

Parkinson

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen zur Erkrankung



Vorwort

Parkinson ist nach dem englischen Arzt Dr. James Parkinson benannt, der die Krankheit 1817 als Erster beschrieben hat. Die Erkrankung wird wegen einem Teil der typischen Symptome auch als „Schüttellähmung“ bezeichnet.

Parkinson beginnt schleichend, deshalb ist es schwer die Zahl der Patienten zu schätzen. Etwa 400.000 Menschen in Deutschland sollen betroffen sein, die meisten sind über 60 Jahre alt. Die steigende Lebenserwartung durch den medizinischen Fortschritt führt dazu, dass es bis zum Jahr 2030 schätzungsweise zu einer Verdopplung der Parkinson-Erkrankungen kommen wird.

Parkinson ist eine langsam fortschreitende Erkrankung, was für Patienten sehr belastend sein kann. Medikamente und Therapien können den Verlauf der Krankheit bremsen, doch die Betroffenen wissen, dass sie den Rest ihres Lebens mit den zunehmenden Symptomen und der Therapie leben müssen.

Dieser Ratgeber möchte Betroffene und Angehörige dabei unterstützen, mit den krankheitsbedingten Veränderungen umzugehen sowie geeignete Hilfe und Unterstützung aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zu erhalten.

Die Themenauswahl des Ratgebers richtet sich danach, welche Fragen erfahrungsgemäß bei Menschen mit Parkinson aufkommen und welche Leistungen der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung häufig von Bedeutung sind.

Wir hoffen Sie damit in Ihrer oftmals schwierigen Situation unterstützen zu können.

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

Inhalt

Vorwort	2
Parkinson	5
Formen	5
Symptome	5
Behandlung	6
Psychische Beeinträchtigungen	9
Psychotherapie	9
Leben mit Parkinson	10
Alltag und Angehörige	10
Sport und Bewegung	11
Ernährung	12
Vermehrtes Schwitzen	13
Schlafstörungen	14
Sexuelle Probleme	15
Autofahren und Führerschein	15
Urlaub	16
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	19
Zuzahlungsregelungen	19
Zuzahlungsbefreiung	20
Sonderregelung für chronisch Kranke	23
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	25
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	26
Krankengeld	28
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	33
Rehabilitation	35
Überblick über Reha-Leistungen	36
Kostenträger	36
Medizinische Rehabilitation	38
Ambulante Reha-Maßnahmen	40
Stationäre Reha-Maßnahmen	40
Finanzielle Regelungen bei Reha-Leistungen	43
Anschlussheilbehandlung	45
Stufenweise Wiedereingliederung	46
Berufliche Reha-Maßnahmen	48
Übergangsgeld	50
Reha-Sport und Funktionstraining	52
Haushaltshilfe	54
Behinderung	55
Definition	56
Grad der Behinderung	56

Schwerbehindertenausweis	57
Nachteilsausgleiche	58
Pflege	59
Definition „Pflegebedürftigkeit“	60
Pflegegrade	62
Pflegeleistungen	64
Leistungen für pflegende Angehörige	68
Hilfsmittel	71
Hilfsmittel für die Hände	71
Hilfsmittel für das Gleichgewicht	71
Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität	71
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	74
Erwerbsminderungsrente	74
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	76
Hilfe zum Lebensunterhalt	79
Wohnen	80
Sturzprophylaxe	80
Wohnumfeldverbesserung	82
Hausnotrufsysteme	83
Patientenvorsorge	86
Vorsorgevollmacht	86
Betreuungsverfügung	86
Patientenverfügung	87
Adressen	88
Impressum	90

Parkinson

Die Parkinson-Erkrankung, auch „Schüttellähmung“ genannt, gehört zu den häufigsten Erkrankungen des Nervensystems. Die Erkrankung beginnt schleichend und schreitet langsam voran.

Parkinson ist eine „neurodegenerative“, d.h. den Verfall des Nervensystems betreffende Erkrankung. In einer bestimmten Hirnregion, den Basalganglien, werden Nervenzellen abgebaut, die den Botenstoff Dopamin herstellen. Der daraus resultierende Mangel an Dopamin beeinträchtigt die Bewegungsfähigkeit und führt zu den typischen Symptomen von Parkinson (siehe unten).

Parkinson kann bisher nicht geheilt werden. Es gibt jedoch verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die den Krankheitsverlauf verlangsamen und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern können.

Formen

Manche Erkrankungen können typische Symptome von Parkinson auslösen. Daher spricht man auch von verschiedenen „Parkinson-Syndromen“, die durch ihre Ursachen unterschieden werden:

- **Idiopathisches Parkinson-Syndrom (IPS):** Dabei handelt es sich um die „eigentliche“ Parkinson-Erkrankung (Morbus Parkinson), die etwa drei Viertel der Patienten betrifft. Die Symptome treten ohne erkennbare Ursache auf. Es kommt zu einem Dopaminmangel, der durch den Untergang von bestimmten Nervenzellen im Gehirn hervorgerufen wird.
- **Symptomatische (sekundäre) Parkinson-Syndrome:** Die Symptome haben bekannte Ursachen, vor allem:
 - Medikamente (z.B. Neuroleptika, Antiemetika, Reserpin, Lithium, Kalziumantagonisten, Valproinsäure)
 - Giftstoffe (z.B. Kohlenmonoxid, Mangan)
 - Bestimmte Krankheiten (z.B. Tumor, Morbus Wilson, Hypoparathyreoidismus, AIDS-Enzephalopathie)
 - Mechanische Gewalteinwirkungen (z.B. durch Unfälle oder Boxen)
- **Genetische Formen des Parkinson Syndroms:** Dabei wird Parkinson durch einen Defekt in einem einzelnen Gen ausgelöst (monogenetische Formen).
- **Atypische Parkinson-Syndrome:** Die Symptome treten aufgrund einer anderen neurodegenerativen Erkrankung auf, z.B. wegen einer Multisystematrophie (MSA), Demenz vom Lewy-Körper-Typ (DLK), progressiven supranukleären Blickparese (PSP) oder kortikobasalen Degeneration (CBD).

Symptome

Parkinson ist durch folgende Leitsymptome charakterisiert, die in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination auftreten können:

- **Rigor:** Erhöhter Muskeltonus, der zu einer Steifigkeit führt, die auch mit Schmerzen verbunden ist. Es kann auch zu ruckartigen Bewegungen kommen (sog. Zahnradphänomen).
- **Ruhetremor:** Zittern in körperlichem Ruhezustand. Typisch sind schnelle Bewegungen der Finger (sog. Münzen zählen).

- **Posturale Instabilität:** Störung der aufrechten Körperhaltung durch eingeschränkte Halte- und Stellreflexe.
- **Bradykinese:** Bewegungsverlangsamung. In Kombination mit dem Rigor entsteht so eine typische Körperhaltung mit nach vorne geneigtem Kopf und Rumpf sowie ausdruckslosem Gesicht.

Neben den klassischen Symptomen treten oftmals folgende **Begleitsymptome** auf:

- Sprechstörungen (leise und monoton)
- Mikrografie (immer kleiner werdende, unleserliche Schrift)
- Verlangsamtes, kleinschrittiges Gangbild (vornübergebeugt mit sehr kleinen Schritten)
- Kurzzeitige Bewegungsstarre (sog. Freezing)
- Eingeschränkte Mimik (sog. Maskengesicht)
- Demenz (Verschlechterung des Gedächtnisses und Verlangsamung von Denkabläufen)
- Depression (tritt häufig bereits vor den eigentlichen Parkinson-Symptomen auf)
- Schlafstörungen
- Störungen des vegetativen Nervensystems (vermehrtes Schwitzen, vermehrte Speichelproduktion, Blasenentleerungsstörungen, Verstopfung, Erektionsstörungen)

Behandlung

Der Verlauf und die Behandlung von Parkinson sind individuell verschieden. Grundsätzlich gilt: Parkinson ist bisher nicht heilbar, es können aber die Symptome gelindert und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamt werden.

Medikamente

Medikamente können auf die Symptome der Krankheit und die damit verbundenen Beeinträchtigungen einwirken, indem sie den Dopaminmangel beeinflussen.

Folgende Wirkstoffe können dabei zum Einsatz kommen:

- **L-Dopa (Abkürzung für Levodopa)**
L-Dopa ist das wirksamste Medikament, besonders auch in der Frühphase der Erkrankung. L-Dopa wird im Gehirn zu Dopamin umgewandelt und meist mit anderen Medikamenten kombiniert.
- **Dopamin-Agonisten**
Dopamin-Agonisten müssen im Gegensatz zu L-Dopa nicht umgewandelt werden, sie wirken direkt an den Empfängerstellen im Gehirn. Die Wirksamkeit ist meist nicht so stark wie bei L-Dopa und es können häufiger Nebenwirkungen auftreten. Dopamin-Agonisten führen aber seltener zu Hyperkinesen (Überbeweglichkeit).
- **COMT-Hemmer (Catechol-O-Methyltransferase-Hemmer)**
COMT-Hemmer verlängern die Wirkdauer von L-Dopa. Die Einnahme ist daher nur in Kombination mit L-Dopa sinnvoll.
- **MAO-Hemmer (Monoaminoxidasehemmer)**
Diese Medikamente verlangsamen den Abbau von Dopamin und werden in Kombination mit anderen Medikamenten eingesetzt.

Daneben gibt es noch einige weitere Medikamente, die als Tabletten, als Pflaster, als Spritzen oder über eine Pumpe gegeben werden können.

Wenn die Krankheit fortschreitet, kann es zu Therapiekomplikationen kommen, z.B. Hyperkinesen oder Wirkungsfluktuationen (Wechsel zwischen Phasen guter und schlechter Beweglichkeit). Medikamente die anfangs noch gut gewirkt haben, helfen dann vielleicht nicht mehr ausreichend. Daher sind regelmäßige ärztliche Kontrollen und eine gute Beobachtung der medikamentösen Therapie wichtig, um eine möglichst wirksame Behandlung zu finden.

Praxistipp!

Parkinson-Patienten müssen oft mehrmals am Tag verschiedene Medikamente einnehmen. Die pünktliche Einnahme ist dabei sehr wichtig. Deshalb sollten Betroffene Hilfsmittel zur pünktlichen Einnahme nutzen, z.B. Tablettenboxen mit mehreren Fächern pro Tag, Apps oder Zeitschaltuhren.

Tiefe Hirnstimulation

Die Tiefe Hirnstimulation, umgangssprachlich als „Hirnschrittmacher“ bezeichnet, ist eine operative Behandlung, die in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat und ein etabliertes Therapieverfahren bei Parkinson ist. Dabei werden Elektroden in die symptomverursachende, überaktive Hirnregion (Basalganglien) implantiert. Unter der Haut wird ein Impulsgeber eingesetzt, der elektrische Impulse an das Gehirn sendet und dadurch die Basalganglien gezielt hemmt. Die Hirnstimulation verbessert in der Regel die Hauptsymptome von Parkinson. Die Begleitsymptome müssen zusätzlich behandelt werden.

Behandlung der Bewegungseinschränkungen

Parkinson beeinträchtigt vor allem Bewegungsfunktionen, z.B. die Körperhaltung, das Gehen und die Feinmotorik. Abhängig von den individuellen Symptomen helfen bestimmte Übungen, die Bewegungsfähigkeit wiederherzustellen und so lange wie möglich zu erhalten.

- **Physiotherapie:** Physiotherapeuten vermitteln Übungen für die Beweglichkeit, um der zunehmenden Bewegungsverarmung entgegenzuwirken. Besondere Schwerpunkte sind Gangtraining, Gleichgewichtsübungen, Verbesserung der Bewegungsinitiierung und -ausführung sowie die Prävention von Stürzen (siehe S. 80). Neben individuellen Trainingsverfahren kann der Physiotherapeut auch bei der Auswahl und dem Gebrauch geeigneter Hilfsmittel (siehe S. <?>) behilflich sein.
- **Ergotherapie:** Ergotherapeuten unterstützen Patienten bei der Durchführung von Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Sie trainieren u.a. die Feinmotorik, z.B. das Öffnen von Knöpfen oder Reißverschlüssen, und erhalten damit Alltagskompetenzen und die Selbstständigkeit der Betroffenen. Auch kognitive Ansätze zur Verbesserung spezifischer Alltagsfunktionen sind Teil der Ergotherapie.
- **Logopädie:** Im Verlauf der Erkrankung können zunehmend Probleme mit dem Sprechen auftreten, weil die Sprechmuskulatur betroffen ist. Dadurch kann die Sprache undeutlicher und oft auch leiser werden. Gezieltes logopädisches Training kann die Sprachprobleme bei Parkinson-Patienten effektiv behandeln. Logopäden helfen auch bei Schluckstörungen, die ebenfalls ein häufiges Symptom bei Parkinson sind.

