

Schmerz

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen



Vorwort

Nach Angaben des Europäischen Weißbuches Schmerz leiden in Deutschland etwa 8 bis 16 Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen. Das entspricht ca. 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung. Zu den häufigsten Schmerzerkrankungen zählen Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Rheuma- und Arthroseschmerzen sowie Tumorschmerzen.

Chronische Schmerzen haben neben dem körperlichen Leiden vielfältige soziale und psychische Auswirkungen auf die Lebensqualität. Viele Patienten ziehen sich zurück, neigen zu Depressionen oder haben Angst, krankheitsbedingt ihre Arbeitsstelle zu verlieren. Auch Angehörige wissen häufig nicht, wie sie mit dem Schmerzpatienten umgehen sollen.

Der vorliegende Ratgeber informiert neben den Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten chronischer Schmerzen ausführlich zum Umgang mit dieser Erkrankung in Partnerschaft und Familie, Urlaub und Freizeit. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den rechtlichen Fragestellungen zu finanziellen Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung sowie zu Rehabilitation, Behinderung und Pflege.

Wir hoffen, dass Patienten und ihren Angehörige durch diesen Ratgeber wieder Orientierung und Sicherheit gewinnen und dadurch in ihrer oft schwierigen Situation Entlastung finden.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 2 |
| Chronische Schmerzen | 5 |
| Entstehung | 5 |
| Schmerzarten | 5 |
| Schmerz und Psyche | 7 |
| Schmerzdiagnostik | 8 |
| Schmerztherapie | 9 |
| Leben mit chronischen Schmerzen | 15 |
| Partnerschaft und Familie | 15 |
| Arbeit | 16 |
| Ernährung | 16 |
| Sport und Bewegung | 17 |
| Autofahren | 17 |
| Urlaub | 19 |
| Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit | 22 |
| Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall | 22 |
| Krankengeld | 22 |
| Verletztengeld | 26 |
| Arbeitslosengeld | 27 |
| Zuzahlungen in der Krankenversicherung | 30 |
| Zuzahlungsregelungen | 30 |
| Zuzahlungsbefreiung | 32 |
| Sonderregelung für chronisch kranke Menschen | 34 |
| Rehabilitation | 36 |
| Überblick über Reha-Leistungen | 36 |
| Zuständigkeiten | 36 |
| Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen | 37 |
| Anschlussheilbehandlung | 40 |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 42 |
| Berufliche Reha-Maßnahmen | 43 |
| Übergangsgeld | 44 |
| Reha-Sport und Funktionstraining | 46 |
| Haushaltshilfe | 47 |
| Behinderung | 50 |
| Definition | 50 |
| Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen | 50 |
| Schwerbehindertenausweis | 52 |
| Nachteilsausgleiche | 53 |
| Erwerbsminderungsrente | 58 |

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Pflege | 60 |
| Voraussetzungen für Pflegeleistungen | 60 |
| Antragsverfahren | 60 |
| Grad der Selbstständigkeit | 61 |
| Pflegegrade | 63 |
| Leistungen für Pflegebedürftige | 63 |
| Leistungen für pflegende Angehörige | 67 |
| Patientenvorsorge | 69 |
| Adressen | 71 |
| Impressum | 73 |

Chronische Schmerzen

Schmerzen sind eine vertraute Empfindung. Sie sind eine Warnung unseres Körpers davor, dass etwas nicht in Ordnung ist. Werden Schmerzen jedoch chronisch, gehen sie häufig mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einher. Mit einer geeigneten Behandlung können sie jedoch gelindert werden oder sogar ganz verschwinden.

Entstehung

In der Regel klingen akut auftretenden Schmerzen von selbst wieder ab, sobald die schmerzauslösende Ursache nicht mehr vorhanden ist. Bleiben diese Schmerzen jedoch über einen längeren Zeitraum bestehen, können sie sich chronifizieren.

Dabei sendet das Nervensystem bereits bei kleinen und unbedeutenden Reizen Schmerzsignale an das Gehirn. Der Schmerz kann sich dadurch verselbstständigen und zu einer eigenständigen Krankheit, dem Chronischen Schmerzsyndrom, entwickeln.

Erkrankungen, die zu chronischen Schmerzen führen können, sind z.B.:

- Erkrankungen oder Verletzungen des Bewegungsapparates, z.B. Arthritis, Arthrose, Rheuma, Osteoporose, Knochenbrüche, Hüft- und Wirbelfrakturen
- Tumorerkrankungen
- Erkrankungen des Nervensystem, z.B. Gürtelrose, Multiple Sklerose, Parkinson
- Psychische Erkrankungen, z.B. Angststörungen, Depressionen
- Erkrankungen innerer Organe, z.B. chronische Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Für die Entstehung und Erhaltung chronischer Schmerzen können auch weitere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, eine wesentliche Rolle spielen, z.B. psychosoziale Belastungen oder permanenter Stress.

Um eine Chronifizierung zu vermeiden, sollten akute Schmerzen ernst genommen und rechtzeitig behandelt werden (siehe S. 9 ff.).

Schmerzarten

Es gibt verschiedene Schmerzarten. Diese haben unterschiedliche Ursachen und weisen verschiedene Symptome auf. Häufig liegen Mischformen dieser Schmerzarten vor.

Nozizeptive Schmerzen

Nozizeptive Schmerzen entstehen, wenn infolge einer Gewebeschädigung Schmerzsignale an das Gehirn gesendet werden. Ein Schmerzsignal wird z.B. durch Druck, Hitze, Verletzungen oder auch durch körpereigene Prozesse wie Entzündungen oder Gewebsveränderungen ausgelöst. Nozizeptive Schmerzen werden unterteilt in somatische Schmerzen und Eingeweideschmerzen.

Somatische Schmerzen

Somatische Schmerzen werden abhängig vom Entstehungsort der gereizten Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren) in Oberflächen- und Tiefenschmerzen unterteilt:

- **Oberflächenschmerzen** entstehen durch Reizung von Schmerzrezeptoren in der Haut und sind anfänglich meist stechend scharf, werden rasch schwächer und klingen häufig brennend und dumpf nach.
- **Tiefenschmerzen** entstehen durch Reizung von Schmerzrezeptoren in Muskeln, Gelenken, Knochen, Bändern oder Bindegewebe und sind eher dumpf und schwer zu lokalisieren.

Zu den somatischen Schmerzen zählen z.B.:

- Rheumaschmerzen
- Rückenschmerzen
- Arthroseschmerzen
- Schmerzen nach Operationen
- Ischämieschmerzen (Schmerzen bei Durchblutungsstörungen)

Eingeweideschmerzen

Eingeweideschmerzen, auch viszerale Schmerzen genannt, entstehen, wenn innere Organe von Schmerzrezeptoren gereizt werden. Diese Schmerzart ist oft schwer zu lokalisieren und hat häufig einen drückenden oder ziehenden Charakter.

Zu den Eingeweideschmerzen zählen z.B.:

- Magen-/Darmschmerzen
- Schmerzen bei Nieren- oder Gallenkoliken
- Entzündungsschmerzen der Bauchspeicheldrüse

Da die Schmerzfasern der inneren Organe und die der Haut im Rückenmark in gemeinsamen Schmerzbahnen verlaufen, werden Schmerzen von inneren Organen häufig auch an der Körperoberfläche (**Head Zonen**) wahrgenommen. Beispielsweise verspüren manche Patienten nach einem Herzinfarkt Schmerzen im linken Arm oder bei Erkrankungen der Gallenblase Schmerzen in der rechten Schultergegend. Dieses Phänomen wird als „übertragener Schmerz“ bezeichnet.

Nervenschmerzen

Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) entstehen als Folge einer Nervenschädigung und können heftig einschießend, attackenartig oder dauerhaft brennend sein. Weitere typische Anzeichen sind Überempfindlichkeit gegenüber Berührungen (Allodynie), unangenehme, manchmal schmerzhaft empfundene Körperempfindung mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen (Parästhesien) sowie Sensibilitätsstörungen.

Zu den Nervenschmerzen zählen z.B.:

- Nervenwurzelerschmerzen bei Ischialgie
- Nervenschmerzen bei diabetischer Neuropathie
- Gesichtsschmerzen bei Trigeminusneuralgie

- Schmerzen bei Gürtelrose (postherpetische Neuralgie)
- Phantomschmerzen nach Amputationen

Psychogene Schmerzen

Psychogene Schmerzen, auch funktionelle Schmerzen genannt, werden durch psychische Erkrankungen oder Belastungen verursacht und können als Ausdruck von unbewältigten psychischen und psychosozialen Problemen verstanden werden. Häufige Ursachen sind z.B. chronischer Stress, Angststörungen und Depressionen.

Diese Schmerzen treten häufig an mehreren Stellen auf und äußern sich individuell sehr verschieden. Beispiele sind chronische Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen, bei denen körperliche Ursachen nicht auffindbar sind.

Mischformen

Viele chronische Schmerzen lassen sich nicht eindeutig einer Schmerzart allein zuordnen, sondern es treten Mischformen verschiedener Schmerzarten gleichzeitig in unterschiedlichen Ausprägungen auf.

Zu den gemischten Schmerzen können z.B. zählen:

- Tumorschmerzen
- Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die in ein Bein ausstrahlen (Lumboischialgie)
- Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (Lumbalgie)
- Schmerzen nach einer Bandscheibenoperation

Mischformen sind nicht immer einfach zu diagnostizieren. Um einen Therapieerfolg zu erzielen, müssen alle Schmerzarten entsprechend behandelt werden.

Schmerz und Psyche

Viele Studien weisen darauf hin, dass sich chronische Schmerzen und psychische Beeinträchtigungen gegenseitig beeinflussen.

Wechselseitige Beeinflussung

Ursache chronischer Schmerzen können psychische Beeinträchtigungen sowie psychosoziale Probleme sein (psychogene Schmerzen, siehe oben). Umgekehrt können sich chronische Schmerzen auf die psychische Gesundheit auswirken.

