

Palliativ

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen für die letzte
Lebensphase



Vorwort

Palliativpatienten sind unheilbar kranke Patienten, deren Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass ihre Lebenserwartung begrenzt ist. In der palliativen Versorgung und Begleitung geht es nicht mehr um die Heilung der Krankheit. Oberste Ziele sind die Linderung der Symptome und eine möglichst gute Lebensqualität.

Leitfaden sollte dabei immer der Wille des Patienten sein. Palliativversorgung hat deshalb nicht nur die Symptome im Auge, sondern kümmert sich ganzheitlich um die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen.

„Ganzheitlich“ in dieser letzten Lebensphase heißt, dass es neben den körperlichen Leiden auch um psychische, soziale, seelische, finanzielle und viele weitere Nöte gehen kann. Neben dem Wunsch, schmerzfrei zu sein, können die Regelung letzter Angelegenheiten, die Aufarbeitung alter Konflikte oder die Angst vor dem Leiden und dem Sterben zentrale Bedeutung bekommen.

Dieser Ratgeber spricht viele Themen an, die in der Palliativversorgung erfahrungsgemäß wichtig werden – viele davon können aber nicht in der Tiefe behandelt werden, denn die Betreuung des Patienten (und seiner Angehörigen) ist immer individuell.

Wir wollen mit dem Ratgeber Mut machen, auch schwierige, „letzte“ Themen anzusprechen: Viele Probleme können gelöst werden, wenn man sie thematisiert. Offenheit – gerade auch im Umgang mit Ängsten, mit Sterben, mit Tod – wirkt oft wie eine „Lösung“ und trotz aller schweren Stunden können dann Sterbende und Angehörige diese Zeit als bereichernden letzten Schritt im Leben erleben.

Eine (leider) spezielle Herausforderung in der Palliativphase sind krankensicherungs-, pflegeversicherungs- und rentenrechtliche Fragen. Gerade hier möchte dieser Ratgeber helfen, indem er das komplizierte Sozialrecht für Betroffene verständlich erklärt.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf den Fragen: Wie können Angehörige selbst helfen? Wo finden Sie Hilfe? Diese Hinweise ziehen sich konsequent durch alle Kapitel des Ratgebers.

Inhalt

Vorwort	2
Palliativversorgung	5
Die drei Phasen der Palliativbehandlung	5
Würde und Wünsche des Patienten	5
Ziel: Ganzheitliche Linderung	6
Wer Patienten und Angehörige unterstützt	8
Ambulant und stationär	8
Hospiz und palliativ?	8
Ambulante Hospizdienste	8
Ambulante Palliativdienste	8
SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	9
Stationäre Hospize	9
Palliativstationen	10
Krankenhäuser	11
Ambulante Pflegedienste	11
Ausländische Pflegekräfte	12
Patientenvorsorge	13
Patientenverfügung	13
Vorsorgevollmacht	14
Betreuungsverfügung	15
Formales	15
Linderung von Symptomen	17
Akute Verwirrtheit (Delir/Delirium)	17
Angst	17
Appetitlosigkeit	18
Atemnot	18
Depression	18
Juckreiz	19
Kraftlosigkeit und Schwäche (Fatigue)	19
Mundpilz	19
Schlafstörungen	20
Schmerzen	20
Übelkeit und Erbrechen	22
Unruhe	22
Verstopfung	23
Palliativpflege: Was Angehörige tun können	24
Mundpflege	24
Hautpflege	24
Lagerung und Mobilisation	24
Aromapflege und -therapie	25
Wickel und Auflagen	25

Beschäftigung und Ablenkung	25
Kommunikation in der Palliativphase	26
Schutz der eigenen Kräfte: Self Care	27
Pflege: Leistungen der Pflegekasse	28
Pflegeantrag	28
Begutachtung der Pflegebedürftigkeit	28
Pflegegrade	29
Pflegeleistungen	30
Leistungen für pflegende Angehörige	33
Pflegezeit	34
Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	35
Familienpflegezeit	36
Pflegekurse	37
Hilfsmittel und Dienstleistungen	38
Pflegehilfsmittel	38
Hausnotrufsysteme	39
Wohnumfeldverbesserung (Wohnungsumbau)	40
Haushaltshilfe	40
Schwerbehinderung	42
Definition „behindert“ und „schwerbehindert“	42
Schwerbehindertenausweis	42
Grad der Behinderung	43
Merkzeichen	43
Nachteilsausgleiche	44
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	45
Entgeltfortzahlung	45
Krankengeld	46
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	49
Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung	51
Erwerbsminderungsrente	51
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	52
Hilfe zum Lebensunterhalt	54
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	55
Zuzahlungsregelungen	55
Zuzahlungsbefreiung	56
Sonderregelung für chronisch Kranke	58
Sterben und Tod	59
Begleitung im Sterbeprozess	59
Rasselatmung	61
Todeszeichen	62
Nach dem Tod	62
Buchtipps zur Trauer	63
Adressen	64
Impressum	65

Palliativversorgung

In der Palliativversorgung geht es um die umfassende Betreuung von Menschen mit unheilbaren Krankheiten in einem fortgeschrittenen Stadium. Das oberste Ziel ist die Linderung ihrer Beschwerden und die Steigerung ihrer Lebensqualität. Leitfaden sollte dabei immer der Wille des Patienten sein. Palliativversorgung hat deshalb nicht nur die Symptome im Auge, sondern kümmert sich ganzheitlich um die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen.

„Palliativ“: „Palliativ“ stammt von dem lateinischen Wort pallium ab und bedeutet „mantelartiger Überwurf“. Palliativversorgung bedeutet somit, dass der Betroffene umhüllt und geschützt werden soll.

Palliativpatienten sind Patienten, die an einer unheilbaren, progredienten (fortschreitenden) Krankheit in einem weit fortgeschrittenen Stadium leiden. Eine kurative (heilende) Therapie ist nicht mehr möglich und die Lebenserwartung ist begrenzt. Daher geht es nicht mehr darum, welche Krankheit der Patient hat - der Blick richtet sich auf die Symptome.

Die drei Phasen der Palliativbehandlung

Eine palliative Behandlung kann sehr früh ansetzen und sich über viele Monate, manchmal auch Jahre hinziehen. „Palliativ“ heißt also nicht, dass die letzten Tage angebrochen sind.

Man kann 3 Phasen unterscheiden:

1. Rehabilitationsphase

Das Ziel der Rehabilitationsphase ist, dass der Patient ein aktiveres Leben führen kann, durch eine gute Symptomkontrolle wieder mobiler wird und kleine alltägliche Dinge wieder selbst verrichten kann. Das verbessert die Lebensqualität. Diese Phase umfasst meist die letzten Monate des Lebens, manchmal sogar Jahre.

2. Terminalphase

Die Terminalphase ist die Vorstufe des Sterbens und kann mehrere Wochen bis Monate dauern. Die Krankheit beeinträchtigt die Aktivität des Patienten jetzt deutlich.

3. Sterbephase/Finalphase

Die Sterbephase umfasst die letzten Stunden oder wenige Tage. Dabei steht im Vordergrund, den Sterbenden auf seinem letzten Weg zu begleiten und seine Würde zu achten.

Würde und Wünsche des Patienten

Die Würde des Patienten ist immer zu respektieren, seine Selbstbestimmung und Autonomie sind zu achten. Seine Wünsche, Ziele und Bedürfnisse stehen im Vordergrund.

Wünsche können z.B. sein:

- Letzte Angelegenheiten regeln können
- Schmerzfrei sein

- Anwesenheit von Angehörigen und Freunden
- Zu Hause sterben
- Allein sein
- Gebete sprechen

Die Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen ist immer individuell. Sie reicht über den Tod hinaus bis in die Trauerphase.

Wichtig ist die Schaffung von Vertrauen: Das erfordert einen offenen und ehrlichen Umgang aller Beteiligten miteinander, insbesondere auch mit dem Thema Sterben und Tod. Der Patient soll sich sicher, geborgen und ernst genommen fühlen.

Ziel: Ganzheitliche Linderung

Palliativpatienten leiden oft nicht nur körperlich.

Ziel der Palliativversorgung ist deshalb, neben den körperlichen Beschwerden auch psychische **Probleme** (Angst, Trauer) und soziale Schwierigkeiten (Einsamkeit, Kommunikation, Einkommensverlust) zu lindern und die letzte Lebenszeit lebenswerter zu machen. Deshalb müssen alle Helfer, z.B. Ärzte, Pflegende, Ehrenamtliche, Seelsorger oder Sozialarbeiter, und alle Einrichtungen, z.B. Krankenhäuser, Palliativstationen oder Pflegedienste, zusammenarbeiten.

Symptomkontrolle

Quälende Symptome können alles andere überdecken. Deshalb steht im Mittelpunkt der medizinischen Behandlung eines Palliativpatienten die Linderung von **Beschwerden** wie Schmerzen, Übelkeit, Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Atemnot. Wenn nötig, müssen hier spezialisierte ärztliche und pflegerische Fachkräfte einbezogen werden. Mehr zu den häufigsten Symptomen ab S. 17.

Palliativversorgung akzeptiert den Tod als Teil des Lebens. Sie beschleunigt weder das Sterben noch wird der Tod verschoben. Unheilbar kranken und schwerstkranken Menschen soll in der letzten Lebensphase ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod ermöglicht werden.

Starke Medikamente

Wenn die Lebensdauer begrenzt ist, können manche Symptome wirksamer bekämpft werden, weil man z.B. nicht mehr auf Spätfolgen von Medikamenten achten muss. Das Wichtigste ist die **Linderung**, deshalb werden zum Teil auch sehr starke Medikamente eingesetzt. Mehr zu starken Schmerzmitteln (Opioide) ab S. 21.

Pflege

Einen wichtigen Beitrag zur Lebensqualität leisten Pflegende, spezialisierte Therapeuten und Angehörige. Massagen und Mobilisierung, Entspannung und Kräftigung, Mund- und Körperpflege, Raumklima, Ernährung, Versorgung von Wunden und die richtige Lagerung des Patienten sind hier oft zentrale Themen. Einerseits geht es um Erleichterung von Beschwerden, andererseits um das Wiedergewinnen von Normalität und „Alltag“. Mehr zur Pflege ab S. 28.

Betreuung und Soziales

Gerade im letzten Lebensabschnitt, der oft von Krankheit und Beschwerden überschattet ist, können alltägliche „Kleinigkeiten“ von großer Bedeutung sein. Beschäftigung und Ablenkung können dazu beitragen, dass Beschwerden „vergessen“ werden. Wertvolle Dienste leisten ehrenamtliche Hospiz-

helfer, die speziell für die Begleitung von Schwerstkranken und ihren Angehörigen fortgebildet sind. Mehr zu Hilfe und Entlastung, Beschäftigung und Kommunikation ab S. 24.

Psyche und Seele

Bei der Palliativversorgung geht es auch um seelischen Beistand für Patienten und Angehörige. Es ist sehr stark von den persönlichen Einstellungen und dem Glauben abhängig, wer bei solchen Nöten helfen kann. Wichtig ist, die seelische Not ernst zu nehmen, anzusprechen und sich Hilfe zu holen: Beim Psychotherapeuten, beim Seelsorger, bei guten Freunden oder bei außenstehenden, professionellen Hospiz- und Palliativhelfern.

Sozialrecht und Kosten

Oft kommen zur körperlichen und seelischen Not auch noch Probleme mit der Krankenkasse oder anderen Kostenträgern hinzu. Durch die Krankheit entstehen auch finanzielle Sorgen, weil berufstätige Patienten nicht mehr arbeiten können. Sozialarbeiter können bei sozialrechtlichen Fragen beraten und bei Anträgen unterstützen.

Angehörige

Auch Familie, Freunde oder Nachbarn sind betroffen und benötigen oft Hilfe, z.B. Pflegeanleitung (siehe S. 37) oder psychosoziale Unterstützung.



Praxistipp!

Die Bundesärztekammer (BÄK) veröffentlicht in mäßigen Abständen aktualisierte „Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung“. Diese sind auch für interessierte Patienten sehr informativ. Download unter www.bundesaerztekammer.de > Ärzte > Medizin & Ethik > Sterbebegleitung.

Wer Patienten und Angehörige unterstützt

Unheilbar kranken und schwerstkranken Menschen soll in der letzten Lebensphase ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod ermöglicht werden. Es gibt verschiedene Helfer auf diesem letzten Weg.

Ambulant und stationär

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.

Ambulant heißt, der Patient bleibt in seiner gewohnten Umgebung, also z.B. zu Hause oder im Heim. Die wichtigsten ambulanten Helfer sind Hospizdienste, Palliativdienste sowie die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Stationär heißt, der Patient kommt in eine spezielle Einrichtung. Wichtig sind hier die stationären Hospize und die Palliativstationen in Kliniken.

Hospiz und palliativ?

In der Praxis sind die Grenzen zwischen palliativer Arbeit und Hospizarbeit fließend.

Zur Unterscheidung der Angebote kann gesagt werden, dass mit Hospizarbeit in der Regel das ehrenamtliche Engagement von Helfern bezeichnet wird, während Palliativmedizin und -pflege von professionellen Helfern angeboten wird.

Ambulante Hospizdienste

Ambulante Hospizdienste sind verschiedenste Dienste, Gruppen und Initiativen, die Palliativpatienten und ihre Angehörigen zu Hause oder im Heim begleiten.

Der Schwerpunkt liegt auf ehrenamtlichen Leistungen, die hauptberuflichen Fachleute sind vor allem in der Beratung, Organisation und Fortbildung tätig. Alle ehrenamtlichen Hospizhelfer sind für ihre Arbeit speziell fortgebildet. Ihre wichtigste Leistung ist da zu sein, zu entlasten, zu wissen, wer in schwierigen Situationen helfen kann, und auch die Trauer über den Tod hinaus mit zu begleiten.

Ambulante Hospizdienste werden meist von Krankenkassen gefördert und darüber hinaus durch Spenden finanziert. Für den Patienten entstehen bei der Inanspruchnahme keine Kosten.

Ambulante Palliativdienste

Ambulante Palliativdienste ergänzen die örtlichen Pflegedienste und Sozialstationen und sind auf die pflegerische und medizinische Betreuung sterbenskranker Patienten spezialisiert.

Hauptamtliche, palliativmedizinisch geschulte Pflegekräfte versorgen die Patienten im häuslichen Umfeld und sind rund um die Uhr erreichbar. Palliativdienste sind zum Teil eigenständig, zum Teil eine Spezialabteilung eines „normalen“ Pflegedienstes oder Teil eines Hospizdienstes. Gemeinsam ist

ihnen, dass sie über spezialisierte Palliativmediziner und -pflegekräfte verfügen, die Patienten und deren Angehörige im häuslichen Umfeld betreuen.

SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Die „Spezialisierte ambulante Palliativversorgung“ (SAPV) ist eine relativ neue Krankenkassenleistung, die dabei hilft, dass Palliativpatienten auch bei besonders aufwendiger Versorgung zu Hause/im Heim bleiben können.

Voraussetzungen

Anspruch auf SAPV haben gesetzlich versicherte Patienten,

- die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Krankheit leiden, die eine begrenzte Lebenserwartung zur Folge hat **und**
- die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, die ambulant oder in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden kann.

