

Koronare Herzkrankheit

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Das Herz ist ein Organ mit besonderer Bedeutung. Es erfüllt eine lebenswichtige Funktion und arbeitet rund um die Uhr. Aus diesem Grund sollte es seine Aufgabe möglichst lange und gut erfüllen können.

Es kann das Leben von Betroffenen und ihren Angehörigen tief erschüttern, wenn mit dem Herzen etwas nicht stimmt, das Herz erkrankt oder es gar zu einem Infarkt kommt.

Der vorliegende Ratgeber möchte in dieser Situation Unterstützung bieten. Er informiert neben dem Krankheitsbild der Koronaren Herzkrankheit und ihren möglichen Folgen vor allem zu sozialrechtlichen Regelungen rund um die Themen Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation, Behinderung und Patientenvorsorge. Zudem enthält er Anregungen und Hilfestellungen für ein gesundes Leben bei einer koronaren Herzerkrankung und nach einem Herzinfarkt.

Hinweis: Aufgrund der Corona-Pandemie gibt es zeitlich befristet für einige Sozialleistungen geänderte Regelungen. Stets aktuelle Informationen rund um das Thema Corona z.B. zu Finanziellen Hilfen, Sonderregelungen, Pflegeleistungen, Unterstützung bei psychischen Belastungen und hilfreiche Adressen finden Sie unter www.betanet.de > *Krankheiten* > *Corona Covid-19*.

Inhalt

Vorwort	2
Koronare Herzkrankheit	5
Risikofaktoren	5
Symptome	6
Folgen	7
Diagnostik	7
Behandlung	10
Gesunde Lebensweise	10
Medikamente	12
Stent und Bypass	12
Phasen der Behandlung	13
Rehabilitation	15
Medizinische Rehabilitation bei KHK	17
Ambulante Reha-Maßnahmen	19
Stationäre Reha-Maßnahmen	19
Reha-Antrag	20
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	21
Anschlussheilbehandlung	23
Stufenweise Wiedereingliederung	25
Berufliche Reha-Maßnahmen	26
Übergangsgeld	27
Reha-Sport und Funktionstraining	30
Haushaltshilfe	32
Disease-Management-Programm (DMP)	35
Kompaktkur	36
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	38
Zuzahlungsregelungen	38
Zuzahlungsbefreiung	39
Sonderregelung für chronisch Kranke	41
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	43
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	43
Krankengeld	45
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	50
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	52
Erwerbsminderungsrente	52
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	55
Hilfe zum Lebensunterhalt	57
Behinderung	58
Definition	58

Grad der Behinderung _____	58
Schwerbehindertenausweis _____	60
Nachteilsausgleiche _____	61
Leben nach einem Herzinfarkt _____	62
Angehörige und Familienleben _____	62
Selbsthilfegruppen _____	62
Sexualität _____	63
Autofahren und Führerschein _____	63
Hausnotrufsystem _____	65
Urlaub _____	66
Patientenvorsorge _____	68
Vorsorgevollmacht _____	68
Betreuungsverfügung _____	68
Patientenverfügung _____	69
Adressen _____	70
Impressum _____	72

Koronare Herzkrankheit

Die koronare Herzkrankheit (KHK) zählt zu den wichtigsten Volkskrankheiten in Deutschland. Bei etwa 7 von 100 Frauen und etwa 10 von 100 Männern tritt die Erkrankung im Laufe des Lebens auf. Bei einer KHK sind die Blutgefäße, die das Herz versorgen, verengt und die Durchblutung ist gemindert. Das Herz bekommt dann nicht mehr genug Sauerstoff, was schwerwiegende Folgen haben kann.

Die Verengung entsteht durch Fett- und Kalkablagerungen an den Innenwänden der Blutgefäße (sog. Plaques). Die Gefäßverengung wird Arteriosklerose genannt. Die arteriosklerotischen Engstellen führen dazu, dass das Herz nicht mehr mit genug Sauerstoff versorgt wird. Dann kann das Herz, besonders bei Belastung, nicht mehr genug Blut durch den Körper transportieren und es treten Beschwerden wie Schmerzen hinter dem Brustbein, Engegefühl in der Brust oder Luftnot auf. Wenn diese Beschwerden auch in Ruhephasen auftreten, besteht dringender Handlungsbedarf.

Eine KHK kann lebensbedrohliche Folgen haben: Herzinfarkt, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen und plötzlicher Herztod.

Eine KHK ist nicht heilbar, aber mit einer guten Behandlung können Betroffene ein weitestgehend normales Leben führen.

Umfangreiche Informationen für Patienten und Fachleute bietet die Nationale Versorgungsleitlinie KHK unter www.leitlinien.de > Themen > KHK.

Risikofaktoren

Es gibt verschiedene Umstände, die die Entstehung einer KHK begünstigen. Einige dieser Risikofaktoren können Betroffene selbst beeinflussen.

Zu den **beeinflussbaren** Risikofaktoren gehören:

- Rauchen
- Bewegungsmangel
- Übergewicht (Adipositas)
- Zu hohe Blutfettwerte (Hyperlipidämie)
- Diabetes
- Bluthochdruck (Hypertonie)
- Psychosoziale Belastungen oder Erkrankungen wie Stress und Depressionen

Manche Risikofaktoren sind **nicht beeinflussbar**, z.B.:

- Alter (das Risiko für KHK nimmt mit dem Lebensalter zu)
- Geschlecht (Männer sind etwas häufiger betroffen als Frauen)
- Genetische Veranlagung (Arteriosklerose bei Verwandten 1. Grades: bei Männern vor dem 55. und bei Frauen vor dem 65. Lebensjahr)

Durch einen gesunden Lebensstil mit viel Bewegung, gesunder Ernährung und dem Verzicht auf

Rauchen, kann der Betroffene viel dafür tun, sein Risiko für eine KHK und schwerwiegende Folgen wie einen Herzinfarkt zu senken. Mehr dazu ab S. 10.

Symptome

Bei einer KHK treten nicht ständig Beschwerden auf. Im Verlauf der Erkrankung kann es aber immer wieder zu unterschiedlich starken Symptomen kommen. Zunächst treten diese vor allem bei Belastungen und Stress auf, später allerdings auch schon in Ruhe.

Zu den häufigsten Symptomen gehören:

- **Leitsymptom:** Schmerzen oder Druckgefühl hinter dem Brustbein (medizinischer Fachbegriff: „Angina pectoris“, siehe unten), die häufig in Hals, Nacken, Kiefer, Arme und Oberbauch ausstrahlen
- Engegefühl in der Brust
- Luft- und Atemnot, Kurzatmigkeit
- Schweißausbrüche
- Übelkeit
- Gefühl der Lebensbedrohung

Da solche und ähnliche Beschwerden auch bei anderen Krankheiten (z.B. Lungenerkrankungen) auftreten können, ist eine gründliche Diagnostik (siehe S. 7) wichtig.

Bei **Frauen** zeigen sich oft andere Symptome, z.B. Beschwerden im Oberbauch und Übelkeit. Daher ist die Gefahr bei Frauen besonders groß, dass eine KHK oder ein Herzinfarkt **unerkannt** bleibt, was zu einer höheren Sterblichkeitsrate bei Frauen führt. Frauen sollten solch unspezifischen Beschwerden daher ernst nehmen und das Herz untersuchen lassen.

Angina pectoris

Bei Angina pectoris (umgangssprachlich auch Herzenge oder Brustenge genannt) tritt ein anfallsartiger Schmerz hinter dem Brustbein auf. Es ist meist das Hauptsymptom einer KHK, also keine eigenständige Krankheit.

Eine Angina pectoris wird in 4 Schweregrade eingeteilt:

- **Schweregrad 1:** Keine Beschwerden bei Alltagsbelastungen wie Laufen oder Treppensteigen, jedoch bei plötzlicher oder längerer körperlicher Belastung
- **Schweregrad 2:** Beschwerden bei stärkerer Anstrengung wie schnellem Laufen, Treppensteigen nach dem Essen, Bergaufgehen sowie bei Kälte, Wind oder psychischer Belastung
- **Schweregrad 3:** Beschwerden bei leichter körperlicher Belastung wie normalem Gehen oder Ankleiden
- **Schweregrad 4:** Beschwerden in Ruhe oder bei geringster körperlicher Belastung wie kleinen Tätigkeiten im Sitzen

Eine **stabile** Angina pectoris liegt vor, wenn

- die Schmerzen hinter dem Brustbein nur kurz (1–20 Min.) andauern,
- die Beschwerden unter körperlicher oder psychischer Belastung auftreten,
- sich die Beschwerden in Ruhe wieder bessern (innerhalb von 5–30 Min.),

- die Beschwerden innerhalb von 5–10 Min. nach Einnahme von Nitroglycerin abnehmen.

Von einer **instabilen** Angina pectoris spricht man, wenn

- ein Anfall erstmals auftritt,
- die Anfälle in Ruhe auftreten,
- sich die Anfälle häufen,
- die Anfälle zunehmend länger andauern,
- die Anfälle zunehmend stärker werden.

Folgen

Eine KHK kann schwerwiegende Folgen haben und lebensbedrohlich verlaufen, zum Beispiel wenn es zu einem Herzinfarkt kommt. KHK und Herzinfarkt gehören zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland.

Eine KHK kann vielfältige Folgen nach sich ziehen:

- **Herzinfarkt:** Ein Herzinfarkt (Myokardinfarkt) ist ein plötzlich eintretendes Ereignis mit Zerstörung von Herzmuskelgewebe, was durch einen akuten Sauerstoffmangel verursacht wird. Der Sauerstoffmangel entsteht z.B. durch die Verengung oder den Verschluss der versorgenden Herzkranzgefäße.
- **Herzmuskelschwäche:** Bei einer Herzmuskelschwäche (Herzinsuffizienz) ist die Pumpfunktion des Herzens krankhaft vermindert. Dadurch kann es zu einer unzureichenden Versorgung des Körpers mit Blut und Sauerstoff und zum Blutstau in der Lunge oder anderen Organen kommen.
- **Herzrhythmusstörungen:** Bei Herzrhythmusstörungen (Arrhythmien) ist die normale Herzschlagfolge gestört. Ursache sind krankhafte Vorgänge im Herzmuskel.
- **Plötzlicher Herztod:** Beim plötzlichen Herztod kommt es zu einem plötzlichen und unerwarteten Tod (Sekundentod) durch einen Herzstillstand. Betroffene können durch einen sofort abgegebenen Elektroschock (Defibrillation) unter Umständen wiederbelebt werden.

Die lebensbedrohlichen Folgen einer KHK werden auch als **akutes Koronarsyndrom** bezeichnet. Dazu zählen eine instabile Angina pectoris, ein Herzinfarkt sowie der plötzliche Herztod.



Praxistipp!

Um im Notfall richtig reagieren zu können, sollten sich Betroffene und Angehörige gut über Notfallmaßnahmen informieren. Die Bundesärztekammer hat zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Merkblätter erstellt, auf denen das richtige Verhalten im Notfall kompakt zusammengefasst ist. Sie können unter www.patienten-information.de > Suchbegriff: „KHK im Notfall“ kostenlos heruntergeladen werden.

Diagnostik

Eine gründliche Untersuchung ist wichtig, um eine KHK zu erkennen und die richtige Behandlung planen zu können.

Ansprechpartner ist zunächst der Hausarzt. Bei der sog. **Anamnese** stellt er Fragen zu typischen

Beschwerden, den Lebensgewohnheiten, vorausgegangenen und bestehenden Krankheiten (auch innerhalb der Verwandtschaft) sowie eingenommenen Medikamenten.

Da auch psychosoziale Belastungen (z.B. berufliche oder familiäre Stressbelastungen, mangelnde soziale Unterstützung) und Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie) die Entstehung und den Verlauf einer KHK ungünstig beeinflussen können, wird der Hausarzt auch hierzu Fragen stellen.

Bei der körperlichen Untersuchung wird unter anderem Gewicht, Größe, Puls und Blutdruck gemessen, Herz und Lunge abgehört, ggf. Blut abgenommen und ein Ruhe-EKG durchgeführt.