Ursache für diese Wechselwirkungen können neurobiologische Zusammenhänge sein:

- Bei der Schmerzverarbeitung werden dieselben Hirnareale aktiviert wie bei starken Emotionen, z.B. bei Trauer oder Angst.
- Ein Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe (Neurotransmitter) kann sowohl zur Entstehung von Schmerzen als auch von psychischen Erkrankungen führen.

Zu den psychischen Beschwerden, die Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung chroni-

scher Schmerzen haben sowie durch diese verursacht werden können, zählen z.B. Depressionen, Angststörungen, Psychosen oder Belastungsstörungen.

Chronische Schmerzen und Depressionen

Depressionen treten zusammen mit chronischen Erkrankungen sehr häufig auf. Nach Angaben des „Kompetenznetzes Depression“ haben depressive Patienten ein doppelt so hohes Risiko an chronischen Schmerzen zu erkranken wie Menschen ohne Depressionen. Umgekehrt haben Patienten mit chronischen Schmerzen ein etwa dreifach erhöhtes Risiko an Depressionen zu erkranken wie Patienten ohne Schmerzen.

Chronische Schmerzen und Depressionen können sich gegenseitig verstärken und zu einem Teufelskreis führen:

- Depressionen zeigen sich häufig durch eine niedergeschlagene Stimmung mit einer starken Antriebsminderung, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit sowie Müdigkeit. Dies kann zu mangelnder körperlicher Aktivität und damit zu Bewegungseinschränkungen führen, welche die Entstehung chronischer Schmerzen fördern bzw. die Schmerzwahrnehmung verstärken.
- Chronische Schmerzen gehen oft mit einer erhöhten Anspannung, Angst und Stress einher. Sie verleiten zu körperlicher Schonung und können einen Verlust von Aktivitäten und sozialen Kontakten nach sich ziehen. Diese Faktoren begünstigen bei entsprechender Anfälligkeit die Entstehung von Depressionen.

Obwohl chronische Schmerzen ein so häufiges Begleitsymptom einer depressiven Störung sind, wird nur bei der Hälfte aller depressiven Patienten eine Depression diagnostiziert. Der Grund dafür ist, dass viele Schmerzpatienten entweder die psychischen Anteile ihrer Erkrankung nicht erkennen oder aus Angst vor Stigmatisierung eine entsprechende Behandlung, z.B. Psychotherapie (siehe S. 12), ablehnen und daher nur ihre körperlichen Symptome schildern.

Praxistipp!

Nähere Informationen zum Krankheitsbild der Depression sowie umfangreiche Hinweise zu psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung bietet der Ratgeber „Depression“. Er kann unter www.beta-institut.de kostenlos heruntergeladen werden.

Schmerzdiagnostik

Um eine angemessene Schmerztherapie durchführen zu können, ist eine genaue Analyse der Schmerzen notwendig.

Da Schmerzen individuell sehr unterschiedlich empfunden werden, ist eine objektive Messung schwierig. Ohne die Mitwirkung des Patienten ist es für den Arzt nicht möglich, den Schmerz einzuschätzen. Neben der klinischen Untersuchung spielt deshalb die Anamnese eine wichtige Rolle.

Anamnese

Für die Schmerzanalyse sind besonders folgende Angaben wichtig:

- **Lokalisation und Ausbreitung:** Wo genau tut es weh? Wo ist der Schmerz am stärksten?
- **Beginn und Verlauf:** Wann sind die Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten? Wie häufig treten sie auf?

- **Schmerzintensität und -qualität:** Wie stark sind die Schmerzen? Wie fühlt sich der Schmerz an? Ist er stechend, brennend, dumpf oder ziehend?
- **Schmerzauslöser:** Wodurch wird der Schmerz ausgelöst? Gibt es Faktoren, die den Schmerz verstärken oder lindern?
- **Psychosoziale Aspekte:** Welche Gegebenheiten im Berufs- und Privatleben und welche persönlichen Verhaltensmuster können einen bedeutenden Einfluss auf die chronischen Schmerzen haben? Gibt es kritische Lebensereignisse, die mit dem Auftreten der Schmerzen in Zusammenhang stehen? Wie wird der Schmerz erlebt? Welche Auswirkungen hat der Schmerz auf das Alltagsleben?

Schmerzdokumentation

- Um möglichst viele für die Schmerzdiagnostik relevanten Aspekte zu erfassen, werden häufig ergänzend zum ärztlichen Gespräch standardisierte **Schmerzfragebögen** eingesetzt. Ein Muster eines Schmerzfragebogens finden Sie im Anhang.
- Es kann sinnvoll sein, sich in einem **Schmerztagebuch** regelmäßig zu notieren, wo und wann die Schmerzen aufgetreten sind und welche Therapien durchgeführt wurden. Dadurch kann der Verlauf und Erfolg der Schmerzbehandlung dokumentiert werden.
- Mit Hilfe von **Schmerzskalen** kann die Intensität der Schmerzen gemessen werden. Es gibt numerische und verbale Skalen, bei Kindern oder demenzkranken Menschen können auch visuelle Skalen eingesetzt werden.



Praxistipp!

Ein Schmerztagebuch kann bei der Deutschen Schmerzliga unter www.schmerzliga.de/broschueren kostenlos heruntergeladen werden.

Schmerztherapie

Die Behandlung chronischer Schmerzen ist sehr vielschichtig und abhängig von der Art des Schmerzes. Ein ganzheitlicher Ansatz, der neben der körperlichen Behandlung auch die psychischen und sozialen Aspekte der Betroffenen miteinbezieht, ist empfehlenswert.

In der Regel besteht die Therapie aus mehreren Bausteinen und wird „**multimodale Therapie**“ oder „**spezielle Schmerztherapie**“ genannt. Zu diesen Bausteinen zählen z.B. die medikamentöse Therapie, die Physio- und Ergotherapie, Psychotherapie sowie minimal-invasive und operative Verfahren.

Medikamentöse Schmerztherapie

Medikamente sind ein wichtiger Teil der Schmerztherapie und bilden häufig die Grundlage für andere Bausteine der Schmerzbehandlung.

Folgende Medikamente werden in der Schmerztherapie eingesetzt:

- **Schmerzmittel (Analgetika)**
 - **Nicht-opioide Schmerzmittel** wirken am Entstehungsort der Schmerzen und werden vor allem bei leichten bis mittelstarken Schmerzen angewandt. Viele dieser Medikamente wirken zusätzlich fiebersenkend und entzündungshemmend. Dazu zählen z.B. Acetylsalicylsäure, Paracetamol,

Ibuprofen, Diclofenac, Metamizol oder Naproxen.

- **Opioide** haben eine stärkere Wirkung als nicht-opioide Substanzen, weil sie die Weiterleitung der Schmerzimpulse hemmen. Es gibt schwach wirksame Opioide, z.B. Tramadol, Codein, Tilidin und stark wirksame Opioide, z.B. Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Tapentadol, Buprenorphin und Fentanyl.
- **Antidepressiva**
können das Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe wieder ins Gleichgewicht bringen und haben eine schmerzlindernde Wirkung. Sie werden häufig mit anderen Medikamenten kombiniert. Zu den Antidepressiva zählen z.B. Duloxetin oder Amitriptylin.
- **Antiepileptika/Antikonvulsiva**
verhindern zu starke elektrische Entladungen in den Nervenbahnen und können dadurch Nervenschmerzen beeinflussen. Zu diesen Substanzen zählen z.B. Gabapentin, Carbamazepin, Pregabalin und Valproinsäure.
- **Pflanzliche Schmerzmittel**
werden meist ergänzend zu anderen Schmerzmitteln eingesetzt, um deren Dosis zu senken und dadurch Nebenwirkungen zu verringern.

Hinweise zur Anwendung von Opioiden:

- Opioide können als **Retardpräparate** verabreicht werden. Das sind Medikamente, die ihren Wirkstoff langsam über einen längeren Zeitraum freisetzen. Sie müssen nach einem festen Zeitplan eingenommen werden, um eine gleichmäßige Wirkung zu erreichen.
- Opioide können verschiedene **Nebenwirkungen** haben. Dazu zählen z.B. Verstopfung, Atemdepression (Hypoventilation), Übelkeit, Erbrechen, Krämpfe in inneren Organen (Koliken) sowie eine körperliche Abhängigkeitsentwicklung bei längerer Anwendung. Die Gefahr einer Suchtentwicklung bei korrekter Anwendung unter ärztlicher Aufsicht ist jedoch sehr gering.
- Um **Entzugssymptome**, wie Schwitzen oder Übelkeit, zu vermeiden, dürfen die Medikamente nicht abrupt abgesetzt, sondern müssen schrittweise reduziert werden.
- Geeignete Abführpräparate sowie eine Ernährungsumstellung können einer **Verstopfung** entgegenwirken. Näheres zur Ernährung bei Opioidanwendung finden Sie auf S. 16.
- Opioide können Auswirkungen auf **Sexualität und Kinderwunsch** haben und in der Schwangerschaft dazu führen, dass das ungeborene Kind eine körperliche Abhängigkeit entwickelt. Deshalb sollte jede Einnahme von Schmerzmitteln, auch von freiverkäuflichen, bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft vorher mit dem Arzt abgesprochen werden.



Praxistipp!

Opioide unterliegen bis auf wenige Ausnahmen dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und dürfen nur auf einem speziellen Rezept, dem sog. Betäubungsmittelrezept (gelbes Rezept), verordnet werden. Um die rechtmäßige Einnahme von medizinisch notwendigen Opioiden nachweisen zu können, sollte ein **Opioid-Ausweis** mitgeführt werden. In diesem Dokument sind die Medikamente, die Dosierung und Einnahmedaten vermerkt, um mitbehandelnde Ärzte zu informieren. Auch Patienten, die gegenüber Behörden ihre Fahrtauglichkeit nachweisen müssen oder ins Ausland reisen, ist ein Opioid-Ausweis sehr zu empfehlen.



Praxistipp!

Ein Opioid-Ausweis kann bei der Deutsche Schmerzliga e.V. kostenlos heruntergeladen werden unter www.schmerzliga.de/broschueren.

