

Osteoporose

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Von Osteoporose, einer Erkrankung des Skeletts, sind in Deutschland mehr als 6 Millionen Menschen betroffen. Durch Osteoporose nimmt die Dichte der Knochen ab und das Knochengewebe wird schlechter. Vor allem bei älteren Menschen kommt es dann häufig zu Knochenbrüchen.

Osteoporose verläuft meist schleichend und die Betroffenen haben in der Regel für eine längere Zeit wenig oder keine Symptome. Durch einen gesunden Lebensstil kann der Erkrankung entgegen gewirkt bzw. der Krankheitsverlauf positiv beeinflusst werden. Doch insbesondere wenn es bei fortgeschrittener Erkrankung zu Knochenbrüchen kommt, kann dies für ältere Menschen schwere Folgen haben und die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigen.

In diesem Ratgeber erhalten Sie einen Überblick über die Erkrankung und erfahren mehr über Risikofaktoren, Symptome, Diagnosestellung und Therapiemöglichkeiten. Der Schwerpunkt des Ratgebers liegt jedoch auf sozialrechtlichen Fragestellungen, die bei Osteoporose von Bedeutung sein können. Sie werden über Zuzahlungen in der Krankenversicherung, Reha- und Pflegeleistungen, den Schwerbehindertenausweis, Häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel und Sturzprophylaxe informiert. Zudem erfahren Sie, welche finanziellen Hilfen Ihnen im Falle einer Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsminderung zustehen.

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, Unterstützung bei psychischen Belastungen und hilfreiche Adressen finden Sie unter www.betanet.de > *Krankheiten* > *Corona Covid-19*.

Inhalt

Vorwort	2
Osteoporose	5
Symptome	5
Risikofaktoren	6
Diagnostik	6
Therapie	9
Disease-Management-Programm	9
Medikamentöse Therapie	10
Schmerztherapie	11
Ernährung	11
Bewegung, Training und Rehabilitation	13
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	16
Zuzahlungsregelungen	16
Zuzahlungsbefreiung	17
Sonderregelung für chronisch Kranke	20
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	22
Entgeltfortzahlung	22
Krankengeld	24
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	30
Rehabilitation	32
Überblick über Reha-Leistungen	32
Kostenträger	33
Reha-Antrag	35
Medizinische Rehabilitation	37
Ambulante Reha-Maßnahmen	37
Stationäre Reha-Maßnahmen	38
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	39
Anschlussrehabilitation	41
Stufenweise Wiedereingliederung	43
Berufliche Reha-Maßnahmen	45
Übergangsgeld	46
Reha-Sport und Funktionstraining	48
Haushaltshilfe	51
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	59

Schwerbehindertenausweis	59
Nachteilsausgleiche	61
Häusliche Krankenpflege	62
Pflege	64
Pflegebedürftigkeit	64
Leistungen bei häuslicher Pflege	65
Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege	67
Leistungen für pflegende Angehörige	68
Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung	69
Sturzprophylaxe	70
Hilfsmittel	73
Pflegehilfsmittel	75
Wohnumfeldverbesserung	76
Hausnotrufsysteme	77
Adressen	80
Impressum	81
Anhang	82

Osteoporose

Osteoporose, auch „Knochenschwund“ genannt, ist eine Stoffwechselerkrankung des Skeletts. Durch Abnahme der Knochenmasse kommt es zu einer Verringerung der Knochendichte. Dadurch erhöht sich das Risiko von Knochenbrüchen, typischerweise an Hüfte, Wirbelsäule und Unterarmen.

In Deutschland sind etwa 6 Millionen Menschen von Osteoporose betroffen – mit steigender Tendenz.

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

Auch ein höheres Lebensalter begünstigt die Entstehung einer Osteoporose. Neben diesen Risikofaktoren hat vor allem der Lebensstil einen großen Einfluss auf die Entstehung der sog. **primären Osteoporose**. Diese wird nicht durch eine andere Grunderkrankung ausgelöst.

Die **sekundäre Osteoporose** wird durch eine andere Erkrankung ausgelöst, z.B. Darm- oder Lebererkrankungen, Rheuma, Diabetes, Magersucht, Stoffwechselstörungen, Störungen des Hormonhaushalts, oder durch Medikamente, z.B. Kortison. Von einer sekundären Osteoporose sind jedoch nur etwa 10 % der Osteoporose-Patienten betroffen.

Osteoporose und Knochenumbau

Die Knochenqualität wird von einem ständigen Auf- und Abbauprozess bestimmt. Bis ungefähr zum 30. Lebensjahr wird mehr Knochenmasse auf- als abgebaut. Ab etwa dem 40. Lebensjahr kehrt sich dieser Prozess um und der Mensch verliert mit zunehmendem Alter mehr Knochenmasse.

Bei Osteoporose findet dieser Abbauprozess übermäßig schnell statt und das Gleichgewicht zwischen Auf- und Abbau ist gestört. Durch einen raschen Zerfall von Knochenmasse werden die inneren Strukturen des Knochens zerstört. Die Knochen werden brüchig, weil sie an Elastizität und Stabilität verlieren. Das kann so weit führen, dass es sogar ohne einen Sturz zu sog. Spontanbrüchen kommt, beispielsweise nur durch das Tragen schwerer Taschen oder kräftiges Niesen.

Symptome

Eine Osteoporose verläuft oft schleichend und die meisten Patienten haben lange Zeit keine Symptome. In einem späteren Stadium macht sie sich vor allem durch Schmerzen und das vermehrte Auftreten von Knochenbrüchen bemerkbar.

Folgende Symptome treten meist im Zusammenhang mit einer Osteoporose auf:

- Chronische Rückenschmerzen
- Abnahme der Körpergröße durch Fehlstellungen und Skelettveränderungen

- Verkrümmung des Oberkörpers (auch „Rundrücken“ genannt)
- Auftreten von Knochenbrüchen ohne akuten Anlass (sog. Spontanbrüche)

Risikofaktoren

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

Beeinflussbare Risikofaktoren

- Kalzium- und Vitamin D-Mangel
- Hormonstörungen
- Rauchen
- Übermäßiger Alkohol- und Koffeinkonsum
- Untergewicht (BMI < 18,5)
- Fehlernährung
- Bewegungsmangel

Nicht oder schwer beeinflussbare Risikofaktoren

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



Praxistipp!

Unter www.osd-ev.org > Osteoporose > Osteoporose Test bietet der Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband einen Osteoporose Test an, der Aufschluss über das individuelle Osteoporose-Risiko geben kann. Eine ärztliche Diagnose kann er natürlich nicht ersetzen.

Diagnostik

Häufig wird Osteoporose nicht rechtzeitig erkannt, weil poröse Knochen keine Schmerzen verursachen. Daher wird die Diagnose meist erst nach vermehrten Knochenbrüchen gestellt. Doch je früher eine Osteoporose entdeckt wird, desto besser kann (weiterem) Knochenschwund vorgebeugt werden und Folgeerkrankungen wie schmerzhafte Knochenbrüche, eine Abnahme der Körpergröße und ein Rundrücken können vermieden werden.

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

Knochendichtemessung

Mit einer Knochendichtemessung (auch Osteodensitometrie genannt) kann die Dichte bzw. der Kalksalzgehalt eines Knochens gemessen werden. Dadurch kann das Risiko für Knochenbrüche bei bestehendem Knochenschwund eingeschätzt werden. In der Regel erfolgt die Knochendichtemessung als Röntgenuntersuchung durch die Zwei-Spektren-Röntgenabsorptiometrie (DXA). Die Kosten der DXA werden nur unter bestimmten Voraussetzungen von der Krankenkasse übernommen. Modernere Verfahren zahlen Betroffene selbst.

Messverfahren

Es gibt verschiedene Methoden der Knochendichtemessung. Sie unterscheiden sich v.a. in Kosten, Aufwand und Aussagekraft:

- Die **Zwei-Spektren-Absorptiometrie** (DXA für Dual Energy X-Ray Absorptiometry, auch DEXA) ist eine Röntgenmethode mit zwei energetisch unterschiedlichen Röntgenstrahlen. Geröntgt werden meist die Lendenwirbelsäule und das Hüftgelenk, weil dies die Bereiche mit dem höchsten Knochenbruchrisiko sind.
Die DXA ist das einzige von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft für Osteologie (DGO) anerkannte Verfahren zur Diagnosestellung der Osteoporose. Nähere Informationen bietet der Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter www.osd-ev.org > *Osteoporose > Knochendichtemessung*.
- Die **quantitative Computertomographie** (QCT) sowie die **periphere** quantitative Computertomographie (pQCT) liefern ein **dreidimensionales** Bild der Knochenstruktur und können die physikalische Dichte **sehr genau** bestimmen. Im Unterschied zur quantitativen Computertomographie, bei der in der Regel die Messung auf den ganzen Körper ausgerichtet ist, beschränkt sich das pQCT-Verfahren auf bestimmte Körperteile, v.a. Arme oder Beine. Die Strahlenbelastung einer QCT ist höher als bei einer DXA. Die Strahlenbelastung einer pQCT ist hingegen vergleichbar mit der einer DXA.
Eine Weiterentwicklung, mit der die feine Knochenstruktur noch besser abgebildet werden kann, ist Micro CT oder Xtreme CT (XCT, HR-pQCT, high-resolution peripheral quantitative computed tomography). Es liefert genauere Bilder von der Knochenstruktur. HR-pQCT kostet etwa 400 € und wird, wenn überhaupt, nur von privaten Krankenversicherungen übernommen.
- Auch mit **HR-Magnetresonanztomographie** (HR = high resolution, hoch auflösend) lassen sich genaue Bilder der Knochenstruktur erstellen. Messungen werden in der Regel am Schienbein oder Unterarm durchgeführt.
- Das **quantitative Ultraschallverfahren** (QUS) misst, wie schnell Ultraschallwellen den Knochen durchqueren und wie stark sie dabei abgeschwächt werden. Daraus lassen sich Rückschlüsse auf die Knochendichte ziehen. Gemessen wird meist an Ferse und Fingern. Diese Methode führt zu keiner Strahlenbelastung. Die Einschränkung ist allerdings: Ultraschall kann zwar einen Verdacht auf Osteoporose begründen, aber eignet sich nicht zur Diagnose.

Diagnose einer Osteoporose

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

Kosten der Knochendichtemessung und Kostenübernahme

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für eine Knochendichtemessung mit dem DXA-Verfahren, wenn aufgrund konkreter Befunde eine gezielte medikamentöse Behandlungsabsicht besteht.

Bei einer diagnostizierten Osteoporose wird die Knochendichtemessung alle 5 Jahre von der Krankenkasse bezahlt. Eine frühere Messung wird bezahlt, wenn sie medizinisch notwendig ist, z.B. bei einem raschen Krankheitsverlauf.

Allerdings bieten nicht alle Ärzte die DXA-Messung als Krankenkassenleistung an, weil sie mit der Kostenerstattung der Krankenkasse nicht ihre Kosten decken können. Dann müssen Patienten auf jeden Fall die 50–60 € als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) selbst bezahlen oder einen anderen Arzt suchen.

Ausführliche Informationen zur Knochendichtemessung als Kassenleistung finden Sie beim Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter www.osd-ev.org > Osteoporose > Knochendichtemessung > Knochendichtemessung als Kassenleistung (unten).

Die Kosten für die quantitative Computertomographie (QCT/pQCT) und für das quantitative Ultraschallverfahren (QUS) werden von den Krankenkassen **nicht** übernommen und müssen vom Patienten selbst bezahlt werden.



Praxistipps!

- Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse, welche Ärzte in der Region eine DXA-Knochendichtemessung auf Krankenkassenkosten abrechnen können.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. gibt die zweisprachige Broschüre (deutsch/türkisch) „Meine Knochendichte-Messung“ heraus, die unter www.netzwerk-osteoporose.de > Infobereich > Info-Material > Broschüren kostenlos heruntergeladen werden kann.



Wer hilft weiter?

- Bei einem Verdacht auf Osteoporose wenden Sie sich am besten an einen **Osteologen**. Das sind Ärzte, die auf Knochen- und Skeletterkrankungen spezialisiert sind.
- Zertifizierte Praxen und Kliniken für Osteoporose können beim Wissenschaftlichen Dachverband Osteologie (DVO) unter www.dv-osteologie.org > Zentren > Zentrum DVO gefunden werden.

Therapie

Die Osteoporosebehandlung besteht aus mehreren Bausteinen, z.B. Bewegung, Medikamenten und ausgewogener Ernährung.

Disease-Management-Programm

Seit 2020 gibt es ein strukturiertes Behandlungsprogramm (sog. Disease-Management-Programm) für Osteoporose, in das sich Patienten einschreiben können.

Frauen und Menschen mit diversem Geschlecht müssen dafür mindestens 50 Jahre alt sein, Männer mindestens 60. Es muss eine gesicherte Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose vorliegen. Ziele des Programms sind:

- Vermeidung von Knochenbrüchen, auch durch Sturzprophylaxe
- Längere Lebensdauer
- Verbesserung oder Erhaltung der Lebensqualität und der selbstbestimmten Lebensführung
- Weniger Schmerzen
- Verbesserung oder Erhaltung von Funktion und Beweglichkeit
- Kein Fortschreiten der Erkrankung

Im Rahmen eines Disease-Management-Programms wird aus allen nachgewiesenermaßen wirksamen Behandlungsmöglichkeiten ein **individuelles Behandlungsprogramm** zusammengestellt. Der Hausarzt koordiniert und dokumentiert in der Regel die Bausteine der Osteoporose-Behandlung. Nachfolgend eine Übersicht der möglichen Bausteine:

- **Patientenschulungen** sollen den Patienten befähigen, seine Osteoporose besser zu bewältigen und wichtige Behandlungsbausteine selbstverantwortlich umzusetzen. Angeboten werden nur Schulungsprogramme, die nachgewiesenermaßen wirken.
- Osteoporose-Patienten sollten ihren **Lebensstil anpassen**:
 - Sich regelmäßig bewegen.
 - Versteifungen vermeiden.
 - Nicht rauchen, wenig Alkohol trinken.
 - Kein Untergewicht haben.
 - Auf ausreichend Kalzium und Vitamin D in der Nahrung achten.
- Stürze sind ein Risiko für Knochenbrüche, deshalb sollte das Sturzrisiko mit einem Test ermittelt werden und die **Sturzgefahr sollte reduziert werden**. Das umfasst sowohl Maßnahmen im Umfeld, z.B. Stolperfallen reduzieren, als auch gezielte Bewegung, um Gleichgewicht und Kraft zu verbessern.