Multimodale Komplexbehandlung

Bei einer multimodalen Komplexbehandlung werden verschiedene Therapieelemente aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Neuropsychologie zu einer individuellen Therapie zusammengestellt. Betroffene sollen unterstützt werden, möglichst lange im Alltag mobil und aktiv zu bleiben. Die

ganzheitliche Behandlung, mit verschiedenen täglichen intensiven Therapieeinheiten, wird stationär in neurologischen Spezialkliniken durchgeführt und dauert etwa 2–3 Wochen. Die Therapie sollte mindestens 7,5 Stunden pro Woche umfassen. Der Hausarzt oder Facharzt, meist ein Neurologe, kann die Behandlung verordnen. Die Kosten werden von der Krankenkasse in der Regel einmal pro Kalenderjahr übernommen, eine vorherige Genehmigung ist nicht notwendig. Bei dieser Therapie handelt es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme.

Praxistipps!

- Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie fallen unter die **Heilmittel**. Werden sie ärztlich verordnet, übernimmt die Krankenkasse die Kosten. Der Patient muss in der Regel eine Zuzahlung leisten (Näheres ab S. 19).
- **Physiotherapeuten** vor Ort können beim Deutschen Verband für Physiotherapie e.V. unter www.physio-deutschland.de > Service > Physiotherapeutensuche gefunden werden.
- **Ergotherapeuten** vermittelt der Deutsche Verband Ergotherapie unter www.dve.info > Ergotherapie > Infos für Patienten > Therapeutensuche.
- **Logopäden** können beim Deutschen Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie unter www.dbs-ev.de > Zum Therapeutenverzeichnis gefunden werden.

Künstlerische Therapien

Zu den künstlerischen Therapien zählen u.a. die Musik-, Tanz-, Theater- und Kunsttherapie. Dabei handelt es sich um aktivierende Therapieformen, welche die Lebensqualität, die soziale Teilhabe und die Selbstständigkeit im Alltag verbessern sollen.

Neben der Förderung von Körperfunktionen (z.B. der Verbesserung motorischer Fähigkeiten durch Tanztherapie und musikgestütztes Gangtraining) können künstlerische Therapien auch Begleitsymptome wie eine depressive Stimmungslage, Angst, Interessenverlust und kognitive Einschränkungen lindern. Die Therapien sollen auch die Selbst- und Körperwahrnehmung sowie das Selbstwertgefühl stärken und die Entwicklung neuer Lebensperspektiven unterstützen.

Die Kosten für künstlerische Therapien müssen im ambulanten Setting in der Regel von den Betroffenen selbst übernommen werden.

Psychische Beeinträchtigungen

Viele Parkinson-Patienten leiden im Verlauf der Erkrankung unter psychischen Beeinträchtigungen, vor allem unter Depressionen. Ursachen können der Leidensdruck durch Krankheitssymptome und das Wissen um das Fortschreiten der Krankheit, neurochemische Veränderungen oder Nebenwirkungen von Medikamenten sein.

Durch die Erkrankung gelingen bestimmte Dinge nicht mehr bzw. nicht mehr so schnell wie in der Vergangenheit. Dadurch kann sich ein Gefühl des Versagens und des „Nicht-gebraucht-Werdens“ einstellen. Depressionen können auch eine Folge der Medikamente sein. Typische Anzeichen sind Antriebslosigkeit und Niedergeschlagenheit. Patienten und Angehörige sollten sorgfältig auf solche Symptome achten und ggf. mit dem behandelnden Arzt darüber sprechen. Depressionen lassen sich in der Mehrzahl der Fälle gut behandeln, medikamentös und/oder durch Psychotherapie. Selten kommt es infolge von Parkinson-Medikamenten zu Psychosen mit Symptomen wie Wahrnehmungsstörungen oder Wahnvorstellungen. Dann sollte sofort ein Arzt informiert werden.

Psychotherapie

Die Psychotherapie orientiert sich an der jeweiligen Erkrankungsphase sowie den individuellen Möglichkeiten des Patienten und seiner Lebenssituation. Dabei legen Patient und Therapeut gemeinsam das Ziel fest. Die therapeutische Beziehung kann helfen, sich zu reflektieren, zu spüren und sich über seine Gefühle Klarheit zu verschaffen. Langfristig kann sie helfen, Ursachen und/oder Auslöser für Depressionen auf die Spur zu kommen und die damit zusammenhängenden Konflikte zu entschärfen.

Bei psychischen Störungen mit Krankheitswert übernimmt die Krankenversicherung die Kosten bestimmter psychotherapeutischer Behandlungen. Der Patient kann sich seinen Therapeuten selbst aussuchen und bis zu 4 Probesitzungen machen.

Psychotherapeutische Sprechstunde

Den ersten Zugang zum Psychotherapeuten bietet die sog. psychotherapeutische Sprechstunde. In der Regel erhalten Patienten diesen Termin innerhalb von 4 Wochen. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird abgeklärt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Hilfen notwendig sind.

Erwachsene können die Sprechstunde je Krankheitsfall höchstens 6 Mal mit mindestens je 25 Minuten (insgesamt maximal 150 Minuten) beanspruchen; Kinder, Jugendliche und Menschen mit einer geistigen Behinderung (Intelligenzminderung) höchstens 10 Mal (insgesamt maximal 250 Minuten). Für eine anschließende Psychotherapie ist eine psychotherapeutische Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer verpflichtend.

Praxistipps!

- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Durchführung der Psychotherapie eine Psychotherapie-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Psychotherapie-Richtlinie*.
- Details zu Therapeutensuche, Kostenübernahme, Antrag und Dauer unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Psychotherapie“*.

Leben mit Parkinson

Parkinson verändert das Leben des Patienten und damit auch das der Familie und Freunde. Die fortschreitende Krankheit erfordert einen zunehmenden Bedarf an täglicher Hilfe und wirkt sich auch auf die sozialen Kontakte aus.

Die Begleiterscheinungen von Parkinson können die Lebensqualität von Betroffenen stark einschränken. Die folgenden Hinweise können dazu beitragen, die Einschränkungen zu verringern und die Lebensqualität zu verbessern.

Alltag und Angehörige

Oft ziehen sich Patienten zurück und geben lange gepflegte Kontakte auf. Hier sollte man so gut und lange wie möglich gegensteuern:

- Kontakte zu Familie und Freunden pflegen, sich nicht verstecken, mobil bleiben.
- Hilfe in Anspruch nehmen – bei alltäglichen Verrichtungen ebenso wie bei Aktivitäten außer Haus.
- Aktiv bleiben. Weiterhin Hobbys und Interessen nachgehen oder neue entdecken.
- Auch geistig aktiv bleiben. Die geistige Leistungsfähigkeit kann sich im Laufe der Erkrankung verändern. Patienten sollten versuchen, sich geistig fit zu halten, z.B. indem sie viel lesen, Kreuzworträtsel oder andere Denksportaufgaben lösen oder Sprachen lernen.
- Auch mit fortschreitender Krankheit Alltagsaufgaben wahrnehmen, z.B. die Hausarbeit, auch wenn dies deutlich länger dauert als früher.

Einschränkungen der Beweglichkeit können im Alltag durch verschiedene Hilfsmittel (siehe S. 71) ausgeglichen werden. Dadurch kann die Selbstständigkeit so lange wie möglich erhalten bleiben.

Verhaltenstipps für Angehörige

Bei einer fortschreitenden Krankheit wie Parkinson bleiben seelische und körperliche Befindenseinbrüche nicht aus. Angehörige können Betroffene unterstützen, indem sie Trost spenden, Mut machen, Zuversicht vermitteln oder „einfach nur da“ sind.

Angehörige sollten aber darauf achten, dass sie auch ihr eigenes Leben weiterpflegen. Bei aller Hinwendung zum Patienten sollte auch bewusst Zeit für eigene Interessen und Ruhephasen eingeplant werden.

Das Verhalten im Alltag hat durchaus einen therapeutischen Einfluss auf die Erkrankung. Deswegen ist es für Angehörige wichtig, sich so gut wie möglich über Parkinson zu informieren.

Es gibt spezielle Schulungsprogramme für Parkinson-Patienten und ihre Angehörigen, die dazu beitragen, die krankheitsbedingten Belastungen zu mindern und die Stimmung, Lebensqualität und Selbsthilfefähigkeit zu steigern.

Auch der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen ist sinnvoll. Über Behandlungsmöglichkeiten, Krankheitsbewältigungsstrategien und Tipps für den Alltag kann kaum jemand besser informieren als Menschen, die an derselben Krankheit leiden. In Selbsthilfegruppen kann man sich persönlich treffen oder entsprechende Internetangebote (Infos, Foren, Chats) nutzen.



Praxistipps!

- Über den Bundesverband der Deutschen Parkinson Vereinigung können unter www.parkinson-vereinigung.de > *Regionalgruppensuche* Adressen von Selbsthilfegruppen in der Nähe gefunden werden. Die Vereinigung vermittelt auch Adressen für spezielle Schulungsprogramme vor Ort.
- Auch jüngere Menschen können an Parkinson erkranken. Unter <https://jung-und-parkinson.de> finden Betroffene Möglichkeiten des Austauschs mit anderen Erkrankten ihres Alters.
- Ausführliche Informationen für interessierte Patienten und Angehörige bietet die medizinische Leitlinie „Idiopathisches Parkinson-Syndrom“. Sie kann unter www.awmf.org > *Suchbegriff: „Parkinson-Syndrom“* gefunden werden.

Sport und Bewegung

Da viele Erkrankte ihre Beschwerden im Ruhezustand weniger spüren, neigen sie dazu, körperliche Anstrengung zu vermeiden und sich übermäßig zu schonen. Durch Sport und Bewegung können bei Parkinson-Patienten allerdings Muskelsteifheit und Störungen des Bewegungsablaufs vermindert werden. Sport ist eine wirksame Methode, um die Selbstständigkeit und Beweglichkeit möglichst lange zu erhalten.

Betroffene können zu Hause, in Sportgruppen oder unter Anleitung von Physio- bzw. Ergotherapeuten trainieren und gezielte Übungen machen. Besonders gut geeignet sind Schwimmen, Wassergymnastik, Wandern oder Nordic Walking, weil dabei Beweglichkeit, Gleichgewichtsvermögen, Kraft, Körperhaltung und Koordination trainiert werden. Vereine oder Volkshochschulen bieten zum Teil spezielle Angebote. Eher vermieden werden sollten Sportarten, die mit einem hohen Sturzrisiko verbunden sind, z.B. durch schnelle Drehbewegungen. Näheres zur Vorbeugung von Stürzen auf S. 81.

Spezifische Übungen bei Parkinson

Gangbild

Typisch für die Erkrankung ist, dass die Arme nicht mehr mitschwingen und die Schritte immer kleiner werden. Durch zusätzliche Störungen der Halte- und Stellreflexe sowie plötzlich auftretende Blutdruckabfälle kommt es zu Gangunsicherheiten und häufig auch zu Stürzen. Deshalb sollten Arme gegen- gleich zu den Beinen mitbewegt und Füße nicht über den Boden geschliffen werden.

Freezing-Phänomene

Als Freezing-Phänomen wird das plötzliche Verharren in einer Bewegung bezeichnet. Diese motorische Blockade kann bei Betroffenen Stress und Ärger auslösen. Mithilfe einer physiotherapeutischen Behandlung, lässt sich die Überwindung motorischer Blockaden trainieren und auf den Alltag übertragen. Folgende Verhaltenstipps können helfen, das „Einfrieren“ zu überwinden:

- Patient gibt sich selbst Kommandos zur Schrittfolge (z.B. durch Zahlen oder Wörter).
- Im Takt nach einem vorgegebenen Rhythmus (z.B. nach Musik oder Hände klatschen) gehen.
- Begleitperson stellt den eigenen Fuß vor den blockierten Fuß und baut so einen Gegendruck auf.
- Anti-Freezing Stock als Gehhilfe benutzen.

Mimik

Ein weiteres Symptom von Parkinson ist die Verringerung der aktiven mimischen Kommunikation, bedingt durch die Steifheit der Gesichtszüge. Um dem entgegenzuwirken, sollte der Patient vor dem Spiegel verschiedene Gesichtsausdrücke (Freude, Angst, Erschrecken) üben. Schreitet die Erstarrung der Gesichtszüge weiter fort, sollten Betroffene ihre Befindlichkeit zunehmend in Worten ausdrücken, damit Angehörige und Freunde wissen, wie es ihnen geht.