Die SAPV ist von einem Arzt zu verordnen. Kostenträger ist die Krankenkasse, die auch Fragen beantwortet. Der Patient muss **keine** Zuzahlungen leisten.

Nach **vorheriger** Genehmigung übernehmen auch einige private Krankenversicherungen die Kosten für die SAPV.

Definition „Besonders aufwendige Versorgung“

Besonders aufwendig heißt, dass die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichen und dass beim Patienten so komplexe Symptome vorliegen, dass spezifische palliativmedizinische und -pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen eines interdisziplinären Teams (Ärzte und Pflegekräfte) notwendig sind. Dieses Team wird als „Palliative-Care-Team“ (PCT) bezeichnet.

Palliativ-Care-Teams sind rund um die Uhr erreichbar und die speziell ausgebildeten Mitarbeiter kommen bei Krisen jederzeit vor Ort. Die SAPV wird immer individuell auf den Patienten und seine Situation abgestimmt. Sie kann alle ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen umfassen, oder auch nur die Beratung, Anleitung und Begleitung der vorhandenen Helfer - vom Arzt bis zu den Angehörigen. Allerdings gibt es noch nicht in allen Regionen Deutschlands entsprechende Palliativteams.

Stationäre Hospize

Stationäre Hospize sind Pflegeeinrichtungen, die unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase umfassend begleiten und betreuen, durchschnittlich etwa 2 bis 4 Wochen lang.

Die Hospizmitarbeiter gehen ganzheitlich auf die Bedürfnisse des Schwerkranken/Sterbenden und seiner Angehörigen ein – immer im Sinne des Kranken.

Das Angebot umfasst die palliativ-pflegerische, soziale, psychologische und spirituelle Betreuung.

Die ärztliche Betreuung wird meist von Hausärzten übernommen. Großer Wert wird auf eine qualifizierte Versorgung und kompetente Betreuung rund um die Uhr gelegt.

Voraussetzungen für die Aufnahme

Menschen, die an einer schweren, unheilbaren und weit fortgeschrittenen Krankheit leiden, können in einem stationären Hospiz aufgenommen werden, wenn

- keine Krankenhausbehandlung nötig ist **und**
- keine Möglichkeit zur ambulanten Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten besteht, z.B. durch ambulante Pflegedienste oder die SAPV,
- der Patient sich angemeldet **und**
- der Arzt die Aufnahme aus medizinischer Sicht begründet hat.

Aufgrund dieses ärztlichen Gutachtens wird dann ein entsprechender Antrag bei der Kranken- oder Pflegekasse gestellt. Antragsformulare sind beim Hospiz oder bei der Kasse erhältlich.

Kosten

Grundsätzlich wird der Aufenthalt in einem stationären Hospiz zum Teil von der Krankenkasse, bei Pflegebedürftigkeit zum Teil von der Pflegekasse und der Rest vom Hospizträger finanziert. In der Regel sollte vor Aufnahme eine Kostenübernahmeerklärung der Kasse vorliegen.

Der Patient muss **keine** Zuzahlung leisten.

Palliativstationen

Eine Palliativstation ist Teil eines Krankenhauses. Ihr Ziel ist, sowohl die körperlichen Beschwerden einer unheilbaren, fortgeschrittenen Krankheit als auch die damit verbundenen psychosozialen Probleme zu lindern.

Maßgeblich für eine Palliativstation ist ein multiprofessionelles Team. Ziele der Behandlung sind das Lindern akuter Schmerzen und anderer Symptome sowie die Rückkehr des Patienten in das häusliche Umfeld. Auch die Angehörigen werden so weit möglich eingebunden und betreut und sollen die Möglichkeit haben, den ganzen Tag beim Patienten zu bleiben.

Aufnahmekriterien

Aufgenommen werden Palliativpatienten, die so starke Symptome haben, dass sie eine Krankenhausbehandlung brauchen. Die Patienten werden entweder von einem niedergelassenen Arzt überwiesen oder wechseln von einer anderen Station auf die Palliativstation.

Zuzahlung

Erwachsene Patienten müssen bei jedem Krankenhausaufenthalt 10 € pro Tag zuzahlen, maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Zuzahlungen zu anderen Krankenhausaufenthalten und Anschlussheilbehandlungen werden angerechnet. Der Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ganzer Tag.

Entlassung

Da der Aufenthalt auf Palliativstationen begrenzt ist, muss frühzeitig überlegt werden, ob die Entlassung nach Hause oder in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgen soll. Bei diesen Überlegungen werden Patienten und Angehörige entweder von Sozialarbeitern der Palliativstation oder vom Sozialdienst des Krankenhauses beraten und unterstützt.

Praxistipp!

Adressen von Palliativstationen, ambulanten und stationären (Kinder-)Hospizen und weiteren Einrichtungen der Hospiz- Palliativarbeit können unter www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de gefunden werden.

Krankenhäuser

Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern. Akutkrankenhäuser sind in der Regel nicht auf Palliativmedizin ausgerichtet, doch es kann für den Patienten ein würdiges Sterben sein, wenn er von den Angehörigen und dem Fachpersonal gut betreut wird.

In vielen Krankenhäusern gibt es mittlerweile einen interdisziplinären palliativmedizinischen Dienst (IPD), der über palliativmedizinische und -pflegerische Kenntnisse verfügt und Patienten auf allen Stationen betreut.

Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste übernehmen die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in deren Wohnung. Der sozialrechtliche Fachausdruck für diese Pflege durch externe Fachkräfte lautet Pflegesachleistung (siehe S. 30).

Pflegedienste können privat, kommunal oder als Sozialstationen organisiert sein. Letztere sind den großen Wohlfahrtsverbänden (z.B. Caritas, Diakonie, Rotes Kreuz, Arbeiterwohlfahrt, Paritätischer Wohlfahrtsverband) angeschlossen. Viele ambulante Pflegedienste haben mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen und sind dadurch verpflichtet, die von den Kassen vorgegebenen Qualitätsstandards in der ambulanten Pflege einzuhalten.

Pflegedienste, die mit Pflegekassen keinen Vertrag geschlossen haben, können trotzdem gegen Privatrechnung an den Pflegebedürftigen Pflegesachleistungen erbringen. Der Pflegebedürftige hat gegenüber der Pflegekasse dann einen Anspruch auf Erstattung von 80 % des jeweiligen Höchstbetrags.

Wer hilft weiter?

Adressen von ambulanten Pflegediensten können u.a. bei Pflegestützpunkten oder Pflegekassen erfragt werden.

Pflegevertrag

Vor Abschluss eines Pflegevertrags sollte man Kostenvoranschläge von mehreren Pflegediensten einholen, um Leistungen und Preise zu vergleichen. Ein Pflegevertrag kann jederzeit geändert werden, wenn der Pflegedienst zusätzliche oder weniger Leistungen erbringen soll. Pflegebedürftige können den Pflegevertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Weitere Untersützung

Manchmal reicht ein ambulanter Pflegedienst nicht, um ein „zu Hause bleiben“ und auch „zu Hause sterben können“ zu ermöglichen.

Es gibt mehrere bundesweite Anbieter von Vermittlern deutscher Pflegekräfte, die innerhalb weniger Tage anreisen und so lange im Haushalt des Patienten bleiben, wie sie gebraucht werden. Diese

findet man im Internet mit dem Suchbegriff „24 Stunden Pflege deutsche Pflegekräfte“. Dies ist natürlich deutlich teurer als Haushalts- bzw. Pflegekräfte aus Osteuropa (siehe unten), allerdings kann bei bestimmten Krankheitsbildern das Beherrschen der Sprache zwingend notwendig sein.

Ausländische Pflegekräfte

Bei der Beschäftigung ausländischer Kräfte, in der Regel Frauen aus Osteuropa, gibt es Grauzonen. Grundsätzlich ist die legale Beschäftigung über verschiedene Modelle möglich. Es ist zu unterscheiden zwischen „Haushaltshilfe“ und „Pflegekraft“.

Arbeitskräfte aus EU-Staaten können ohne Arbeitserlaubnis beschäftigt werden. Für sie gelten dieselben Bedingungen wie für deutsche Arbeitskräfte, also z.B. Bestimmungen zu Arbeitszeiten, Arbeitsschutz, Urlaub und Mindestlöhnen. Pflegekräfte aus Drittstaaten (= Ausländer aus Nicht-EU-Staaten) benötigen für die Arbeitsaufnahme einen Aufenthaltstitel, in dem die Erlaubnis zur Aufnahme einer unselbstständigen Tätigkeit vermerkt ist.

Ausländische Haushaltshilfen

Eine ausländische Haushaltshilfe darf folgende Tätigkeiten verrichten:

- Hilfe im Haushalt, z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen
- Pflegerische Alltagshilfen, z.B. Essen, Trinken, Waschen, An- und Auskleiden
- Soziale Betreuung und Motivation, z.B. Vorlesen, Spaziergehen oder Begleitung zu Arztbesuchen.

Eine Haushaltshilfe darf **keine pflegerischen Tätigkeiten** verrichten.

Ausländische Pflegekräfte

Ausgebildete Pflegekräfte aus der EU dürfen in Deutschland unter denselben Bedingungen beschäftigt werden wie Deutsche. Für die gesamte Pflegebranche gelten seit 2010 Mindestlöhne. Sie betragen ab 1.1.2018 pro Stunde 10,55/10,05 € (West/Ost) und werden bis 2020 stufenweise angehoben.



Wer hilft weiter?

Zur Beschäftigung von ausländischen Haushaltshilfen und Pflegekräften informieren

- Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit, Virtuelles Welcome Center, Villemombler Str. 76, 53123 Bonn, Telefon: 0228 713-1313, E-Mail: make-it-in-germany@arbeitsagentur.de.
- Örtliche Agentur für Arbeit

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.

Dafür gibt es 3 verschiedene schriftliche Erklärungen:

- Patientenverfügung
- Betreuungsverfügung
- Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung regelt ein Mensch, wie er in lebensbedrohlichen Krankheitssituationen behandelt oder nicht behandelt werden möchte, wenn er sich selbst dazu nicht mehr äußern kann. Eine Patientenverfügung kann die „Garantiepflicht“ des Arztes aufheben, Leben zu erhalten.

Wichtig ist, dass die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die dann aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen:

- Treffen sie zu, **muß** der Betreuer/Bevollmächtigte dem Patientenwillen Geltung verschaffen, d.h.: Enthält die Patientenverfügung z.B. den Verzicht auf künstliche Ernährung, ist eine Entscheidung des Betreuers/Bevollmächtigten nicht erforderlich, da der Patient bereits selbst entschieden hat und dies für alle bindend ist.
- Treffen die Festlegungen der Patientenverfügung auf die Situation nicht zu oder gibt es keine Patientenverfügung, dann muss der Betreuer/Bevollmächtigte den mutmaßlichen Patientenwillen ermitteln. Dies geschieht mit Bezug auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen oder sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten.



Praxistipp!

Eine Patientenverfügung sollte unbedingt in Zusammenarbeit mit einem Arzt verfasst werden, um ihr eine medizinisch fachkundige Basis zu geben. Für Palliativpatienten ist das Gespräch mit einem palliativmedizinisch erfahrenen Arzt zu empfehlen, da diese Ärzte sehr genau wissen, welche Situationen bei bestimmten Krankheiten in Krisen oder am Lebensende auftreten können und welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten bestehen.

Sterbebegleitung, nie Sterbehilfe

Eine Patientenverfügung bezieht sich auf den Bereich der passiven Sterbebegleitung und der Schwerstkrankenpflege. Sie muss vom Arzt beachtet werden, da er ansonsten der Körperverletzung bezichtigt werden kann. Verbindlich ist allerdings nur, was rechtlich erlaubt ist, d.h.: Der Wunsch nach aktiver/direkter Sterbehilfe darf nicht erfüllt werden.

Inhalte

Die Patientenverfügung beinhaltet die genaue, detaillierte und persönlich begründete Aufzählung von spezifischen Behandlungs- und Pflegewünschen bzw. deren Verzichtswunsch.

Folgende Situationen sollten genau beschrieben sein:

- Formen einer eventuellen Intensivtherapie.
- Wann soll bzw. soll nicht reanimiert werden?
- Wann soll eine bzw. keine Schmerztherapie durchgeführt werden? Welche Folgen werden in Kauf genommen, welche nicht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Beatmung gewünscht?
- Wann ist eine bzw. keine Krankenhauseinweisung erwünscht?
- Wann ist eine bzw. keine künstliche Ernährung (hier auch die Form bestimmen) gewünscht?
- Ist eine verminderte Flüssigkeitszufuhr und entsprechende Mundpflege zur Vermeidung von Durstgefühl gewünscht?
- Ist die Linderung von Übelkeit, Erbrechen erwünscht?
- Ist die Linderung von Angst- und Unruhezuständen gewünscht?
- Wie soll die Sterbebegleitung genau aussehen?
- Wer wird bzw. wird nicht als seelsorgerischer und/oder persönlicher Beistand gewünscht?

Vorsorgevollmacht

Im Rahmen einer Vorsorgevollmacht regelt der Patient, welche Person(en) stellvertretend für ihn Entscheidungen treffen sollen, wenn er selbst nicht dazu in der Lage ist.

Bevollmächtigte haben sehr weitgehende Rechte, ihre Entscheidungen sind bindend. Sie werden (im Gegensatz zu Betreuern) nicht vom Betreuungsgericht kontrolliert. Deshalb sollte man nur Menschen des absoluten Vertrauens als Bevollmächtigte bestimmen. Hat man keine solche Person, sollte man eine Betreuungsverfügung (siehe S. 15) verfassen.

Aufgabenkreise

Eine umfassende Vorsorgevollmacht sollte folgende Aufgabenkreise abdecken:

- Vermögenssorge
- Wohnungs- und Mietangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmung
- Post- und Fernmeldeverkehr
- Behörden- und Ämtervertretung
- Beauftragung von Rechtsanwälten und Vertretung vor Gerichten
- Gesundheitsorge, Pflegebedürftigkeit. Hier kann auch vieles in einer Patientenverfügung bestimmt werden, an die der Bevollmächtigte dann gebunden ist.

Wenn die Vollmacht alle diese Bereiche abdeckt, bestellt das Betreuungsgericht in der Regel keinen Betreuer.

Bei folgenden Situationen braucht jedoch auch der Bevollmächtigte die Zustimmung des Betreu-

ungsgerichts:

- Notwendige freiheitseinschränkende Maßnahmen sollen durchgeführt werden, z.B. Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung, Anlegen von Bauchgurten, Anbringen von Bettgittern, Verabreichung ruhigstellender Medikamente.
- Ärztliche Untersuchungen, Heilbehandlungen oder medizinische Eingriffe, wenn dabei Lebensgefahr besteht oder ein schwerer, lang andauernder Gesundheitsschaden die Folge sein kann.

Betreuungsverfügung

Mit einer **Betreuungsverfügung** bestimmt der Patient, wer für den Fall, dass das **Betreuungsgericht eine Betreuung anordnet, als Betreuer eingesetzt werden soll – oder wer keinesfalls sein Betreuer werden soll.**

Das Gericht ist verpflichtet, die vorgeschlagene Person zu prüfen und ihre Eignung zu bestätigen. Wenn keine **Betreuungsverfügung** vorliegt, sucht das **Betreuungsgericht** eine geeignete Person aus, in der Regel aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis.