Medikamentöse Therapie

Je nach Ursache der Osteoporose gibt es verschiedene Möglichkeiten der medikamentösen Behandlung. Die Behandlung dauert in der Regel 3 Jahre, kann aber auch lebenslang erforderlich sein.

Als **Basis-Therapie** muss ausreichend Kalzium und Vitamin D aufgenommen werden. Wenn das mit dem Essen nicht gelingt, werden Nahrungsergänzungsmittel verordnet. Notwendig sind 1.000 mg Kalzium und 800–1.000 Einheiten Vitamin D am Tag.

Es stehen aber auch weitere Wirkstoffe zur Verfügung, die entweder den weiteren Knochenabbau bremsen oder den Knochenaufbau fördern. Am häufigsten werden Bisphosphonate eingesetzt, die sich auf den Oberflächen der Knochen anreichern und die knochenabbauenden Zellen (sog. Osteoklasten) hemmen. Die Wirkstoffe heißen Alendronat, Risedronat, Zoledronat und Ibandronat. Auch nach Absetzen der Therapie mit Bisphosphonaten hält ihre Wirkung noch etwa 1 Jahr an.

Denosumab bremst den Knochenabbau, indem es die Bildung von Osteoklasten hemmt. Denosumab wird unter die Haut gespritzt und wirkt etwa 6 Monate lang.

Bei Frauen in den Wechseljahren ist in der Regel der Östrogenmangel die Ursache der Osteoporose. Nach den heutigen medizinischen Kenntnissen muss über die Einnahme von Östrogen allerdings sehr sorgfältig und unter Abwägung von Nutzen und Risiken entschieden werden, da es die Entstehung von Brustkrebs, Thrombosen und Embolien begünstigen kann. Alternativ stehen Substanzen wie z.B. Raloxifen und Bazedoxifen zur Verfügung, die die Wirkung von Östrogen nachahmen.

Teriparatid regt den Aufbau neuer Knochensubstanz an und wird bei starkem Knochenbruchrisiko eingesetzt. Es ahmt die Funktion eines körpereigenen Hormons nach und wird mit einem „Pen“ vom Patienten selbst unter die Haut von Bauch oder Oberschenkel gespritzt.

Welche Medikamente für den Einzelnen am besten geeignet sind, sollte individuell mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Da Osteoporose-Patienten oft mehrere Medikamente einnehmen, sollte der Arzt ab 5 Medikamenten mindestens einmal jährlich überprüfen, ob die Medikation angepasst bzw. reduziert werden muss.

Praxistipps!

- Der Bundesselbsthilfverband für Osteoporose e.V. hat die kostenlose Info-Broschüre „Osteoporose und medikamentöse Therapie“ herausgegeben. Diese können Sie unter www.osteoporose-deutschland.de > Osteoporose > Therapie > Medikamente herunterladen.
- Ausführliche Informationen zu Medikamenten bei Osteoporose bietet auch der Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter www.osd-ev.org > Therapie > Medikamente – Teil I.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. gibt mehrere zweisprachige Broschüren heraus, z.B. „Erstinformation in vier Sprachen. Osteoporose kennt keine Grenzen“ oder Arztgespräch und Diagnose“ (deutsch/türkisch). Diese können Sie unter www.netzwerk-osteoporose.de > Infobereich > Info-Material > Broschüren kostenlos herunterladen.

Schmerztherapie

Osteoporose kann akute und chronische Schmerzen verursachen, die frühzeitig behandelt werden müssen. Bei Schmerzen sollten sich Patienten frühestmöglich wieder bewegen.

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

Chronische Schmerzen entstehen vor allem durch Veränderungen der Körperstatik (Rundrücken und verminderte Körpergröße). Durch diese Veränderungen kommt es zu einer Fehlstellung der Wirbelsäule, wodurch Bänder und Sehnen permanent gereizt werden. Die Muskulatur wird überlastet, verspannt sich und löst ihrerseits Schmerzen aus. Die Behandlung chronischer Schmerzen muss individuell angepasst werden und erfordert eine genaue Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. Auch gezielte Physiotherapie und eine Orthese (= Stützkorsett, das die Brustwirbel aufrichtet) können gegen Schmerzen wirken.

Osteoporose-Patienten sollten regelmäßig **Kontrolltermine** beim Arzt wahrnehmen. Dabei wird z.B.

- das Sturzrisiko erhoben,
- nach Knochenbrüchen gesucht,
- Kalzium und Vitamin D kontrolliert,
- dazu motiviert, die Bewegungstherapie weiter durchzuhalten und
- die Medikation überwacht und ggf. angepasst.



Praxistipps!

- Der Ratgeber „Schmerz“ des beta Instituts enthält vielfältige Informationen für Patienten mit chronischen Schmerzen und kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Informationen zu Opioiden sowie einen Opioid-Ausweis zum Download finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Opiate und Opioide“*.

Ernährung

Eine ausgewogene, vitaminreiche Ernährung ist bei Osteoporose (Knochenschwund) von großer Bedeutung. Durch eine gesunde, Kalzium- und Vitamin D-reiche Ernährung sowie eine ausreichende Versorgung mit Vitamin B12 und Magnesium kann der Osteoporose vorgebeugt bzw. der Knochenabbau gestoppt werden.

Kalzium

Eine ausreichende Kalziumzufuhr ist nicht nur für die Knochen, sondern auch für die Nerven und Muskeln wichtig. Verfügt der Körper nicht über ausreichend Kalzium, baut er dieses aus den Knochen ab. Um das zu vermeiden, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) für Erwachsene eine Kalziumzufuhr von etwa 1.000 mg täglich.

Wichtig ist jedoch, auch auf eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D und Magnesium zu achten (siehe S. 12). Denn nur dann kann das Kalzium aus dem Essen gut verwertet werden. Nur wenn

die empfohlene Kalziumzufuhr durch die tägliche Nahrung nicht gewährleistet ist, sollten zusätzlich Kalziumpräparate (z.B. in Form von Brause- oder Kautabletten) eingenommen werden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, nicht zu viel Kalzium einzunehmen, da dies die Gesundheit gefährden kann. Zu viel Kalzium im Blut wird als Hyperkalzämie bezeichnet und kann z.B. zu einem gesteigerten Durstgefühl, Übelkeit oder Nierensteinen führen. Eine Kalziumvergiftung kann durch Herzrhythmus- oder Bewusstseinsstörungen sogar lebensgefährlich werden.

Als die besten Kalzium-Lieferanten gelten Milch und Milchprodukte – doch hier gibt es auch gegenteilige Meinungen. Einen aktuellen Artikel und hilfreiche Fakten zum Thema Milch bietet das WDR-Online Angebot Quarks unter www.quarks.de/gesundheit/darum-ist-milch-nicht-giftig.

Weitere gute Kalzium-Lieferanten sind z.B. kalziumreiches Mineralwasser, bestimmtes Gemüse, z.B. Grünkohl, Brokkoli, Rucola oder Fenchel, Hülsenfrüchte, z.B. Kichererbsen oder Soja-Bohnen, sowie bestimmte Nüsse und Samen, z.B. Mandeln, Haselnüsse oder Chiasamen.

Praxistipps!

- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bietet unter www.gesundheitsinformation.de/kalziumrechner/ einen Kalziumrechner, mit dem Sie Ihre Kalziumzufuhr abschätzen können.
- Bestimmte Lebensmittel können die Aufnahme von Kalzium erschweren. Welche Lebensmittel bei Osteoporose deshalb besser gemieden werden sollten, finden Sie beim Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. unter www.osd-ev.org > *Therapie* > *Ernährung* > *Calcium-Räuber*.
- Eine Liste des Kalziumgehalts verschiedener Lebensmittel finden Sie beim Deutschen Ernährungsberatungs- und -informationsnetz (DEBInet) unter www.ernaehrung.de > *Ernährungstipps* > *Osteoporose* > *Ernährung: Calcium*.

Magnesium

Auch Magnesium ist für die Knochendichte und das Knochenwachstum wichtig und unterstützt die Funktion von Muskeln und Nerven. Magnesium ist vor allem in Nüssen, Kernen (vor allem Kürbis- und Sonnenblumenkerne), Hülsenfrüchten und Vollkorngetreide enthalten. Bei Obst und Gemüse enthalten Spinat, Kohlrabi und Bananen am meisten Magnesium.

Allerdings geht es nicht nur um die Aufnahme von Magnesium, sondern auch um die Verfügbarkeit im Körper oder ob Magnesium verstärkt ausgeschieden wird. Alkohol z.B. fördert die Ausscheidung von Magnesium.

Vitamin D

Vitamin D fördert die Kalziumaufnahme aus dem Darm sowie die Einlagerung des Mineralstoffs in den Knochen. Nur wenige Nahrungsmittel, z.B. fettreicher Fisch, Leber und Eigelb, enthalten Vitamin D.

Vitamin D ist aber auch das einzige Vitamin, das der Körper mit Hilfe von UVB-Licht selbst bilden kann. Je nach Hauttyp reichen von April bis September 5–25 Minuten Aufenthalt im Freien aus, um den Tagesbedarf zu decken: Dafür müssen Arme, Beine und das Gesicht frei sein. Sonnenschutzcremes reduzieren zwar die Aufnahme, aber wer sich länger in der Sonne aufhält, sollte auf jeden Fall einen Sonnenschutz auftragen, da über die Zeit immer noch genug Strahlen für die Vitamin D-Produktion in die Haut gelangen.

Bei zu geringer Sonnenbestrahlung, vor allem im Winter und bei bettlägerigen Patienten, ist es sinnvoll,

Vitamin D-Präparate einzunehmen (empfohlen werden 800–1.000 IE Vitamin D3 täglich). Im Vorfeld sollte der Blutserumspiegel ärztlich festgestellt werden. Denn auch bei der Einnahme von Vitamin D kann es zu einer Überdosierung und dann z.B. zu Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit kommen.

Wichtig: Bei einer medikamentösen Therapie der Osteoporose kann die empfohlene Dosierung für die Kalzium- und Vitamin D-Zufuhr abweichen und sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

Vitamin B12

Eine ausreichende Zufuhr von Vitamin B12 senkt das Risiko für Osteoporose, wird zur Bildung roter Blutkörperchen gebraucht und unterstützt die Zellbildung. Über einen hohen Vitamin B12-Gehalt verfügen tierische Produkte wie Fleisch, Fische und Muscheln, z.B. Makrele, Hering oder Miesmuscheln. Auch bestimmte Käsesorten, wie Emmentaler oder Camembert enthalten einen vergleichsweise hohen Anteil an Vitamin B12. Im Rahmen einer vegetarischen bzw. veganen Ernährung kann Vitamin B12 problemlos als Nahrungsergänzungsmittel zugeführt werden.

Alkohol und Tabak

Generell sollte man bei Osteoporose möglichst nicht oder wenig rauchen oder Alkohol trinken.

Rauchen verschlechtert die Durchblutung und behindert damit den Knochenstoffwechsel. Zudem verstärkt es den Abbau von Östrogen, was das Osteoporoserisiko erhöht und früher eintreten lässt.

Alkohol schädigt die knochenaufbauenden Zellen und verschlechtert die Aufnahme von Mikronährstoffen (z.B. Kalzium, Magnesium, Vitamine). Außerdem wird nach Alkoholkonsum verstärkt Magnesium ausgeschieden.



Praxistipps!

- Bei Osteoporose werden von den gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für eine **Ernährungsberatung** teilweise oder voll übernommen, wenn diese vom Arzt verordnet wurde und ein Kostenvorschlag bei der Krankenkasse eingereicht sowie von dieser genehmigt wurde.
- Das Netzwerk-Osteoporose e.V. hat u.a. die Broschüren „Ernährung, Bewegung und Balance“ und „Meine täglichen Vitamin- und Kalziumquellen“ herausgegeben, die unter www.netzwerk-osteoporose.de > *Infobereich* kostenlos heruntergeladen werden können.

Bewegung, Training und Rehabilitation

Bewegung stärkt die Knochen und hilft, den Knochenabbau zu bremsen. Daher ist regelmäßige Bewegung zur Vorbeugung und Behandlung von Osteoporose sehr wichtig. (Reha-)Sport und (Funktions-)Training stärken die Muskulatur, erhalten die Beweglichkeit und verbessern die Koordination. Dadurch kann auch das Sturzrisiko vermindert werden.

Ziele der Bewegung bei Osteoporose

Wer nicht trainiert, verliert etwa 5–10 % der Muskelmasse pro Lebensjahrzehnt. Gleiches gilt auch für die Knochenmasse. Knochen und Muskeln sind ein voneinander abhängiges System. Das über die Nahrung aufgenommene Kalzium kann am besten in den Knochen eingebaut werden, wenn man sich ausreichend bewegt.

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

Generell gilt: Die Bewegung muss Spaß machen, damit man sie dauerhaft ausübt. Es kann hilfreich sein, sich einer Sportgruppe anzuschließen oder sich regelmäßig mit Freunden zum Sport zu verabreden. Folgende Ziele bzw. Trainingseffekte stehen bei Osteoporose im Vordergrund:

- Knochenaufbau aktivieren, Knochenmasse erhalten
- Beweglichkeit erhalten und verbessern
- Rumpfmuskulatur stärken
- Wirbelsäule stabilisieren und entlasten
- Gleichgewicht und Haltung verbessern
- Körperwahrnehmung verbessern
- Sturzrisiko senken
- Schmerzen reduzieren

Nachfolgend einige Trainingshinweise:

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Bei Osteoporose übernimmt die Krankenkasse die Kosten für Reha-Sport und Funktionstraining.