Folgende Übungen können dabei helfen die Gesichtsmuskulatur beweglich zu halten:

- Stirn runzeln
- Abwechselnd Unterkiefer nach rechts und links bewegen
- Lippen spitzen
- Abwechselnd linkes und rechtes Auge zukneifen
- Nase rümpfen
- Zunge nach oben herausstrecken
- Abwechselnd Zunge nach rechts und links herausstrecken
- Abwechselnd rechte und linke Wange aufblasen

Im Idealfall sollten die Übungen mehrmals täglich durchgeführt werden.

Entspannung

Entspannung wirkt der krankheitsbedingten Versteifung entgegen. Entspannung ist aber auch hilfreich, um Stress, Angst und Unsicherheit zu reduzieren, die bei vielen Patienten durch Parkinson und die Symptome hervorgerufen werden und diese gleichzeitig verstärken können. Entspannung kann den Tremor (Zittern) und Schlafprobleme reduzieren. Patienten sollten Entspannungsübungen erlernen und regelmäßig einsetzen. Geeignet sind z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Biofeedback-Verfahren, Yoga oder Atemübungen. Im Internet werden auch spezielle Entspannungs-CDs, Bücher und Broschüren mit Übungen für Parkinson-Patienten angeboten. Auch warmes Wasser wirkt sich günstig aus. Es lockert die Steifheit der Muskulatur, stärkt sie gleichzeitig und reduziert damit die Verletzungsgefahr bei Stürzen.

Ernährung

Grundsätzlich gilt: Jeder Mensch benötigt eine gesunde und ausgewogene Ernährung. Patienten mit Parkinson sollten zudem folgende Hinweise beachten:

- Das Zittern, die Daueranspannung der Muskeln sowie die Anstrengung, eine begonnene Bewegung zu Ende zu führen, kosten den Körper viel Kraft. Daher sollte auf eine **ausreichende Nährstoffzufuhr** geachtet werden, um einen ungewollten Gewichtsverlust zu vermeiden.
- Parkinson-Patienten leiden oft unter Obstipation (Verstopfung) und Völlegefühl. Ursache dafür ist eine verminderte Beweglichkeit der Magen-Darm-Muskulatur. Sie sollten deswegen auf **ballaststoffreiche Ernährung** achten, z.B. mit Getreide, Gemüse und Kartoffeln, **viel Flüssigkeit** zu sich nehmen und sich **ausreichend bewegen**. Eine aktive Magen-Darm-Muskulatur fördert zudem die Aufnahme von L-Dopa.
- **Ausreichend trinken**, mindestens 2 bis 3 Liter am Tag, da Parkinson-Medikamente den Körper etwas austrocknen lassen und weil ausreichend Flüssigkeit einer Verstopfung vorbeugen kann.
- Bei manchen Patienten reduziert **Alkohol** das Zittern, dennoch sollte Alkohol nicht als Selbsttherapie

eingesetzt werden, da dies zu Abhängigkeit führen kann. Darüber hinaus kann es zu Wechselwirkungen mit Medikamenten kommen. Alkohol führt auch bei gesunden Menschen zu langsameren Reaktionen, schlechterer Koordination und undeutlicher Sprache. Parkinson-Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung bereits diese Symptome haben, sollten Alkohol meiden. Darüber hinaus gilt: Genuss ja, aber in Maßen.

- Wenn **Kaffee, Tee** oder andere anregende Getränke das Zittern verstärken, sollten sie gemieden werden.
- **Vitaminreiche Ernährung**, z.B. in Form von Obst und Gemüse, ist grundsätzlich wichtig, wenn möglich fünf Portionen täglich (Eine Portion entspricht in etwa einer Handvoll).

Einnahme von L-Dopa

Bei Einnahme von L-Dopa ist auf Folgendes zu achten:

- L-Dopa wirkt auf nüchternen Magen besser und sollte mindestens 30 Minuten vor dem Essen eingenommen werden.
- Eiweiß verringert die Aufnahme von L-Dopa in den Körper. Bei hoher Dosierung von L-Dopa sollte eiweißreiche Kost (z.B. Fisch, Fleisch, Eier, Soja) zeitlich versetzt zur Medikamenteneinnahme gegessen werden. L-Dopa sollte eine halbe bis eine Stunde vor stark eiweißhaltiger Nahrung eingenommen werden oder eineinhalb bis zwei Stunden danach.
- Wenn L-Dopa Übelkeit verursacht, kann es helfen bei der Medikamenteneinnahme z.B. ein Stück trockenes Brot zu essen. Gegen extreme Übelkeit kann der Arzt zusätzliche Medikamente verordnen.

Dysphagie (Schluckbeschwerden)

Ein Symptom der Parkinson-Erkrankung kann eine Schluckstörung (Dysphagie) sein, die allerdings nicht bei jedem Patienten auftritt. Die Schluckstörung verursacht Verschlucken mit Husten. Auf längere Sicht kann dies zu einer Bronchialerkrankung und zu Untergewicht führen.

Mit einfachen Möglichkeiten können diese Störungen reduziert werden.

- Beim Essen **aufrecht sitzen** und den Kopf nicht zurücklegen.
- Auf das Essen **konzentrieren**, vor allem bei der Einnahme flüssiger Speisen.
- Günstiger als z.B. dünne Suppe ist **breiige, dickflüssige oder feste** Nahrung.
- Andicken flüssiger Nahrung mit Andickungspulver.
- Mehrmals schlucken, auch wenn der Mund schon leer ist.



Praxistipp!

Logotherapeuten können Übungen und Techniken zeigen, mit denen Schluckstörungen reduziert werden können. Näheres auf S. 7.

Vermehrtes Schwitzen

Sehr starkes Schwitzen ist ein häufiges Symptom, unter dem Parkinson-Patienten leiden. Die gestörte Regulation der Schweißdrüsen und ein geringer Dopaminspiegel werden als ursächlich dafür angenommen. Die Schweißausbrüche treten vor allem nachts auf.

Es gibt einige Medikamente, die solche Beschwerden lindern können. Wenden Sie sich daher am besten an Ihren behandelnden Arzt.

Folgende Tipps können hilfreich sein:

- Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr achten.
- Nahrung und Getränke, die Schwitzen verstärken, vermeiden.
- Hitze und anstrengende Tätigkeiten meiden.
- Keine enganliegende oder Kleidung aus Kunstfasern tragen.
- Wechselkleidung für nachts neben das Bett legen.
- Aufenthalt in überhitzten oder überfüllten Räumen meiden.
- Erfrischende, kühlende Feuchtigkeitssprays benutzen.
- Wenn es krankheitsbedingt möglich ist, schwimmen gehen.
- Nachtwäsche aus Baumwolle tragen.

Schlafstörungen

Parkinson-Patienten leiden häufig unter Schlafproblemen. Diese können durch die Erkrankung selbst oder die medikamentöse Behandlung entstehen.

Folgende Hinweise können helfen, einen gesunden Schlafrhythmus zu entwickeln:

- Regelmäßige Schlafenszeiten. Morgens auch nach schlafloser Nacht aufstehen.
- Tagsüber keine Nickerchen machen (vor allem nicht nach 15 Uhr und nicht länger als 20 Minuten).
- Kein übermäßiger Alkohol-, Kaffee- und Nikotinkonsum.
- 3 Stunden vor dem Zubettgehen keine größeren Mengen essen und/oder trinken.
- Regelmäßige Bewegung am Tag, gegen Abend jedoch keine körperliche Anstrengung mehr.
- Schlaffördernde Umgebung schaffen (kühle Raumtemperatur, kein Fernsehen im Bett, dunkel und leise, Schlafzimmer nur zum Schlafen benutzen).
- Bei Schlaflosigkeit nicht lange wach im Bett liegen, sondern aufstehen und etwas anderes machen (dabei möglichst kein grelles Licht anschalten).
- Einschlafrituale (z.B. leise Einschlafmusik) können hilfreich sein.

Neben den oben genannten Hinweisen gibt es zudem spezielle Maßnahmen, die für Parkinson-Patienten von Bedeutung sind:

- Harte Matratzen, Bettwäsche mit glatter Oberfläche (z.B. Satin, Seide) und eine leichte Bettdecke verbessern die Bewegungsfreiheit im Bett.
- Um nächtlichem Harndrang entgegenzuwirken, sollte nach 18 Uhr nichts mehr getrunken werden. ggf. kann eine Urinflasche am Bett hilfreich sein.



Praxistipp!

Es gibt spezielle Matratzen für Parkinson-Patienten, die sich den Bewegungsabläufen des Körpers besser anpassen. Fragen Sie bei Ihrer Krankenkasse nach, ob diese ein solches „Bewegungsbett“ finanziert.

Sexuelle Probleme

Parkinson kann das sexuelle Empfinden verändern – entweder durch die Krankheit selbst oder wegen bestimmter Medikamente.

Manche Medikamente können eine Erektionsschwäche verursachen. Dopamin-Agonisten führen dagegen häufig zu einer Libido-Steigerung – die körperlichen Beeinträchtigungen bleiben dabei allerdings bestehen. Bei Frauen ergeben sich Beschwerden durch starke Trockenheit der Vagina, die auch bei Erregung nicht feucht wird.

Auch Scham oder Versagensängste können das Sexualeben stark belasten. Die Bewegungseinschränkungen aufgrund der Krankheit, eine vermehrte Speichelproduktion oder Inkontinenz können dazu führen, dass Betroffene sich zurückziehen und ihre Sexualität nicht mehr ausleben wollen.

Das führt bei vielen Paaren zu Unsicherheiten. Es ist wichtig, Probleme und Ängste offen zu thematisieren, ggf. auch mit dem Arzt. Dann können gemeinsam Wege gefunden werden, trotz Krankheit Sexualität leben zu können.



Wer hilft weiter?

Bei sexuellen Schwierigkeiten können Pro Familia Beratungsstellen Unterstützung bieten. Adressen finden Sie unter www.profamilia.de > *Beratungsstellen*.

Autofahren und Führerschein

Die Beeinträchtigungen infolge von Parkinson können die Fahrtüchtigkeit einschränken und dazu führen, dass die Fahreignung nicht mehr gegeben ist.

Autofahren darf deshalb nur, wer sicherstellen kann, dass er andere Verkehrsteilnehmer nicht gefährdet. Ist ein Patient fahruntauglich und steuert dennoch ein Kraftfahrzeug, macht er sich strafbar und muss für mögliche Schäden selbst aufkommen. Bei einem Unfall muss er mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Fahrerlaubnis bei Parkinson

Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen geben Hinweise auf die Kraftfahreignung bei Parkinson. Parkinson-Patienten können ein Kfz nicht mehr sicher führen, wenn aufgrund des individuellen körperlichen oder geistigen Zustands eine Verkehrsgefährdung zu erwarten ist. Eine Kraftfahreignung ist nur bei erfolgreicher Therapie oder in leichten Fällen der Erkrankung gegeben. Voraussetzung ist eine neurologische und ggf. psychologische Begutachtung, die in regelmäßigen Abständen wiederholt werden muss. Ärzte sind verpflichtet, Patienten über die Gefahren bei der Teilnahme am Straßenverkehr zu informieren. Verhält sich ein Patient trotz entsprechender Aufklärung durch den Arzt unvernünftig, ist der Arzt berechtigt, seine Schweigepflicht zu brechen und die Verkehrsbehörde oder Polizei zu benachrichtigen.

Die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ können kostenlos heruntergeladen werden *unter www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung > unten „zum Download ...“ > oben „Begutachtungsleitlinien ...“ > rechts „Volltext ...“*. Die speziellen Bestimmungen für die Fahrtauglichkeit bei Parkinson sind in Kapitel 3.9.3 aufgeführt.

Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Bei Wirkungen oder Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die die Fähigkeit zum Führen eines

Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen keine Fahreignung gegeben. Im Verlauf der medikamentösen Behandlung bei Parkinson können z.B. eine vermehrte Tagesmüdigkeit, Sekundenschlaf und Störungen der Impulskontrolle auftreten.

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Parkinson-Patienten können ihre Fahrtauglichkeit anhand einiger Fragen selbst überprüfen, z.B.:

- Kann der Nacken noch einwandfrei bewegt werden oder ist das Blickfeld durch die Muskelsteifheit eingeschränkt?
- Kann noch problemlos zwischen Gas und Bremse gewechselt werden?
- Wird Schläfrigkeit auch untertags festgestellt?
- Kann auf unvorhergesehene Situationen immer rasch reagiert werden?

Betroffene können zudem verschiedene Angebote nutzen, um ihre Fahrtüchtigkeit zu testen:

- Der ADAC überprüft die persönliche Reaktionszeit.
- Die DEKRA oder der TÜV bieten Eignungstests. Diese unterliegen der Schweigepflicht.
- Geprüfte Fahrlehrer können in einer Fahrstunde feststellen, ob sich ein Patient noch sicher im Verkehr bewegen kann.

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit, fordert die Führerscheinstelle in der Regel ein fachärztliches Gutachten. Das Gutachten sollte nicht vom behandelnden Arzt, sondern von einem anderen Facharzt erstellt werden.

