

Diabetes

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Diabetes gehört zu den großen Volkskrankheiten der heutigen Zeit. In Deutschland gibt es rund 6,7 Millionen Erkrankte. Hinzu kommen noch etwa 2 Millionen Menschen, die noch nichts von ihrer Erkrankung wissen und erst durch Folgeerkrankungen und Spätschäden darauf aufmerksam werden.

Die Diagnose Diabetes ist meist ein großer Schock für Betroffene und ihre Angehörigen, da sich durch die Erkrankung meist das ganze Leben verändert. Doch ein Leben mit Diabetes muss nicht mit vielen Einschränkungen verbunden sein, wenn man einige Dinge beachtet.

Dennoch stellen sich zunächst viele Fragen: Werde ich weiterhin meinem Beruf nachgehen können? Welche finanziellen Leistungen stehen mir zu, wenn ich längere Zeit ausfalle? Was muss ich bei Ernährung und Sport beachten? Welche Möglichkeiten der Rehabilitation gibt es?

Der vorliegende Ratgeber möchte Ihnen Antworten auf diese und weitere Fragen geben. Er informiert im Schwerpunkt nicht über die Erkrankung, sondern über damit verbundene psychosoziale und sozialrechtliche Themen.

Wir hoffen wir können Ihnen damit Orientierung und Hilfe im oftmals schwer verständlichen Dschungel des Gesundheits- und Sozialwesens bieten.

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 2 |
| Diabetes mellitus | 5 |
| Vorbeugung | 5 |
| Ursachen | 6 |
| Symptome | 6 |
| Spätfolgen | 7 |
| Leben mit Diabetes | 10 |
| Ernährung | 10 |
| Sport | 11 |
| Beruf | 12 |
| Kindergarten und Schule | 14 |
| Sexualität | 15 |
| Schwangerschaft | 15 |
| Autofahren und Führerschein | 17 |
| Urlaub | 19 |
| Disease Management Programm (DMP) | 23 |
| Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit | 24 |
| Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall | 24 |
| Krankengeld | 25 |
| Kinderpflege-Krankengeld | 29 |
| Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit | 31 |
| Zuzahlungen in der Krankenversicherung | 33 |
| Zuzahlungsregelungen | 33 |
| Zuzahlungsbefreiung | 34 |
| Sonderregelung für chronisch Kranke | 37 |
| Rehabilitation | 38 |
| Überblick über Reha-Leistungen | 38 |
| Ambulante Reha-Maßnahmen | 39 |
| Stationäre Reha-Maßnahmen | 40 |
| Anschlussheilbehandlung | 42 |
| Stufenweise Wiedereingliederung | 44 |
| Kinderheilbehandlung | 45 |
| Übergangsgeld | 47 |
| Haushaltshilfe | 48 |
| Häusliche Krankenpflege | 51 |
| Hilfsmittel | 53 |
| Behinderung | 55 |
| Definition | 55 |
| Grad der Behinderung | 55 |

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Schwerbehindertenausweis _____ | 56 |
| Nachteilsausgleiche _____ | 57 |
| Adressen _____ | 59 |
| Impressum _____ | 60 |

Diabetes mellitus

Diabetes mellitus, umgangssprachlich auch „Zuckerkrankheit“ genannt, ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, die auf einem absoluten oder relativen Mangel an Insulin beruht und in deren Folge, meist erst nach längerer Krankheitsdauer, Blut- und Nervengefäße geschädigt werden können.

Man unterscheidet folgende Typen von Diabetes, wobei Typ 2 die häufigste Form ist (ca. 90 % der Erkrankten):

- **Typ-1** äußert sich durch einen absoluten Insulinmangel, weil die Insulin produzierenden Beta-Zellen in der Bauchspeicheldrüse zerstört sind. Die höchste Neuerkrankungsrate liegt bei Jugendlichen ab etwa 13 Jahren, deswegen wurde er früher auch als juveniler (jugendlicher) Diabetes bezeichnet. Bei Diabetes Typ 1 handelt es sich um eine Autoimmunkrankheit, wird also vom körpereigenen Abwehrsystem verursacht.
- **Typ-2** beruht auf einer gestörten Insulinbildung und einer verminderten Insulinwirkung. Früher wurde er als Altersdiabetes bezeichnet, da er sich meist erst ab einem Alter von 40 Jahren manifestiert. Auslösende Faktoren sind fettreiche Kost, Übergewicht und Bewegungsmangel, aber es gibt auch Hinweise auf eine genetische Vorbelastung.
- **Gestationsdiabetes** ist ein erstmals während der Schwangerschaft aufgetretener Diabetes, der nach der Schwangerschaft wieder verschwinden kann. Nach einem Gestationsdiabetes besteht ein erhöhtes Risiko für ein erneutes Auftreten der Erkrankung.
- **Andere** spezifische Diabetestypen:
 - Genetische Defekte der Beta-Zellfunktion und andere seltene genetische Syndrome
 - Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse, z.B. Entzündung, Tremor
 - Endokrine Erkrankungen, z.B. Cushing-Syndrom
 - Medikamenteninduzierte Diabetes, z.B. durch Steroide
 - Infektionen, kongenitale Röteln

Vorbeugung

Die Möglichkeiten zur Vorbeugung der Erkrankung sind je nach Diabetes-Typ sehr verschieden.

Gegen Diabetes **Typ 1** gibt es bisher keine wirksamen Vorbeugungsmaßnahmen, allerdings laufen weltweit intensive Forschungsprogramme, um die Erkrankung in einer Frühphase zu unterdrücken.

Den Ausbruch des **Typ 2**-Diabetes kann man durch verschiedene Faktoren beeinflussen, in der Frühphase gut behandeln und damit einer Verschlimmerung entgegenwirken. Vorbeugend wirken:

- Gesunde Ernährung
- Gewichtsabnahme (bei Übergewicht)
- Verstärkte körperliche Aktivitäten
- Raucherentwöhnung

Der Verlauf von Diabetes Typ 2 ist meist schleichend, daher wird die Krankheit oft erst lange Zeit

nach dem Auftreten diagnostiziert. Das hat zur Folge, dass sich bereits bei der Diagnosestellung Zeichen von Spätschäden finden.

Eine rechtzeitige Behandlung mindert das Risiko diabetisch bedingter Begleitkrankheiten (z.B. Retinopathie) und Spätschäden. Deshalb ist es sinnvoll, ab dem 35. Geburtstag alle 2 Jahre die Früherkennungsuntersuchung (Check up 35) wahrzunehmen. Die Untersuchung wird von der Krankenkasse bezahlt.

Gegen **Schwangerschaftsdiabetes** gibt es noch keine wirksamen prophylaktischen Maßnahmen. Bei Vorliegen der Diabetes-Risikofaktoren kann in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche ein spezieller Blutzuckertest durchgeführt werden.

Ursachen

Diabetes entsteht durch das Zusammentreffen verschiedener Faktoren. Sie unterscheiden sich je nach Diabetes-Typ.

Beim **Typ-1**-Diabetes sind das vor allem:

- Virusinfektionen
- Fehlsteuerung des Immunsystems

Faktoren beim **Typ-2**-Diabetes:

- genetische Veranlagung
- Übergewicht
- Fehlernährung
- Bewegungsmangel
- Bluthochdruck
- Rauchen
- Hormonumstellung
- höheres Lebensalter
- bestimmte hormonelle Erkrankungen
- Medikamente, die den Zuckerstoffwechsel beeinträchtigen, z.B. Kortison
- Gestationsdiabetes erhöht das Risiko, später an Diabetes Typ 2 zu erkranken

Symptome

Während die Symptome bei **Typ-1**-Diabetes sehr plötzlich auftreten, entwickelt sich Diabetes **Typ-2** meist schleichend und macht sich häufig erst durch Folgeerkrankungen bemerkbar.

Durch den absoluten Insulinmangel bei **Typ-1**-Diabetes gibt es folgende, meist akut auftretende, Symptome:

- häufiges Wasserlassen
- starker Durst
- Gewichtsabnahme
- Abgeschlagenheit

- verminderte Leistungsfähigkeit
- Juckreiz
- Acetongeruch aus Atemluft

Mögliche Anzeichen für **Typ-2**-Diabetes sind:

- häufiges Wasserlassen
- starker Durst
- Juckreiz
- Antriebsarmut, depressive Verstimmung
- anhaltende Müdigkeit
- schlechte Wundheilung
- Infektionsanfälligkeit



Praxistipp!

Die Deutsche Diabetes Stiftung bietet einen Einstiegs-Ratgeber zur Erkrankung, der kostenlos heruntergeladen werden kann unter www.diabetesstiftung.de > Stiftung > Publikationen und Broschüren.

Spätfolgen

Langfristig schädigt ein zu hoher Blutzuckerspiegel die Blutgefäße des menschlichen Körpers und führt zu teils schwerwiegenden Folgeerkrankungen. Um dies zu vermeiden, ist eine gut abgestimmte Behandlung notwendig.

Mögliche Spätfolgen sind:

- Durchblutungsstörungen an Beinen, Herz und Gehirn
- Netzhautschädigungen am Auge
- Nierenschäden
- diabetische Nervenentzündungen mit Schmerzen bis zum Verlust der Schmerzempfindung
- diabetischer Fuß
- Depressionen

Zudem gilt mittlerweile als erwiesen, dass Diabetiker überdurchschnittlich oft eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse entwickeln, die die Nährstoffaufnahme beeinträchtigt, weil zu wenig Verdauungsenzyme produziert werden (sexokrine Pankreasinsuffizienz). Daher sollten entsprechende Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden.