Bei Verdacht auf eine KHK und nach Ausschluss anderer möglicher Krankheitsursachen folgen weitere Untersuchungsverfahren. Dies sind vor allem:

- **Belastungs-EKG:** Es wird die Aktivität des Herzens bei körperlicher Belastung gemessen, in der Regel mit einem Fahrrad- oder Laufbandergometer. Die Belastungsstufe wird alle 2 Minuten erhöht bis die maximale Belastbarkeit erreicht ist.
- **Stressechokardiografie (Stressecho):** Bei uneindeutiger Aussagekraft des Belastungs-EKGs oder reduzierter Belastbarkeit des Patienten bietet das Stressecho eine höhere Genauigkeit. Die Untersuchung ist ähnlich einem Belastungs-EKG. Zusätzlich wird eine Ultraschalluntersuchung während der Belastung durchgeführt. Ggf. wird vor der Untersuchung ein frequenzsteigerndes Medikament in die Vene gespritzt, um eine künstliche Belastung des Herzens zu erzeugen.
- **Herzultraschall:** Eine Ultraschalluntersuchung des Herzens (auch Echokardiographie oder Sonographie genannt) bildet mit Hilfe von Schallwellen die Herzfunktion ab. Dadurch können vor allem die Größe der Herzkammern, die Funktion der Herzklappen und die Pumpfunktion des Herzens beurteilt werden.
- **Myokard-Perfusions-SPECT:** Es wird ein radioaktiver Stoff in die Blutbahn gespritzt, um die Durchblutung des Herzens bildlich darstellen zu können.
- **Stress-Perfusions-MRT:** Ein gefäßerweiterndes Medikament und ein Kontrastmittel wird in die Blutbahn gespritzt, um den vom Blut durchströmten Herzmuskel darstellen zu können. Eine weitere Variante ist das sog. **Dobutamin-Stress-MRT**, bei dem das Medikament Dobutamin stufenweise in die Blutbahn gespritzt wird, damit sich der Herzschlag nach und nach erhöht.
- **CT-Koronarangiographie:** Beim CT wird durch ein Röntgenbild aus verschiedenen Richtungen ein räumliches Bild vom Herzen erzeugt. Dadurch können Ablagerungen und Engstellen der Herzkranzgefäße entdeckt werden. Meist wird dabei ein jodhaltiges Kontrastmittel gespritzt.

Herzkatheter-Untersuchung

Eine Herzkatheter-Untersuchung (sog. invasive Koronarangiographie) ist nicht immer notwendig. Sie wird hauptsächlich eingesetzt, um zu überprüfen, ob eine Operation zum Überbrücken der verengten Blutgefäße (sog. Bypass-Operation, siehe S. 13) sinnvoll ist.

Dabei wird eine dünne, biegsame Sonde (Katheter) über eine Arterie in der Leiste oder am Arm bis zum Herz vorgeschoben. Über den Katheter wird Kontrastmittel gespritzt und mit Hilfe von Röntgenstrahlen werden mögliche krankhafte Veränderungen der Herzkranzgefäße sichtbar gemacht.



Praxistipps!

- Die Patienteninformation „Verdacht auf eine KHK – Brauche ich eine Herzkatheter-Untersuchung?“ bietet Informationen, um besser beurteilen zu können, wann eine Herzkatheter-Untersuchung sinnvoll ist. Sie kann unter www.patienten-information.de > Suchbegriff: „Herzkatheter“ gefunden werden.
- Die Deutsche Herzstiftung bietet viele Informationen online und zum Bestellen, z.B. die Broschüre:

„Herzinfarkt und koronare Herzkrankheit“ unter www.herzstiftung.de > *Infos zu Herzkrankheiten > Koronare Herzkrankheit > Broschüre Herzinfarkt und koronare Herzkrankheit*
oder den Ratgeber „Das schwache Herz“ unter www.herzstiftung.de > *Infos zu Herzkrankheiten > Herzschwäche > Broschüre Herzinsuffizienz*.

Behandlung

Die Diagnose Koronare Herzkrankheit (KHK) ist für den Betroffenen oft ein Schock. Dabei lassen sich mit einer konsequenten Behandlung die Risiken für eine Verschlechterung oder einen akuten Infarkt meist reduzieren. Eine KHK ist nicht heilbar, doch mit der richtigen Behandlung können Erkrankte eine gute Lebensqualität erreichen.

Die wichtigsten Bestandteile der Therapie sind eine gesunde Lebensweise und Medikamente. Wenn die Beschwerden dennoch nicht nachlassen, kann ein Stent oder eine Bypass-Operation in Frage kommen.

Gesunde Lebensweise

Durch eine gesunde Lebensweise können Betroffene dazu beitragen, dass es zu weniger Ablagerungen in den Herzkranzgefäßen kommt und die Gefahr von Folgeschäden minimiert wird.

Folgende Komponenten sind dabei von Bedeutung:

Bewegung

Bewegungsmangel ist ein eigenständiger Risikofaktor für KHK, entsprechend wichtig ist die Bewegung im Behandlungskonzept. Die Wahrscheinlichkeit zu erkranken liegt umso höher, je weniger gut das Herz trainiert wird. Umgekehrt schützen Sport und Bewegung vor der Erkrankung, auch wenn man z.B. bereits einen Infarkt erlitten hat. Allerdings reicht viel Sport **nicht** aus, um damit andere Risikofaktoren auszugleichen.

Regelmäßiges Training verbessert die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des Körpers durch Senkung des Blutdrucks und der Herzfrequenz. Sport führt zu einer seelischen Stabilisierung, weil er das Selbstwertgefühl steigert und Ängste abbaut. Er erleichtert, das Gewicht zu verringern und zu halten, hilft dabei, weniger zu rauchen, und beeinflusst den Cholesterinspiegel positiv.

Sport kann für Herzkranken nicht hoch genug eingeschätzt werden. Mittlerweile gehen Herzspezialisten davon aus, dass er genauso wichtig ist wie Medikamente.

Wichtig ist dabei, dass das Training individuell an die Belastbarkeit des Patienten angepasst wird. Voraussetzung dafür ist, dass bei Herzpatienten die sog. „submaximale“ Belastbarkeit ermittelt wird. „Submaximal“ heißt, dass der Patient zwar trainiert, aber sein Herz keinesfalls zu stark beansprucht. Herzpatienten sollen beim Training nicht außer Atem kommen. Mit Hilfe eines Ergometers werden die optimale Dauer und die Intensität (Pulsfrequenz) ermittelt.

Stabilen Herzpatienten wird in der Regel 30 Minuten Training an mindestens 4 Tagen pro Woche empfohlen.

Herzsportgruppen

Viele Sportvereine, Sportstudios und Behindertensportverbände bieten spezielle Herzsportgruppen an. Besonders Patienten, die wegen ihrer KHK nicht alleine Sport treiben können oder möchten, ist die Teilnahme an einer Herzsportgruppe zu empfehlen. Manche sind direkt mit einer ärztlichen Betreuung verbunden. Adressen vermitteln die Krankenkassen oder Ärzte.

Die Teilnahme an einer Herzsportgruppe wird unter bestimmten Voraussetzungen von Krankenkasse oder Rentenversicherung als Reha-Sport finanziert. Reha-Sportgruppen sind feste Gruppen mit speziell geschulten Übungsleitern und unter ärztlicher Aufsicht.

Die Rentenversicherung übernimmt Reha-Sport in der Regel für 6 Monate, bei medizinischer Notwendigkeit auch 1 Jahr.

Die Krankenkasse übernimmt 90 Übungseinheiten innerhalb von 2 Jahren. Voraussetzung ist eine chronische Herzkrankheit einschließlich koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und nach kardio-vaskulären Interventionen/Operationen. Weitere Verordnungen sind möglich, wenn aufgrund einer Herzkrankheit oder kardialen Ischämiekriterien eine maximale Belastungsgrenze von unter 1,4 Watt/kg Körpergewicht gemessen wird. Eine weitere Verordnung darf jeweils 45 Übungseinheiten innerhalb von 1 Jahr umfassen.

Eine neue Verordnung über 2 Jahre auf Kosten der Krankenkasse ist nach folgenden Ereignissen mit Akutbehandlung möglich:

- Akuter Herz-Kreislauf-Stillstand
- Akutes Koronarsyndrom, Myokardinfarkt oder instabile Angina pectoris
- Krankenhausbehandlung wegen Herzinsuffizienz oder Kardiomyopathie (außer hypertrophe Kardiomyopathie oder Myokarditis unter 6 Monaten)
- Intervention/Operation an den Koronararterien (PCI, Bypass-OP)
- Intervention/Operation an den Herzklappen
- Implantation eines ICD (Implantierbarer Kardioverterdefibrillator), eines PM (Herzschrittmachers) oder CRT-P (Biventrikulärer Herzschrittmacher)
- Herztransplantation

Rauchen aufhören

Rauchen schadet den Gefäßen. KHK-Patienten können ihre Sterblichkeit und das Herzinfarktisiko deutlich senken, wenn sie mit dem Rauchen aufhören. Es gibt mehrere Möglichkeiten, die bei der Rauchentwöhnung hilfreich sein können.

Nähere Informationen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Rauchentwöhnung“.

Stressabbau

Es gilt als erwiesen, dass negativer Stress das Risiko der KHK deutlich erhöht. In stressigen Situationen steigt der Adrenalinpiegel. Hält dieser Zustand länger an, kann das zur Bildung zahlreicher Entzündungsstoffe führen und die Körperabwehr arbeitet schlechter. So steigt das Risiko für einen Herzinfarkt.

Dasselbe gilt für bestimmte Charakterzüge wie Ehrgeiz, Wetteifer, extremes Gefühl von Zeitmangel und Aggressivität. Deswegen ist es entscheidend, Stress nicht einfach hinzunehmen, sondern ihn zu erkennen, um ihm bewusst entgegenwirken zu können.

- **Tages- und Arbeitsablauf überprüfen**
Können durch bessere Planung zeitliche Engpässe und dadurch belastende Situationen vermieden werden?
- **Neigung, sich für alles verantwortlich zu fühlen**
Sich von der Vorstellung lösen, alles perfekt und selbst machen zu wollen. Lernen, Wichtiges von Un-

wichtigem zu unterscheiden. Sich nicht alles aufladen lassen. Gelassener werden.

- **Entspannungstechniken**

wie Autogenes Training, Yoga, Progressive Muskelentspannung (PMS) oder Feldenkrais-Methode erlernen.

- **Sport treiben**

Kurse zum Erlernen einer Entspannungstechnik gehören zum Leistungskatalog vieler Krankenkassen. Auch Volkshochschulen und Seminaranbieter haben entsprechende Kurse im Programm, die von den meisten Krankenkassen bezuschusst werden.



Praxistipp!

Tipps von Herzexperten zu verschiedenen Gesundheitsthemen, wie Sport & Bewegungsmangel, Ernährung, Psyche & Stress und Rauchen aufhören bietet die Deutsche Herzstiftung unter www.herzstiftung.de > *Ihre Herzgesundheit* > *Gesund bleiben*.

Medikamente

Medikamente können dabei helfen, Beschwerden zu lindern und Folgeerkrankungen zu vermeiden. Sie wirken sich also auf die Lebensqualität aus und können das Leben verlängern.

Folgende Medikamentengruppen werden überwiegend bei KHK eingesetzt und können das Risiko für einen Herzinfarkt oder plötzlichen Herztod reduzieren:

- **Plättchen-Hemmer (Thrombozyten-Aggregations-Hemmer)** verhindern, dass Blutplättchen (Thrombozyten) verklumpen, sich an die Gefäßwände anlagern und die Herzkranzgefäße verengen oder verstopfen. Der bekannteste Wirkstoff ist Acetylsalicylsäure (ASS).
- **Statine (Cholesterin-Senker)** können das Cholesterin im Blut senken und wirken sich auch günstig auf andere Blutfette (Lipide) aus. Dadurch kann die Entstehung von Plaques verhindert werden.
- **Betablocker und ACE-Hemmer** gehören zu den blutdrucksenkenden Medikamenten. Beta-Blocker senken neben dem Blutdruck auch den Sauerstoffbedarf des Herzens und verlangsamen den Herzschlag. ACE-Hemmer senken ebenfalls den Blutdruck und verbessern die Pumpleistung des Herzens. Beide Mittel sorgen dafür, dass das Herz entlastet wird.
- **Nitrate** erweitern die Blutgefäße und verbessern die Blutversorgung des Herzens. Schnell wirksame Nitrate werden z.B. als „Nitro-Spray“ oder „Nitro-Kapsel“ bei einem akuten Angina pectoris-Anfall eingesetzt, um das Engegefühl und die Schmerzen in der Brust zu lindern. KHK-Patienten sollten für den Notfall immer ein schnell wirksames Nitrat bei sich haben. Nitrate sollten nur zur Beschwerdelinderung verwendet werden.

Oftmals werden auch verschiedene Medikamente miteinander kombiniert.

Stent und Bypass

Zu den invasiven („eindringenden“) Behandlungsmethoden gehören Stents und Bypass-Operationen. Ob ein Stent oder eine Bypass-Operation nötig ist und welche Methode besser geeignet ist, hängt vom Ausmaß der Erkrankung, möglichen Begleiterkrankungen sowie individuellen Wünschen ab.

Sowohl Stents als auch Bypass-Operationen können schnell Beschwerden lindern und die Lebensqua-

lität verbessern, aber auch mit Nebenwirkungen wie Gefäßverletzungen, Blutverlust und Narkoserisiko verbunden sein.

Stent

Ein Stent ist ein dünnes Röhrchen aus Drahtgeflecht, das verengte Stellen im Blutgefäß offen halten kann und dadurch die Durchblutung verbessert. Wie auch bei einer Herzkatheter-Untersuchung wird eine dünne Sonde (Katheter) über die Arterie von Leiste oder Arm durch die Hauptschlagader (Aorta) bis zu den verengten Stellen der Herzkranzarterie vorgeschoben. Auf der Spitze des Katheters sind ein kleiner Ballon und der Stent angebracht. Mithilfe des Ballons wird zunächst die Engstelle geweitet (Ballondilatation) und anschließend der Stent eingesetzt, damit das Blut wieder besser durch das Gefäß fließen kann.