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

Die MPU setzt sich aus folgenden Teilen zusammen:

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



Wer hilft weiter?

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

Urlaub

Eine Parkinson-Erkrankung ist kein Hindernis für eine Urlaubsreise. Patienten sollten aber vorher die Reise gut planen. Übermäßige Hektik und Anstrengung sollten vermieden werden.

Folgendes ist für einen erholsamen Urlaub zu beachten:

- Viele Parkinson-Patienten haben Probleme mit der Wärmeregulation des Körpers und neigen zu Schweißausbrüchen. In diesen Fällen sind Reisen in **heiße Regionen möglicherweise belastend**.
- Von zu Hause aus erkundigen, ob es **am Urlaubsort medizinische Versorgung** für einen eventuellen Notfall gibt.
- Mit dem behandelnden Arzt die bevorstehende Reise besprechen:
 - Worauf muss geachtet werden?
 - Ist die medikamentöse Einstellung in Ordnung?
 - Kann man für die An- und Abreise lange genug im Auto oder Zug sitzen?
 - Kann man selbst/alleine fahren?
 - Wie sollen bei Zeitverschiebung während der An- und der Rückreise und auch während des Aufenthalts die Medikamente eingenommen werden? Dies ist besonders bei Flugreisen wichtig, wenn es zu einer erheblichen Zeitverschiebung kommt. Eventuell müssen die Medikamente während des Flugs auch in der Nacht weiter eingenommen werden.
- **Ausreichend** Medikamente mitnehmen: Einen Teil der Medikamente im Reisegepäck, den anderen Teil im Handgepäck mitführen, falls Gepäckstücke abhanden kommen.
- Eine Liste mit der **internationalen Bezeichnung** der Medikamente mitführen.
- Eine kleine **Reiseapotheke** mit Medikamenten gegen Übelkeit, Durchfall oder Verstopfung mitführen, die mit den Parkinson-Medikamenten verträglich sind. Der behandelnde Arzt kann Geeignetes verschreiben oder empfehlen.
- Auf ausreichende **Flüssigkeitszufuhr** achten. In warmen Regionen besser einen Liter mehr trinken.
- Für ausreichenden Auslandskrankenschutz sorgen.

Krankenversicherungsschutz im Ausland

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

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

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



Praxistipps!

- Ab etwa 10 € im Jahr kann bereits eine **private Auslandsreisekrankenversicherung** abgeschlossen werden. Anbieter sind z.B. Versicherungsgesellschaften, Banken oder Automobilclubs. Auch die Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.
- Parkinson-Patienten sollten einen Notfallausweis mit sich führen, der im Notfall auf die Einnahme von L-Dopa hinweist. Im Internet können verschiedene Vordrucke dafür gefunden werden, z.B. bei der Regionalgruppe Leverkusen/Opladen der Deutschen Parkinson Vereinigung e.V. unter <https://parkinson-leverkusen-opladen.de> > Menu > Parkinson Notfallausweis.

Wer hilft weiter?

- Weitere Informationen sind erhältlich bei den Krankenkassen oder der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA) unter www.dvka.de.
- Informationen über Einrichtungen, Serviceleistungen, Anlaufstellen und Ermäßigungen für Reisende mit Behinderung sind bei Reisebüros, Flughäfen und -gesellschaften sowie der Deutschen Bahn erhältlich.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Zur Behandlung von Parkinson sind häufig verschiedene medizinische Leistungen erforderlich, z.B. regelmäßige Arztbesuche oder eine medikamentöse Behandlung. Patienten ab 18 Jahren müssen bei vielen ärztlichen Verordnungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für chronisch kranke Menschen eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es in diesem Fall besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Die Liste der befreiten Arzneimittel wird deshalb alle 14 Tage aktualisiert und beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen unter www.gkv-spitzenverband.de > Service > Versicherten-Service > Zuzahlungsbefreite Arzneimittel veröffentlicht.

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. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Verbandmittel

Zuzahlung: 10 % der Kosten, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die Kosten des Verbandmittels.

Heilmittel

Heilmittel sind äußerliche Behandlungsmethoden wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie. (siehe S. 7).

Zuzahlung: 10 % der Kosten zuzüglich 10 € je Verordnung.

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte wie z.B. Hörgeräte, Prothesen, Krücken oder Rollstühle.

Näheres zu Hilfsmitteln auf S. 71.

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

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

Häusliche Krankenpflege

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. 54).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

Zuzahlung: 10 % der Kosten pro Fahrt, mindestens 5 €, maximal 10 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Solche Fahrten müssen medizinisch notwendig sein und vom Arzt verordnet werden (Verordnung Krankenförderung).

Zuzahlungsbefreiung

Eine Zuzahlungsbefreiung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist ab Erreichen der Belastungsgrenze möglich. Diese liegt bei 2 % des Bruttoeinkommens bzw. 1 % bei chronisch Kranken. Ist diese Grenze erreicht, können sich Patienten auf Antrag von weiteren Zuzahlungen für den Rest des Jahres befreien lassen bzw. erhalten den zu viel geleisteten Betrag zurück.

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass 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.

Berechnung des Bruttoeinkommens

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

Angehörige des Versicherten sind:

- 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 Lebenspartnerschaft.

Freibetrag

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

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

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

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

Einnahmen zum Lebensunterhalt

Was zu den „Einnahmen zum Lebensunterhalt“ zählt und was nicht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem gemeinsamen Rundschreiben festgelegt. Dieses Rundschreiben kann beim Verband der Ersatzkassen unter www.vdek.com > Themen > Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung > 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 (§ 38 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 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“
- Renten 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 (446 € im Monat / 5.352 € im Jahr) als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt. Die jährliche Belastungsgrenze beträgt somit 107,04 €, bei chronisch Kranken 53,52 €.

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. 21), 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 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 zuständig Sozialhilfeträger überweist den Höchstbetrag der Belastungsgrenze (107,04 € bzw. bei chronisch Kranken 53,52 €) vorab an die Krankenkasse. Der Betrag wird dann in monatlichen kleinen Raten mit dem Taschengeld des Heimbewohners verrechnet. Wer persönlich nicht in der Lage ist, diese Formalitäten zu erledigen, kann dafür eine Person des Vertrauens mit einer formlosen schriftlichen Vollmacht beauftragen.

Sonderregelung für chronisch Kranke

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.

Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

Schwerwiegend chronisch krank

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

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

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

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.



Wer hilft weiter?

Die zuständigen Krankenkassen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Es kann auch zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit des Patienten kommen. Informationen zu finanziellen Hilfen bei Erwerbsminderung gibt es ab S. 74.

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

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

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 (z.B. grob fahrlässiges Verhalten) 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 vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber kann jedoch auch früher eine ärztliche Bescheinigung fordern. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.

- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- 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. 28).
- 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 müssen die 6 Monate Zwischenzeit 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 Provisionen 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

Gesetzlich versicherte Parkinsonpatienten, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse. Das Krankengeld ist eine sog. Lohnersatzleistung, d.h. es wird nur gezahlt, wenn nach 6 Wochen kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht.

Voraussetzungen

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

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte
- Teilnehmer an beruflichen Reha-Leistungen (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 50)
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Le-

bensjahres)

- Praktikanten
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts
- Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld

Selbstständige

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

Beginn des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht an dem Tag, an dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird bzw. eine Krankenhausbehandlung oder eine Behandlung in einer Vorsorge- oder Reha-Einrichtung beginnt. "Anspruch" heißt aber nicht, dass immer sofort Krankengeld bezahlt wird: Die meisten Arbeitnehmer erhalten erst einmal Entgeltfortzahlung (siehe S. 26).



Praxistipp!

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

Das Krankengeld beträgt höchstens 112,88 € pro Tag.

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

Das Krankengeld wird 1 Jahr nach dem Bemessungszeitraum (siehe unten) für die Leistungsberechnung an die allgemeine Lohnsteigerung angepasst (Dynamisierung). Durch die Anpassung darf der Höchstbetrag (siehe S. 30) nicht überschritten werden.

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

Bemessungszeitraum

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

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

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

Höchstbetrag

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

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

Sonderregelung bei Arbeitslosigkeit

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

Abzüge

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

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

Dauer

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

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**.

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

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

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

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. Dies gilt auch bei Bezug von Verletztengeld.

Praxistipp!

Zahlt der Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers das Entgelt jedoch 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 Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

Wenn der behandelnde Arzt oder der Arzt des Medizinischen Dienstes (MD) die Erwerbsfähigkeit des Versicherten als erheblich gefährdet oder gemindert einschätzt und dies der Krankenkasse mitteilt (häufig kontaktieren die Krankenkassen Ärzte gezielt mit dieser Fragestellung, um den weiteren 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. 74) 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. 34).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

Mit Beginn dieser Leistungen bzw. mit dem Tag der Bewilligung einer Rente endet der Anspruch auf Krankengeld. Wenn eine Rente rückwirkend bewilligt wird, können sich Anspruchszeiträume für Krankengeld und Rente theoretisch überschneiden. Die Krankenkasse und der Rentenversicherungsträger

rechnen dann direkt miteinander ab. War das Krankengeld niedriger als der Rentenanspruch für den Zeitraum, erhält der Versicherte den Differenzbetrag als Ausgleichszahlung vom Rentenversicherungsträger. War das bezogene Krankengeld höher als der Rentenanspruch, muss der Versicherte den Differenzbetrag jedoch nicht zurückzahlen.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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



Praxistipp!

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

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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



Praxistipps!

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

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 durch ein vorsätzliches Vergehen 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?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 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 stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.
- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 74) beim zuständigen Rentenversicherungsträger, Maßnahmen zur beruflichen Reha (siehe S. 48) oder zur medizinischen Reha (siehe S. 39) 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 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 gezahlt oder Rente gewährt, erhält der Arbeitslose nur den evtl. 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

Parkinson ist eine fortschreitende Erkrankung, die das Leben der Betroffenen stark einschränken und zu einer Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen kann. Reha-Maßnahmen können dazu beitragen, die krankheitsbedingten Einschränkungen zu reduzieren und die Selbstständigkeit der Betroffenen zu fördern, damit sie möglichst lange am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Grundsätzlich gilt: Reha vor Pflege und vor Rente.

Das heißt: Es wird möglichst versucht, mit Reha-Maßnahmen eine Pflegebedürftigkeit und/oder 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.

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **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. 50), Haushaltshilfe (siehe S. 54), Reisekosten und 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

Nahezu alle Träger der Sozialversicherung können für die Kostenübernahme von Reha-Maßnahmen zuständig sein. Zuständigkeitsklärungen verhindern, dass die Kostenträger die Anträge hin und her schieben.

Folgende Kostenträger sind für die verschiedenen Reha-Leistungen zuständig:

- **Krankenkassen** sind zuständig bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen, wenn es um den Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit geht und **wenn** nicht andere Sozialversicherungsträger solche Leistungen erbringen.
- **Rentenversicherungsträger** erbringen Leistungen zur medizinischen Reha, zur beruflichen Reha (Teilhabe am Arbeitsleben) sowie unterhaltssichernde und ergänzende Leistungen,
 - wenn die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder schon gemindert ist und durch die Reha-Maßnahme wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann **und**
 - wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für medizinische oder berufliche Reha-Leistungen erfüllt sind.
- **Unfallversicherungsträger** sind bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten für die gesamte Rehabilitation verantwortlich.
- **Agenturen für Arbeit** übernehmen Leistungen zur beruflichen Reha, **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 hierfür zuständig ist. Die „Zuständigkeitsklärung“ soll verhindern, dass ein Antrag zwischen verschiedenen Trägern hin- und hergeschoben wird.

Nach einer weiteren Woche wird über die beantragte Leistung entschieden, **außer** der Antrag wurde – bei Erklärung der Unzuständigkeit – an einen weiteren Reha-Träger weitergeleitet. Sollte eine Weiterleitung stattfinden, muss der Reha-Träger den Antragsteller darüber informieren. Die Weiterleitung erfolgt (automatisch) durch den Träger, der zunächst den Antrag erhielt. Dieser „weitere“ (= zweite) Träger entscheidet innerhalb von 3 Wochen, nachdem der Antrag bei ihm eingegangen ist.

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

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

Maximale Dauer der Entscheidung über den Leistungsantrag

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

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

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

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

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

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.