Diabetischer Fuß

Bei Diabetikern kann es gerade in den Füßen zu Nervenkrankheiten oder zum Verschluss von Blutgefäßen kommen. Daher müssen Diabetiker sehr auf ihre Füße achten. Schlechte Blutzuckereinstellungen führen häufig zur diabetischen Polyneuropathie (Nervenerkrankung) und zur peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (krankhafter Verschluss von Blutgefäßen).

Infolge der beiden Erkrankungen mit ihren Empfindungsstörungen bleiben Verletzungen oder Infektionen oft unbemerkt. Die schlechte Wundheilung kann schlimmstenfalls eine Amputation des

betroffenen Fußes nach sich ziehen.

Anzeichen für Nervenschädigungen

- kein Temperatur- und Schmerzempfinden
- Taubheitsgefühl
- Kribbeln („Ameisenlaufen“)
- Kältegefühl bei warmen Füßen
- Wadenkrämpfe in Ruhe
- Schmerzen in Ruhe
- trockene und rissige Haut
- schmerzlose Wunden und Hühneraugen
- Fußschwellungen
- Hornhautschwielen
- Fußdeformationen und Unbeweglichkeit der Zehen

Anzeichen für Durchblutungsstörungen

- Schmerzen beim Laufen
- blasse Haut
- kühle Haut beim Betasten
- fehlende Pulse

Tipps zur Vorbeugung

Durch verschiedene Maßnahmen kann man dem diabetischen Fuß vorbeugen und die Therapie unterstützen:

- Regelmäßige Fußgymnastik fördert die Beweglichkeit und Durchblutung, hilft gegen kalte Füße und steigert das Wohlbefinden.
- Nicht barfuß oder in Strümpfen laufen – Verletzungsgefahr!
- Die empfohlenen oder verordneten Schuhe auch wirklich tragen, damit Druckstellen vermieden werden. Schuhtechniker und Arzt sollten sich von der druckarmen Passform der Schuhe selbst überzeugen.
- Schuhe immer am Nachmittag kaufen, da Füße im Laufe des Tages anschwellen.
- Neue, nicht eingelaufene Schuhe anfangs nur kurze Zeit tragen, nicht für längere Strecken auswählen.
- Strümpfe mit hohem Baumwollanteil tragen. Die Strümpfe sollten keine aufragenden Nähte haben, keine Falten werfen und nicht einschnüren. Zudem sollten sie täglich gewechselt werden.
- Füße keinen extremen Temperaturen aussetzen, z.B. am Sandstrand oder durch eine Wärmflasche. Genauso schädlich ist eine Unterkühlung.
- Füße regelmäßig untersuchen auf Druckstellen, Blasen, Hornhautschwielen mit dunklen Flecken, Rötungen, Schwellungen, Hautverletzungen oder Fußpilz.
- Gute Hautpflege betreiben. Die Füße täglich kurz waschen oder baden. Dabei sollte folgendes beachtet werden: Füße nicht aufweichen lassen, keine hohen Temperaturen, rückfettende Seifen

verwenden, sorgfältig und vorsichtig abtrocknen, Haut eincremen und dabei die Zehenzwischenräume auslassen.

- Die Füße mindestens einmal jährlich vom Arzt untersuchen lassen. Die Ergebnisse können in einem Diabetes-Pass dokumentiert werden.

Praxistipps!

- Weitere Informationen bietet die Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft unter www.ag-fuss-ddg.de.
- Ein **Diabetes-Pass** kann unter www.diabetesde.org > Über Diabetes > Was ist Diabetes > Diabetes-Pass heruntergeladen oder unter Telefon 0711/66721483 bestellt werden.

Podologische Therapie

Beim diabetischen Fuß kann der behandelnde Arzt podologische Therapie, bekannt als medizinische Fußpflege, verordnen. Die Kosten werden bei einer ärztlichen Verordnung von der Krankenversicherung übernommen. In Einzelfällen tritt der Sozialhilfeträger für die Kosten ein.

Der behandelnde Arzt kann 3 verschiedene Maßnahmen der podologischen Therapie verordnen:

- **Hornhautabtragung**, das bedeutet die Abtragung bzw. das Ausdünnen krankhaft verdickter Hornhaut zur Vermeidung von drohenden Hautschädigungen.
- **Nagelbearbeitung**, hier werden die Nägel manuell oder maschinell durch Techniken wie Schneiden, Schleifen und/oder Fräsen bearbeitet, um abnorme Nagelbildungen verletzungsfrei zu beseitigen. So können drohende Schäden an Nagelbett und Nagelwall vermieden werden.
- **Podologische Komplexbehandlung**, die sowohl die Hornhautabtragung als auch die Nagelbearbeitung umfasst.

Zuzahlung

Gesetzlich Krankenversicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen 10 % der Kosten plus 10 € je Verordnung zuzahlen. Näheres zu Zuzahlungen in der Krankenversicherung und die Möglichkeiten, sich davon befreien zu lassen, auf S. 33.

Praxistipp!

Am besten immer zu einem diabetisch geschulten Podologen gehen. Adressen können beim Hausarzt, Diabetologen oder bei der Krankenkasse erfragt werden.

Leben mit Diabetes

Die Diagnose Diabetes verändert zunächst das ganze Leben, weil der Betroffene sich auf die Krankheit einstellen und seinen Alltag anpassen muss. Dennoch ist ein relativ normales Leben ohne viele Einschränkungen möglich. Wichtig ist nur, dass sich der Patient gut mit seiner Krankheit auskennt und weiß, worauf er achten muss.

Ernährung

Rund 6,3 Millionen Deutsche sind an Diabetes Typ 2 erkrankt, etwa 90 % davon sind übergewichtig. Übergewicht führt zu einer Insulinresistenz, deswegen können viele Diabetiker durch eine Gewichtsreduktion ihre Blutzuckerwerte deutlich verbessern.

Angestrebt werden sollte ein Körpergewicht mit einem BMI (Body Mass Index) von 18,5–25 (Körpergewicht : [Körpergröße x Körpergröße]). Da, neben dem Energieverbrauch, die Energieaufnahme entscheidend ist, kommt der Ernährung bei Diabetikern eine sehr wichtige Bedeutung zu.

In den nationalen Versorgungsleitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft werden folgende Empfehlungen zur Ernährung gegeben:

- **Fette:** Günstig ist eine fettreduzierte Kost. Die Gesamtfettaufnahme sollte maximal 35 % (besser 30 %) der Gesamtenergie nicht überschreiten. Außerdem ist es ratsam, tierische Fette durch pflanzliche zu ersetzen. Verzichtet werden sollte auf gesättigte Fettsäuren (gehärtete Fette). Stattdessen sollte der Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren, wie beispielsweise Omega-3-Fettsäuren in Fischsorten wie Hering und Lachs, erhöht werden.
- **Kohlenhydrate:** Sie sollten vor allem in Form von Gemüse und Obst, Vollkornprodukten und Hülsenfrüchten aufgenommen werden. Die Gesamtmenge an Kohlenhydraten kann zwischen 45 und 60 % der Gesamtenergie liegen. Besonders Kohlenhydrate mit vielen Ballaststoffen und einem niedrigen glykämischen Index (siehe S. 11) sind vorteilhaft. Die Kohlenhydrate sollten am besten auf mehrere kleine Mahlzeiten am Tag verteilt werden, damit der Blutzuckerspiegel stabil bleibt. Bei insulinpflichtigen Diabetikern muss die Art und Menge der Kohlenhydrate immer mit der Medikation abgestimmt werden.
- **Proteine:** Eiweiß kann 10–20 % der Nahrung ausmachen. Bei Typ-1-Diabetikern mit einer Nierenerkrankung sollte die Proteinaufnahme eher im unteren Bereich der empfohlenen Menge liegen (0,8g/kg Normalgewicht/Tag).
- **Ballaststoffe:** Idealerweise sollten mindestens 40g Ballaststoffe pro Tag (oder 20g pro 1000 kcal/Tag) aufgenommen werden; die Hälfte in Form von löslichen Ballaststoffen. Das geht am besten mit 5 Portionen Obst und Gemüse täglich und 4 Portionen Hülsenfrüchten in der Woche.
- **Zucker:** Wenn der Blutzuckerspiegel stabil ist, kann auf Wunsch bis zu 50g Zucker pro Tag gegessen werden. Zucker sollte aber 10 % der Gesamtenergie nicht überschreiten. Bei übergewichtigen Patienten kann eine weitere Beschränkung von Zucker beim Abnehmen helfen.
- **Alkohol:** Möglichst wenig Alkohol ist immer vorteilhaft, aber eine Alkoholmenge von bis zu 10g pro Tag bei Frauen und bis zu 20g pro Tag bei Männern ist akzeptabel. Typ-1-Diabetiker sollten immer Kohlenhydrate mit dem Alkohol zu sich nehmen, sonst besteht Unterzuckerungsgefahr.
- Am Tag sollte etwa 1,5 bis 2 Liter **Flüssigkeit** (in Form von Wasser, Tee und ungesüßten Säften) aufgenommen werden.

Glykämischer Index

Der glykämische Index (GI) gibt die blutzuckersteigernde Wirkung von Kohlenhydraten bzw. Nahrungsmitteln an. Lebensmittel mit einem niedrigen glykämischen Index sind gesünder, weil sie den Blutzucker langsam und nur leicht erhöhen, während Lebensmittel mit einem hohen glykämischen Index den Blutzucker rasch und hoch ansteigen lassen. Zu den Nahrungsmitteln mit niedrigem GI gehören z.B. Vollkornprodukte, Äpfel, Orangen, Trauben, Bohnen, Erbsen, Milch und Joghurt.



Praxistipps!