- Reha-Sport ist ein allgemeineres Angebot, das bei Osteoporose vor allem auf Stärkung von Kraft und Beweglichkeit abzielt. Reha-Sport kann vielerlei Sportarten umfassen.
- Funktionstraining richtet sich ganz gezielt auf bestimmte körperliche Funktionen.

Beides findet in Gruppen statt und muss vom Arzt verordnet werden, Näheres siehe S. 48.

Reha-Sport und Funktionstraining können aber auch Teil von ambulanten oder stationären medizinischen Reha-Maßnahmen (siehe S. 37) sein.



Praxistipp!

Adressen von Anbietern von Reha-Sport und Funktionstraining bei Osteoporose bekommen Sie

- von Ihrer Krankenkasse.
- beim Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.: Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf, Telefon 0211 301314-0, info@osteoporose-deutschland.de, www.osteoporose-deutschland.de.
- beim Deutschen Behindertensportverband: Rehabilitationssportgruppen nach Bundesland unter www.dbs-npc.de > *Schnellzugriff* > *Rehasportgruppen*.

Physiotherapie und Ergotherapie bei Osteoporose

Während beim Reha-Sport und Funktionstraining immer in Gruppen geübt wird, sind Physiotherapie und Ergotherapie gezieltes Einzeltraining. Auch sie müssen vom Arzt verordnet werden und das geschieht erst, wenn die Osteoporose bereits körperliche Auswirkungen zeigt. Deshalb liegt der Schwerpunkt oft auf dem Training von Alltagsfähigkeiten und Beweglichkeit.

Die Ziele sind individuell auf den Gesundheitszustand des Patienten ausgerichtet. Physiotherapie und Ergotherapie findet in entsprechenden Praxen oder im Rahmen von Reha-Maßnahmen statt.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen entrichten. Da dies gerade für Menschen mit einer chronischen Erkrankung wie Osteoporose eine finanzielle Belastung darstellt, gibt es hier besondere Regelungen. Auch bei Überschreiten der 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, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Arzneimittels.

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

Arzneimittel können aus verschiedenen Gründen ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreit sein. Unter www.gkv-spitzenverband.de > Krankenversicherung > Arzneimittel > Zuzahlungsbefreiung ist eine Übersicht der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel zu finden, die 14-tägig aktualisiert wird.

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. Die Zuzahlung 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 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle. Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels.

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

Häusliche Krankenpflege

Bei der häuslichen Krankenpflege wird ein Patient, z.B. bei schwerer Krankheit, zu Hause von ausgebildeten Pflegekräften versorgt.

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 ggf. die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 51).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

Zuzahlung: 10 € pro Tag, begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Medizinische Reha-Maßnahmen sollen den Gesundheitszustand erhalten oder verbessern.

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

Fahrtkosten

Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden.

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Diese Zuzahlung ist auch von Kindern und Jugendlichen zu leisten.

Zuzahlungsbefreiung

Wenn ein Patient mit Osteoporose 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 insbesondere chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Die Belastungsgrenze liegt bei 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens. Für chronisch Kranke liegt die Belastungsgrenze bei 1 %.

Berechnung des Bruttoeinkommens

Das Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt ist als **Familienbruttoeinkommen** zu verstehen. 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 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.

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

- Arbeitsentgelt bzw. Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- Krankengeld und Kinderpflege-Krankengeld
- Verletztengeld
- Übergangsgeld
- Pflegeunterstützungsgeld
- Arbeitslosengeld
- Elterngeld, aber nur der Betrag, der beim Basiselterngeld über 300 € liegt, beim ElterngeldPlus über 150 €
- Einnahmen aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung
- Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz (SGB XII)
- Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (i.d.R. der Betrag des Rentenbescheids) sowie

Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung (abzüglich des Betrags der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz)

- Grundrente für Hinterbliebene nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

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

- Pflegegeld
- Blindenhilfe und Landesblindengeld
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG
- Kindergeld
- Elterngeld bis 300 € bzw. beim ElterngeldPlus bis 150 €
- Landeserziehungsgeld und Familiengeld (Sollte gleichzeitig Elterngeld, Betreuungsgeld und Landeserziehungsgeld/Familiengeld bezogen werden, bleiben diese Leistungen nur bis zu einer Gesamtsumme von 300 € unberücksichtigt.)
- Leistungen aus Bundes- und Landesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Ausbildungsförderung (BAföG)

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 (2022: 449 € im Monat / 5.388 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,76 €, bei chronisch Kranken 53,88 €.

Berücksichtigungsfähige Zuzahlungen

Nicht alle Zuzahlungen werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung berücksichtigt. Befreiungsfähige Zuzahlungen sind z.B. Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel, aber auch Zuzahlungen zur Krankenhausbehandlung oder Rehabilitation. Gesetzlich Versicherte müssen teilweise noch weitere Kosten im Zusammenhang mit ihrer Krankenversicherung leisten, z.B. individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder finanzielle Eigenbeiträge zum Zahnersatz. Diese werden bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung jedoch **nicht** berücksichtigt.

Die Zuzahlungen werden als „Familienzuzahlungen“ betrachtet, d.h. es werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (siehe „Berechnung des Bruttoeinkommens“, S. 18), die mit ihm im gemeinsamen Haushalt leben, zusammengerechnet.

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die auch dieser eventuell leisten muss, **nicht** als Familienzuzahlung berechnet. Das bedeutet, die gesetzliche Krankenkasse erkennt diese nicht als Zuzahlungen in ihrem Sinne an. Beim Familieneinkommen werden allerdings **beide** Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

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 2-%-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 (107,76 € bzw. bei chronisch Kranken 53,88 €) 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

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

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 (Disease-Management-Programm – DMP) teilnehmen, profitieren für die Dauer ihrer DMP-Teilnahme von der 1-%-Belastungsgrenze. DMPs werden von den Krankenkassen für Osteoporose angeboten, siehe S. 9.

Das Vorliegen einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung und die Notwendigkeit der Dauerbehandlung müssen gegenüber der Krankenkasse durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Amtliche Bescheide über den GdB, Gds, MdE oder den Pflegegrad müssen in Kopie eingereicht werden. Die schwerwiegende chronische Krankheit muss in dem Bescheid zum GdB, GdS oder MdE als Begründung aufgeführt sein.

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 (G-BA) hat zur Umsetzung der Regelungen für schwerwiegend chronisch Kranke eine sog. Chroniker-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Chroniker-Richtlinie (§ 62 SGB V)* heruntergeladen werden.



Die zuständige Krankenkasse.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Entgeltfortzahlung

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

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen vorweisen können.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann oder wer Gefahr läuft, dass sich sein Zustand durch Arbeit verschlimmert.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein. Als selbstverschuldete Arbeitsunfähigkeit gilt ein vorwerfbares Verhalten, z.B. Verkehrsunfall infolge von Trunkenheit oder grob fahrlässigem Verhalten, grob fahrlässige Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften, eine besonders gefährliche oder die Kräfte übersteigende Nebentätigkeit, selbstprovozierte Raufereien. Unachtsamkeit allein genügt nicht, um eine Entgeltfortzahlung zu verweigern.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht auch bei
 - nicht rechtswidriger Sterilisation,
 - nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch,
 - rechtswidrigem, aber straffreiem Schwangerschaftsabbruch,
 - einer Organspende und
 - medizinischen Reha-Maßnahmen.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als **3 Kalendertage**, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
Hinweis: Voraussichtlich ab 1.7.2022 muss **nicht mehr** der Arbeitnehmer die AU beim Arbeitgeber vorlegen, sondern das erfolgt digital zwischen Krankenkasse und Arbeitgeber.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, kann der Arbeitgeber die Entgeltfort-

zahlung 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 wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er von dessen Krankenkasse verlangen, dass diese ein Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD) einholt. Dazu sind die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet, außer wenn die AU sich eindeutig durch die vorhandenen ärztlichen Unterlagen belegen lässt.

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, siehe S. 24.
- 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 bisherigen 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.

Wenn der Arbeitgeber eine Entgeltfortzahlung trotz unverschuldeter Arbeitsunfähigkeit verweigert, muss die Krankenkasse dem Arbeitnehmer Krankengeld zahlen. Die Krankenkasse hat dann in der Regel einen Erstattungsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber.

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 durch die Folgen der Osteoporose arbeitsunfähig ist.

Voraussetzungen

Das Krankengeld ist eine sog. **Lohnersatzleistung**, d.h. es wird gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht. Gezahlt wird es auch in den ersten 4 Wochen einer Beschäftigung, weil es in dieser Zeit **noch** keinen Anspruch auf die Entgeltfortzahlung gibt. Weitere Voraussetzungen sind:

- Versicherteneigenschaft (gesetzlich krankenversichert mit Anspruch auf Krankengeld) 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 oder um eindeutige Folgeerkrankungen derselben Grunderkrankung oder um eine weitere Krankheit, die während der laufenden Arbeitsunfähigkeit dazu kommt.

Bezieher von **Arbeitslosengeld** erhalten ebenfalls unter diesen Voraussetzungen Krankengeld.

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an beruflichen Reha-Maßnahmen (S. 45) sowie zur Berufsfindung und Arbeits-erprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 46)
- Praktikanten
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres)
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld

Krankengeld für 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. 22).



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 sowie
- maximal 112,88 € täglich.

Bei der Berechnung werden auch die Einmalzahlungen (z.B. Weihnachtsgeld) in den letzten 12 Monaten vor der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Krankengeld ist **steuerfrei**. Allerdings ist es bei der Steuererklärung anzugeben, da es bei der Berech-

nung des Steuersatzes berücksichtigt wird. Es unterliegt dem sog. Progressionsvorbehalt. Das heißt, es kann trotz Steuerfreiheit den Steuersatz erhöhen.

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 2022 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 12,20 % 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**. Diese 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. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden bei den 78 Wochen mitgezählt. Tatsächlich gezahlt wird Krankengeld deshalb in der Regel nur 72 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.

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter, d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht. Erst danach gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, sodass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.



Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

- Bei Erhalt von (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 Krankengelds 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 Reha-Bedarf abzuklären), kann die Krankenkasse dem Versicherten eine **Frist von 10 Wochen** setzen, um einen **Antrag auf Reha-Maßnahmen** zu stellen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung nicht fristgerecht nach, ruht mit Ablauf der Frist der Anspruch auf Krankengeld. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 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 Versicherte 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. 30).

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, also nach der Bewilligung des Krankengelds.



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds nach Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Patient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als **Pflichtversicherter** in der gesetzlichen Krankenversicherung (sog. Aussteuerung). Die Krankenkasse informiert das Mitglied rund 2 Monate vor der Aussteuerung über die Möglichkeit, seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären. Liegt innerhalb von 2 Wochen keine Austrittserklärung vor, wird der Versicherte **automatisch** am Tag nach der Aussteuerung **als freiwilliges Mitglied weiterversichert** (obligatorische Anschlussversicherung). Besteht Anspruch auf **Familienversicherung**, hat diese Vorrang vor der freiwilligen Versicherung.



Praxistipps!

- Wer **nicht** als freiwilliges Mitglied weiterversichert werden möchte, muss innerhalb der 2-Wochen-Frist seinen Austritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung erklären **und** einen anderweitigen Anspruch auf nahtlose Absicherung im Krankheitsfall nachweisen, z.B. eine private Krankenversicherung.
- Wer nach der Aussteuerung Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit bezieht, kann seinen ursprünglichen Krankenversicherungsschutz erhalten. Die Beiträge zur Krankenversicherung zahlt 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, z.B. wenn die Arbeitsunfähigkeit vorsätzlich etwa durch die Beteiligung an einer Schlägerei verursacht wurde. Dies ist auch bei ästhetischen Operationen, einer Tätowierung oder einem Piercing der Fall (hier kein Ermessen, sondern Verpflichtung der Krankenkasse, das Krankengeld zu beschränken).

Wer hilft weiter?

Die zuständige Krankenkasse.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

Um Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit zu erhalten, müssen folgende Voraussetzungen 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, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 52) oder Maßnahmen zur beruflichen Reha (siehe S. 45) oder zur medizinischen Reha (siehe S. 37) beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, **ruht** der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten zur Erfüllung der Anwartschaftszeit sowie einer möglichen verkürzten Anwartschaftszeit, d.h. dass unter bestimmten Voraussetzungen auch ein Anspruch auf Arbeitslosengeld schon ab einem Versicherungspflichtverhältnis von 6 Monaten bestehen kann, informiert die Agentur für Arbeit.

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 der Arbeitslosigkeit) als Voll-Erwerbstätiger tatsächlich verdient hat. Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit verdienen könnte.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend Übergangsgeld** (siehe S. 46) 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.



Praxistipp!

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

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



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Rehabilitation

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

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und Reha vor Rente.

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Die Rehabilitation umfasst verschiedene 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 beruflichen Rehabilitation:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) 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. 46), Haushaltshilfe (siehe S. 51), Reisekosten oder Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Schulbildung, Berufsausbildung und Studium.
- **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.

Kostenträger

Reha-Leistungen können von verschiedenen Trägern übernommen werden, aber die Träger sind sich nicht immer einig, wer der „leistende Rehabilitationsträger“ ist, der die Kosten übernimmt bzw. alle notwendigen Leistungen koordiniert. Deshalb gibt es für die Klärung der Zuständigkeit gesetzliche Fristen, damit der Patient nicht zu lange warten muss.

Reha-Leistungen müssen beantragt werden, wobei der Antrag nicht ungültig ist, wenn dieser beim falschen, bzw. nicht zuständigen Träger eingeht. In diesem Fall erfolgt eine automatische Weiterleitung unter den Trägern.

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

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Reha sowie unterhaltssichernden und ergänzenden 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.
- **Jugendämter** erbringen Leistungen zur Reha und Teilhabe für Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen und hiervon Bedrohte bis zu einem Alter von 26 Jahren, **wenn** kein anderer Träger der Sozialversicherung zuständig ist. Sie erbringen keine unterhaltssichernden und ergänzenden Reha-Leistungen.
- **Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen** sind bei einem Anspruch auf Leistungen der Sozialen Entschädigung für die gesamte Rehabilitation zuständig.