Die **Betreuungsverfügung** ist dann sinnvoll, wenn der Verfügende niemanden kennt, dem er eine Vollmacht in einem oder mehreren Bereichen übertragen möchte, er aber eine Person kennt, die die Verwaltung seiner Angelegenheiten mit Hilfe des **Betreuungsgerichts** übernehmen soll und dies auch will. Diese Person/en sollte/n genau über die eigenen Vorstellungen informiert werden und damit einverstanden sein, im Ernstfall die gesetzliche Betreuung zu übernehmen.

Der Patient kann in der **Betreuungsverfügung** seine Wünsche an den Betreuer detailliert festlegen, z.B.:

- Zum Umgang mit seiner Person
- Zur Verwaltung seiner Finanzen und seines Vermögens
- Wo er gepflegt werden möchte
- Zu medizinischen Angelegenheiten

Die Wünsche an den Betreuer sollten schriftlich in einem Anhang der **Betreuungsverfügung** festgelegt werden.

Formales

Die folgenden Punkte gelten für alle **Patientenvorsorge-Formen**:

- Um Zweifel auszuschließen, wird die **schriftliche Form** angeraten.
- Möglich sind auch **Vordrucke**, die individuell abwandelbar sind.
- **Ort, Datum und eigenhändige Unterschrift** sind immer erforderlich. Auch Ergänzungen und Streichungen müssen mit Ort, Datum und Unterschrift dokumentiert werden.
- Um einer juristischen Anfechtung vorzubeugen, ist es dringend empfehlenswert, dass ein Arzt
 - bei einer Patientenverfügung die Einwilligungsfähigkeit,
 - bei einer Vorsorgevollmacht die Geschäftsfähigkeit,
 - bei einer **Betreuungsverfügung** die Einsichtsfähigkeit

des Patienten mit Unterschrift und Datum bestätigt.

- **Aufbewahrung**: Alle vorsorgenden Verfügungen sind nur im Original gültig und müssen im

Bedarfsfall unverzüglich zur Verfügung stehen. Sie sollten leicht zugänglich hinterlegt werden, z.B. beim künftigen Bevollmächtigten/Betreuer oder bei Banken, Amts- bzw. Betreuungsgerichten, Notaren oder Rechtsanwälten. Alle anderen, die davon wissen sollten, sollten eine Kopie bekommen mit dem Hinweis, wo sich das Original befindet.

- Beim **Zentralen Vorsorgeregister** der Bundesnotarkammer kann eine Vorsorgevollmacht registriert werden und können zudem die Kenndaten einer Betreuungsverfügung und/oder einer Patientenverfügung hinterlegt werden. Beim Vorsorgeregister werden keine Inhalte hinterlegt, es geht nur um die Existenz einer vorsorgenden Verfügung. Informationen unter www.vorsorgeregister.de.
- **Geltungsdauer:** Grundsätzlich unbegrenzt. Der Patient kann jedoch jederzeit widerrufen oder ändern. Das sollte dann allen entsprechenden Personen bzw. Institutionen mitgeteilt werden.

Wer hilft weiter?

Beratungen und Vorträge bieten Hospize, Palliativteams, Seniorenstellen, Betreuungsvereine und zum Teil auch Apotheken und Ärzte. Informationen geben Amts- und Betreuungsgerichte, Rechtsanwälte und Notare sowie das Patientenschutztelefon der Deutschen Stiftung Patientenschutz unter Telefon: 0231 7380730 oder 030 28444840 oder 089 2020810.

Praxistipp!

Einen Ratgeber mit ausführlichen Informationen zu Patientenverfügung, Betreuungsverfügung und Vorsorgevollmacht können Sie kostenlos downloaden unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber.

Linderung von Symptomen

Es gibt eine ganze Reihe von Symptomen, die für die letzte Lebensphase typisch sind. Auf den folgenden Seiten sind nur die häufigsten Symptome aufgeführt, da eine umfassende Abhandlung den Umfang dieses Ratgebers sprengen würde. Die folgende Auflistung soll Patienten und Angehörigen eine Orientierung geben.

Vielen hilft schon das Wissen, dass die zunehmenden Schwierigkeiten, die jetzt auftreten, normal sind. Symptome wie Angst, Depression, Schlafstörungen und Unruhe sind häufig. Sie sind auch ganz natürlich angesichts der Tatsache, dass das Leben sich neigt. Generell kann gesagt werden: Es gibt viele Hilfen, die die Symptome lindern können.

Praxistipps!

- Sprechen Sie mit dem Arzt, mit den Pflegenden und den Hospizhelfern. Nur wenn die Fachkräfte Bescheid wissen, können sie sich um Abhilfe bemühen. Es gibt viele pflegende und unterstützende Maßnahmen, mit denen Pflegedienste, Hospizhelfer und Angehörige entlasten und ein Leben in Würde bis zuletzt ermöglichen können. Und es gibt starke, wirksame Medikamente. Doch häufig haben Patienten und Angehörige Angst vor Mitteln wie Morphin. Fragen Sie Ihren Arzt: Er kann Ihnen die Wirkweise erklären und wird in Abstimmung mit Ihnen und Ihren Angehörigen entscheiden, welche Mittel eingesetzt werden.
- Eine laienverständliche Übersicht zu den wichtigsten Symptomen und Medikamenten kann bei der Deutschen Palliativstiftung unter www.palliativstiftung.de > Publikationen > Bücher/Broschüren/Ratgeber > „Medikamententipps“ heruntergeladen werden.

Akute Verwirrtheit (Delir/Delirium)

Akut heißt: Innerhalb kürzester Zeit können verschiedenste Symptome auftreten wie Passivität, fehlende Konzentration, Aggressivität, Verwirrtheit, Wahnvorstellungen, rasche Gefühlswechsel, gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus. Der Betroffene weiß nicht mehr, was er tut, was er will, was er fühlt, gefährdet sich und andere.

Die Auslöser können sehr verschieden sein. Helfen können ausreichendes Trinken (oder Infusionen), persönliche Zuwendung und Entspannungsübungen. Hilfreich kann aber auch der Einsatz von Medikamenten sein, die kurzfristig über kritische Situationen helfen.

Angst

Angst am Lebensende und vor dem Sterben ist normal. Niemand weiß, was auf einen zukommt. Wichtig ist, Ängste auszusprechen, sie mit anderen zu teilen. Das hilft, Ängste zu ertragen.

Angehörige und Freunde können zuhören und da sein. Es gibt zudem pflegerische Maßnahmen oder Beschäftigungen, die beruhigen und/oder ablenken (Näheres ab S. 25).

Angstauslöser können aber auch alte Konflikte und „offene Rechnungen“ sein. Hier kann manchmal ein unbeteiligter Dritter als Gesprächspartner besser helfen, z.B. ein Hospizhelfer oder Seelsorger. Ärzte und Pflegende sind gute Ansprechpartner, wenn es um sehr konkrete Ängste, z.B. vor Schmerzen, vor dem Fortschreiten der Krankheit oder vor dem „ins Heim kommen“, geht. Sie kennen Ent-

wicklungen bei anderen Patienten und können durch Informationen Ängste lindern. Bei sehr starken Ängsten können sie auch Medikamente empfehlen, die dagegen helfen können.

Appetitlosigkeit

Essen und Trinken sind eng mit Gesundheit, Lebensfreude und Lebensqualität verbunden.

In der Palliativphase verschwinden Hunger und Durst zum Teil völlig und es erfordert große Sorgfalt, mit diesen Situationen richtig umzugehen. „Richtig“ heißt wie immer in der Palliativversorgung: So, wie es der Patient wünscht, wie es für **ihn** richtig ist.

Manche Menschen wollen gegen Lebensende nichts mehr essen und trinken. Das ist natürlich – jedoch für die Angehörigen schwer auszuhalten. Anzuerkennen, dass ein geliebter Mensch nicht mehr essen will, d.h. akzeptieren, dass er nicht mehr lange leben wird.

Wenn ein Mensch noch essen will, sollte er das essen, worauf er Lust hat: Lebensfreude ist in der Palliativphase wichtiger als Ernährungsfachwissen. Es darf keinen Zwang zum Essen geben.

In manchen Fällen kann eine künstliche Ernährung oder Flüssigkeitsgabe angebracht sein, z.B. wenn Übelkeit, Schmerzen, Kraftlosigkeit, Schluckbeschwerden oder andere Symptome das Essen schwer oder unmöglich machen. Eine künstliche Ernährung ist nur dann durchzuführen, wenn der Patient dies will und sie medizinisch indiziert ist. Über die medizinische Indikation entscheidet der behandelnde Arzt.

Atemnot

Atemnot (Dyspnoe) gehört zu den quälendsten und bedrohlichsten Symptomen, weil immer die Erstickungsangst mitschwingt. Spontan glauben viele Menschen, Atemnot habe mit Sauerstoffmangel zu tun, doch bei Palliativpatienten ist das fast immer anders.

Der Körper meldet Atemnot nicht nur bei Sauerstoffmangel, sondern er reagiert viel empfindlicher auf zu viel Kohlendioxid, das ausgeatmet werden muss. Wenn die verbrauchte Luft nicht richtig ausgeatmet werden kann, entsteht Atemnot. Gründe dafür können z.B. Atemwegserkrankungen, Herzprobleme, Schwäche oder Nervosität sein. Angst verflacht die Atmung – so wird die Atemnot noch größer.

Bei Atemnot ist es daher wichtig, den Patienten zu beruhigen und seine Konzentration auf ein möglichst tiefes Ausatmen zu lenken. Frische Luft oder ein Ventilator können helfen. Auch eine gute Mund- und Lippenpflege ist wichtig. Atemnot kann auch mit Medikamenten gelindert werden.

Depression

Depression ist eigentlich eine eigenständige Krankheit.

Die wichtigsten Symptome sind:

- Ständige niedergedrückte Stimmung
- Keine Hoffnung, keine Freude, kein Interesse.
- Kein Antrieb, keine Energie, keine Kraft.

Es ist normal, dass eine unheilbare Krankheit, belastende Symptome und das nahende Lebensende die Stimmung drücken – „depressiv“ machen. Betroffene leiden deshalb nicht gleich an einer Depression, die mit Medikamenten behandelt werden muss.

Wenn entsprechende Symptome aber ausgeprägt sind und lange anhalten, sollte der Arzt informiert und befragt werden. Vorrang hat immer eine möglichst hohe Lebensqualität des Patienten und hier können Antidepressiva helfen. Die Verordnung von Antidepressiva muss sehr sorgfältig erfolgen, da sich mit vielen anderen Medikamenten Wechselwirkungen ergeben und sie häufig Nebenwirkungen haben. Manche Nebenwirkungen sind aber auch erwünscht, z.B. können Antidepressiva bestimmte Schmerzen lindern.

Juckreiz

Juckreiz (Pruritus) ist ein zwar seltenes, aber sehr quälendes Symptom. Er kommt meist bei Leberschäden, trockener Haut und Hautveränderungen vor, doch es gibt weitere und oft auch recht komplexe Ursachen.

Wichtig ist, bei Juckreiz **nicht zu kratzen**: Kratzen verletzt die Haut und verstärkt den Juckreiz. Lindern kann z.B. drücken, kühlen und jede Form von Ablenkung.

Gute Hautpflege ist wichtig. Hier sollte man sich von Pflegefachkräften beraten lassen, denn alles sollte optimal auf den Hauttyp und das Wohlbefinden des Patienten abgestimmt sein: die Waschlotion, die Wassertemperatur, das Abtrocknen (nicht rubbeln), das Hautpflegemittel, die Kleidung, die Raumtemperatur, die Luftfeuchtigkeit, das Essen und Trinken.

Es gibt auch Medikamente gegen Juckreiz, aber sie gelten immer als letztes Mittel, wenn pflegende Maßnahmen nicht helfen.

Kraftlosigkeit und Schwäche (Fatigue)

Nach langer lebensbedrohlicher Krankheit und vielen Behandlungen kommen Körper und Psyche irgendwann an ihre Grenzen.

Manchmal ist das der natürliche Prozess und ein Mensch kann nicht mehr und will nicht mehr leben. Das ist für die Angehörigen eine schwierige Situation, sollte aber respektiert werden.

Es gibt auch viele Fälle, bei denen der Körper nach intensiven Therapien keine Kraft mehr hat oder Beschwerden das Essen, Trinken und Schlafen verhindern und so zu einer zunehmenden Schwäche und Auszehrung (Kachexie) führen. In diesen Fällen kann künstliche Ernährung helfen. Wenn Symptome wie Schmerzen, Übelkeit oder Angst das Essen oder Schlafen verhindern, sollte unbedingt versucht werden, diese Beschwerden zu lindern. Wenn Medikamente die Schwäche verursachen, sollte mit dem Arzt besprochen werden, wie vorzugehen ist.

Mundpilz

Palliativpatienten haben häufig einen weißlichen Belag im Mundraum, der beim Essen und Trinken brennt und schmerzt. Das kann Mundpilz (Soor, Candidose) sein. Pilze kommen praktisch überall vor, doch Palliativpatienten sind besonders anfällig, weil ihr Immunsystem geschwächt ist oder die Schleimhäute angegriffen sind.

Gegen Mundpilz hilft eine konsequente Mundpflege – am besten natürlich vorbeugend. Eine gesunde Mundschleimhaut verhindert die Ansiedlung von Pilzen. Wenn der Mundpilz bereits da ist, muss er unbedingt behandelt werden.

Im Mund ist er zwar harmlos, aber wenn er sich ausbreitet, kann er Organe angreifen und bei alten und geschwächten Menschen lebensgefährlich werden. Mundreinigung und -pflege sind sehr intim. Wenn ein Patient zu schwach ist, sie selbst durchzuführen, sollte sie sehr vorsichtig und rücksichts-

voll ausgeführt werden. Ideal ist, wenn nahestehende Menschen dies tun. Dann kann die Mundpflege auch etwas Angenehmes, Vertrautes bekommen und Nähe erzeugen.

Schlafstörungen

Schlafstörungen sind bei Palliativpatienten sehr häufig. Manche können nicht schlafen, weil sie Beschwerden haben oder Sorgen, die sie beunruhigen, oder weil sie nur liegen und dabei nicht ermüden. Andere sind „nur noch müde“ und erschöpft. Manche Patienten können nicht ein-, manche nicht durchschlafen, manche schlafen tagsüber, aber nachts nicht, andere werden morgens nur schwer wach.

So verschieden die Formen von Schlafstörungen, so vielschichtig können auch die Ursachen sein. Es gibt zwar Medikamente gegen Schlafstörungen, aber sie sind nur sinnvoll, wenn die Schlafstörungen sehr belastend sind. Keinesfalls sollten Palliativpatienten, die meist mehrere Medikamente einnehmen, Schlafmittel ohne Absprache mit dem Arzt einnehmen.

Wenn Beschwerden wie Schmerzen oder Übelkeit das Einschlafen oder Durchschlafen stören, müssen diese vorrangig behandelt werden.