- Die „Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention von Diabetes mellitus“ können unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de > Leitlinien > Evidenzbasierte Leitlinien kostenlos heruntergeladen werden.
- Spezielle Diabetes-Schulungen zur richtigen Ernährung vermitteln Basiswissen und viele praktische Tipps zum Einkaufen und Kochen. Adressen können bei der Krankenkasse erfragt werden, die zum Teil auch die Kosten einer Ernährungsberatung übernehmen.

Sport

Eine regelmäßige körperliche Aktivität kann die Diabetes-Therapie unterstützen und sich günstig auf die Stoffwechsellage auswirken. Zudem trägt sie zu einem besseren Körper- und Lebensgefühl des Betroffenen bei. Es sollten jedoch einige Dinge beachtet werden.

Die Empfehlungen zum Sport unterscheiden sich je nach Diabetes-Typ:

Typ-1-Diabetes

Da es zu Blutzuckerschwankungen während und nach dem Sport kommt, müssen die Insulininjektion, die Zuckeraufnahme und der Energieverbrauch genau aufeinander abgestimmt werden. Hierzu sollten individuelle Anpassungsregelungen erarbeitet werden, am besten zusammen mit einem Diabetologen. Dann kann regelmäßige (bestenfalls tägliche), gleichartige Bewegung die Blutzuckerregulation langfristig verbessern. Sporadische Belastungen können hingegen gerade bei ungeschulten Patienten zu Stoffwechselentgleisungen führen.

Typ-2-Diabetes

Bei Diabetes Typ 2 hat die Kombination aus regelmäßigem Kraft- und vor allem Ausdauertraining große Effekte auf die Blutzuckerregulation und kann, gepaart mit einer gesunden Ernährung und Gewichtsabnahme, die Symptome sogar ganz verschwinden lassen.

Um einen dauerhaften positiven Therapieeffekt zu erreichen, ist es notwendig mindestens 3 Mal pro Woche Sport zu treiben und dauerhaft einen aktiven Lebensstil mit regelmäßiger Bewegung beizubehalten. Doch gerade Anfänger sollten sich nicht überfordern und die Belastung nur langsam steigern. Wichtiger ist die Regelmäßigkeit, auch wenn es nur 5 Minuten am Tag sind.

Zusätzlich sollten die Alltagsaktivitäten gesteigert werden, z.B. kürzere Wege zu Fuß gehen oder die Treppe statt dem Fahrstuhl nehmen.

Allgemeine Verhaltenshinweise

- Immer Blutzuckermessgerät und -teststreifen, Acetonstreifen, Insulin und Traubenzucker mitnehmen. Sportkameraden sollten über das Risiko einer Unterzuckerung und die dann nötigen Gegenmaßnahmen informiert sein.

- Vor Beginn der sportlichen Betätigung Blutzucker messen. Bei niedrigen Blutzuckerwerten noch Kohlenhydrate essen, bei zu hohen Werten erst einen Aceton-Test durchführen. Bei positivem Aceton darf auf keinen Fall mit Sport begonnen werden, da die Gefahr einer Stoffwechselentgleisung (Ketoacidose) besteht.
- Bei Anzeichen einer Unterzuckerung (Zittern, Herzklopfen, Herzrasen, Angst, kalter Schweiß, Müdigkeit, plötzlicher Leistungseinbruch) den Sport sofort unterbrechen und einen Blutzuckertest machen. Notfalls eine ausreichende Menge von schnell wirksamen Kohlenhydraten wie z.B. Traubenzucker oder Glukosegel zuführen.
- Nach einer Ausdauerbelastung kann die Insulinempfindlichkeit noch bis zu 24 Stunden erhöht sein. Deswegen regelmäßig den Blutzucker kontrollieren.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zum Thema Sport und Diabetes vermittelt die Leitlinie „Diabetes, Sport und Bewegung“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de > Leitlinien > Praxisempfehlungen.
- Wer keine Lust hat alleine Sport zu treiben oder sich nur schwer motivieren kann, schließt sich am besten einer Diabetiker-Sportgruppe an. Anlaufstellen kennen Diabetologen vor Ort, Selbsthilfegruppen und zum Teil Krankenkassen und Sportvereine.

Beruf

Grundsätzlich können Diabetiker, die keine schwerwiegenden Folgeerkrankungen haben, fast alle Berufe ausüben. Das plötzliche Entgleisen des Blutzuckers kann aber die eigene oder die Sicherheit anderer Menschen gefährden. Deswegen sollten besonders Insulin spritzende Diabetiker bestimmte Aspekte bei der Berufswahl beachten.

Berufswahl

Eine pauschale Beurteilung von Diabetikern hinsichtlich ihrer beruflichen Eignung ist nicht sinnvoll. Ausschlaggebend ist immer der Einzelfall unter Berücksichtigung der Therapie, der persönlichen Fähigkeiten und Neigungen sowie der beruflichen Anforderungen.

Ob ein Beruf als geeignet erscheint, hängt von verschiedenen Faktoren ab, z.B.:

- Berufliche Anforderungen.
- Behandlungs- und Therapieverlauf.
- Folgeerkrankungen.
- Individuelle Bewältigungsstrategien des Erkrankten.

Einige Berufe stellen besondere Anforderungen und sind für Menschen mit Diabetes unter Umständen weniger gut geeignet. Dies sollte bei der Berufswahl bedacht werden. Es empfiehlt sich deshalb im Vorfeld der Berufswahl eine ausführliche Beratung durch einen Arbeitsmediziner und Diabetologen.

Folgende Aspekte sollten bedacht werden:

- Mögliche Selbstgefährdung bei Arbeiten mit konkreter Absturzgefahr oder an gefährlichen Arbeitsplätzen.

- Möglichkeit regelmäßiger Pausen zum Essen und Ausruhen.
- Das Messen des Blutzuckers in gewohnter Weise muss möglich sein.
- Die Arbeitsbelastung ist planbar. Viel Stress kann sich negativ auf die Stoffwechsellage auswirken.
- Arbeiten in Schutzkleidung kann ungünstig sein, da der Körper nicht direkt zugänglich ist, z.B. wegen Hitze, Kälte oder im Labor.
- Schwierigkeiten können Arbeiten bereiten, bei denen der Tag-Nacht-Rhythmus des Diabetikers völlig durcheinander gerät.

Treten beim Patienten schwere **Hypoglykämien** (Unterzuckerungen) auf, muss dies besonders beachtet werden. Im Einzelfall können Selbst- und Fremdgefährdung bei folgenden Tätigkeiten bestehen:

- Personenbeförderung oder Transport gefährlicher Güter, z.B. als Taxifahrer, Busfahrer, Pilot oder Lokführer.
- Verantwortliche Überwachungsfunktion mit der alleinigen Verantwortung für das Leben anderer, z.B. als Fluglotse, Schrankenwärter oder Verantwortlicher an Leitstellen in Kraftwerken.
- Arbeiten mit konkreter Absturzgefahr oder an anderen gefährlichen Arbeitsplätzen, z.B. als Feuerwehrmann.
- Arbeiten im Überdruck, z.B. als Taucher.
- Schusswaffengebrauch, z.B. als Polizist oder Wachmann.

Eine Einstellung im **öffentlichen Dienst** oder eine **Verbeamtung** ist grundsätzlich möglich, allerdings wird hier häufig ein ärztliches Gutachten zur persönlichen Gesundheitssituation gefordert.

Vorschriften und Untersuchungen

Bei Berufen, bei denen eine Fremdgefährdung durch schwere Hypoglykämien ein inakzeptables Risiko darstellt, verbietet der Gesetzgeber die Berufsausübung bzw. überlässt die Entscheidung im Einzelfall dem Arbeitsmediziner.

Auch wenn der angestrebte Beruf nicht zu den oben genannten Berufen zählt, sollte man sich erkundigen, ob Richtlinien zum Arbeits- und Gesundheitsschutz oder Eignungsvorschriften existieren. Beachtet werden müssen z.B. berufsgenossenschaftliche Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, das Arbeitssicherheitsgesetz, Unfallverhütungsvorschriften, die Gefahrstoffverordnung oder die Eignungsvorschrift für bestimmte Berufe.



Praxistipp!

Ausführliche Informationen zu Diabetes und Arbeit bietet die Deutsche Diabetes Gesellschaft unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de > Über uns > Ausschüsse und Kommissionen > Ausschuss Soziales > Dokumente: Berufsempfehlungen.

Bewerbung

In einem Bewerbungsschreiben muss nicht angegeben werden, dass man an Diabetes erkrankt ist. Stellt der Arbeitgeber Fragen nach dem Gesundheitszustand, gelten diese nur dann als zulässig, wenn sie im direkten Zusammenhang mit dem einzugehenden Arbeitsverhältnis stehen.

Kindergarten und Schule

Kinder mit Diabetes erfordern keine besondere Nachsicht, sondern nur etwas mehr Aufmerksamkeit. Wenn Lehrer und Erzieher mit Eltern und Kindern zusammenarbeiten, steht einem normalen und sicheren Schul- oder Kindergartenbesuch nichts im Wege.

