

# Osteoporose

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



# Vorwort

Osteoporose gehört zu den zehn häufigsten Krankheiten weltweit. Die Erkrankung entwickelt sich schleichend und die Betroffenen haben lange Zeit keine Symptome. Daher ist die Vorbeugung durch einen gesunden Lebensstil besonders wichtig. Aber auch wenn man die Diagnose Osteoporose erhält, kann man einiges tun, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und Folgeschäden zu verhindern. Trotzdem ist Osteoporose eine ernst zu nehmende Erkrankung und die in der Folge entstehenden Knochenbrüche können die Lebensqualität erheblich einschränken.

Der vorliegende Ratgeber möchte Betroffenen, Angehörigen und Interessierten einen Überblick über die Erkrankung geben. Im Kern informiert er aber über sozialrechtliche Themen, die bei Osteoporose häufig von Bedeutung sind. Welche finanziellen Hilfen stehen mir bei einem Arbeitsausfall oder einer Erwerbsminderung zu? Welche Formen der Rehabilitation gibt es und wie kann ich diese beantragen? Welche Ansprüche habe ich, wenn ich pflegerische Unterstützung benötige?

Diese und weitere Fragen möchten wir Ihnen durch den Ratgeber beantworten und damit eine kleine Hilfestellung im komplexen und oft schwer zu verstehenden „Dschungel“ des Gesundheits- und Sozialwesens leisten.

# Inhalt

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Vorwort</b>                                       | <b>2</b>  |
| <b>Osteoporose</b>                                   | <b>5</b>  |
| Risikofaktoren                                       | 5         |
| Symptome   | 6         |
| Diagnostik   | 6         |
| <b>Therapie</b>                                      | <b>8</b>  |
| Medikamentöse Therapie                               | 8         |
| Schmerztherapie                                      | 9         |
| Ernährung  | 9         |
| Sport und Bewegung                                   | 10        |
| <b>Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit</b> | <b>12</b> |
| Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall                 | 12        |
| Krankengeld  | 14        |
| Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit              | 19        |
| <b>Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung</b>       | <b>21</b> |
| Erwerbsminderungsrente                               | 21        |
| Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung     | 23        |
| Hilfe zum Lebensunterhalt                            | 25        |
| <b>Zuzahlungen in der Krankenversicherung</b>        | <b>26</b> |
| Zuzahlungsregelungen                                 | 26        |
| Zuzahlungsbefreiung                                  | 27        |
| Sonderregelung für chronisch Kranke                  | 30        |
| <b>Rehabilitation</b>                                | <b>31</b> |
| Überblick über Reha-Leistungen                       | 31        |
| Ambulante Reha-Maßnahmen                             | 32        |
| Stationäre Reha-Maßnahmen                            | 33        |
| Anschlussheilbehandlung                              | 36        |
| Stufenweise Wiedereingliederung                      | 37        |
| Berufliche Reha-Maßnahmen                            | 38        |
| Übergangsgeld  | 39        |
| Reha-Sport und Funktionstraining                     | 41        |
| Haushaltshilfe                                       | 43        |
| <b>Behinderung</b>                                   | <b>46</b> |
| Definition   | 46        |
| Grad der Behinderung                                 | 46        |
| Schwerbehindertenausweis                             | 47        |
| Nachteilsausgleiche                                  | 48        |
| <b>Häusliche Krankenpflege</b>                       | <b>49</b> |
| <b>Pflege</b>  | <b>51</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| Definition „Pflegebedürftigkeit“ _____    | 51        |
| Pflegegrade _____                         | 54        |
| Bearbeitungsfristen der Pflegekasse _____ | 54        |
| Pflegeleistungen _____                    | 55        |
| Leistungen für pflegende Angehörige _____ | 58        |
| <b>Sturzprophylaxe _____</b>              | <b>61</b> |
| <b>Hilfsmittel _____</b>                  | <b>64</b> |
| Pflegehilfsmittel _____                   | 66        |
| Wohnumfeldverbesserung _____              | 67        |
| Hausnotrufsystem _____                    | 69        |
| <b>Adressen _____</b>                     | <b>71</b> |
| <b>Impressum _____</b>                    | <b>72</b> |

# Osteoporose

**Osteoporose, auch „Knochenschwund“ genannt, ist eine Stoffwechselerkrankung des Skeletts. Durch Abnahme der Knochenmasse kommt es zu einer Verringerung der Knochendichte. Diese verringerte Dichte der Knochen erhöht das Risiko für Knochenbrüche, typischerweise an Hüfte, Wirbelsäule und Handgelenken.**

In Deutschland sind etwa 6 Millionen Menschen von Osteoporose betroffen – mit steigender Tendenz. Damit zählt Osteoporose zu einer der bedeutendsten Volkskrankheiten der heutigen Zeit.

Frauen erkranken häufiger an Osteoporose als Männer. Das liegt daran, dass viele Frauen nach den Wechseljahren einen Mangel an Östrogen haben, einem weiblichen Geschlechtshormon, das eine Schutzfunktion für die Knochen hat. Zudem ist die Struktur der Knochen bei Frauen feiner als bei Männern, was die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Osteoporose bei Frauen zusätzlich erhöht.

Auch ein höheres Lebensalter begünstigt die Entstehung einer Osteoporose. Daher erkranken auch Männer – durchschnittlich aber etwa 10 Jahre später als Frauen. Neben diesen Risikofaktoren hat vor allem der Lebensstil einen großen Einfluss auf die Entstehung der sog. **primären Osteoporose**.

Wenn bestimmte Erkrankungen (z.B. Darm-, Leber- und Nierenerkrankungen, Stoffwechselstörungen oder Störungen des Hormonhaushalts) oder eine medikamentöse Behandlung (z.B. mit Kortison) zur Entstehung einer Osteoporose führen, spricht man von einer **sekundären Osteoporose**.

## Osteoporose und Knochenumbau

Die Knochenqualität wird von einem ständigen Auf- und Abbauprozess bestimmt. Bis etwa zum 30. Lebensjahr wird mehr Knochenmasse auf- als abgebaut. Ab etwa dem 40. Lebensjahr kehrt sich dieser Prozess um. Es ist daher natürlich, dass der Knochen im Alter allmählich an Masse verliert. Bei Osteoporose findet der Abbauprozess der Knochenmasse übermäßig schnell statt und das Gleichgewicht zwischen Auf- und Abbau ist gestört. Durch einen raschen Abbau von Knochenmasse werden die inneren Strukturen des Knochens zerstört. Die Knochen werden brüchig, weil sie an Elastizität und Stabilität verlieren. Das kann so weit führen, dass sogar ohne einen Sturz (z.B. durch das Tragen schwerer Taschen oder kräftiges Niesen) Knochen brechen.

## Risikofaktoren

Für die Entstehung einer Osteoporose gibt es verschiedene Risikofaktoren. Manche davon kann man aktiv beeinflussen, andere hingegen nicht.

### Beeinflussbare Ursachen

- Kalzium- und Vitamin-D-Mangel
- Hormonstörungen
- Rauchen
- Übermäßiger Alkohol- und Koffeinkonsum
- Untergewicht (BMI < 20)

- Fehlernährung
- Bewegungsmangel

### Nicht oder schwer beeinflussbare Ursachen

- Erbliche Veranlagung
- Alter und Geschlecht
- Erkrankungen wie z.B. chronisch entzündliche Darm- oder Rheumaerkrankungen, Diabetes Typ 1, Essstörungen (Magersucht, Bulimie)
- Zustand nach Organtransplantation oder Magenentfernung
- Funktionsstörungen der Nieren, Leber oder Schilddrüse
- Bestimmte Medikamente (z.B. Antidepressiva, Antiepileptika, Kortison)



### **Praxistipp!**

Unter [www.osd-ev.org](http://www.osd-ev.org) > Osteoporose > Risikotest gibt es einen Fragebogen, der Aufschluss über das individuelle Osteoporose-Risiko geben kann. Eine persönliche ärztliche Beratung ersetzt er natürlich nicht.

## Symptome

**Eine Osteoporose zeigt sich vor allem durch Schmerzen und das vermehrte Auftreten von Knochenbrüchen.**

Folgende Symptome treten meist im Zusammenhang mit einer Osteoporose auf:

- Schmerzen, häufig im Brustkorb oder Rücken
- Abnahme der Körpergröße durch Fehlstellungen und Skelettveränderungen
- Verkrümmung des Oberkörpers (auch „Rundrücken“ oder „Witwenbuckel“ genannt)
- Auftreten von Knochenbrüchen ohne akuten Anlass (sog. Spontanbrüche)

## Diagnostik

**Häufig wird Osteoporose nicht rechtzeitig erkannt, weil poröse Knochen keine Schmerzen verursachen. Daher wird die Diagnose meist erst nach vermehrten Knochenbrüchen gestellt. Das ist sehr problematisch, denn je früher Osteoporose festgestellt wird, desto besser kann man gegen den Knochenschwund vorgehen und Folgeerkrankungen wie schmerzhafte Frakturen, eine Abnahme der Körpergröße und einen Rundrücken vermeiden.**

Neben einem ausführlichen Patientengespräch mit Erhebung möglicher Risikofaktoren, einer körperlichen Untersuchung sowie bestimmten Laboruntersuchungen ist die Knochendichtemessung (Osteodensitometrie) eine der sichersten Methoden, um eine Osteoporose zu erkennen.