Häufig helfen aber auch pflegerische und betreuende Maßnahmen, z.B.:

- Akzeptieren, dass der Körper am Lebensende „aus dem Takt“ gerät
- Beruhigende Gespräche, Vorlesen, Musik
- Waschen und eincremen/-ölen. Pflegekräfte können Tipps geben
- Aromatherapie mit beruhigenden ätherischen Ölen
- Beruhigende Tees, z.B. Melissentee
- Aktivität am Tag, damit abends die Müdigkeit kommt
- Einschlafrituale, z.B. Beten, Entspannungsübungen

Schmerzen

Schmerzen sind das häufigste und oft auch schlimmste Symptom für Patienten. Dazu kommt die Angst vor dem Schmerz. Schmerzen können heute sehr gut gelindert werden. Erfahrene Schmerz- und Palliativmediziner schaffen es bei nahezu allen Patienten, einen erträglichen und oft schmerzfreien Zustand zu erreichen.

Die traurige Tatsache, dass viele Menschen nicht die bestmögliche Schmerztherapie bekommen und deshalb ihre letzte Lebenszeit mit viel Leid verbringen, kann verschiedene Ursachen haben:

- Manche Patienten und Angehörige glauben, dass Leiden „normal“ ist und ausgehalten werden muss. Doch die letzte Lebenszeit ist kostbar. Schmerzen muss man nicht erleiden.
- Schmerzen, angesichts eines geschwächten Körpers, bei mehreren oder schweren Krankheiten, können sehr komplex sein. Entsprechend schwierig ist ihre Therapie, deshalb braucht es oft einen Spezialisten. Fragen Sie Ihren Arzt danach, wenn sich Schmerzen über lange Zeit nicht lindern lassen.
- Wirksame Schmerzlinderung erfordert oft starke Medikamente, z.B. Opiate (siehe S. 21). Wichtig ist die richtige Dosis und rechtzeitige Einnahme, damit sie den Schmerz dauerhaft lindern.
- Wichtig ist bei der Schmerztherapie, dass die Medikamente exakt nach Vorgabe eingenommen bzw. angewendet werden. Oft ergänzen sich mehrere Medikamente, z.B. ein langfristig wirkendes

Medikament (Basistherapie), ein Zusatz-Schmerzmittel (Ko-Analgetikum) und ein Notfall-Medikament, das innerhalb von Minuten wirkt, wenn Schmerzspitzen die Basistherapie durchbrechen. Patienten und Angehörige sollten nur nach Rücksprache von den ärztlichen Vorgaben abweichen.

Neben Medikamenten gibt es auch viele pflegerische und soziale Maßnahmen, die Schmerzen lindern können. Wenn Schmerzen z.B. krampfartig sind, kann Entspannung und Wärme helfen. Bei entzündlichen Schmerzen kann Kühlung das Richtige sein. Ablenkung kann Schmerzen „vergessen lassen“.

Opiate und Opioide

Opiate und Opioide machen Patienten und ihren Angehörigen oft Angst: Das klingt nach „Opium“, nach Sucht und Gefahr. Diese Medikamente sind jedoch hoch wirksam und bei richtiger Anwendung können sie schwerste Beschwerden lindern, insbesondere Schmerzen. Eine Suchtgefahr besteht bei richtiger Anwendung nicht – und ist bei begrenzter Lebenserwartung ohnehin nicht mehr relevant. Wenn man die Medikamente wieder absetzen will, muss dies schleichend erfolgen, damit der Körper keine Entzugserscheinungen zeigt.

Stark wirksam gegen Schmerzen

Es ist hilfreich den „Wirkmechanismus“ von Schmerzmitteln wenigstens in Grundzügen zu verstehen. Schmerzen entstehen irgendwo im Körper. Die Nerven melden den Schmerz Richtung Rückenmark. Im Rückenmark springt die Schmerzmeldung von einer auf die nächste Nervenzelle. Im Gehirn liegt eine zweite Schaltstelle und danach erst wird der Schmerz tatsächlich wahrgenommen. Das Gehirn sendet dann schmerz-hemmende Impulse zurück zum Schmerzzort.

Einfache Schmerzmittel wirken, indem sie die Schmerzursache bekämpfen, also z.B. eine Entzündung lindern. Aber bei schwersten Krankheiten ist dies oft nicht mehr möglich.

Opioide wirken, indem sie in die Schmerzweiterleitung „eingreifen“. Ihre entscheidende Fähigkeit ist, dass sie sich an den Schmerz-Schaltstellen auf die sog. Opioid-Rezeptoren setzen.

Das bewirkt dreierlei:

- Die schmerz-weiterleitenden Nerven sind teilweise blockiert und damit weniger aktiv.
- Das schmerz-hemmende System wird aktiviert.
- Die Schmerzwahrnehmung wird verändert.

Ernährung bei Opioidanwendung

Patienten, die Opioide einnehmen, müssen auf ihre **Ernährung** achten, denn Opioide bremsen nicht nur die Schmerznerve aus, sondern verlangsamen auch die Verdauung. Das kann zu Verstopfung führen, die (wenn möglich) durch viel Trinken und Vollwertkost abgemildert werden kann. Ärzte verschreiben meistens mit den Opioiden auch gleichzeitig leichte Abführmittel. Mehr zu Verstopfung, siehe S. 23.

Opioid-Ausweis

Patienten mit Opioid-Dauertherapie sollten einen Opioid-Ausweis mit sich führen. Darin sind die Medikamente, die Dosierung und die Einnahmedaten vermerkt. Neben einer schriftlichen Einnahmearordnung informiert der Ausweis mitbehandelnde Ärzte über die Notwendigkeit der Opioide und die Art der Dosierung. Die Vorlage des Ausweises stellt in der Regel sicher, dass die Therapie auch in fremden Krankenhäusern fortgeführt und der Patient weiterhin medikamentös versorgt wird.

Praxistipp!

Ein Opioid-Ausweis kann kostenlos heruntergeladen werden unter www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Opioid-Ausweis-662.html.

Betäubungsmittel (BtM)

Bei chronischen Schmerzen, fortgeschrittenen Krebserkrankungen und nach Operationen werden häufig Betäubungsmittel eingesetzt, z.B. Opiate und Opioide.

Betäubungsmittel (BtM) sind Medikamente, die auch missbraucht werden können. Um dies zu verhindern und dafür zu sorgen, dass sie nur medizinisch sinnvoll eingesetzt werden, hat der Gesetzgeber umfangreiche Bestimmungen im Betäubungsmittelgesetz (BtMG) erlassen.

Praxistipps!

Die meisten Vorschriften sind nur für Ärzte und Apotheker wichtig. Für Patienten und ihre Angehörigen ist Folgendes zu beachten:

- BtM werden auf einem speziellen, gelben Rezept verordnet.
- BtM-Rezepte sind nur maximal 8 Tage inklusive Verschreibungsdatum gültig, müssen also schnell eingelöst werden.
- BtM müssen unbedingt kindersicher aufbewahrt werden.
- BtM-Pflaster (Schmerzpflaster) sollten nach der Tragezeit zusammengeklebt und im verschlossenen Hausmüllbeutel entsorgt werden.

Übelkeit und Erbrechen

Übelkeit und Erbrechen plagen viele Patienten, sie können sogar unabhängig voneinander auftreten. Die Ursachen sind vielschichtig und die Entstehung ist komplex – entsprechend schwierig kann auch die Linderung sein.

Weil Übelkeit, Würgereiz und Erbrechen die Lebensqualität stark einschränken, muss eine Linderung unbedingt versucht werden. Das beginnt beim Schaffen einer angenehmen, frischen Raumatmosphäre, geht über pflegerische Maßnahmen und ärztliche Behandlungen bis hin zur Gabe von Medikamenten. Auch die soziale und psychische Ebene sollte nicht übersehen werden: Angst oder Ekel können „auf den Magen schlagen“. Richtschnur ist immer das Empfinden des Patienten – es sollte möglichst alles unterlassen oder entfernt werden, was bei ihm Unwohlsein verursacht.

Auf jeden Fall mit dem behandelnden Arzt sprechen, da es unterschiedlichste Medikamente gibt, die bei Übelkeit und Erbrechen ausprobiert werden können.

Unruhe

Starke Unruhe zeigen am ehesten Patienten, die sich nicht mehr klar orientieren können oder nicht mehr ansprechbar sind. Die Diagnose „Unruhe“ (Agitation) orientiert sich deshalb oft am Verhalten, wenn sich der Patient z.B. im Bett wälzt, ständig an etwas nestelt, stöhnt oder um Hilfe ruft. Das ist insbesondere für Angehörige oder auch Zimmernachbarn schwer auszuhalten.

Das Herausfinden der Ursachen ist schwierig, da sich die Patienten oft nicht mehr klar äußern können. Wenn organisch nichts gefunden werden kann (z.B. Schmerzen), hilft oft Zuwendung und Zeit:

„einfach“ da sein, die Hand halten, sprechen, erzählen, vorlesen. Beruhigende und entspannende Pflegemaßnahmen können ebenfalls lindernd wirken – hilfreich ist, wenn man weiß, was der Mensch gerne mag. Manchmal geht es aber auch „nur“ darum, den Zustand mit dem Patienten auszuhalten, keine weitere Aktivität zu veranlassen und keinen Druck aufzubauen. Wenn Angehörigen dazu die Gelassenheit fehlt, was sehr verständlich ist, sollten sie sich nicht scheuen, sich bei Hospizdiensten und Palliativfachkräften Rat zu holen.

Wenn nichts anderes hilft, kann versucht werden, Unruhe mit Medikamenten zu lindern. Richtschnur ist immer der Patient, nicht das Ruhebedürfnis der Angehörigen.

Verstopfung

Verstopfungen (Obstipation) betreffen über die Hälfte der Palliativpatienten und sind oft schwer zu lösen, weil es viele Ursachen geben kann, die zusammenwirken.

Die häufigsten Ursachen sind:

- Einnahme von Opioiden (siehe S. 22) – normalerweise werden mit diesen Medikamenten auch leichte Abführmittel (Laxantien) verordnet
- Bestimmte Krankheiten, z.B. Krebserkrankungen
- Bewegungsmangel
- Zu wenig Flüssigkeits- und/oder Nahrungsaufnahme
- Mangel an Ballaststoffen
- Stoffwechselstörungen

Da Stuhlgang eine sehr intime Angelegenheit ist, können auch psychische und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Unter diesem Aspekt muss auch die Therapie gefühlvoll angegangen werden.

Es gibt viele Therapiemöglichkeiten, den Stuhlgang zu fördern:

- Ernährung verändern
- Mehr trinken
- Durch Bewegung oder Massage die Darmaktivität fördern
- Medikamente zum Einnehmen
- Zäpfchen
- Einlauf
- Manuelle Ausräumung (Mittel letzter Wahl und nur von erfahrenen Pflegekräfte durchzuführen)

Bei der Therapie muss immer berücksichtigt werden, wie kräftig der Patient ist, ob die Maßnahmen Schmerzen verursachen und Wechselwirkungen mit anderen Therapien und Medikamenten entstehen.

Gegen Lebensende, wenn ein Patient nicht mehr essen und trinken mag, kann es manchmal angemessen sein, die Verstopfung hinzunehmen. Der Körper will dann auch nicht mehr ausscheiden. Man sollte die allerletzte Lebenszeit nicht mit belastenden Abführmaßnahmen verbringen. Allerdings sollte das nur in den letzten Tagen so gehandhabt werden, weil es ansonsten zu einem schmerzhaften und gefährlichen Darmverschluss (Ileus) kommen kann, der unter Umständen im Krankenhaus behandelt werden muss.

Palliativpflege: Was Angehörige tun können

Die Palliativphase stellt oft sehr spezielle Pflegeanforderungen, die Fachpersonal erfordern. Aber Angehörige können in vielen Bereichen mithelfen. Gerade in der letzten Lebensphase kann dies ein besonderer Dienst am Angehörigen sein und Nähe und Vertrautheit schaffen. Viele kleine Maßnahmen können die Lebensqualität erhöhen.

Nachfolgend einige Pflegebereiche, die häufig in der Palliativphase wichtig sind und bei denen Angehörige sich gut einbringen können, wenn sie das möchten. Allerdings müssen sie dabei immer auch auf ihre eigene Belastbarkeit achten.

Mundpflege

Die Mundpflege ist in der Palliativphase sehr wichtig, weil die Mundschleimhaut und die Lippen besonders anfällig sind. Sie können ausgetrocknet, gerissen, entzündet oder von Pilzen befallen sein.

Eine gute Mundpflege fördert Wohlbefinden und Lebensqualität, aber sie muss immer in Abstimmung mit dem Patienten erfolgen und seine Vorlieben berücksichtigen, wenn es um Aromen und Geschmack geht. Mund und Lippen sind sehr empfindsam, entsprechend feinfühlig sollte man vorgehen. Die Mundpflege soll im Idealfall angenehm für den Patienten sein. Wenn er sich nicht mehr äußern kann, sollte an der Mimik oder an kleinen Bewegungen beobachtet werden, ob ihm etwas angenehm ist oder ob man es besser sein lässt.

Konkrete Mundpflegetipps geben Pflegekräfte und Palliativteams. Es gibt hier sehr viele Möglichkeiten, die ganz stark von der Krankheit und der Situation des Patienten abhängen.

Hautpflege

Die Haut ist das größte Sinnesorgan und auch sie leidet häufig in der Palliativphase: Hauttrockenheit, unerträglicher Juckreiz, Einstichstellen, Reizungen durch Pflaster, Druckstellen, Entzündungen, Wunden und Geschwüre – die Beschwerden können vielfältig sein.

Bei der Hautpflege können Angehörige viel mithelfen. Waschen, cremen, ölen, massieren – das sind einfache Tätigkeiten, die aber viel Wohlbefinden und Nähe vermitteln können.

Wie warm oder kalt, wie fest oder sanft, wie nass oder trocken, wie ölig oder wässrig und wie häufig gut ist, sollten Patient und Pfleger miteinander ausprobieren. Auch auf die Raumluft sollte geachtet werden, sie sollte nicht zu trocken sein. Es kann auch Hautprobleme geben, die durch Medikamente gelindert werden können.

Lagerung und Mobilisation

Lagerung und Mobilisation bedeutet, dass ein Patient richtig im Bett liegt und, wenn möglich, bewegt werden soll. Sie sollte immer mit den professionellen Pflegekräften abgestimmt werden.

Hier nur einige Beispiele:

- Wenn der Oberkörper höher liegt, erleichtert das Patienten mit Atembeschwerden das Atmen.

- Umlagern beugt Druckstellen und Wundliegen vor. Dafür gibt es auch sog. Antidekubitus-Matratzen, die bei bettlägerigen Patienten die Auflagestellen schützen und verändern.
- Schmerzen in bestimmten Körperregionen können durch spezielle Lagerung gelindert werden.

Allerdings sollte man in den letzten Tagen und Stunden auf viele Maßnahmen verzichten, wenn der Patient schwach ist. Dann ist Ruhe wichtiger.

Aromapflege und -therapie

Ätherische Öle und Pflanzenauszüge werden in der Palliativpflege vor allem eingesetzt, um die Raumluft zu verbessern, unangenehme Gerüche zu nehmen, Übelkeit zu lindern, zu beruhigen oder zu beleben. Häufige Anwendungen sind Duftlampen, Massage- und Pflegeöle oder Ölbäder.