Folgende Hinweise können für den Alltag in Kindergarten und Schule hilfreich sein:

- Wichtige Telefonnummern von Eltern und behandelndem Arzt gut erreichbar aufbewahren.
- Sonderstellungen sollten vermieden werden. Allerdings kann eine Stoffwechsellage die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und eine besondere Reizbarkeit hervorrufen. Kommt dies häufiger vor, müssen Eltern und Arzt informiert werden.
- Diabetischen Kindern muss es immer möglich sein zu essen oder zu trinken, damit erst gar keine Zwischenfälle auftreten.
- Manche Kinder benötigen Insulin vor dem Essen, dann muss vielleicht während des Aufenthaltes in Schule oder Kindergarten gespritzt werden.
- Blutzuckerbestimmungen können auch zwischendurch notwendig sein, sie sollten dem Kind deswegen gestattet werden.
- Diabetiker können uneingeschränkt am Sportunterricht teilnehmen, sie sollten allerdings auch dort die Möglichkeit haben, jederzeit ihren Zucker zu kontrollieren.
- Zur Sicherheit sollte zusätzlich zu dem Vorrat des Kindes in allen genutzten Räumen eine Packung Traubenzucker aufbewahrt werden.
- Ausflüge sind jederzeit möglich. Man sollte aber, wenn möglich, wenigstens einen Tag Vorlaufzeit haben, um die nötigen Vorkehrungen treffen zu können. Außerdem sollten das Kind und evtl. eine Begleitperson gut über die Erkrankung informiert sein.
- Im Notfall kann auch ein Laie mit einem Glucagon-Spritzen-Set (rezeptpflichtig) eine schwere Unterzuckerung mit Bewusstlosigkeit durchbrechen. Nach dem Aufwachen unbedingt Traubenzucker oder süße Flüssigkeit zuführen sowie Eltern und Arzt verständigen.
- Bei Komplikationen, z.B. bei Verdacht auf Stoffwechsellagen, sowie zur Absprache von Ausflügen oder speziellen Veranstaltungen oder sonstigen Informationen, Rücksprache mit den Eltern oder dem Arzt halten.
- Wenn die Stoffwechsellage stark schwankt und für die Therapie professionelle Hilfe benötigt wird, kann ein ambulanter Pflegedienst im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege (siehe S. 51) auch in Schule oder Kindergarten in Anspruch genommen werden.

Diabetesbehandlung in der Kita

Je nach Länge der Betreuungszeit in der Kindertagesstätte sind Blutzuckermessungen und/oder Insulingaben notwendig. In der Regel werden auch Mahlzeiten eingenommen, die Auswirkungen auf die Diabetestherapie haben.

Es ist nach Meinung von Fachleuten außerordentlich begrüßenswert, wenn das Personal von Kitas die Aufgabe annimmt, Kinder mit Diabetes in ihre Gruppen zu integrieren und die komplexe Diabetestherapie für einige Stunden zu übernehmen.

Grundsätzlich gilt:

- Eltern können die Kita mit der Insulingabe für ihr Kind betrauen. Die Kita **kann**, muss diesem Wunsch aber nicht entsprechen.

- Einzelheiten einer regelmäßigen Insulin- oder Medikamentengabe sollen anhand eines Verabreichungsformulars und Medikamentenplans schriftlich geregelt werden.
- Zur Behandlung einer schweren Unterzuckerung muss ein Notarzt gerufen werden. Die zusätzliche Gabe eines Notfallmedikaments (Glukagon-Notfallspritze) durch Erzieher/Betreuungspersonen wäre wünschenswert, erfordert aber eine gesonderte Schulung durch ein Diabetesteam.

Für die Versorgung eines diabeteserkrankten Kindes gibt es in der Regel eine Hauptoption und zwei weitere Möglichkeiten:

- Die Erzieherinnen betreuen das Kind und übernehmen – bei Bedarf nach einer Schulung – die notwendigen Messungen und Medikamentengaben.
- Ein Pflegedienst besucht das Kind in der Kita und führt die Insulingaben (z.B. Injektionen) oder Messungen durch.
- Eine persönliche Assistenz begleitet das Kind in die Kita und ist für Medikamente, Anwendungen und Diäten zuständig.

Sexualität

Diabetes kann das Sexualleben auf verschiedenen Wegen beeinflussen: durch Veränderungen an Nerven und Blutgefäßen, durch die psychische Belastung, die eine chronische Erkrankung mit sich bringt, durch eine verringerte körperliche Leistungsfähigkeit oder durch Nebenwirkungen von Medikamenten.

Ein schlecht eingestellter Diabetes kann zu Schäden am Nervensystem (Neuropathien) und an den Gefäßen (Mikro- und Makroangiopathie) führen. Sollten diese Schädigungen im Bereich des Beckens und der Geschlechtsorgane auftreten, kann es zu Störungen der Sexualfunktion kommen. Bei Männern etwa zu Erektionsstörungen und bei Frauen zur Trockenheit der Vagina oder vermehrten Scheiden- und Harnwegsinfektionen. In diesen Fällen wirkt sich der Diabetes auch auf die sexuelle Lust und Aktivität aus. Vorbeugen können die Patienten durch eine gut eingestellte Stoffwechsellage.

Sexuelle Probleme können aber auch seelisch bedingt sein. Natürlich haben Diabetiker die gleichen Beziehungsprobleme wie andere Menschen auch. Darüber hinaus können sich aber durch die Erkrankung gerade bei Männern Versagensängste entwickeln, die zu Erektionsproblemen führen. Um solchen Versagensängsten und daraus entstehenden Beziehungsproblemen vorzubeugen, ist es sehr wichtig, mit dem Partner offen darüber zu sprechen.

Zudem sollen Betroffene ihren behandelnden Arzt über die Probleme informieren, damit dieser ggf. die Medikamente umstellen oder verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen kann.

Schwangerschaft

Noch vor einigen Jahrzehnten haben Spezialisten Diabetikerinnen oft von einer Schwangerschaft abgeraten, da das Risiko für Mutter und Kind sehr hoch war. Aufgrund der medizinischen Fortschritte ist es heute unter Ausnutzung aller Therapie-Optionen möglich, ein Kind problemfrei auszutragen. Allerdings müssen die Diabetikerinnen sich im Vorfeld sehr gut mit ihrer Erkrankung und den möglichen Komplikationen auseinandersetzen.

Man muss grundsätzlich unterscheiden zwischen einem in der Schwangerschaft erworbenen Diabe-

tes (Gestationsdiabetes) und einem bereits vorhandenen Diabetes.

Ist der Diabetes zu Beginn der Schwangerschaft schon bekannt, sollten einige Punkte beachtet werden:

- Eine Schwangerschaft sollte geplant sein. Idealerweise sollte sie vorab mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, damit der Blutzucker-Langzeitwert HbA1c 3 Monate vor der Empfängnis unter 7 oder besser unter 6,5 % liegt. Bei einer ungeplanten Schwangerschaft sollte möglichst schnell ein Arzt aufgesucht werden.
- Es sollte eine ausführliche Beratung bei einem Diabetologen oder fachkundigen Frauenarzt über Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach stattfinden. Es muss genügend Zeit für frauenärztliche Beratungstermine und Besprechungen mit dem Diabetologen eingeplant werden, die die Schwangerschaft eng begleiten sollten.
- Frauen mit Diabetes sollten sich auf bestehende Folgeschäden hin untersuchen lassen. Dazu gehören vor allem die Kontrolle der Augen, Nieren und Schilddrüse, da hier während der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für Komplikationen besteht (z.B. Retinopathie, eine Schädigung der Netzhaut).
- Es sollte mehrmals täglich der Blutzucker gemessen werden: je einmal vor jeder Mahlzeit, jeweils eine und zwei Stunden danach, vor dem Schlafengehen und einmal nachts. Der Mittelwert der Messungen sollte zwischen 105–110 mg/dl liegen. Zudem sollte alle 4–6 Wochen der HbA1c-Wert beim Arzt kontrolliert werden.
- Während der Schwangerschaft steigt der Bedarf an Insulin. Der Umgang damit sollte weitestgehend selbstständig angepasst werden. Eventuell kann eine Schulung Sicherheit vermitteln.
- Bei Typ-2-Diabetikerinnen sollte eine Umstellung auf Insulin erfolgen, da viele Medikamente, die den Blutzucker senken, in der Schwangerschaft nicht eingenommen werden dürfen.
- Bei Typ-1-Diabetikerinnen besteht im ersten Drittel der Schwangerschaft eine erhöhte Gefahr einer Unterzuckerung, besonders nachts. Der Partner sollte daher informiert werden, wie er im Notfall das Glucagon-Notfallset benutzen soll.
- Es sollte Folsäure und Jod eingenommen werden. Folsäure kann bereits bei einem Kinderwunsch eingenommen werden, mindestens aber 4 Wochen vor der Empfängnis bis zum Abschluss der 12. Schwangerschaftswoche.
- Die Vorstellung in einer erfahrenen geburtshilflichen Einrichtung mit angeschlossener Kinderklinik ist frühzeitig (spätestens in der 36. Schwangerschaftswoche) zu empfehlen. Hierbei sollte der Mutterpass und das Blutzucker-Protokollheft mitgenommen werden.
- Die Entbindung sollte terminnah stattfinden, das heißt das Kind sollte möglichst nicht übertragen werden.
- Eine rasche Untersuchung des Kindes vom Pädiater mit sofortigen Blutzuckerkontrollen ist notwendig.
- Stillen wird allen Müttern mit Diabetes empfohlen, da die Muttermilch die beste Nahrung für das Kind ist.

Handelt es sich um einen Gestationsdiabetes, muss zu den oben genannten Empfehlungen noch beachtet werden:

- Es sollte eine Ernährungsberatung stattfinden.
- Bei Übergewicht sollte mit einer langsamen, aber konsequenten Gewichtsabnahme begonnen werden.

- Die Blutzuckeruntersuchungen sollten nach der Geburt in regelmäßigen Abständen weiter durchgeführt werden, auch wenn der Gestationsdiabetes sich vollständig zurückentwickelt hat. Frauen, die einen Gestationsdiabetes durchgemacht haben, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, später an einem manifesten Diabetes zu erkranken.

Praxistipp!

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat zum Thema „Diabetes und Schwangerschaft“ Patientenleitlinien erstellt. Diese können unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de > Leitlinien > Patientenleitlinien kostenlos heruntergeladen werden.