### Knochendichtemessung

In der Regel erfolgt die Knochendichtemessung als Röntgenuntersuchung durch die Zwei-Spektren-Röntgenabsorptiometrie (DXA). Geröntgt werden meistens die Lendenwirbelsäule oder der Ober-

schenkelknochen bzw. das Hüftgelenk. Die DXA-Messung ist eine strahlungsarme Röntgenmethode, die nur wenige Minuten dauert. Bei der Knochendichtemessung wird nicht die absolute Knochendichte ermittelt, sondern die Abweichung vom Normalen durch den sog. T-Wert. Eine Osteoporose liegt vor, wenn der Messwert mit einem bestimmten Abstand unter dem Durchschnitt der gleichgeschlechtlichen 30-jährigen Gesunden (sog. „peak bone mass“) liegt.

Mit dem Alter nimmt die Knochendichte natürlicherweise ab und das Risiko für Knochenbrüche steigt auch bei gesunden Menschen. Daher wird zusätzlich zum T-Wert ein Vergleichswert bestimmt, der sich auf gesunde Frauen und Männer im gleichen Alter bezieht. Wenn der Vergleichswert normal ist, gilt die Knochendichte als alterstypisch.

Die Knochendichtemessung kann zwar auf eine Osteoporose hinweisen, sie aber nicht beweisen. Sie ist eine Art Gradmesser für den Knochenmineralgehalt. Der Arzt bewertet das Ergebnis immer zusammen mit individuellen Aspekten des Patienten wie z.B. dem Alter, Risikofaktoren, Beschwerden und Symptomen sowie möglichen Krankheiten, die eine Osteoporose auslösen können.

### Kosten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten der Knochendichtemessung mittels DXA-Verfahren nur, wenn aufgrund konkreter Befunde eine gezielte medikamentöse Behandlungsabsicht besteht. Bei anderen Verfahren, z.B. einer qualitativen Computertomographie oder dem quantitativen Ultraschallverfahren, werden die Kosten nicht übernommen.

Ausführliche Informationen zur Knochendichtemessung als Kassenleistung unter [www.osd-ev.org](http://www.osd-ev.org) > Osteoporose > Knochendichtemessung > Knochendichtemessung als Kassenleistung.



### Wer hilft weiter?

- Bei einem Verdacht auf Osteoporose, wenden Sie sich am besten an einen **Osteologen**. Das sind Ärzte, die sich speziell in der Knochenlehre weitergebildet haben.
- Zertifizierte Praxen und Kliniken für Osteoporose können unter [www.dv-osteologie.org](http://www.dv-osteologie.org) > Zentrum DVO gefunden werden.



### Praxistipp!

Das Netzwerk-Osteoporose e.V. gibt die zweisprachigen Broschüren (deutsch/türkisch) „Arztgespräch und Diagnose“ und „Meine Knochendichte-Messung“ heraus, die unter [www.netzwerk-osteoporose.de](http://www.netzwerk-osteoporose.de) > Infobereich > Info-Material > Broschüren kostenlos heruntergeladen werden können.

# Therapie

**Die Osteoporosebehandlung besteht aus medikamentöser Therapie, ausgewogener Ernährung mit hohem Kalziumanteil und einem konsequenten Bewegungsprogramm.**

Ziel der Behandlung ist es, eine positive Bilanz am Knochen zu erreichen, Verformungen und Knochenbrüche zu verhindern sowie Schmerzen zu reduzieren. Die Behandlung von Osteoporose erfordert eine aktive Mitarbeit des Patienten.

## Medikamentöse Therapie

**Je nach Ursache der Erkrankung gibt es verschiedene Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung.**

Als **Basis-Therapie** werden **Kalzium** und **Vitamin D** eingesetzt. Es stehen aber auch weitere Wirkstoffe zur Verfügung, die entweder den weiteren Knochenabbau bremsen oder den Knochenaufbau fördern. Am häufigsten werden Bisphosphonate eingesetzt, die sich auf den Oberflächen der Knochen anreichern und die knochenabbauenden Zellen (Osteoklasten) hemmen.

Bei Frauen in den Wechseljahren ist in der Regel der Östrogenmangel die Ursache der Osteoporose. Nach den heutigen medizinischen Kenntnissen muss über die Einnahme von Östrogen allerdings sehr sorgfältig und unter Abwägung von Nutzen und Risiken entschieden werden, da sie das Risiko für Brustkrebs, Thrombosen und Embolien erhöht. In der Regel ist eine Hormontherapie nur eine Behandlungsoption, wenn andere Medikamente zur Vorbeugung einer Osteoporose nicht vertragen werden. Alternativ stehen andere Substanzen wie Raloxifen und Bazedoxifen zur Verfügung, die die Wirkung von Östrogen nachahmen.

Auch eine Behandlung mit dem Teriparatid-Parathormon kann in Frage kommen, denn dieses biotechnologisch hergestellte Teilstück des körpereigenen Parathormons regt den Knochenstoffwechsel an und unterstützt dadurch die Bildung von neuen, belastbaren Knochen. Das Medikament wird als Injektion mit einem „Pen“ vom Patienten selbst unter die Haut von Bauch oder Oberschenkel gespritzt.

Welche Medikamente für den Einzelnen am besten geeignet sind, sollte mit dem Arzt besprochen werden.

### Praxistipps!

- Der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. hat eine kostenlose Info-Broschüre zur medikamentösen Therapie bei Osteoporose herausgegeben. Diese kann unter [www.osteoporose-deutschland.de](http://www.osteoporose-deutschland.de) > Osteoporose > Therapie > Medikamente heruntergeladen werden.
- Ausführliche Informationen zu Medikamenten bei Osteoporose gibt es unter [www.osd-ev.org](http://www.osd-ev.org) > Therapie > Medikamente Teil 1 und 2.



## Schmerztherapie

Osteoporose kann akute und chronische Schmerzen verursachen, die frühzeitig behandelt werden müssen.

**Akute Schmerzen** entstehen vor allem nach einem Knochenbruch. Häufig sind die Wirbelkörper betroffen, die dann zu starken Rückenschmerzen führen. Bei akuten Schmerzen werden vor allem Medikamente wie Ibuprofen oder Diclofenac eingesetzt, die die Schmerzempfindung senken. Bei starken und stärksten Schmerzen ist auch die kurzfristige Einnahme von Opioiden möglich.

**Chronische Schmerzen** entstehen vor allem durch Veränderungen der Körperstatik (Rundrücken und verminderte Körpergröße). Durch diese Veränderungen kommt es zu einer Fehlstellung der Wirbelsäule, wodurch Bänder und Sehnen permanent gereizt werden und die Muskulatur überlastet wird. Die überlastete Muskulatur verspannt sich und löst ihrerseits Schmerzen aus. Die Behandlung chronischer Schmerzen muss individuell angepasst werden und erfordert eine genaue Abstimmung mit dem behandelnden Arzt.

### Praxistipp!

Der Ratgeber „Schmerz“ des beta Instituts enthält vielfältige Informationen für Patienten mit chronischen Schmerzen und kann unter [www.beta-institut.de](http://www.beta-institut.de) > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

## Ernährung

Bei der Behandlung von Osteoporose spielt die Ernährung eine große Rolle. Auch vorbeugend kann man mit einer gesunden, kalzium- und Vitamin D-reichen Ernährung viel erreichen. Knochen brauchen Kalzium und Vitamin D hilft dem Körper, das Kalzium zu nutzen.

### Kalzium

Eine ausreichende Kalziumzufuhr ist für gesunde Knochen absolut unverzichtbar. Viel Kalzium liefern kalziumreiches Mineralwasser, kalziumreiche Gemüsesorten wie Grünkohl, Lauch und Brokkoli sowie Milch und Milchprodukte. Der Tagesbedarf hängt vom Lebensalter ab. Ein Erwachsener sollte im Durchschnitt 1.000 mg Kalzium täglich aufnehmen. Wenn die empfohlene Kalziumzufuhr durch die tägliche Nahrung nicht gewährleistet ist, sollten zusätzlich Kalziumpräparate (z.B. in Form von Brause- oder Kautabletten) eingenommen werden. Überschüssiges Kalzium wird über die Nieren und das Harnsystem ausgeschieden.

Um die Aufnahme von Kalzium zu gewährleisten, sollte auf Nikotin verzichtet und phosphatreiche Lebensmittel wie Cola, stark zuckerhaltige Limonaden, Schmelzkäse, Wurst- und Fleischwaren vermieden werden. Alkohol und Kaffee sollten nur in Maßen getrunken werden. Ebenso negativ wirken sich oxalatreiche Lebensmittel, z.B. Rhabarber, Spinat und Schokolade, aus. Durch Erhitzen werden die Oxalsäuren aber in der Regel inaktiv.

### Praxistipp!

Eine Liste des Kalziumgehalts verschiedener Lebensmittel bietet das Deutsche Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet) unter [www.ernaehrung.de](http://www.ernaehrung.de) > Ernährungstipps > Ernährungstherapie > Osteoporose.

## Vitamin D

Vitamin D fördert die Kalziumaufnahme aus dem Darm sowie die Einlagerung des Mineralstoffs in den Knochen. Nur wenige Nahrungsmittel, z.B. fettreicher Fisch, enthalten Vitamin D. Durch den Einfluss von UV-Licht kann der Körper aber einen Großteil des Bedarfs selbst bilden. Je nach Hauttyp und Jahreszeit reichen 5-25 Minuten Aufenthalt im Freien aus, um den Tagesbedarf zu decken. Bei zu geringer Sonnenbestrahlung, vor allem im Winter und bei bettlägerigen Patienten, ist es sinnvoll, Vitamin D-Präparate einzunehmen (empfohlen werden 800-1.000 IE Vitamin D3 täglich).