Ätherische Öle wirken über den Geruchssinn emotional, über Schleimhäute und die Haut werden Inhaltsstoffe aufgenommen. Auch wenn ätherische Öle frei verkäuflich sind, sollten sie nur innerlich eingenommen werden, wenn ein erfahrener Aromatherapeut entsprechende Empfehlungen ausspricht. Jede innerliche Einnahme muss zudem mit dem Arzt abgesprochen werden, da sich Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten ergeben können.

Wickel und Auflagen

Wickel und Auflagen können wärmen, kühlen, beruhigen, beleben oder Beschwerden wie Schmerzen oder Magen-Darm-Probleme lindern.

Es gibt Wickel und Auflagen mit und ohne Wirksubstanzen. Die Substanzen pflegen die Haut oder werden über die Haut aufgenommen.

Das Anlegen eines Wickel oder einer Auflage sollte sorgfältig vorbereitet und ruhig durchgeführt werden. Auch wenn sie „probate“ Hausmittel sind, sollten sie immer in Abstimmung mit anderen Pflege- und Therapiemaßnahmen erfolgen. Denn was bei dem einen Patienten lindert, kann beim anderen die Beschwerden verstärken.

Die Kosten für Wickel und Auflagen können von der Krankenkasse übernommen werden, wenn die Anwendung vom Arzt verordnet wird.

Beschäftigung und Ablenkung

Wenn der Kopf mit angenehmen Tätigkeiten oder Erinnerungen beschäftigt ist, bringt das enorme Lebensqualität, reduziert das Leid, lässt schwere Phasen vergessen.

„Vergessen“ ist hier wörtlich zu nehmen: Der Kopf lernt auch unangenehme Dinge wie Schmerz. Je öfter Unangenehmes wahrgenommen wird, desto schneller reagiert man. Umgekehrt heißt das: Je öfter es in der Palliativphase angenehme Erlebnisse gibt, desto leichter ist das Leben.

Die Angebote sollten sich immer nach den Wünschen und Vorlieben des Patienten richten und dem Alter, den Kräften und den geistigen Fähigkeiten entsprechen.

Hier nur einige Beispiele:

- **Kreative Beschäftigungen** wie malen, schreiben, spielen oder musizieren. Wenn die Kräfte nicht mehr reichen, Stifte zu halten, können sich manche Menschen noch über einen Laptop oder ein Touchscreen-Tablet ausdrücken.
- **Musik** kann ganz tief eindringen, auch wenn ein Patient sonst nur noch wenig wahrzunehmen

scheint. Sie kann beleben, beruhigen und Erinnerungen wecken.

- **Medien wie Bücher, Hörbücher, Internet, Fernsehen, Radio** regen die Fantasie an, lenken die Gedanken ab, sind ein Fenster zur Welt. Vorlesen kann in der Palliativphase wichtig werden. Geschichten für Phantasiereisen regen Vorstellungskraft, Gedanken und Gefühle besonders an.
- **Kochen, backen und essen:** Essen gehört zum Leben und solange der Patient will und kann, sollte er nach seinen Vorlieben zubereiten und genießen.
- **Gespräche:** Wenn das Leben endlich wird, kommen viele Erinnerungen, Verdrängtes steigt auf, Ungelöstes will noch geklärt werden. Manchmal machen Ängste die Worte schwer, manchmal löst das nahende Ende die Zunge. Angehörige können durch ihre Anwesenheit und das Gespräch viel helfen. Selbst wenn der Patient nur noch wenig wahrzunehmen scheint, können Worte und Erzählungen beruhigend auf ihn wirken.
- **Ausflüge:** Schwer kranke Menschen haben oft noch den Wunsch etwas Bestimmtes zu unternehmen, z.B. einen letzten Ausflug zu einem Lieblingsort. Wenn es von der körperlichen Verfassung her geht, sollte man diese Wünsche erfüllen. Transportdienste und Ehrenamtliche helfen dabei.

Kommunikation in der Palliativphase

Kommunikation in der letzten Lebenszeit ist von vielen Faktoren abhängig.

Hier können nur einige Aspekte kurz angesprochen werden:

- **Offen und ehrlich:** Das Lebensende ist für alle schwierig. Aber wer es verdrängt oder „tot-schweigt“, sich und die anderen schonen will, vergibt sich die Chance des Abschieds, die Chance, den letzten schweren Weg gemeinsam zu tragen.
- **Da sein:** Angehörige und Bekannte sollten den Umgang nicht scheuen und die Kommunikation so weit wie möglich aufrechterhalten. Auch ein kurzer Anruf oder nur das Anwesendsein ist wichtig für den Sterbenden und seine Angehörigen. Allein zuhören und schweigen kann das Schwere leichter machen.
- **Eigene Ängste:** Die Begleitung eines Sterbenden in seiner letzten Lebensphase löst oft auch die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende aus, mit eigenen Vorstellungen von Sterben, Tod und dem Loslassen von nahestehenden und geliebten Menschen und Dingen.
- **Sich einlassen:** Es erfordert Mut, sich persönlich und intensiv auf den Patienten, seine Gedanken und Gefühle einzulassen.
- **Akzeptanz:** Der eingeschlagene Weg des Patienten, seine Wünsche und sein Wille sind unbedingt zu akzeptieren.
- **Rechte:** Die Rechte des Sterbenden sind zu respektieren. Dazu gehört z.B. das Recht auf Leben bis zum Tod, auf Hoffnung, auf widersprüchlichste Gefühle, auf Selbstbestimmung, auf Linderung jeglichen Leidens, auf Ehrlichkeit, auf Rituale entsprechend dem Glauben, auf menschlichen Beistand, auf Frieden und Würde.
- **Nonverbale Kommunikation:** Wo Worte nicht mehr möglich sind, können Angehörige durch bewusstes Berühren, Streicheln und Handauflegen Nähe und Geborgenheit vermitteln. Hilfreich ist hier das Wissen um persönliche Vorlieben. Zu beachten sind schmerzende Stellen. Die Reaktion des Patienten ist immer zu beobachten: Patienten geben z.B. durch winzige Mimiksignale zu erkennen, was ihnen angenehm ist oder nicht.

Schutz der eigenen Kräfte: Self Care

Auch die Kraft von Angehörigen ist endlich. Sie sollten auf sich achten, und wenn sie Hilfe und Unterstützung brauchen, sollten sie sich dies auch zugestehen und aktiv holen, z.B. bei ehrenamtlichen Hospizhelfern, Nachbarn, Freunden oder anderen Angehörigen.

Pflegende Angehörige sind oft gleichermaßen körperlich und psychisch belastet, denn Pflege kostet Zeit, ist anstrengend und es ist oft schwer, die Krankheit des Angehörigen auszuhalten. Die Pflegekassen finanzieren unter bestimmten Voraussetzungen verschiedene Leistungen, die pflegende Angehörige entlasten (siehe S. 33).



Praxistipps!

- Die Broschüre „Entlastung für die Seele – Ein Ratgeber für pflegende Angehörige“ zielt vor allem auf die psychische Belastung ab. Er kann unter www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de > Patienten > Faltblätter & Broschüren heruntergeladen werden.
- Der Ratgeber „Die Pflegetipps“ der Deutschen Palliativstiftung enthält nützliche Informationen zur häuslichen Pflege und kann unter www.palliativstiftung.de > Publikationen > Die Pflegetipps – Palliativ Care heruntergeladen werden.
- Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet online psychologische Hilfe, Entlastung und Fachinformationen unter www.pflegen-und-leben.de.
- Wer längere Zeit einen Angehörigen pflegt, sollte zwischendurch eine „Auszeit“ nehmen, um wieder Kraft tanken zu können. Pflegende Frauen können dafür auch Einrichtungen des Müttergenesungswerks nutzen (www.muettergenesungswerk.de).

Pflege: Leistungen der Pflegekasse

Die gesetzliche Pflegeversicherung bietet Leistungen für Patienten, die mindestens ein halbes Jahr lang intensiv gepflegt werden müssen.

Damit die Pflegekasse Leistungen übernimmt, müssen die Pflegebedürftigkeit (siehe unten) festgestellt und die Vorversicherungszeit erfüllt sein.

Praxistipp!

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

Pflegeantrag

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden.

Den Antrag können neben dem Versicherten auch Familienangehörige, Betreuer oder Bevollmächtigte stellen. Antragsformulare sind bei den Pflegekassen erhältlich. Die zuständige Pflegekasse ist der jeweiligen Krankenkasse angegliedert.

Praxistipp!

Auf dem Pflegeantrag sollte vermerkt sein, dass es sich um einen Palliativpatienten handelt, damit die Pflegekasse den Antrag möglichst schnell bearbeitet (sog. Eilbegutachtung).

Pflegeberatung

Sobald ein erstmaliger Pflegeantrag bei einer Pflegekasse eingeht, muss die Pflegekasse

- einen konkreten Beratungstermin mit Angabe der Kontaktpersonen bieten, der spätestens innerhalb von 2 Wochen nach Antragseingang durchzuführen ist, oder
- einen Beratungsgutschein ausstellen, in dem Beratungsstellen benannt sind, bei denen der Gutschein zu Lasten der Pflegekasse innerhalb von 2 Wochen eingelöst werden kann.

Die Beratung kann auf Wunsch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden und Angehörige einschließen.

Begutachtung der Pflegebedürftigkeit

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

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:

- Mobilität

- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
- Außerhäusliche Aktivitäten
- Haushaltsführung

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.

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



Praxistipp!

Grundlage für die Einstufung in einen Pflegegrad sind die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ nach dem SGB XI. Diese können beim MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) unter www.mds-ev.de > Richtlinien/Publikationen > Pflegeversicherung > Pflegebegutachtung - Rechtliche Grundlagen heruntergeladen oder als Broschüre bestellt werden.

Pflegegrade

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

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



Praxistipp!

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

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Pflegegeld

Pflegegeld erhalten Pflegebedürftige, die von einer selbst organisierten, nicht professionellen Pflegekraft zu Hause versorgt werden. In der Regel handelt es sich dabei um nahe Angehörige. Die Pflegebedürftigen 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 Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatz- bzw. Verhinderungspflege für längstens 6 Wochen im Jahr. Voraussetzungen sind, dass der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat und die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate gepflegt hat. Der Leistungsbetrag ist unabhängig vom Pflegegrad und beträgt 1.612 € jährlich. Er kann aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Kurzzeitpflege auf insgesamt 2.418 € im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Ersatz/Verhinderungspflege in Anspruch genommene Betrag wird dann auf den Leistungsbetrag für eine Kurzzeitpflege angerechnet.

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	–	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	(Anspruch über Entlastungsbetrag: 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 Verdienstaussfall 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- oder Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (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 sowie die Kosten der medizinischen Behandlungspflege. 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 Entlas- tungsbetrag: 125 €)	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €	bis zu 1.612 €
Vollstationäre Pflege monatlich	125 €	770 €	1.262 €	1.775 €	2.005 €

Wie bei der Tages- oder Nachtpflege muss der Pflegebedürftige die Kosten für Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen.

Zudem muss er einen **Eigenanteil** bezahlen, den die Pflegekassen mit dem Heim vereinbaren. Er ist bei allen Pflegegraden gleich hoch.

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.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos heruntergeladen werden.
- Fragen rund um das Thema Pflege beantwortet das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit unter Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do von 8-18 Uhr und Fr von 8-12 Uhr.
- Unter www.gkv-spitzenverband.de > Pflegeversicherung > Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare > Empfehlungen zum Leistungsrecht findet man im „Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG“ ausführliche Informationen und Beispiele. Die Beispiele beginnen auf S. 76.

Leistungen für pflegende Angehörige

Pflegende Angehörige sind oft stark belastet. Die Pflegeversicherung bietet verschiedene Leistungen an, die sie bei ihrer wichtigen Tätigkeit unterstützen sollen.

Soziale Sicherung

Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 zu Hause pflegen, werden von der Pflegeversicherung unter bestimmten Voraussetzungen sozial abgesichert. Die Pflegeversicherung zahlt Beiträge zur Rentenversicherung und sichert die Pflegeperson über die Unfallversicherung ab, zum Teil gibt es Zuschüsse zur Krankenversicherung.

Unfallversicherung

Die Pflegeperson steht während der pflegerischen Tätigkeit unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim kommunalen Unfallversicherungsträger melden.



Praxistipps!

Nähere Informationen bietet die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bestellung oder Download unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“.

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 Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden auch während eines Urlaubs bis zu 6 Wochen im Jahr von der Pflegeversicherung weiterbezahlt.

Auch Pflegepersonen, die einer versicherungspflichtigen Beschäftigung (z.B. während der Familienpflegezeit) nachgehen, bekommen zusätzliche Beiträge zur Rentenversicherung durch die Pflegekasse.



Praxistipp!

Eine Auflistung der aktuellen Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen bietet die deutsche Rentenversicherung in der Infobroschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.

Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege

Erhält ein Pflegebedürftiger „Hilfe zur Pflege“ vom Sozialamt, werden unter Umständen die Beiträge zur Alterssicherung für die Pflegeperson vom Sozialamt übernommen.

Die Leistungen zur sozialen Sicherung werden auch weiterbezahlt für die Dauer der häuslichen Krankenpflege, bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt des Pflegebedürftigen oder bei Erholungsurlaub der Pflegeperson von bis zu 6 Wochen im Kalenderjahr sowie in den ersten 4 Wochen einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder einer stationären Leistung zur Medizinischen Rehabilitation.

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, Sozialhilfe oder Grundsicherung ist die Krankenversicherung inklusive.

In den meisten sonstigen Fällen 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 pflegen und deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben mussten, zahlt die Pflegekasse Beiträge zur Arbeitslosenversicherung.



Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen alle zuständigen Träger sowie das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit, Telefon: 030 3406066-02, Mo-Do 8-18 Uhr und Fr 8-12 Uhr.

Pflegezeit

Für berufstätige Angehörige gibt es einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Die Pflegezeit kann für maximal 6 Monate beantragt werden. In dieser Zeit ist die Pflegeperson in der Regel ohne Gehalt von der Arbeit freigestellt. Auch eine teilweise Freistellung in Form von Reduzierung bzw. Verteilung der Arbeitszeit ist möglich. Für die Pflegezeit kann ein zinsloses Darlehen beantragt werden (siehe Praxistipp S. 36).

Voraussetzungen

Um Pflegezeit beantragen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Häusliche Pflege eines nahen, pflegebedürftigen Angehörigen.
- Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen durch die Pflegekasse oder den MDK.
- Schriftliche Anmeldung der Pflegezeit beim Arbeitgeber. Die Freistellung muss 10 Tage vor Pflegebeginn beim Arbeitgeber angekündigt werden. Dabei muss der Zeitraum der Pflegezeit und der Umfang der teilweisen Freistellung festgelegt sein.

Ein Rechtsanspruch auf Pflegezeit besteht erst ab einer Betriebsgröße von 15 Beschäftigten. Der Arbeitgeber muss bei einer teilweisen Freistellung den Wünschen des Arbeitnehmers entsprechen, außer es gibt betriebliche Gründe, die dem entgegenstehen.

Dauer

Die Pflegezeit beträgt für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen maximal 6 Monate. Sie kann nur einmal zusammenhängend in Anspruch genommen werden. Eine Verlängerung ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich (siehe unten).

Näheres zur Kombination von Pflegezeit mit Familienpflegezeit siehe S. 36.