Voraussetzungen

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

Allgemein gültige Voraussetzungen

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

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

Persönliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden persönlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

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

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Unter folgenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen trägt der Rentenversicherungsträger die Kosten:

- Erfüllung der Wartezeit von 15 Jahren (= Zeiten, in denen Beiträge gezahlt wurden bzw. Zeiten, in denen Rentenanwartschaften erworben wurden, z.B. Kindererziehungszeiten) **oder**
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit von 5 Jahren bei verminderter Erwerbsfähigkeit oder absehbarer verminderter Erwerbsfähigkeit **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren vor Antragstellung **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente **oder**
- Anspruch auf große Witwen/Witwer-Rente (Rentenversicherung) wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Ausschluss von Leistungen der Rentenversicherung

Der Rentenversicherungsträger übernimmt die medizinische Reha **nicht**:

- In der Phase akuter Behandlungsbedürftigkeit einer Krankheit. Ausnahme: bei Behandlungsbedürftigkeit **während** der medizinischen Rehabilitation.

- Anstelle einer ansonsten erforderlichen Krankenhausbehandlung.
- Wenn die Reha dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse nicht entspricht.
- Bei Bezug oder Beantragung einer Altersrente von mindestens zwei Drittel der Vollrente (d.h. kein Ausschluss bei Bezug/Antrag von einem Drittel bzw. der Hälfte der Vollrente).
- Bei Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften.
- Bei Versicherungsfreiheit als Bezieher einer Versorgung wegen Erreichens einer Altersgrenze, sog. Versorgungsbezügen.
- Bei Bezug einer Leistung, die regelmäßig bis zum Beginn einer Altersrente gezahlt wird, sog. Vorruhestandsleistungen, z.B. Altersübergangsgeld.
- Während Untersuchungshaft oder Vollzug einer Freiheitsstrafe oder freiheitsentziehender Maßnahmen oder einstweiliger Unterbringung.
- Im Ausland. Ausnahme: Wenn aufgrund gesicherter medizinischer Erkenntnisse für die vorliegende Erkrankung ein besserer Reha-Erfolg im Ausland zu erwarten ist.

Wartezeit

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

Voraussetzungen

- 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 aus medizinischen Gründen ist möglich.

Stationäre Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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



Praxistipps!

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

Reha-Antrag

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

Eine psychosomatische Reha oder eine Reha für psychisch kranke Menschen (RPK) kann auch von Vertragspsychotherapeuten verordnet werden. Dies gilt jedoch nur, wenn die Krankenkasse der Kostenträger dieser Leistung ist.

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, ist die Rentenversicherung der Kostenträger der medizinischen Reha. Ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich. 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.
- 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**.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur medizinischen Rehabilitation eine Rehabilitations-Richtlinie erstellt, Download unter www.g-ba.de > *Richtlinien* > *Rehabilitations-Richtlinie*.
- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die (bei medizinische 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 (§ 40 SGB V) 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.

- **Kostenträger Unfallversicherung:** Die Unfallversicherungsträger haben Verträge mit etwa 150 Reha-Kliniken in Deutschland und Polen. Bei bestimmten Unfallfolgen kommen nur bestimmte Kliniken für die Reha in Frage.



Praxistipp!

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

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. 26
- Krankengeld von der Krankenkasse, siehe S. 28
- Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger, siehe S. 50

Zuzahlungen

Versicherte ab dem 18. Geburtstag müssen bei fast allen ambulanten und stationären Reha-Maßnahmen Zuzahlungen leisten. Reha-Leistungen und Anschlussheilbehandlungen der **Unfallversicherung** sind **zuzahlungsfrei**.

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung ab S. 19.

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- Bei Kinderheilbehandlung
- Bei ambulanten 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 Erwerbsersatzesinkommen (z.B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Rente) beziehen
- Von Beziehern von Arbeitslosengeld II 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.

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

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

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

Wenn die Voraussetzungen vorliegen, muss die Befreiung von der Zuzahlung auf jeden Fall beantragt werden. Dem Antrag sind eine **Entgeltbescheinigung des Arbeitgebers** oder eine **behördliche Bescheinigung** (z.B. Rentenbescheid) und ggf. weitere Hinzuverdienstbescheinigungen beizufügen. Die Deutsche Rentenversicherung bietet Informationen und den Antrag auf Befreiung zur 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.
- 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?

- Individuelle Auskünfte erteilt der jeweils zuständige Sozialversicherungsträger: Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Krankenkassen, Jugendämter, Agenturen für Arbeit, Eingliederungshilfe-Träger oder Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen.
- Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) bietet unter www.ansprechstellen.de eine Adressdatenbank der Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe, welche Informationsangebote für Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Reha-Träger bieten.
- Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen können sich an die unabhängige Teilhabeberatung wenden, um Informationen über Leistungen und Zuständigkeiten sowie Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Adressen unter www.teilhabeberatung.de.

Anschlussheilbehandlung

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) ist eine medizinische 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.

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 Anschlussreha ist es, verloren gegangene Funktionen oder Fähigkeiten wiederzuerlangen oder auszugleichen und den Parkinson-Patienten wieder an die Belastungen des Alltags und 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. Die Indikationsliste enthält „Neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven“, wozu auch Parkinson zählt.

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen der Rentenversicherung

Es gelten die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der medizinischen Reha, siehe S. 39.



Praxistipps!

- Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.
- Abweichungen vom Zeitpunkt des AHB-Beginns sind bei medizinischer Notwendigkeit möglich.
- Die AHB dauert in der Regel 3 Wochen, eine Verlängerung ist möglich, wenn der Arzt der AHB-Klinik die Verlängerung medizinisch-therapeutisch begründet.
- Da die AHB eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist, gelten die entsprechenden Regelungen zur Zuständigkeit des Kostenträgers, Wahl der Reha-Einrichtung, zur finanziellen Sicherung und zur Zuzahlung (Näheres ab S. 39).

Wer hilft weiter?

Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Unfallversicherungsträger, Sozialamt und Sozialberatung 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 bei jeder Folgebescheinigung der AU geprüft, ob eine Stufenweise Wiedereingliederung möglich ist. Ziel ist es, Versicherte mit länger andauernden Erkrankungen frühzeitig die Möglichkeit zu geben, wieder an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Die ärztliche Beurteilung zur Stufenweisen Wiedereingliederung kann vom Versicherten auch abgelehnt werden. Seine Zustimmung ist immer freiwillig.

Voraussetzungen

Jeder Beteiligte, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Ärzte 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 er ist ausreichend belastbar, das heißt: Er kann mindestens 2 Stunden am Tag arbeiten.
- Der Arbeitnehmer stimmt der Eingliederung freiwillig und schriftlich zu. Er kann die Wiedereingliederung jederzeit abbrechen.

Schwerbehinderte und ihnen **gleichgestellte** Arbeitnehmer (siehe S. 55) 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 BEM (Betriebliches Eingliederungsmanagement) 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, sozialrechtlich betrachtet, keine eigenständige Maßnahme der medizinischen Rehabilitation. Beim Kostenträger geht es vor allem um die Frage, wer den Wiedereingliedernden 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 der Rentenversicherungsträger Kostenträger und zahlt Übergangsgeld.
- Trifft dies nicht zu, ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung zuständig und zahlt Krankengeld.
- Wenn das Krankengeld ausgelaufen ist, zahlt die Agentur für Arbeit Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit.
- Bei einer Reha wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit zahlt der Unfallversicherungsträger Verletztengeld.

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

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

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

Praxistipps!

- Findet die Stufenweise Wiedereingliederung unmittelbar im Anschluss an eine Reha-Maßnahme statt, sollte sie im Laufe der Reha beantragt werden. Dazu füllen Sozialberatung der Reha-Klinik in

Kooperation mit Arzt und Patient den Antrag aus und erstellen gemeinsam einen Wiedereingliederungsplan.

- Detaillierte Informationen 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

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

„Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ (LTA) ist der sozialrechtliche Begriff für die Leistungen zur beruflichen Reha.

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

Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder einer selbstständigen Tätigkeit

Vorrangiges Ziel ist es, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten. Ist dies nicht möglich, wird nach einem anderen geeigneten Arbeitsplatz im bisherigen oder einem anderen Betrieb gesucht. In diesem Rahmen übernehmen vorwiegend die Rentenversicherungsträger im Zusammenwirken mit der Bundesagentur für Arbeit u.a. folgende Leistungen:

- **Eignungsabklärung und Arbeitserprobung**, um ein geeignetes Berufsfeld zu finden.
- **Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen** (sog. Ausrüstungsbeihilfe), welche die Folgeerscheinungen der Behinderungen für eine bestimmte berufliche Tätigkeit ausgleichen. Ein Ausgleich von ausschließlich medizinischen Funktionsstörungen genügt nicht zur Kostenübernahme bei der Rentenversicherung. Hier ist Voraussetzung, dass Ausrüstungsbeihilfe wegen der Art oder Schwere einer Behinderung erforderlich ist, um eine Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und eine Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.
- **Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes** in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- **Arbeitsassistenz**, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- **Budget für Arbeit**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsplatz sowie eine Geldleistung an den Arbeitgeber, sog. Lohnkostenzuschuss.
- **Budget für Ausbildung**: Anleitung und Begleitung von Menschen mit Behinderungen am Ausbildungsplatz und in der Berufsschule sowie Erstattung der Ausbildungsvergütung.
- **Kraftfahrzeughilfe**: Zuschuss zum Kauf eines Autos, zum Führerschein oder zur behindertengerechten Ausstattung eines Autos, um dadurch den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.

- **Gründungszuschuss** für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- **Fahrtkostenbeihilfe** für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet und die berufliche Wiedereingliederung gefährdet wäre.
- **Trennungskostenbeihilfe** bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort muss unzumutbar sein.
- **Übergangsbeihilfe** bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- **Umzugskostenbeihilfe**, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist. Als Umzugskosten gelten z.B. Transportkosten und Reise des Versicherten samt Familie, nicht aber Wohnraumbeschaffungskosten wie Maklergebühren, Kautionen oder Renovierungskosten. Der Umzug darf nicht später als 2 Jahre nach der Arbeitsaufnahme stattfinden.
- **Wohnungshilfen**, wie Förderbeträge für Um- und Ausbaumaßnahmen im Wohnbereich, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Die Agentur für Arbeit, die Unfall- und die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- **In der Regel 4 Wochen, maximal 3 Monate** in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im **Eingangsverfahren**.
- **Bis zu 2 Jahre im Berufsbildungsbereich** als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, **aber** nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderungen weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
- Bei Bedarf sind über **Unterstützte Beschäftigung** Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Übernahme weiterer Kosten

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen auch Kosten, die mit den beruflichen Reha-Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren oder Arbeitskleidung.

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Reha-Träger können berufliche Reha-Leistungen auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Die Gewährung eines Zuschusses kann von Auflagen und Bedingungen abhängig gemacht werden. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse, Eingliederungszuschüsse oder Zuschüsse für Arbeitshilfen, Umschulung, Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.



Praxistipp!

- Leistungsberechtigte und Arbeitgeber können sich bei Fragen an die Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe wenden. Adressen unter www.ansprechstellen.de.
- Menschen mit Behinderungen finden Unterstützungsangebote auch bei der unabhängigen Teilhabeberatung. Informationen und Adressen unter www.teilhabeberatung.de.



Wer hilft weiter?

Mögliche Leistungsträger sind z.B. die Renten- und die Unfallversicherungsträger 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

Nehmen Patienten mit Parkinson an einer medizinischen oder beruflichen Reha bzw. an Maßnahmen zur beruflichen Orientierung teil, kann Übergangsgeld einkommenslose Zeiten überbrücken. Es wird nur gezahlt, wenn kein Anspruch (mehr) auf Entgeltfortzahlung besteht.

Das Übergangsgeld zählt zu den ergänzenden Leistungen zur Reha. Zuständig können der Rentenversicherungsträger, der Unfallversicherungsträger 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 Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur beruflichen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur medizinischen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Prävention.
- bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge.
- bei Erhalt von 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** des Übergangsgelds beträgt bei allen Trägern **80 % des letzten Bruttoverdienstes**, ist jedoch höchstens so hoch wie der Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

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

Das Übergangsgeld wird jährlich an die Entwicklung der Bruttoarbeitsentgelte angepasst.

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.

Sozialversicherungsbeiträge

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

Dauer

Alle 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.

Reha-Sport und Funktionstraining

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

Reha-Sport

Zum Reha-Sport zählen Sport und sportliche Spiele, aber auch gezielte bewegungstherapeutische Übungen. Möglich sind verschiedenste Sportarten und Übungen, das ist stark abhängig von den (Vor-)Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen der Teilnehmer.

Ziele von Reha-Sport sind:

- Ausdauer und Kraft stärken, Koordination und Flexibilität verbessern

- Selbstbewusstsein stärken
- Hilfe zur Selbsthilfe bieten, Eigenverantwortung stärken und Teilnehmer motivieren, auch nach dem verordneten Reha-Sport weiter Sport zu treiben

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

Funktionstraining

Funktionstraining ist immer organorientiert, d.h. es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder dem Verringern von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Es wird häufig bei Problemen der Stütz- und Bewegungsorgane verordnet (Muskeln, Gelenke usw.).