Stents werden vor allem bei Notfällen wie einem Herzinfarkt eingesetzt. Bei einer stabilen Angina pectoris können sie aber auch Beschwerden lindern, wenn Medikamente nicht ausreichend Entlastung bringen.

Bypass-Operation

Bypass ist das englische Wort für Umgehung. In einer Operation am offenen Herzen werden verengte Blutgefäße durch körpereigenes Gewebe überbrückt. Während der Operation wird der Patient an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen. Auch nach einer Bypass-Operation müssen dauerhaft Medikamente eingenommen werden.

Studien haben gezeigt, dass nach einer Bypass-Operation seltener ein erneuter Eingriff nötig ist als nach einem Stent. Zudem kann die Sterblichkeitsrate durch eine Operation im Vergleich zum Stent etwas besser gesenkt werden. Eine Operation birgt jedoch auch Risiken wie Schlaganfälle, weshalb sich ein Patient vor einem Eingriff möglichst umfassend informieren sollte.



Praxistipp!

Eine Entscheidungshilfe kann die Patienteninformation „KHK – Verengte Herzkranzgefäße – Stent oder Bypass?“ sein, die unter www.patienten-information.de > Suchbegriff: „Stent oder Bypass“ kostenlos heruntergeladen werden kann.

Phasen der Behandlung

Die Behandlung einer KHK wird nach einem akuten Ereignis (Herzinfarkt, Bypass-OP) in drei Phasen eingeteilt:

- **Phase I – Frühmobilisation:** Bereits im Krankenhaus: Krankengymnastik und Atemtherapie. Möglichst ohne Unterbrechung übergehend in Phase II.
- **Phase II – Rehabilitation:** Kann ambulant oder stationär in einer spezialisierten Rehaklinik erfolgen. Wird oft auch als Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschlussrehabilitation (AR) bezeichnet. Umfasst medizinisch-körperliche, psychosoziale und gesundheitsbildende Maßnahmen. (Näheres ab S. 15).
- **Phase III – Langzeitbehandlung:**
Die Nachsorge läuft dauerhaft. Sie umfasst in der Regel:
 - Betreuung und Dauerbehandlung durch den Hausarzt. Alle Patienten mit KHK sollten regelmäßige Kontrolluntersuchungen durchführen lassen.
Es besteht auch die Möglichkeit, sich in ein Disease-Management-Programm (DMP) (Näheres sie-

he S. 35) aufnehmen zu lassen.

- Geeignete Präventionsmaßnahmen: Dazu gehören insbesondere ein gesundheitsförderlicher Lebensstil mit gesunder Ernährung und regelmäßiger Bewegung (Näheres auf S. 10).

Rehabilitation

Die Rehabilitation (Reha) ist ein sehr großer und komplexer Bereich mit den Zielen: Wiederherstellung der Gesundheit, (Wieder-)Eingliederung ins Arbeitsleben, Verhinderung der Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die bekanntesten Leistungen sind medizinische Reha-Maßnahmen, Umschulungen, Reha-Sport und Wiedereingliederung.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Rente.

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

Die Reha im weiteren Sinn umfasst 5 große Bereiche:

- **Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:** Sie sollen
 - Behinderungen und chronische Krankheiten verhindern oder heilen, ihre Auswirkungen ausgleichen oder verbessern oder eine Verschlimmerung verhüten.
 - Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit verhindern, mindern oder beenden oder eine Verschlimmerung verhindern.
 - den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen verhüten oder laufende Sozialleistungen mindern.
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben:** Sie werden auch als „berufliche Reha“ bezeichnet und sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen:** Diese dienen dazu, das Ziel der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 27), Haushaltshilfe (siehe S. 32) Reisekosten oder Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können.
- **Leistungen zur sozialen Teilhabe:** Sie werden auch als „Soziale Reha“ bezeichnet und sollen Menschen mit Behinderungen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder erleichtern. Dazu zählen u.a. Leistungen für Wohnraum, Mobilität und zur Förderung der Verständigung sowie Assistenzleistungen zur Unterstützung bei der Lebensführung.

Zuständigkeiten

Bei einem Betroffenen können verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sein:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn nicht** andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische Reha-Leistungen und für berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.

- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, **wenn** kein anderer Sozialversicherungsträger hierfür zuständig ist.
- **Eingliederungshilfe-Träger** übernehmen Leistungen zur medizinischen Reha, Leistungen zur Beschäftigung, zur Teilhabe an Bildung und zur Sozialen Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger vorrangig zuständig ist und die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe erfüllt sind.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er hierfür zuständig ist. Die „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. Sollte eine Weiterleitung stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser „weitere“ (= zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.

Eine nochmalige Weiterleitung gibt es nur im Rahmen einer sog. **Turbo-Klärung**. Dadurch kann der Antrag zu einem dritten Reha-Träger weitergeleitet werden, der auch bei Nichtzuständigkeit die beantragten Leistungen in der bereits zuvor begonnenen 3 Wochen-Frist erbringen muss. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt dann zwischen den Trägern, ohne Auswirkung auf den Versicherten.

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

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

- Maximal 3 Wochen, wenn der erste Reha-Träger zuständig ist und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 5 Wochen, wenn der Antrag an den zweiten oder dritten Träger weitergeleitet wurde und kein Gutachten benötigt wird.
- Maximal 6 Wochen, wenn der leistende Rehabilitationsträger weitere Träger einbezieht, weil er nicht für alle beantragten Leistungen zuständig ist.
- Wenn ein Gutachten benötigt wird verlängern sich diese Fristen um folgende Zeiten:
 - **Auswahl des Gutachters durch den Antragsteller plus**
 - **2 Wochen für die Gutachtenerstellung.**
- Maximal 2 Monate, wenn eine Teilhabepflichtkonferenz durchgeführt wird.

Der Antragsteller muss bei jedem Schritt, der den Entscheidungsprozess verlängert, informiert werden, also z.B. bei einer Weiterleitung des Antrags.

Kann der leistende Reha-Träger nicht innerhalb von 2 Monaten über den Antrag entscheiden, muss er dem Antragsteller auf den Tag genau mitteilen, wann dieser die Entscheidung bekommt. Zudem muss er die Fristverlängerung begründen. Es sind nur folgende Gründe zulässig:

- Fristverlängerung um max. 2 Wochen zur Beauftragung eines Gutachters, wenn nachweislich früher kein Gutachter verfügbar ist.
- Fristverlängerung um max. 4 Wochen, wenn der Gutachter schriftlich bestätigt, dass er so lange braucht.
- Fristverlängerung um die Zeit der „fehlenden Mitwirkung“ beim Antragsteller, also wenn er z.B. Unterlagen nicht einreicht oder Termine nicht wahrnimmt.

Erfolgt keine solche Mitteilung oder liegt kein zureichender Grund vor, gilt der Antrag als genehmigt. Der Antragsteller kann sich dann die Leistung selbst beschaffen und der Reha-Träger muss zahlen.



Praxistipps!

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) informiert ausführlich zum Reha-Prozess unter www.bar-frankfurt.de > Themen > Reha-Prozess.
- Die BAR bietet unter www.reha-fristenrechner.de einen **Fristenrechner**, mit dem alle wichtigen Fristen im Reha-Prozess berechnet werden können.



Wer hilft weiter?

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, die Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen können auch die Beratungsangebote der unabhängigen Teilhabeberatung in Anspruch nehmen.

Medizinische Rehabilitation bei KHK

Eine medizinische Reha ist fester Bestandteil bei der Versorgung von KHK-Patienten, insbesondere nach einem Herzinfarkt oder einer Bypass-Operation.

Die Rehabilitation wird von einem Team verschiedener Fachkräfte durchgeführt, das von einem Arzt koordiniert wird. Die Reha bei KHK hat folgende Inhalte:

- Medizinische Überwachung und Betreuung
- Kontrolle und gegebenenfalls Anpassung der Medikamente
- Patientenschulung und -information (auch für Angehörige)
- Körperliches Training
- Psychologische Unterstützung
- Soziale Beratung zur Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung

Eine kardiologische Reha kann als Anschlussheilbehandlung und als ambulante oder stationäre medizinische Reha (siehe S. 19) durchgeführt werden.

Voraussetzungen

Es gibt je nach Kostenträger unterschiedliche Voraussetzungen, die bei einer medizinischen Reha erfüllt sein müssen.

Allgemein gültige Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen bei jedem Träger einer medizinischen Reha erfüllt sein:

- Die Reha-Maßnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Die Reha-Maßnahme muss vom Arzt verordnet sein und vom Kostenträger **vorher** genehmigt werden.

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die medizinische Rehabilitation:

- Die Erwerbsfähigkeit ist wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert **und**
- voraussichtlich kann eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet werden **oder** die Erwerbsfähigkeit kann gebessert oder wiederhergestellt werden **oder**
- der Arbeitsplatz kann erhalten werden.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Rehabilitation:

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (die Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z.B. Kindererziehungszeiten) **oder**
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit **oder**
- 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**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die medizinische Reha nicht:

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. Ausnahme: bei Behandlungsbedürftigkeit während der medizinischen Rehabilitation.
- Anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- Wenn die Reha dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d.h. kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- Bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z.B. Altersübergangsgeld.

- Während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßnahmen oder einstweiliger Unterbringung.
- Im Ausland. Ausnahme: Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind Leistungen zur medizinischen Vorsorge (Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren).

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.

Ambulante Reha-Maßnahmen

Ambulante Reha-Maßnahmen führt der Patient wohnortnah durch bzw. nimmt sie in Anspruch. Der Patient kommt morgens in die behandelnde Einrichtung und verlässt diese nachmittags oder abends wieder. Möglich ist auch die Versorgung durch mobile Reha-Teams beim Patienten zu Hause.

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

Das heißt: Erst wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, werden stationäre Leistungen erbracht. **Ausnahme:** Bei medizinischer Rehabilitation für Mütter, Väter, pflegende Angehörige und bei Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

- Eine ambulante Krankenbehandlung reicht nicht für den angestrebten Reha-Erfolg aus.
- Durchführung der ambulanten Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag oder in wohnortnahen Einrichtungen mit bedarfsgerechter, leistungsfähiger und wirtschaftlicher Versorgung. „Wohnortnah“ bedeutet maximal 45 Minuten Wegezeit einfach.

Dauer

Die ambulante Reha-Maßnahme dauert in der Regel 20 Behandlungstage. Eine **Verlängerung** ist aus medizinischen Gründen möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

Stationäre Reha-Maßnahmen werden umgangssprachlich oft als Kur bezeichnet. Der Patient wohnt für die Zeit der Reha in einer entsprechenden Einrichtung.

Voraussetzungen

- Eine **ambulante** Reha-Maßnahme reicht nicht aus.
- Die stationäre Aufnahme ist aus medizinischen Gründen erforderlich.
- Durchführung der **stationären** Reha-Maßnahme in Einrichtungen mit Versorgungsvertrag.

Dauer

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



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 32) gewährt werden.
- Wenn ein pflegender Angehöriger eine stationäre medizinische Rehabilitation benötigt und dabei auch eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist, kann die Reha-Klinik auch die Pflege des Pflegebedürftigen als Kurzzeitpflege übernehmen, wenn sie als Einrichtung die Voraussetzungen dafür erfüllt. Zudem können pflegende Angehörige seit 1.1.2019 auch eine stationäre Reha in Anspruch nehmen, wenn unter medizinischen Gesichtspunkten eine ambulante Reha ausreichend wäre.

Reha-Antrag

Möchte ein KHK-Patient eine medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden.

Der Arzt verordnet die medizinische Reha, wenn sie notwendig ist und der Patient damit einverstanden ist. Falls doch ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse entsprechend weitergeleitet.

Eigentlich genügt bei der Verordnung von Reha-Maßnahmen die Angabe der Indikationen nach der ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) durch den Arzt. Es ist jedoch sinnvoll, dass dieser die Notwendigkeit der medizinischen Rehabilitation **ausführlich** begründet. Das vermindert das Risiko einer Ablehnung beim Kostenträger. In Stichproben werden die Reha-Anträge durch den Medizinischen Dienst (MD) geprüft. Reichen die Unterlagen zur Beurteilung nicht aus, kann der MD im Einzelfall eine weitere ärztliche Untersuchung (Gutachten) veranlassen, um die Notwendigkeit der Reha-Maßnahme zu prüfen.

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



Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie*.
- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizi-

nische Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus freiwillig die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

Wahl der Reha-Einrichtung

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

Ist der Kostenträger die **Krankenkasse**, kann bei einer medizinischen Reha eine zugelassene und zertifizierte Reha-Einrichtung selbst wählen. Sind die Kosten höher als bei den Vertragseinrichtungen der Krankenkasse, zahlt der Patient die Mehrkosten. Er muss keine Mehrkosten tragen, wenn er seinen Klinikwunsch mit seiner persönlichen Lebenssituation, dem Alter, dem Geschlecht, der Familie sowie religiösen und weltanschaulichen Bedürfnissen begründen kann. Die letzte Entscheidung liegt jedoch bei der Krankenkasse.

Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung** und die Maßnahme soll in einer bestimmten Einrichtung stattfinden, muss dies in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.

Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht. Eine Kostenübernahme für eine medizinische Reha im Ausland ist dann möglich, wenn dort aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg zu erwarten ist.



Praxistipps!

- Adressen von Reha-Kliniken recherchieren:
 - www.rehakliniken.de (= Inhalte Handbuch Reha- und Vorsorgeeinrichtungen mit 1.500 Reha-Kliniken)
 - www.kurklinikverzeichnis.de
- Weitere Informationen zum Wunsch- und Wahlrecht sowie eine Argumentationshilfe gibt die Dr. Becker Klinikgruppe unter <https://dbkg.de> > *Reha-Antrag* > *Allgemeines* > *Wie finde ich die beste Rehaklinik für mich?* > *Wunsch-und Wahlrecht*.

Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen

Während einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme kann der Versicherte je nach individuellem Fall und Erfüllen der Voraussetzungen finanzielle Leistungen zur Sicherung seines Lebensunterhalts erhalten.

Folgende Leistungen sind möglich:

- Entgeltfortzahlung vom Arbeitgeber, siehe S. 43
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 45
- Verletztengeld von der Unfallversicherung
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 27

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten.

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

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

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

Für eine stationäre medizinische Reha-Maßnahme beträgt die Zuzahlung 10 € täglich für maximal **42** Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

Wird die medizinische Reha-Maßnahme als Anschlussheilbehandlung erbracht, ist die Zuzahlung von 10 € auf maximal **14 Tage** innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt.

Bereits im selben Kalenderjahr geleistete Zuzahlungen für medizinische Reha-Maßnahmen an die Krankenkasse oder an den Rentenversicherungsträger sowie für Krankenhausbehandlungen an die Krankenkasse werden angerechnet.

Keine Zuzahlung an die **Rentenversicherungsträger** ist u.a. zu leisten:

- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- bei Leistungen zur Prävention
- von Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerbserstatzeinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsi-cherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- bei beruflichen Reha-Leistungen
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.317 € 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**

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2021 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.317 €	keine
ab 1.317 €	5 €
ab 1.447,60 €	6 €
ab 1.579,20 €	7 €
ab 1.710,80 €	8 €
ab 1.842,40 €	9 €
ab 1.974 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, muss die Befreiung von der Zuzahlung auf jeden Fall 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** medizinische Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden. Es besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie*.
- Die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ kann bei der Deutschen Rentenversicherung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Über uns & Presse* > *Broschüren* > *Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“* kostenlos bestellt oder heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha?* > *Zuzahlung*.



Wer hilft weiter?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Sozialamt oder Eingliederungshilfe-Träger.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussrehabilitation (kurz AHB genannt) ist eine Reha-Maßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation erfolgt und zur Weiterbehandlung erforderlich ist. Sie muss in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung beginnen.

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

Die AHB zählt zur medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger

beantragt werden. Sie wird nur für manche Krankheitsbilder genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der AHB-Indikationsliste des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein. Dazu gehören auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten der Gefäße.

Die AHB-Indikationsgruppen der **Rentenversicherung** sind u.a.:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

Diese Voraussetzungen gelten bei Krankenversicherung und Rentenversicherung:

- Indikation nach der Indikationsliste.
- Akutphase der Erkrankung bzw. Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Patient muss frühmobilisiert sein, z.B. durch krankengymnastische Übungen im Krankenhaus.
- Patient muss geistig fähig zur Teilnahme an den Therapien und weitestgehend selbstständig sein, d.h. ohne Fremdhilfe zur Toilette gehen, selbstständig essen, sich allein waschen und ankleiden können.
- Patient sollte reisefähig sein. Ein Krankentransport ist nur in Not- und Ausnahmefällen möglich.



Praxistipps!

- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.



Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und die Sozialberatung (häufig auch Sozialdienst genannt) des Krankenhauses.

Stufenweise Wiedereingliederung

Ziel der stufenweisen Wiedereingliederung („Hamburger Modell“) ist, arbeitsunfähige KHK-Patienten nach längerer schwerer Krankheitsphase schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit zu erleichtern.

Möglich ist die stufenweise Wiedereingliederung nur, wenn Versicherter und Arbeitgeber zustimmen und dadurch keine nachteiligen gesundheitlichen Folgen entstehen.

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 vor und während der Maßnahme eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und er ist ausreichend belastbar, das heißt: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Der Arbeitnehmer stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte und ihnen **gleichgestellte** Arbeitnehmer (siehe „Gleichstellung“ auf S. 58) 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 teilweisen oder vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Arbeitgeber müssen Mitarbeitern, die länger als 6 Wochen krank waren, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten (§ 167 Abs. 2 SGB IX). Für die 6 Wochen werden alle Zeiten zusammengezählt, in denen der Arbeitnehmer in den letzten 12 Monaten

- arbeitsunfähig gemeldet war (Arbeitsunfähigkeit),
- sich ohne AU-Bescheinigung krankgemeldet hat oder
- wegen Kuren und Reha-Leistungen gefehlt hat.

Die stufenweise Wiedereingliederung kann Teil eines BEM sein.

Dauer

Die Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung ist abhängig vom individuellen gesundheitlichen Zustand und kann jederzeit flexibel verkürzt oder verlängert werden. Sie kann bis zu 6 Monate dauern, wird in der Regel jedoch für einen Zeitraum von 4 bis 8 Wochen gewährt.

Finanzielle Sicherung

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Beim Kostenträger geht es vor allem um die Frage, wer den Wiedereinzugliedernden mit sog. **Entgeltersatzleistungen** finanziell absichert:

- Findet die Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an eine medizinische Reha-Maßnahme statt, d.h. wird sie innerhalb von 4 Wochen nach Entlassung aus einer Reha-Klinik angetreten, ist die Rentenversicherung Kostenträger und zahlt Übergangsgeld.
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld.
- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit.
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

Zusätzlich können im Zuge der Wiedereingliederung weitere Reha-Leistungen fällig werden, z.B. ergänzende Reha-Leistungen oder berufliche Reha-Leistungen. Zuständig ist dann der jeweilige Träger der Wiedereingliederung, nur bei Arbeitsassistenz ist immer das Integrationsamt zuständig.

Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.

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



Praxistipps!

- Findet die stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Die Sozialberatung der Reha-Klinik füllt hierzu, in Kooperation mit Arzt und Patient, den Antrag aus und erstellt den Wiedereingliederungsplan.
- Detaillierte Informationen zur stufenweisen Wiedereingliederung bietet die „Arbeitshilfe stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), kostenloser Download unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha-Grundlagen.



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

KHK führt nicht automatisch zu einer sofortigen Berentung. Ob und wie lange Betroffene noch in ihrem alten Beruf arbeiten können, hängt von den individuellen Beeinträchtigungen, dem Verlauf der Erkrankung und den speziellen Anforderungen des Berufsbilds ab.

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha. Dies umfasst alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Krankheiten und/oder Behinderungen fördern: Hilfen, um einen Arbeitsplatz erstmalig oder weiterhin zu erhalten, Vorbereitungs-, Bildungs- und Ausbildungsmaßnahmen, Zuschüsse an Arbeitgeber sowie die Übernahme vieler Kosten, die mit diesen Maßnahmen in Zusammenhang stehen, z.B. für Lehrgänge, Lernmittel, Arbeitskleidung, Prüfungen, Unterkunft und Verpflegung.

Die Leistungen werden von verschiedenen Kostenträgern übernommen, meist aber von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungs- oder Unfallversicherungsträger.

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

Praxistipp!

Informationen zur beruflichen Reha geben auch die Berufsgenossenschaften unter www.dguv.de > *Rehabilitation/Leistungen* > *Berufliche und soziale Teilhabe*.

Wer hilft weiter?

Mögliche Leistungsträger sind z.B. die Rentenversicherung, die Unfallversicherung, die Agentur für Arbeit, das Jugendamt oder die Eingliederungshilfe-Träger. Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst. Zudem können die Schwerbehindertenvertretung bzw. die Personalverwaltung beim Arbeitgeber weiterhelfen.

Übergangsgeld

Übergangsgeld überbrückt einkommenslose Zeiten von KHK-Patienten 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 ergänzenden Reha-Leistungen.

Das Übergangsgeld kann dem Patienten während einer Reha-Maßnahme den finanziellen Druck nehmen, damit er sich ganz auf seine Gesundheit konzentrieren kann. Zuständig können der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen. Es ist wichtig, dass das Übergangsgeld frühzeitig beantragt wird.

Voraussetzungen

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha. Bei allen Kostenträgern gilt:

- Übergangsgeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird nur dann gezahlt, wenn im Krankheitsfall kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. In der Regel leistet der Arbeitgeber 6 Wochen Lohnfortzahlung.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Die Rentenversicherung bezahlt Übergangsgeld, wenn die Reha-Maßnahme das Ziel hat, die Erwerbsfähigkeit von Betroffenen wiederherzustellen.

Die Rentenversicherung zahlt also Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, zur medizinische Rehabilitation, zur Prävention, zur Nachsorge und zu sonstigen Leistungen zur Teilhabe.
- während der Teilnahme an einer Eignungsabklärung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Antragsteller muss vorher aufgrund einer beruflichen Tätigkeit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt haben und Beiträge zur Rentenversicherung entrichtet haben **oder** z.B. Krankengeld, Verletztengeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) bezogen und vor diesen Leistungen rentenversicherungspflichtig gearbeitet haben. Bei Arbeitslosengeld gibt es nur Übergangsgeld, wenn der Arbeitslose wegen der Reha-Maßnahme nicht ganztags arbeiten kann.
- Die rentenrechtlichen Voraussetzungen zu den ergänzenden Leistungen zur Reha müssen erfüllt sein.

Voraussetzungen bei der Agentur für Arbeit

Die Agentur für Arbeit zahlt Menschen mit Behinderungen Übergangsgeld bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, wenn diese die **Vorbeschäftigungszeit** erfüllen, d.h. sie müssen innerhalb der letzten 3 Jahre vor Beginn der Teilnahme an einer behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahme der Agentur für Arbeit

- mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Der Vorbeschäftigungs-Zeitraum von 3 Jahren verlängert sich um die Dauer einer für die weitere Berufsausübung nützlichen Auslandsbeschäftigung, maximal um 2 Jahre.

Zu den behinderungsspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen

- Berufsausbildung,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- individuelle betriebliche Qualifizierungen (unterstützte Beschäftigung),
- Maßnahmen im Eingangsverfahren oder Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen oder bei einem anderen Leistungsanbieter,
- und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt:

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

hat.

- 68 % dieser Berechnungsgrundlage für die übrigen Versicherten.

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

Wenn vor einer beruflichen Reha kein oder ein niedriger Lohn erzielt wurde, beträgt die Berechnungsbasis des Übergangsgelds 65 % des ortsüblichen Tarifs. Das tarifliche bzw. ortsübliche Entgelt kann z.B. bei Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbänden erfragt werden. Zur Bestimmung des tariflichen bzw. ortsüblichen Arbeitsentgelts sind die Qualifikation und der Wohnsitz des Versicherten im Monat vor dem Beginn der Reha-Leistung maßgebend.

Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit im Anschluss an berufliche Reha-Leistungen beträgt das Übergangsgeld

- 67 % der Berechnungsgrundlage bzw.
- 60 % der Berechnungsgrundlage

Anrechnung

Auf das Übergangsgeld werden z.B. **angerechnet**:

- Netto-Erwerbseinkommen – unter Außerachtlassung von einmalig gezahltem Entgelt, z.B. Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Prämien
- Verletztengeld, Verletztenrente, Erwerbsminderungsrente u.a.

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

Dauer

Die Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur medizinischen bzw. beruflichen Reha.
- während einer beruflichen Reha-Leistung maximal 6 Wochen bei **gesundheitsbedingter Unterbrechung** einer beruflichen Reha-Leistung.
- nach einer abgeschlossenen beruflichen Reha-Leistung maximal 3 Monate bei **anschließender Arbeitslosigkeit**, wenn kein Anspruch auf Arbeitslosengeld für 3 Monate besteht: sog. Anschlussübergangsgeld. Das Anschlussübergangsgeld ist allerdings niedriger.
- zwischen zwei Reha-Leistungen, wenn die eine Maßnahme abgeschlossen ist und eine weitere erforderliche nicht direkt anschließt: Das sog. Zwischenübergangsgeld gibt es nur, wenn in der Zwischenzeit Arbeitsunfähigkeit vorliegt und kein Anspruch auf Krankengeld oder keine Vermittelbarkeit in eine zumutbare Beschäftigung besteht.

Findet eine stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss (innerhalb von 4 Wochen) an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation statt, dann wird das Übergangsgeld bis zu deren Ende gezahlt.



Praxistipp!

Wenn durch das Übergangsgeld das Einkommen sinkt, kann unter Umständen auch bei der Renten-

versicherung eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht beantragt werden. PDF-Formular „Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung“ der Deutschen Rentenversicherung Bund unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Suchbegriff: „G0162“.

Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Reha-Sport dient der allgemeinen Stärkung der Leistungsfähigkeit nach einer Erkrankung. Funktionstraining ist gezielt auf bestimmte körperliche Funktionsdefizite gerichtet. Die Maßnahmen dauern je nach Erkrankung und Kostenträger 6 Monate bis 3 Jahre.

Bei KHK-Patienten kommt vor allem der Reha-Sport zum Einsatz. Dazu zählen Sport und sportliche Spiele, aber auch gezielte bewegungstherapeutische Übungen. Möglich sind verschiedenste Sportarten und Übungen, das ist stark abhängig von den (Vor-)Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmer. Bei KHK-Patienten liegt der Schwerpunkt auf einem kontrollierten Ausdauertraining.

Ziele von Reha-Sport sind:

- Ausdauer und Kraft stärken
- Koordination und Flexibilität verbessern
- Selbstbewusstsein stärken, insbesondere auch von Menschen mit Behinderungen
- Hilfe zur Selbsthilfe bieten, Eigenverantwortung stärken und Teilnehmer motivieren, auch nach dem verordneten Reha-Sport weiter Sport zu treiben

Reha-Sport findet immer in Gruppen zu regelmäßigen Terminen statt, denn es geht auch um den Erfahrungsaustausch zwischen Betroffenen, um gruppenspezifische Effekte und Selbsthilfe.

Voraussetzungen

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

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

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

Kostenträger

Die Kosten übernehmen in der Regel die Rentenversicherungsträger. Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining **keine** Reha-Maßnahme voraus, ist die Krankenkasse zuständig. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Für Menschen mit Behinderungen können die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen auch von einem Eingliederungshilfe-Träger übernommen werden.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der Unfallversicherung in der Regel unbegrenzte Zeit.
- über die gesetzlichen Krankenversicherung
 - Reha-Sport: in der Regel etwa 50 Übungseinheiten in 18 Monaten, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 120 Übungseinheiten in 36 Monaten.
 - Funktionstraining: in der Regel etwa 12 Monate, bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität etwa 24 Monate.

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.



Praxistipp!

Welche Erkrankungen von den Trägern länger bezahlt werden, ist in der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ geregelt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) stellt diese unter www.bar-frankfurt.de > *Publikationen* > *Empfehlungen/Vereinbarungen* zum Download zur Verfügung.



Wer hilft weiter?

- Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region sind bei den Krankenkassen zu erfragen. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.
Viele Sportverbände für Menschen mit Behinderungen bieten auch Reha-Sportarten und Funktionstrainingsmaßnahmen an. Über entsprechende Gruppen informiert die Hauptgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands, Telefon 02234 6000-0, www.dbs-npc.de > *Schnellzugriff* > *Rehasportgruppen*.

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären medizinischen 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

Haushaltshilfe kann eine Leistung der Krankenversicherung, der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung sein, bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten auch eine Leistung der Sozialhilfe, die sich dabei an den Leistungen der Krankenversicherung orientiert.

Krankenversicherung

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

- Für maximal 26 Wochen wegen Krankenhausbehandlung, medizinischer Vorsorgeleistungen, Häuslicher Krankenpflege, medizinischer Rehabilitation, Schwangerschaftsbeschwerden oder Entbindung **und**
 - ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung und
 - keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung.
Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schulausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.
- Für maximal 4 Wochen bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation. Die Haushaltshilfe kann im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts wegen medizinischer oder beruflicher Rehabilitation nicht möglich ist **und**
- ein Kind im Haushalt lebt, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat **oder** das eine Behinderung hat und auf Hilfe angewiesen ist, z.B. für Ernährung, Körperpflege, seelische Betreuung **und**
- keine im Haushalt lebende Person (auf Volljährigkeit kommt es nicht an) den Haushalt weiterführen kann, z.B. wegen sehr hohem Alter, schlechtem Gesundheitszustand oder dem Umfang der Haushaltsführung.
Wichtig ist hierbei, dass sich die andere im Haushalt lebende Person (z.B. der Ehepartner oder ältere

Kinder) nicht wegen der Weiterführung des Haushalts von ihrer Berufstätigkeit, Berufs- oder Schul- ausbildung beurlauben lassen muss, d.h. der Haushaltsangehörige kann seine eigene berufliche oder schulische Rolle beibehalten.

Außerdem sind die rentenversicherungsrechtlichen Voraussetzungen der medizinischen Rehabilitation oder der berufliche Reha zu erfüllen.

Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.
- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht 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.
- Falls die Familie Leistungen der Sozialhilfe erhält, besteht die Möglichkeit „Hilfe zur Weiterführung des Haushalts“ zu erhalten.

Leistungsumfang

Sachleistungserbringung

Vorrangig erbringen die Krankenkassen, die Unfallversicherungsträger 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. Haushaltshilfekräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

Selbst beschaffte Haushaltshilfe

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, vom zuständigen Träger übernommen. Dies muss unbedingt **vorher** mit dem Leistungsträger abgesprochen und von diesem genehmigt sein.

Für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine Erstattung der Fahrtkosten und des Verdienstauffalls geben (siehe unten), nicht aber eine Kostenerstattung für eine selbst beschaffte Haushaltshilfe.

Fahrtkosten, Verdienstauffall

Der zuständige Träger kann die erforderlichen Fahrtkosten und den Verdienstauffall für Verwandte und Verschwägte bis zum 2. Grad (siehe oben) erstatten.

Den Verdienstauffall muss der Arbeitgeber bestätigen. Ein entsprechendes Formular gibt es bei den Kostenträgern.

Anderweitige Unterbringung

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet. Dies gilt vornehmlich bei Gewährung der Haushaltshilfe-Leistung durch Unfallversicherung bzw. die Rentenversicherung.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Bei Schwangerschaft und Geburt muss keine Zuzahlung geleistet werden.

Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 39).



Wer hilft weiter?

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

Disease-Management-Programm (DMP)

Unter Disease-Management-Programmen (DMP) versteht man den strukturierten Umgang mit einer chronischen Erkrankung unter Einbeziehung aller, die an der Behandlung beteiligt sind. Die Krankenkasse bietet das DMP nur für bestimmte Krankheiten an – u.a. für die Koronare Herzkrankheit.

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

Ein Arzt übernimmt die Lotsenfunktion und koordiniert die leitlinienorientierten Behandlungsschritte bei einem Patienten. Für die Umsetzung der Behandlungsprogramme hat er exakte Vorgaben und eine umfassende Dokumentationspflicht.

Voraussetzung ist, dass sich der Patient in das Programm einschreibt und dabei unter anderem der Datenweitergabe an verschiedene Stellen zustimmt. Die Einschreibung ist **freiwillig** und setzt eine umfassende und gut verständliche Information durch die Krankenkasse voraus. Es ist auch möglich während des Programms auszusteigen. Zudem gibt es krankheitsbezogene Voraussetzungen für die Einschreibung, die der Arzt attestiert.

Wenn ein Patient die Teilnahmeerklärung an einem DMP unterschrieben hat, kann er sie innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen bei der Krankenkasse widerrufen. Die 2-Wochen-Frist beginnt aber nur zu laufen, wenn mit der Info über das Behandlungsprogramm auch eine Belehrung über die Widerrufsmöglichkeit erfolgt ist.

Ziele

Ziele von Disease-Management-Programmen sind

- die Behandlungsabläufe und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern.
- die Kosten für die Behandlung zu reduzieren.
- Patienten durch Schulungen zu unterstützen, mit ihrer Erkrankung umzugehen.
- Patienten bezüglich Diagnose und Therapie der Erkrankung umfassend zu informieren. Das beinhaltet auch Motivation und Erinnerungsfunktionen, damit Therapien konsequent umgesetzt werden.



Praxistipps!

- Details zur Ausgestaltung der Behandlung sind in der Richtlinie „DMP-Anforderungen-Richtlinie“ des G-BA geregelt. Sie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* heruntergeladen werden.
- Die Behandlungsprogramme sind mit dem Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen verknüpft. Die Krankenkassen können Patienten, die an den Programmen teilnehmen, z.B. über Bonusprogramme belohnen.



Wer hilft weiter?

Zuständig sind die Krankenkassen, die genauere Informationen geben können und Ärzte nennen können, die am jeweiligen Programm teilnehmen.

Kompaktkur

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

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

Eine Kompaktkur zeichnet sich durch folgende **Merkmale** aus:

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

Dauer und Wartezeit

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

Zwischen zwei Kompaktkuren muss eine **Wartezeit** von 3 Jahren liegen, es sei denn eine vorzeitige Leistung ist medizinisch notwendig.

Kosten

Kostenträger von Kompaktkuren sind in der Regel die Krankenkassen, sie zahlen aber nur einen Zuschuss:

- Für Unterkunft und Verpflegung muss der Versicherte selber aufkommen, jedoch gibt es je nach Satzung der Krankenkasse einen Zuschuss von bis zu 16 € täglich oder einen einmaligen Zuschuss von 100 €, wenn die Kur länger als 14 Tage dauert.

Zuzahlung

Volljährige Versicherte müssen Zuzahlungen von 10 % der Kosten für Heilmittel sowie 10 € je Verordnung zuzahlen.

Antrag

Der Arzt stellt einen Kurantrag und begründet dies aus medizinischer Sicht. Dieser Antrag wird bei der Krankenkasse eingereicht und muss vor Beginn der Maßnahme bewilligt werden. Der Medizinische Dienst (MD) prüft die Notwendigkeit der Kompaktkur.



Wer hilft weiter?

Informationen über Kompaktkuren unter www.baederkalender.de > *Gesundheit & Kur* > *Kompaktkur*.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Zur Behandlung von KHK sind häufig verschiedene medizinische Leistungen erforderlich, z.B. regelmäßige Arztbesuche oder Medikamente. Versicherte ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es in diesem Fall 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.

Arzneimittel

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

Preis/Kosten	Zuzahlung	Beispiel
bis 5 €	Kosten = Zuzahlung	Kosten Medikament: 3,75 € Zuzahlung: 3,75 €
5 € – 50 €	5 €	Kosten Medikament: 25 € Zuzahlung: 5 €
50 € – 100 €	10 % der Kosten	Kosten Medikament: 75 € Zuzahlung: 7,50 €
ab 100 €	10 €	Kosten Medikament: 500 € Zuzahlung: 10 €

Diese Tabelle gilt entsprechend auch für Verbandmittel, die meisten Hilfsmittel, Haushaltshilfe, Sozialtherapie und Fahrtkosten.

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Die Liste der befreiten Arzneimittel wird deshalb alle 14 Tage aktualisiert und beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter www.gkv-spitzenverband.de > Service > Versicherten-Service > Zuzahlungsbefreite Arzneimittel veröffentlicht. Es gibt die Liste in 2 Sortierungen: Nach Arzneimittelnamen und nach Wirkstoffnamen.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung (s.o.) richtet sich nach dem (niedrigeren) Festbetrag. In der Summe zahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Ergo- oder Physiotherapie und Logopädie.

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. Hörgeräte, Prothesen, Brillen, Krücken oder Rollstühle). Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €.

Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z.B. Einmalhandschuhen oder saugenden Bettschutzeinlagen, beträgt die Zuzahlung 10 % je Packung, maximal jedoch 10 € monatlich.

Häusliche Krankenpflege

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

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 32).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein Patient mit KHK im Laufe eines Jahres mehr als 2 % des Bruttoeinkommens an Zuzahlungen leistet (sog. Belastungsgrenze), kann er 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 chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versi-

cherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Die „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ sind als Familienbruttoeinkommen zu verstehen. Sie errechnen sich aus den Bruttoeinnahmen des Versicherten **und** den Bruttoeinnahmen seiner Angehörigen, die mit ihm in einem **gemeinsamen Haushalt** leben.

Berücksichtigt werden folgende im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherten lebende Angehörige:

- Ehegatten und eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (auch wenn der Ehegatte/Lebenspartner beihilfeberechtigt oder privat krankenversichert ist)
- Kinder bis zum Kalenderjahr, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden
- Kinder ab dem Kalenderjahr, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, wenn sie familienversichert sind
- Sonstige Angehörige nach § 7 Abs. 2 der Krankenversicherung der Landwirte (KVLG)

Nicht zu den Angehörigen zählen Partner einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft.

Freibetrag

Von dem „Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt“ werden ein oder mehrere Freibeträge abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten (z.B. Ehegatte): 5.922 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen nach § 7 Abs. 2 KVLG: 3.948 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße).
- Für jedes Kind: 8.388 € (= Freibetrag nach § 32 Abs. 6 EStG), auch bei alleinerziehenden Versicherten.

Bei getrennt lebenden oder geschiedenen Paaren wird der Kinder-Freibetrag bei dem Elternteil berücksichtigt, bei dem das Kind wohnhaft ist. Bei welchem Elternteil das Kind familienversichert ist, spielt dabei keine Rolle.