Auch wenn bei einem Betroffenen verschiedene Kostenträger für verschiedene Leistungen zuständig sind, gibt es immer einen sog. leistenden Rehabilitationsträger. Er koordiniert alle Reha-Leistungen, hat die Übersicht und ist im Zweifelsfall Ansprechpartner für den Betroffenen und die anderen Kostenträger.

Zuständigkeitsklärung

Spätestens 2 Wochen nachdem ein Antrag bei einem Reha-Träger eingegangen ist, muss dieser Träger geklärt haben, ob er für diesen 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.

Fristen

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 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 Teilhabekonferenz durchgeführt wird. In einer Teilhabekonferenz wird der Bedarf eines Menschen mit Behinderung besprochen, wenn dieser verschiedene Teilhabeleistungen von einem oder mehreren Trägern benötigt.

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. Diese Fristenregelungen gelten nicht für die Träger der Eingliederungshilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Kriegsopferfürsorge.



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.
- Unter www.reha-zustaendigkeitsnavigator.de informiert die BAR darüber, welcher Reha-Träger für welche Reha- und Teilhabeleistungen voraussichtlich **zuständig** ist.

Reha-Antrag

Möchte ein Patient eine medizinische Reha in Anspruch nehmen, muss er diese beantragen. Dazu sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Es können alle Vertragsärzte der Krankenkassen eine Rehabilitation verordnen.

Kostenträger Krankenkasse

Die Krankenkasse ist der zuständige Kostenträger einer medizinischen Reha

- wenn keine Verminderung der Erwerbstätigkeit vorliegt oder droht,
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt,
- bei Reha-Leistungen für Altersrentner,
- bei Reha-Leistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt und die Reha medizinisch notwendig ist, **oder**
- bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist.

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 der 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.

Kostenträger Rentenversicherung

Bei Menschen im Erwerbsleben, deren **Erwerbsfähigkeit gefährdet** ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich), ist die Rentenversicherung der Kostenträger der medizinischen Reha.

Der Patient muss den Antrag stellen und diesem einen ärztlichen Befundbericht beilegen. Der ärztliche

Befundbericht kann von allen Vertragsärzten, jedoch nicht von Vertragspsychotherapeuten erstellt werden. Die Antragsformulare können beim zuständigen Rentenversicherungsträger angefordert, online heruntergeladen oder online ausgefüllt werden:

- Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund finden Sie das „Formularpaket Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ mit allen für den Antrag notwendigen Formularen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Als Patient müssen Sie die Formulare „G0100 – Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“ und „G0110 – Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“ ausfüllen.
- Auch den Antrag „Schritt für Schritt“ finden Sie unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Reha* > *Reha-Antragstellung*. Dort gibt es auch einen Link zu einem eAntrag.

Praxistipps!

- Lehnt ein Kostenträger eine Reha-Maßnahme ab, lohnt sich in vielen Fällen ein **Widerspruch**. Informationen dazu finden Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“*.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinischer Rehabilitation genannten) Voraussetzungen hinaus **freiwillig** die medizinischen Reha-Leistungen übernimmt.

Wahl der Reha-Einrichtung

Abhängig vom Kostenträger gelten unterschiedliche Regelungen zur Wahl der Reha-Klinik:

- **Kostenträger Krankenkasse:** Der Patient 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. Die Leistung wird in der Regel im Inland erbracht.
- **Kostenträger Rentenversicherung:** Soll die Maßnahme 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.

Praxistipp!

Adressen von Reha-Kliniken können unter www.rehakliniken.de oder www.kurklinikverzeichnis.de gefunden werden.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind. Eine medizinische Reha wird ambulant oder stationär erbracht. Eine stationäre Reha wird aber in der Regel erst bezahlt, wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichen. Zwischen 2 Rehas müssen in der Regel 4 Jahre Wartezeit liegen.

Zuständigkeit und Voraussetzungen

Nahezu alle Sozialleistungsträger können unter bestimmten Voraussetzungen und nach ärztlicher Verordnung die Kosten der medizinischen Reha übernehmen. Wird eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit durchgeführt, zahlt meist die Krankenkasse. Eine Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit finanziert meist der Rentenversicherungsträger.

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 ärztlich verordnet sein und vom Kostenträger **vorher** genehmigt werden.

Wartezeit

Zwischen 2 bezuschussten Reha-Maßnahmen, egal ob ambulant oder stationär, muss in der Regel ein Zeitraum von 4 Jahren liegen. Nicht anzurechnen sind 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 werden wohnortnah durchgeführt. 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, Vorsorgeleistungen und Vorsorgekuren für Mütter und Väter sowie für pflegende Angehörige gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen für eine ambulante Reha-Maßnahme vorliegen:

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

Dauer

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

Stationäre Reha-Maßnahmen

Bei einer stationären medizinischen Reha wohnt der Betroffene für die Zeit der Reha-Maßnahme in einer entsprechenden Einrichtung und wird dort behandelt.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen für eine stationäre Reha-Maßnahme vorliegen:

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

Dauer

Stationäre Reha-Maßnahmen dauern in der Regel 3 Wochen. Eine Verlängerung aus medizinischen Gründen ist möglich. Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag dauern die Reha-Maßnahmen 4–6 Wochen.



Praxistipps!

- Unter bestimmten Voraussetzungen kann für die Zeit der Reha eine Haushaltshilfe (siehe S. 51) 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 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.

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. 22
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 24
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 46

Zuzahlungen

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

Zuzahlungen Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 16.

Zuzahlungen Rentenversicherung

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

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten Reha-Leistungen
- Bei Leistungen zur Prävention
- Von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Von Beziehern von Übergangsgeld (wenn sie kein zusätzliches Erwerbseinkommen haben)
- Von Personen, die weder Erwerbseinkommen noch Erwerb ersatz Einkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Bei Bezug von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundversicherung 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.

Für diese Personen kann die Zuzahlung bei Antragstellung 2022 entsprechend der folgenden Tabelle ermäßigt werden:

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.

Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Themen-Schnelleinstieg: Warum Reha? > Zuzahlung.



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen **nicht** auf den Urlaub angerechnet werden.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zur medizinischen Rehabilitation eine sog. Rehabilitations-Richtlinie erstellt. Diese Richtlinie kann unter www.g-ba.de > Richtlinien > Rehabilitations-Richtlinie heruntergeladen werden.
- Die Deutsche Rentenversicherung hat die Broschüre „Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft“ herausgegeben. Sie kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rehabilitation“ kostenlos heruntergeladen werden.



Wer hilft weiter?

- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe mit Informationsangeboten für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-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.

Anschlussrehabilitation

Die Anschlussrehabilitation (auch Anschlussreha, Anschlussheilbehandlung oder 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 und kommt nur bei bestimmten Erkrankungen in Betracht.

Die AHB ist eine Leistung zur medizinischen Reha und kann ambulant oder stationär erbracht werden. Für die Finanzierung einer AHB kommen verschiedene **Kostenträger** in Frage. Für Erwerbstätige ist dies in der Regel die Rentenversicherung, ein weiterer wichtiger Kostenträger für eine AHB ist die Krankenversicherung.

Der Begriff Anschlussheilbehandlung wurde in den Begriff Anschlussrehabilitation (kurz: Anschlussreha) überführt. Die Abkürzung AHB blieb jedoch bestehen und ist bei den Kostenträgern, z.B. Rentenversicherung, weiterhin gebräuchlich.

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

Voraussetzungen

Die AHB zählt zur medizinischen Rehabilitation und muss beim jeweiligen Sozialversicherungsträger beantragt werden. Sie wird nur für bestimmte Krankheitsbilder (Indikationen) genehmigt, deshalb muss die Diagnose in der **AHB-Indikationsliste** (auch AHB-Indikationskatalog genannt) des zuständigen Sozialversicherungsträgers enthalten sein.

AHB-Indikationsgruppen

Die AHB-Indikationsgruppen der **Rentenversicherung** sind:

- Zustand nach Behandlungen/Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (hiervon können auch Patienten mit Osteoporose betroffen sein)
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Gefäßerkrankungen
- Entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- Erkrankungen des Verdauungsapparats und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- Krebserkrankungen
- Gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen
- Organtransplantationen und Organ-Unterstützungssysteme

Beim Antrag der **Krankenkassen** sind folgende Indikationen vorgegeben:

- Muskuloskelettale Erkrankungen
- Kardiologie
- Neurologie
- Geriatrie
- Sonstige

Persönliche und medizinische Voraussetzungen

Diese Voraussetzungen gelten bei Krankenversicherung und Rentenversicherung:

- Indikation nach der AHB-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.

Antrag

In der Regel veranlasst ein Arzt des letzten behandelnden Krankenhauses die AHB, in enger Zusammenarbeit mit der Sozialberatung (Sozialdienst) des Krankenhauses. Die Sozialberatung kümmert sich dann zusammen mit dem Patienten um die Antragstellung. Eine direkte Verlegung vom Akutkrankenhaus in die Reha-Klinik ist möglich, wenn die Sozialberatung das sowohl mit der aufnehmenden Reha-Klinik als auch mit dem verantwortlichen Träger entsprechend koordinieren kann.

Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussreha zu begründen.



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.
- Erkrankte Elternteile können ihre Kinder nur in wenige Häuser mitnehmen. Geht das nicht, ist eventuell ein Antrag auf Haushaltshilfe (siehe S. 51) möglich.
- Bei einem krebskranken Kind kann ein Elternteil auf Antrag als Begleitperson mit aufgenommen werden, wenn aufgrund des Alters des Kindes bzw. wegen der familiären Situation eine Trennung für die Dauer der AHB nicht zu verantworten ist.
- Für den Elternteil als Begleitperson kann die gesetzliche Krankenkasse auch den Lohnausfall für die notwendige, zeitlich nicht begrenzte Dauer übernehmen. Auf diese Leistung besteht **kein** grundsätzlicher Anspruch. Einen Antrag zu stellen ist aber in jedem Fall zu empfehlen.
- Da die AHB eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, zur Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung (Näheres ab S. 37).

Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

Die Stufenweise Wiedereingliederung (sog. Hamburger Modell) soll arbeitsunfähige Arbeitnehmer nach längerer schwerer Krankheit schrittweise an die volle Arbeitsbelastung heranführen und so den Übergang zur vollen Berufstätigkeit erleichtern.

Während der Stufenweisen Wiedereingliederung ist der Arbeitnehmer noch krankgeschrieben. Ab einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 6 Wochen wird die Möglichkeit einer Stufenweisen Wiedereingliederung regelmäßig durch einen Arzt überprüft. Möglich ist die Stufenweise Wiedereingliederung nur, wenn Versicherter und Arbeitgeber zustimmen und dadurch keine nachteiligen gesundheitlichen Folgen entstehen.

Voraussetzungen

Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Arzt oder Versicherungsträger können eine Stufenweise Wiedereingliederung anregen. Dazu sind bestimmte Formulare notwendig.

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 vor.
- Der Arbeitnehmer wird am bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt und 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 haben im Gegensatz zu nicht schwerbehinderten Arbeitnehmern einen Anspruch auf Zustimmung des Arbeitgebers zur Stufenweisen Wiedereingliederung, wenn ein Wiedereingliederungsplan mit allen aus ärztlicher Sicht zulässigen Arbeiten und eine Prognose darüber vorliegt, ob und wann mit der vollen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist. Mit Hilfe dieser Angaben kann der Arbeitgeber prüfen, ob ihm die Beschäftigung zumutbar ist. Er kann eine Stufenweise Wiedereingliederung eines schwerbehinderten Arbeitnehmers wegen Unzumutbarkeit aber nur in Einzelfällen ablehnen.

Auch wenn die Wiedereingliederung im Zuge eines **Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)** stattfindet, darf der Arbeitgeber vernünftige Vorschläge nicht ablehnen, sondern muss sie mit allen Beteiligten sachlich erörtern.

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.

Wiedereingliederungsplan

Damit die Stufenweise Wiedereingliederung stattfinden kann, müssen sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber einem sog. **Wiedereingliederungsplan** zustimmen, der die genauen Bedingungen der Wiedereingliederung regelt. Der Plan wird von allen Beteiligten gemeinsam erstellt. Federführend können z.B. sein: ein Arzt, ein Sozialberater, der Reha-Träger oder die unabhängige Teilhabeberatung.

Der Wiedereingliederungsplan enthält folgende Angaben:

- Beginn und Ende des Wiedereingliederungsplans
- Einzelheiten über die verschiedenen Stufen (Art und Dauer) und die finanziellen Modalitäten
- Rücktrittsrecht vor dem vereinbarten Ende
- Gründe für ein vorzeitiges Zurücktreten
- Ruhen der entgegenstehenden Bestimmungen des Arbeitsvertrages während der Dauer der Wiedereingliederung
- Höhe eines eventuell gezahlten Arbeitsentgelts

Der Wiedereingliederungsplan muss flexibel sein und bei Bedarf angepasst werden, z.B. was die Dauer, die Stufen und die tägliche Arbeitszeit angeht. Das wird bei den regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen überprüft, welche die Wiedereingliederung begleiten müssen.

Kostenträger und 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. Die Zeit der Stufenweisen Wiedereingliederung zählt zum Krankengeldbezug.
- 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?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Durch eine Osteoporose kann es zu Einschränkungen im Arbeitsleben kommen. Ob und wie lange Betroffene in ihrem bisherigen Beruf weiter arbeiten können, hängt von den individuellen Beeinträchtigungen und den speziellen Anforderungen des Berufsbilds ab.

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen der beruflichen Reha. Dieser 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 Selbsthilfe, zur seelischen Stabilisierung sowie zum Erwerb von Schlüsselkompetenzen in Anspruch genommen werden, wenn sie im Einzelfall notwendig sind.

Praxistipps!

- Die Deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Berufliche Rehabilitation: Ihre neue Chance“ zum kostenlosen Download unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Reha > Berufliche Reha.
- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der beruflichen Reha finden Sie auch unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Berufliche Reha > Leistungen“.

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 Patienten mit Osteoporose 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 Leistungen zur Reha. Zuständig können der Rentenversicherungsträger oder die Agentur für Arbeit sein. Bei jedem Träger gelten andere Voraussetzungen für die Leistung.