Physiotherapie

Physiotherapie hat das Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Bei Schmerzpatienten soll sie vor allem dazu beitragen, Bewegungsangst und Verspannungen abzubauen, Muskeln zu stärken sowie ein optimales Bewegungsverhalten zu trainieren. Auch physikalische Verfahren können helfen, Schmerzen zu lindern.

Zur den physiotherapeutischen Verfahren zählen z.B.:

- Sport- und Bewegungstherapie, v.a. Dehnungs- und Kräftigungsübungen
- Thermobehandlungen: Wärmebehandlungen, z.B. Fangopackungen, heiße Rolle, heiße Bäder oder warmes Licht; Kältebehandlungen, z.B. Eismassagen oder Kneipp-Therapien
- Massagen (unterstützend)
- Elektrotherapie, v.a. die Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS)
- Lasertherapie

Die Verfahren der Physiotherapie sind anerkannte Heilmittel und können durch den behandelnden Arzt verordnet werden. Informationen zum Thema Zuzahlung und Zuzahlungsbefreiung finden Sie ab S. 30.

Ergotherapie

Ergotherapie dient der Wiederherstellung motorischer Fähigkeiten mit Hilfe aktivierender und handlungsorientierter Methoden, unter Einsatz von Übungsmaterial, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen. Ziel der Ergotherapie bei Schmerzpatienten ist das Einüben von schmerzarmen und kompensatorischen Bewegungsabläufen.

Die Maßnahmen der Ergotherapie sind anerkannte **Heilmittel** und können durch den behandelnden Arzt verordnet werden. Informationen zum Thema Zuzahlung und Zuzahlungsbefreiung finden Sie ab S. 30.

Akupunktur

Die Akupunktur ist eine Behandlungsmethode der traditionellen chinesischen Medizin. Durch Reizung ausgewählter Akupunkturpunkte kann die Weiterleitung von Schmerzimpulsen unterdrückt und die Ausschüttung der schmerzhemmenden Endorphine aktiviert werden.

Die Krankenkasse übernimmt die Behandlungskosten der Akupunktur bei folgenden Erkrankungen, wenn diese seit mindestens 6 Monaten bestehen:

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die gegebenenfalls nicht-segmental bis zum Kniegelenk ausstrahlen
- Chronische Schmerzen des Kniegelenks durch Gonarthrose

Die Akupunktur wird jeweils bis zu 10 Sitzungen mit jeweils mindestens 30 Minuten Dauer innerhalb

von 6 Wochen verordnet (in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von 12 Wochen). Eine erneut abrechenbare Behandlung kann frühestens 12 Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung erfolgen. Wer Akupunktur in Anspruch nehmen will, sollte bei seiner Krankenkasse Adressen von Vertragsärzten erfragen, die mit den Krankenkassen abrechnen können.

Psychotherapie

Da psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, das Schmerzerleben und die Schmerzempfindlichkeit beeinflussen können, sollten auch diese im Rahmen der Schmerztherapie behandelt werden. Die Krankenkasse übernimmt bei psychischen Erkrankungen die Behandlungskosten für folgende psychotherapeutische Verfahren:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Bei chronischen Schmerzen wird in der Regel ein (kognitiv-)verhaltenstherapeutischer Ansatz gewählt. Ziel ist zu lernen wie Verhaltensweisen, die den Schmerz verstärken, gezielt verändert werden können.

Der Patient kann sich seinen Therapeuten selbst aussuchen und bis zu 5, bei einer analytischen Psychotherapie bis zu 8, Probesitzungen besuchen. In Ausnahmefällen kann die Krankenkasse auch die Kosten eines Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung erstatten. Für eine Psychotherapie ist eine Überweisung durch einen Arzt nicht erforderlich.

Psychotherapeuten können z.B. unter folgenden Adressen gesucht werden:

- Therapeutensuche der Bundespsychotherapeutenkammer unter www.bptk.de/service/therapeutensuche.html
- Therapeutensuche des Psychotherapie-Informations-Dienstes des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen unter www.psychotherapiesuche.de
- Regionale Arztauskunftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen unter www.kbv.de/html/arzt-suche.php
- Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf Länderebene

Entspannungsverfahren

Entspannungsmethoden werden sowohl in der physikalischen als auch in der psychosomatischen Behandlung eingesetzt. Sie reduzieren Verspannungen und Stress, wirken auf Körper und Seele und können den Schmerz reduzieren. Viele Methoden können Patienten selbst erlernen und gezielt einsetzen. Anleitung zu den verschiedensten Entspannungsmöglichkeiten geben Reha-Kliniken oder Ergo- und Physiotherapeuten.

Zu den Entspannungsverfahren, die in der Schmerztherapie eingesetzt werden, zählen z.B.:

- **Progressive Muskelentspannung nach Jacobson:** Gezieltes An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen
- **Autogenes Training:** Methode, durch die man sich in einen Zustand einer veränderten, vertieften Wahrnehmung des eigenen Körpers versetzen kann. Der Patient stellt sich etwas vor, z.B. „Ich

fühle mich ganz warm", und der Körper folgt der Vorstellung.

- **Yoga:** Entspannt und dehnt die Muskeln.
- **Biofeedback-Verfahren:** Bestimmte Körperzustände, z.B. Spannung, werden in Signale übersetzt. Die Patienten lernen diese Signale zu beeinflussen.

Eingesetzt werden auch Hypnose, Tai-Chi, Qigong, Feldenkrais oder Imaginations- und Meditations-techniken, wie z.B. die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion nach Kobat-Zinn (MBSR). Mit diesen Methoden gehen Patienten „auf Abstand“ zu ihren Schmerzen.

Viele Krankenkassen bieten im Rahmen ihrer Bonus- und Prämienprogramme eine teilweise oder komplette Kostenerstattung für Entspannungskurse an, welche an Volkshochschulen, bei Sportvereinen, in Fitnessstudios und in Ergo- und Physiotherapiepraxen angeboten werden.

Minimal-invasive Verfahren

Bei chronischen Schmerzen können auch minimal-invasive Verfahren durchgeführt werden. Im Unterschied zu konventionellen Operationen ist bei minimal-invasiven Verfahren der Eingriff in den Körper sehr gering. Viele dieser Eingriffe können ambulant durchgeführt werden.

Zu den minimal-invasiven Verfahren zählen z.B.:

- **Injektionstherapie**
Dabei werden durch gezielte Injektionen im Bereich der Arme und Beine oder der Wirbelsäule Schmerzmedikamente sehr genau an ihren Wirkungsort gebracht. Da nur eine geringe Medikamentendosis erforderlich ist, können Nebenwirkungen für den Gesamtorganismus minimiert werden.
- **Schmerzmittelpumpen**
Über einen Katheter und eine verbundene Pumpe wird das Schmerzmittel direkt in den Spinalraum (Bereich um das Rückenmark) eingebracht und wirkt dort vor Ort. Dieses Verfahren wird vor allem bei sehr starken Schmerzen eingesetzt.
- **Nervenstimulation (Neurostimulation)**
Hier wird ein Neurostimulationsgerät unter der Haut platziert und mit einer Sonde nahe am Rückenmark verbunden. Dort werden dann elektrische Impulse an das Rückenmark gesendet. Diese „überlagern“ dort die körpereigenen Schmerzsignale und verhindert deren Weiterleitung ans Gehirn. Dadurch werden die Schmerzen kaum oder nur noch abgeschwächt wahrgenommen.

Operationen

Eine Operation kann in bestimmten Situationen chronische Schmerzen langfristig lindern. Sie birgt aber auch Risiken. Eine Beschwerdefreiheit kann nicht garantiert werden.

Zu den konventionell-operativen Verfahren bei chronischen Schmerzen zählt z.B. die **Bandscheiben-Operation**. Bei diesem Eingriff wird meist Bandscheibengewebe entfernt, um gereizte Nerven zu entlasten. Bandscheiben-Operationen werden in der Regel erst dann durchgeführt, wenn konservative Methoden, z.B. physiotherapeutische Maßnahmen, keine ausreichende Wirkung erzielen oder ein schneller Eingriff unumgänglich ist, z.B. bei einer vollständigen Unterbrechung von Nervenbahnen.

Ein weiteres operatives Verfahren zur Schmerzlinderung ist die **Endoprothetik**. Dabei wird ein durch Krankheit oder Unfall zerstörtes oder durch natürlichen Verschleiß abgenutztes Gelenk durch ein

künstliches Gelenk ersetzt (Endoprothese). Zu den häufig eingesetzten Endoprothesen zählen z.B. künstliche Hüftgelenke und Knieprothesen. Häufige Gründe für das Einsetzen eines Gelenkersatzes sind Arthrose und rheumatoide Arthritis.

Operative Eingriffe können ambulant oder stationär durchgeführt werden. Im Anschluss kann eine stationäre und/oder ambulante Rehabilitation sinnvoll sein. Weitere Informationen zur Rehabilitation finden Sie auf S. 36.

Leben mit chronischen Schmerzen

Ständige Schmerzen können vielfältige Auswirkungen auf das Leben der Patienten und deren Angehörige haben. Sie gehen häufig mit einer starken Belastung für die Betroffenen einher können die Lebensqualität in vielen Bereichen einschränken.

Partnerschaft und Familie

Angehörige von Patienten mit chronischen Schmerzen können sich oft nur schwer in dessen Lage hineinversetzen. Dies kann zu vielfältigen Konflikten führen. Häufig leidet die ganze Familie unter den Belastungen.

Familiäre Belastungen, die infolge chronischer Schmerzen entstehen können, sind z.B.:

- **Überforderung von Angehörigen**
Müssen sich Familienangehörige um die Probleme und Sorgen des Schmerzpatienten kümmern, bleibt diesen häufig wenig Zeit für ihre eigenen Belange.
- **Wegfall gemeinsamer Aktivitäten**
Häufig ziehen sich die Betroffenen zurück und meiden soziale Kontakte. Sind langes Gehen oder Sitzen nicht mehr möglich, können Aktivitäten mit Partner oder Familie, z.B. Konzert- und Restaurantbesuche oder Hobbies, nur noch sehr eingeschränkt wahrgenommen werden.
- **Finanzielle Probleme**
Lange Phasen der Arbeitsunfähigkeit und daran anschließende Arbeitslosigkeit können zu finanziellen Problemen führen, z.B. wenn der Lebensstandard der Familie nicht mehr gehalten oder das Haus nicht mehr abbezahlt werden kann.