Hinweis: Ein gemeinsamer Haushalt ist auch dann anzunehmen, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in einem Pflegeheim oder einer vollstationären Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt. Gleiches gilt, wenn beide Ehegatten oder Lebenspartner gemeinsam in einer oder getrennt voneinander in zwei der genannten Einrichtungen leben.

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt und was nicht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Zuzahlungen heruntergeladen werden.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 (446 € im Monat / 5.352 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,04 €, bei chronisch Kranken 53,52 €.

Belastungsgrenze und Zuzahlungsbefreiung

Überschreiten die Zuzahlungen **2 % der Bruttoeinnahmen** im Kalenderjahr (= Belastungsgrenze), erhält die Versicherte sowie ihr Ehegatte und die familienversicherten Kinder, die mit ihr in einem gemeinsamen Haushalt leben, für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung bzw. den Mehrbetrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.

Berechnungsbeispiel: Ehepaar mit 2 Kindern
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.922 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 16.776 € (2 x 8.388 €)
ergibt: 7.302 € , davon 2 % = Belastungsgrenze: 146,04 €
Wenn im konkreten Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 146,04 € im Jahr übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die darüber hinausgehenden Zuzahlungen.



Praxistipps!

- Die Belastungsgrenze wird im Nachhinein wirksam, weshalb der Patient und seine Angehörigen im gleichen Haushalt immer alle **Zuzahlungsbelege aufbewahren** sollten, da nicht absehbar ist, welche Kosten im Laufe eines Kalenderjahres anfallen. Einige Krankenkassen bieten ein Quittungsheft an, in dem über das Jahr alle Quittungen von geleisteten Zuzahlungen gesammelt werden können.
- Hat ein Versicherter im Laufe des Jahres die Belastungsgrenze erreicht, sollte er sich mit seiner Krankenkasse in Verbindung setzen. Ist das Ehepaar bei verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen versichert, wird der Antrag auf Zuzahlungsbefreiung bei einer Krankenkasse gestellt. Diese errechnet, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind und stellt dann ggf. eine Bestätigung für die andere Krankenkasse aus.
- Wenn bereits absehbar ist, dass die Belastungsgrenze überschritten wird, kann der Versicherte den jährlichen Zuzahlungsbetrag auch auf einmal an die Krankenkasse zahlen und dadurch direkt eine Zuzahlungsbefreiung erhalten. Das erspart das Sammeln der Zuzahlungsbelege. Sollten die Zuzahlungen in dem Jahr dann doch geringer ausfallen, kann der gezahlte Betrag jedoch nicht zurückerstattet werden.
- **Heimbewohner**, die Sozialhilfe beziehen, können ein Sozialhilfedarlehen beantragen: Der zuständige Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,04 € bzw. bei chronisch Kranken 53,52 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

KHK-Patienten sind auf regelmäßige Besuche beim Kardiologen und eventuell auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen. Um chronisch kranke Patienten in Dauerbehandlung zu entlasten, gilt

für sie eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

- Pflegebedürftig mit Pflegegrad 3 oder höher.
- Grad der Behinderung (GdB, Begriff des Reha- und Teilhaberechts) oder Grad der Schädigungsfolgen (GdS, Begriff des Sozialen Entschädigungsrechts) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE, Begriff der gesetzlichen Unfallversicherung) von mindestens 60. Der GdB, GdS oder MDE muss zumindest auch durch die schwerwiegende Krankheit begründet sein.
- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln) ist erforderlich, ohne die aufgrund der chronischen Krankheit nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Auch Versicherte, die an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP siehe S. 35) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze.

Vorsorge

Die reduzierte Belastungsgrenze bei Zuzahlungen für chronisch Kranke gilt nur dann, wenn sich der Patient an regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen beteiligt hat. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten jährlich auf die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen.

Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und die an Darm-, Brust- oder Gebärmutterhalskrebs erkranken, können die 1-%-Belastungsgrenze nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich über die Chancen und Risiken der entsprechenden Früherkennungsuntersuchung von einem hierfür zuständigen Arzt zumindest haben beraten lassen.

Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Vorsorgeuntersuchungen sind Versicherte

- mit schweren psychischen Erkrankungen (z.B. lang andauernde Psychose mit Beeinträchtigung des Sozialverhaltens).
- mit geistig wesentlicher Behinderung (z.B. IQ unter 70 mit erheblichen Anpassungsschwierigkeiten).
- die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie können Sie unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie* (§ 62 SGB V) downloaden.



Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Eine Koronare Herzkrankheit kann dazu führen, dass der Betroffene vorübergehend oder auch dauerhaft nicht mehr arbeiten kann. Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei Arbeitsunfähigkeit einige finanzielle Leistungen, z.B. Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber sowie unter bestimmten Voraussetzungen Krankengeld von der Krankenkasse oder Arbeitslosengeld von der Agentur für Arbeit.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) des Arbeitnehmers eingetreten sein.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit (AU) und die voraussichtliche Dauer müssen dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfortzahlung 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.
- Wird der Arbeitnehmer im Ausland krank, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er die voraussichtliche Dauer und seine genaue Auslandsadresse mitteilen sowie seine Krankenkasse benachrichtigen. Hält die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage an, ist auch aus dem Ausland eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert

gert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

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. Entsteht die Erkrankung während der Arbeit, so hat der Arbeitnehmer schon an diesem Tag einen Entgeltfortzahlungsanspruch für die ausgefallene Arbeitszeit.
- Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung gibt es in der Regel Krankengeld.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer **neuen** Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen **derselben** Erkrankung arbeitsunfähig war **oder** wenn seit Beginn der **ersten** Erkrankung infolge derselben Krankheit 12 Monate verstrichen sind.
Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem Arbeitgeberwechsel muss die Frist von 6 Monaten nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

Die Entgeltfortzahlung beträgt 100 % des bisher üblichen Arbeitsentgelts. Berechnungsgrundlage ist das gesamte Arbeitsentgelt mit Zulagen, wie z.B.:

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse usw.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Ersatz für Aufwendungen, die auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provision für Empfänger von festgelegten Provisionsfixa, Umsatz- und Abschlussprovisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

In Tarifverträgen kann die Grundlage für die Bemessung der Entgeltfortzahlung abweichend von den gesetzlichen Regelungen bestimmt werden.



Praxistipp!

- Die Broschüre „Entgeltfortzahlung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A164“.



Wer hilft weiter?

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

Krankengeld

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

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (§ 3 Entgeltfortzahlungsgesetz) besteht. Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit.
- Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit **oder**
- stationäre Behandlung in Krankenhaus, Vorsorge- oder Reha-Einrichtung auf Kosten der Krankenkasse. (Definition „stationär“: Teil-, vor- und nachstationäre Behandlung genügt, wenn sie den Versicherten daran hindert, seinen Lebensunterhalt durch die zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit zu bestreiten.)
- Es handelt sich immer um **dieselbe** Krankheit bzw. um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine **weitere** Krankheit auf, verlängert sich die Leistungsdauer dennoch **nicht**.

Bezieher von Arbeitslosengeld erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben u.a.:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 27).
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgelths.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.

Selbstständige

Hauptberuflich Selbstständige, die in einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig- oder pflichtversichert sind, können wählen, ob sie sich mit oder ohne Krankengeldanspruch versichern lassen möchten. Wenn zu diesem Zeitpunkt bereits Arbeitsunfähigkeit besteht, gilt der Krankengeldanspruch nicht sofort, sondern erst bei der nächsten Arbeitsunfähigkeit. Bei Krankengeldanspruch sind Dauer und Höhe des Krankengelds dann gleich wie bei angestellten Versicherten.

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. "Anspruch" heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 43).



Praxistipp!

Seit Mai 2019 verfällt der Anspruch auf Krankengeld nicht, wenn die Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit innerhalb eines Monats vom Arzt ausgestellt und bei der Krankenkasse eingereicht wird. Allerdings ruht der Krankengeldanspruch dann bis zur Vorlage der Bescheinigung, weshalb auf eine lückenlose Attestierung geachtet werden sollte. Eine Rückdatierung des AU-Beginns ist nur in Ausnahmefällen und nach gewissenhafter Prüfung möglich. In der Regel ist die Rückdatierung nur bis zu 3 Tage zulässig.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

Das Krankengeld beträgt höchstens **112,88 € pro Tag**.

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

Bemessungszeitraum

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

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

Wie sich der Bemessungszeitraum in besonderen Fällen, z.B. bei Arbeitsaufnahme in einem noch nicht abgerechneten Entgeltabrechnungszeitraum, Elternzeit oder Heimarbeit, zusammensetzt, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in dem „Rundschreiben zum Krankengeld und Verletztengeld vom 03.12.2020“ festgelegt. Download beim Verband der Ersatzkassen (vdek) unter www.vdek.com > Themen > Leistungen > Krankengeld.

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2021 ein Betrag von 161,25 € (= Beitragsbemessungsgrenze 58.050 € : 360). Da das Krankengeld **70 %** dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 112,88 €** täglich betragen.

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt. Das gleiche gilt beim Bezug von Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und

Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,025 % bei Krankengeldempfängern, die unter 23 Jahre alt sind oder Kinder haben, bzw. von 12,15 % bei kinderlosen Empfängern ab dem 23. Geburtstag.

Berechnungsbeispiel
Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Das folgende Berechnungsbeispiel enthält keine regelmäßigen Zusatzleistungen:
Monatlich brutto 3.000 € 3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 € davon 70 % = 70 €
Monatlich netto 1.800 € 1.800 € : 30 für Kalendertag = 60 € davon 90 % = 54 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,025 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,51 € . Der Patient erhält also 47,51 € Krankengeld täglich .

Dauer

Krankengeld gibt es wegen **derselben** Krankheit für eine maximale Leistungsdauer von 78 Wochen (546 Kalendertage) innerhalb von je 3 Jahren ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit.
Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

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

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen. Wird z.B. Übergangsgeld von der Rentenversicherung oder Verletztengeld von der gesetzlichen Unfallversicherung bezogen, verlängert sich die maximale Bezugszeit des Krankengelds **nicht** um diese Dauer.

Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt jedoch nicht weiter, obwohl hierauf ein Anspruch nach § 3 Entgeltfortzahlungsgesetz 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 (mehr als einmalig gezahltem) Arbeitsentgelt. Das gilt besonders bei Entgeltfortzahlung bis zu 6 Wochen.
- bei Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz bis zum 3. Geburtstag eines Kindes. Dies gilt nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit vor Beginn der Elternzeit eingetreten ist oder wenn das Krankengeld aus einer versicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigung während der Elternzeit errechnet wird.
- bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, auch bei Ruhen dieser Ansprüche wegen einer Sperrzeit.
- bei Bezug von Mutterschaftsgeld oder Arbeitslosengeld, auch wenn der Anspruch wegen einer Sperrzeit ruht.
- solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren Rehabilitationsbedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen.

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben, und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 52) umwandelt.

Praxistipp!

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

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 50).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente aus der Alterssicherung der Landwirte,
- Teilrente wegen Alters oder Erwerbsminderung aus der Rentenversicherung,
- Knappschaftsausgleichsleistung, Rente für Bergleute,

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



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als 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, § 188 Abs. 4 SGB V). Besteht Anspruch auf Familienversicherung (Familienversicherte), hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.



Praxistipps!

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

Leistungsbeschränkungen

Unter bestimmten Voraussetzungen liegt es im Ermessen der Krankenkasse, Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer der Krankheit zu versagen oder zurückzufordern.



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

Wenn bei einer langen Zeit der Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Krankengeld endet, der Patient aber weiterhin arbeitsunfähig ist, kann er das sog. Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld beantragen. 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 noch formal fortbesteht.

Das Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit kann eine wichtige finanzielle Unterstützung für Patienten mit koronarer Herzkrankheit sein, die wegen ihrer Erkrankung nicht arbeiten können.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 15 Stunden/Woche arbeitsfähig)
- 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 30 Monaten vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis gestanden hat. 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, weswegen kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 52) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt, oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung (siehe S. 26) bzw. medizinischen Reha (siehe S. 17). Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entspre-

chenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit bzw. der Rehabilitation entschieden wird, längstens bis der Arbeitslosengeldanspruch endet. Damit überbrückt es z.B. die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über die Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Relevant ist, was der Arbeitslose zuletzt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger tatsächlich verdient hat. 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. 27) 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.



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Eine Koronare Herzkrankheit kann im Verlauf dazu führen, dass Betroffene dauerhaft nicht in der Lage sind zu arbeiten. Dann kommen verschiedene finanzielle Hilfen für sie in Betracht.

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält der Betroffene eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Bekommt er keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, besteht noch die Möglichkeit, Hilfe zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) zu beziehen.

Erwerbsminderungsrente

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

Den Antrag auf Erwerbsminderungsrente muss der Patient an den Rentenversicherungsträger stellen.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Erwerbsminderungsrente erfüllt, wer

- vor Eintritt der Erwerbsminderung mind. 5 Jahre in der Rentenversicherung versichert war (= allgemeine Wartezeit) **und**
- in den letzten 5 Jahren vor der Erwerbsminderung mind. 3 Jahre Pflichtbeiträge eingezahlt hat.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein. Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

Berufsschutz

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

Arbeitsmarktrente

Außerdem kann auch eine sog. **Arbeitsmarktrente** gewährt werden: Die Arbeitsmarktrente ist eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung**, die wegen **verschlossenem Arbeitsmarkt** gewährt wird, obwohl ein Mensch über 3 und unter 6 Stunden in Teilzeit arbeiten könnte. Die Arbeitsmarktrente ist nicht direkt im Gesetz geregelt, sondern die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sie entwickelt.