Voraussetzungen

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, also in der Regel nach 6 Wochen.
- Übergangsgeld muss beantragt werden.

Voraussetzungen der Rentenversicherung

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

Die Rentenversicherung zahlt somit Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha, zur medizinische Reha, 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 nach § 60 SGB IX **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.

Bei bestimmten beruflichen Maßnahmen zahlt die Agentur für Arbeit anstelle von Übergangsgeld Ausbildungsgeld.

Höhe

Die **Berechnungsgrundlage** für das Übergangsgeld 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.

Bei **Arbeitslosigkeit** im Anschluss an berufliche Reha-Leistungen **beträgt das Übergangsgeld 67 % bzw. 60 %** der Berechnungsgrundlage.

Anrechnung

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

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

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

Sozialversicherungsbeiträge

Empfänger von Übergangsgeld sind sozialversicherungspflichtig. Die Beiträge zu Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung zahlt der Träger, der das Übergangsgeld zahlt.

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.

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld, ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des **Rentenversicherungsträgers** und der **Agentur für Arbeit** für diesen Zeitraum.

Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Für Patienten mit Osteoporose ist ein gezieltes Training der Muskulatur empfehlenswert, um die Knochen zu stärken und Muskeln aufzubauen. Daher sind Reha-Sport und Funktionstraining wichtige Behandlungsbausteine und können den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen.

Reha-Sport

Zum Reha-Sport zählen **Sport, sportliche Spiele** und gezielte **bewegungstherapeutische Übungen**. Möglich sind auch Entspannungsübungen oder Gebrauchsübungen für technische Hilfen. Die Maßnahmen sind abhängig von den (Vor-)Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmer.

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 gruppendynamische Effekte und Selbsthilfe.

Funktionstraining

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen und wird als **Trocken- und/oder Wassergymnastik** angeboten. Es wird häufig bei Problemen der Stütz- und Bewegungsorgane verordnet (z.B. Muskel- und Gelenkschmerzen), insbesondere bei degenerativen und entzündlichen Veränderungen wie Osteoporose.

Ziele von Funktionstraining sind:

- Körperliche Funktionen erhalten oder verbessern
- Funktionsverluste von Organen/Körperteilen verzögern
- Schmerzen lindern
- Beweglichkeit verbessern
- Krankheitsbewältigung unterstützen
- Selbsthilfepotentiale aktivieren, um die Eigenverantwortung für die Gesundheit zu stärken und langfristig zu körperlichem Training zu motivieren

Kostenträger und Zuständigkeit

Reha-Sport und Funktionstraining sind sog. ergänzende Leistungen zur Reha.

Stellt ein Arzt fest, dass Reha-Sport oder Funktionstraining aus medizinischen Gründen erforderlich ist, ist in der Regel die Krankenversicherung zuständig. Die **Antragstellung** erfolgt mit dem Vordruck „Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport/Funktionstraining“ (Muster 56).

Die Rentenversicherung übernimmt die Kosten, wenn während einer von ihr bezahlten medizinischen Reha die Notwendigkeit für Reha-Sport oder Funktionstraining festgestellt wurde. Die Maßnahmen müssen dann **innerhalb von 3 Wochen** nach Reha-Ende begonnen werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen und wenn kein anderer Kostenträger zuständig ist, können Reha-Sport und Funktionstraining im Rahmen einer beruflichen Reha auch von der Agentur für Arbeit übernommen werden.

Privatpatienten müssen in der Regel einen Vertrag über die Reha-Sport- bzw. Funktionstrainings-Leistungen mit dem Leistungserbringer abschließen und erhalten eine Rechnung. Diese Rechnung können sie dann bei ihrer Krankenversicherung zur Erstattung einreichen. Ob und in welcher Höhe die Kosten erstattet werden, sollten Privatpatienten deshalb immer **im Voraus** mit ihrer Krankenversicherung klären.

Verordnung

Reha-Sport und Funktionstraining werden bei medizinischer Notwendigkeit vom behandelnden Arzt verordnet. Wenn die Rentenversicherung der Kostenträger ist, kann die Verordnung auch durch den Arzt einer Reha-Einrichtung verordnet werden.

In der Verordnung stehen

- die Diagnose nach ICD 10 und ggf. Nebendiagnosen,
- die Gründe und Ziele, warum Reha-Sport/Funktionstraining (weiterhin) notwendig ist,
- die Dauer des Reha-Sports bzw. des Funktionstrainings sowie
- eine Empfehlung für die Auswahl der geeigneten Reha-Sportart, bzw. des geeigneten Funktionstrainings.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining kann je nach Kostenträger und Schwere der Erkrankung unterschiedlich lange in Anspruch genommen werden:

Kostenträger	Dauer
Rentenversicherung	In der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
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 durch bestimmte chronische Erkrankungen etwa 24 Monate.

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

Bei welchen Erkrankungen Reha-Sport bzw. Funktionstraining von den Trägern länger bezahlt wird, ist in der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ geregelt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) stellt diese unter www.bar-frankfurt.de > Service > Publikationen > Reha Vereinbarungen zum Download zur Verfügung.



Praxistipps!

- Viele Sportverbände für Menschen mit Behinderungen bieten auch Reha-Sportarten und Funktionstrainingsmaßnahmen an. Über entsprechende Gruppen informiert die Hauptgeschäftsstelle des Deutschen Behindertensportverbands, Telefon 02234 6000-301 bzw. 02234 6000-306, www.dbs-npc.de > Schnellzugriff > Rehasportgruppen.
- Bei dem gemeinnützigen Rehasport e.V. können unter www.rehasport-finder.de Anbieter von Reha-Sportmaßnahmen nach PLZ gesucht werden.



Wer hilft weiter?

Der jeweilige Kostenträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung oder Agentur für Arbeit). Bei der Krankenkasse können auch die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Nähe erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben.

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, der 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. Die Kosten werden in der Regel dann übernommen, wenn die haushaltsführende Person z.B. ins Krankenhaus muss (oder danach) und daheim Kinder **unter 12 Jahren** oder Kinder mit einer **Behinderung** zu versorgen sind.

Zuständig können verschiedene Kostenträger sein. Sie stellen entweder eine Haushaltshilfe oder erstatten deren tarifliche bzw. übliche Kosten. Eine Haushaltshilfe muss vorab beantragt werden.

Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe auch bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, für maximal 4 Wochen genehmigen.

Die Haushaltshilfe kann im Rahmen der Entlassung aus der Klinik auch beantragt werden, wenn kein Kind unter 12 Jahren im Haushalt lebt.

Weitere Informationen zu den Voraussetzungen, dem Leistungsumfang und der Zuzahlung finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Haushaltshilfe“.



Praxistipps!

- Es sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist. Einige Krankenkassen bezahlen eine Haushaltshilfe, wenn Kinder **unter 14 Jahren** im Haushalt leben.
- 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.



Wer hilft weiter?

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

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf **Erwerbsminderungsrente** gestellt werden. Erhält der Osteoporose-Patient 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** (siehe S. 55).

Bekommt er keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann ein Antrag auf **Hilfe zum Lebensunterhalt** (siehe S. 57) gestellt werden.

Erwerbsminderungsrente

Wenn die Beeinträchtigungen durch die Osteoporose so groß sind, dass die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt ist, ist es möglich Erwerbsminderungsrente zu beantragen.

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an den Rentenversicherungsträger zu stellen.

Voraussetzungen

Die nachfolgenden Voraussetzungen gelten für die Erwerbsminderungsrente der Rentenversicherung.

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.

Die Deutsche Rentenversicherung informiert über Ausnahmeregelungen im Zusammenhang mit allgemeiner Wartezeit und Zahlung von Pflichtbeiträgen unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Rente > Allgemeine Informationen zur Rente > Rentenarten & Leistungen > Erwerbsminderungsrenten.

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.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird anhand ärztlicher Unterlagen geprüft, ggf. wird ein weiteres Gutachten angefordert.

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 Rentenanspruches einen für die betroffene Person in Betracht kommenden Arbeitsplatz anbieten kann.

Grundsätzlich ist die Arbeitsmarktlage gemäß § 43 Abs. 3 SGB VI 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.

Voraussetzungen bei Menschen mit Behinderungen

Voll erwerbsgemindert ist auch, wer

- in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen oder einer anderen beschützenden Einrichtung beschäftigt ist **und** wegen der Art und Schwere seiner Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein kann.
- die 5 Jahre allgemeine Wartezeit nicht erfüllt, aber 20 Jahre ununterbrochen voll erwerbsgemindert war (z.B. Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen, die seit Geburt bzw. Kindheit an einer Behinderung leiden).

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, auch wenn sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 6 und mehr Stunden arbeiten könnten.

Dauer

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.

Höhe

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

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.

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 6.300 € jährlich 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 berechnet.

Antrag

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

Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente nicht ausreicht, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 55) beantragt werden.

- Bei einer vollen Erwerbsminderung mit außergewöhnlicher erheblicher Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG), kann zudem ein Mehrbedarfszuschlag von 17 % des Regelsatzes gewährt werden.
- Bausparbeträge können bei Erwerbsunfähigkeit des Sparers oder seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehepartners vorzeitig ausgezahlt werden, ohne dass Prämienansprüche verfallen.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann unter Umständen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Grundrente“.

Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Folgen einer Osteoporose-Erkrankung können unter Umständen finanzielle Schwierigkeiten mit sich bringen. Dann kann die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung den Lebensunterhalt von Menschen sichern, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Höhe und Umfang der Grundsicherung sind mit der Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe vergleichbar. Eigenes Einkommen und Vermögen werden 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.
- 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.
- Keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (sog. Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

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:

Anspruchsberechtigte Personen	Höhe
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	449 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner in einer Bedarfsgemeinschaft jeweils	404 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern jeweils	360 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils	376 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils	311 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils	285 €

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle oben).
- 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.

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

Erhält ein Mensch mit Behinderung neben der Grundsicherung Leistungen der Eingliederungshilfe, gelten gesonderte Regelungen der Einkommens- und Vermögensanrechnung. Ausführliche Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden auf Antrag vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Grundsicherungsempfänger, die sich länger als 4 Wochen ununterbrochen im Ausland aufhalten, bekommen bis zu ihrer nachgewiesenen Rückkehr keine Leistungen der Grundsicherung.

- Wenn beim Übergang in die Rente das Geld zum Lebensunterhalt nicht reicht, weil die Rente erst am Monatsende gezahlt wird, kann ein **Überbrückungsdarlehen** beantragt werden.
- Wer langjährig gearbeitet, Kinder erzogen und/oder Angehörige gepflegt hat, kann durch die 2021 neu eingeführte Grundrente einen Anspruch auf einen Zuschlag zur eigenen Rente haben. Grundrente muss nicht beantragt werden, die Rentenversicherung prüft durch Datenabgleich mit den Finanzbehörden die Anspruchsberechtigung.

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.

Wenn ein Osteoporose-Patient seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln bestreiten kann, dann kann er „Hilfe zum Lebensunterhalt“ beim Sozialamt beantragen.

Folgende Voraussetzungen müssen vorliegen:

- Keine Möglichkeit, von eigener Arbeit zu leben.
- Kein ausreichendes eigenes **Einkommen** und **Vermögen**.
- Keine ausreichende Hilfe durch Angehörige (z.B. Ehegatte oder Lebenspartner).
- Keine ausreichende Hilfe durch andere Sozialleistungen (insbesondere kein Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung).
- Keine andere Möglichkeit, den nötigen Lebensunterhalt zu bestreiten.

Der notwendige Lebensunterhalt wird über die sog. Regelsätze (siehe Tabelle, S. 56) abgegolten und umfasst z.B. Ernährung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Haushaltsenergie und persönliche Bedürfnisse des täglichen Lebens.

Darüber hinaus sieht die Hilfe zum Lebensunterhalt spezielle Leistungen vor, die nicht im Regelsatz enthalten sind, wie z.B. Leistungen für Miete und Heizung, Mehrbedarfszuschläge und Leistungen für Bildung und Teilhabe.

Wer hilft weiter?

Individuelle Auskünfte erteilt das Sozialamt.

Behinderung

Osteoporose kann dazu führen, dass der Betroffene mit einigen Beeinträchtigungen zurechtkommen muss. Dann kann es sinnvoll sein, einen Antrag auf Feststellung eines Grads der Behinderung zu stellen. Denn damit sind verschiedene Leistungen, sog. Nachteilsausgleiche, verbunden.

Definition

Eine Behinderung liegt vor, wenn erhebliche Beeinträchtigungen bestehen, die länger als 6 Monate anhalten, und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Nur wenn vom Versorgungsamt eine Behinderung festgestellt wurde, können Nachteilsausgleiche in Anspruch genommen werden.

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 wird durch einen Schwerbehindertenausweis nachgewiesen, 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**, 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.

Die Gleichstellung kann auch online unter www.arbeitsagentur.de > Suchbegriff: „Gleichstellungsantrag“ beantragt werden.

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) bezieht sich bei Menschen mit Behinderungen auf die Schwere der Behinderung. Er wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgestellt. Entscheidend ist immer eine Gesamtsicht der tatsächlichen Beeinträchtigung, es werden nicht einfach mehrere GdB-Werte zusammengezählt.

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

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

Bei Osteoporose ist der GdB vor allem von der **Funktionsbeeinträchtigung** und der **Schmerzintensität** abhängig. Eine ausschließlich messtechnisch nachgewiesene Minderung des Knochenmineralgehalts (Knochendichtemessung, siehe S. 7) rechtfertigt noch nicht die Annahme eines GdB.

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

Wer hilft weiter?

Zuständig für die Feststellung des GdB ist das **Versorgungsamt**.

Schwerbehindertenausweis

Ein Schwerbehindertenausweis kann ab einem GdB von 50 ausgestellt werden. Er belegt die Art und Schwere der Behinderungen und muss vorgelegt werden, wenn Vergünstigungen (sog. Nachteilsausgleiche) beantragt oder in Anspruch genommen werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Osteoporose-Patienten. Nach der Feststellung eines GdB ab 50 erhält jeder einen Schwerbehindertenausweis, der dies bei Antragstellung angegeben hat.