**Wichtig:** Bei einer medikamentösen Therapie der Osteoporose können die Empfehlungen für die Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr abweichen! Besprechen Sie daher mit Ihrem Arzt auf was Sie achten müssen.

## Vitamin B12

Eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B12 senkt das Risiko für Osteoporose. Vitamin B12 ist besonders in Hülsenfrüchten und tierischen Produkten wie Fleisch, Meeresfrüchten, Milch und Eiern enthalten.

## Folsäure

Bei Folsäure handelt es sich um ein Vitamin, das vor allem in Spinat, Grünkohl, Endiviensalat, Gurken, Tomaten, Spargel, Zitrusfrüchten, Hülsenfrüchten, Vollkornprodukten, Fleisch und Innereien sowie in Hefe enthalten ist. Ein Folsäuremangel erhöht das Risiko für Osteoporose, daher sollte genügend Folsäure aufgenommen werden. Empfohlen wird ein Tagesbedarf von 300 µg.



### **Praxistipps!**

- Viele Krankenkassen übernehmen bei Osteoporose die Kosten für eine Ernährungsberatung.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. hat die Broschüren „Ernährung, Bewegung und Balance“ und „Meine täglichen Vitamin- und Kalziumquellen“ herausgegeben, die unter [www.netzwerk-osteoporose.de](http://www.netzwerk-osteoporose.de) > Infobereich > Info-Material > Broschüren kostenlos heruntergeladen werden können.

## **Sport und Bewegung**

**Bewegung stärkt die Knochen und hilft, den Knochenabbau zu bremsen. Daher ist regelmäßige Bewegung zur Vorbeugung und Behandlung von Osteoporose sehr wichtig.**

Wer nicht trainiert, verliert etwa 5-10 % der Muskelmasse pro Lebensjahrzehnt und damit auch Knochenmasse. Knochen und Muskeln sind ein voneinander abhängiges System. Das über die Nahrung aufgenommene Kalzium kann am besten in den Knochen eingebaut werden, wenn man sich ausreichend bewegt. Sport stärkt die Muskulatur, erhält die Beweglichkeit und erhöht die Koordination. Dadurch kann das Sturzrisiko vermindert werden.

Bei den Empfehlungen für Sport wird unterschieden, ob ein erhöhtes Risiko für Osteoporose besteht, ob bereits eine Osteoporose vorliegt und ob es schon zu einem Knochenbruch gekommen ist.

Generell gilt: Die Bewegung muss Spaß machen, damit man sie dauerhaft ausübt. Es kann hilfreich sein, sich einer Sportgruppe anzuschließen oder sich regelmäßig mit Freunden zum Sport zu verabreden.

Nachfolgend einige Trainingshinweise:

- Zum Aufbau von Knochenmasse ist eine **Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining** empfehlenswert. Gezielte Kräftigungsübungen rund um die Skelettabschnitte, die besonders gefährdet sind (Wirbelkörper, Handgelenke, Oberschenkelhals und gelenknahe Abschnitte des Oberschenkels), sind besonders effektiv.
- Das Training sollte **auf das Leistungsvermögen abgestimmt** sein, damit Überlastungen vermieden werden. Wer neu mit Sport anfängt, sollte sich vorher vom Arzt untersuchen lassen, der dann ein individuelles Trainingspensum empfehlen kann.
- **Aktivitäten im Freien** sind besonders empfehlenswert, da die Haut unter der Sonneneinstrahlung Vitamin D produzieren kann, was wichtig für den Knochenstoffwechsel ist.
- Es kommt besonders auf die **Regelmäßigkeit** des Trainings an, da die Knochensubstanz bei längeren Trainingspausen auch schnell wieder abnimmt. Etwa 3-4 Einheiten mit 30 bis 60 Minuten pro Woche sind optimal.
- Auch im **hohen Alter** oder bei **geringer Belastbarkeit** kann man seine Knochen stärken. Kräftigungsübungen und Gymnastik sind auch im Sitzen möglich und bringen einen spürbaren Leistungszuwachs.
- Bei einer **bestehenden Osteoporose** ist Sport Bestandteil des Behandlungsplans. Es gibt viele Sportgruppen, die ein speziell auf die Bedürfnisse von Osteoporosepatienten abgestimmtes Training anbieten.



#### **Praxistipps!**

- Die Krankenkasse fördert ein spezielles Funktionstraining und erstattet die Kosten. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Näheres unter Reha-Sport und Funktionstraining auf S. 41.
- Adressen von Anbietern von Osteoporosefunktionstraining haben:
  - Krankenkassen
  - Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.: Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf, Telefon 0211 301314-0, [info@osteoporose-Deutschland.de](mailto:info@osteoporose-Deutschland.de), [www.osteoporose-deutschland.de](http://www.osteoporose-deutschland.de).
  - Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands unter [www.dbs-npc.de](http://www.dbs-npc.de) > Sportentwicklung > Rehabilitationssport > Rehasportgruppen.

# Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Ein Knochenbruch bei Osteoporose kann zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit führen. Wenn es durch Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zu einem völligen Mobilitätsverlust kommt, kann die Arbeitsfähigkeit auch dauerhaft eingeschränkt sein. Dann ist es wichtig zu wissen, welche finanziellen Unterstützungen dem Betroffenen zustehen und wo er diese unter welchen Voraussetzungen beantragen kann.

## 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.

### Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen haben.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. eine grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder eine die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.

### Pflichten des Arbeitnehmers

- 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, bereits früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.

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.

Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin, 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 Arbeitsunfähigkeit. Tritt diese während der Arbeit auf, beginnt die Entgeltfortzahlung ab dem nächsten Tag.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel 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**.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

### 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
- Aufwändungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen
- Mutmaßliche Provisionen
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen

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, das dann mit der „**Hilfe zum Lebensunterhalt**“ die Zeit überbrückt.
- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gibt weitere Informationen und kann kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Publikationen > Suchwort „Entgeltfortzahlung“.



## Wer hilft weiter?

Weitere Informationen erteilen die Arbeitgeber oder das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Arbeitsrecht), Telefon 030 221911-004, Mo-Do 8-20 Uhr.

## Krankengeld

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung. Es wird gezahlt, wenn der Anspruch auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber nicht (mehr) besteht, d.h. wenn der Patient nach 6 Wochen weiterhin durch die Folgen der Osteoporose arbeitsunfähig ist.

### Voraussetzungen

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder**
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung. (Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- 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**.

Bezieher von **Arbeitslosengeld I** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld. Das Krankengeld wird dann in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

### Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- 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. 39)
- 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
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Auffangversicherung). Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind.

### Selbstständige

**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**.

### 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. "Anspruch" heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung.



### **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. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. einer Kündigung vom Arbeitgeber, kann der Anspruch auf Krankengeld durch eine lückenhafte Attestierung verloren gehen.

### Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 103,25 € täglich.

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

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.

### Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2018 ein Betrag von 147,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 53.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 103,25 € täglich betragen.

### Bemessungszeitraum

Das Krankengeld errechnet sich aus dem Arbeitsentgelt des letzten vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgerechneten Lohnabrechnungszeitraums von mindestens 4 Wochen.

Wurde nicht monatlich abgerechnet, werden so viele Abrechnungszeiträume herangezogen, bis mindestens das Arbeitsentgelt aus 4 Wochen berücksichtigt werden kann.

## Abzüge

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 ein Abzug von 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

| Berechnungsbeispiel   |
|---|
| Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:  |
| Monatlich brutto 3.000 €<br>$3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$<br>davon 70 % = 70 €   |
| Monatlich netto 1.800 €<br>$1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$<br>davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,08 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 € |
| Folgt: Der Patient erhält 47,48 € Krankengeld täglich.  |

## Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

„Dieselbe Krankheit“ heißt: identische Krankheitsursache. Es genügt, dass ein nicht ausgeheiltes Grundleiden Krankheitsschübe bewirkt.

Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn **während** der Arbeitsunfähigkeit eine **andere** Krankheit hinzutritt. Es bleibt bei maximal 78 Wochen.

## Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

Nach Ablauf der Blockfrist (= 3 Jahre), in der der Versicherte wegen derselben Krankheit Krankengeld für 78 Wochen bezogen hat, entsteht ein erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Erkrankung unter folgenden Voraussetzungen:

- **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 (siehe S. 17), werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen.

**Beispiel:** Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach



gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.

### 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 ein 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 bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

### Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des MDK die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Reha-Bedarf abzuklären), 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. 21) umwandelt.

### Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente

zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer ausfällt als das Krankengeld. Wichtig ist, dass der Patient alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen. Das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 19).

### Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

- Regelaltersrente
- Altersrente für langjährige Versicherte und Altersrente für besonders langjährig Versicherte
- Altersrente für schwerbehinderte Menschen
- Altersrente wegen Arbeitslosigkeit oder nach Altersteilzeit
- Voller Erwerbsminderungsrente
- Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen Grundsätzen
- Vorruhestandsgeld

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tag der Bewilligung einer Rente endet der Anspruch auf Krankengeld. Wenn eine Rente rückwirkend bewilligt wird, können sich Anspruchszeiträume für Krankengeld und Rente theoretisch überschneiden. Die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger rechnen dann direkt miteinander ab. Das Krankengeld wird in diesem Fall nicht vom Versicherten zurückgefordert. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

### 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.

### Aussteuerung: 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 **Pflicht**versicherter 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 durch die Auswirkungen der Osteoporose 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:

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit 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. 21) beim zuständigen Rentenversiche-

Träger beantragt, oder Maßnahmen zur beruflichen bzw. medizinischen Rehabilitation. 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. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

### 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 Arbeitslosengeld 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. 39) 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.

### Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig oder stationär behandelt wird, verliert dadurch nicht seinen Arbeitslosengeld-Anspruch für die Dauer von bis zu 6 Wochen.

Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 10 Tage (Alleinerziehende 20 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.

### **Praxistipps!**

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger eine Leistungsfähigkeit von mehr als 15 Stunden wöchentlich bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen - auch wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gegen diese gerichtlich vorgeht. Kann er einen Bewerbungsprozess aus gesundheitlichen Gründen nicht aktiv gestalten, braucht er gegenüber der Agentur für Arbeit eine Bescheinigung seines Arztes.
- 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

Wenn die Osteoporose einen schweren Verlauf nimmt und der Betroffene dadurch dauerhaft nicht in der Lage ist zu arbeiten, kommen verschiedene finanzielle Hilfen für ihn in Betracht.

## Erwerbsminderungsrente

Patienten mit einer ausgeprägten Osteoporose, 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

- 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 **und**
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt.  
Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z.B. um Bezugszeiten von Erwerbsminderungsrente oder berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

Anspruch auf die Erwerbsminderungsrente besteht bis zur Altersgrenze der Regelaltersrente.

#### 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, und kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden.

Für Menschen, die ab 2018 erstmals Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit wird schrittweise von 62 auf 65 Jahre angehoben. Damit werden Erwerbsgeminderte ab 2024 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weitergearbeitet. Dadurch erhöht sich die jeweilige Erwerbsminderungsrente.

## 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.

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden individuell beim Rentenversicherungsträger oder z.B. bei einem Rentenberater berechnet.



### Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenanspruch 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 Folgen einer Osteoporose und des damit verbundenen Arbeitsausfalls können unter Umständen zu schweren finanziellen Nöten führen. Dann kann die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung den Lebensunterhalt von Menschen sichern, 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 unter folgenden Voraussetzungen:

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente **oder**
- dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente), **oder**
- Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress). 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 gibt es unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

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

### Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 416 €
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 374 €
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 332 €
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 316 €
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 296 €
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 240 €

### 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 Mehrbedarfszuschlag, 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
- Bedarfe von Kindern und Jugendlichen für Bildung und Teilhabe
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht

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. Nach Ablauf der vierten Woche im Ausland bis zur nachweisbaren Rückkehr besteht kein Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein Überbrückungsdarlehen beantragt werden.



### **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 sichert die elementaren Grundbedürfnisse ab. Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens. Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, siehe S. 23.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt muss beim Sozialamt beantragt werden. In seltenen Fällen muss die Hilfe zum Lebensunterhalt zurückgezahlt werden.

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!

Sozialhilfeempfänger können 30 % des aus Erwerbstätigkeit erzielten Einkommens, höchstens jedoch 208 € (= 50 % der Regelbedarfsstufe 1) für sich behalten. Hier wird davon ausgegangen, dass eine Erwerbstätigkeit eines Sozialhilfeempfängers einen geringeren Umfang als 3 Stunden pro Tag hat, denn bei höherer Leistungsfähigkeit würde er in den Leistungsbereich des SGB II (Arbeitslosengeld und Sozialgeld) übergehen.

### 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

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie Osteoporose eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Auch bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

## Zuzahlungsregelungen

Für die Verordnung von Gesundheitsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gelten unterschiedliche Zuzahlungsregelungen.

### 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](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreite Arzneimittel 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 Behandlungsmethoden, wie 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 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

### Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient zu Hause von Fachpersonal versorgt wird (siehe S. 49).

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 die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 43).

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 zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen 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 Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden.

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen versichert, 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 gegebenenfalls 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 5.481 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.654 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.428 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.714 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.428 €

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 nicht-ehelichen 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“

| <b>Berechnungsbeispiel</b>   |
|--|
| Ehepaar mit 2 Kindern:<br>Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €   |
| minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.481 €   |
| minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.856 € (2 x 7.428 €)  |
| davon 2% = Belastungsgrenze: 193,26 €  |
| Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 193,26 € 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 gezahlt, d.h.: Der jährliche Zahlungsgesamtbetrag beträgt 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.

#### **Praxistipps!**

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Patienten immer alle Zahlungsbelege 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 Zahlungsbefreiung 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. Dies trifft auch auf viele Menschen mit Osteoporose zu.

### 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 Gebärmutterhals-, Brust- und Darmkrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.
- 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.

# Rehabilitation

Osteoporose kann das Leben der Betroffenen stark einschränken und die Folgen der Knochenbrüche und Verformungen können zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. Ziele von Reha-Maßnahmen sind vor allem die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Rente.

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

## Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Folgende Bereiche der Rehabilitation kommen für Patienten mit Osteoporose in Frage:

- **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. 36) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 37).
- **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. 39), Haushaltshilfe (siehe S. 43), Reha-Sport und Funktionstraining (siehe S. 41), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen (früher: Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft):** Sie werden auch als „soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen die Chance zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eröffnen.

## 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.

### Praxistipp!

Eine Übersicht über die Aufgaben, Leistungen und Zuständigkeiten der Reha-Träger bietet die Broschüre „Wegweiser Rehabilitationsträger“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter [www.integrationsaemter.de](http://www.integrationsaemter.de) > Infothek > ZB Online > ZB1/2011 Bildungsangebot der Integrationsämter.

### 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 und die „Unabhängige Teilhabeberatung“ die richtigen Ansprechpartner. Sie bieten Unterstützung in allen Fragen zur Rehabilitation. Adressen unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de), [www.rehadat-adressen.de](http://www.rehadat-adressen.de) und [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.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

Möchte ein Patient eine Medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Erkennt dieser die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie verordnen: mit Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“, das er an die Krankenkasse schickt.

Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. Es ist sinnvoll dem Antrag, neben der ärztlichen Verordnung, alle relevanten Arztberichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wünscht der Patient eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder der Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.



### **Praxistipp!**

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten). Es ist jedoch mittlerweile fast zur Regel geworden, dass der Arzt die Notwendigkeit der Medizinischen Rehabilitation ausführlich begründet. Auf jeden Fall vermindert es das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger, wenn der Verordnung sofort eine ausführliche ärztliche Begründung beigefügt wird. Es kann durchaus sein, dass der MDK (medizinische Dienst der Krankenversicherung) über das ärztliche Attest hinaus den Patient zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

### Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 2 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 dafür höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Patient die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.



### **Praxistipps!**

- 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. Die Inhalte finden Sie auch online unter [www.rehakliniken.de](http://www.rehakliniken.de). Adressen von Reha-Kliniken können auch unter [www.kurklinikverzeichnis.de](http://www.kurklinikverzeichnis.de) gefunden werden.
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <http://dbkg.de> > Beantragung > Wunsch- und Wahlrecht.

### 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. 26.

#### 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 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 1.219 € 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 2018 nach folgender Tabelle:**

| Monatliches Nettoeinkommen | Zuzahlung |
|----------------------------|-----------|
| unter 1.219 €              | keine     |
| ab 1.219 €                 | 5 €       |
| ab 1.339,80 €              | 6 €       |
| ab 1.461,60 €              | 7 €       |
| ab 1.583,40 €              | 8 €       |
| ab 1.705,20 €              | 9 €       |
| ab 1.827 €                 | 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!

- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Service > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation > Medizinische Reha: Wie sie Ihnen hilft, kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- 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. 43) 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 den Patienten wieder an die Belastungen des Alltags und Berufslebens heranzuführen.

Die AHB zählt zur Medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für manche Indikationen genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste (siehe unten) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

### AHB-Indikationsgruppen

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (hierzu können auch Patienten mit Osteoporose zählen)
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- 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
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

### 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 für Anschlussheilbehandlungen aufgeführt ist (siehe oben).

- 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.

### Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Das „AHB-Handbuch“ enthält einen Überblick über AHB-Einrichtungen und liegt bei den Sozialdiensten in Kliniken auf. Dorthin können sich Patienten und Ärzte wenden.

### 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 längerem krankheitsbedingtem Arbeitsausfall 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.

### Kostenträger

Findet die Stufenweise Wiedereingliederung 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.

In speziellen Fällen kann auch die Agentur für Arbeit oder die Unfallversicherung Kostenträger der Stufenweisen Wiedereingliederung sein.

### 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** (siehe S. 46) 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 prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung einer schwerbehinderten Arbeitnehmerin wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

### Dauer

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

### Finanzielle Sicherung

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 14), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 39) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 19). 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.

Der Anspruch auf Entgeltersatzleistungen besteht auch dann, wenn die stufenweise Wiedereingliederung scheitern sollte.



### **Praxistipps!**

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in Kooperation mit Arzt und Patient gemeinsam den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen „Wiedereingliederungsplan“ aus dem hervorgeht, mit welcher Tätigkeit und Stundenzahl der Arbeitnehmer beginnt, in welchem Zeitraum und wie Art und Umfang der Tätigkeit gesteigert werden.
- Detaillierte Informationen zur Rehabilitation bietet die „Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter [www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de) > Publikationen > Arbeitshilfen.



### **Wer hilft weiter?**

Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Unfallversicherungsträger oder Rentenversicherungsträger, Sozialberatung der Reha-Klinik, behandelnder Arzt, Arbeitgeber.

## **Berufliche Reha-Maßnahmen**

**Osteoporose führt nicht automatisch zu einer Berentung. Ob Patienten noch in ihren alten Beruf arbeiten können, hängt von den individuellen Beeinträchtigungen und den speziellen Anforderungen des Berufsbilds ab.**

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur Beruflichen Reha. Dies umfasst alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von

Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen, z.B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft.

