3 Monaten, sonst nach 6 Monaten wieder in der Lage, den Anforderungen zum Führen eines Kraftfahrzeugs gerecht zu werden, wenn nach dem Ergebnis der internistischen (einschließlich EKG-)Untersuchung keine andere Beurteilung der Sachlage erfolgen muss.

Fahrradfahren

Auch Fahrradfahrer, die nach einer schweren Erkrankung am Verkehr teilnehmen und aufgrund ihres Gesundheitszustands einen Unfall verursachen, können ihren Führerschein verlieren.

Bei entsprechendem Verdacht macht die Polizei eine Mitteilung an die Führerscheinstelle, welche dann den Patienten auffordert, die Fahrtauglichkeit prüfen zu lassen.



Wer hilft weiter?

Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA sowie Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen durchführen.

Urlaub

Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung oder nach einem Herzinfarkt müssen nicht prinzipiell auf Reisen verzichten.

Damit diese aber auch wirklich der Erholung dienen, sollten sie Folgendes beachten:

- Große Höhenlagen (Gebirge) meiden. Der geringere Sauerstoffgehalt in diesen Höhenlagen belastet den Herzmuskel zusätzlich.
- Starke Temperaturdifferenzen (Tropen) meiden.
- Lange Autofahrten sind möglich, wenn viele Pausen eingehalten werden. Medikamente wie Nitrate oder Beta-Blocker beeinträchtigen das Autofahren nicht. Bahnfahrten sind aber meist weniger anstrengend.
- Nach einem Infarkt sollte man wenigstens 6 Monate nicht fliegen. Bei dauernden Angina-Pectoris-Anfällen, ausgeprägten Herzrhythmusstörungen oder Herzschwäche (Insuffizienz) sollte man auch weiterhin darauf verzichten.
- Bei Langstreckenflügen birgt längeres Sitzen die Gefahr einer Thrombose. Daher ist es ratsam, sich beim Arzt über Thrombosestrümpfe zu erkundigen. Ebenso ratsam ist „Bordgymnastik“ während des Flugs. Das sind leichte Übungen wie Fußkreisen, Heben von Ferse und Zehen oder Knie anheben und strecken. Tipps zur Bordgymnastik geben auch Physiotherapeuten. Während des Flugs unbedingt viel trinken, z.B. Mineralwasser. Alkohol dagegen meiden.
- Die verordneten Medikamente sollen in ausreichender Menge auf die Reise mitgenommen werden, vor allem auch Notfallmedikamente (Nitrospray).
- Für einen eventuellen Notfall die letzten Befunde und den Ausweis mit den Laborwerten der Blutgerinnung bei gerinnungshemmender Therapie mitnehmen.
- Sich vorher über die medizinischen Betreuungsmöglichkeiten (z.B. Klinik) am Urlaubsort informieren und sich die jeweilige Nummer des ansässigen Rettungsdienstes notieren.
- Informationen zu Impfungen und krankheitsspezifischen Gefährdungen in einzelnen Ländern erhält man beim Centrum für Reisemedizin unter www.crm.de.

Bei der Deutschen Herzstiftung unter www.herzstiftung.de > Service für Herzpatienten > Broschüren & Expertenschriften der Herzstiftung ist die Broschüre „Kleiner Herz-Sprachführer für den Notfall im Ausland“ in englisch, französisch, italienisch, spanisch, türkisch sowie griechisch, portugiesisch, russisch, polnisch und tschechisch erhältlich.

Sport und Bewegung

Ein trainiertes Herz kann helfen, koronaren Herzkrankheiten oder einem zweiten Herzinfarkt vorzubeugen. Regelmäßiges Ausdauertraining sorgt dafür, dass die Arterien elastisch bleiben und so der Blutfluss erleichtert wird. Ausdauersport ist das ideale Training für das Herz, es wird dadurch kräftiger und belastbarer. Beim Sport sollte der Puls überwacht werden.

Früher galt körperliche Inaktivität nicht als eigenständiger Risikofaktor, genauso ging man davon aus, dass nach einem Infarkt kein Sport mehr möglich ist. Inzwischen weiß man aber, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken umso höher liegt, je weniger gut das Herz trainiert wird. Allerdings wäre es auch ein Irrtum zu denken, dass viel Sport ausreicht, um damit andere Risikofaktoren auszugleichen.