Vorzeitige Beendigung der Pflegezeit

Verändern sich die Umstände, endet die Pflegezeit 4 Wochen danach. Der Arbeitgeber muss darüber unverzüglich informiert werden. Solche Umstände können z.B. Tod des Pflegebedürftigen, Unterbringung in einem Heim oder finanzielle Engpässe der Pflegeperson sein.

Verlängerung der Pflegezeit

Für einen kürzeren Zeitraum in Anspruch genommene Pflegezeit kann bis zur Höchstdauer von 6 Monaten verlängert werden, wenn der Arbeitgeber zustimmt und die Verlängerung sich unmittelbar an den ersten Zeitabschnitt anschließt.

Zur Sterbebegleitung kann die Pflegezeit um bis zu 3 Monate verlängert werden. Das ist auch dann möglich, wenn der Sterbende in einem Hospiz lebt.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Eine Sonderform der Pflegezeit ist die kurzzeitige Freistellung eines Arbeitnehmers für bis zu 10 Arbeitstage, worauf jeder unabhängig von der Betriebsgröße einen Anspruch hat. Diese sog. kurzzeitige Arbeitsverhinderung kann bei einer unerwartet eingetretenen Pflegesituation genutzt werden.

In dieser Zeit kann z.B. die Pflege des Angehörigen organisiert oder die pflegerische Versorgung sichergestellt werden. Die Dauer der Arbeitsverhinderung muss dem Arbeitgeber unverzüglich mitgeteilt werden. Lohnfortzahlungen kann es geben, wenn im Arbeits- oder Tarifvertrag eine entsprechende Regelung enthalten ist.

Pflegeunterstützungsgeld

Wenn die Pflegeperson während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kein Gehalt mehr bekommt, kann sie Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung bei der Pflegekasse des Pflegebedürftigen beantragen.

Das Pflegeunterstützungsgeld beträgt 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts, maximal jedoch 70 % der Beitragsbemessungsgrenze, das entspricht 2018 maximal 103,25 € pro Tag.

Familienpflegezeit

In der Familienpflegezeit reduziert ein Arbeitnehmer maximal 2 Jahre lang seine Arbeitszeit, um einen Angehörigen zu pflegen. Das reduzierte Gehalt kann durch ein zinsloses Darlehen aufgestockt werden. Die Familienpflegezeit ergänzt und erweitert die Pflegezeit.

Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und Dauer

- Um die Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen, muss die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen durch eine Bescheinigung der Pflegekasse oder des MDK nachgewiesen werden.
- Pflegende haben einen Rechtsanspruch auf die Familienpflegezeit, wenn ihr Unternehmen mehr als 25 Mitarbeiter hat.
- Im Rahmen der Familienpflegezeit können sie ihre Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden reduzieren. Die Familienpflegezeit darf maximal 24 Monate dauern. Währenddessen besteht Kündigungsschutz.

Kombination Familienpflegezeit mit Pflegezeit

Wird sowohl Familienpflegezeit als auch Pflegezeit genommen, dürfen beide Leistungen zusammen maximal 24 Monate betragen, davon die Pflegezeit maximal 6 Monate. Die Kombination muss immer nahtlos erfolgen.

Soll nach der Pflegezeit für denselben Angehörigen eine Familienpflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 3 Monate vor Beginn der Familienpflegezeit beim Arbeitgeber schriftlich ankündigen.

Soll nach der Familienpflegezeit für denselben Angehörigen eine Pflegezeit anschließen, muss der Arbeitnehmer dies spätestens 8 Wochen vor Beginn der Pflegezeit schriftlich beim Arbeitgeber ankündigen.

Kinderpflege-Krankengeld der Krankenkasse wird auf diese Leistungen zeitlich nicht angerechnet.

Beendigung

Vorzeitig beendet wird die Pflegephase 8 Wochen nachdem

- eine Änderung eingetreten ist, wegen der mindestens eine der genannten Voraussetzung nicht mehr erfüllt ist.
- der Arbeitnehmer die wöchentliche Mindestarbeitszeit von 15 Stunden aufgrund gesetzlicher und berufsgruppenbezogener Bestimmungen (z.B. Tarifverträge) unterschreitet.

Ausnahme: Wird die wöchentliche Mindestarbeitszeit wegen der Einführung von Kurzarbeit unterschritten, führt das nicht zu einer vorzeitigen Beendigung der Familienpflegezeit.



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.

- Eine kostenlose Broschüre „Bessere Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf“ zur Familienpflegezeit kann beim Bundesfamilienministerium heruntergeladen werden unter www.bmfsfj.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Vereinbarkeit Familie und Pflege“.

Pflegekurse

Um pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegekräfte bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen und pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern, bietet die Pflegekasse Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich tätige Pflegepersonen an.

Pflegekurse vermitteln Fertigkeiten für die eigenständige Durchführung der Pflege und können auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Oft werden diese Kurse von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen oder anderen Pflegeeinrichtungen angeboten. Die Teilnahme ist für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegehelfer kostenlos.



Wer hilft weiter?

Informationen zu Pflegekursen geben Pflegestützpunkte, ambulante Pflegedienste und Pflegekassen.

Hilfsmittel und Dienstleistungen

Es gibt verschiedene Hilfsmittel und Dienstleistungen, welche die Versorgung von Palliativpatienten erleichtern können. Nachfolgend werden die wichtigsten kurz geschildert.

Pflegehilfsmittel

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel, welche die häusliche Pflege erleichtern, Beschwerden lindern oder dem Pflegebedürftigen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Es gibt Pflegehilfsmittel

- zur **Erleichterung der Pflege**, z.B. Pflegebetten und Pflegerollstühle
- zur **Körperpflege/Hygiene**, z.B. Waschsysteme, Duschwagen, Bettpfannen und Urinflaschen.
- zur **selbstständigen Lebensführung**, z.B. Hausnotrufsysteme
- zur **Linderung von Beschwerden**, z.B. Lagerungsrollen
- die **zum Verbrauch bestimmt** sind, z.B. saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch, Einmalhandschuhe oder Desinfektionsmittel
- die zu den **technischen Hilfen** zählen und von der Pflegekasse in erster Linie leihweise überlassen werden, z.B. Pflegebetten

Voraussetzungen

Die Pflegekasse zahlt Pflegehilfsmittel, die bereits in Gebrauch sind, nachrangig gegenüber anderen Trägern. Das heißt: War z.B. bislang die Krankenkasse für einzelne Hilfsmittel zuständig, bleibt sie das auch weiterhin, unabhängig davon, ob zur Krankheit auch Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung hinzukommt.

Umfang

Der Anspruch auf Pflegehilfsmittel umfasst:

- die Erstausrüstung,
- die erforderlichen Änderungen, z.B. aufgrund technischer Entwicklung,
- die erforderlichen Instandsetzungen, wenn technisch möglich und wirtschaftlich,
- die erforderliche Ersatzbeschaffung, wenn die Beschädigung der Erstausrüstung durch den Pflegebedürftigen nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurde, und
- die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels.

Kostenübernahme

Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln erfolgt in der Regel durch Vertragspartner der Pflegekasse. Bezieht der Versicherte aufgrund eines berechtigten Interesses Pflegehilfsmittel bei einem anderen Leistungserbringer, muss er die Mehrkosten selbst tragen. Um dies zu vermeiden, sollte sich der Versicherte vorab die Vertragspartner der Pflegekasse benennen und sich zudem über das Thema Festbeträge informieren lassen.

Zuzahlungen und Mehrkosten

Für viele Produkte gibt es Festbeträge und bei teureren Produkten zahlt der Patient die Mehrkosten.

Bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln übernimmt die Pflegekasse bis zu 40 € im Monat. Was darüber hinausgeht, zahlt der Patient selbst.

Für technische Hilfen leisten Versicherte ab dem 18. Lebensjahr 10 % Zuzahlung, maximal jedoch 25 € je Hilfsmittel. Bei leihweiser Überlassung von technischen Pflegehilfsmitteln entfällt die Zuzahlung, es kann jedoch eine Leihgebühr anfallen.

Personen, die die Belastungsgrenze überschreiten, können von der Zuzahlung befreit werden (siehe S. 56).



Praxistipps!

- Der Antrag für die Kostenübernahme eines Pflegehilfsmittels kann ohne ärztliche Verordnung bei der Pflegekasse gestellt werden. Diese stellt eine Bestätigung über die Notwendigkeit der Pflegehilfsmittel aus, mit welcher der Versicherte die benötigten Pflegehilfsmittel vom zugelassenen Leistungsträger erhält. Der Leistungserbringer verrechnet direkt mit der Pflegekasse.
- Bei „großen“ Hilfsmitteln wie einem Pflegebett oder Pflegerollstuhl muss eine Verordnung des Arztes beim Sanitätshaus eingereicht werden. Dieses überprüft dann die Kostenübernahme. Auch die Pflegekasse prüft intern, ob das Hilfsmittel von der Krankenkasse bezahlt werden muss.
- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden direkt von einem zugelassenen Leistungserbringer (gegenwärtig sind dies Sanitätshäuser und Apotheken) bezogen. Adressen dieser Vertragspartner erhält man von der Pflegekasse.

Hausnotrufsysteme

Hausnotrufsysteme ermöglichen es Patienten, bei Notfällen und Hilflosigkeit, z.B. nach einem Sturz, schnell Hilfe anzufordern.

Technisch gibt es die verschiedensten Systeme. Gleich ist allen, dass eine Notrufzentrale alarmiert wird, die dann in vereinbarter Weise reagiert, z.B. eine Gesprächsverbindung zum Patienten aufbaut, einen Helfer vor Ort schickt oder eine verwandte oder bekannte Person informiert.

Kosten

Die Kosten variieren stark, je nach Geräteausstattung und vereinbartem Service. Hat der Patient einen Pflegegrad, gewährt die Pflegekasse in der Regel einen Zuschuss für die Anschlussgebühr (maximal 10,49 €) und die monatlichen Gebühren (maximal 18,36 €). Die restlichen Kosten muss der Patient selbst tragen. Für den Hausnotruf müssen etwa 20 bis 40 € monatlich veranschlagt werden, dazu kommt noch eine einmalige Anschlussgebühr.

Wohnumfeldverbesserung (Wohnungsumbau)

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

Solche Maßnahmen sind z.B.: Einbau einer Dusche, Einbau und Anbringung von Treppenliften, Türverbreiterungen, Installation von Wasseranschlüssen, Ein- und Umbau von Mobiliar entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Pflegesituation. Bevor der Versicherte eine Wohnumfeldanpassung durchführen lässt, die von der Pflegekasse finanziert werden soll, ist ein Antrag zu stellen. Der Zuschuss beträgt maximal 4.000 € für Einzelpersonen und bis zu 16.000 €, wenn mehrere Anspruchsberechtigte zusammenleben.

Haushaltshilfe

Viele schwerstkranke Patienten meinen, dass sie Anspruch auf eine Haushaltshilfe haben. Tatsächlich ist dies oft nicht der Fall, sondern an verschiedenste Voraussetzungen gekoppelt.

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

Voraussetzungen

Die Krankenkasse oder Rentenversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

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

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

Praxistipps!

- Gesetzlich Versicherte können sich bei ihrer Krankenkasse erkundigen, ob sie über die genannten Voraussetzungen hinaus freiwillig die Haushaltshilfe übernimmt. In jedem Fall sollte individuell mit der Krankenkasse abgeklärt werden, in welchem Umfang die Kostenübernahme für eine Haushaltshilfe in der Satzung festgelegt ist.

- Anspruch auf Haushaltshilfe besteht bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bei Mitaufnahme der haushaltsführenden Person als Begleitperson ins Krankenhaus.
- Wurde der Antrag auf eine Haushaltshilfe abgelehnt und leben Kinder im Haushalt, deren Versorgung infolge der Erkrankung der Mutter/des Vaters nicht gewährleistet ist, kann beim Jugendamt ein Antrag auf **ambulante Familienpflege** gestellt werden.

Leistungsumfang

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

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

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

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 56).



Wer hilft weiter?

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

Schwerbehinderung

Viele Palliativpatienten haben den Status einer (Schwer-)Behinderung. Damit ist der Anspruch auf verschiedene Leistungen verbunden.

Definition „behindert“ und „schwerbehindert“

Als **behindert** nach § 2 Abs. 1 SGB IX gelten 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 6 Monate hindern können.

Eine Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.

Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

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

Schwerbehindertenausweis

Schwerbehinderte Menschen erhalten auf Antrag beim Versorgungsamt einen Schwerbehindertenausweis, mit dem sie Vergünstigungen und Nachteilsausgleiche in Anspruch nehmen können.

Antrag

Antragsformulare sind beim Versorgungsamt erhältlich. Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

- Nicht nur die Grunderkrankung, sondern auch alle weiteren Beeinträchtigungen und Begleitscheinungen angeben.
- Kliniken und Ärzte 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 absprechen. Der Arzt sollte in den Befundberichten die einzelnen Auswirkungen der Erkrankung (z.B. körperliche Belastbarkeit) detailliert darstellen. Diese Kriterien, nicht allein die Diagnose, entscheiden über den Grad der Behinderung.
- Bereits vorhandene ärztliche Unterlagen gleich bei Antragstellung mit einreichen, z.B. Krankenhausentlassungsberichte, Reha-Berichte, alle die Behinderung betreffenden Befunde in Kopie.
- Lichtbild beilegen.

Nach der Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) wird vom Versorgungsamt ein sog. Feststellungsbescheid zugesendet. Ab einem GdB von 50 besteht die Möglichkeit, einen Schwerbehindertenausweis zu bekommen.

Praxistipp!

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

Grad der Behinderung

Der Grad der Behinderung (GdB) beziffert die Schwere der Behinderung. Er wird in der Regel durch das Versorgungsamt festgelegt.

GdB und GdS (Grad der Schädigungsfolgen) sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. GdB und GdS werden nach den gleichen Grundsätzen bemessen und in 10er-Graden bis maximal 100 angegeben.

Für die Bemessung des GdB ist vor allem die tatsächliche Leistungseinschränkung durch die Erkrankung bzw. Behinderung maßgeblich. Bei der Beurteilung ist vom klinischen Bild und von den Funktionseinschränkungen im Alltag auszugehen. Der GdB von mehreren Erkrankungen wird dabei nicht zusammengerechnet. Maßgebend sind die Auswirkungen in ihrer Gesamtheit.

Versorgungsmedizinische Grundsätze

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. Versorgungsmedizinischen Grundsätze. Sie können beim Bundesjustizministerium eingesehen werden unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage.html.

Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das kostenlose Bürgertelefon des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221 911 006, Mo-Do von 8-20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen oder Unklarheiten über die Zuständigkeit der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen Reha-Servicestellen.
- Die Versorgungsämter sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Merkzeichen

Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis kennzeichnen die Art der Behinderung und die damit verbundenen Leistungen und Vergünstigungen.

- **Merkzeichen aG – außergewöhnlich gehbehindert:** Die Fortbewegung ist aufs schwerste eingeschränkt und dauerhaft nur mit fremder Hilfe oder großer Anstrengung möglich.
- **Merkzeichen B – Begleitung erforderlich:** Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist infolge einer Behinderung nur mit fremder Hilfe möglich.
- **Merkzeichen BI – blind:** Das Augenlicht fehlt vollständig oder die Sehschärfe beträgt auf keinem Auge mehr als 1/50 oder andere Störungen des Sehvermögens (z.B. Gesichtsfeldeinengungen) liegen vor, die damit gleichzusetzen sind.