Im Rahmen der Beruflichen Reha können auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, z.B. zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, zur seelischen Stabilisierung sowie zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen in Anspruch genommen werden, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

Da vor allem ältere Menschen von Osteoporose betroffen sind, kann es sein, dass ihnen die Kostenübernahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht mehr gewährt werden.



### Wer hilft weiter?

Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter [www.integrationsaemter.de](http://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 und kann helfen, dem Betroffenen während der Reha zumindest den finanziellen Druck zu nehmen. Wichtig ist, dass das Übergangsgeld frühzeitig beantragt wird.

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
- Bei Erhalt von Leistungen zur Prävention
- Bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge
- Während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird

Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben oder z.B. Krankengeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II bezogen haben. Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den Ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

## Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Menschen mit Behinderungen 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:

- Berufsrückkehrerinnen mit Behinderungen.
- Menschen mit Behinderungen, 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 Versicherungsfalls 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.

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst, entsprechend der Anpassung beim Krankengeld.

Bei Übergangsgeld während einer Leistung zur Beruflichen Reha wird 65 % des ortsüblichen Tarifs berechnet, wenn vor der Maßnahme kein Lohn erzielt wurde oder der errechnete Betrag zu gering ausfällt.

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



## Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. angerechnet:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u.a.
- Mutterschaftsgeld, wenn das Übergangsgeld von der Unfallversicherung gezahlt wird

Übergangsgeld ist steuerfrei. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berechnung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt.

## Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld:

Für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen Rehabilitation bzw. zur Beruflichen Reha.

- Während einer Beruflichen Reha-Leistung
  - maximal 6 Wochen
  - bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Beruflichen Reha-Leistung.
- 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 Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer beruflicher Reha-Leistungen, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert (s.o. „Arbeitslosigkeit“).
- Findet eine Stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des Rentenversicherungsträger und der Agentur für Arbeit für diesen Zeitraum.



## Wer hilft weiter?

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

## Reha-Sport und Funktionstraining

**Für Patienten mit Osteoporose ist ein gezieltes Training der Muskulatur unabdingbar. Daher ist Reha-Sport und Funktionstraining ein wichtiger Behandlungsbaustein und kann den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen.**

Zum **Reha-Sport** zählen Sport und sportliche Spiele, aber auch gezielte bewegungstherapeutische Übungen. Ziele sind die Stärkung von Ausdauer und Kraft, die Verbesserung von Koordination und Flexibilität, die Stärkung des Selbstbewusstseins und der Eigenverantwortung, damit die Betroffenen

motiviert sind, auch nach dem verordneten Reha-Sport Sport in ihren Alltag zu integrieren. Reha-Sport findet immer in Gruppen zu regelmäßigen Terminen statt, denn es geht auch um Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, um gruppendedynamische Effekte und Selbsthilfe.

**Funktionstraining** ist immer organorientiert, d.h.: Es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder dem Verringern von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Funktionstraining umfasst vor allem Übungen aus Krankengymnastik und Ergotherapie und wird von Krankengymnasten/Physiotherapeuten und Ergotherapeuten durchgeführt. Als Funktionstraining gelten u.a. Trocken- und Wassergymnastik.

### Voraussetzungen

Die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Krankenversicherung und die Agentur für Arbeit übernehmen Reha-Sport oder Funktionstraining als ergänzende Leistung zur Rehabilitation unter folgenden Voraussetzungen:

- Ärztliche Verordnung bzw. Antragstellung durch den Arzt
- Bei der Krankenkasse ist z.B. die „Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining“ (Muster 56) von einem Arzt auszufüllen, der das Leiden und dessen Folgen behandelt. Sie soll enthalten:
  - Diagnose und gegebenenfalls Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die Ordnungsnotwendigkeit nehmen
  - Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist
  - Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten
  - Empfehlung zur Auswahl der geeigneten Sportart
- Durchführung in Gruppen
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung
- Antragstellung mit dem Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“.

### Zuständigkeit

Wird während einer Rehabilitation die medizinische Notwendigkeit einer Reha-Sport-Maßnahme 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 dann innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen. Kostenträger sind in der Regel die Rentenversicherungsträger.

Die Unfallversicherungsträger übernehmen Reha-Sport und Funktionstraining im Anschluss an medizinische Maßnahmen, vorausgesetzt, es liegt ein Unfallversicherungsfall vor (Arbeitsunfall, Berufskrankheit).

Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Leistung zur Reha 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 unbegrenzte Zeit.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung
  - Reha-Sport: in der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.
  - Funktionstraining: in der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität etwa 24 Monate.

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

## 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 Kostvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.

## Haushaltshilfe

**Nimmt ein Elternteil, der 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. Einkauf, Kochen, Waschen oder die Kinderbetreuung.

### Voraussetzungen

Die **Krankenkasse** stellt eine Haushaltshilfe, wenn die Weiterführung des Haushalts wegen der nachfolgenden Gründe nicht möglich ist:

- für maximal 26 Wochen wegen Medizinischer Rehabilitation, Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **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.

**Wichtig** ist hierbei, 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.

- 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.

Der **Rentenversicherungsträger** übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn:

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Medizinischer oder Beruflicher Rehabilitation **und**

- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **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.

**Wichtig** ist hierbei, 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.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Medizinischen oder Beruflichen Rehabilitation zu erfüllen.



### 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 die 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 Verschwägerter 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 Verdienstausfalls geben, nicht aber eine Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe.

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. 27).



### 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.

# Behinderung

Osteoporose kann dazu führen, dass der Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sein, dass er den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

## Definition

„Behinderung“ ist im Sozialrecht genau definiert. Grundlage der Definitionen ist das Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Menschen mit Behinderungen sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können.

Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Als **schwerbehindert** nach § 2 Abs. 2 SGB IX gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 (Näheres zum GdB siehe unten). Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt, siehe S. 47.

## Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag eine Gleichstellung erteilt werden. Menschen mit einem 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.

Der GdB wird nach den Grundsätzen des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) bemessen. Im sozialen

Entschädigungsrecht wird vom GdS gesprochen, im Scherbehindertenrecht vom GdB. Berechnet werden beide jedoch gleich nach der sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätzen**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des Grads der Schädigungsfolgen und werden auch zur Berechnung des Grads der Behinderung herangezogen. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung von GdS/GdB ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Medien > Publikationen gefunden werden.

Bei Osteoporose ist der GdB vor allem von der Funktionsbeeinträchtigung und den Schmerzen abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB.

Liegen mehrere Funktionsstörungen vor, so werden die einzelnen Werte **nicht** zusammengerechnet, sondern es werden die einzelnen Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit betrachtet und daraus ein Gesamtgrad der Behinderung festgelegt, der der Behinderung insgesamt gerecht wird.



### Wer hilft weiter?

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

## 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 Begleitscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtsentbindungen 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 Belastungen) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich mit der Antragstellung einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.

- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des 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.

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 Behinderungen 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 Sie im Internet downloaden unter [www.betamet.de](http://www.betamet.de) > Suchbegriff „Nachteilsausgleiche“.
- Nähere Informationen rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderung des beta Instituts. Dieser kann unter [www.beta-institut.de](http://www.beta-institut.de) > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.



### Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Telefon 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 bzw. die „Unabhängige Teilhabeberatung“. Adressen unter [www.reha-servicestellen.de](http://www.reha-servicestellen.de), [www.rehadat-adressen.de](http://www.rehadat-adressen.de) und [www.teilhabeberatung.de](http://www.teilhabeberatung.de).
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.



# 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 ist bei Osteoporose z.B. nötig, wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen werden kann, aber noch nicht in der Lage ist, sich zu Hause selbst zu versorgen. Sie wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“ der Pflegeversicherung, siehe S. 56.

## 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 **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 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) auch länger. Die **Krankenhausvermeidungspflege** umfasst die Behandlungspflege, die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung. Im Unterschied dazu wird bei der **Sicherungspflege** zwar auch die Behandlungspflege gewährt, die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung jedoch nur, wenn dies in der Satzung der Krankenkasse geregelt ist.

Zu den Leistungen der **Behandlungspflege** gehören:

- 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 Kom-

pressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter). 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** umfasst 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. 27.

### **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.

### **Praxistipps!**

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Häuslichen Krankenpflege der Krankenkassen Richtlinien erstellt. Diese können Sie unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) > Richtlinien gefunden werden.
- Die „Gemeinsamen Richtlinien der Verbände der Unfallversicherungsträger über häusliche Krankenpflege“ stehen unter [www.dguv.de](http://www.dguv.de) > Rehabilitation/Leistungen > Richtlinien der UV-Träger > Häusliche Krankenpflege.

# Pflege

**Osteoporose kann je nach Verlauf zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Vor allem ein Oberschenkelhalsbruch zieht häufig eine Pflegebedürftigkeit nach sich. Dann können Leistungen der Pflegeversicherung beantragt werden, die dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.**

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (siehe unten) festgestellt und die Vorversicherungszeit erfüllt sein. Für Letzteres muss innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung mindestens 2 Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt worden sein oder eine Familienversicherung bestanden haben. Familienversicherte Kinder erfüllen die Vorversicherungszeit, wenn ein Elternteil sie erfüllt.

## Praxistipp!

Besteht kein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung oder sind diese nicht ausreichend, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt **„Hilfe zur Pflege“** beantragt werden.

## Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung ist, wer gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig bewältigen können.

Die Beeinträchtigungen müssen dauerhaft, voraussichtlich für **mindestens 6 Monate**, bestehen.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf, siehe Häusliche Krankenpflege S. 49.

## Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

Den Antrag auf Pflegeleistungen können neben dem Versicherten auch Familienangehörige, Betreuer oder Bevollmächtigte stellen. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist bei der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation des Pflegebedürftigen sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 50).

Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung. Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebe-

dürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

Ist der Antragsteller mit der Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad nicht einverstanden, kann er innerhalb eines Monats **Widerspruch** bei der Pflegekasse einlegen.

### **Praxistipps!**

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend bis zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend „**Hilfe zur Pflege**“ beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

### Grad der Selbstständigkeit

Bei der Begutachtung dient der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen als Maß zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Die relevanten Bereiche der Lebensführung sind in Module eingeteilt:

#### Modul 1: Mobilität

Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10 %)

#### Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15 %)

#### Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

#### Modul 4: Selbstversorgung

Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40 %)

#### Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20 %)

## Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15 %)

## Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege

## Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

Für die Module 1 bis 6, die jeweils mehrere Einzelkriterien enthalten (z.B. Essen oder Trinken), ermittelt der Gutachter einen Punktwert. Die Höhe der Punkte orientiert sich daran, wie sehr die Selbstständigkeit eingeschränkt ist bzw. die Fähigkeiten nicht mehr vorhanden sind.

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig** (= Punktwert 0): Die Aktivität kann, eventuell unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig** (= Punktwert 1): Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernähme von Teilhandlungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig** (= Punktwert 2): Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.
- **Unselbstständig** (= Punktwert 3): Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

**Besonderheit bei den Modulen 2 und 3:** Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

**Die Module 7 und 8** dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen wird der Gesamtpunktwert (0-100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.

## Praxistipp!

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de) > Richtlinien/Publicationen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung – Rechtliche Grundlagen heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

## Pflegegrade

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt. Diese bilden die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten des Betroffenen ab:

| Pflegegrad | Punktwert         | Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten               |
|------------|-------------------|---|
| 1          | 12,5 bis unter 27 | Geringe   |
| 2          | 27 bis unter 47,5 | Erhebliche  |
| 3          | 47,5 bis unter 70 | Schwere   |
| 4          | 70 bis unter 90   | Schwerste   |
| 5          | 90 bis 100        | Schwerste mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung |

Die Einstufung in einen Pflegegrad entscheidet über die Leistungen, die der Pflegebedürftige von der Pflegekasse erhält.

## Praxistipp!

Wird nach der Einstufung ein höherer Pflegeaufwand als bisher erforderlich, kann ein **Antrag auf Höherstufung** gestellt werden. In der Regel wird dann ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) durchgeführt.

## Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden.

Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Es gelten folgende Fristen:

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragssteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen.

## Pflegeleistungen

Zu den Leistungen der Pflegeversicherung zählen Leistungen zur häuslichen Pflege sowie teil- und vollstationäre Leistungen.

### Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

#### Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen sind dafür verantwortlich, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderliche Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe sicherstellen, z.B. indem sie das Pflegegeld als finanzielle Anerkennung an ihre pflegenden Angehörigen weitergeben.

#### Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflegediensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflegedienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab.

#### Kombinationsleistung

Nimmt der Pflegebedürftige Sachleistungen nur teilweise in Anspruch, erhält er zudem anteiliges Pflegegeld. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

#### Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag ist unabhängig vom Pflegegrad und beträgt 1.612 € jährlich. Er kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege (siehe S. 58) auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatzpflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

#### Pflegeberatung und -kurse

Jeder, der einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellt, hat Anspruch auf eine Pflegeberatung und bekommt dafür einen festen Ansprechpartner vor Ort. Zudem können Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen eine Beratung und kostenlose Pflegekurse in Anspruch nehmen.

#### Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbetrag von 125 € monatlich. Der Betrag wird als Kostenerstattung für anerkannte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger oder zur Förderung der Selbstständigkeit und Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen bei der Alltagsgestaltung gewährt.

Er dient zur Erstattung von Leistungen, im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag oder
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

### Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Näheres zu Hilfsmitteln auf S. 64.

### Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z.B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Nähere Informationen auf S. 67.

### Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss von 214 € monatlich für Pflegehelfer, wenn sie folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Mindestens 2 und höchstens 11 weitere Pflegebedürftige leben in der ambulant betreuten Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung zusammen.
- Sie erhalten Pflegegeld, Pflegesachleistung oder Kombinationsleistung.
- In der Wohngruppe ist eine Pflegekraft tätig, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet.
- Zweck der Wohngruppe ist die gemeinschaftlich organisierte pflegerische Versorgung. Heimrechtliche Vorschriften dürfen dem nicht entgegenstehen.

### Leistungen bei häuslicher Pflege

|   | Pflegegrad 1                              | Pflegegrad 2   | Pflegegrad 3   | Pflegegrad 4   | Pflegegrad 5   |
|---|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Pflegegeld monatlich  | –   | 316 €          | 545 €          | 728 €          | 901 €          |
| Pflegesachleistungen monatlich  | (Anspruch über Entlastungsbeitrag: 125 €) | bis zu 689 €   | bis zu 1.298 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.995 € |
| Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr.) |   |                |                |                |                |
| ... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte                               | –   | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € | bis zu 1.612 € |



|                             |   |                                  |                                     |                                    |                                       |
|-----------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| ... durch nahe Angehörige * | – | bis zu<br>474 €<br>(316 € x 1,5) | bis zu<br>817,50 €<br>(545 € x 1,5) | bis zu<br>1.092 €<br>(728 € x 1,5) | bis zu<br>1.351,50 €<br>(901 € x 1,5) |
|-----------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|

\* Handelt es sich bei der Ersatzpflegekraft um eine Person, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert ist oder in häuslicher Gemeinschaft mit ihm lebt, dürfen die Kosten den Betrag des 1,5-fachen des jeweiligen monatlichen Pflegegelds (entspricht dem Pflegegeld für 6 Wochen) **je Kalenderjahr** nicht überschreiten. Jedoch können **nachweisbare** zusätzliche Aufwendungen wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

### Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

#### Leistungen bei teilstationärer Pflege

|  | Pflegegrad 1                             | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | 689 €        | 1.298 €      | 1.612 €      | 1.995 €      |

### Leistungen bei stationärer Pflege

Eine vollstationäre Pflege im **Pflegeheim** ist erforderlich, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht (mehr) möglich ist. Die Pflegekasse zahlt dann abhängig vom Pflegegrad einen pauschalen Sachleistungsbetrag (Pflegesatz) an das Pflegeheim.

#### Leistungen bei stationärer Pflege

|   | Pflegegrad 1                             | Pflegegrad 2      | Pflegegrad 3      | Pflegegrad 4      | Pflegegrad 5      |
|---|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen; Angaben je Kalenderjahr) | (Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €) | bis zu<br>1.612 € | bis zu<br>1.612 € | bis zu<br>1.612 € | bis zu<br>1.612 € |

|                                    |       |       |         |         |         |
|------------------------------------|-------|-------|---------|---------|---------|
| Vollstationäre Pflege<br>monatlich | 125 € | 770 € | 1.262 € | 1.775 € | 2.005 € |
|------------------------------------|-------|-------|---------|---------|---------|

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Zudem muss er einen **Eigenanteil** zahlen, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

### Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre Kurzzeitpflege nötig werden. Diese ist auf maximal 8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege, siehe S. 55) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



### Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter [www.beta-institut.de](http://www.beta-institut.de) > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „Gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom 13.02.2018“ ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele.

## Leistungen für pflegende Angehörige

Um pflegende Angehörige in ihrer belastenden und meist schwer zu organisierenden Zeit der Pflege zu entlasten, bietet die Pflegekasse verschiedene Unterstützungsangebote.

Zudem gibt es für Arbeitnehmer unterschiedliche Möglichkeiten, sich von der Arbeit freistellen zu lassen oder die Arbeitszeit zu reduzieren, um eine Angehörige zu pflegen bzw. die Pflege zu organisieren.

### Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert:

#### • Rentenversicherung

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage, zu Hause pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche regelmäßig erwerbstätig sind, Beiträge zur Rentenversicherung. Der Rentenbeitrag steigt mit zunehmendem Pflegegrad und kann auf mehrere Pflegepersonen aufgeteilt werden.

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

Unter bestimmten Voraussetzungen bezuschusst die Pflegekasse bei freiwillig Versicherten die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Während einer Pflegezeit oder Familienpflegezeit (siehe unten) ist die Pflegeperson in der Regel weiterhin über ihren Arbeitgeber krankenversichert.

- **Arbeitslosenversicherung**

Pflegende, die einen Angehörigen mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag dazu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



### **Praxistipps!**

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) > Service > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de) > Service > Publikationen > Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“ heruntergeladen werden.

### **Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld**

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann ein Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage** freigestellt werden, um dessen Pflege zu organisieren (sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Auf diese kurzzeitige Freistellung besteht unabhängig von der Betriebsgröße ein Rechtsanspruch. Um den Lohnausfall auszugleichen, kann **Pflegeunterstützungsgeld** bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragt werden.

### **Pflegezeit und Familienpflegezeit**

Pflegende Angehörige, die berufstätig sind, haben Anspruch auf Pflegezeit oder Familienpflegezeit. Der Arbeitgeber darf das Beschäftigungsverhältnis in dieser Zeit in der Regel nicht kündigen.

Die **Pflegezeit** kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson meist ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung durch Reduzierung der Arbeitszeit ist möglich. Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht ab einer Betriebsgröße von mehr als 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, solange es keine dringenden betrieblichen Gründe gibt, die dem entgegenstehen.

Die **Familienpflegezeit** dauert maximal 2 Jahre. Der Arbeitnehmer kann seine Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Auf Familienpflegezeit besteht ein Rechtsanspruch, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.