Funktionstraining umfasst vor allem Übungen aus Krankengymnastik und Ergotherapie und wird von Krankengymnasten/Physiotherapeuten und Ergotherapeuten durchgeführt. Als Funktionstraining gelten u.a. Trocken- und Wassergymnastik.

Voraussetzungen

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

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

Antrag

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

Zuständigkeit

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

Kostenträger sind in der Regel die Rentenversicherungsträger. Die Unfallversicherungsträger übernehmen Reha-Sport und Funktionstraining im Anschluss an medizinische Reha-Maßnahmen, vorausgesetzt es liegt ein Unfallversicherungsfall vor (Arbeitsunfall, Berufskrankheit). Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining **keine** Leistung zur Reha voraus, ist die Krankenkasse zuständig.

Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten

auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Für Menschen mit Behinderungen können die Kosten unter bestimmten Voraussetzungen auch von einem Eingliederungshilfe-Träger übernommen werden.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

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

Danach muss der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

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.



Wer hilft weiter?

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

Haushaltshilfe

Nimmt ein Elternteil, das zu Hause Kinder unter 12 Jahren 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. Vorrangig erbringen die Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungsträger eine Sachleistung, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann.

Die Krankenkasse kann eine Haushaltshilfe auch bei schwerer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer ambulanten Operation, für maximal 4 Wochen genehmigen. Seit 1.1.2016 kann die Haushaltshilfe 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!

- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Bei „normalen“ Krankheiten, z.B. Grippe, gibt es in der Regel keine Haushaltshilfe. Einige Krankenkassen haben in ihrer Satzung jedoch Ausnahmen festgelegt oder übernehmen in Einzelfällen und wenn der Arzt die Haushaltshilfe verordnet freiwillig die Haushaltshilfe.



Wer hilft weiter?

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

Behinderung

Eine Parkinson Erkrankung kann dazu führen, dass Betroffene als (schwer-)behindert eingestuft werden. Damit Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich gleichberechtigt am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben können, gibt es für sie bestimmte Vergünstigungen, sog. Nachteilsausgleiche.

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 weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

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

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

Der Antrag muss unmittelbar bei der Agentur für Arbeit gestellt werden, unter Vorlage des Feststellungsbescheids des Versorgungsamts. Die Gleichstellung wird mit dem Tag der Antragstellung wirksam. Sie kann befristet werden. Der Arbeitgeber wird von der Agentur für Arbeit nicht über die Gleichstellung informiert.

Grad der Behinderung

Bei Parkinson kann vom Versorgungsamt ein Grad der Behinderung (GdB) festgestellt werden. Der GdB richtet sich nach der Schwere der Störungen der Bewegungsabläufe.

Das Versorgungsamt richtet sich bei der Feststellung des Grads der Behinderung (GdB) nach den „Versorgungsmedizinischen Grundsätzen“. Diese enthalten Anhaltswerte über die Höhe des GdB bzw. des Grads der Schädigungsfolgen (GdS) und können in der „Versorgungsmedizin-Verordnung“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales unter www.bmas.de > Suchbegriff: „K710“ gefunden werden.

Anhaltswerte zur Feststellung der Behinderung bei Parkinson:

Parkinson-Syndrom	GdB
Ein- oder beidseitig geringe Störung der Bewegungsabläufe, keine Gleichgewichtsstörung, geringe Verlangsamung	30–40
Deutliche Störung der Bewegungsabläufe, Gleichgewichtsstörungen, Unsicherheit beim Umdrehen, stärkere Verlangsamung	50–70
Schwere Störung der Bewegungsabläufe bis zur Immobilität	80–100

Andere **extrapyramidale Syndrome** — auch mit **Hyperkinesen** — sind analog nach Art und Umfang der gestörten Bewegungsabläufe und der Möglichkeit ihrer Unterdrückung zu bewerten.

Bei **lokalisierten Störungen** (z.B. Torticollis spasmodicus) sind niedrigere GdB-Grade als bei generalisierten Störungen (z.B. choreatische Syndrome) in Betracht zu ziehen.

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

Verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen mit (Schwer-)Behinderung oder kommt eine weitere dauerhafte Einschränkung durch eine neue Erkrankung dazu, dann sollte beim Versorgungsamt ein **Antrag auf Erhöhung des GdB** gestellt werden.

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) in Anspruch genommen werden.

Antrag

Die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises erfolgt auf Antrag des Parkinson-Patienten. 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 Tipps können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleiterschei-

nungen angeben.

- Kliniken und Ärzte aufführen, die am besten über die genannten Gesundheitsstörungen informiert sind. Dabei unbedingt die dem Antrag beiliegenden Schweigepflichtentbindungen und Einverständniserklärungen ausfüllen, damit das Versorgungsamt bei den angegebenen Stellen die entsprechenden Auskünfte einholen kann.
- Antragstellung mit dem behandelnden Arzt besprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den GdB.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. 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 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.

Merkzeichen

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

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

Die Nachteilsausgleiche sind abhängig vom **Merkzeichen** und vom **GdB**. Beides, Merkzeichen und GdB, sind im Schwerbehindertenausweis eingetragen.

Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Nachteilsausgleiche bei Behinderung“ heruntergeladen werden.
- Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber Behinderungen des beta Instituts. Dieser kann unter www.betanet.de > Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.

Wer hilft weiter?

- 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 (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.

Pflege

Da Parkinson bisher nicht heilbar ist und die Erkrankung immer weiter fortschreitet, kann es dazu kommen, dass der Betroffene irgendwann auf pflegerische Hilfe angewiesen ist. Dann können verschiedene Leistungen bei der Pflegeversicherung beantragt werden, die die Pflege erleichtern und die finanziellen Belastungen, die eine Pflegebedürftigkeit mit sich bringt, mildern.

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

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse **beantragt** werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst (MD) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen. Bei privat Versicherten wird die Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Dienst der Privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF – festgestellt.

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

Der Gutachter erhebt die Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen, sog. Modulen (siehe S. 62). Zudem gibt er Empfehlungen zur Optimierung der Pflegesituation, also zu präventiven oder rehabilitativen Leistungen, Hilfs- und Pflegemitteln oder Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung.

Sobald die Pflegekasse das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit erhalten hat, stuft sie den Pflegebedürftigen in einen Pflegegrad ein und sendet dem Antragsteller einen **Leistungsbescheid** zu. Der Bescheid enthält neben dem Pflegegrad Angaben zu den genehmigten Leistungen der Pflegeversicherung.

Bearbeitungsfrist

Die Pflegekasse muss innerhalb einer bestimmten Frist über den Leistungsanspruch entscheiden. Die Frist ist abhängig vom Aufenthaltsort des Antragstellers und von der Beantragung von Pflegezeit.

Sie beträgt

- **25 Arbeitstage**, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- **2 Wochen**, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- **1 Woche**, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) erhält.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder der Betroffene bereits stationär gepflegt wird und mindestens den Pflegegrad 2 hat.



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt **Hilfe zur Pflege** beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab. Wichtig ist in einem solchen Fall, dass der zuständige Sachbearbeiter des Sozialamts über die Dringlichkeit des Antrags informiert ist, ggf. können auch Pflegestützpunkte oder Sozialverbände Unterstützung und Beratung bieten.

Grad der Selbstständigkeit

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

Module und Beispiele	Gewichtung
1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen	10 %
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen	15 %
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: Gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder schädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.
4. Selbstversorgung: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	40 %
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche	20 %
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	15 %
7. Außerhäusliche Aktivitäten: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege	Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.
8. Haushaltsführung: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten	

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig:** Es besteht die Fähigkeit eine Handlung oder Aktivität allein, d.h. ohne Unterstützung einer anderen Person, aber ggf. mit Nutzung von Hilfsmitteln, durchzuführen.
- **Überwiegend selbstständig:** Der größte Teil der Aktivität kann alleine durchgeführt werden. Die Pflegeperson muss nur unterstützend tätig werden, z.B. durch Zurechtlegen von Gegenständen, einzelne Handreichungen, Aufforderungen oder um die Sicherheit zu gewährleisten.
- **Überwiegend unselbstständig:** Die Aktivität kann nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchgeführt werden, aber eine Beteiligung ist möglich. Diese setzt ggf. eine ständige Anleitung oder Motivation voraus und Teilschritte müssen übernommen werden.
- **Unselbstständig:** Die Aktivität kann nicht eigenständig durchgeführt werden, auch nicht teilweise. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Die Pflegeperson muss nahezu alle (Teil-)Handlungen

durchführen. Eine minimale Beteiligung des Pflegebedürftigen ist nicht zu berücksichtigen.

Pflegegrade

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

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

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

Widerspruch

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

Da bei der Pflegebegutachtung nur eine Momentaufnahme erfasst wird, kann es sein, dass der Gutachter die Situation des Pflegebedürftigen falsch einschätzt. Als Grundlage für den Widerspruch sollte daher immer das Gutachten bei der Pflegekasse angefordert werden, sofern es dem Feststellungs- bzw. Ablehnungsbescheid nicht beiliegt. Dann sollte die Einschätzung des Gutachters mit den eigenen Pflegeerfahrungen verglichen werden. War der Pflegebedürftige beispielsweise am Tag des Gutachterbesuchs wesentlich fitter als sonst oder wollte sich von seiner besten Seite zeigen, kann das die Ursache des „falschen“ bzw. nicht der Realität des Alltags entsprechenden Gutachtens sein. Es ist aber auch möglich, dass der Gutachter einen Umstand übersehen oder nicht genügend berücksichtigt hat.

Folgende Hinweise sollten bei einem Widerspruch beachtet werden:

- Das Gutachten des MD sorgfältig durchlesen und Abweichungen von eigenen Erfahrungen und Aufzeichnungen (z.B. aus einem Pfl egetagebuch) notieren.
- Spätestens ab dem Zugang der Ablehnung sollte ein Pfl egetagebuch geführt und jede Beobachtung und Hilfestellung festgehalten werden.
- Es sollten sämtliche Unterlagen, die Auskunft über den Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen geben können (z.B. Arztbriefe, Operationsberichte, Atteste, Entlassungsberichte), gesammelt und dem Widerspruch beigelegt werden. Sind in der Zeit zwischen der Begutachtung und dem Widerspruch neue Dokumente entstanden, sollten diese schnellstmöglich angefordert werden, um sie dem Widerspruch beilegen zu können.
- Um den fristgerechten Zugang des Widerspruchs nachweisen zu können, ist es sinnvoll, den Widerspruch persönlich oder durch eine vertretungsberechtigte Person vor Ort bei der Krankenkasse abzugeben und sich den Eingang schriftlich bestätigen zu lassen. Auch Fax-Sendeberichte und Einschreiben mit Rückschein werden in der Regel als Nachweis anerkannt, sollte es zu einer Klage vor

dem Sozialgericht kommen. Eine E-Mail reicht nicht aus.

- Um die Fristen des Widerspruchs einhalten zu können, reicht zunächst ein formloses Schreiben, in dem vermerkt ist, dass die ausführliche Begründung für den Widerspruch zeitnah nachgereicht wird.
- Es muss beachtet werden, dass nur der Pflegebedürftige selbst oder eine bevollmächtigte Person den Widerspruch einreichen darf.

Es kann hilfreich sein, vorab ein Beratungsgespräch bei einem Pflegeberater zu vereinbaren, der beim Widerspruchs-Prozess Unterstützung leisten kann.

Nach der Ablehnung eines Widerspruchs bleibt als Rechtsbehelf noch eine Klage beim Sozialgericht. Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Widerspruch Klage Berufung“*.



Praxistipp!

Die Ratgeber „Pflege“ und „Pflege-Check – Vorbereitung auf den Begutachtungstermin“ können unter www.betanet.de > *Ratgeber* kostenlos heruntergeladen werden.

Höherstufung

Liegt bereits ein Pflegegrad vor und der Pflegeaufwand erhöht sich deutlich, sind ein erneuter Antrag und in der Regel ein erneutes Feststellungsverfahren (sog. Änderungsgutachten) nötig, damit der Pflegebedürftige in einen höheren Pflegegrad eingestuft wird.

Ein höherer Pflegegrad kann auch in einem Wiederholungsgutachten festgestellt werden.

Pflegeleistungen

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

Im Anhang dieses Ratgebers befindet sich eine Tabelle mit allen Pflegeleistungen auf einen Blick.????

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

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

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

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

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Leistungen ambulanter Pflegedienste (für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 gilt dies nicht für Leistungen aus Modul 4, d.h. aus dem Bereich der Selbstversorgung), siehe Grad der Selbstständigkeit, S. 61 oder
- Angeboten zur Unterstützung im Alltag (z.B. durch einen ambulanten Betreuungsdienst).