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich oder im Internet-Portal „einfach teilhaben“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales unter www.einfach-teilhaben.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwer-Behinderten-Ausweis beantragen.

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

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

- Kliniken und Ärzte benennen, die **am besten** über die angegebenen 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 der Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte und alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Passbild beilegen (erst ab dem 10. Geburtstag notwendig). 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 ausgestellt 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 **schwerbehinderten Kindern unter 10 Jahren** ist der Ausweis bis zum 10. Geburtstag befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- Bei **schwerbehinderten Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren** ist der Ausweis bis zum 20. Geburtstag befristet. Danach werden die Voraussetzungen der Schwerbehinderung neu überprüft.
- 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.

Merkmale

Merkmale im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Behinderungen und signalisieren, welche Vergünstigungen der schwerbehinderte Mensch erhält. Es gibt folgende Merkmale:

- **Merkmale G:** erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr sowie erhebliche Geh- und/oder Stehbehinderung
- **Merkmale aG:** außergewöhnliche Gehbehinderung
- **Merkmale H:** hilflos
- **Merkmale Bl:** blind oder hochgradig sehbehindert
- **Merkmale RF:** Rundfunkbeitragsbefreiung oder -ermäßigung
- **Merkmale B:** ständige Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel notwendig
- **Merkmale Gl:** gehörlos oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung
- **Merkmale TBl:** taubblind

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Merkzeichen finden Sie unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Merkzeichen“.

Nachteilsausgleiche

Menschen mit Behinderungen können als Ausgleich für die behinderungsbedingten Nachteile sog. **Nachteilsausgleiche** in Anspruch nehmen, z.B. **Steuervergünstigungen, gesonderte Parkplätze, Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen 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 finden Sie im Anhang ab S. 82.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderungen“ des beta Instituts, kostenloser Download unter www.betanet.de > Ratgeber.
- Menschen mit Behinderungen können bei ihrer Steuererklärung Freibeträge vom zu versteuernden Einkommen abziehen. Diese Pauschbeträge haben sich seit dem Veranlagungszeitraum 2021 verdoppelt. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pauschbetrag bei Behinderung“.



Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales mit Schwerpunkt Behinderungen: 030 22191100-6, Mo-Do 8-20 Uhr.
- 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 (z.B. zu Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**. Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**. Adressen unter www.integrationsaemter.de > Kontakt.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**. Adressen unter www.arbeitsagentur.de > Dienststelle finden.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises. Adressen finden Sie bei der Aktion Mensch unter www.familienratgeber.de > Themen > Schwerbehinderung > Schwerbehindertenausweis > Versorgungsamt.

Häusliche Krankenpflege

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

Die häusliche Krankenpflege kann bei Osteoporose z.B. notwendig sein, wenn der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird, aber noch nicht in der Lage ist, sich zu Hause selbst zu versorgen. Sie wird in der Regel von der Krankenkasse finanziert und ist nicht zu verwechseln mit der „häuslichen Pflege“ der Pflegeversicherung, siehe S. 65.

Voraussetzungen

Unter bestimmten Voraussetzungen haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege. In der Regel ist die Krankenversicherung der Kostenträger. In Einzelfällen tritt die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers für die Kosten ein.

Häusliche Krankenpflege kann verordnet werden, wenn

- eine Krankenhausbehandlung vermieden wird bzw. erforderlich, aber nicht ausführbar ist, z.B. weil der Patient aus nachvollziehbaren Gründen die Zustimmung zur Krankenhauseinweisung verweigert oder wegen mangelnder Transportfähigkeit des Patienten (**Krankenhausvermeidungspflege**) oder eine Krankenhausbehandlung verkürzt wird (**Krankenhausverkürzungspflege**) oder eine schwere Krankheit bzw. eine akute Verschlimmerung der Krankheit vorliegt, z.B. nach Krankenhausaufenthalt oder ambulanter Operation (**Unterstützungspflege**) oder sie zur Sicherung des ärztlichen Behandlungszieles erforderlich ist, z.B. in Form von Wundversorgung oder Injektionen (**Sicherungspflege**)
und
- keine im Haushalt lebende Person den Patient im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Ausnahmsweise Kostenübernahme auf Anfrage

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

Ort der Pflege

Die häusliche Krankenpflege wird an geeigneten Orten erbracht, an denen sich die pflegebedürftige Person regelmäßig aufhält, z.B.:

- im Haushalt der pflegebedürftigen Person oder ihrer Familie
- in betreuten Wohnformen, z.B. Wohngemeinschaften
- in Schulen und Kindergärten
- in Werkstätten für behinderte Menschen
- in teilstationären Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn keine Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI vorliegt und die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen notwendig ist
- in Einrichtungen der Kurzzeitpflege

Dauer

Die **Krankenhausvermeidungspflege** ist bis zu 4 Wochen je Krankheitsfall möglich. In medizinisch begründeten Fällen (Prüfung durch den Medizinischen Dienst) auch länger. Die **Sicherungspflege** kann so lange verordnet werden, wie sie medizinisch notwendig ist.

Leistungsinhalte

Behandlungspflege sind medizinische Hilfeleistungen, z.B. Verabreichung von Medikamenten, Anlegen von Verbänden, Injektionen, Messen des Blutdrucks oder der Körpertemperatur, Spülungen und Einreibungen **oder** verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, z.B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Sekret absaugen, Hilfe bei Blasen- oder Darmentleerung (Klistier, Einlauf, Einmalkatheter) oder Wechseln von Sprech- und Dauerkanüle. Diese Maßnahmen sind auch verordnungsfähig, wenn sie bereits im Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung berücksichtigt worden sind.

Grundpflege sind pflegerische Leistungen nichtmedizinischer Art, z.B. Körperpflege, Ernährung, Mobilität.

Hauswirtschaftliche Versorgung sind Hilfen im Haushalt, z.B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Spülen, Waschen, Heizen.

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

Verordnung

Die Verordnung einer häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel durch einen Vertragsarzt, z.B. den Hausarzt. Die erste Verordnung ist längstens für 14 Tage möglich, die Folgeverordnung kann auch für einen längeren Zeitraum ausgestellt werden.

Auch Krankenhausärzte können im Rahmen des Entlassmanagements häusliche Krankenpflege für längstens 7 Tage verordnen. Der Krankenhausarzt soll den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig darüber informieren, sodass eine weitere Versorgung nahtlos gewährleistet wird.

Zuzahlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen 10 % der Kosten pro Tag für längstens 28 Tage im Kalenderjahr, sowie 10 € pro Verordnung. Bei Schwangerschaft und Entbindung entfällt die Zuzahlungspflicht. Näheres zu Zuzahlungen und der Möglichkeit sich von Zuzahlungen befreien zu lassen, siehe ab S. 16.

Leistungserbringer

In der Regel erfolgt die häusliche Krankenpflege durch **Pflegedienste**, die Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Der Pflegedienst rechnet dann direkt mit der Krankenkasse des Patienten ab.

Richtlinien

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur häuslichen Krankenpflege der Krankenkassen eine Richtlinie erstellt. Diese kann unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Häusliche Krankenpflege-Richtlinie* heruntergeladen werden.

Pflege

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

Allgemeines zur Pflegeversicherung

Grundsätzlich ist die **Pflegeversicherung**, im Gegensatz zur Krankenversicherung, deren Leistungen nahezu kostendeckend zur Verfügung stehen, **keine Vollversicherung**. Sie leistet Zuschüsse und deckt nur teilweise die Kosten der Pflege ab. Die restlichen Kosten müssen vom Pflegebedürftigen und dessen Angehörigen als Eigenanteil aus eigenem Einkommen und Vermögen geleistet werden. Eine **private Pflegezusatzversicherung** kann daher sinnvoll sein, um finanzielle Risiken durch eine Pflegebedürftigkeit abzufedern.

Ist die Kostendeckung aus eigenem Einkommen und Vermögen nicht möglich, können Leistungen durch die Sozialhilfe im Rahmen der **Hilfe zur Pflege** erbracht werden.

Pflegebedürftigkeit

Die Pflegebedürftigkeit muss von der Pflegekasse festgestellt werden. Dies ist die Hauptvoraussetzung, um Leistungen der Pflegeversicherung zu erhalten. Für den Bezug von Leistungen ist eine bestimmte Vorversicherungszeit notwendig.

Vorversicherungszeit

Leistungen der Pflegeversicherung erhält, wer nachweisen kann, dass er **innerhalb der letzten 10 Jahre** vor Antragstellung **mindestens 2 Jahre** in der Pflegeversicherung versichert gewesen ist und bei dem eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

Die vorhandenen Fähigkeiten der Selbstständigkeit werden begutachtet, woraufhin eine Einstufung in einen von **5 Pflegegraden** erfolgt.

Für eine vorübergehende Pflegebedürftigkeit unter 6 Monaten kommt unter Umständen die gesetzliche Krankenversicherung auf. Näheres unter „Häusliche Krankenpflege“, siehe S. 62.

Pflegeberatung

Die Pflegekasse muss in jedem Fall eine Beratung durch eine Pflegeberatung der Pflegekasse selbst oder einen Pflegestützpunkt zugänglich machen. Pflegestützpunkte sind zentrale Anlaufstellen für

gesetzlich versicherte Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei Fragen, Planung und Hilfestellungen rund um das Thema Pflege. Sie koordinieren und vermitteln Hilfeleistungen und örtliche Angebote.

Pflegeantrag und Pflegebegutachtung

Pflegeleistungen werden vom Versicherten, ggf. mit Hilfe der Angehörigen oder Bevollmächtigten, bei der Pflegekasse beantragt.

Die Pflegekasse beauftragt den **Medizinischen Dienst** (MD) oder einen anderen unabhängigen Gutachter mit der Prüfung der Pflegebedürftigkeit. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten – MEDICPROOF – festgestellt. Beim **Begutachtungstermin** erfasst der MD den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen und legt diesen in einem **Gutachten** fest. Näheres zur Pflegebegutachtung unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeantrag und Pflegebegutachtung“.

Ermittlung des Pflegegrads

Bei der Begutachtung wird der Grad der Selbstständigkeit durch Feststellung der Fähigkeiten in 6 verschiedenen Lebensbereichen (sog. Modulen) ermittelt. Dabei werden verschiedene Kriterien mit Punktwerten versehen, die je nach Modul unterschiedlich gewichtet werden. Die Gesamtbewertung ergibt die Einstufung in einen von 5 Pflegegraden.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) unter www.mds-ev.de > Richtlinien / Publikationen > Richtlinien / Grundlagen der Begutachtung > Pflegebedürftigkeit heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang ab S. 82 oder können diese unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegeleistungen“ herunterladen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

Zur häuslichen Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Patient zu Hause erhält.

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

ihre pflegenden Angehörigen weitergeben. Das **Pflegegeld** beträgt je nach Pflegegrad **zwischen 316 € und 901 € monatlich**.

Pflegesachleistung

Pflegesachleistungen sind körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung, die von ambulanten Pflege- und/oder Betreuungsdiensten in der häuslichen Umgebung erbracht werden. Der Pflege-/Betreuungsdienst rechnet monatlich direkt mit der Pflegekasse ab und erhält je nach Pflegegrad **125 € bis 2.095 € monatlich**.

Kombinationsleistung

Die Kombinationsleistung kombiniert Pflegesachleistung mit Pflegegeld. Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes, anteiliges Pflegegeld beansprucht werden. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz gemindert, den der Pflegebedürftige in Form von Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Insgesamt dürfen beide Leistungen zusammen 100 % nicht übersteigen. An die Entscheidung, zu welchen Teilen er Geld- und Sachleistungen erhalten möchte, ist er in der Regel 6 Monate gebunden.

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

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

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte zu unterstützen, sie zu stärken, sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen für die Pflegekräfte und den Pflegebedürftigen zu mindern, bieten die Pflegekassen **Pflegekurse** an. Durchgeführt werden die Kurse (im Auftrag der Pflegekasse) oft von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen. Ein Pflegekurs kann auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Die Teilnahme ist **kostenlos**.

Entlastungsbetrag

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

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

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung bezahlt bei Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung des Patienten fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können **Pflegehilfsmittel** direkt bei der Pflegekasse beantragt werden. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf **40 € monatlich** begrenzt.

Digitale Pflegeanwendungen (DIPA)

Die Pflegekasse übernimmt bis zu 50 € für die Nutzung von DIPAs und ergänzenden Unterstützungsleistungen. DIPAs sollen die Selbstständigkeit fördern und einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenwirken.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

Maßnahmen der **Wohnumfeldverbesserung** haben das Ziel, die häusliche Pflege in der Wohnung zu ermöglichen, zu erleichtern oder eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederherzustellen. Dazu zählen z.B. der behindertengerechte Umbau einer Dusche, der Einbau eines Treppenlifts oder Türverbreiterungen. Die Pflegekasse zahlt **maximal 4.000 € je Maßnahme** und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenwohnen.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige in **ambulant betreuten Wohngruppen** haben Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag von **214 € monatlich**. Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

Leistungen bei teilstationärer und stationärer Pflege

Zur teilstationären und stationären Pflege im Sinne der Pflegeversicherung zählen alle Leistungen, die ein pflegebedürftiger Patient teilweise oder ganz in einer stationären Pflegeeinrichtung erhält.

Folgende Leistungen können bei einer teilstationären oder stationären Pflege beantragt werden:

Tages- oder Nachtpflege

Tagespflege oder Nachtpflege bedeutet, dass ein Pflegebedürftiger mit Pflegegrad 2 bis 5 eigentlich zu Hause, zum Teil aber tagsüber oder in der Nacht in einer Einrichtung gepflegt wird und kommt immer dann in Betracht, wenn die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann. Dafür erhält der Pflegebedürftige von der Pflegekasse je nach Pflegegrad **monatlich bis zu 1.995 €**. Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 können den Entlastungsbetrag in Höhe von 125 € dafür in Anspruch nehmen. Darüber hinaus können zusätzlich Pflegegeld oder/und Pflegesachleistungen für die Pflege zu Hause in Anspruch genommen werden.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.774 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der

Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.386 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt. Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.