Praxistipps!

- Familienangehörige sollten **keinen Erwartungsdruck** auf den Schmerzpatienten ausüben. Viele Patienten ziehen sich gerade deshalb zurück, um diesem Druck sowie der Angst, als Simulant angesehen zu werden, aus dem Weg zu gehen.
- Um den Schmerz nicht zusätzlich in den Mittelpunkt zu stellen und durch Konditionierungsprozesse zu verstärken, sollten Angehörige dem Patienten nicht nur dann **Aufmerksamkeit und Zuneigung** schenken, wenn dieser über starke Schmerzen klagt.
- Da Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle Einfluss auf unser Schmerzempfinden haben und dieses entsprechend stärken oder schwächen können, ist **Ablenkung** eine wichtige Verhaltensstrategie gegen den Schmerz. Gespräche, gemeinsame Erlebnisse oder Hobbys, die hohe Konzentration erfordern, können die Schmerzwahrnehmung vermindern. Schonen und Leiden können dagegen zu einer Verstärkung der Schmerzen beitragen.
- Benötigt ein chronisch schmerzkranker Elternteil **Unterstützung bei der Kinderbetreuung**, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe beantragt werden. Im Bedarfsfall können auch Leistungen des Jugendamts, wie z.B. eine ambulante Familienpflege, die Betreuung durch eine Tagesmutter oder eine sozialpädagogische Familienhilfe in Frage kommen.



Wer hilft weiter?

- Familienberatungsstellen oder eine Paar- oder Familientherapie können in schwierigen Lebenssituationen Hilfestellung bieten.
- Bei sexuellen Problemen können sich Betroffene z.B. an die deutschlandweit vertretenen Beratungsstellen von Pro Familia wenden.
- Psychosoziale Krebsberatungsstellen können für Schmerzpatienten mit Krebs eine sinnvolle Anlaufstelle bei familiären Problemen sein.

Arbeit

Starke Schmerzen, die z.B. durch einen Bandscheibenvorfall oder durch den Verschleiß von Gelenkknorpeln entstehen, gehören in Deutschland zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeit ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, aufgrund dessen der in der Kranken- und Unfallversicherung Versicherte seine bisherige Erwerbstätigkeit nicht oder nur unter Gefahr der Verschlimmerung des Zustands weiter ausüben kann.

Frühzeitige Schmerztherapien können dazu beitragen, lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Bei der Anwendung von opioiden Schmerzmittel können jedoch aufgrund möglicher Nebenwirkungen manche Schmerzpatienten ihren Beruf vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr ausüben. Das gilt besonders für Berufe, in denen der Patient sich selbst oder andere gefährden kann.

Beispiele dafür sind:

- Absturzgefahr bei Schwindel (Gerüstbauer, Dachdecker, Zimmerer)
- Verletzungsgefahr infolge von Sehstörungen (Arbeiter an laufenden Maschinen, handwerkliche Berufe, Verkehrsteilnehmer)
- Fehlleistungen infolge von Müdigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen (Heilberufe, Therapeuten, handwerkliche Berufe, Fernfahrer)

Die ärztliche Beurteilung anhaltender Schmerzen und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit ist kompliziert. Neben der Grunderkrankung spielt auch die psychische Stabilität des Patienten eine Rolle.

Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei bestehender Arbeitsunfähigkeit in der Regel eine Entgeltfortzahlung von 6 Wochen durch den Arbeitgeber. Besteht die Arbeitsunfähigkeit fort, können finanzielle Leistungen wie Krankengeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld beantragt werden (siehe S. 22 ff.).

Ernährung

Da die Einnahme von Opioiden zu Verstopfung führen kann, gibt es für Schmerzpatienten spezielle Ernährungshinweise.

Um der Verstopfung entgegenzuwirken, sollten Schmerzpatienten besonders auf eine **reichliche Flüssigkeitszufuhr** achten. 2 bis 3 Liter Flüssigkeit pro Tag sind empfehlenswert, am besten eignen

sich Wasser und Kräutertees. Auch wasserreiche Obst- und Gemüsesorten, z.B. Melonen, Gurken oder Tomaten, können dazu beitragen genug Flüssigkeit aufzunehmen.

Schmerzpatienten sollten auf eine **ausgewogene Vollwerternährung** mit reichlich Obst und Gemüse achten. Lebensmittel, welche die Verstopfung begünstigen, sollten durch **ballaststoffreiche Speisen** ersetzt werden, z.B. Vollkornbrot statt Weißbrot. Zusätzlich bringen eingeweichte Trockenfrüchte oder Leinsamen einen trägen Darm in Schwung.

Opioide und Alkohol verstärken sich gegenseitig in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen. Deshalb sollte grundsätzlich **auf alkoholische Getränke verzichtet** werden.

Praxistipp!

Viele Krankenkassen bezuschussen eine **Ernährungsberatung** für eine gesunde Ernährung im Allgemeinen und im Besonderen für ernährungsbedingte oder durch die Ernährung zu beeinflussende Krankheiten.

Sport und Bewegung

Sport und Bewegungsübungen können Schmerzen lindern, Verspannungen lösen sowie Kraft und Lebensqualität zurückbringen.

Wenn bei bestimmten Bewegungen Schmerzen auftreten (Bewegungsschmerzen), versuchen viele Patienten diese Bewegungen zu vermeiden oder einzuschränken. Doch das Ruhigstellen verschlimmert auf Dauer den Schmerz, da sich Muskeln, die nicht bewegt werden, fortschreitend abbauen und sich Gelenkkapseln und Sehnen zusammenziehen. Die Folge ist, dass die Bewegung gar nicht mehr oder nur unter noch stärkeren Schmerzen ausgeführt werden kann. Ersatzbewegungen können zu Verspannungen oder Fehlhaltungen führen, die ebenfalls Schmerzen nach sich ziehen können.

Regelmäßige, gezielte Bewegungen können jedoch Schmerzen lindern, da der Körper bei sportlicher Betätigung körpereigene Opiate und Endorphine (Glückshormone) ausschüttet, die ähnlich wie Opiode schmerzstillend wirken.

Da Schmerzen individuell sehr verschieden sind, können keine pauschalen Empfehlungen zum Bewegungstraining gegeben werden. Patienten sollten lernen, auf ihren Körper zu hören und ihr Training dementsprechend anpassen. Auch Übungen unter physiotherapeutischer Anleitung können sinnvoll sein.

Geeignete Sportarten sind solche, die „sanfte“ Bewegungen erfordern und keine ruckartigen oder extremen Kraftanstrengungen hervorrufen. Dazu zählen, je nach Schmerzart, z.B. Radfahren, Langlaufen, Wandern und (Nordic)Walking, Schwimmen, Yoga, Tai-Chi, Qigong und ähnliche Bewegungsformen.

Autofahren

Schmerzmedikamente können, z.B. durch Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit oder durch Konzentrationsstörungen, die Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr verringern. Autofahren darf deshalb nur, wer sicherstellen kann, dass er andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährdet.

Regelungen zur Fahrtauglichkeit

Der behandelnde Arzt muss die Fahrtauglichkeit des Patienten beurteilen und dokumentieren und ist verpflichtet, den Patienten auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen.

Bei nachgewiesener Vergiftung (Intoxikation) und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art nicht gegeben. Auch wenn der Arzt die grundsätzliche Erlaubnis zum Autofahren gibt, sollte der Patient vor **jeder Fahrt** seine Fahrtauglichkeit selbst kritisch einschätzen.

Wer trotz Fahrtauglichkeit Auto fährt, macht sich strafbar und muss für mögliche Schäden aufkommen. Bei einem Unfall muss mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen gerechnet werden.

Fahrtauglichkeit bei Opioid-Anwendung

Verschiedene Studien zur **Fahrtauglichkeit bei Opioid-Anwendung** haben ergeben, dass bei stabiler Dosierung im Allgemeinen keine wesentlichen Einschränkungen bezüglich Belastbarkeit, Konzentration, Orientierung, Aufmerksamkeit oder Reaktionsfähigkeit des Anwenders zu beobachten sind.

Dennoch sollten bei Opioid-Anwendungen folgende Hinweise beachtet werden:

- Besonders während der **Einstellungsphase** ist das Autofahren in der Regel nicht möglich, da in den ersten zwei Wochen sowie nach jeder Dosiserhöhung aufmerksamkeitsbeeinträchtigende Nebenwirkungen gehäuft auftreten können. Bei gut eingestellten Patienten, die nicht mehr unter Sehstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Schwindel leiden, steht dem Autofahren in der Regel nichts entgegen.
- Da **Alkohol** die Nebenwirkungen von Schmerzmitteln verstärken kann, sollte vollständig darauf verzichtet werden.
- Fahrtüchtige Patienten sollten einen **Opioid-Ausweis** mit sich führen, um bei Verkehrskontrollen die medizinische Notwendigkeit von opioiden Arzneimitteln ärztlich nachweisen zu können (siehe S. 10).

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit kann die Führerscheinstelle eine **Überprüfung** anordnen. Kommt der Betroffene der Anordnung nicht nach, kann der Führerschein eingezogen werden. Die Kosten des Gutachtens trägt der Patient.

Die Fahrtauglichkeit kann durch folgende Gutachten festgestellt werden:

- **Fachärztliches Gutachten:**
Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.
- **Medizinisch-psychologisches Gutachten (MPU):**
Bestehen noch immer Bedenken, kann die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) fordern.



Praxistipps!

- In der **Anlage 4 zu § 11 Fahrerlaubnis-Verordnung** (www.gesetze-im-internet.de/fev_2010/anlage_4.html) sind Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zur Führung von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können, tabellarisch verzeichnet. Zu diesen Erkrankungen sind mögliche Beschränkungen oder Auflagen aufgeführt.
- Auch die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht „**Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung**“, die detailliert auf einzelne Erkrankungen eingehen. In diesen Leitlinien findet sich eine Zusammenstellung von körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen, welche die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen beeinträchtigen können. Der Download der Richtlinien ist kostenlos und wird laufend aktualisiert: www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.