- **Merkzeichen G – erheblich gehbehindert:** Die Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr ist erheblich beeinträchtigt. Eine Bewältigung von fußläufigen Wegstrecken ist nur mit Schwierigkeiten oder nicht ohne Gefahren möglich.
- **Merkzeichen GI – gehörlos:** Gehörlosigkeit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit schwerer Sprachstörung.
- **Merkzeichen H – hilflos:** Für eine Reihe von häufig und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung der persönlichen Existenz ist dauernd fremde Hilfe nötig.
- **Merkzeichen RF – Rundfunkbeitragsermäßigung oder -befreiung**
- **Merkzeichen TBI – taubblind:** Störung der Hörfunktion mit einem GdB von mindestens 70 und Störung des Sehvermögens mit einem GdB von 100.

Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche sind abhängig von den Merkzeichen und dem Grad der Behinderung (GdB).

Für Palliativpatienten spielen oft folgende Nachteilsausgleiche und Vergünstigungen eine Rolle:

- **Altersrente für schwerbehinderte Menschen:** Früherer Renteneintritt
- **Rundfunkbeitrag:** Befreiung oder Ermäßigung
- **Telefongebührenermäßigung**
- **Mobilität:** Abteile und Sitze für Schwerbehinderte in öffentlichen Verkehrsmitteln, vergünstigte Fahrkarten, Fahrdienste, Hilfen im Flugverkehr, kostenloser Mittransport von Begleitpersonen bei Merkzeichen B, Unterstützung bei behindertengerechtem Kfz, vergünstigte Kfz-Steuer, Sonderparkplätze, Sonderparkausweis (auch für Angehörige nutzbar, die den Patienten z.B. zum Arzt fahren).
- **Steuervorteile**
- **Wohngeld:** Zusätzlicher Freibetrag für schwerbehinderte Menschen.



Praxistipps!

- Zwei umfassende Tabellen zu den Nachteilsausgleichen in Abhängigkeit vom GdB und vom Merkzeichen können Sie im Internet downloaden unter www.betanet.de > Nachteilsausgleiche.
- Einen ausführlichen Ratgeber zum Thema Behinderung können Sie unter www.beta-institut.de > Patienten-Ratgeber kostenlos herunterladen.

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Palliativpatienten sind in der Regel arbeitsunfähig geschrieben, wenn sie noch einen Arbeitsplatz haben. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) ist Voraussetzung für Entgeltfortzahlung und Krankengeld.

Entgeltfortzahlung

Arbeitnehmer haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Sie ist so hoch wie das bis dahin übliche Bruttoarbeitsentgelt.

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

Pflichten des Arbeitnehmers

Für den Arbeitnehmer gelten folgende Pflichten:

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht.
- 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.

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.



Praxistipps!

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

Krankengeld

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

Voraussetzungen

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

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

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben z.B.:

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

Beginn des Anspruchs

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



Praxistipp!

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

Höhe

Das Krankengeld beträgt

- 70% des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber 90% des Nettoarbeitsentgelts sowie
- maximal 103,25 € täglich.

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

Berechnungsbeispiel

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

Monatlich brutto 3.000 €
3.000 € : 30 für Kalendertag = 100 €
davon 70 % = 70 €

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

Das Krankengeld beträgt brutto 54 € täglich.

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils die Hälfte der 3 genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel zusätzlich ein Abzug von 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

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

Bei freiwillig Versicherten, deren regelmäßiges Arbeitsentgelt über der Versicherungspflichtgrenze liegt, wird das Arbeitsentgelt nur bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt. 2018 ist das ein Betrag von 147,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 53.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es **maximal 103,25 €** täglich betragen. Das Krankengeld wird kalendertäglich für 30 Tage je Monat gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Dauer

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

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

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

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

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

Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht z.B.:

- Bei Erhalt von Arbeitsentgelt (gilt nicht für ein einmalig gezahltes Arbeitsentgelt). Das gilt auch für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall für bis zu 6 Wochen. Wenn das Arbeitsentgelt niedriger ist als das Krankengeld, wird die Differenz als Krankengeld geleistet. Zuschüsse (z.B. vermögenswirksame Leistungen) werden nicht berücksichtigt, wenn sie zusammen mit dem Krankengeld das Nettoeinkommen nicht übersteigen.
- Bei Bezug von Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Winterausfallgeld oder Mutterschaftsgeld.
- Solange die Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse nicht gemeldet ist. Meldefrist bis zu einer Woche nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 51) umwandelt.

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

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

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

Praxistipp!

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

Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

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

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



Praxistipps!

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



Wer hilft weiter?

Ansprechpartner sind die Krankenkassen.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsfähigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.
- Arbeitslosigkeit oder Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund der Krankheit schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der Anwartschaftszeit: Der Antragsteller stand in den letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis. 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 wurde Erwerbsminderungsrente (siehe S. 51) beim zuständigen Rentenversicherungsträger beantragt.
- Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt.

Dauer

Das Arbeitslosengeld im Wege der sog. **Nahtlosigkeit** wird so lange gezahlt, bis über die Frage der verminderten Erwerbsfähigkeit entschieden wird, längstens jedoch bis der Anspruch auf Arbeitslosengeld endet. Damit überbrückt es die Übergangszeit, in der der Rentenversicherungsträger über den Anspruch auf Erwerbsminderungsrente entscheidet.

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt nicht darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können. Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds rückwirkend **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch nicht zurückzahlen.



Praxistipps!

- Wird dem Arbeitslosen vom Rentenversicherungsträger **Arbeitsfähigkeit von mehr als 15 Stunden pro Woche** bescheinigt, muss er sich, um weiterhin Arbeitslosengeld zu beziehen, der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn er mit der Entscheidung des Rentenversicherungsträgers nicht einverstanden ist und gerichtlich gegen diese vorgeht.
- Obwohl das Verhalten des Arbeitslosen gegenüber dem Rentenversicherungsträger (Geltendmachung von Leistungsunfähigkeit) im Widerspruch zum Verhalten gegenüber der Agentur für Arbeit (Leistungsfähigkeit und Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme) steht, muss der Arbeitslose im Verfahren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach objektiven Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.



Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Finanzielle Hilfen bei Erwerbsminderung

Erwerbsminderungsrente

Palliativpatienten im erwerbsfähigen Alter können in der Regel eine Erwerbsminderungsrente beantragen.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Erfüllung der Wartezeit (= Mindestversicherungszeit) von 5 Jahren
oder
- Volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Ausbildungsende und in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit. Der Zeitraum von 2 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung verlängert sich um Zeiten einer schulischen Ausbildung nach dem 17. Geburtstag, längstens jedoch um 7 Jahre.
oder
- Erfüllung der Wartezeit von 20 Jahren, wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht, d.h. Anspruch haben z.B. auch Beschäftigte in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), die seit Geburt bzw. Kindheit behindert sind,
und
- in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung wurden 3 Jahre Pflichtbeiträge abgeführt.
Dieser 5-Jahres-Zeitraum kann auch verlängert sein, z.B. um Bezugszeiten von Erwerbsminderungsrente oder berücksichtigungsfähige Schul- oder Erziehungszeiten.

Medizinische Voraussetzungen

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

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.

Befristung

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

Höhe

Die Höhe der Erwerbsminderungsrente wird individuell errechnet. Sie ist von mehreren Faktoren abhängig, z.B. Beitragszeiten, Beitragshöhe, Rentenartfaktor, und kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden.

Für Menschen, die ab 2018 erstmals Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit wird schrittweise von

62 auf 65 Jahre angehoben. Damit werden Erwerbsgeminderte ab 2024 so gestellt, als hätten sie mit ihrem durchschnittlichen bisherigen Einkommen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr weitergearbeitet. Dadurch erhöht sich die jeweilige Erwerbsminderungsrente.

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.



Praxistipps!

- Die Erwerbsminderungsrente wird nur auf **Antrag** gezahlt. Dem Rentenantrag sind zweckmäßige ärztliche Unterlagen (z.B. Befundberichte des Arztes, Reha-Berichte) sowie alle Versicherungsnachweise beizufügen, damit er möglichst schnell bearbeitet werden kann. Zudem sollten beim Antrag alle behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht entbunden werden, damit sie gegebenenfalls von der Rentenversicherung befragt werden können.
- Bei Notwendigkeit der Weiterführung der Rente ist ein neuer bzw. ein Verlängerungsantrag nötig.



Wer hilft weiter?

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

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert den Lebensunterhalt von Menschen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte und Vermögen für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen

Leistungsberechtigt sind Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland,

- die die Altersgrenze für Regelaltersrente erreicht haben **oder** die das 18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind **und**
- die ihren Lebensunterhalt nicht selbst aus ihrem Einkommen und Vermögen bestreiten können. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt.
- die keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress) haben. 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.

Die Altersgrenze für die Regelaltersrente wird derzeit nach und nach angehoben. Eine detaillierte Übersicht nach Geburtsjahrgängen findet man unter www.bmas.de > Themen > Soziale Sicherung > Sozialhilfe > Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.

Die Grundsicherung ist abhängig von der Bedürftigkeit und entspricht in der Höhe der Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe, das sind z.B. 416 € für Alleinstehende
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig)
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge
- Einen Mehrbedarfzuschlag, z.B. bei Behinderung oder krankheitsbedingt notwendiger besonderer Ernährung
- Einmalige Leistungen, z.B. Reparatur oder Miete von therapeutischen Geräten
- Hilfe zum Lebensunterhalt in Sonderfällen, insbesondere Übernahme von Mietschulden

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.

Anrechnung von Einkommen und Vermögen

Angerechnet werden

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

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

Dauer

Die Grundsicherung wird in der Regel für 12 Kalendermonate bewilligt. Die Auszahlung beginnt am 1. des Monats, in dem der Antrag gestellt wurde oder in dem die Voraussetzungen für die Änderung eingetreten sind und mitgeteilt wurden. Bekommt der Berechtigte infolge der Änderung weniger Leistungen, beginnt der neue Bewilligungszeitraum am 1. des Folgemonats. Zu Beginn der Altersrente oder nach Arbeitslosengeld II (Hartz IV) beginnt der Bezug mit dem 1. des Folgemonats.



Praxistipps!

- Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung werden vom Rundfunkbeitrag befreit und erhalten eine Telefongebührenermäßigung.
- Seit 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.
- Empfänger von Grundsicherung müssen im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen Zuzahlungen leisten, z.B. bei Medikamenten und Klinikaufenthalten. Näheres siehe S. 55.

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, nehmen einen Rentenantrag 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 gibt es nur, wenn weder der Betroffene selbst, noch Angehörige, noch andere Sozialversicherungsträger für dessen Bedarf aufkommen können.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist in Höhe und Umfang fast identisch mit der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (siehe S. 52).

In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. Dies ist z.B. der Fall, wenn bei der Pflegekasse ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt wurde, das Überprüfungsverfahren mehrere Wochen dauert und die Pflege schon stattfindet und bezahlt werden muss.

Wer hilft weiter?

Zuständig sind die örtlichen Sozialämter und die überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Die überörtlichen Träger sind in der Regel für Hilfen zuständig, die in Einrichtungen gewährt werden; die örtlichen Sozialämter in Landkreisen, großen und kreisfreien Städten für alle anderen Hilfen. Gemeinden sind nicht Träger der Sozialhilfe, können aber als erste Anlaufstelle genutzt werden und wissen, wie und wo die Ansprechpartner erreichbar sind.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Bei vielen ärztlichen Leistungen müssen Patienten ab 18 Jahren Zuzahlungen leisten. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich.

Zuzahlungsregelungen

Für folgende Gesundheitsleistungen zu Lasten der Krankenkasse gelten Zuzahlungsregelungen.

Arznei- und Verbandmittel

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

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

Zuzahlungsfreie Arzneimittel

Bestimmte Arzneimittelwirkstoffe können von der Zuzahlung befreit werden.

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

Festbeträge

Der Festbetrag ist der erstattungsfähige Höchstbetrag eines Arzneimittels. Liegt der Preis eines verordneten Arzneimittels darüber, muss der Versicherte selbst den Differenzbetrag (Mehrkosten) zahlen. In der Summe bezahlt der Patient also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind.

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, z.B. Physio- oder Ergotherapie.

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

Hilfsmittel

Hilfsmittel sind Gegenstände oder Geräte, die den Erfolg einer Krankenbehandlung sichern oder eine Behinderung ausgleichen sollen, z.B. Prothesen oder Rollstühle.

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

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und gegebenenfalls die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 40).

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

Krankenhausbehandlung, Anschlussheilbehandlung

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

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zuzahlungsbefreiung

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

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

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

Berechnung der Belastungsgrenze

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

Ausnahme: Ist ein Ehepartner beihilfeberechtigt und/oder privat krankenversichert, werden die Zuzahlungen, die dieser evtl. leisten muss, nicht als Familienzuzahlung berechnet. Beim

Familieneinkommen werden allerdings beide Einkommen herangezogen und somit als Grundlage für die Zuzahlungsbefreiung genommen.

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

Von diesem Bruttoeinkommen zum Lebensunterhalt wird ein Freibetrag abgezogen:

- Für den ersten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten 5.481 € (= 15 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jeden weiteren im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 3.654 € (= 10 % der jährlichen Bezugsgröße)
- Für jedes Kind des verheirateten Versicherten sowie für jedes Kind eines eingetragenen gleichgeschlechtlichen Lebenspartners 7.428 € als Kinderfreibetrag, wenn es sich um ein Kind beider Ehegatten handelt, ansonsten 3.714 €
- Für jedes Kind eines alleinerziehenden Versicherten 7.428 €

Einnahmen zum Lebensunterhalt sind z.B.:

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

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

- Kindergeld
- Pflegegeld
- Blindenhilfe
- Taschengeld vom Sozialamt für Heimbewohner
- Beschädigten-Grundrente nach dem BVG
- Rente oder Beihilfe nach dem Bundesentschädigungsgesetz bis zur Höhe der Grundrente nach dem BVG
- Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn diese der Grundrente nach dem BVG entspricht oder geringer ist

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern: Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.481 €
minus Freibetrag für 2 Kinder: 14.856 € (2 x 7.428 €)
davon 2% = Belastungsgrenze: 193,26 €
Wenn im Beispiel die Zuzahlungen die Belastungsgrenze von 193,26 € im Jahr übersteigen, verzichtet die Krankenkasse auf darüber hinausgehende Zuzahlungen.

Belastungsgrenze bei Empfängern von Sozialleistungen

Bei Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe), von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung wird jeweils nur der Regelsatz der Regelbedarfsstufe 1 als Bruttoeinkommen für die gesamte Bedarfsgemeinschaft gezählt, d.h.: Der jährliche Zuzahlungsgesamtbetrag beträgt 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.

Praxistipps!

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

Sonderregelung für chronisch Kranke

Für chronisch kranke Menschen, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, ist die Belastungsgrenze nur halb so hoch und beträgt 1% der jährlichen Bruttoeinnahmen.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

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

Sterben und Tod

Begleitung im Sterbeprozess

Das Wichtigste in der Begleitung sterbender Menschen ist das Eingehen auf ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche. Um das zu erreichen, sollten alle Begleiter (Angehörige, Pflegekräfte, Ärzte, Hospizhelfer u.a.) die Sterbebegleitung im Vorfeld genau miteinander besprechen.