Regelmäßiges Training verbessert die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Körpers durch Sen-

kung des Blutdrucks und der Herzfrequenz. Sport führt zudem zu einer seelischen Stabilisierung, weil er das Selbstwertgefühl steigert und Ängste abbaut. Er erleichtert, das Gewicht zu verringern und zu halten, hilft dabei, weniger zu rauchen, und beeinflusst den Cholesterinspiegel positiv.

Sportarten

Günstige Sportarten nach einem Herzinfarkt sind

- Radfahren
- Laufen
- Walking
- Skilanglauf
- Langsames Bergwandern
- Schwimmen (kein zu kaltes Wasser)

Krafttraining sollte wegen der Gefahr einer Herzüberlastung vermieden werden, zumindest ohne medizinische Kontrolle.



Praxistipps!

Mit dem behandelnden Arzt ist in jedem Fall vorher zu klären, wie intensiv das Training ausfallen darf.

- Faustregeln, nach denen man seine Trainingsintensität richten kann:
 - Trainingspuls = 180 minus Lebensalter
 - oder: Laufen, ohne dabei außer Atem zu kommen
- Auf keinen Fall bei Erkrankungen wie fieberhaften Infekten trainieren.
- Regelmäßige körperliche Bewegung besteht nicht nur aus Ausdauertraining, sondern kann im Alltag ständig umgesetzt werden, z.B. Auto stehen lassen, dafür zu Fuß gehen oder mit dem Rad fahren. Statt mit dem Aufzug zu fahren, Treppen steigen usw.

Reha-Sport

Reha-Sport dient der allgemeinen Stärkung der Leistungsfähigkeit nach einer Erkrankung. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger 6 Monate bis 3 Jahre.

Zum Reha-Sport zählen z.B. bewegungstherapeutische Übungen. Sie dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und psychischer Leistungsfähigkeit. Hierunter fallen u.a. Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen, Bewegungsspiele in Gruppen sowie spezielle Gruppen für Herzpatienten. In der Nachsorge von Herzinfarktpatienten hat Reha-Sport einen hohen Stellenwert.

Herzsportgruppen

Inhalt und Zielsetzung der Herzsportgruppen ist das optimale Training von Herz und Kreislauf. Ihre körperliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sollen kontinuierlich gesteigert werden. Entspannungstechniken und Gruppengespräche helfen, Ängste, z.B. vor einem zweiten Herzinfarkt, abzubauen.

In Deutschland gibt es mehr als 6.000 ambulante Herzsportgruppen, in denen Patienten unter der Leitung eines speziell ausgebildeten Übungsleiters und eines kardiologisch erfahrenen Arztes einmal pro Woche trainieren. Ein Arzt überwacht die Belastungssteigerung, führt Puls- und Blutdruckkont-

rollen durch und ist auf medizinische Komplikationen mit einem Notfallset eingerichtet.

Voraussetzungen

Renten-, Unfall-, Krankenversicherung und Agentur für Arbeit übernehmen Reha-Sport oder Funktionstraining als ergänzende Leistung zur Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen:

- Ärztliche Verordnung:
 - Diagnose und Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit nehmen
 - Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist
 - Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten
 - Angaben zur Auswahl der geeigneten Sportart
- Durchführung in Gruppen
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung

Antrag

Die Antragstellung erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“. Dieser Vordruck ist bei Ärzten und den zuständigen Leistungsträgern erhältlich. Wird während einer Reha-Maßnahme die medizinische Notwendigkeit von Reha-Sport festgestellt, ist vom Arzt der Behandlungsstätte eine Empfehlung im sog. „Abschlussbericht“ auszusprechen und der behandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-Sport muss innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

Kostenträger

Die Kosten übernehmen in der Regel die Rentenversicherungsträger. Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Reha-Maßnahme voraus, ist die Krankenkasse zuständig. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der Unfallversicherung in der Regel unbegrenzt.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel 18 Monate, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 36 Monate.



Wer hilft weiter?

- Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.
- Auch folgende Vereine vermitteln Adressen für Reha-Sport bzw. Herzgruppen:
 - Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.,

Ernährung

Durch eine gesunde Ernährung kann das Risiko, an Arteriosklerose (Arterienverkalkung) zu erkranken, verringert und das Fortschreiten einer koronaren Herzkrankheit (KHK) aufgehalten werden.