Durch den Entlastungsbetrag ist es möglich, die Leistungen der Tages- und Nachtpflege sowie der Kurzzeitpflege etwas länger in Anspruch zu nehmen. Auch die dabei entstehenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) oder Fahrtkosten können vom Entlastungsbetrag bezahlt werden.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Patienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Näheres auf S. 73.

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. Näheres auf S. 82.

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

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

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

Der Zuschlag dient vor allem der Finanzierung einer für die Wohngruppe zuständigen Pflegekraft.

Leistungen bei häuslicher Pflege					
	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	—	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlassungsbetrag: 125 €)	bis zu 689 €	bis zu 1.298 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.995 €
Ersatzpflege (bis zu 6 Wochen; Angaben beziehen sich jeweils auf ein Kalenderjahr)					
... durch Fachkräfte und nicht verwandte Pflegekräfte	—	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
... durch nahe Angehörige *	—	bis zu 474 € (316 € x 1,5)	bis zu 817,50 € (545 € x 1,5)	bis zu 1.092 € (728 € x 1,5)	bis zu 1.351,50 € (901 € x 1,5)

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

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

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

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

Leistungen bei stationärer Pflege

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

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

Die Pflegeversicherung zahlt je nach Pflegegrad bis zu 2.005 € im Monat für die sog. vollstationäre Pflege. Dies deckt in der Regel höchstens die Kosten für die Pflege und Betreuung, nicht jedoch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (die sog. Hotelkosten) und ggf. Investitionskosten (Kosten für z. B. Renovierung, Ausbau). Diese Kosten trägt der Pflegebedürftige selbst. Zusätzlich fällt noch der einrichtungseinheitliche Eigenanteil an, der sich von Einrichtung zu Einrichtung unterscheidet. Innerhalb einer Einrichtung ist er einheitlich für die Pflegegrade 2 bis 5 und erhöht sich

daher nicht, wenn eine Höherstufung des Pflegegrades erfolgt.

Kurzzeitpflege

Im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt oder in einer schwierigen Situation bei der häuslichen Pflege kann eine vorübergehende stationäre **Kurzzeitpflege** nötig werden. Diese ist auf maximal **8 Wochen und maximal 1.612 € im Jahr** begrenzt, kann aber mit nicht beanspruchten Mitteln der Ersatzpflege (Verhinderungspflege) auf bis zu 3.224 € im Kalenderjahr erhöht werden. Wurde bereits Pflegegeld bezogen, wird dieses während der Kurzzeitpflege zur Hälfte weitergezahlt.

Kurzzeitpflege ist auch möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit noch keine 6 Monate besteht. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen auch in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen erbracht werden.



Praxistipps!

- Ausführliche Informationen zu den Leistungen der Pflegeversicherung bietet der Ratgeber Pflege des beta Instituts. Dieser kann unter www.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, Mo-Do, 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Rentenversicherung

Die Pflegeversicherung zahlt der Pflegeperson Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Pflegeperson pflegt nicht erwerbsmäßig einen oder mehrere Pflegebedürftige ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich, verteilt auf regelmäßig mindestens 2 Tage pro Woche, in deren häuslicher Umgebung.
- Die Pflegeperson ist nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig.
- Die Beitragshöhe richtet sich nach dem Pflegegrad der zu pflegenden Person. Die Pflegekasse meldet die rentenversicherungspflichtige Pflegeperson beim zuständigen Rentenversicherungsträger und führt die Beiträge ab.
- Die Pflegezeit ist für die Rentenversicherung eine Pflichtbeitragszeit, d.h. sie erhöht die Beitragsjahre und die Rentenansprüche. Zudem hat die Pflegeperson Ansprüche aus der Rentenversicherung wie z.B. eine medizinische Reha-Maßnahme (siehe S. 39).
- Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Versicherten oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr (Ersatzpflege) sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familien-

pflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.

- Seit dem 1.7.2017 werden auch für pflegende Rentner Rentenbeiträge von der Pflegekasse bezahlt. Diese Regelung gilt allerdings nicht für Bezieher einer Altersrente, die die reguläre Altersgrenze erreicht haben. Es profitieren von dieser Regelung beispielsweise Bezieher einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderungsrente oder der Flexirente. Damit kann die bestehende Rente aufgebessert bzw. Rentenpunkte für die zukünftige Vollrente gesammelt werden.

Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht **während der pflegerischen Tätigkeit** unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Das gilt auch für die Wegzeiten, also den Hin- und Rückweg zum oder vom Pflegebedürftigen. Betreuungsleistungen, wie z.B. ein Spaziergang, werden hingegen nicht von der Unfallversicherung abgedeckt.

Die Pflegeperson braucht keinen Antrag stellen, sofern sie bei der Pflegekasse gemeldet ist. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden, für die es pro Bundesland meist eine Anlaufstelle gibt. Adressen unter www.dguv.de > Suchbegriff: „Unfallkassen“.

Krankenversicherung

Pflegepersonen müssen auf ihre Krankenversicherung achten, denn es gilt eine generelle Krankenversicherungspflicht.

- Pflegende Rentner sind unverändert über die Rentnerkrankenversicherung versichert.
- Arbeitnehmer, die neben der Pflege weiterhin sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind, sind darüber auch krankenversichert.
- Pflegende Ehepartner können familienversichert sein oder werden.
- Bei Arbeitslosigkeit, Grundsicherung oder Sozialhilfe ist die Krankenversicherung inklusive.

Wer keinen dieser Punkte erfüllt, muss sich freiwillig krankenversichern. In den meisten dieser Fälle bezuschusst die Pflegekasse auf Antrag die Mindestbeiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, z.B. bei voller Pflegezeit oder bei einem Minijob neben der Pflege.

Arbeitslosenversicherung

Für Pflegende, die einen Pflegebedürftigen ab Pflegegrad 2 mindestens 10 Stunden wöchentlich an regelmäßig mindestens 2 Tagen in der Woche nicht erwerbsmäßig pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung für die Dauer der Pflegetätigkeit. Es besteht Anspruch auf Arbeitslosengeld und Leistungen der Arbeitsförderung, wenn nach der Pflegezeit ein lückenloser Einstieg in ein Arbeitsverhältnis nicht möglich ist. Diese Regelung gilt auch für Pflegepersonen, die für die Pflege den Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung unterbrechen.



Praxistipps!

- Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Download der Broschüre unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Über uns & Presse > Broschüren > Alle Broschüren zum Thema „Rente“.
- 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.

geladen werden.

- Das Bundesministerium für Familie, Frauen und Senioren bietet unter www.wege-zur-pflege.de weiterführende Informationen für pflegende Angehörige.

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 erst ein Rechtsanspruch, wenn ein Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.



Praxistipps!

- 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* einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.
- Nähere Informationen zur Pflegezeit erhalten Sie unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Pflegezeit“* und *Suchbegriff: „Familienpflegezeit“*.

Hilfsmittel

Viele alltägliche Bewegungen werden durch die Parkinson-Erkrankung erschwert. Es gibt einige Hilfsmittel, die dem Patienten bei der Verrichtung von alltäglichen Dingen helfen können. Wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, übernehmen die Krankenkassen in der Regel die Kosten.

Hilfsmittel für die Hände

Im Laufe der Parkinson-Erkrankung kommt es zu Einschränkungen der Beweglichkeit der Finger und Hände. Fehlende Kraft und Beweglichkeit können durch verschiedene Hilfsmittel oder besonders geformte Haushaltsgegenstände ausgeglichen werden:

- Hilfen bei der Körperpflege, z.B. spezielle Waschhandschuhe und Nagelbürsten, Nagelfeilen und -scheren mit verstärkten Griffen
- Hilfen beim An- und Auskleiden, z.B. Strumpfanzieher und -auszieher (auch für Kompressionsstrümpfe), Knöpfgerät, flexible Schuhbänder, die aus Schnürschuhen Slipper machen
- Hilfen bei der Hausarbeit, z.B. spezielle Abwaschbürste, Schraubverschlussöffner, Transportrollator, rutschsicheres Tablett
- Hilfen beim Essen und Trinken, z.B. gewinkeltes Besteck, Besteck mit verstärkten Griffen, Tablettenzerkleinerer, Trinkgefäße, die leicht zu greifen und zu halten sind, Tellerränderhöher, damit das Essen nicht vom Teller rutscht
- Hilfen für die Freizeit und im Beruf, z.B. Kulihalter, Schlüsseladapter, Großtastentelefon, Greifzange

Hilfsmittel für das Gleichgewicht

Wenn Bewegungen und Gleichgewicht von Parkinson-Patienten unsicherer werden, können folgende Hilfsmittel vor allem in Bad, WC und Dusche die Sicherheit fördern:

- Kippspiegel, damit man sich im Sitzen rasieren, frisieren und schminken kann.
- Badewanneneinstiegshilfe und Sicherheitsgriffe, damit der Patient bei Benutzung der Badewanne/ Dusche nicht stürzt.
- Badewannensitz und Duschhocker, um längeres Stehen zu vermeiden.
- Toilettensitzerhöhung, um das Hinsetzen und Aufstehen zu erleichtern.
- Hilfen im Schlafzimmer, z.B. Bettrahmenerhöhung.

Hilfsmittel zur Verbesserung der Mobilität

Fahr- und Gehhilfen verbessern die Mobilität und damit die Lebensqualität des Patienten.

- Fahr- und Gehhilfen, z.B. Anti-Freezing-Stock, Rollator
- Rollstühle

Wer hilft weiter?

Beratung und Orientierung bei der Vielzahl spezieller Hilfsmittel geben Physio- und Ergotherapeuten, Orthopädie- und Sanitätshäuser sowie Apotheken.

Praxistipp!

Hilfsmittel, die den persönlichen Alltag, den Haushalt und die Ernährung unterstützen und erleichtern, finden Sie unter www.rehadat-hilfsmittel.de > *Produkte* > *Haushalt & Ernährung*.

Kosten

Die Krankenversicherung übernimmt die Kosten mit teilweise starken Einschränkungen. Bei allen Trägern ist auch die leihweise Überlassung vorgesehen, z.B. bei haltbaren Gegenständen wie Krücken, Rollstühlen, Krankenbetten, Badehilfen usw.

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

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

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

Festbeträge

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

Zuzahlung

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

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

Nicht zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

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

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel können wegen ihrer Beschaffenheit, ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal ununterbrochen benutzt werden und sind in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet. Dazu zählen z.B. Vorlagen bei Inkontinenz (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.

Eine **Zuzahlungsbefreiung** ist bei Überschreiten der Belastungsgrenze möglich (Näheres auf S. 20).

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung übernimmt nur die Kosten für Pflegehilfsmittel im Rahmen der häuslichen Pflege. Prinzipiell müssen die Vorversicherungszeit erfüllt und die Pflegebedürftigkeit festgestellt werden. Weitere Informationen zu Pflegehilfsmitteln unter www.betanet.de > Suchbegriff: „Pflegehilfsmittel“.



Wer hilft weiter?

Die Kranken- und Pflegekassen bieten weiterführende Informationen und individuelle Auskünfte zu Hilfsmitteln.



Praxistipps!

- Der GKV-Spitzenverband erstellt ein systematisch strukturiertes Hilfsmittelverzeichnis, in dem online recherchiert werden kann: <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de>. Darin sind Hilfsmittel aufgeführt, für die die Kranken- und Pflegekassen Kosten übernehmen. Das Hilfsmittelverzeichnis ist 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.
- Wird ein Hilfsmittel von der Krankenkasse abgelehnt, kann gegen diese Entscheidung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden. Bleibt es bei einem ablehnenden Bescheid, kann vor dem Sozialgericht Klage gegen den Widerspruchsbescheid erhoben werden.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

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

Um die Zeit bis zum regulären Renteneintritt zu überbrücken, kann ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt werden. Erhält der Betroffene eine volle Erwerbsminderungsrente oder eine Altersrente und hat dennoch nicht ausreichend finanzielle Mittel für den eigenen Lebensunterhalt zur Verfügung, greift die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 77).

Bekommt er keine (Erwerbsminderungs-)Rente und ist nicht in der Lage für den eigenen Lebensunterhalt aufzukommen, kann als nachrangiges Sicherungsnetz Hilfe zum Lebensunterhalt bezogen werden (siehe S. <?>).

Erwerbsminderungsrente

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

Der Antrag auf Erwerbsminderungsrente ist an den Rentenversicherungsträger zu stellen. Besteht die Erwerbsminderung aufgrund eines Arbeitsunfalls, Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit, ist die Unfallversicherung zuständig.

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

Dauer

Eine zeitlich befristete Erwerbsminderungsrente wird frühestens ab dem 7. Monat nach Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt. Eine unbefristete Erwerbsminderungsrente wird ab dem Monat nach dem Eintritt der Erwerbsminderung gezahlt, wenn der Rentenanspruch innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Erwerbsminderung eingereicht wird.