Die größte Herausforderung ist dabei oft, das richtige Maß zu finden, was noch getan werden muss: Therapeutische Maßnahmen, künstliche Ernährung, Flüssigkeitsgabe, Absaugen, Umlagern, Waschen, Umziehen – ist es (immer noch?) notwendig, oder darf man es (schon jetzt?) sein lassen, weil der Patient es nicht mehr will, nicht mehr braucht oder es ihn gar belastet. Hier gibt es keine pauschalen Antworten. Im Idealfall wird in Abstimmung mit allen Betroffenen das richtige Maß gefunden: „Richtig“ im Sinne des Patienten.

Pflegerische Aspekte

Die pflegerischen Schwerpunkte verändern sich in der Sterbephase:

- Die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr tritt in den Hintergrund oder wird ganz eingestellt. Sie ist ggf. durch gute Mundpflege zu ersetzen, um Austrocknung, Schmerzen und Unwohlsein zu verhindern.
- Für bequeme und entspannte Lagerung sorgen. Regelmäßige Umlagerung reduzieren oder ganz einstellen.
- Hautpflege und Waschung individuell nach Wunsch gestalten, abhängig von der Notwendigkeit (z.B. starkes Schwitzen) und den Kräften des Patienten.
- Das Wechseln von Inkontinenzeinlagen auf ein zumutbares Maß reduzieren. Darmentleerung nur bei Beschwerden vornehmen, z.B. bei Verstopfung.
- Bei Schmerzen und anderen belastenden Symptomen den Arzt informieren, damit sie durch bestmögliche Medikation gelindert werden. Auf Schluckstörungen hinweisen, damit ggf. Medikamente anders verabreicht werden können.

Sterbeprozess

Angst vor dem Sterben ist normal. Es kann hilfreich sein zu wissen, was kommen kann. Dann kann man sich darauf einstellen und erschrickt nicht bei bestimmten Symptomen oder Veränderungen. Ein plötzlicher Tod ist bei Schwerkranken eher selten. Meist zeigen sich in den letzten 1 bis 2 Tagen und vor allem in den letzten Stunden deutliche Veränderungen, z.B.:

- Fortschreitende Schwäche
- Zunehmende Unruhe und Agitiertheit
- Ängste
- Schmerzen
- Tiefes Schlafbedürfnis bis hin zur Bewusstlosigkeit
- Keine Ausscheidungen mehr
- Veränderung der Atmung
- Kein Hustenreflex (mehr)

- Übergang zur Rasselatmung (siehe S. 61)
- Bläulich verfärbte Hautstellen

Diese Anzeichen sind individuell verschieden.

Wünsche des Patienten

Die Begleitung in der Sterbephase sollte im Vorfeld konkret abgesprochen, Wünsche und Rituale sollten festgelegt werden. Patienten können ihre Wünsche für die Sterbephase in einer Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung schriftlich festlegen (siehe S. 13).

Dabei ist wichtig zu wissen, dass alles bis zuletzt auch wieder verändert und der Situation angepasst werden kann.

Voraussetzung für die Festlegung letzter Wünsche ist, dass alle Beteiligten offen miteinander und mit dem Thema Sterben umgehen.

Hier kann nur dazu ermutigt werden, Ärzte und Pflegende zu fragen, was kommen kann, aber auch Ängste und Unsicherheit anzusprechen. Der kommende Tod ist schwer auszuhalten, aber den meisten Menschen fällt es leichter, wenn sie wissen, wie es steht und was sie zu erwarten haben.

Auch Sterbende trauern

Nicht nur Angehörige trauern, auch der Sterbende selbst trauert, weil er Abschied nehmen muss von seiner Familie, seinen Freunden, Erwartungen und Hoffnungen, von seinem Besitz und von all seinen weiteren Plänen. Patienten erleben das Sterben oft wie einen Prozess, Schritt für Schritt kommt Neues, Fremdes und Unbekanntes. Der Sterbeprozess kann mit Gefühlen wie Wut, Angst, Aggression und Verzweiflung verbunden sein, aber auch mit Depression, Abwehr oder Zustimmung.

Begleitung von Sterbenden

Die große Herausforderung beim Umgang mit Sterbenden ist, dass man ihre wirklichen Wünsche erfragt oder erspürt und sich darauf einstellt. Für jede Empfehlung – das gilt auch für die nachfolgenden – sollte sorgfältig erfragt und erspürt werden, ob sie dem Sterbenden hilft, ob er etwas wirklich will.

- **Da sein.** Wenn ein Patient nicht alleine sterben möchte, sollte immer jemand anwesend sein. Das gilt auch, wenn er nicht mehr bei Bewusstsein ist. Allerdings kann durch zu viele Anwesende eine große Unruhe entstehen – das sollte vermieden werden.
Vorsicht: Nicht wenige Menschen sterben genau in dem Moment, in dem sie alleine sind – möglicherweise deshalb, weil sie alleine sterben wollten.
- **Zuwendung schenken.** Anteilnahme kann auch durch körperliche Zuwendungen wie Berührungen der Hand und Wange oder gemeinsames Erspüren des Atems geschenkt werden.
Vorsicht: Manche Menschen wollen auch allein sein, sich allein fallenlassen, sich fassen oder in sich zurückziehen. Dieser Wunsch ist insbesondere für nahe Angehörige sehr schwer zu akzeptieren.
- **Trauer mittragen.** Nach dem persönlichen Trauererleben fragen, Trauer benennen und anerkennen. Den Sterbenden in seiner Trauer ernst nehmen, ihm helfen, seine Trauer auszudrücken und zu zeigen.
Vorsicht: Auf keinen Fall dazu drängen, sondern respektieren, wenn ein Sterbender lieber für sich alleine trauert oder seine Emotionen zurückhält.
- **Letzte Wünsche erfüllen.** Rituale, religiöse oder seelsorgerische Begleitung, Lieblingsmusik, Blumen oder ein Geruch – wenn es möglich ist, sollte man diese Wünsche beachten bzw. erfüllen.
- **In Würde sterben.** Der Patient soll in Würde und unter Einhaltung der gewünschten medizinischen Hilfestellung (Patientenverfügung, siehe S. 13) sterben dürfen.

Was Angehörigen hilft und wie sie helfen können

Für Angehörige ist die Sterbebegleitung die allerletzte Zeit mit dem Patienten. Sie ist schwer und wertvoll zugleich. Im Idealfall finden sie Unterstützung durch Ärzte, Seelsorger und Mitarbeiter des Pflegedienstes und (wenn vorhanden) des Palliative-Care-Teams.

Erfahrungsgemäß ist es nach dem Tod eine wertvolle Erinnerung, noch da gewesen zu sein. Gerade die letzten Hilfestellungen sind ganz wichtig: Für den Sterbenden und für die Angehörigen selbst. Angehörige dürfen auch bei der Pflege mithelfen.

Aber: Angehörige dürfen sich auch nicht überfordern.

- Es gibt Krankheits- und Sterbesituationen, die schwer oder gar nicht auszuhalten sind. Dann darf und muss man sich Hilfe holen und darf sich zurückziehen.
- Manche Angehörige sind nach Jahren der Krankheit und der immer intensiveren Pflege am Ende ihrer Kräfte und haben für die letzten Tage keine Kraft mehr. Jeder Mensch hat Grenzen der Belastbarkeit und die kann nur er selbst bestimmen.
- Manchmal kann der Wunsch des Patienten, zu Hause sterben zu können, wegen der Überforderung der Angehörigen nicht erfüllt werden. Dann kann ein Bett im stationären Hospiz eine Alternative sein.

Rasselatmung

Die Rasselatmung ist geräuschvoll und oft verbunden mit längeren Atempausen. Sie ist ein deutliches Zeichen für den nahenden Tod und tritt bei mehr als der Hälfte der Sterbenden auf. Sie wird deshalb auch „terminales Rasseln“ oder „Todesrasseln“ genannt.

Die Rasselatmung ist kein Zeichen von Atemnot. Doch das Rasseln klingt für Außenstehende quälend und macht vor allem Angehörigen Angst. Der Patient selbst nimmt das Rasseln aber kaum wahr. Das ist auch daran zu erkennen, dass er ruhig bleibt, was bei Atemnot sicher nicht der Fall wäre. Ursache der Rasselatmung sind meist eingedickter Speichel oder Sekret, die sich im Bereich der Stimmritze sammeln. Es rasselt, wenn die Atemluft daran vorbeistreicht. Der Patient selbst ist bereits zu schwach, die Flüssigkeit abzu husten oder zu schlucken.

Erleichterung bei Rasselatmung

Die Rasselatmung kann zum Teil gelindert werden:

- Oberkörper des Patienten höher legen und wenn möglich Kopf seitlich lagern, damit Speichel nicht in die Kehle läuft.
- Mund trocken tupfen, wenn viel Speichel da ist.
- Nichts mehr zu trinken geben und die künstliche Flüssigkeitszufuhr beenden. Sterbende haben in der Regel keinen Durst mehr und Flüssigkeit regt die Speichel- und Sekretbildung an.
- Den Mund und die Lippen pflegen, damit sie nicht austrocknen und reißen.
- Sekret in den letzten Lebensstunden nicht mehr absaugen, denn das ist für den Patienten unangenehm bis schmerzhaft und regt die Schleimproduktion an.
- Medikamente (Wirkstoff Butylscopolamin) können die Speichel- und Sekretbildung reduzieren.

Todeszeichen

Verschiedene Merkmale signalisieren den eingetretenen Tod. Als „unsichere“ Todeszeichen gelten Atemstillstand und starre Pupillen. „Sichere“ Zeichen sind Leichenstarre und Leichenflecken. Die sicheren Zeichen sind nach einer Zeitspanne von 30 Minuten bis zu 2 Stunden nach dem eigentlichen Tod zu beobachten.

Der Sterbeprozess zieht sich über mehrere Stunden hin, da einzelne Körperzellen deutlich über den Tod hinaus weiterleben.

- Der klinische Tod ist gekennzeichnet durch Atem- und Kreislaufstillstand.
- Der Hirntod ist gekennzeichnet durch den nicht mehr umkehrbaren Ausfall aller Hirnfunktionen.
- Der biologische Tod ist gekennzeichnet durch das Ende aller Organ- und Zellfunktionen. Zu diesen klinischen oder „unsicheren“ Todeszeichen kommen noch starre Pupillen, Abkühlung der Haut und Hautblässe. Es beginnt das Absterben der einzelnen Zellen, wobei als erstes die Gehirnzellen absterben. Bis etwa 30 Minuten nach dem Tod kann es zu Stuhlgang kommen. Einige Stunden lang kann es supravitale (= über den Tod hinaus) Muskelreaktionen geben, z.B. an Augenlidern, Mund oder Hand, sowie eine sog. Schnappatmung.

Feststellung des Todes

Zur Feststellung des eingetretenen Todes müssen die sicheren Todeszeichen auftreten:

- **Totenstarre:** Sie beginnt etwa 2 Stunden nach dem Tod am Kiefergelenk, geht von den oberen Extremitäten langsam in die unteren Gliedmaßen über. Die vollständige Starre ist nach 6 bis 8 Stunden erreicht, nach 2 bis 3 Tagen löst sie sich langsam wieder.
- **Totenflecken:** Sie treten nach etwa 30 Minuten auf. Es sind Verfärbungen, die durch Ansammlung von Blut in abhängigen Körperpartien entstehen. In den ersten Stunden sind sie noch wegdrückbar, nach ungefähr 24 Stunden nicht mehr.
- **Leichenzersetzung:** Sie beginnt je nach äußeren Einflüssen (Temperatur, Sauerstoff) etwa nach 2 Tagen mit Fäulnisvenenzeichnung und grüner Bauchdecke. „Leichengift“ ist eine eher irreführende Bezeichnung. Über Hautkontakt oder Einatmen besteht keine Infektions- oder Vergiftungsgefahr. Es ist also keineswegs gefährlich, dem Toten noch einmal übers Gesicht zu streichen oder seine Hand zu halten. Nur über offene Verletzungen oder den Mund wäre eine Übertragung von Bakterien und Giften möglich.

Nach dem Tod

Nach dem Tod steht die Zeit still und diese Zeit sollten sich alle, die dies miterleben, auch nehmen und zugestehen.

Nach dem ersten Nichts gibt es allerdings viele Formalitäten und Organisatorisches zu erledigen: vom Totenschein und der Sterbeurkunde bis zur Bestattung und den zahlreichen Mitteilungen an verschiedenste Menschen und Einrichtungen zum Todesfall. Darauf geht dieser Ratgeber nicht näher ein, aber als umfangreiche und unabhängige Informationsquelle ist zu empfehlen: www.aeternitas.de.

Buchtipps zur Trauer

- Kachler, Roland: **Was bei Trauer gut tut – Hilfen für schwere Stunden**, Kreuz Verlag, 2. Auflage 2011. ISBN-13: 978-3451610479
- Kachler, Roland: **Meine Trauer wird dich finden – Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit**, Kreuz-Verlag, Neuauflage 2017. ISBN-13: 978-3783125856
- Sieck, Annerose: **Trauer bewältigen – Tod und Trauer verstehen. Wieder ins Leben zurückfinden. Mit der Erinnerung leben**, Humboldt / Schluetersche, 2012., ISBN-13: 978-3869104638
- Stülpnagel von, Freya: **Ohne Dich – Hilfen für Tage, an denen die Trauer besonders schmerzt**, Kösel-Verlag, 2012. ISBN-13: 978-3466370498129

Adressen

www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de

Bietet Adressen von ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen, von Palliativstationen sowie von weiteren Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung.

Adressen von Pflegediensten

Adressen von ambulanten Pflegediensten haben die Pflegestützpunkte, Pflegekassen und Wohlfahrtsverbände.

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband

Dachverband von nahezu 1.000 Hospizvereinen und Palliativeinrichtungen. Informationen zur Hospiz- und Palliativversorgung.

Aachener Str. 5, 10713 Berlin

Telefon: 030 8200758-0

Fax: 030 8200758-13

E-Mail: info@dhpv.de

www.dhpv.de

Deutsche Palliativstiftung

Stiftung mit vielen Veröffentlichungen zur Palliativversorgung

Am Bahnhof 2, 36037 Fulda

Telefon: 0661 480497-97

Fax: 0661 480497-98

E-Mail: info@palliativstiftung.de

www.palliativstiftung.de

Deutsche Krebshilfe

Persönliche Krebsberatung: Infonetz Krebs

Telefon: 0800 80708877, Montag – Freitag 8 – 17 Uhr

E-Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de

schriftlich: Stiftung Deutsche Krebshilfe

Infonet Krebs

Buschstr. 32, 53113 Bonn

www.infonetz-krebs.de

Finanzielle Unterstützung durch den Härtefonds der Deutschen Krebshilfe, Antrag unter www.krebshilfe.de > Helfen > Finanzielle Hilfe – unsere Härtefonds

Impressum

Herausgeber

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

Leitende Redakteurin

Andrea Nagl

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Max Glaser, Jutta Meier, Anna Yankers

Layout und Gestaltung

beta Institut

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

Alle Rechte vorbehalten

© 2018

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.

3. vollständig überarbeitete Auflage, Februar 2018