### **Praxistipp!**

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

# Sturzprophylaxe

**Stürze stellen für Patienten mit Osteoporose eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit dar. Die häufigste schwerwiegende Folge von Osteoporose sind Knochenbrüche in Form von Wirbelleinbrüchen, Oberschenkelhals- oder Handgelenksbrüchen.**

Sind schon einmal Verletzungen und Brüche durch Stürze entstanden, wächst die Angst vor einem weiteren Sturz. Dies kann zu starker Verunsicherung führen. Auslöser für Stürze können Stolpern oder Ausrutschen sein.

## Risikofaktoren

Die Gefahr zu fallen erhöht sich durch sog. Sturzrisikofaktoren wie:

- Kraft- und Balanceprobleme
- Veränderte Körperhaltung und Schrittstellung
- Sehbeeinträchtigung
- Alkoholkonsum
- Medizinische Gefahren, wie Medikamentenwirkungen, z.B. bei Einnahme von Diuretika, Abführmitteln, starken Schmerzmitteln, Muskelrelaxantien
- Schwindelanfälle
- Äußere Gegebenheiten (z.B. Stolperfallen, Bodenunebenheiten)
- Ungeeignetes Schuhwerk

Patienten sollten jedoch auf keinen Fall aus Angst vor einem Sturz das Sitzen bevorzugen. Dadurch erreicht man genau das Gegenteil: Die Patienten werden immer schwächer und unsicherer. Sinnvoll sind auf jeden Fall kräftigende und balancefördernde Übungen.

## Sturzrisiko-Tests

Zur Einschätzung der Sturzgefahr wurden verschiedene Tests entwickelt:

- Der **Chair-Rising-Test** gibt Auskunft über die Muskelleistung der Beine. Aufgabe des Patienten ist es, innerhalb von höchstens 11 Sekunden 5 Mal von einem Stuhl aufzustehen und sich wieder hinzusetzen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen. Schafft er es innerhalb dieser Zeit nicht, gilt er als sturzgefährdet. Ein ähnlicher Test (timed-stands-Test) beinhaltet es 10 Mal aufzustehen, mit entsprechend anderen Zeitgrenzwerten.
- **Timed-Up-and-Go-Test:** Hier soll der Patient aus einem Stuhl mit (!) Armlehnen aufstehen, 3 Meter geradeaus gehen, sich umdrehen, zurückgehen und sich wieder hinsetzen; er darf dabei die Gehhilfen einsetzen, die er auch sonst benutzt. Macht ein Patient diese Übung in 10 Sekunden, ist dies unproblematisch. Benötigt er über 20 Sekunden, besteht Abklärungsbedarf, über 30 Sekunden ist von einer erhöhten Sturzgefahr auszugehen.
- **Mobilitätstest nach Tinetti:** Der Tinetti-Test ist deutlich aufwendiger als die beiden oberen Tests und kann nur von geschulten Ärzten oder Therapeuten durchgeführt und bewertet werden. Es können maximal 28 Punkte erreicht werden, unter 20 Punkten besteht ein erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkten ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die unter verschiedenen Kriterien bewertet werden, z.B. Stand und Balance werden durch Aufstehen,

die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt. Beim Gehen wird das Gangbild analysiert, z.B. Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.

- Zusätzlich gibt es zur Überprüfung der Gleichgewichtsfunktion den **Stehversuch nach Romberg** (Romberg-Versuch oder Romberg-Test) und den **Tretversuch nach Unterberger/Fukuda** (Unterberger-Tretversuch).

Ärzte können Tests zum Sturzrisiko abrechnen (hausärztlich-geriatrisches Basisassessment). Bei allen Tests muss selbstverständlich immer die Sicherheit des Patienten gewährleistet sein.

### Sturzprophylaxe

Folgende Tipps helfen, Stürze zu vermeiden:

- Risikofaktoren erkennen.
- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel klären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen, z.B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Durch Sport und Funktionstraining Stürzen vorbeugen. Hintergrund: Die häufigste schwerwiegende Folge von Osteoporose sind Knochenbrüche in Form von Wirbelsäulenbrüchen, Oberschenkelhalsbrüchen oder Frakturen an den Handgelenken. Um dem vorzubeugen, ist Sport in Maßen und speziell abgestimmtes Funktionstraining unerlässlich. Näheres auch unter Reha-Sport und Funktionstraining auf S. 41.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten. Hintergrund: Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren.
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachtlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z.B. Hüftprotektoren verwenden.

Für den Notfall kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 69) angeschafft werden.

Neben der Beseitigung von Gefahrenquellen im Alltag hilft vor allem ein regelmäßiges, körperliches Training, Stürze zu verhindern. Im Alter lassen Kraft, Gleichgewichtssinn, Koordinationsfähigkeit,

Geschicklichkeit und Reaktionsvermögen nach. Durch ein gezieltes Präventionstraining mit qualifizierten Therapeuten sinkt das Sturzrisiko deutlich.

 **Praxistipp!**

Das Netzwerk-Osteoporose e.V. hat eine zweisprachige Broschüre (deutsch/türkisch) zur Sturzprophylaxe herausgegeben, die unter [www.netzwerk-osteoporose.de](http://www.netzwerk-osteoporose.de) > Fachbeiträge > Prävention/Vorbeugung > Sturzvorsorge kostenlos heruntergeladen werden kann.

# Hilfsmittel

**Im fortgeschrittenen Stadium einer Osteoporose-Erkrankung können alltägliche Dinge wie Einkaufen, Hausarbeit, An- und Ausziehen zum Problem werden und ohne fremde Hilfe nur noch schwer durchführbar sein. Es gibt einige Hilfsmittel, die die Mobilität und die Selbstständigkeit der Betroffenen erhöhen können.**

Vor der Anschaffung von Hilfsmitteln zur Alltagserleichterung sollte ein Beratungsgespräch mit dem Arzt, Physio- oder Ergotherapeuten stattfinden, damit unter der Vielzahl der verfügbaren Hilfsmittel die Richtigen für den Patienten ausgewählt werden.

Patienten, die sich nach Wirbelbrüchen im Krankenhaus und später in einer Reha-Einrichtung aufhalten, werden meist schon dort über notwendige Hilfsmittel beraten.

Folgende Hilfsmittel können bei Osteoporose sinnvoll sein:

- **Hüftprotektoren oder „Hip Pads“** werden in die Unterhose eingenäht und schützen bei Stürzen vor einem Oberschenkelhalsbruch.
- **Orthesen oder elastische Bandagen** stützen die Wirbelsäule, wenn das übliche Zusammensinken der Wirbelsäule zu Schmerzen und Einschränkungen führt.
- **Adaptionshilfen**, z.B. Schuh- und Strumpfanzieher, rutschfeste Unterlagen für den Tisch und Greifzangen.
- **Hilfsmittel zur Erleichterung des Alltags**, z.B. spezielle Griffe im Bad, Toilettensitzerhöhung, Badewannenbrett, Duschstuhl und speziell angepasste Werkzeuge (Dosen- und Flaschenöffner, Besteck).
- **Geh-, Sitz- und Stehhilfen**, z.B. Gehstöcke, Rollator, Keilkissen zum Aufrechtsitzen.
- **Hausnotrufsysteme**, um per Knopfdruck Hilfe anzufordern (Näheres auf S. 69).

## Kosten

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten mit zum Teil starken Einschränkungen. Auf jeden Fall muss ein Arzt das Hilfsmittel verordnen.

Bei haltbaren Hilfsmitteln, z.B. Krücken, Rollstühlen und Badehilfen, werden diese meist **leihweise** überlassen.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in der Regel durch die Vertragspartner der Krankenkasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Hilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, der nicht Vertragspartner der Krankenkasse ist, muss der Versicherte die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Krankenkasse benennen lassen.

Bei der Kostenübernahme ist zu unterscheiden zwischen Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag (siehe S. 65) besteht, und Hilfsmitteln ohne Festbetrag:

- **Hilfsmittel mit Festbetrag:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis zur Höhe des Festbetrags.
- **Hilfsmittel ohne Festbetrag beim Vertragspartner:** Die Kassen übernehmen die Kosten bis maximal zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises.
- **Hilfsmittel ohne Festbetrag bei Leistungserbringern, die nicht Vertragspartner der Krankenkasse sind:** Die Kassen erstatten nur Kosten in Höhe des niedrigsten Preises einer vergleichbaren Leistung des Vertragspartners.



## Festbeträge

Festbeträge gibt es in der Krankenversicherung für Hilfsmittel in den Gruppen Sehhilfen, Hörhilfen, Inkontinenzmittel, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Stoma-Artikel und Einlagen. Die Krankenkasse erstattet nur bis zu diesem Betrag. Wird ein Hilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt, muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen. Die Höhe der Festbeträge kann beim GKV-Spitzenverband unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Krankenversicherung > Hilfsmittel > Festbeträge eingesehen werden.

## Zuzahlung

Bei der Zuzahlung in der Krankenversicherung wird zwischen „nicht zum Verbrauch bestimmten“ und „zum Verbrauch bestimmten“ Hilfsmitteln unterschieden.

Gibt es für das Hilfsmittel einen Festbetrag (siehe oben), dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem.

## Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können mehrmals von einem Versicherten oder im Wiedereinsatz von verschiedenen Versicherten verwendet werden, z.B. Rollstühle und Gehhilfen. Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises zu, jedoch mindestens 5 und maximal 10 €.

## Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen z.B. Vorlagen bei Inkontinenz, Desinfektionsmittel und Einmalhandschuhe. Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises (je Packung) zu, maximal jedoch 10 € monatlich. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen oder aus mehreren Produktgruppen benötigt werden.