Nach einer Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1967 gilt der Arbeitsmarkt als praktisch verschlossen, wenn weder der Rentenversicherungsträger noch das zuständige Arbeitsamt innerhalb eines Jahres seit Stellung des Rentenantrages einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage nicht zu berücksichtigen, wenn ein Mensch mehr als 6 Stunden erwerbstätig sein kann, aber wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen keine Arbeit finden kann. Eine Erwerbsminderungsrente gibt es dann nicht.

Ausnahmsweise kann aber in bestimmten Fällen dennoch eine Rente gewährt werden:

- Bei schweren spezifischen Leistungseinschränkungen
- Bei einer Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen

Befristung

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet.

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

Höhe

Die Erwerbsminderungsrente ist in der Regel befristet und wird für **längstens 3 Jahre** gewährt. Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein **Verlängerungsantrag** nötig. Um eine lückenlose Zahlung der Erwerbsminderungsrente zu gewährleisten, sollte dieser mindestens 4 Monate vor Ablauf der Befristung gestellt werden.

Eine **zeitlich befristete** Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen. Ist bereits bei Antragstellung eindeutig, dass es sich um eine unbefristete Erwerbsminderungsrente handelt, wird sie ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Der Rentenantrag muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht werden.

Mit Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente wird die Erwerbsminderungsrente in die Regelaltersrente umgewandelt.

Neuregelung zur Erhöhung der Erwerbsminderungsrente

Eine Neuregelung verbessert seit 1.1.2019 die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente für Personen, die 2019 **erstmalig** einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben. Die Zurechnungszeit wird auf 65 Jahre und 8 Monate angehoben. Dadurch werden Erwerbsgeminderte seit 2019

so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zu diesem Zeitpunkt weitergearbeitet. Seit 2020 steigt die Zurechnungszeit bis 2027 in jedem Jahr um 1 Monat, danach jährlich um 2 Monate. Dieser Prozess endet 2031, wenn die reguläre Altersgrenze von 67 Jahren erreicht ist.

Praxistipps!

- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfszuschlag von 17 % erhalten.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Unter bestimmten Voraussetzungen erhalten erwerbsunfähige Personen einen Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer.

Selbstständigkeit

Auch selbstständig Erwerbstätige können eine Erwerbsminderungsrente beanspruchen, wenn sie die versicherungsrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen erfüllen. Die weitere Ausübung der selbstständigen Erwerbstätigkeit auf Kosten der Gesundheit ist rentenunschädlich. Das erzielte Einkommen ist dabei allerdings auf die Erwerbsminderungsrente anzurechnen und kann den Rentenzahlbetrag mindern.

Hinzuverdienst

Die **volle** Erwerbsminderungsrente wird ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit muss dem Rentenversicherungsträger gemeldet werden.

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

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

Praxistipp!

- Das Formularpaket für den Antrag kann telefonisch angefordert oder unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrente heruntergeladen werden. Die Rentenversicherung bietet Beratungstermine an, um ggf. offene Fragen zu beantworten und Hilfe bei der Antragstellung zu geben.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

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

Höhe und Umfang der Grundsicherung sind mit der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe vergleichbar. Eigenes Einkommen und Vermögen wird auf die Grundsicherung angerechnet. Grundsicherung muss beantragt werden und ist gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt vorrangig.

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland unter folgenden Voraussetzungen:

- Erreichen der Altersgrenze der Regelaltersrente **oder**
- dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 €. Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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

Höhe

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe. Seit 1.1.2021 gelten folgende Regelsätze:

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 446 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 401 €.
- Volljährige in Einrichtungen sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern jeweils 357 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 373 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 309 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 283 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- Beiträge zu Renten- und Lebensversicherungen als Kann-Leistung.
- Mehrbedarfszuschläge für bestimmte Personengruppen, z.B. bei Behinderungen oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung.
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten.
- Bedarfe von jungen Erwachsenen bis zum 25. Geburtstag für Bildung.
- Übernahme von Mietschulden in begründeten Einzelfällen (z.B. bei drohender Wohnungslosigkeit).
- Ergänzende Darlehen, wenn ein unabweislicher Bedarf besteht (z.B. wenn nicht ausreichend Geld für einen neuen Kühlschrank angespart werden konnte). Das Darlehen kann dann in kleinen Raten aus den zukünftig ausgezahlten Regelsätzen getilgt werden.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

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

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt.

Erstbewilligung: Die Auszahlung beginnt am Ersten des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen (z.B. Erreichen des Renteneintrittsalters) eingetreten sind und mitgeteilt wurden.

Änderung: Änderungen **zugunsten** des Berechtigten werden ab dem Ersten des Monats angerechnet, in dem die Änderung eintritt bzw. gemeldet wird. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung **weniger** Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am Ersten des **Folgemonats**.

Nach Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt die Auszahlung am Ersten des **Folgemonats**.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein Überbrückungsdarlehen beantragt werden.

- Wer sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhält, bekommt bis zu seiner nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen der Grundsicherung.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben.

Wer hilft weiter?

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

Hilfe zum Lebensunterhalt

„Hilfe zum Lebensunterhalt“ ist das, was im allgemeinen Sprachgebrauch als „Sozialhilfe“ bezeichnet wird. Ihre Aufgabe ist es, Menschen ein Leben in Würde zu ermöglichen, wenn ihr Einkommen und Vermögen dafür nicht ausreicht und sie sich weder selbst helfen können, noch von anderen (z.B. von Angehörigen oder über andere Sozialleistungen) die nötige Hilfe bekommen. Das Recht auf ein menschenwürdiges Existenzminimum ist ein einklagbarer Rechtsanspruch.

Wenn ein KHK-Patient nicht in der Lage ist zu arbeiten, nicht genug eigenes Vermögen und auch keine Angehörigen hat, die ihn unterstützen, kann er Hilfe zum Lebensunterhalt beantragen. Dadurch erhält er ausreichend Geld für essentielle Dinge wie Unterkunft, Lebensmittel und Kleidung. Zuvor sollte er sich jedoch erkundigen, ob ihm andere finanzielle Leistungen wie z.B. Krankengeld oder Erwerbsminderungsrente zustehen.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 55).

Bevor das Sozialamt Hilfe leistet, wird geklärt, ob nahestehende Personen **unterhaltspflichtig** gegenüber dem Hilfebedürftigen sind.

Praxistipps!

- Weitere Informationen zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Sozialhilfe im Allgemeinen finden Sie in der Broschüre „Sozialhilfe und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, kostenloser Download unter www.bmas.de > Suchbegriff: „A207“.
- Ihre Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts dürfen nicht gepfändet werden.
- Asylbewerber, geduldete und ausreisepflichtige Personen haben keinen Anspruch auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch, sondern erhalten bei Hilfsbedürftigkeit Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.
- Die Darstellung dieses sehr komplexen Themas beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben. Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten können hier nicht beschrieben werden. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des **Sozialamts** zu klären.

Behinderung

Eine KHK kann in schweren Fällen dazu führen, dass der Betroffene den Status einer (Schwer-)Behinderung erhält. Damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Definition

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

Menschen mit Behinderungen sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind **von Behinderung bedroht**, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben.

Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

Unter bestimmten Voraussetzungen kann von der Agentur für Arbeit auf Antrag die **Gleichstellung** erteilt werden. Menschen mit einem GdB von **weniger als 50, aber mindestens 30 und Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland**, 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 muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Grad der Behinderung

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

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung der Behinderung nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des Grads der Behinderung (GdB).

Sie können beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ eingesehen werden.

Grad der Behinderung bei Einschränkung der Herzleistung

Für die Bemessung des GdB ist die Leistungseinbuße maßgeblich, weniger die Art einer Herzkrankheit. Bei der Beurteilung des GdB wird zunächst vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag ausgegangen. Ergometerdaten und andere Parameter ergänzen als Richtwerte das klinische Bild. EKG-Abweichungen allein gestatten keinen Rückschluss auf die Leistungseinbuße.

Einschränkung der Herzleistung	GdB
keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung (keine Insuffizienzerscheinungen wie Atemnot, anginöse Schmerzen) selbst bei gewohnter stärkerer Belastung (z.B. sehr schnelles Gehen mit 7-8 km/h, schwere körperliche Arbeit), keine Einschränkung der Sollleistung bei Ergometerbelastung; bei Kindern und Säuglingen (je nach Alter) beim Strampeln, Krabbeln, Laufen, Treppensteigen keine wesentliche Leistungsbeeinträchtigung, keine Tachypnoe, kein Schwitzen	0-10
Leistungsbeeinträchtigung bei mittelschwerer Belastung (z.B. forsches Gehen mit 5-6 km/h, mittelschwere körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 75 Watt* (wenigstens 2 Minuten); bei Kindern und Säuglingen Trinkschwierigkeiten, leichtes Schwitzen, leichte Tachy- und Dyspnoe, leichte Zyanose, keine Stauungsorgane, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 1 Watt/kg Körpergewicht	20-40
Leistungsbeeinträchtigung bereits bei alltäglicher leichter Belastung (z.B. Spazierengehen mit 3-4 km/h, Treppensteigen bis zu einem Stockwerk, leichte körperliche Arbeit), Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 50 Watt* (wenigstens 2 Minuten); bei Kindern und Säuglingen deutliche Trinkschwierigkeiten, deutliches Schwitzen, deutliche Tachy- und Dyspnoe, deutliche Zyanose, rezidivierende pulmonale Infekte, kardial bedingte Gedeihstörungen, Beschwerden und Auftreten pathologischer Messdaten bei Ergometerbelastung mit 0,75 Watt/kg Körpergewicht	50-70
... mit gelegentlich auftretenden, vorübergehend schweren Dekompensationsercheinungen	80
Leistungsbeeinträchtigung bereits in Ruhe (Ruheinsuffizienz, z.B. auch bei fixierter pulmonaler Hypertonie); bei Kindern und Säuglingen auch hypoxämische Anfälle, deutliche Stauungsorgane, kardiale Dystrophie	90-100
*Die für Erwachsene angegebenen Wattzahlen sind auf mittleres Lebensalter und Belastung im Sitzen bezogen.	

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



Praxistipps!

- Seit 1.1.2018 kann die Feststellung des GdB auf einen früheren Zeitpunkt festgelegt werden, zu dem die Behinderung bereits bestanden hat, wenn es dafür einen besonderen Grund gibt. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn es um die rückwirkende Gewährung von Nachteilsausgleichen geht, z.B. Kündigungsschutz, Steuerermäßigungen oder Ermäßigung des Rundfunkbeitrags.
- Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit (Schwer-)Behinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden. Der Vordruck für den Antrag wird auf Anfrage vom Versorgungsamt zugeschickt und es wird geprüft, ob ein (neuer) Schwerbehindertenausweis mit eventuell neuen Merkzeichen ausgestellt wird.
- Wird ein GdB nicht oder zu gering bewilligt, lohnt sich in vielen Fällen ein Widerspruch. Näheres kann nachgelesen werden unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.



Wer hilft weiter?

- Das zuständige Versorgungsamt.
- Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales über sein Bürgertelefon zum Thema Behinderung 030 221911-006, Mo–Do 8–20 Uhr.

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen (z.B. Sehfehler) und Begleiterscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte aufführen, die **am besten** über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausesentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen. Wenn der schwerbehinderte Mensch niemals in der Lage ist, das Haus zu verlassen, ist es auf Antrag möglich, einen Schwerbehindertenausweis ohne Passbild zu bekommen.

Nach der Feststellung des GdB wird vom Versorgungsamt ein sog. **Feststellungsbescheid** zugesendet.

Gültigkeitsdauer

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

- **Ausnahme:** Bei einer voraussichtlich lebenslangen Behinderung kann der Ausweis unbefristet ausge-

stellt werden.

- **Verlängerung:** In der Regel ist ein formloser Antrag beim zuständigen Versorgungsamt ausreichend. Der Antrag sollte etwa 3 Monate vor Ablauf des Ausweises gestellt werden. Da bei einer Verlängerung ein neuer Ausweis ausgestellt wird, sollte ein aktuelles Passbild mitgeschickt werden.
- **Bei ausländischen schwerbehinderten Menschen** ist der Ausweis maximal bis zum Ablauf des Aufenthaltstitels, der Arbeitserlaubnis, der Duldung oder der Aufenthaltsgestattung gültig. Geduldete Menschen erhalten nur dann einen Schwerbehindertenausweis, wenn deren Aufenthalt in Deutschland voraussichtlich länger als 6 Monate andauern wird.

Praxistipps!