Die Ernährungstherapie nach einem Herzinfarkt soll vorhandene Risikofaktoren wie erhöhte Blutfett- und Blutdruckwerte normalisieren sowie eventuell vorhandenes Übergewicht abbauen. Erhöhte Blutcholesterinwerte können durch die Fettmenge und das richtige Verhältnis zwischen gesättigten und ungesättigten Fettsäuren in der Nahrung sowie durch körperliche Aktivität auf Dauer günstig beeinflusst werden, allerdings bei den einzelnen Menschen unterschiedlich stark.

Bestimmte Ernährungsfaktoren gelten mittlerweile als gesichert zur Prävention von KHK und damit zur Vorbeugung eines (weiteren) Herzinfarkts:

- Reichlicher Verzehr von Obst, Gemüse und Vollkornprodukten (5-6 Mal täglich)
- Gesättigte Fettsäuren und Trans-Fettsäuren durch ungesättigte Fettsäuren ersetzen. Das bedeutet: Verzicht auf tierische Fette und stattdessen Verwendung pflanzlicher Fette wie Oliven-, Sonnenblumen- oder Distelöl. Fettarme Milch und Milchprodukte verwenden.
- Vermehrt Omega-3-Fettsäuren aufnehmen, sie finden sich besonders in Seefisch wie Lachs, Makrele und Thunfisch.
- Gedünstete, gegrillte oder gedämpfte Gerichte sind fettärmer als gebratene, frittierte oder überbackene Speisen und sollten daher bevorzugt werden
- Süßspeisen meiden.

Alkohol

Regelmäßiger und maßvoller Alkoholkonsum kann das Risiko, einen Herzinfarkt zu erleiden, reduzieren. Insbesondere Rotwein kann die schädlichen Folgen des LDL-Cholesterins vermindern und das HDL-Cholesterin erhöhen. Das besagen die Ergebnisse vieler Forschungsstudien der letzten Jahre. Allerdings spielen hier auch Faktoren wie Geschlecht, Ernährung, gesunder Lebensstil (z.B. Nichtrauchen) eine wichtige Rolle. Man geht davon aus, dass Frauen 10 g und Männer 20 g am Tag konsumieren können, ohne gesundheitliche Schäden davonzutragen.
Hinweis: 0,5 Liter Bier oder 0,2 Liter Wein enthalten 20 g Alkohol.

Nichtrauchen

Rauchen ist ein gefährlicher Risikofaktor für Herzinfarkt. Raucher erleiden häufiger einen Herzinfarkt als Nichtraucher und erholen sich oft auch schlechter davon. Jedem Patient nach einem Herzinfarkt ist dringend anzuraten, mit dem Rauchen aufzuhören.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören:

- Schlusspunktmethode
- Medikamentöse Raucherentwöhnung

- Hypnose
- Akupunktur
- Verhaltenstherapie

Schlusspunktmethode

Viele Raucher wählen die sog. „Schlusspunkt-Methode“. Sie basiert auf dem Beschluss, an einem bestimmten Tag oder aber „von heute auf morgen“ das Rauchen vollkommen einzustellen. Eine Variante davon ist die „Reduktionsmethode“. Dabei reduziert der Raucher die Anzahl der täglichen Zigaretten bis zu einem festgelegten Tag auf den vollständigen Nikotinverzicht.

Medikamentöse Raucherentwöhnung

Die Nikotinersatztherapie ist eine Methode zur Aufnahme von Nikotin, ohne zu rauchen. Diese Nikotinzufuhr soll besonders in der Anfangsphase der Raucherentwöhnung die Entzugerscheinungen mildern und das Verlangen nach einer Zigarette unterdrücken. Dadurch sollen dem ehemaligen Raucher die Bewältigung der psychologischen und verhaltenstherapeutischen Aspekte des Rauchens erleichtert werden.

Grundsätzlich gilt: Die Medikamente begleiten und erleichtern eine Entwöhnung nur, der Wille, mit dem Rauchen aufzuhören, muss beim Raucher verankert sein.

Es gibt verschiedene Mittel in der Nikotinersatztherapie:

- Pflaster
- Kaugummi
- Inhaler
- Lutschtabletten
- Nasenspray

Die Dosierung dieser Mittel ist abhängig von der Zahl der täglich konsumierten Zigaretten, die ersetzt werden. In jedem Fall ist es sinnvoll, sich vom Arzt oder Apotheker beraten zu lassen. Das Nasenspray ist das einzige Produkt, das ärztlich verschrieben werden muss. Alle anderen Produkte sind rezeptfrei in Apotheken erhältlich.