Vollstationäre Pflege

Vollstationäre Pflege ist die Pflege in einem Pflegeheim. Je nach Pflegegrad zahlt die Pflegekasse **770 € bis 2.005 € monatlich** für die Kosten der Pflege. Für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie einen Eigenanteil für pflegebedingte Kosten muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen. Für den Eigenanteil erhalten Pflegebedürftige einen Zuschlag von der Pflegekasse.

Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit mit Schwerpunkt Pflegeversicherung: 030 3406066-02.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > *Pflegeversicherung* > *Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare* > *Empfehlungen zum Leistungsrecht* findet man im gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB XI vom Februar 2018 ausführliche Informationen und Berechnungsbeispiele für Leistungen der Pflegeversicherung.
- Eine umfassende Tabelle zu den Leistungen der Pflegeversicherung je nach Pflegegrad finden Sie im Anhang ab S. 82 oder können diese unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegeleistungen“* herunterladen.

Leistungen für pflegende Angehörige

Menschen, die ihre Angehörigen pflegen, sind stark beansprucht. Es gibt verschiedene Entlastungsmöglichkeiten.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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

Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich. Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > *Programme und Förderungen* > *Familienpflegezeit* > *Familienpflegezeit-Rechner* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Absicherung für pflegende Angehörige in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

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

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen Tätigkeiten sowie den Hin- und Rückweg zum/vom Pflegebedürftigen.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

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

- **Arbeitslosenversicherung**

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.

Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > *Services* > *Broschüren & mehr* > *Broschüren* > *Vor der Rente* heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit – Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > *Suchbegriff: „A401“* heruntergeladen werden.
- Informationen für pflegende Angehörige z.B. Anzeichen für Überlastung, Stress und Unterstützung oder Bewältigungsstrategien können unter <https://gesund.bund.de> > *Pflege* > *Pflegende Angehörige* gefunden werden.

Sturzprophylaxe

Insbesondere für Patienten mit Osteoporose stellen Stürze eine erhebliche Gefahr dar und können ernsthafte Verletzungen und Folgeprobleme nach sich ziehen. Bei Osteoporose sind Knochenbrüche in Form von Wirbeleinbrüchen, Oberschenkelhals- oder Handgelenksbrüchen die häufigsten Verletzungen.

Sind schon einmal Verletzungen und Brüche durch Stürze entstanden, wächst die Angst vor einem weiteren Sturz. Dies kann zu starker Verunsicherung führen, was wiederum die Mobilität einschränkt und die Sturzgefahr weiter erhöht. Gleichzeitig gelten Stürze in der Vergangenheit als Risikofaktor für weitere Stürze. Man sollte also nach einem Sturz jede Möglichkeit nutzen, Stürzen vorzubeugen.

Sturzrisikofaktoren

Die Gefahr zu fallen erhöht sich auch noch deutlich durch Sturzrisikofaktoren wie:

- Kraft- und Balanceprobleme
- Veränderte Körperhaltung und Schrittstellung
- Risikoträchtige Bewegungen, z.B. trotz Gleichgewichtsproblemen auf einen Stuhl steigen
- Sehbeeinträchtigung
- Alkohol- und/oder Drogenkonsum
- Medikamentenwirkungen, z.B. bei Diuretika, Abführmitteln, starken Schmerzmitteln, Muskelrelaxantien
- Schwindelanfälle
- Äußere Gegebenheiten (z.B. Stolperfallen, Bodenunebenheiten)

Um das Sturzrisiko zu verringern, sollten Betroffene auf keinen Fall – aus Angst vor einem Sturz – das Sitzen bevorzugen. Dadurch werden sie immer schwächer und unsicherer.

Testverfahren zur Sturzgefahr

Es gibt zahlreiche Verfahren, um das Sturzrisiko einzuschätzen, z.B.:

- Der **Chair-Rising-Test** gibt Auskunft über die Muskelleistung der Beine. Aufgabe des Patienten ist es, innerhalb von höchstens 11 Sekunden fünfmal von einem Stuhl aufzustehen und sich wieder hinzusetzen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen. Ein ähnlicher Test (**timed-stands-Test**) erfordert 10-maliges Aufstehen
- **Timed-Up-and-Go-Test:** Hier soll der Patient aus einem Stuhl mit (!) Armlehnen aufstehen, 3 Meter geradeaus gehen, sich umdrehen, zurückgehen und sich wieder hinsetzen; er darf dabei die Gehhilfen einsetzen, die er auch sonst benutzt.
- **Mobilitätstest nach Tinetti:** Der Tinetti-Test ist deutlich aufwendiger als die beiden oberen Tests und kann nur von geschulten Ärzten oder Therapeuten durchgeführt und bewertet werden. Durchzuführen sind mehrere Übungen, die anhand verschiedener Kriterien bewertet werden, z.B.: Stand und Balance werden durch Aufstehen, die ersten Sekunden des Stehens, mit offenen und geschlossenen Augen, das Drehen auf der Stelle, leichte Stöße gegen Brust oder Schultern und anschließendes Hinsetzen beurteilt. Beim Gehen wird das Gangbild analysiert, z.B. Anlaufen, Schrittlänge, -höhe und -symmetrie, Wegabweichungen.

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

Andere Tests beziehen weitere, z.B. die geistigen, Fähigkeiten mit ein, da die Einschätzung von Gefahren und die Reaktionsgeschwindigkeit wichtige Faktoren sind.

Empfehlungen zur Sturzvermeidung

Grundsätzlich ist es wichtig, die Risikofaktoren zu kennen. Wenn diese klar sind, gibt es zwei Ansatzpunkte: bei der sturzgefährdeten Person selbst und im Umfeld.

Personenbezogene Maßnahmen zur Sturzvorbeugung

Regelmäßiges, körperliches Training hilft in jedem Stadium, Stürze zu verhindern. Im Alter lassen Kraft, Gleichgewichtssinn, Koordinationsfähigkeit, Geschicklichkeit und Reaktionsvermögen nach.

Folgende Bewegungsformen helfen dagegen:

- Jede Bewegung ist wichtig. Das umfasst auch Alltagsbewegungen wie Treppensteigen oder Radfahren.
- Bereits leichteres Ausdauer-, Kraft- oder Gleichgewichtstraining kann das Sturzrisiko reduzieren.
- Reha-Sport und Funktionstraining sind besonders geeignet.
- Physiotherapie und Ergotherapie können auch helfen, aber nur, wenn sie auch in eigene aktive Übungen übergehen.
- Wassergymnastik kann helfen, wenn der Patient Sturzangst hat. Aber prinzipiell hat Gymnastik auf dem Trockenen einen größeren Effekt.
- Wenn eine verringerte Knochendichte vorliegt, also eine erhöhte Gefahr von Knochenbrüchen besteht, kann dies nur durch regelmäßiges Widerstandstraining (high-impact-training, Krafttraining) verbessert werden. Dafür müssen Betroffene allerdings auch ausreichend fit sein.

Zudem können je nach Ursache der Sturzgefährdung folgende Punkte wichtig sein:

- Regelmäßige ärztliche Untersuchungen durchführen lassen und Risikofaktoren wie Sehstörungen oder Schwindel abklären und behandeln lassen.
- Auf Medikamentennebenwirkungen achten.
- Regelmäßig das Seh- und Hörvermögen überprüfen lassen.
- Hilfsmittel einsetzen, z.B. einen Rollator. Bei Verwendung von Gehhilfen Türschwellen entfernen lassen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z.B. Hüftprotektoren verwenden.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten.
Hintergrund: Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Keine Tätigkeiten verrichten, bei denen man abstürzen kann: Fenster putzen, Vorhänge wechseln, hohe Regal- und Schrankfächer benutzen, auf Hocker, Stühle oder Leitern steigen.

Maßnahmen zur Sturzvorbeugung im Lebensumfeld

Alle Maßnahmen und Veränderungen zur Sturzvermeidung sollten nur mit dem Wissen und Einverständnis des Betroffenen durchgeführt werden:

- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden oder rutschhemmend ausstatten.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.
- Handgriffe anbringen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farblich markieren. Türschwellen, wenn baulich möglich, entfernen.
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.

Um in Notfällen schnell Hilfe holen zu können, kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 77) installiert werden.



Praxistipps!

- Pflegebedürftige Menschen können für Umbaumaßnahmen bis zu 4.000 € bei der Pflegekasse beantragen, siehe „Wohnumfeldverbesserung“ ab S. 76.
- Die KfW-Gruppe legt regelmäßig Programme zum Immobilienkauf oder alten- oder behindertengerechten Umbau auf. Dabei handelt es sich in der Regel um zinsgünstige Kredite, die über die eigene Hausbank zu beantragen sind und auch auf diesem Weg ausgezahlt werden. Infos bei der Hausbank oder auf www.kfw.de, oben Suchbegriff eingeben, z.B. „Umbau“ oder „Immobilie barrierefrei“.
- Die Pflegekassen fördern die Gründung von ambulant betreuten Wohngruppen pro pflegebedürftiger Person mit bis zu 2.500 € und pro Wohngruppe mit maximal 10.000 €. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Wohnen im Alter“.

Hilfsmittel

Im fortgeschrittenen Stadium einer Osteoporose-Erkrankung können alltägliche Dinge wie Einkaufen, Hausarbeit, An- und Ausziehen zum Problem werden und ohne fremde Hilfe nur noch schwer durchführbar sein. Eine Reihe von Hilfsmitteln können die Mobilität und die Selbstständigkeit erhöhen.

Vor der Anschaffung von Hilfsmitteln zur Alltagserleichterung sollte ein Beratungsgespräch mit dem behandelnden Arzt, Physio- oder Ergotherapeuten stattfinden, damit unter der Vielzahl der Hilfsmittel das Richtige für den Patienten ausgewählt wird. Patienten, die sich nach Knochenbrüchen im Krankenhaus und später in einer Reha-Einrichtung aufhalten, werden meist schon dort zu notwendigen Hilfsmitteln beraten.

Folgende Hilfsmittel können bei Osteoporose sinnvoll sein:

- **Hüftprotektoren** (Schutzpolster) werden zusammen mit sog. Hüftschutzhosen getragen. Dies sind spezielle Unterhosen, in deren Seitentaschen die Hüftprotektoren eingesteckt werden. Sie sollen Knochenbrüche bei einem Sturz verhindern.
- **Orthesen oder elastische Bandagen** stützen die Wirbelsäule, wirken Fehlhaltungen entgegen und können den Körper bei Schmerzen entlasten. Es gibt aktive und passive Orthesen. Die passive stützt und entlastet nur. Die aktive unterstützt eine aufrechtere Haltung und stärkt die Muskulatur.
- **Adaptionshilfen** wie z.B. Schuhanzieher, Strumpfanzieher, rutschfeste Unterlagen für den Tisch und Greifzangen.
- **Hilfsmittel zur Erleichterung des Alltags** wie z.B. spezielle Griffe im Bad, Toilettensitzerhöhung, Badewannenbrett, Duschstuhl und speziell angepasste Werkzeuge (Dosen- und Flaschenöffner, Besteck).
- **Geh-, Sitz- und Stehhilfen** wie z.B. Gehstöcke, Rollator, Keilkissen zum Aufrechtsitzen.
- **Hausnotrufsysteme** (siehe S. 77) ermöglichen pflegebedürftigen Menschen per Knopfdruck Hilfe anzufordern.

Kostenübernahme von Hilfsmitteln

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten von Hilfsmitteln mit zum Teil starken Einschränkungen. Auf jeden Fall muss ein Arzt das Hilfsmittel und/oder Heilmittel verordnen.

Haltbare Hilfsmittel, z.B. Krücken, Rollstühle und Badehilfen, werden meist leihweise überlassen.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Sanitäts- und Reha-fachgeschäfte, die einen Vertrag mit der Krankenkasse abgeschlossen haben. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Hilfsmittel bei einem Anbieter, der keinen Vertrag mit der Krankenkasse hat, muss er die Mehrkosten selbst tragen. Wer dies vermeiden möchte, sollte sich vorab die Vertragspartner von der Krankenkasse benennen lassen.

Festbeträge

Festbeträge gibt es in der Krankenversicherung für Hilfsmittel in den Gruppen Sehhilfen, Hörhilfen, Inkontinenzmittel, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, Stoma-Artikel und Einlagen. Die Krankenkasse erstattet nur bis zu diesem Betrag. Wird ein Hilfsmittel ausgewählt, das über dem Festbetrag liegt,

muss der Versicherte den Differenzbetrag (Eigenanteil) selbst übernehmen. Die Höhe der Festbeträge kann beim GKV-Spitzenverband unter www.gkv-spitzenverband.de > *Krankenversicherung* > *Hilfsmittel* > *Festbeträge* eingesehen werden.

Die Zuzahlung richtet sich nur nach der Höhe des Festbetrags. In der Regel wird der Patient also dann Eigenanteil plus Zuzahlung leisten.

Zuzahlung

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

- **Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** können mehrmals von einem Versicherten oder im Wiedereinsatz von verschiedenen Versicherten verwendet werden, z.B. Rollstuhl, Beatmungsgerät, Absauggerät. Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises zu, jedoch mindestens 5 und maximal 10 €.
- **Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel** können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen z.B. Vorlagen bei Inkontinenz (Produktgruppe 15), saugende Bettschutzeinlagen und Einmalhandschuhe (Produktgruppe 19). Der Versicherte zahlt 10 % des Abgabepreises (je Packung) zu, maximal jedoch 10 € monatlich. Dies gilt unabhängig davon, ob die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel aufgrund einer oder mehrerer Indikationen oder aus mehreren Produktgruppen benötigt werden.

Gibt es für das Hilfsmittel einen **Festbetrag** (siehe S. 73), dann richtet sich die Zuzahlung nach diesem. Eine **Zuzahlungsbefreiung** (siehe S. 17) ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich.

Praxistipps!