Wer hilft weiter?

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

Urlaub

Urlaubsreisen können von Schmerzen ablenken und Ruhe und Erholung vom Alltag bieten. Es empfiehlt sich jedoch einige Hinweise zu beachten, um auch als Schmerzpatient die Urlaubszeit entspannt und sorgenfrei genießen zu können.

Wer im Urlaub ins Ausland fährt, sollte wichtige Informationen über seine Erkrankung, über Medikamente, Unverträglichkeiten und richtiges Verhalten im Notfall in der Landessprache mit sich führen. Auch die Telefonnummern der behandelnden Ärzte sollten im Urlaub immer griffbereit sein. Für chronisch kranke Menschen kann es sinnvoll sein, sich frühzeitig über die Möglichkeiten eines Auslandskrankenversicherungsschutzes, einer Reiserücktrittsversicherung sowie eines Rückholdienstes zu informieren.

Umgang mit Schmerzmittel im Ausland

Wer auf Schmerzmittel angewiesen ist, sollte folgende Hinweise beachten:

- **Medikamente verteilt aufbewahren**, damit die Medikamentenversorgung auch dann noch gesichert ist, wenn ein Gepäckstück verloren geht oder gestohlen wird, z.B. einen Teil im Handgepäck, den anderen im Koffer oder einen Teil im Hotelzimmer und den anderen im Safe.
- **Im Frachtraum des Flugzeugs keine Medikamente mitführen**, sondern im Handgepäck, weil Temperatur- und Druckverhältnisse im Gepäckraum stark schwanken und die Wirksamkeit vieler Medikamente beeinträchtigen können. Ideal wäre der Transport in einer Isoliertasche.
- In Absprache mit dem Arzt **Medikamente höher dosieren**, weil die An- und Abreise sehr belastend sein kann, z.B. langes, unbequemes Sitzen im Flugzeug, oder weil im Urlaub ein Teil des Therapieumfangs wegfällt, z.B. Akupunktur, Physio- oder Psychotherapie.
- Mit dem Arzt das Vorgehen bei Durchfall oder Erbrechen besprechen, weil Schmerztabletten möglicherweise dann nicht mehr ausreichend wirken können. Auch die Umstellung auf ein Schmerzpflaster kann unter Umständen sinnvoll sein. Durch ungewohnte Speisen oder verunreinigtes Trinkwasser sind Durchfälle nicht selten. Bei Flügen oder Seereisen neigen manche Reisende dazu, sich übergeben zu müssen.

- **Zeitverschiebung bei Opioid-Anwendung** beachten und das Vorgehen mit dem Arzt besprechen.
- Patienten, die auf Opioide angewiesen sind, sollten immer ihren **Opioid-Ausweis** mit sich führen, um behandelnde Ärzte im Urlaubsland über die Einnahme der Medikamente informieren zu können (siehe S. 10).

Betäubungsmittel-Bescheinigungen bei Auslandsreisen

Der Patient darf die Menge an Schmerz- und Betäubungsmittel mit sich führen, die er aus medizinischen Gründen benötigt. Da Betäubungsmittel bei der Einreise in andere Länder beschlagnahmt werden können, müssen diese bei der Zollerklärung angegeben werden.

Patienten, die auf Schmerzmittel angewiesen sind, müssen deshalb den **Beipackzettel** (in nicht-deutschsprachigen Ländern auf Englisch) sowie ein **ärztliches Attest** vorweisen können, das erklärt, dass das Medikament auf ärztliche Verordnung eingenommen werden muss. Es wird empfohlen, dieses Attest von der Gesundheitsbehörde seines Bundeslandes beglaubigen zu lassen. Die genauen Richtlinien des Reiselandes können bei der zuständigen Botschaft in Deutschland erfragt werden.

Bei der Mitnahme von Betäubungsmitteln wird abhängig vom Urlaubsland eine der folgenden Bescheinigungen benötigt:

- Für **Schengen-Länder** ist die „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung“ nötig.
- Für die **anderen Länder** gilt die „Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen müssen“.

Diese Formulare können beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter www.bfarm.de > Service > Formulare > Formulare Bundesopioide stelle herunterladen.

Krankenversicherungsschutz im Ausland

Mit der **Europäischen Krankenversichertenkarte (EHIC-Karte)** besteht Versicherungsschutz in den EU-Staaten bzw. in Staaten des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), die mit Deutschland das Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen haben.

Die Krankenkasse übernimmt jedoch nur Kosten, die auch in Deutschland für die jeweiligen Behandlungen anfallen würden. Das kann unter Umständen zu einer hohen Eigenbelastung führen. In manchen Ländern kann vom behandelnden Arzt auch eine Barzahlung verlangt werden. Wird aus gesundheitlichen Gründen ein Rücktransport nach Deutschland nötig, werden die Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen.

In allen anderen Ländern, in denen die Europäische Krankenversicherungskarte keine Gültigkeit hat, gilt nur ein stark eingeschränkter Versicherungsschutz.



Praxistipp!

Für etwa 10 € im Jahr kann bereits eine **private Auslandsreisekrankenversicherung** abgeschlossen werden. Anbieter sind z.B. Versicherungsgesellschaften, Banken oder Automobilclubs. Auch die Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen sind erhältlich bei den Krankenkassen oder der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), Pennefeldsweg 12c, 53177 Bonn, Telefon 0228 9530-0, post@dvka.de, www.dvka.de.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Schmerzen können zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen. Bei Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie anschließend unter bestimmten Voraussetzungen auf Kranken-, Verletzten- oder Arbeitslosengeld.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Besonders chronisch kranke Menschen sind auf die Absicherung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber angewiesen.

Arbeitnehmer haben einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Arbeitsentgelt.

Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auf, 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 wegen derselben Erkrankung nicht arbeitsunfähig war, d.h. berufstätig war oder als Arbeitsloser dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stand. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und die voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen sowie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vorzulegen.



Praxistipp!

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.

Krankengeld

Gesetzlich Versicherte, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht.

Voraussetzungen

Weitere Voraussetzungen sind:

- Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung.

- Es handelt sich immer um dieselbe Krankheit bzw. um eine eindeutige Folgeerkrankung derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch nicht.

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

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

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

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 44).
- 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, eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld.

Beginn des Anspruchs

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



Praxistipp!

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70 % des Arbeitsentgelts (sog. Bruttoentgelt),
- maximal aber 90 % des Nettoarbeitsentgelts.

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

| Berechnungsbeispiel |
|--|
| Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen. |
| Monatlich brutto 3.000 € $3.000 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 100 \text{ €}$ davon 70 % = 70 € |
| Monatlich netto 1.800 € $1.800 \text{ €} : 30 \text{ für Kalendertag} = 60 \text{ €}$ davon 90 % = 54 € |
| Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich. |

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

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2017 ist das ein Betrag von 145 € (= Beitragsbemessungsgrenze 52.200 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 101,50 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Kalendermonat gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Dauer

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

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

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

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

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

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, so dass 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 das Krankengeld 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 (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger als das Krankengeld ist, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Nicht darunter fallen Zuschüsse zum Krankengeld, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld, Mutterschaftsgeld.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (sog. Vertrauensarzt der Krankenkasse) 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 Rehabedarf 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. 58 f.) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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

Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Verletztengeld

Wer aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig ist, erhält Verletztengeld von der Unfallversicherung. Das Verletztengeld ist eine ähnliche Leistung wie das Krankengeld der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Zahlung von Verletztengeld:

- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit **oder**
- wenn eine ganztägige Erwerbstätigkeit wegen einer Heilbehandlung nicht ausgeübt werden kann **und**
- am Tag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld (Pflegezeit), Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II (Hartz 4) oder Mutterschaftsgeld bestand.

Höhe

Das Verletztengeld beträgt monatlich

- 80 % des Arbeitsentgelts (sog. Bruttoentgelt),
- maximal aber das Nettoarbeitsentgelt.

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

Ist der Berechtigte freiwillig in der Unfallversicherung versichert, gelten abweichende Regelungen.

Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds **beginnt**

- mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem Tag des Beginns einer Reha-Maßnahme.

Die Zahlung des Verletztengelds **endet**

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem letzten Tag der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Reha-Maßnahme **oder**
- bei Anspruch auf Übergangsgeld mit dem Tag vor Entstehen eines solchen Anspruchs **oder**
- nach der 78. Woche ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit, außer eine weitere Behandlung als Folge des Versicherungsfalls ist medizinisch notwendig, **oder**
- wenn die Arbeitsfähigkeit vermutlich nicht wieder hergestellt werden kann, auch nicht mit Maßnahmen der Beruflichen Reha. Dann ist in der Regel ein Übergang zur Rente der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung möglich.



Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld

Hat ein Versicherter keinen Anspruch auf Krankengeld mehr, ist aber weiterhin arbeitsunfähig, kann er unter bestimmten Voraussetzungen Arbeitslosengeld beantragen. Dieses sog.

„Nahtlosigkeits–Arbeitslosengeld“ überbrückt Zeiten bis eine andere Leistung, z.B. Erwerbsminderungsrente, gezahlt wird.

Voraussetzungen

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

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosenmeldung 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. 58) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderung beantragt.
- Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf 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. 44) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag.

War das Nahtlosigkeits–Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.



Praxistipps!

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese vorgeht.

- Obwohl das Verhalten des Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss der Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach objektiven Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es für diese besondere Regelungen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist auch eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

Zuzahlung (umgangssprachlich „Rezeptgebühr“ genannt): 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, in keinem Fall mehr als die Kosten des Arzneimittels.

| Preis/Kosten | Zuzahlung |
|----------------|-------------------|
| bis 5 € | Preis = Zuzahlung |
| 5 € bis 50 € | 5 € |
| 50 € bis 100 € | 10 % des Preises |
| Ab 100 € | 10 € |

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für Verbandmittel und die meisten Hilfsmittel.