Außerdem gibt es nikotinfreie Medikamente (mit Wirkstoffen wie z.B. Vareniclin oder Bupropion), die über bestimmte Rezeptoren im Gehirn das Verlangen nach Nikotin beeinflussen. Aber auch hier gilt: Ohne den festen Willen, das Rauchen aufzugeben, können auch diese Medikamente nicht wirken. Die Präparate müssen ärztlich verordnet werden, die Kosten trägt der Betroffene selbst. Eine Betreuung durch den Arzt ist wegen möglicher Nebenwirkungen unbedingt notwendig.

Hypnose

Hypnose kann als Zustand zwischen Schlaf und Wachsein bezeichnet werden. Durch Hypnose können Verhaltensweisen und Gewohnheiten, die im Unterbewusstsein manifestiert sind, erreicht und möglicherweise beeinflusst werden.

Bei der Raucherentwöhnung durch Hypnose verbindet der Therapeut beim Patienten Rauchen mit negativen Gefühlen. Im zweiten Schritt werden dann positive Gefühle mit dem Nichtrauchen verknüpft. Die Methode soll dem Nichtrauchergefühl, der Motivation und der Willenskraftstärkung des Patienten dienen.

Akupunktur

Akupunktur ist eine alte Methode aus der chinesischen Medizin. Durch feine Nadeln, die dem Patienten ins Ohr gesteckt werden, sollen die Lust auf Zigaretten genommen und Entzugssymptome wie Nervosität, innere Unruhe, Schlafstörungen und Gewichtszunahme gemindert werden.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Rauchen erlerntes Verhalten ist. Der Raucher verknüpft Nikotin mit der Bewältigung von Stress oder mit angenehmen Momenten (Belohnung).

Die Verhaltenstherapie soll dem Raucher helfen, die Ursachen und Mechanismen seines Verhaltens zu durchschauen und neue Verhaltensmuster aufzubauen. Grundsätzlich läuft eine Verhaltenstherapie in 3 Phasen ab: Selbstbeobachtung, akute Entwöhnung und Stabilisierung (Rückfallprophylaxe). Die Therapie kann in Gruppen- oder Einzelstunden stattfinden. Die meisten Seminare, die von Krankenkassen, Volkshochschulen oder anderen Einrichtungen angeboten werden, bauen auf Elementen der Verhaltenstherapie auf.

Angebote der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat gemeinsam mit dem Institut für Therapieforchung eine Methode entwickelt und nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung gestaltet.

Neu ist, dass in dem 6 bis 8 Wochen dauernden Kursprogramm die sog. Schlusspunkt-Methode zugrunde gelegt wird und mit Ansätzen der Verhaltenstherapie kombiniert wird.

Alle Beteiligten müssen nach der 4. Kursstunde definitiv mit dem Rauchen aufhören. In den ersten Kursstunden wird deshalb der „Stopp-Tag“ gut vorbereitet und die Kursteilnehmer lernen, bis dahin alle Rauchtensilien zu vernichten und sich alternative Handlungen für die bisherigen Rauchsituationen zu überlegen.

81 % der Teilnehmer haben damit Erfolg und sind nach Kursende rauchfrei. Sechs Monate nach Kursablauf greifen 38 % auch weiterhin nicht zur Zigarette. Dies ist im Vergleich zu anderen Programmen ein hervorragendes Ergebnis.

Angeboten wird das „Rauchfrei-Kursprogramm“ von Krankenkassen, Volkshochschulen oder kommunalen Bildungsstätten. Weitere Informationen, z.B. wo die Kurse stattfinden, unter www.rauchfrei-programm.de.

Darüber hinaus stellt die BZgA unter www.rauchfrei-info.de ein internetgestütztes Rauchfrei-Ausstiegsprogramm zur Verfügung, das Aufhörwillige über 4 Wochen regelmäßig und individuell bei ihrem Vorhaben unterstützt. Die Internetseite bietet außerdem zahlreiche Informationen und einen betreuten Chat, der immer dienstags von 20 bis 22 Uhr stattfindet.



Praxistipp!

Das Beratungstelefon zum Rauchverzicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter der kostenlosen Rufnummer 0800 8313131 steht Mo-Do von 10-22 Uhr und Fr-So von 10-18 Uhr für Ratsuchende zur Verfügung.