Autofahren und Führerschein

Diabetiker dürfen in der Regel Auto fahren, doch insbesondere Unterzuckerung kann ein potenzielles Risiko im Straßenverkehr darstellen. Deshalb kommt es bei der Fahreignung stark auf das Verhalten des Diabetikers und ein gutes Therapieregime an. Patienten, die jedoch Unterzucker nicht rechtzeitig spüren (Hypoglykämiewahrnehmungsstörung), dürfen kein Kraftfahrzeug führen.

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

Bei Führerscheininhabern, bei denen Diabetes diagnostiziert wurde, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, den Patienten auf mögliche Einschränkungen und Gefahren hinzuweisen. Der Arzt sollte den Patienten auch schriftlich bestätigen lassen, dass er auf die Gefahr hingewiesen wurde. Andernfalls könnten Ärzte für die Kosten möglicher Unfälle haftbar gemacht werden. Oft steht diese Empfehlung auch im Abschlussbericht von Reha-Maßnahmen.

Ob der Patient dies dann bei der zuständigen Führerschein- bzw. Kfz-Zulassungsstelle meldet und seine Fahrtauglichkeit überprüfen lässt, bleibt ihm selbst überlassen.

Auch Fahrradfahrer, die mit einer schweren Erkrankung am Verkehr teilnehmen und aufgrund ihres Gesundheitszustands einen Unfall verursachen, können ihren Führerschein verlieren. Bei entsprechendem Verdacht macht die Polizei eine Mitteilung an die Führerscheinstelle, die dann den Patienten auffordert, die Fahrtauglichkeit prüfen zu lassen.

Fahrerlaubnis bei Diabetes

Gut eingestellte und geschulte Menschen mit Diabetes können weiterhin Fahrzeuge sicher führen. Zu einer Gefährdung der Verkehrssicherheit kommt es vor allem bei einer Hypoglykämie (Unterzuckerung) mit Kontrollverlust, Verhaltensstörungen oder Bewusstseinsbeeinträchtigungen.

In den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung sind folgende Richtlinien angegeben:

- Bei Neigung zu schweren Stoffwechselentgleisungen besteht keine Fahrerlaubnis.
- Bei erstmaliger Stoffwechselentgleisung oder bei einer neuen Einstellung darf kein Fahrzeug geführt werden, bis die Einstellphase durch Erreichen einer ausgeglichenen Stoffwechsellage abgeschlossen ist.
- Bei ausgeglichener Stoffwechsellage unter Therapie ist eine Fahrerlaubnis gegeben.

- Bei Komplikationen wie z.B. mangelndem Sehvermögen, Krankheiten der Gefäße und des Nervensystems kann die Fahrerlaubnis aberkannt werden.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Bei nachgewiesenen Intoxikationen und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Fähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen keine Fahreignung gegeben.

Praxistipp!

Die vollständige Verordnung kann unter www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung eingesehen werden. Die Regelungen bei Diabetes sind unter 3.5 aufgeführt.

Zweifel an der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, z.B. bei einer Verkehrsroutinekontrolle durch die Polizei, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.

Bestehen laut diesem Facharztgutachten noch immer Bedenken, fordert die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (**MPU**).

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

- Fragebögen, die vom Patienten ausgefüllt werden müssen, als Vorbereitung des Arzt- und Psychologengesprächs.
- Medizinischer Bereich: Es werden körperlicher Allgemeinzustand, Sinnesfunktionen, fachärztlicher Befund, neurologischer Befund (falls erforderlich) und Medikamenteneinnahme berücksichtigt.
- Psychologischer Bereich: Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Orientierung, Reaktion und Belastbarkeit werden beurteilt. Es werden Leistungstests zur Prüfung der Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Reaktionsgeschwindigkeit durchgeführt.
- Im Gespräch mit dem Arzt und Psychologen geht es um die Einstellungen zum Straßenverkehr (Vorausschauen, Planen, Erkennen von Gefahren), aber auch um die Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und den Umgang mit Schwierigkeiten.

Erstantrag auf Führerschein

Der Antrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis ist bei der Führerscheinstelle im Landratsamt oder bei der Stadtverwaltung zu stellen. Die Antragstellung kann auch über die Fahrschule vorgenommen werden. Bei diesem Antrag ist anzugeben, ob eine körperliche oder geistige Einschränkung vorliegt. Dies sollte der Antragssteller wahrheitsgemäß angeben. Die Führerscheinstelle entscheidet dann, ob und welche Gutachten beizubringen sind und wer diese erstellen kann.

Wer hilft weiter?

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

Hinweise zum Autofahren bei Diabetes

Hypoglykämien (Unterzuckerungen) und Hyperglykämien (Überzuckerungen) bilden im Straßenverkehr ein potenzielles Risiko. Deshalb sollten Diabetiker, die mit Insulin behandelt werden, zur eigenen und zur Sicherheit der anderen Verkehrsteilnehmer, vor und während der Fahrt einige Punkte beachten.

Vor einer Fahrt:

- Vor einer längeren Fahrt sollte der Blutzucker gemessen und notiert werden. Im Falle eines Unfalls ist dies aus juristischen Gründen wichtig. Dies ist die „Pflicht zur Vorsorge“ nach § 2 Fahrerlaubnisverordnung, um andere Verkehrsteilnehmer nicht zu gefährden. Bei Verdacht auf Hypoglykämie sollte die Fahrt dann nicht angetreten werden.
- Grundsätzlich sollten alle 6 Monate eine augenärztliche Untersuchung und regelmäßig ärztliche Kontrollen durchgeführt werden.

Während der Fahrt:

- Im Auto sollten immer folgende Dinge mitgeführt werden, deren Aufbewahrungsort, wenn möglich, auch der Beifahrer kennt:
 - schnell wirkende Kohlenhydrate wie z.B. Traubenzucker
 - Blutzuckertestgerät
 - Diabetikerausweis
 - ausreichend Insulin und Spritzen
- Die gewohnte Tagesverteilung der Mahlzeiten und die gewohnte Insulindosis beibehalten.
- Spätestens alle 2 Stunden Pause machen und Kohlenhydrate zu sich nehmen.
- Bei Verdacht auf Hypoglykämie während der Fahrt schnellstmöglich anhalten und schnell wirkende Kohlenhydrate nehmen und warten, bis der Unterzucker vorbei ist.
- Lange Nachtfahrten vermeiden.

Urlaub

Viele Diabetiker schrecken aus Angst vor Komplikationen vor einem Auslandsurlaub zurück. Bei richtiger Planung muss man sich bei der Wahl seiner Reiseziele aber nicht einschränken.

Urlaubsvorbereitung

Folgende Hinweise können für die Urlaubsvorbereitung hilfreich sein:

- Wenn nötig, die Diabeteskenntnisse auffrischen.
- Für Auslandsreisen ein ärztliches Attest mitnehmen, das die Diabetes-Erkrankung bescheinigt. Das erspart mögliche Grenzprobleme wegen der Spritzen, Medikamente und sonstigen Utensilien.
- Sich über typische Nahrungsmittel vor Ort informieren und insbesondere den Kohlenhydrat-Gehalt ermitteln.
- Einige Landesverbände des Diabetikerbundes organisieren Gruppenreisen. Dies ist vor allem für Diabetiker interessant, die noch nicht sicher im Umgang mit der Erkrankung sind. Außerdem gibt es mehrere kommerzielle Reiseanbieter, die Angebote für Diabetiker machen.
- Hilfreich ist das Erstellen eines sog. Diabetiker-Notfallausweises in der jeweiligen Landessprache.

Diesen sollte man am Urlaubsort bei sich tragen. Einheimische können dadurch im Notfall erkennen, dass eine Diabetes-Erkrankung vorliegt und den entsprechenden Handlungsanweisungen folgen. Text und Übersetzungen in verschiedene Landessprachen gibt es unter www.diabetikerausweis.de.

Reiseapotheke für Diabetiker

- Insulin, Tabletten
- Spritzen, Kanülen, Pen, Pumpe
- Testgerät und Teststreifen für Blutzucker und Aceton
- Protokollheft
- Glucagon-Notfall-Set
- Traubenzucker, evtl. Zwischenmahlzeiten
- Diabetikerausweis mit Übersetzung in die jeweiligen Landessprachen
- Auslandskrankenschein, Europäische Krankenversichertenkarte oder Reisekrankenversicherung
- Rezept für Insulin
- Adressen von Diabetologen, internationalen Apotheken, Konsulat und Botschaft
- Bescheinigung für Diabetiker zur Vorlage beim Einchecken am Flughafen
- Thermoskanne oder Styroporbox
- sonstige Medikamente
- Wundsalben und Verbandmaterial

Praxistipp!

Da ein Verlust des Gepäcks möglich ist, sollte auf jeden Fall jeweils ein Set im Handgepäck und ein Notfall-Set im Großgepäck mitgeführt werden, bestehend aus Ersatz-Pen, Insulin, Tabletten, Spritzen, Kanülen, Teststreifen, Ersatz-Messgerät, Traubenzucker. Die Mengen sollten so bemessen sein, dass man damit 2 bis 3 Tage überbrücken kann.

Auch Typ-2-Diabetiker, die normalerweise kein Insulin benötigen, sollten für den Fall einer Unterzuckerung ein Notfall-Set mitführen.