- **Merkzeichen** im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält. Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen gibt es unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.
- **Antragsformulare** sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhabe.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen, z.B. Steuervergünstigungen sowie Zusatzurlaub und Kündigungsschutz am Arbeitsplatz.

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom **Merkzeichen** und vom **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 > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantwortet die **unabhängige Teilhabeberatung**. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Leben nach einem Herzinfarkt

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

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

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

Angehörige und Familienleben

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

Dazu kann gehören:

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

Selbsthilfegruppen

Zum Teil finden Patienten Zuspruch und Hilfe in ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis, doch auch der Kontakt mit Menschen in der gleichen Situation kann sehr hilfreich sein.

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

Sexualität

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

Bei etwa der Hälfte aller Männer mit Bluthochdruck ist die Erektionsfähigkeit beeinträchtigt. Das kann einerseits durch die Ablagerungen in den Arterien verursacht sein, andererseits durch die Medikamente.

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

Belastung durch Geschlechtsverkehr

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

Körperliche und psychische Ursachen

Hat die sexuelle Dysfunktion körperliche Ursachen, kann dies möglicherweise medikamentös behandelt werden. Allerdings können Potenzmittel und KHK-Medikamente unerwünschte Wechselwirkungen produzieren. Deshalb dürfen Erektionsprobleme bei KHK keinesfalls ohne ärztliche Rücksprache medikamentös behandelt werden.

Viele der bei KHK verordneten Medikamente können die sexuellen Funktionen beeinträchtigen, z.B. bestimmte Betablocker oder Statine. Der Umstieg auf ein anderes Präparat kann das Problem unter Umständen lösen.

Haben die Sexualstörungen psychische Ursachen, kann eine Paar- und/oder Psychotherapie hilfreich sein. Möglicherweise ist eine Kombination von Medikamenten und Therapie das Richtige.

Oberstes Gebot für Arzt, Patient und Partner ist, das Thema Sexualität anzusprechen, um so die Ursachen für Störungen abzuklären und Lösungen zu finden.



Praxistipps!

- Viele der bei KHK verordneten Medikamente können die sexuellen Funktionen beeinträchtigen, z.B. bestimmte Betablocker oder Statine (Cholesterinsenker). Eine detaillierte Liste dazu bietet die Selbsthilfegruppe Erektile Dysfunktion (Impotenz) unter www.impotenz-selbsthilfe.de > Ursachen > Medikamentenliste. Der Umstieg auf ein anderes Präparat kann das Problem unter Umständen lösen.
- Haben die Sexualstörungen psychische Ursachen, kann eine Paar- und/oder Psychotherapie hilfreich sein. Möglicherweise ist eine Kombination von Medikamenten und Therapie das Richtige.

Autofahren und Führerschein

Patienten mit starkem Bluthochdruck, nach Herzinfarkt und mit Herzleistungsschwächen auch in Ruhe dürfen in der Regel kein Auto führen.

Grundsätzlich ist ein Arzt dazu **verpflichtet**, Patienten, die aufgrund ihrer Krankheit kein Auto führen können, darauf hinzuweisen. Die Fahreignung ist vor allem dann beeinträchtigt, wenn die Leistungsfähigkeit insgesamt erheblich beeinträchtigt ist oder wenn ein Herzproblem vorliegt, das dazu führen kann, dass es zu einem plötzlichen Kontrollverlust am Steuer kommt. Wenn mehrere Herzerkrankungen vorliegen, sind immer die strengeren Auflagen zu beachten.

Ob sich der Patient bei der zuständigen Führerscheinstelle bzw. Kfz-Zulassungsstelle meldet (z.B. wenn dies im Abschlussbericht einer Reha-Maßnahme empfohlen wurde) und seine Fahrtauglichkeit überprüfen lässt, liegt im Verantwortungsbereich des Patienten.

Zweifel an der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Der Facharzt sollte nicht der behandelnde Arzt sein.

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

Dabei wird Folgendes getestet:

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

Fahrradfahren

Auch Fahrradfahrer, die nach einer schweren Erkrankung am Verkehr teilnehmen und aufgrund ihres Gesundheitszustands oder infolge von Medikamentenwirkungen 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 überprüfen zu lassen.



Praxistipps!

- In der Anlage 4 zu § 11 FeV (www.gesetze-im-internet.de/fev_2010/anlage_4.html) sind häufig vorkommende Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zur Führung von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können, tabellarisch verzeichnet. Zu diesen Erkrankungen sind mögliche Beschränkungen oder Auflagen aufgeführt.
- Die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“, die detailliert auf einzelne Erkrankungen eingehen. Der Download der Richtlinien ist kostenlos und wird laufend aktualisiert:
www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.
- Ist ein Patient fahrtauglich 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.



Wer hilft weiter?

Bei Fragen helfen der behandelnde Arzt, die Führerscheinstelle, TÜV oder DEKRA, Stellen, die medizinisch-psychologische Untersuchungen durchführen, Behindertenverbände und Selbsthilfegruppen sowie Firmen, die sich auf Kfz-Umbauten spezialisiert haben.

Hausnotrufsystem

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

Funktionsweise

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

Zusatzfunktionen

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

Kosten

Ein Hausnotrufsystem kostet eine einmalige Anschlussgebühr sowie monatliche Mietgebühren. Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Deshalb empfiehlt sich im Vorfeld ein Kostenvergleich. In der Regel können 20 € bis 40 € monatlich veranschlagt werden plus die Anschlussgebühr von ca. 10 € bis 80 €.

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor, gewährt die Pflegekasse auf Antrag und nach Prüfung durch den MDK meist einen Zuschuss: für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren maximal 23 €. Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen.

Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen. Die Kosten für ein Hausnotrufsys-

tem können als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden.

Wer hilft weiter?

- Anbieter von Hausnotrufsystemen sind in der Regel soziale Hilfsorganisationen, z.B.: Arbeiter-Samariter-Bund, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Johanniter, Malteser Hilfsdienst, Rotes Kreuz, Volkssolidarität.
- Eine Vermittlung zu Anbietern vor Ort ist aber auch über ambulante Pflegedienste, Pflegekassen und Pflegestützpunkte möglich.

Praxistipps!

- Informationen und Beschreibung zu Hausnotrufsystemen gibt es im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52, unter: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > Produktgruppe 52.
- Es ist sinnvoll, mit dem behandelnden Arzt zu beraten, ob das Gerät für den Patienten mit seinen speziellen gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungssituationen geeignet ist.

Urlaub

Patienten mit einer koronaren Herzerkrankung oder nach einem Herzinfarkt müssen nicht auf Reisen verzichten, sollten aber einige Hinweise berücksichtigen.

Damit Reisen auch wirklich der Erholung dienen, sollten Patienten Folgendes beachten:

- Große Höhenlagen: ab 1.500 Höhenmeter akklimatisieren, Lagen über 2.000 HM meiden.
- Starke Temperaturdifferenzen meiden, da sie wiederholt mehr Herzleistung fordern.
- Heiße und feuchte Regionen (Tropen) meiden.
- Starke Temperaturdifferenzen (z.B. Tropen) meiden.
- Stress meiden: Vorausschauende Urlaubsplanung ist wichtig, keine leistungsorientierten Aktivitäten unternehmen, Zeitdruck vermeiden.
- Aktivitäten und Urlaubsziel der persönlichen Leistungsfähigkeit anpassen. Wer z.B. zu Hause beim Treppensteigen Beschwerden hat, sollte keine bekanntermaßen hügeligen Städte und Gegenden zu Fuß erforschen.
- Lange Autofahrten sind möglich, wenn viele Pausen eingehalten werden. Medikamente wie Nitrate oder Beta-Blocker beeinträchtigen das Autofahren nicht. Bahnfahrten sind aber meist weniger anstrengend.
- Bei Langstreckenflüge mit dem Arzt die Notwendigkeit einer zusätzlichen Thrombosevorbeugung klären.
- Nach einem Infarkt sollte man wenigstens 6 Monate nicht fliegen. Bei dauernden Angina-Pectoris-Anfällen, ausgeprägten Herzrhythmusstörungen oder Herzschwäche (Insuffizienz) sollte man auch weiterhin darauf verzichten.
- Patienten mit Herzschrittmacher müssen am Flughafen bei den Kontrollen darauf achten und sollten eine ärztliche Bescheinigung mitführen.
- Medikamente in ausreichender Menge auf die Reise mitnehmen, Reservemenge zusätzlich immer im Handgepäck mitführen (im Flugzeug, bei Ausflügen), Notfallmedikamente (Nitrospray) nicht vergessen.

- Für einen eventuellen Notfall die letzten Befunde, den Medikamentenplan mit Angabe der Wirkstoffe (nicht nur Handelsnamen der Medikamente) und den Ausweis mit den Laborwerten der Blutgerinnung bei gerinnungshemmender Therapie mitnehmen.
- Sich vorher über die medizinische Betreuung (z.B. Klinik) am Urlaubsort informieren und sich die jeweilige Nummer des ansässigen Rettungsdienstes notieren.



Praxistipps!

- Bei der Deutschen Herzstiftung können die Faltblätter: "Checkliste - Als Herzpatient sicher auf Reisen", „Reisetipps für Herzranke“ sowie ein Reise-Set für Herzpatienten – mit Reisetipps, einem Notfallausweis und einem Sprachführer mit wichtigen Verständigungshilfen“ unter www.herzstiftung.de > *Service & Aktuelles* > *Publikationen und Medien* > *Überblick Broschüren & Ratgeber* > *Ratgeber und Faltblätter* kostenlos bestellt werden.
- Ausführliche Informationen zum Reisen mit Herzkrankheit können auch nachgelesen werden unter www.herzstiftung.de > *Ihre Herzgesundheit* > *Leben mit der Krankheit* > *Reisen als Herzpatient*.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern. Das ist für jeden Menschen wichtig, doch für Betroffene mit KHK umso mehr, da die Erkrankung zu lebensbedrohlichen Situationen führen kann.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

Hier können auch Bestimmungen zum digitalen Nachlass getroffen werden.

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

Betreuungsverfügung

Mit einer Betreuungsverfügung kann man für den Fall, dass eine rechtliche Betreuung notwendig wird, festlegen, wer bzw. wer auf keinen Fall als Betreuer eingesetzt werden soll. Eine Betreuungsverfügung ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vorsorgevollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine oder mehrere Personen kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten unter Aufsicht des Betreuungsgerichts übernehmen sollen und dies auch wollen.

Darüber hinaus können konkrete Betreuungswünsche festgelegt werden, z.B. zum Umgang mit seiner

Person, zur Verwaltung von Finanzen und Vermögen, zum Aufenthalt oder zu medizinischen Angelegenheiten.

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

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

- Patienten können sich, um ihre individuelle Patientenverfügung zu verfassen, an ihren Arzt oder eine Palliativfachkraft wenden und sich beraten lassen. Palliativfachkräfte arbeiten z.B. in allen Einrichtungen, die Sterbebegleitung anbieten.
- Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon 0231 738073-0 (Dortmund) oder 030 2844484-0 (Berlin) oder 089 202081-0 (München).

Adressen

Deutsche Herzstiftung e.V.

Bockenheimer Landstr. 94-96, 60323 Frankfurt am Main
Info-Telefon: 069 955128-400 (Mo–Fr 9–16 Uhr)
Fax: 069 955128-313
E-Mail: info@herzstiftung.de
www.herzstiftung.de

Deutsche Hochdruckliga e.V. DHL Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention

Berliner Str. 46, 69120 Heidelberg
Telefon: 06221 58855-0 (Mo, Mi, Fr 9–12 Uhr)
Fax: 06221 58855-25
E-Mail: info@hochdruckliga.de
www.hochdruckliga.de

Deutsche Gefäßliga e.V.

Mühlenstr. 21–25, 50321 Brühl
Telefon: 02232 7699-790
Fax: 02232 7699-899
E-Mail: info@deutsche-gefaessliga.de
www.deutsche-gefaessliga.de

Lipid-Liga e.V.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen
Mörfelder Landstr. 72, 60598 Frankfurt am Main
Telefon: 069 9636521-8
Fax: 069 963 652 9911
E-Mail: info@lipid-liga.de
www.lipid-liga.de

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.

Friedrich-Ebert-Ring 38, 56068 Koblenz
Telefon: 0261 30923-1
Fax: 0261 30923-2
E-Mail: info@dgpr.de
www.dgpr.de

Stiftung DHD (Der herzkranke Diabetiker)

Georgstr. 11, 32545 Bad Oeynhausen

Telefon: 05731 972292

Fax: 05731 971967

E-Mail: info@stiftung-dhd.de

www.stiftung-dhd.de

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)

Otto-Suhr-Allee 115, 10585 Berlin-Charlottenburg

Telefon: 030 310189-80

Fax: 030 310189-70

E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

www.nakos.de

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

Grafenberger Allee 100, 40237 Düsseldorf

Telefon: 0211 600692-0

Fax: 0211 600692-10

E-Mail: info@dgk.org

www.dgk.org

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Sabine Bayer, Janina Del Giudice, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© Maksymiv Lurii - stock.adobe.com - ID 80525513

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2021

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.

8. vollständig überarbeitete Auflage, Oktober 2021