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

Unter www.gkv-spitzenverband.de > Versicherten-Service > Zuzahlungen und Befreiungen > Befreiungsliste Arzneimittel ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag bei einem Arzneimittel. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen.

Die Zuzahlung richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt 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.

Verbandmittel

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

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. Inkontinenzhilfen oder Einmalhandschuhe, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient von Fachpersonal versorgt wird.

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

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt (siehe S. 47 f.).

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 Anschlussheilbehandlung werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zahnersatz

Die Krankenkasse übernimmt:

- 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss)
- 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)
- 65 % der Regelversorgungskosten bei zehn Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)

Den Rest zahlt der Versicherte. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen. Bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung wird der Eigenanteil **nicht** berücksichtigt.

Kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen

Eigenanteil: 20 % der Kosten und nur, wenn zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll. Bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung wird dieser Eigenanteil **nicht** berücksichtigt.

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.

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

Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine Zuzahlungsbefreiung aus, so dass 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 auch dieser eventuell leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

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

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

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.355 € (= 15 %

der jährlichen Bezugsgröße).

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

- Kindergeld
- Elterngeld in Höhe von 300 € bzw. 150 € (bei doppeltem Bezugszeitraum)
- Landeserziehungsgeld
- Ausbildungsförderung (BAföG)
- Pflegegeld
- Blindenhilfe
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“

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

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) 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 Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 98,16 €, bei chronisch Kranken 49,08 €.

Praxistipp!

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

Sonderregelung für chronisch kranke Menschen

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

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

- Pflegebedürftigkeit ab dem 3. Pflegegrad
- 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 Hilfs- und Heilmitteln) 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.

Voraussetzung

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

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

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

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

Rehabilitation

Chronische Schmerzen können zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen. Ziel von Reha-Maßnahmen ist es, den Renteneintritt zu verhindern oder zu verzögern. Der Grundsatz lautet daher „Reha vor Rente“.

Überblick über Reha-Leistungen

Verschiedene Reha-Leistungen können dazu beitragen, dass Menschen mit chronischen Schmerzen wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Hier ein kurzer Überblick über die Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 40) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 42).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind Leistungen zur Wiedereingliederung, um das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 44), Haushaltshilfe (siehe S. 47), Reisekosten, Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen z.B. Besuche von Veranstaltungen, Aktivitäten in einem Verein, Kauf von Büchern und Zeitungen, Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

Zuständigkeiten

Für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen können verschiedene Träger der Sozialversicherung zuständig sein.

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

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. Diese sog. **„Zuständigkeitsklärung“** soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird. Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, außer der Antrag wurde – bei Erklärung der Unzuständigkeit – an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Der „weitere“ (zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist. Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nicht, auch wenn sich später herausstellen sollte, dass der zweite Träger nicht zuständig ist. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

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

Wer hilft weiter?

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

Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen

Es gibt zwei Arten Medizinischer Reha-Maßnahmen, die ambulante und die stationäre Reha. Grundsätzlich gilt: **Ambulant vor stationär, d.h. erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht.**

Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Er wohnt zu Hause (nicht in der Reha-Einrichtung) und besucht tagsüber 4 bis 6 Stunden eine örtliche Reha-Einrichtung. Eine ambulante Reha-Maßnahme hat immer Vorrang vor einer stationären.

Voraussetzung

Voraussetzungen für ambulante Reha-Maßnahmen:

- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Reha-Maßnahme in einer Vertragsklinik, in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen (Kliniken) mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung. Ob eine ambulante Rehabilitation in einer Klinik ohne Versorgungsvertrag stattfinden darf, muss im Einzelfall immer vom Sozialversicherungsträger geprüft werden.

Dauer

Eine ambulante Reha-Maßnahme dauert längstens 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.

Voraussetzung

Voraussetzungen für stationäre Reha-Maßnahmen:

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

Dauer

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

Antrag

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

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

Antragstellung bei der Krankenkasse

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

Antragstellung mit ausführlicher Begründung

Eigentlich genügt bei den Anträgen auf 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 Reha ausführlich begründet. Auf jeden Fall vermindert es das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger, wenn dem Antrag sofort eine ausführliche ärztliche Begründung beigelegt wird. Es kann durchaus sein, dass der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) über das ärztliche Attest hinaus den Patienten zu einer Begutachtung einlädt, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

Zwischen 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 andere Regelungen:

- Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann der Patient eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse. Diese versucht, unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit und der Erkrankung des Versicherten, den Wünschen des Patienten zu entsprechen.
- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, kann der Arzt eine Reha-Einrichtung vorschlagen. Soll die Maßnahme in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss der Arzt das ausdrücklich vermerken und möglichst auch begründen. Auch die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen Bedürfnisse der Betroffenen sollten bei der Wahl eine Rolle spielen und berücksichtigt werden.



Praxistipp!

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

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung.

Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 30 ff.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre Medizinische Reha-Maßnahme 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 für Medizinische Reha-Maßnahmen oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung,
- bei ambulanten Leistungen,
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzliches Erwerbseinkommen,
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz 4) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung,

- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation,
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.191 € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

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

Die Zuzahlung richtet sich bei Antragstellung 2017 nach folgender Tabelle:

| Monatliches Nettoeinkommen | Zuzahlung |
|----------------------------|-----------|
| bis 1.191 € | Keine |
| ab 1.191 € | 9,50 € |
| ab 1.200 € | 10 € |

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

Zuzahlungen zur Unfallversicherung

Für Reha-Leistungen der Unfallversicherung müssen in der Regel keine Zuzahlungen geleistet werden.

Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine **Haushaltshilfe** (siehe S. 47) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

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

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

Voraussetzungen

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

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (siehe S. 58) **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:

- Indikation nach der Indikationsliste (siehe unten).
- 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.

AHB-Indikationsgruppen sind:

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

Beginn und Dauer

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

Die Kosten werden in der Regel für **3 Wochen** übernommen. Eine Verlängerung ist bei medizinischer Begründung durch Arzt oder Klinik möglich.

Antrag

Die Kostenübernahme der Anschlussheilbehandlung muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt

werden.

Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

Schwerbehinderte und gleichgestellte Arbeitnehmer haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern gegen den Arbeitgeber einen **Rechtsanspruch** auf Zustimmung zur Stufenweisen Wiedereingliederung. Nur in Einzelfällen kann der Arbeitgeber eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit ablehnen.

Dauer

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

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. **Entgeltersatzleistungen**, d.h., Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 22), Übergangsgeld (siehe S. 44) vom Rentenversicherungsträger, Verletztengeld von der Berufsgenossenschaft oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit. Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, dann wird dies angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungsträger, Arzt, Arbeitgeber

Berufliche Reha-Maßnahmen

Möglicherweise können Schmerzpatienten ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben. Wie lange Patienten noch berufstätig sein können, hängt vom Verlauf der Erkrankung, von den speziellen Anforderungen des Berufsbilds und von den Nebenwirkungen der Medikamente ab.

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

Maßnahmen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

- **Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes:** Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder aber in einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit unter anderem folgende Leistungen:
 - Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
 - Gründungszuschuss für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
 - Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
 - Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
 - Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
 - Umzugskostenbeihilfe, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.
- **Berufsvorbereitung:** Dazu zählt auch die wegen eines Gesundheitsschadens erforderliche Grundausbildung. Unter Berufsvorbereitung fallen die ganzheitliche Stabilisierung der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds sowie Aufbau und Festigung der Motivation und der beruflichen Fähigkeiten.
- **Berufliche Bildung:** Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, aber keine allgemeinbildenden Maßnahmen.

- **Übernahme weiterer Kosten:** Die Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung, Arbeitsgeräte.
- **Zuschüsse an den Arbeitgeber:** Anspruchs- und antragsberechtigter ist der Versicherte; der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Dauer

Die Leistungen der Beruflichen Reha sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufes nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines behinderten Menschen.

Soziale Sicherung

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



Wer hilft weiter?

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

Übergangsgeld

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

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn diese 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 oder Arbeitslosengeld II (Hartz 4) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

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

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

Höhe

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

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

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

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen oder Beruflichen Rehabilitation.
- **während** einer Leistung der Beruflichen Reha: maximal 6 Wochen bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.
- **nach** einer Leistung der Beruflichen Reha: 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 oder Beruflichen Rehabilitation bei Erforderlichkeit weiterer Leistungen zur Beruflichen Reha, wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein An-

spruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht. Allerdings wird in diesem Fall das Übergangsgeld reduziert.

- während einer Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn diese im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur Medizinischen Reha stattfindet.

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

Vielen Schmerzpatienten hilft ein gezieltes Training der Muskulatur durch Reha-Sport und Funktionstraining. Dadurch können sich Schmerzen, die durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduzieren.

Reha-Sport

Als Reha-Sport gelten z.B. bewegungstherapeutische Übungen. Sie dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und psychischer Leistungsfähigkeit. Hierzu zählen unter anderem Gymnastik, Leichtathletik und Schwimmen.

Funktionstraining

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke etc.) und wird unter Anleitung und Überwachung v.a. durch Physiotherapeuten durchgeführt. Funktionstraining ist immer organorientiert, es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Es ist beispielsweise bei degenerativen und entzündlichen Veränderungen der Bewegungsorgane wie Rheuma und Osteoporose sinnvoll. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken-/Wassergymnastik.

Voraussetzungen

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

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

Antrag

Antragstellung mit dem Vordruck „Antrag auf Förderung von Rehabilitationssport/Funktionstraining“. Dieser Vordruck ist bei Ärzten und den zuständigen Leistungsträgern erhältlich.

Wird während einer Reha-Maßnahme die medizinische Notwendigkeit von Reha-Sport festgestellt, ist vom Arzt der Behandlungsstätte eine Empfehlung im sog. „Abschlussbericht“ auszusprechen und der behandelnde Arzt hat dem Reha-Sport oder Funktionstraining zuzustimmen. Der Reha-Sport muss innerhalb von 3 Monaten nach der Reha-Maßnahme beginnen.