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.

Unbefristet wird die Rente nur gewährt, wenn keine Verbesserung der Erwerbsminderung mehr absehbar ist; davon ist nach 9 Jahren auszugehen.

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 und 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 einen, 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 nur dann ungekürzt ausgezahlt, wenn der Hinzuverdienst jährlich 6.300 € nicht übersteigt. Von einem höheren Hinzuverdienst werden 40 % auf die Rente angerechnet. Jede Erwerbstätigkeit ist dem Rentenversicherungsträger zu melden.

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

Bei der **teilweisen** Erwerbsminderungsrente gibt es individuelle Hinzuverdienstgrenzen. Die Grenzen werden beim Rentenversicherungsträger berechnet.



Praxistipps!

- Wenn die Erwerbsminderungsrente zu niedrig zum Leben ist, kann ergänzend Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 77) beantragt werden.
- Wenn Sie voll erwerbsgemindert sind und eine außergewöhnliche erhebliche Gehbehinderung (Merkzeichen G oder Merkzeichen aG) haben, können Sie einen Mehrbedarfzuschlag von 17 % erhalten.

- 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 Parkinson-Erkrankung können auch zu finanziellen Schwierigkeiten führen. Dann kann die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung den Lebensunterhalt von Menschen sichern, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

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

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente **oder** dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage. Es ist nicht notwendig, dass bereits eine Erwerbsminderungsrente bezogen wird, die dauerhaft volle Erwerbsminderung kann auch von der Rentenversicherung im Auftrag des Sozialhilfeträgers festgestellt werden.
Menschen mit Behinderungen gelten generell als voll erwerbsgemindert, solange sie das Eingangsverfahren oder den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) durchlaufen bzw. dort im Arbeitsbereich beschäftigt sind **und**
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt **und**
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (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	Betrag zur Grundsicherung
Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende	446 €
Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt)	jeweils 401 €
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII) sowie nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	jeweils 357 €
Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag	jeweils 373 €
Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag	jeweils 309 €
Kinder bis zum 6. Geburtstag	jeweils 283 €

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe (siehe Tabelle siehe 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.
- Mehrbedarfzuschläge 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 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 (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) umfasst Leistungen für Menschen, die nicht erwerbsfähig und nicht in der Lage sind für ihren Lebensunterhalt selbst aufzukommen. Hilfe zum Lebensunterhalt wird nur gezahlt, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen kann.

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

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 74).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel **krankenversichert**. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht.

Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu **Zuzahlungen** herangezogen.

In **Vorleistung** geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert.

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

Praxistipp!

Die Darstellung dieses sehr komplexen Themas beschränkt sich auf allgemeingültige Angaben. Individuelle und oft einzelfallabhängige Besonderheiten können hier nicht beschrieben werden. Fragen sind mit dem zuständigen Sachbearbeiter des **Sozialamts** zu klären.

Wohnen

Da Parkinson mit Fortschreiten der Erkrankung dazu führen kann, dass sich der Betroffene immer schlechter eigenständig in seinem häuslichen Umfeld bewegen kann, sollte das Wohnumfeld so gut wie möglich an seine besonderen Bedürfnisse angepasst werden.

Sturzprophylaxe

Ein Sturz kann bei Parkinson-Patienten ernsthafte Verletzungen und Folgeprobleme nach sich ziehen. Vorbeugend sind Stolperfallen in der Wohnung zu entfernen. Mithilfe verschiedener Tests, die von Ärzten oder geschulten Fachkräften durchgeführt werden, kann das Sturzrisiko eingeschätzt werden.

Risikofaktoren

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

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

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. Sinnvoll sind auf jeden Fall kräftigende und balancefördernde Übungen.

Sturzrisiko-Tests

Zur Einschätzung der Sturzgefahr wurden verschiedene Tests entwickelt:

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

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

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

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

Sturzprophylaxe

Grundsätzlich gilt, dass alle Maßnahmen und Veränderungen zur Sturzvermeidung nur mit dem Wissen und Einverständnis des Betroffenen durchgeführt werden sollten:

- Risikofaktoren erkennen.
- 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.
- Durch Sport und Funktionstraining Stürzen vorbeugen.
- Auf eine gute Versorgung mit Vitamin D achten. Hintergrund: Vitamin D unterstützt den Knochenaufbau und das Muskelgewebe.
- Rutschige Bodenbeläge wie Fliesen oder Parkett vermeiden.
- Beim Wischen keine Pfützen oder nassen Stellen hinterlassen.
- Auf Teppiche und Läufer verzichten oder diese rutschfest fixieren. Am sichersten ist Auslegware, da diese weder rutschen kann, noch zu glatt ist.
- Rutschfeste und stolperfreie Matten in Bad, Dusche und Badewanne auslegen.
- Treppen mit entsprechenden Belägen rutschfest machen und beidseitig griffsichere Handläufe anbringen.
- Stufenkanten und Türschwellen mit Rampen versehen und farbig markieren.
- Keine Gegenstände (Stolperfallen) liegen lassen, lose Kabel befestigen.
- Wohnung gut beleuchten, zusätzlich Nachlichter anbringen.
- Trittsichere Schuhe mit festem Halt und niedrigen Absätzen tragen.
- Zum Schutz vor Knochenbrüchen z.B. Hüftprotektoren verwenden.

Für den Notfall kann ein Hausnotrufsystem (siehe S. 83) angeschafft werden.

Neben der Beseitigung von Gefahrenquellen im Alltag hilft vor allem ein regelmäßiges, körperliches Training, um Stürze zu verhindern (Näheres unter Sport und Bewegung auf S. 11 sowie Reha-Sport und Funktionstraining auf S. 52).

Wohnumfeldverbesserung

Die Pflegekasse kann unter bestimmten Voraussetzungen Umbauten und Ergänzungen in der Wohnung bezuschussen, welche die Pflege des Parkinson-Patienten 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 einer 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 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.

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 sowie nachgewiesene Fahrtkosten und Verdienstaufschlag von am Bau mithelfenden Angehörigen und Bekannten.

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.

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!

- **Eingliederungshilfe:** 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, Näheres unter www.betanet.de > *Suchbegriff: „Eingliederungshilfe > Einkommen und Vermögen“*.

- **Antrag: Bevor** der Versicherte eine Wohnumfeldverbesserung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Es kann sein, dass die Pflegekasse mehrere Kostenvoranschläge verlangt, bis sie die Maßnahme genehmigt. Wenn eine Wohnumfeldverbesserung durchgeführt wird und der Versicherte erst **danach** die Rechnung bei der Pflegekasse einreicht, 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 soeben 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 mit dem 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: Programmnummer 124 für selbst genutztes Wohneigentum oder Programmnummer 134 für den Erwerb von Genossenschaftsanteilen. Näheres unter www.kfw.de, Suchbegriff: „124 bzw. 134“.
- 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. hat auf seiner Seite Ansprechpartner und Adressen von Wohnberatungsstellen nach Bundesländern sortiert: www.online-wohn-beratung.de > *Wohnungsanpassung barrierefrei (Um-)Bauen > Wichtiges für Mieter, Eigentümer und Bauherren > Wohnberatungsstellen*.

Hausnotrufsysteme

Ein Patient mit Parkinson kann leicht stürzen und sich Verletzungen zuziehen, die ihn zunächst bewegungsunfähig machen können. Hier kann ein Hausnotrufsystem sinnvoll sein, denn das ermöglicht dem Betroffenen bei Hilflosigkeit, z.B. nach einem Sturz, schnell Hilfe zu bekommen. Über ein Hausnotrufgerät kann per Knopfdruck die Notrufzentrale alarmiert und Hilfe angefordert werden.

Funktionsweise

Das Hausnotrufgerät besteht aus einer Basisstation und einem Funksender, den der gefährdete Mensch immer bei sich trägt (z.B. um den Hals oder als Armband). 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 festgelegten Zeiten ein „Alles-in-Ordnung-Signal“. Wenn dieses ausbleibt, fragen die Mitarbeiter nach, ob etwas passiert ist.
- Die meisten Hausnotrufgeräte funktionieren auch im weiteren Umfeld der Basisstation, z.B. im Keller oder im Garten.
- Als ein weiterreichendes Notrufsystem gibt es Mobilnotrufe mit GPS und Ortungsfunktion, die Menschen draußen begleiten können.
- Einige Hausnotrufgeräte ermöglichen Zusatzinstallationen: Ein Handsender ermöglicht die Annahme eines Telefonanrufs vom Sessel aus. Ein Lautsprecher kann für schwerhörige Menschen auf die optimale Lautstärke programmiert werden. Einbruch- und Feuermelder, Videoüberwachung oder Türöffner können an das Hausnotrufgerät angeschlossen werden. Patienten können sich an die pünktliche Medikamenteneinnahme erinnern 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 **oder**
- mit einer Person lebend, die in einer Notsituation ein handelsübliches Telefon nicht bedienen kann **und**
- 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 finden Sie im Pflegehilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 52 unter <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de> > *Hilfsmittelverzeichnis* > *Produktgruppe 52*.
- Es ist sinnvoll, mit dem behandelndem 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-Samariter-Bund, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Diakonie, Johanniter, Malteser Hilfsdienst, Rotes Kreuz, Volkssolidarität.
- Eine Vermittlung zu Anbietern vor Ort ist aber auch über ambulante Pflegedienste, Pflegekassen und Pflegestützpunkte möglich.

Patientenvorsorge

Im Rahmen der Patientenvorsorge können Menschen regeln, wie in wichtigen Lebensbereichen für sie entschieden werden soll und welche medizinischen Maßnahmen gewünscht sind, falls sie sich selbst nicht mehr dazu äußern können.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht
- Betreuungsverfügung
- Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Mit einer **Vorsorgevollmacht** kann man für den Fall, dass man nicht mehr in der Lage ist seinen Willen zu äußern, eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sich zu treffen. Die **Vorsorgevollmacht** kann allgemein sein (Generalvollmacht) oder sich auf einzelne Aufgabenkreise beschränken.

Eine **Vorsorgevollmacht** sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

- Gesundheitspflege, Pflegebedürftigkeit
- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten
- Bestimmungen zum digitalen Nachlass

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

Betreuungsverfügung

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

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

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

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

Informationen geben Hausärzte, Palliativfachkräfte, Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

Adressen

Deutsche Parkinson Vereinigung e.V. – Bundesverband

Moselstr. 31, 41464 Neuss
Telefon: 02131 740270
Fax: 02131 45445
E-Mail: bundesverband@parkinson-mail.de
www.parkinson-vereinigung.de

Kompetenznetz Parkinson

Struthweg 1, 35112 Fronhausen
Telefon: 06426 81959-42
Fax: 06426 81959-52
E-Mail: info@kompetenznetz-parkinson.de
www.kompetenznetz-parkinson.de

Deutsche Parkinson Hilfe e.V.

Lortzingstr. 9, 14480 Potsdam
Telefon: 0173 5887939
E-Mail: office@deutsche-parkinson-hilfe.de
www.deutsche-parkinson-hilfe.de

Deutsche Parkinson Gesellschaft e.V.

Reinhardtstr. 27 c, 10117 Berlin
Postanschrift: Prof. Dr. Rüdiger Hilker-Roggendorf
c/o Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Klinikum Vest
Dorstener Str. 151, 45657 Recklinghausen
Telefon: 02361 563701
www.parkinson-gesellschaft.de

Jung und Parkinson – Die Selbsthilfe e.V.

Langenbachweg 6, 65520 Bad Camberg
Telefon: 0176 63363094
E-Mail: info@jung-und-parkinson.de
www.jung-und-parkinson.de

Bundesverband Parkinson Youngster für Selbsthilfe und Bewegungsstörungen e.V.

Alleestr. 13 a, 46282 Dorsten
Telefon: 0152 34010729
E-Mail: info@parkinson-youngster.de
<https://parkinson-youngster.de>

ParkinsonFonds Deutschland gGmbH

Unter den Linden 10, 10117 Berlin

Telefon: 030 700140-110

Fax: 030 700140-150

E-Mail: info@parkinsonfonds.de

www.parkinsonfonds.de

Hilde-Ulrichs-Stiftung für Parkinsonforschung

Postfach 70 04 32, 60554 Frankfurt am Main

Telefon: 069 67778021

E-Mail: kontakt@aktive-parkinsonstiftung.de

www.aktive-parkinsonstiftung.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Claudia Gottstein

Redaktionsteam

Sabine Bayer, Janina Del Giudice, Jutta Meier, Simone Kreuzer, Andrea Nagl, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

Foto Titelseite

© radachynskyi – stock.adobe.com – ID 253830667

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2021

Copyright beta Institut gemeinnützige GmbH

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

12. vollständig überarbeitete Auflage, Juni 2021