Flugreisen

Vor einer Flugreise gibt es einige zusätzliche Dinge zu beachten:

- **Ganzkörperscanner und Durchleuchtungsgeräte:** Solche Geräte, die auf Flughäfen immer mehr eingesetzt werden, können Insulinpumpen und Blutzuckerspiegelmonitore beschädigen. Diese sollten daher keinen Scanner passieren, sondern außen daran vorbeigetragen werden. Patienten mit Diabetes sollten sich für Flugreisen eine ärztliche Bestätigung erstellen lassen, dass sie das Gerät aus medizinischen Gründen benötigen und laufend mitführen müssen.
- **Druckschwankungen:** Während eines Fluges verändert sich der Druck in der Kabine. Diese Schwankungen können bei Insulin-Pumpen zu Schwankungen der Insulin-Abgabe-Menge führen. Üblicherweise fällt der Druck beim Start, was die Insulingabe erhöhen kann. Beim Landen erhöht sich der Druck, was die Insulin-Abgabe reduzieren kann. Die Schwankungen sind nicht stark, aber wer sichergehen will, trennt den Schlauch der Insulinpumpe jeweils in der Start- und Landephase vom Körper.
- **Diabetikerkost:** Die meisten Fluggesellschaften bieten Diabetikern mittlerweile für Flüge speziel-

le Diabetikerkost (= Diabetic Meals [DBML]). Dies ist entweder über das Reisebüro oder durch den Patienten spätestens 1 bis 2 Tage vorher direkt bei der Fluggesellschaft zu bestellen. Beim Einchecken sollten sich Patienten vergewissern, ob das Spezialessen auch wirklich an Bord ist. Falls das Menü nicht den Anforderungen eines Diabetikers entspricht, sollte das den Besatzungsmitgliedern mitgeteilt werden. Allerdings sind keine exakt berechneten Maßeinheiten möglich. Um ihre persönliche Menge zu erreichen, müssen Patienten das Menü durch zusätzliche Broteinheiten ergänzen oder nur einen Teil essen. Falls der Diabetiker mit seiner Therapie an feste Zeiten gebunden ist, sollte er diese möglichst einhalten. Die Broteinheiten sind an die mangelnde Bewegung anzupassen. Der behandelnde Arzt kann dazu am besten beraten.

- **Zeitverschiebung:** Bei Flugreisen Richtung Westen kommt es zu einer Verlängerung des Tages. Das erfordert gegebenenfalls eine Extradosis Insulin, evtl. auch eine zusätzliche Mahlzeit. Bei Flugreisen Richtung Osten kommt es zu einer Verkürzung des Tages. Das erfordert gegebenenfalls einen zusätzlichen Snack oder weniger Insulin.
- **Mitnahme von Lebensmitteln:** Falls Diabetiker bestimmte Lebensmittel wie frisches Obst als Reiseproviant mitnehmen wollen, sollten Sie sich vorher nach den Einfuhrbestimmungen des jeweiligen Landes erkundigen. Dasselbe gilt für die Mitnahme von Getränken.
- **Veränderungen einplanen:** Diabetiker müssen darauf vorbereitet sein, dass die angegebenen Start- und Landezeiten nicht eingehalten werden können. Ebenso ist es möglich, dass man am Ankunftsflughafen nachts kein Essen und Trinken kaufen kann. Deshalb immer ausreichend Vorrat mitnehmen.
- **Mitnahme spezieller Diabetesutensilien:** Im Flugverkehr gelten verschärfte Sicherheitsmaßnahmen, speziell bei Reisen in die USA. Da spitze Gegenstände als potentielle Tatwerkzeuge gelten, müssen Diabetiker unbedingt einige Vorsorgemaßnahmen treffen, damit sie ihre Spritzen und Lanzetten zur Therapie und Diagnostik mitführen dürfen:
 - Insulin muss mit Originaletikett versehen sein, das eindeutig den Wirkstoff nachweist. Insulinflaschen sollten möglichst in der Originalverpackung bleiben, da sich der Rezeptaufdruck auf der Verpackung befindet und sonst beschädigt wird.
 - Lanzetten zur Blutzuckermessung sollten original verpackt sein und auf dem Blutzuckermessgerät muss der Herstellername sichtbar zu lesen sein. Dann können auch Diabetiker, die kein Insulin benötigen, ihren Blutzucker kontrollieren.
 - Glukagon-Kits müssen ebenfalls original verpackt und original etikettiert sein.
 - Diabetiker sollten einen speziellen Diabetikerausweis in deutsch und englisch, evtl. auch in der Landessprache, mit sich führen. Normale Rezepte und Arztbriefe, in denen die notwendigen Medikamente aufgelistet sind, reichen nicht aus.
 - In jedem Fall ist es zu empfehlen, sich vor Abflug noch einmal bei der Fluggesellschaft nach entsprechenden Bestimmungen zu erkundigen.

Temperatur und Insulin

Insulin ist temperaturempfindlich. Es verträgt keine Temperaturen über 40°C und unter 4°C. Die optimale Aufbewahrungstemperatur liegt bei 8°C. Gegen Hitze und Kälte unterwegs schützt die Aufbewahrung in Isolierbehältern, z.B. Thermoskannen oder Styroporboxen.

Besonders zu beachten ist bei Flugreisen, dass im Frachtraum oft Minustemperaturen herrschen. Das sollte man bei der Fluggesellschaft erfragen und ggf. das Insulin (abgesehen von einem Notfall-Set) komplett im Handgepäck transportieren.

Unter 4°C sind in den Bergen auch im Frühjahr oder Herbst schnell einmal erreicht. Insulin gehört

deshalb nicht in den Rucksack oder die Jackentasche, sondern muss körpernah mitgeführt werden, z.B. in einem Brustbeutel oder einer Innentasche.

Hitzegefahr droht nicht nur im Sommer, sondern auch an sonnigen Tagen, wenn Insulin im Auto lagert oder z.B. in schwarzen Koffern oder Taschen, auf die die Sonne scheint. Insulin kann bei Hitze schneller wirken, bei Temperaturen über 40 wird es unbrauchbar.

Auch Glukagon und Insulin-Teststreifen sind empfindlich gegen Hitze und sollten entsprechend dem Insulin transportiert und aufbewahrt werden, damit es nicht zu falschen Testergebnissen kommt.

Aufenthalt

Während der Reise bzw. am Urlaubsort sollte der Diabetiker auf folgendes achten:

- **Häufiges Messen:** Da sich Urlaubsaktivitäten von denen des Alltags unterscheiden, verändert sich der Insulinbedarf. Diese Schwankungen sind nur durch häufige Messungen zu kontrollieren.
- **Infektionen mit Fieber:** Erkrankungen können zu einer schweren Stoffwechsellage/Ketoacidose führen. Die Symptomatik kann leicht mit einer Magen-Darm-Infektion verwechselt werden, aber die Vorgehensweise soll nach einem speziellem Schema (beim behandelnden Arzt erfragen) erfolgen. Bei Infektionen benötigen Diabetiker grundsätzlich mehr Flüssigkeit und Insulin.
- **Kleine Verletzungen, besonders der Füße:** Bei Diabetikern können sich schon kleine Verletzungen, z.B. Blasen oder kleine Risse, rasch entzünden und das „diabetische Fußsyndrom“ auslösen. Daher sollten die Füße gründlich kontrolliert und gepflegt werden.

Disease Management Programm (DMP)

Unter Disease-Management-Programmen (DMP) versteht man strukturierte Behandlungsprogramme, die den Umgang mit einer chronischen Erkrankung erleichtern sollen. Die Programme werden von der Krankenkasse in Zusammenarbeit mit Ärzten angeboten.

Sowohl für Diabetiker mit Typ 1, als auch für Diabetiker mit Typ 2 besteht die Möglichkeit an einem DMP teilzunehmen. Das Programm umfasst regelmäßige Arzttermine mit Untersuchungen und Beratungsgesprächen sowie Schulungen, in denen Hintergrundinformationen und Tipps zum Umgang mit der Erkrankung vermittelt werden.

Alle beteiligten Fachleute (Ärzte, Diabetologen, Diätassistenten usw.) sind verpflichtet, die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien auszurichten, d.h.: Basis der Behandlung sind aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, die auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft wurden.

In der Regel informiert der Arzt den Patienten über die Möglichkeit der Teilnahme an einem DMP. Wenn der behandelnde Hausarzt kein DMP anbietet, kann ein Wechsel sinnvoll sein. Der Patient muss damit einverstanden sein, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen, u.a. indem er die regelmäßigen Untersuchungstermine wahrnimmt. Die einzelnen Behandlungsschritte, Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse werden systematisch dokumentiert, damit alle an der Therapie Beteiligten die Möglichkeit haben, einzelne Entscheidungen und Maßnahmen nachzuvollziehen und bei der weiteren Behandlung zu berücksichtigen.

Ziele

Ziele eines DMP sind eine bestmögliche Behandlung der Erkrankung und das Verhindern von Komplikationen und Folgeschäden. Zudem sollen die strukturierten Schulungsprogramme die Patienten im Umgang mit der Erkrankung unterstützen und Möglichkeiten zeigen, im Alltag mit den Erfordernissen der Behandlung zurechtzukommen. Dadurch soll die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden.

Ein anderes Anliegen eines DMP ist die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachleuten und Einrichtungen. Die einzelnen Behandlungsschritte sollen gut aufeinander abgestimmt sein, damit zum Beispiel unnötige und kostenintensive Doppeluntersuchungen vermieden werden.



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind Hausärzte und die Krankenkassen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Während der Typ-2-Diabetes anfangs sehr schleichend verläuft und oft eher durch Folgeerkrankungen erkannt wird, macht sich der Typ-1-Diabetes sehr rasch bemerkbar. Das hat auch Auswirkungen auf das Berufsleben. Der Blutzucker muss immer wieder neu eingestellt oder Folgeerkrankungen müssen behandelt werden. Das erfordert Krankenhausaufenthalte oder kann zumindest längere Krankheitsphasen mit sich bringen.

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

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

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

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

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

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

Dauer

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

Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt zu einem neuen Anspruch auf

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

Höhe

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

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

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



Praxistipps!