Kostenträger

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

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

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

Danach kann 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 Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben. Auch Schmerztherapeuten, Schmerzkliniken, Selbsthilfegruppen oder Physio- und Ergotherapeuten haben Adressen verschiedener Anbieter.

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt erledigt, wenn die haushaltsführende Person beispielsweise ins Krankenhaus muss. Sie übernimmt alle zur Weiterführung des Haushalts notwendigen Arbeiten, z.B. Einkauf, Kochen, Waschen oder Kinderbetreuung.

Haushaltshilfe kann eine Leistung der Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert.

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, häuslicher Krankenpflege oder Medizinischer Rehabilitation **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht voll-

endet hat oder das behindert 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, **oder**
- für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann seit 1.1.2016 im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

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

Praxistipps!

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

Leistungsumfang

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

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

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. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch die Rentenversicherung.

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. 32).

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

Schwere chronische Schmerzen können dazu führen, dass Betroffene als (schwer-)behindert eingestuft werden. Damit behinderte Menschen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie sog. „Nachteilsausgleiche“.

Definition

Wann jemand als „behindert“ oder „schwerbehindert“ gilt, ist im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) genau definiert. Diese Definition beruht auf dem Behinderungsverständnis der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

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

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



Praxistipp!

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

Gleichgestellte genießen, wie schwerbehinderte Menschen, einen besonderen Kündigungsschutz. Sie haben jedoch im Gegensatz zu schwerbehinderten Menschen **keinen** Schwerbehindertenausweis, **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 Antragsstellung wirksam. Sie kann befristet werden.

Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen

Der Grad der Behinderung (GdB) wird durch das Versorgungsamt festgestellt, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. „**Versorgungsmedizinischen Grund-**

sätze". Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des **Grades der Behinderung (GdB)** bzw. **Grades der Schädigung (GdS)**. Es handelt sich allerdings nur um einen Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ können beim Bundesjustizministerium unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage.html eingesehen werden.

GdB und GdS sind ein **Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.** GdB und GdS werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf Schädigungsfolgen (kausal) bezogen ist, während der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (final) bezogen ist. GdB und GdS werden in 10er-Graden bis maximal 100 angegeben.

Für die Bemessung des GdB ist vor allem die **tatsächliche Leistungseinschränkung** durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Die GdB von mehreren Erkrankungen werden dabei nicht zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen der einzelnen Funktionsbeeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit unter Berücksichtigung ihrer wechselseitigen Beziehungen zueinander.

In Fällen, in denen nach dem Sitz und dem Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine **über das übliche Maß hinausgehende und spezielle ärztliche Behandlung** erfordernde Schmerzhaftigkeit anzunehmen ist, können höhere Werte angenommen werden. Dies gilt insbesondere bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen). Ein Phantomgefühl allein bedingt keine zusätzliche GdB-Bewertung.

| Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen (vegetative Störungen, Augensymptome, andere zerebrale Reizerscheinungen) | GdB/GdS |
|--|----------------|
| leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich) | 0–10 |
| mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend) | 20–40 |
| schwere Verlaufsform (langdauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen) | 50–60 |

| Entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule ... | GdB/GdS |
|--|----------------|
| ... ohne wesentlich Funktionseinschränkung mit leichten Beschwerden | 10 |
| ... mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität) | 20–40 |
| ... mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität) | 50–70 |
| ... mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz) | 80–100 |

| Gefäßkrankheiten: Arterielle Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen) ... | GdB/GdS |
|--|---------|
| ... mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig | 0–10 |
| ... mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) Stadium II: | |
| Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m | 20 |
| Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 100–500 m | 30–40 |
| Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 50–100 m | 50–60 |
| Schmerzfrequie Gehstrecke unter 50 m ohne Ruheschmerz ein- oder beidseitig | 70–80 |
| ... Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III) einschließlich trophischer Störungen (Stadium IV) | |
| einseitig | 80 |
| beidseitig | 90–100 |

? Wer hilft weiter?

- Informationen für behinderte Menschen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen **Servicestellen**.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Schwerbehindertenausweis

Ab einem GdB von 50 kann ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt werden. Dieser belegt die Art und Schwere der Behinderung und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angeführten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

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

Praxistipp!

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

Gültigkeitsdauer

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

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

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

Nachteilsausgleiche

Welche Nachteilsausgleiche Menschen mit Behinderung erhalten, ist abhängig von den Merkzeichen und dem Grad der Behinderung (GdB).

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

Merkzeichen aG – außergewöhnlich gehbehindert

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Personenverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (80 €/Jahr)
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- behinderungsbedingte Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung steuerlich absetzbar: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500 €
- kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen
- blauer Parkausweis
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung übernehmen

- Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 %
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit steuerlich absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale)

Merkzeichen B – Notwendigkeit ständiger Begleitung

- kostenlose Beförderung der Begleitperson
 - im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen
 - bei den meisten innerdeutschen Flügen
 - blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr
- Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar
- Oranger Parkausweis
- Begleitperson von Kurtaxe befreit

Merkzeichen BI – blind

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Rundfunkbeitrag
 - Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe
 - Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung
- Sozialtarif der Telekom bei GdB von mindestens 90: Vergünstigung von 8,72 € netto monatlich (siehe Merkzeichen RF)
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuererklärung: 3.700 €
- Blauer Parkausweis, Parkplatzreservierung
- Gewährung von Blindenhilfe und in vielen Ländern Landesblindengeld
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

Merkzeichen G – erheblich gehbehindert

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke **oder** 50 % Kfz-Steuerermäßigung
- Abzugsbetrag für behinderungsbedingte Privatfahrten bei einem GdB ab 70: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 %
- Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale)

Merkzeichen GI – gehörlos

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr **oder** 50 % Kfz-Steuerermäßigung

- Sozialtarif bei der Telekom bei einem GdB von 90: Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich
- Rundfunkbeitrag
 - Befreiung für Taubblinde
 - Ermäßigung für Menschen, die sich auch mit Hörhilfen nicht ausreichend verständigen können
- Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde

Merkzeichen H – hilflos

- kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuer: 3.700 €
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Pflegepauschbetrag für Pflegende: 924 €
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

Merkzeichen RF – rundfunkbeitragsbefreit

- Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 €/ Monat
- Telekom Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/ Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates.

Merkzeichen TBl

- Befreiung vom Rundfunkbeitrag
- Erhöhtes Landesblindengeld in Bayern und Berlin

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

GdB 30/40

- Gleichstellung (dadurch Kündigungsschutz)
- Steuerfreibetrag: GdB 30 = 310 €; GdB 40 = 430 €

GdB 50

- Schwerbehinderteneigenschaft mit Anspruch auf einen Schwerbehindertenausweis
- Steuerfreibetrag: 570 €
- Kündigungsschutz
- eine Arbeitswoche Zusatzurlaub
- Freistellung von Mehrarbeit

- begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- vorgezogene Altersrente bzw. Pensionierung von Beamten
- Stundenermäßigung bei Lehrern (bundeslandabhängig)
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für behinderte Arbeitnehmer in Werkstätten für Menschen mit Behinderung
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AvD (Satzungen der Clubs)
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 2.100 €
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit: 1.500 €
- Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar:
 - Entfernungskostenpauschale 30 ct/km **oder**
 - die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit
- Pflegepersonen können Pflegepauschbetrag absetzen: 924 €
- Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen
- Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern

GdB 60

- Steuerfreibetrag: 720 €
- Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung

GdB 70

- Steuerfreibetrag: 890 €
- Wahlweise bei der Steuer absetzbar:
 - Entfernungskostenpauschale 30 ct/km **oder**
 - die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit.
- Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden, wenn gleichzeitig Merkzeichen „G“ eingetragen ist: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Ermäßigte BahnCard

GdB 80

- Steuerfreibetrag: 1.060 €
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 4.500 €
- Privatfahrten können steuerlich abgesetzt werden: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist

GdB 90

- Steuerfreibetrag: 1.230 €
- Sozialtarif bei der Telekom: bei Blindheit, Gehörlosigkeit oder Sprachbehinderung. Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich im Rahmen des Sozialtarifs. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.

GdB 100

- Steuerfreibetrag: 1.420 €
- Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 €
- gegebenenfalls Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer
- vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 €
- In vielen Kommunen Hundesteuerermäßigung für ausgebildete Hunde, z.T. auch bei niedrigerem GdB

Freiwillige Nachteilsausgleiche

Schwerbehinderten Menschen wird, meist auf freiwilliger Grundlage, eine Reihe von weiteren Nachteilsausgleichen zugestanden, z.B.:

- Eintrittspreisermäßigungen (z.B. für Filme, Theater, Sportveranstaltungen, Museen)
- Benutzung der Abteile und Sitze, die schwerbehinderten Menschen in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden etc.

Weitere Nachteilsausgleiche

- Schwerbehinderten Menschen wird – teilweise auf freiwilliger Grundlage – eine Reihe von weiteren Nachteilsausgleichen zugestanden, z.B. Eintrittspreisermäßigungen für Filme, Theater, Sportveranstaltungen, Museen
- Benutzung der Abteile und Sitze, die schwerbehinderten Menschen in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden etc.

Praxistipp!

Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de kostenlos heruntergeladen werden.

Erwerbsminderungsrente

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

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung
und
Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit)
oder
- Volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung
und
in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. 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, d.h. Anspruch haben z.B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit behindert sind.

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 kann befristet oder unbefristet ausgestellt werden:

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

Höhe

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

Hinzuverdienst

Die volle Erwerbsminderungsrente wird nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst monatlich 450 € nicht übersteigt. Zwei Monate im Jahr dürfen bis zu 900 € hinzuverdient werden („doppelte Hinzuverdienstgrenze“). Bei höherem Hinzuverdienst wird die Rente nur noch in geringerer Höhe oder überhaupt nicht mehr ausgezahlt. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.



Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundbericht des Arztes) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem werden über den Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden und gegebenenfalls von der Rentenversicherung angefragt.
- 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. Der Versicherte kann dabei mithelfen, indem er sich selbst genau beobachtet bzw. sich von seiner Umgebung beobachten lässt, um festzustellen, wo er im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen behindert/eingeschränkt ist. Die meisten Ärzte schätzen es sehr, wenn der Patient diese Aufzeichnungen mit zur Sprechstunde bringt.