Stressabbau

Auf Dauer können Gefühle wie Ärger, Angst, Überlastung und Depressivität zu einer Herzschildigung führen. In stressigen Situationen steigt der Adrenalinpiegel. Hält dieser Zustand länger an, kann das zur Bildung zahlreicher Entzündungsstoffe führen und die Körperabwehr arbeitet schlechter. So steigt das Risiko für einen Herzinfarkt.

Wer Stress positiv verarbeitet und sich regelmäßige Erholungsphasen gönnt, muss solche Folgen weniger fürchten. Gefahr droht denjenigen, denen das nicht gelingt.

Es gilt als erwiesen, dass negativer Stress das Risiko für einen Herzinfarkt deutlich erhöht. Dasselbe gilt für bestimmte Charakterzüge wie Ehrgeiz, Wetteifer, extremes Gefühl von Zeitmangel und Aggressivität. Deswegen ist es entscheidend, Stress nicht einfach hinzunehmen, sondern ihn zu erkennen, um ihm bewusst entgegenwirken zu können.

Tipps zum Stressabbau

- Tages- und Arbeitsablauf überprüfen. Können durch bessere Planung zeitliche Engpässe und dadurch belastende Situationen vermieden werden?
- Neigung, sich für alles verantwortlich zu fühlen.
 - Sich von der Vorstellung lösen, alles perfekt und selbst machen zu wollen.
 - Lernen, Wichtiges von Unwichtigem zu unterscheiden.
 - Sich nicht alles aufladen lassen.
 - Gelassener werden.
- Entspannungstechniken erlernen, z.B. autogenes Training, Yoga, Muskelrelaxation nach Jakobsen oder Feldenkrais-Methode.
- Sport treiben.

Stressbewältigungsstrategien und Entspannungstechniken haben zum Ziel, neue Formen des Umgangs mit alltäglichen belastenden Situationen kennen zu lernen und einzuüben. Entspannungstechniken tragen dazu bei, ein Gespür für Anspannung und Entspannung zu entwickeln und das Wechselspiel dieser beiden gegensätzlichen Pole einzuüben.



Wer hilft weiter?

Kurse zum Erlernen einer Entspannungstechnik gehören zum Leistungskatalog aller großen Krankenkassen. Auch viele Volkshochschulen und Seminaranbieter haben entsprechende Kurse im Programm: zum Sport, zu Entspannungstechniken, zum persönlichen Umgang mit Stress.

Betreuungsprogramm der Krankenkassen (DMP)

Unter Disease-Management-Programmen (DMP) versteht man den strukturierten Umgang mit einer chronischen Erkrankung unter Einbeziehung aller, die an der Behandlung beteiligt sind.

Die Behandlung muss sich an evidenzbasierten Leitlinien orientieren, d.h.: Basis der Behandlung sind aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, die auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft wurden.

In der Regel informiert der Arzt den Patienten über die Möglichkeit der Teilnahme an einem DMP. Der Patient muss damit einverstanden sein und schreibt sich in das Programm ein. Ein Arzt übernimmt die Lotsenfunktion und koordiniert die leitlinienorientierten Behandlungsschritte bei der Behandlung des Patienten. Die Behandlungsergebnisse werden systematisch dokumentiert.

Ziele von DMP sind,

- die Behandlungsabläufe und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern und
- gleichzeitig die Kosten für die Behandlung zu reduzieren.
- Patienten durch Schulungen zu vermitteln, wie sie am besten mit ihrer Erkrankung umgehen, und
- sie bezüglich Diagnose und Therapie der Erkrankung umfassend zu informieren und einzubeziehen.

Inhalt eines DMPs für Herzpatienten ist neben einer leitliniengerechten Behandlung die Unterstützung und Beratung der Patienten bei der Teilnahme an Schulungen. Dies sind Kurse zum Abbau von Risikofaktoren, z.B. zur Raucherentwöhnung oder zu gesunder Ernährung. Die strukturierten Behandlungsprogramme sind mit dem Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen verknüpft. Die Krankenkassen können Patienten, die an einem Programm teilnehmen, z.B. über Bonusprogramme belohnen.

Kompaktkur

Die Kompaktkur gehört zu den Vorsorgeleistungen der Krankenversicherung und ist eine spezielle Form der ambulanten Kur. Das Besondere an einer Kompaktkur ist, dass mehrere therapeutische Bereiche eng miteinander verzahnt sind und unter ärztlicher Verantwortung koordiniert werden. Der Patient wird dadurch ganzheitlich behandelt.