Eine **Zuzahlungsbefreiung** ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich (Näheres auf S. 27).

## Umfang

Die Krankenkassen übernehmen auch die Kosten für

- die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung vieler Hilfsmittel,
- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels,
- die Betriebskosten des Hilfsmittels (z.B. Reparatur eines Rollstuhls),
- Wartungen und technische Kontrollen, wenn diese aufgrund eines unvermeidbaren gesundheitlichen Risikos für den Versicherten erforderlich sind (z.B. Wartung eines Lifters).

Reparaturkosten tragen die Krankenkassen bis zur Höhe des Festbetrags bzw. bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Preises des Hilfsmittelerbringers.

**Nicht übernommen** werden alle diese Kosten bei vorsätzlicher oder grob fahrlässiger Beschädigung.



## Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.

## Praxistipps!

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem online recherchiert werden kann: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist in 33 Produktgruppen gegliedert. Es ist nicht abschließend, d.h.: Es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden.
- Apotheken, Sanitätshäuser oder z.B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über einen (Auszug aus dem) Hilfsmittelkatalog. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Bleibt es bei einem ablehnenden Bescheid, kann vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erhoben werden.

## Pflegehilfsmittel

Ist ein Patient mit Osteoporose pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (siehe S. 51), übernimmt die Pflegekasse die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

### Kosten

Die Pflegekasse zahlt Pflegehilfsmittel **nachrangig** gegenüber anderen Hilfsmitteln, die bei Krankheit und Behinderung von den Krankenkassen, den Unfall- oder Rentenversicherungsträgern geleistet werden. Das heißt: War z.B. bislang die Krankenkasse für einzelne Hilfsmittel zuständig, bleibt sie das auch weiterhin, unabhängig davon, ob zur krankheitsbedingten Behinderung auch Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung hinzukommt.

Die Kostenübernahme ist ähnlich geregelt wie bei Hilfsmitteln, die die Krankenkasse zahlt (siehe S. 64).

Bei **zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln** übernimmt die Pflegekasse Kosten von bis zu 40 € im Monat. Der Versicherte muss den Betrag, der 40 € monatlich übersteigt, selbst bezahlen.

### Zuzahlung

Versicherte ab dem 18. Lebensjahr müssen für technische Hilfen, z.B. Rollatoren oder Hausnotrufgeräte (siehe S. 69), folgende Zuzahlung leisten:

- 10 % der Kosten des Hilfsmittels
- maximal 25 € je Hilfsmittel

Bei leihweiser Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln entfällt die Zuzahlung, es kann jedoch eine Leihgebühr anfallen. Lehnt ein Versicherter die leihweise Überlassung ohne zwingenden Grund ab, muss er die Kosten des Pflegehilfsmittels in vollem Umfang selbst zahlen.

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 27).

## Praxistipps!

- Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus, mit welcher der Versicherte die benötigten Pflegehilfsmittel vom zugelassenen Leistungsträger erhält. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse.
- Bei „großen“ Hilfsmitteln wie einem Pflegebett oder Pflegeerollstuhl muss eine Verordnung des Arztes beim Sanitätshaus eingereicht werden. Dieses überprüft dann die Kostenübernahme. Auch die Pflegekasse prüft intern, ob das Hilfsmittel von der Krankenkasse bezahlt werden muss.
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse.
- Ein sog. „Pflegehilfsmittelverzeichnis“ gibt Auskunft darüber, welche Pflegehilfsmittel bzw. technischen Hilfen vergütet bzw. leihweise überlassen werden können. Es ist bei den Pflegekassen und teilweise auch in Sanitätshäusern erhältlich. Online findet man es unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > Hilfsmittelverzeichnis.

## Wohnumfeldverbesserung

Die Pflegekasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, welche die Pflege erleichtern, eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen oder die Aufnahme in ein Heim verhindern oder hinauszögern.

### Voraussetzungen

Voraussetzung für die Gewährung eines Zuschusses ist, dass die vorgesehenen Maßnahmen die häusliche Pflege ermöglichen oder erheblich erleichtern oder dass eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von einer Pflegeperson verringert wird.

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Die Maßnahmen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe ein Zuschuss zur Verbesserung des Wohnumfelds gewährt wird, liegt im Ermessen der Pflegekasse.

Es muss sich um Maßnahmen in der Wohnung des Pflegebedürftigen handeln oder um Maßnahmen in dem Haushalt, in dem der Pflegebedürftige gepflegt werden soll. Es werden alle baulichen Veränderungen, die das Wohnumfeld des Pflegebedürftigen verbessern, zusammen als eine Maßnahme betrachtet. Ändert sich die Pflegesituation, können weitere Maßnahmen beantragt werden.

### Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den MDK zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Heim verhindern kann.

### **Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen:**

Einbau von Dusche, Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen oder Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Pflegesituation.

Zu den Kosten zählen auch statische Gutachten, Antragsgebühren, Kosten der Bauüberwachung sowie nachgewiesene Fahrtkosten und Verdienstausfall von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

### Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfelds 4.000 € je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist in diesem Fall auf 16.000 € begrenzt und wird bei mehr als 4 Pflegebedürftigen anteilig auf die Versicherungsträger der Pflegebedürftigen aufgeteilt.

### **Praxistipps!**

- **Eingliederungshilfe:** Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen über das örtliche Sozialamt beantragt werden. Dabei darf allerdings die allgemeine Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII nicht überschritten werden.
- **Antrag:** Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst danach mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird kein Zuschuss gewährt.
- Die KfW-Bankengruppe fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten sowie den Kauf umgebaute Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Näheres unter [www.kfw.de](http://www.kfw.de) > Suchbegriff „159“. Der Antrag muss gestellt werden, bevor die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei KfW-Wohneigentumsprogrammen für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: [www.kfw.de](http://www.kfw.de) > Suchbegriff „124“ für Wohneigentümergeinschaften oder Suchbegriff „134“ für Genossenschaftsanteile.

### **Wer hilft weiter?**

Viele Städte und Gemeinden haben Beratungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. Meistens sind diese Stellen der Behinderten- oder Seniorenberatung angeschlossen oder laufen unter dem Begriff **Wohnberatungsstellen**. Der Verein „Daheim statt Heim“ bietet auf seiner Internetseite eine umfangreiche Zusammenstellung von Wohnberatungsstellen in ganz Deutschland: [www.bi-daheim.de](http://www.bi-daheim.de) > Service > Wohnberatung. Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.

## Hausnotrufsystem

Ein Patient mit Osteoporose kann leicht stürzen und sich eine Fraktur zuziehen, die ihn zunächst bewegungsunfähig macht. Hier kann ein Hausnotrufsystem sinnvoll sein, denn das ermöglicht dem Betroffenen bei Hilflosigkeit, z.B. nach einem Sturz, schnell Hilfe zu bekommen. Über ein Hausnotrufgerät kann per Knopfdruck die Notrufzentrale alarmiert und Hilfe angefordert 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. Patienten können sich an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern oder über die Alten- und Behindertenhilfe beraten lassen.

### 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.
- Eine Vermittlung zu Anbietern vor Ort ist auch über ambulante Pflegedienste oder Pflegestützpunkte möglich.

### Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) > Pflegeversicherung > Pflegehilfsmittelverträge > Hilfsmittelverzeichnis > Produktgruppe 52.
- Grundsätzlich sollte vorher mit dem Arzt abgesprochen werden, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.

# Adressen

## Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf  
Telefon: 0211 301314-0  
Fax: 0211 301314-10  
E-Mail: [info@osteoporose-deutschland.de](mailto:info@osteoporose-deutschland.de)  
[www.osteoporose-deutschland.de](http://www.osteoporose-deutschland.de)

## Netzwerk-Osteoporose e.V.

Ludwigstr. 22, 33098 Paderborn  
Telefon: 05251 280586 oder 21120  
Mobil: 0172 8378965  
Fax: 05251 1849771  
E-Mail: [buero@netzwerk-osteoporose.de](mailto:buero@netzwerk-osteoporose.de)  
[www.netzwerk-osteoporose.de](http://www.netzwerk-osteoporose.de)

## Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. (OSD)

Hohe Str. 38, 99867 Gotha  
Telefon: 03621 51258-1  
Fax: 03621 51258-2  
E-Mail: [info@osd-ev.org](mailto:info@osd-ev.org)  
[www.osd-ev.org](http://www.osd-ev.org)

## Bundesselbsthilfeverband Gesunde Knochen e.V. (BGK)

Hauberger Ring 17, 35066 Frankenberg  
Telefon: 06451 715988  
Fax: 06451 716255  
[www.osteoporose-bgk.de](http://www.osteoporose-bgk.de)

## Hypophosphatasie Deutschland e.V. (HPP)

c/o Gerald Brandt  
Rottendorfer Str. 1, 97072 Würzburg  
Telefon: 0931 782937  
E-Mail: [info@hpp-ev.de](mailto:info@hpp-ev.de)  
[www.hpp-ev.de](http://www.hpp-ev.de)

## Hilfreiche Websites:

Mit Herz & Kopf für starke Knochen

[www.osteoporose.de](http://www.osteoporose.de)

International Osteoporosis Foundation

[www.iofbonehealth.org](http://www.iofbonehealth.org)

# Impressum

## **Herausgeber**

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

## **Leitende Redakteurin**

Jutta Meier

## **Redaktionsteam**

Janina Del Giudice, Max Glaser, Andrea Nagl, Anna Yankers

## **Layout und Gestaltung**

beta Institut

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

## **Alle Rechte vorbehalten**

© 2018

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.

12. vollständig überarbeitete Auflage, April 2018