Wer hilft weiter?

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

Pflege

Einige schmerzauslösende Erkrankungen, z.B. Krebserkrankungen, können je nach Verlauf und Therapie zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit führen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.

Voraussetzungen für Pflegeleistungen

Damit die Pflegekasse die Pflegekosten übernimmt, muss die Pflegebedürftigkeit mindestens 6 Monate vorliegen und die Vorversicherungszeit der Pflegeversicherung erfüllt sein.

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Seit 2017 gelten folgende Personen als pflegebedürftig:

- Menschen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufweisen und deshalb die Hilfe von anderen benötigen.
- Menschen, die körperliche, kognitive oder psychische Belastungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können.

Vorversicherungszeit

Die Vorversicherungszeit ist erfüllt, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre vor der Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in die Pflegeversicherung eingezahlt wurde oder eine Familienversicherung bestanden hat. 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.

Antragsverfahren

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

Pflegeantrag

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



Praxistipp!

Beim Ausfüllen können Pflegeberater in den Pflegestützpunkten oder auch Pflegedienste helfen. Adressen von Pflegestützpunkten können unter www.pflegestuetzpunkte-deutschlandweit.de oder

unter www.pflegestuetzpunkte-online.de gefunden werden.

Pflegebegutachtung

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (siehe unten).

Zudem gibt er Empfehlungen zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln, verbessernde Maßnahmen für das Wohnumfeld sowie zur Optimierung der Pflegesituation.

Leistungsbescheid

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft diese den Pflegebedürftigen 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 Pflegebedürftige 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** 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

Maßstab zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen. Die Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen in allen relevanten Bereichen der Lebensführung werden in Module eingeteilt.

Folgende Module werden bei der Begutachtung berücksichtigt:

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: Selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maß-

nahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

Modul 3: 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 Umfeldes (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. Je höher die Punktzahl, desto schwerwiegender die Beeinträchtigung.

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 Übernahme 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 Bereiches für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammen-

gezählt und **gewichtet**. Denn entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrades ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module). Die Gewichtung bewirkt, dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten andererseits sachgerecht und angemessen bei der Bildung des Gesamtpunktezahl berücksichtigt werden. Aus dem Gesamtpunktwert (0-100) wird das Maß der Pflegebedürftigkeit bestimmt und daraus der Pflegegrad abgeleitet.

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 Rehabilitationsbedarfes** und werden bei der Berechnung des Pflegegrades nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

Praxistipp!

Die einzelnen Module und deren Beurteilung in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit werden in der Neufassung der Begutachtungs-Richtlinie des GKV-Spitzenverbands ausführlich beschrieben. Sie kann dort kostenlos heruntergeladen werden (https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/BRI_Pflege_ab_2017.pdf).

Pflegegrade

Die Ermittlung der Selbstständigkeit führt zu 5 möglichen Pflegegraden:

| 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 |

Praxistipp!

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

Leistungen für Pflegebedürftige

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

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 müssen sicherstellen, dass sie mit dem Pflegegeld die erforderlichen Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfe erhalten, 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 6 Monate gebunden.

Ersatz-/Verhinderungspflege

Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege (auch Verhinderungspflege genannt) für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzung ist, dass der Pflegebedürftige mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag (siehe Tabelle S. 65) kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege 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 Beratungen und Pflegekurse in Anspruch nehmen.

Pflegehilfsmittel

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, welche die Pflege erleichtern, Beschwerden des Pflegebedürftigen lindern oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, wenn die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern bezahlt werden. Die Erstattung ist auf 40 € monatlich begrenzt.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfeldes

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 Treppenliftes sowie Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt maximal 4.000 € je Maßnahme und bis zu 16.000 €, wenn

mehrere Anspruchsberechtigte zusammen wohnen.

Zuschüsse für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 214 € monatlich, wenn sie mit mindestens 2 weiteren pflegebedürftigen Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben.

Entlastungsbetrag

Pflegebedürftige aller Pflegegrade, die häuslich gepflegt werden, haben einen Anspruch auf einen Entlastungsbeitrag 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,
- Leistungen des ambulanten Pflegedienstes. Für Pflegebedürftige mit den Pflegegraden 2 bis 5 sind Leistungen aus dem Bereich Selbstversorgung (Modul 4) ausgenommen.

| 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 im 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 | – | 474 € | 817,50 € | 1.092 € | 1.351,50 € |

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 versorgt wird (Tages- oder Nachtpflege) 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 in der Regel selbst tragen.

| Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege) | | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
| Teilstationäre Tages- oder Nachtpflege monatlich | (Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €) | 689 € | 1.298 € | 1.612 € | 1.995 € |

Leistungen bei stationärer Pflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf 8 Wochen im Jahr und 1.612 € begrenzt, kann aber durch noch nicht in Anspruch genommene Mittel der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf insgesamt bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist in diesem Fall auf längstens 8 Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Wurde bisher 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.

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.

Ebenso wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in der Regel selbst tragen. Zudem muss er einen pflegebedingten Eigenanteil zahlen, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist für alle Pflegegrade gleich hoch.

| Leistungen bei stationärer Pflege | | | | | |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Pflegegrad 1 | Pflegegrad 2 | Pflegegrad 3 | Pflegegrad 4 | Pflegegrad 5 |
| Kurzzeitpflege (bis zu 8 Wochen im Kalenderjahr) | (Anspruch über Entlastungsbetrag: 125 €) | 1.612 € | 1.612 € | 1.612 € | 1.612 € |
| Vollstationäre Pflege monatlich | 125 € | 770 € | 1.262 € | 1.775 € | 2.005 € |

Praxistipp!

Fragen zu Leistungen der Pflegeversicherung beantwortet das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, Telefon 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind starken Belastungen ausgesetzt. Die Pflegekasse bietet verschiedene Möglichkeiten, um pflegende Angehörige zu unterstützen.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

Die Pflegekasse zahlt Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf mindestens 2 Tage pro Woche, 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 hierfür muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflegetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



Praxistipps!

Weiterführende Informationen zur Absicherung von pflegenden Angehörigen in der Sozialversicherung:

- Die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren und mehr > Vor der Rente kostenlos heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchtext: „Unfallversicherungsschutz“ kostenlos heruntergeladen 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 in der Regel 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 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeit-

nehmers entsprechen, solange es keine 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.

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.

Pflegeunterstützungsgeld bei kurzfristiger Arbeitsverhinderung

Im Falle einer unerwarteten Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen kann ein Arbeitnehmer für **maximal 10 Tage freigestellt** werden, um dessen Pflege zu organisieren (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.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen, bietet die Pflegekasse kostenlose **Pflegekurse** für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen an. Die Schulungen vermitteln Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege und können auch in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen stattfinden. Oft werden diese Kurse von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeboten.

Praxistipp!

Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber „Pflege“ des beta Instituts. Dieser kann unter www.beta-institut.de kostenlos heruntergeladen werden.

Patientenvorsorge

Gesund und selbstbestimmt alt zu werden ist der Wunsch vieler Menschen. Durch einen Unfall oder eine schwere Erkrankung kann es im Leben jedoch zu Situationen kommen, in denen die Fähigkeit eigenständige Entscheidungen zu treffen, verloren geht.

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

Diese persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden: Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung sowie Patientenverfügung.

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

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

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere

klar definierte Aufgabenkreise möglich. Im Unterschied zu Bevollmächtigten werden die eingesetzten Betreuer vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

- durchgeführt werden soll,
- nicht begonnen werden darf, das heißt unterlassen werden muss oder
- nicht weiter fortgeführt werden darf, das heißt beendet werden muss.

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



Praxistipp!

Der **Ratgeber „Patientenvorsorge“** mit ausführlichen Informationen sowie die einzelnen Vordrucke zur Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können unter www.beta-institut.de kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

Informationen geben Hausärzte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon 0231 7380730 oder 030 2844484-0 oder 089 2020810.

Adressen

Beratung und Informationsmaterial über die Methoden der Schmerzbehandlung sowie Kontakt zu Selbsthilfegruppen und zu schmerztherapeutischen Einrichtungen sind unter anderem bei folgenden überregionalen Organisationen erhältlich:

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.

Adenauerallee 18, 61440 Oberursel
Telefon 06171 2860-0
info@dgschmerzmedizin.de
www.schmerz-therapie-deutschland.de

Deutsche Schmerzliga e.V.

Adenauerallee 18, 61440 Oberursel
Telefon 06171 2860-53
info@schmerzliga.de
www.schmerzliga.de

FORUM SCHMERZ

im Deutschen Grünen Kreuz e.V.
Nikolaistraße 3, 35037 Marburg
dgk@dgk.de
www.forum-schmerz.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Telefon 030 394096890
info@dgss.org
www.dgss.org

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Maximilianstraße 14, 53111 Bonn
Telefon 0228 766060
bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.

Friedensstraße 36, 57392 Schmallenberg
Telefon 02974 833607
info@fibromyalgie-liga.de
www.fibromyalgie-liga.de

Aktion Gesunder Rücken (ARG) e.V.

Postfach 103, 27443 Selsingen
Telefon 04284 9269990
info@agr-ev.de

www.agr-ev.de

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Bundesverband Geschäftsstelle
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt
Telefon 09721 22033
dymb@bechterew.de
www.bechterew.de

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.

Kirchfeldstraße 149, 40215 Düsseldorf
Telefon 0211 3013140
info@osteoporose-deutschland.de
www.osteoporose-deutschland.de

Wirbelsäulenliga e.V.

WSL Geschäftsstelle
Widenmayerstr. 29, 80538 München
Telefon 089 210969-66
info@wirbelsaeulenliga.de
www.wirbelsaeulenliga.de

Impressum

Herausgeber

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

Redakteur/in

Maria Kästle

Lektorat

Anna Schur, Andrea Nagl, Jutta Meier

Layout und Gestaltung

Maria Kästle

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2017

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

12. vollständig überarbeitete Auflage, Januar 2017