Kompaktkuren gibt es nur für bestimmte Erkrankungsgruppen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören dazu.

Eine Kompaktkur zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- Hohe Therapiedichte: Der Patient ist in der Regel täglich zwischen 4 und 5 Stunden in das Therapiekonzept eingebunden.
- Behandlung in geschlossenen Gruppen mit maximal 15 Teilnehmern
- Konstante Gruppenleitung
- Regelmäßige Arztbesuche
- Interdisziplinäre Qualitätszirkel der Leistungserbringer am Kurort
- Ganzheitliches Therapieprogramm aus 6 Bereichen, aus denen die Kompaktkur je nach dem individuellen Krankheitsbild zusammengestellt wird:
 - Verhaltenstherapie, Gesundheitsbildung
 - Bewegungstherapie
 - Physikalische, Bäder- und Hydrotherapie
 - Indikationsbezogene Therapien bzw. ergänzende Maßnahmen wie Rücken-, Haltungs- oder Atmungsschule
 - Ernährungstherapie
 - Entspannungstherapie

Dauer und Wartezeit

Eine Kompaktkur dauert längstens 3 Wochen, außer eine Verlängerung ist aus medizinischen und therapeutischen Gründen erforderlich.

Zwischen zwei Kompaktkuren muss eine Wartezeit von 3 Jahren liegen, außer eine vorzeitige Leistung ist medizinisch notwendig.

Kosten, Zuschuss und Zuzahlung

Die Krankenkasse zahlt in der Regel nur einen Zuschuss. Für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte selber aufkommen, jedoch gibt es, je nach Satzung der Krankenkasse, einen Zuschuss von bis zu 13 € täglich oder einen einmaligen Zuschuss von 100 €, wenn die Kur länger als 14 Tage dauert.

Erwachsene Versicherte müssen zudem Zuzahlungen für die verordneten Anwendungen am Kurort leisten.

Antrag

Den Kurantrag stellt der Arzt und begründet ihn aus medizinischer Sicht. Der Antrag wird bei der Krankenkasse eingereicht und muss vor Beginn der Maßnahme bewilligt werden. Der MDK prüft die Notwendigkeit der Kompaktkur.

Wer hilft weiter?

Informationen über Kompaktkuren, das Vorgehen beim Antrag und Kurorte bekommt man beim Deutschen Heilbäderverband unter www.kompaktkur.de.

Hausnotrufsystem

Hausnotrufsysteme ermöglichen gefährdeten, allein lebenden Menschen, bei Hilflosigkeit und Notfällen, schnell Hilfe anzufordern. Über ein Hausnotrufgerät kann per Knopfdruck die Notrufzentrale alarmiert und Hilfe geschickt werden.

Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt (z.B. um den Hals oder als Armband). Benötigt wird ein Telefonanschluss, denn die Basisstation ist ein Telefonwahlgerät, in das die Rufnummer der Hausnotrufzentrale einprogrammiert wird. Im Notfall löst ein Knopfdruck auf den Funksender bei der Notrufzentrale einen Notruf aus. Automatisch wird sofort eine Sprechverbindung hergestellt und der Mitarbeiter in der Hausnotrufzentrale kann erfragen, um welche Art von Notfall es sich handelt und die notwendigen Hilfen veranlassen, die vorher in einem Hilfeplan vereinbart wurden. So können z.B. zunächst Verwandte oder Nachbarn verständigt werden, je nach Situation auch sofort der Rettungsdienst oder Notarzt. Die Hausnotrufanbieter bieten in der Regel auch eine gesicherte Schlüssel hinterlegung an, damit die Wohnung im Notfall leicht zugänglich ist.

Zusatzfunktionen

- Auf Wunsch verabreden viele Hausnotrufzentralen mit den Teilnehmern zu festgelegten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeiter nach, ob etwas passiert ist.
- Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, z.B. im Keller oder im Garten.
- Als ein weiterreichendes Notrufsystem gibt es Mobilnotrufe mit GPS und Ortungsfunktion, die Menschen draußen begleiten können.
- Einige Hausnotrufgeräte ermöglichen Zusatzinstallationen: Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus. Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden. Einbruch- und Feuermelder, Videoüberwachung oder Türöffner können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden.

Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können neben der Anschlussgebühr 30 bis 50 € monatlich veranschlagt werden.

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den MDK meist einen Zuschuss: für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren maximal 18,36 €. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.



Wer hilft weiter?