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem online recherchiert werden kann: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend, d.h. es können im Einzelfall auch weitere Hilfsmittel von der Krankenkasse übernommen werden. Eine für Laien besser verständliche und nutzbare Übersicht bietet Rehadat unter www.rehadat-hilfsmittel.de.
- Sanitätshäuser oder z.B. orthopädische Schuhmacher verfügen in der Regel über detailliertes und praxisnahes Wissen zu Hilfsmitteln und auch zu individuellen Sonderanfertigungen. Sie beraten auch zum Eigenanteil und wissen, ob das Hilfsmittel zuerst von der Krankenkasse genehmigt werden muss.
- Pflegefachkräfte können seit 1.1.2022 Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel empfehlen, das ersetzt eine ärztliche Verordnung. Näheres unter „Empfehlung durch Pflegekräfte“, siehe S. 75.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, z.B. weil es nicht im Hilfsmittelverzeichnis gelistet ist, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Näheres unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Widerspruch im Sozialrecht“.

Wer hilft weiter?

Die Krankenkassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.

Pflegehilfsmittel

Ist ein Patient mit Osteoporose pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (siehe S. 64), bezahlt die Pflegekasse bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, welche die selbstständige Lebensführung des Patienten fördern. Im Gegensatz zu Hilfsmitteln, die von der Krankenversicherung über ein Rezept des Arztes erhältlich sind, können Pflegehilfsmittel direkt bei der Pflegekasse beantragt werden.

Kosten

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

Die Kostenübernahme ist ähnlich geregelt wie bei Hilfsmitteln, die die Krankenkasse zahlt (siehe S. 73).

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

Zuzahlungen

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, müssen für **technische Hilfen**, z.B. Pflegebetten und Rollatoren, folgende Zuzahlung leisten:

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

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

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 17).

Empfehlung durch Pflegekräfte

Pflegefachkräfte können seit 1.1.2022 eine konkrete Empfehlung zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln abgeben, ohne eine zusätzliche ärztliche Verordnung. Erhalten Pflegebedürftige Pflegesachleistung, Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit, häusliche Krankenpflege oder außerklinische Intensivpflege, können Pflegekräfte den Bedarf an Hilfs- und Pflegehilfsmitteln gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen ermitteln und konkret empfehlen.

Die **Empfehlung** darf bei Antragstellung **nicht älter als 2 Wochen** sein und wird vom Pflegebedürftigen **an den Hilfsmittel-Leistungserbringer**, z.B. ein Sanitätshaus oder Vertragspartner der Kranken- oder Pflegekasse, zusammen mit dem formlosen, schriftlichen **Antrag** weitergeleitet. Vertragspartner können bei der Kranken- oder Pflegekasse vorab erfragt werden. In Ausnahmefällen kann der Antrag vom Pflegebedürftigen oder der Pflegefachkraft auch direkt an die Kranken- oder Pflegekasse weitergeleitet werden.

Wohnumfeldverbesserung

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

Voraussetzungen

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

Die Wohnumfeldverbesserung zählt zu den Pflegehilfsmitteln. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt, die Pflegebedürftigkeit festgestellt und die Maßnahmen bei der Pflegekasse beantragt werden.

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

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

Begutachtung

Manchmal schaltet die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) zur Begutachtung der häuslichen Pflegesituation ein. Dieser stellt vor Ort fest, ob entsprechende Mängel für die Pflegesituation und Sicherheitsrisiken vorliegen und ob die Wohnraumanpassung einen Umzug in ein Pflegeheim verhindern kann.

Beispiele bezuschussungsfähiger Maßnahmen

Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen.

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

Höhe

Die Pflegekasse leistet maximal 4.000 € Zuschuss je Maßnahme.

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

Praxistipps!

- Reichen die Leistungen der Wohnumfeldverbesserung für die notwendigen Umbaumaßnahmen nicht aus, können Leistungen auch im Rahmen der **Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen** über den zuständigen Eingliederungshilfe-Träger beantragt werden. Für Leistungen der Eingliederungshilfe muss ab einem bestimmten Einkommen ein Beitrag geleistet werden. Weitere Informationen unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“.
- **Bevor** der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein **Antrag** zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst **danach** mit der Rechnung zur Pflegekasse geht, wird **kein** Zuschuss gewährt.
- Die **KfW-Bankengruppe** fördert mit dem Programm Nummer 159 „Altersgerecht Umbauen“ alle Baumaßnahmen, die Barrieren reduzieren und eine angenehme Wohnqualität gewährleisten, sowie den Kauf umgebauter Immobilien. Eigentümer, Vermieter oder, mit Zustimmung des Vermieters, auch Mieter erhalten auf Antrag einen zinsgünstigen Kredit von maximal 50.000 € pro Wohneinheit. Eine förderfähige Maßnahme kann zu 100 % kreditfinanziert sein. Näheres unter www.kfw.de > Suchbegriff: „159“. Der Antrag muss gestellt werden, bevor die Umbaumaßnahme beginnt oder der Kauf erfolgt.
- Wer eine altersgerechte Immobilie erwirbt, kann den obigen Barrierefrei-Kredit auch mit zwei **KfW-Wohneigentumsprogrammen** für selbstgenutzte Wohnungen kombinieren: www.kfw.de > Suchbegriff „124“ für selbst genutztes Wohneigentum oder Suchbegriff: „134“ für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen.
- Bei einer Mietwohnung sollte vor Antragstellung das **Einverständnis des Vermieters** eingeholt werden.

Wer hilft weiter?

- Viele Städte und Gemeinden haben Wohnberatungsstellen für Wohnraumanpassung und barrierefreies Wohnen. In manchen Fällen kommen die Berater auch in die Wohnung des Pflegebedürftigen, um gemeinsam zu sehen, welche Veränderung sinnvoll und durchführbar ist. Weitere Anlaufstellen sind Pflegestützpunkte.
- Der Verein Barrierefrei Leben e.V. informiert über Ansprechpartner und Adressen nach Bundesländern sortiert unter www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen* > *Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren* > *Wohnberatungsstellen*.

Hausnotrufsysteme

Bei einem Patienten mit Osteoporose besteht eine erhöhte Gefahr, dass er sich bei einem Sturz verletzt. Hier kann ein Hausnotrufsystem sinnvoll sein, denn das ermöglicht dem Betroffenen bei Hilflosigkeit schnell Unterstützung zu erhalten. 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 €.

Die Pflegekasse gewährt auf Antrag und nach Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) in der Regel einen Zuschuss: Für die Anschlussgebühr maximal 10,49 € und für die monatlichen Gebühren je 23 € pro Monat.

Für die Kostenübernahme durch die Pflegekasse sind folgende Kriterien maßgeblich:

- Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1),
- allein oder überwiegend allein lebend,
- mit einer Person lebend, die in einer Notsituation ein handelsübliches Telefon nicht bedienen kann,
- durch die aktuelle gesundheitliche Situation muss jederzeit mit einem Notfall gerechnet werden.

Die restlichen Kosten muss der Pflegebedürftige selbst tragen. Bei niedrigem Einkommen kann auch das Sozialamt bezuschussen.

Die Kosten für ein Hausnotrufsystem können als haushaltsnahe Dienstleistungen von der Steuer abgesetzt werden.

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.

Wer hilft weiter?

Anbieter von Hausnotrufsystemen sind in der Regel soziale Hilfsorganisationen, z.B.: Arbeiter-Samarter-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.

Adressen

Folgende Organisationen bieten Informationen und hilfreiche Adressen für Menschen, die an Osteoporose leiden oder gefährdet sind, daran zu erkranken:

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO)

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 301314-0 (Mo–Do 7.30–16 Uhr, Fr 7.30–13 Uhr)
Fax: 0211 301314-10
E-Mail: info@osteoporose-deutschland.de
www.osteoporose-deutschland.de

Netzwerk-Osteoporose e.V.

Ludwigstr. 22, 33098 Paderborn
Telefon: 05251 280586 oder 21120, Mobil: 0172 8378965
Fax: 05251 1849771
E-Mail: buero@netzwerk-osteoporose.de
www.netzwerk-osteoporose.de

Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e.V. (OSD)

Hohe Str. 38, 99867 Gotha
Telefon: 03621 51258-1
Fax: 03621 51258-2
E-Mail: info@osd-ev.org
www.osd-ev.org

Hypophosphatasie Deutschland e.V. (HPP)

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

DVO Dachverband Osteologie e.V.

Büro: Kaiser-Wilhelm-Str. 2, 45276 Essen
Telefon: 0201 85762704
Fax: 0201 8052717
E-Mail: info@dv-osteologie.de
<https://dv-osteologie.org>

International Osteoporosis Foundation

Englischsprachige Informationen
9, rue Juste-Oliver, CH-1260 Nyon, Schweiz
Telefon: +41 22 994 0100
info@osteoporosis.foundation
www.osteoporosis.foundation

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Janina Del Giudice

Redaktionsteam

Claudia Gottstein, Simone Kreuzer, Luisa Milazzo, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© crevis – stock.adobe.com – ID 128459232

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2022

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.

15. vollständig überarbeitete Auflage, Februar 2022

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen Grad der Behinderung (GdB) angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB. Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit (Schwer-)Behinderung in Betracht.

20	30/40	50	60	80	90	100
Eine Funktions-einschränkung ab einem GdB von 20 gilt als Behinderung.		Preisnachlass bei mehreren Festnetz- und Mobilfunkbetreibern	Behinderten-Pauschbetrag: 1.440 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.120 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.460 € (§ 33b EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 2.840 € (§ 33b EStG)
Behinderten-Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 384 € (§ 33b Einkommensteuergesetz EStG)	Schwerbehinderteneigenschaft (§ 2 Abs. 2 SGB IX)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI: 2.100 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 6,12 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV)	Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung (wenn gleichzeitig Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI besteht): 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)	Sozialtarif bei der Telekom mit zusätzlichem Merkzeichen BI oder GI: Ermäßigung um bis zu 8,72 €. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.	Freibetrag beim Wohngeld: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)
	Bevorzugte Einstellung, Beschäftigung (§§ 164, 205 SGB IX)	Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI und häuslicher oder teilstationärer Pflege/Kurzzeitpflege: 1.800 € (§ 17 Wohngeldgesetz)	Oranger Parkausweis bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen			Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeträge (AGB der Anbieter)
	Kündigungsschutz (§§ 168 ff. SGB IX)	Ermäßigung oder Befreiung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)	70	4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)		Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 € (§ 24 Wohnraumförderungsgesetz)
	Begleitende Hilfe im Arbeitsleben (§ 185 SGB IX)	Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)	Behinderten-Pauschbetrag: 1.780 € (§ 33b EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)		
	Freistellung von Mehrarbeit (§ 207 SGB IX)	Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag bei der Steuer absetzen:	Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km, ab dem 21. km 35 ct/km (§ 9 Abs. 1 Nr. 4 EStG) oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit (§ 9 Abs. 2 EStG)			
	Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub (§ 208 SGB IX)	Bei Pflegegrad 2: 600 €				
	Abschlagsfreie Altersrente für schwerbehinderte Menschen 2 Jahre früher möglich. Vorzeitige Altersrente um bis zu 5 Jahre mit Abschlägen (§§ 37, 236a SGB VI) bzw. vorzeitige Pensionierung von Beamten (§ 52 BBG) möglich	Bei Pflegegrad 3: 1.100 €				
	Behinderten-Pauschbetrag: GdB 30: 620 € GdB 40: 860 € (§ 33b EStG)	Bei Pflegegrad 4 oder 5: 1.800 €				
	Stundenermäßigung bei Lehrern: je nach Bundesland	Bei Merkzeichen H: 1.800 € (§ 33b Abs. 6 EStG)				
	Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, AVD (Satzungen der Clubs)		Ermäßigte BahnCard			

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

Kraftfahrzeughilfe und kommunale Fahrdienste kommen bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen für viele Menschen mit Behinderung in Betracht.

aG	B	BI	G	GI	H	RF
außergewöhnlich gehbehindert	Notwendigkeit ständiger Begleitung	blind	erheblich gehbehindert	gehörlos	hilflos	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags
Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung der Begleitperson <ul style="list-style-type: none"> im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen (§ 228 ff. SGB IX) blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Special Conditions of International Carriage SCIC) 	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX) oder 50 % Kfz-Steuerermäßigung (§ 3a Abs. 2 Satz 1 KraftStG)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke (§ 228 ff. SGB IX)	Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr (§ 228 ff. SGB IX)	Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 6,12 €/Monat (§ 4 RBeitrStV)
Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für Empfänger von Blindenhilfe Ermäßigung bei GdB 60 allein wegen Sehbehinderung und Merkzeichen RF (§ 4 RBeitrStV) 	Ab GdB 70 behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 900 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Telekom-Sozialtarif bei GdB von mind. 90 : Ermäßigung um bis zu 8,72 €/Monat	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Telekom-Sozialtarif: Ermäßigung um 6,94 €/Monat bei bestimmten Tarifen, nicht bei Flatrates
Blauer Parkausweis (§ 46 Abs. 1 StVO)	Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar (§ 33 EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)	Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII)	Rundfunkbeitrag: <ul style="list-style-type: none"> Befreiung für taubblinde Menschen Ermäßigung für Gehörlose und hörgeschädigte Menschen, denen das Merkzeichen RF zuerkannt wurde (§ 4 RBeitrStV) 	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	taubblind
Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	Blindenhilfe und in vielen Bundesländern Landesblindengeld	Oranger Parkausweis bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen (§ 46 StVO)	In vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Befreiung vom Rundfunkbeitrag (§ 4 RBeitrStV)
Im Regelrentenalter oder bei voller Erwerbsminderung Mehrbedarfserhöhung bei Sozialhilfe und ALG II: 17 % (§ 30 SGB XII)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörselosgeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörselosgeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)
Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)	Krankenkasse übernimmt Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen (§ 60 SGB V)	Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar (alternativ zur Entfernungskostenpauschale, § 9 Abs. 2 Satz 3 EStG)	Gehörselosgeld in Berlin, Brandenburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	Behinderungsbedingte Fahrtkostenpauschale bei der Steuer absetzbar: 4.500 € (§ 33 Abs. 2a EStG)	Pauschbetrag bei der Steuer absetzbar: 7.400 € (§ 33b Abs. 3 Satz 3 EStG)