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

Krankengeld

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen für Krankengeld sind:

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

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

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

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).

- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 47).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgelths.
- 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 beim Arzt ein neues Attest ausgestellt werden. Samstage gelten nicht als Werktage. Ist das ärztliche Attest beispielsweise bis Freitag gültig, ist spätestens am Montag der Arzt aufzusuchen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

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

Berechnungsbeispiel

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

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

Monatlich netto 1.800 €
1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 €
davon 90 % = 54 €

Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

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

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

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

Dauer

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

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

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

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

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

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

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

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

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet

seine Mitgliedschaft als Pflichtversicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. **Aussteuerung**).

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Kinderpflege-Krankengeld

Kinderpflege-Krankengeld zahlt die Krankenkasse bei Erkrankung des Kindes, wenn ein berufstätiger Elternteil die Betreuung oder Pflege übernehmen muss. Zuständig ist die Krankenkasse des Elternteils, der diese Leistung in Anspruch nimmt. Grundsätzlich gibt es 10 Tage pro Jahr und Kind, die Höhe richtet sich nach dem Einkommen, ist aber niedriger. Kinderpflege-Krankengeld gibt es allerdings grundsätzlich nicht, solange ein Anspruch auf bezahlte Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber besteht.

Voraussetzungen

- Der Elternteil, der Kinderpflege-Krankengeld in Anspruch nimmt, muss einen Anspruch auf Krankengeld haben.
- Versicherteneigenschaft des Kindes, z.B. Familienversicherung.
- Kind lebt im Haushalt des Versicherten.
- Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert (ohne Altersbegrenzung).
- Aufgrund ärztlichen Zeugnisses ist eine Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des Kindes und damit ein Fernbleiben von der Arbeit erforderlich.
- Keine andere im Haushalt lebende Person kann zur Pflege, Betreuung und Beaufsichtigung anwesend sein.
- Kein Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber auf bezahlte Freistellung.
- Verdienstausschluss.

Bescheinigungen

Zur Auszahlung des Kinderpflege-Krankengelds sind 2 Bescheinigungen notwendig:

- Die **ärztliche Bescheinigung**, dass aufgrund Betreuung, Beaufsichtigung oder Pflege des Kindes ein Erscheinen am Arbeitsplatz nicht möglich ist. Diese Bescheinigung geht an die Krankenkasse und an den Arbeitgeber.
- Die **Bescheinigung des Arbeitgebers**, dass der betreuende Elternteil zwar von der Arbeit freigestellt wird, aber für diese Zeit kein Gehalt erhält. Diese Bescheinigung geht an die Krankenkasse. Die Krankenkassen halten auch Formulare für diese Bestätigung vor.

Höhe

Es werden 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts (andere Berechnungsbasis als beim normalen Krankengeld) bezahlt, das während der Freistellung verdient worden wäre, maximal jedoch 101,50 € täglich (70 % der Beitragsbemessungsgrenze). Einmalzahlungen werden bei der Berechnung des Nettoarbeitsentgelts in voller Höhe berücksichtigt.

Dauer

Kinderpflege-Krankengeld gibt es pro Kalenderjahr

- für erwerbstätige und versicherte Eltern pro Elternteil längstens 10 Arbeitstage pro Kind, insgesamt aber nicht mehr als 25 Arbeitstage je Elternteil für alle Kinder
- für alleinerziehende Versicherte längstens 20 Arbeitstage pro Kind, insgesamt aber nicht mehr als 50 Arbeitstage für alle Kinder

Kinderpflege-Krankengeld wird für Arbeitstage gewährt, d.h. für Tage, an denen der Versicherte ohne die Verhinderung durch die Krankheit seines Kindes gearbeitet hätte.

Beginn

Der Anspruch auf Kinderpflege-Krankengeld beginnt mit dem ersten Tag des Fernbleibens von der Arbeit. Der Versicherte kann wählen, an welchen Tagen er zur Betreuung des Kindes der Arbeit fernbleiben will.

Übertragung

Übertragung von Ansprüchen zwischen versicherten Ehegatten ist zulässig, wenn ein Ehegatte die Betreuung nicht übernehmen kann und der Arbeitgeber den Freistellungsanspruch (nochmals) gegen sich gelten lässt.

Der Anspruch des Versicherten gegenüber dem Arbeitgeber auf unbezahlte Freistellung ist nicht durch Vertrag ausschließ- oder beschränkbar. Vorrang vor dem Kinderpflege-Krankengeld hat ein Anspruch auf bezahlte Freistellung (begründet z.B. über § 616 BGB, vorübergehende Verhinderung, Arbeitsvertrag oder Tarifvertrag). Erfüllt der Arbeitgeber seine Verpflichtung zur Zahlung des Arbeitsentgelts nicht, so muss die Krankenkasse das Kinderpflege-Krankengeld gewähren. Der Lohnanspruch des Versicherten geht dann auf die Krankenkasse über.

Arbeitslosigkeit

Arbeitslosengeld und Arbeitslosengeld II werden bei Pflege eines erkrankten Kindes weiter bezogen. Weil die pflegende Person dann der Arbeitsvermittlung nicht mehr zur Verfügung steht, muss der

Agentur für Arbeit die ärztliche Bestätigung vorgelegt werden, dass Pflege, Betreuung und Aufsicht des Kindes durch diese bestimmte Person erforderlich sind. Arbeitslosen steht dieselbe Anzahl an Kinderpflegetagen wie Berufstätigen zu. Die Bezugsdauer des Arbeitslosengelds verlängert sich dadurch nicht.



Wer hilft weiter?

Bei Fragen hilft die Krankenkasse.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente 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. 47) 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

Patienten mit Diabetes erhalten Leistungen der Krankenversicherung, z.B. Arzneimittel, Heilmittel wie podologische Behandlungen und Hilfsmittel wie Blutzucker-Teststreifen. Hierbei müssen sie einen Teil der Kosten in Form von Zuzahlungen selbst tragen. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. „Belastungsgrenze“ ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

Festbeträge

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungen, z.B. Podologie.

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. Blutzuckerstreifen.

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

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

Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege bedeutet, dass ein Patient von Fachpersonal zu Hause versorgt wird (siehe S. 51).

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die für den Patienten Aufgaben im Haushalt übernimmt (siehe S. 48).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

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

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

Berechnung der Belastungsgrenze

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

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

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

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

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

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

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

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz 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 €.

Praxistipps!

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

Sonderregelung für chronisch Kranke

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

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

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

Voraussetzungen

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

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

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

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

Rehabilitation

Ein schlecht eingestellter Diabetes kann eine Reihe an schwerwiegenden Erkrankungen nach sich ziehen. Deswegen ist es sehr wichtig, dafür zu sorgen, dass die Stoffwechsellage ausgeglichen ist und es dadurch zu weniger Folgeerkrankungen kommt. Die unterschiedlichen Reha-Maßnahmen sollen den Patienten dabei unterstützen, mit seiner Erkrankung ein relativ normales Leben führen zu können.

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (siehe S. 42) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 44).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 47), Haushaltshilfe (siehe S. 48), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ zählen Unterstützungsleistungen, um z.B. Besuche von Veranstaltungen oder Aktivitäten in einem Verein zu ermöglichen sowie Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Bau einer Rampe für Rollstuhlfahrer, Beseitigung von Schwellen, Verbreiterung von Türen).

Zuständigkeiten

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

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

Zuständigkeitsklärung

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

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

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



Wer hilft weiter?

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

Ambulante Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Antrag

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

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

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

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

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

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

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

Wahl der Reha-Einrichtung

Reha-Leistungen werden in der Regel im Inland erbracht. Abhängig vom Kostenträger gelten unter-

schiedliche Regelungen:

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



Praxistipp!

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

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung siehe S. 33.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung.
- bei ambulanten Leistungen.
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne 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 einer Antragstellung im Jahr 2017 nach folgender Tabelle:

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

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 48) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

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

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

Voraussetzungen

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

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**

- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**
- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

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

Anschlussheilbehandlungs-Indikationsgruppen sind:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Krankheiten der Gefäße.
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen.
- degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen.
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen.
- hormonelle Erkrankungen.
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen.
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata.
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven.
- 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. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

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

Antrag

Die Kostenübernahme muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.



Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

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

Dauer

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

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. „Entgeltersatzleistungen“, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 25), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 47) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 31). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

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

Kinderheilbehandlung

Eine Kinderheilbehandlung ist eine Kur für Kinder, die vom Rentenversicherungsträger bezahlt wird. Sie zählt zu den sonstigen Leistungen zur Rehabilitation und kann in der Regel alle 4 Jahre beantragt werden.

Voraussetzungen

Für die Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger muss der beantragende Elternteil des zu behandelnden Kindes **eine** der folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen:

- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren **oder**
- Bezug einer Alters- oder Erwerbsminderungsrente.

Oder: Das Kind selbst bezieht eine Waisenrente aus der Rentenversicherung.

Voraussetzung der Krankenkasse

Liegen die o.g. Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger nicht vor, können Kinderheilbehandlungen von der Krankenkasse im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation übernommen werden.

Anspruch

Diabetes ist eine Krankheit, bei der die Rentenversicherung die Kosten einer Kinderheilbehandlung übernimmt.

Als „Kinder“, die Anspruch auf eine Kinderheilbehandlung haben können, gelten:

1. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:

- die Kinder des Versicherten
- die im Haushalt aufgenommenen Stief- und Pflegekinder
- die im Haushalt aufgenommenen Enkel und Geschwister des Versicherten

2. die unter 1) genannten Kinder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres

- bei schulischer oder beruflicher Ausbildung
- bei Ableistung eines freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahres

- bei Ableistung des Bundesfreiwilligendienstes nach dem Bundesfreiwilligendienstgesetz
3. die unter 1) genannten Kinder ohne Altersbegrenzung bei körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung, wodurch ein Selbstunterhalt dieser Kinder unmöglich ist.