Anbieter von Hausnotrufsystemen sind in der Regel soziale Hilfsorganisationen, z.B.: Arbeiter-Samariter-Bund, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Johanniter, Malteser Hilfsdienst, Rotes Kreuz, Volkssolidarität.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern.

Dies kann in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht.
- Betreuungsverfügung.
- Patientenverfügung.

Vorsorgevollmacht

In einer Vorsorgevollmacht werden eine oder mehrere Personen des absoluten Vertrauens festgelegt, die im Falle einer Geschäftsunfähigkeit als Bevollmächtigte handeln und entscheiden. Die Vorsorgevollmacht kann die Wahrnehmung aller persönlichen Angelegenheiten umfassen (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenbereiche (sog. Aufgabenkreise) beschränken.

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheits- und Pflegebedürftigkeit.
- Vermögenssorge.
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten.
- Aufenthalt und Unterbringung.
- Post- und Fernmeldeverkehr.
- Behörden- und Ämtervertretung.
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten.

Da häufig sehr schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden müssen, sollten die eigenen Vorstellungen mit dem in der Vorsorgevollmacht vorgesehenen Bevollmächtigten besprochen werden. Ein Bevollmächtigter wird nicht gerichtlich kontrolliert.

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung wird dem Betreuungsgericht vorgeschlagen, wer als gesetzlicher Betreuer die persönlichen Angelegenheiten übernehmen soll, wenn man sich selbst nicht mehr darum kümmern kann. Es kann auch festgelegt werden, wer auf keinen Fall als gesetzlicher Betreuer eingesetzt werden soll. Im Vergleich zur Vorsorgevollmacht ist eine Betreuungsverfügung dann sinnvoll, wenn man keine Person kennt, der man uneingeschränkt vertrauen kann.

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z.B. zum Umgang mit seiner Person, zur Verwaltung von Finanzen und Vermögen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angelegenheiten.

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 61) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung wird festgelegt, wie die medizinische Behandlung in bestimmten Situationen erfolgen soll, in denen man selbst nicht mehr in der Lage ist, diese Entscheidungen zu treffen oder zu äußern.

In der Patientenverfügung kann festgelegt werden, unter welchen Bedingungen eine bestimmte Behandlung

- nicht begonnen werden darf, d.h. unterlassen werden muss oder
- nicht weiter fortgeführt werden darf, d.h. beendet werden muss.

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

Eine Patientenverfügung ist rechtlich bindend, wenn die gewünschte Behandlung auf die vorliegende Krankheitssituation zutrifft. Damit der Wille des Verfassers bezüglich ärztlicher Maßnahmen eindeutig und sicher nachvollzogen werden kann, ist es empfehlenswert, sich bei der Erstellung einer Patientenverfügung vom Arzt beraten zu lassen.

Praxistipp!

Der Ratgeber „Patientenvorsorge“ des beta Instituts mit ausführlichen Informationen zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht kann unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

Informationen geben Hausärzte, Palliativfachkräfte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

Adressen

Deutsche Herzstiftung e.V.

Bockenheimer Landstraße 94-96, 60323 Frankfurt am Main
Telefon: 069 9551280
E-Mail: info@herzstiftung.de
www.herzstiftung.de

Deutsche Hochdruckliga e.V.

Berliner Straße 46, 69120 Heidelberg
Telefon: 06221 588550
E-Mail: info@hochdruckliga.de
www.hochdruckliga.de

Deutsche Gefäßliga e.V.

Mühlenstr. 21-25, 50321 Brühl
Telefon: 02232 7699790
E-Mail: info@deutsche-gefaessliga.de
www.deutsche-gefaessliga.de

Lipid-Liga e.V.

(Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen)
Mörfelder Landstr. 72, 60598 Frankfurt am Main
Telefon: 069 96365218
E-Mail: info@lipid-liga.de
www.lipid-liga.de

Impressum

Herausgeber

beta Institut gemeinnützige GmbH
Kobelweg 95, 86156 Augsburg
info@beta-institut.de
www.beta-institut.de

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

Anna Yankers, Janina Del Giudice, Andrea Nagl

Layout und Gestaltung

beta Institut

Autoren und Herausgeber übernehmen keine Haftung für die Angaben in diesem Werk.

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

Der Ratgeber einschließlich all seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Reproduzierung, Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen oder Datenverarbeitungsanlagen.

6. vollständig überarbeitete Auflage, Juni 2017