Ausschluss

Die Rentenversicherungsträger übernehmen die Kosten **nicht**:

- bei akuten Erkrankungen und Infektionskrankheiten z.B. Scharlach, Diphtherie (hier ist die Krankenkasse zuständig).
- bei Fällen, in denen die Aussicht auf eine spätere Erwerbsfähigkeit nicht verbessert werden kann.
- wenn das Kind sich aufgrund von Verhaltensstörungen nicht in die Gemeinschaft einordnen kann.
- wenn frühere Kinderheilbehandlungen ohne triftigen Grund abgebrochen wurden.

Dauer und Wartezeit

Kinderheilbehandlungen dauern in der Regel 4 Wochen. Eine Verlängerung ist möglich, wenn sie aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist und die Notwendigkeit vom Arzt oder von der Klinik begründet wird.

Zwischen 2 bezuschussten Kinderheilbehandlungen muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen.

Der Rentenversicherungsträger genehmigt Kinderheilbehandlungen 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.

Begleitperson

Die Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson während der Kinderheilbehandlung übernehmen die Rentenversicherungsträger nur, wenn die Begleitperson aus medizinischen und therapeutischen Gründen notwendig ist oder das Kind noch nicht eingeschult ist. Die Notwendigkeit muss vom behandelnden Arzt oder einem Arzt der Reha-Klinik begründet werden.

Folgende Leistungen können zusätzlich beantragt werden:

- Reisekosten für das Kind und für die Begleitperson.
- Bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr: Reisekosten für einen Reisebegleiter.
- Wird ein Elternteil, der zu Hause Kinder unter 12 Jahren betreut, als Begleitperson mitaufgenommen, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 48) beantragt werden.



Praxistipp!

Die Broschüre „Rehabilitation für Kinder und Jugendliche“ der Deutschen Rentenversicherung kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Services > Broschüren & mehr > Broschüren > Rehabilitation kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden.



Wer hilft weiter?

- Auskünfte und Beratungsstellen vor Ort vermitteln die Rentenversicherungsträger bzw. die Krankenkassen.

- Bei Fragen zur Kinder- und Jugendrehabilitation hilft die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen Bundesrepublik Deutschland e.V. unter www.ag-kinderreha.de, Telefon: 036461-970, E-Mail: info@ag-kinderreha.de.
- Viele Informationen, auch Adressen spezialisierter Kliniken, finden sich unter www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de, einer Plattform der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention.

Übergangsgeld

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

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

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

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

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

- entweder mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz 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, höchst-

tens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

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

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

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



Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

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

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

Praxistipps!

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

Leistungsumfang

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

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

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

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die**

Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 34).



Wer hilft weiter?

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Voraussetzungen

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn:

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

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die häusliche Krankenpflege übernimmt.

Dauer und Umfang

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

Umfang der Krankenhausvermeidungspflege:

- Behandlungspflege
- Grundpflege
- Hauswirtschaftliche Versorgung

Umfang der Sicherungspflege:

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

Leistungsinhalte

- **Behandlungspflege** umfasst:
 - medizinische Hilfeleistungen, z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden,

Injektionen, Messen der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen oder

- verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle.

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

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



Praxistipp!

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

Verordnung

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

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

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe S. 34.

Sachleistungsprinzip

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

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

Hilfsmittel

Diabetiker benötigen verschiedene Hilfsmittel, um mit ihrer Erkrankung leben zu können.

Grundsätzlich wird bei Hilfsmitteln unterschieden zwischen „nicht zum Verbrauch bestimmten“ und „zum Verbrauch bestimmten“ Hilfsmitteln. Für die beiden Kategorien wird die Zuzahlung unterschiedlich berechnet.

Zu den **„nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“** zählen bei Diabetikern u.a.:

- Blutzuckermessgeräte
- Stechhilfen
- Insulinpumpen
- Insulinpens
- Pumpentaschen und -gurte

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten des Hilfsmittels, mindestens jedoch 5 €, höchstens 10 €, in keinem Fall aber mehr als die Kosten des Hilfsmittels selbst.

Zu den **„zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“** zählen bei Diabetikern u.a.:

- Lanzetten
- Nadeln für Insulinpens
- Kanülen
- Insulin-Einmalspritzen
- Insulinpumpen-Verbrauchsmaterial (Katheter, Adapter, Ampullen-Sets etc.)

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % des Verkaufspreises. Es gibt keine Mindestzuzahlung, maximal darf die Zuzahlung 10 € pro Monatsbedarf je „Indikation“ betragen.

Die Indikation bezieht sich auf die jeweilige Produktgruppe des Hilfsmittelverzeichnis.

Für Diabetiker sind zwei Produktgruppen von Bedeutung:

- Produktgruppe 03 Applikationshilfen: Nadeln für Insulinpens, Kanülen, Insulin-Einmalspritzen
- Produktgruppe 21 Messgeräte für Körperzustände/-funktionen: Blutzuckermessgeräte



Praxistipp!

Bekommt ein Diabetiker also „zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ sowie „nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel“ verordnet, so können in einem Monat zweimal bis zu 10 €, also maximal 20 €, für Hilfsmittel anfallen.

Blutzucker- und Harnstreifen

Blutzucker- und Harnteststreifen können auf Kosten der Krankenkasse vom behandelnden Arzt verordnet werden. Sie sind bei insulinpflichtigen Diabetikern zuzahlungsfrei.

Voraussetzungen

Blutzuckerteststreifen können nur verordnet werden, wenn die Blutzuckermessung „wirtschaftlich und sinnvoll“ ist. Der Patient muss die Messwerte dokumentieren und er muss daraus unmittelbar therapeutische Konsequenzen ziehen können. Die Ergebnisse werden jedes Quartal mit dem behandelnden Arzt besprochen.

Wie viele Blutzuckerteststreifen vom Arzt verordnet werden können/sollen, ist je nach Kassenärztlicher Vereinigung (KV) unterschiedlich. Manche lassen dies in der Verantwortung ihrer Ärzte, andere geben Orientierungsrahmen und Empfehlungen.

Behinderung

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

Definition

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

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten Menschen, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit zu einer Beeinträchtigung 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.

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung

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

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

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

Der GdB-Grad bei Störungen des Stoffwechsels und der inneren Sekretion ist von den Auswirkungen dieser Störungen abhängig. In diesem Abschnitt nicht erwähnte angeborene Stoffwechselstörungen sind analog und unter Berücksichtigung ihrer vielfältigen Auswirkungen zu beurteilen. Normabweichungen der Laborwerte bedingen für sich allein noch keinen GdB-Grad.

Bei Diabetes gibt es folgende Richtwerte:

| Diabetes mellitus | GdB |
|--|---------|
| Therapie kann eine Hypoglykämie auslösen und der Patient ist durch Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt. | 20 |
| Therapie kann eine Hypoglykämie auslösen. Der Patient muss mindestens einmal täglich eine dokumentierte Überprüfung des Blutzuckers selbst durchführen und ist durch weitere Einschnitte in der Lebensführung beeinträchtigt. | 30-40 |
| Insulintherapie mit täglich mindestens 4 Insulininjektionen muss durchgeführt werden, wobei die Insulindosis in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker, der folgenden Mahlzeit und der körperlichen Belastung selbständig variiert werden muss. Der Patient ist durch erhebliche Einschnitte gravierend in der Lebensführung beeinträchtigt. Die Blutzuckerselbstmessungen und Insulindosen (beziehungsweise Insulingaben über die Insulinpumpe) müssen dokumentiert sein. | 50 |
| Außergewöhnlich schwer regulierbare Stoffwechsellagen. | über 50 |

Häufige, ausgeprägte Hypoglykämien sowie Organkomplikationen sind ihren Auswirkungen entsprechend zusätzlich zu bewerten.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleitscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte anführen, die am besten über die angegebenen Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei sollten die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausgefüllt werden, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. psychische Belastbarkeit) detailliert darstellen.

Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.

- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

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

Praxistipp!

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

Gültigkeitsdauer

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

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

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

Nachteilsausgleiche

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

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

Praxistipps!

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

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderung gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Servicestellen.

- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das Integrationsamt.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der Integrationsfachdienst.



Wer hilft weiter?

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

Adressen

Deutscher Diabetiker Bund e.V.

Käthe-Niederkirchner-Str. 16, 10407 Berlin
Telefon: 030 42082498-0
Fax: 030 42082498-20
E-Mail: info@diabetikerbund.de
www.diabetikerbund.de

Deutsche Diabetiker Gesellschaft e.V.

Albrechtstr. 9, 10117 Berlin
Telefon: 030 3116937-0
Fax: 030 3116937-20
E-Mail: info@ddg.info
www.ddg.info

Deutsche Diabetes Stiftung

Gaißacher Str. 18, 81371 München
Telefon: 089 579579-0
Fax: 089 579579-19
E-Mail: info@diabetesstiftung.de
www.diabetesstiftung.de

DiabetesDE - Deutsche Diabetes Hilfe

Albrechtstr. 9, 10177 Berlin
Telefon: 030 201677-0
Fax: 030 201677-20
E-Mail: info@diabetesde.org
www.diabetes.org

Hilfreiche Internetportale zum Thema Diabetes:

www.diabetes-deutschland.de
www.diabetes-heute.de
www.zuckerkrank.de
www.diabetes-kids.de
www.menschen-mit-diabetes.de
www.diabetes-forum.de
www.diabetes-news.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Jutta Meier

Redaktionsteam

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

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 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.

4. vollständig überarbeitete Auflage, Juli 2017