

Schmerz

Sozialrechtliche und psychosoziale Informationen für Schmerzpatienten



Vorwort

Nach Angaben der „Deutschen Schmerzliga e.V.“ leiden in Deutschland 12 bis 15 Millionen Menschen unter chronischen oder wiederkehrenden Schmerzen. Von starken pathologischen Schmerzzuständen sind etwa 5 Millionen Patienten betroffen. Zu den häufigsten Schmerzerkrankungen zählen Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Rheuma- und Arthroseschmerzen sowie Tumorschmerzen.

Chronische Schmerzen haben neben dem körperlichen Leiden vielfältige soziale und psychische Auswirkungen auf die Lebensqualität. Viele Patienten ziehen sich zurück, neigen zu Depressionen oder haben Angst, krankheitsbedingt ihre Arbeitsstelle zu verlieren. Auch Angehörige wissen häufig nicht, wie sie mit dem Schmerzpatienten umgehen sollen.

Der vorliegende Ratgeber informiert neben den Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten chronischer Schmerzen ausführlich zum Umgang mit dieser Erkrankung in Partnerschaft und Familie, Urlaub und Freizeit. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den rechtlichen Fragestellungen zu finanziellen Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung sowie zu Rehabilitation, Behinderung und Pflege.

Wir hoffen, dass Patienten und ihren Angehörige durch diesen Ratgeber wieder Orientierung und Sicherheit gewinnen und dadurch in ihrer oft schwierigen Situation Entlastung finden.

Inhalt

Vorwort	2
Chronische Schmerzen	5
Entstehung einer chronischen Schmerzstörung	5
Schmerzarten	5
Schmerz und Psyche	7
Schmerzdiagnostik	8
Schmerztherapie	9
Leben mit chronischen Schmerzen	15
Soziale Auswirkungen direkt auf den Betroffenen	15
Partnerschaft und Familie	16
Ernährung	17
Sport und Bewegung	17
Autofahren	18
Urlaub	19
Arbeit	21
Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	23
Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	23
Krankengeld	25
Verletztengeld	30
Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit	31
Zuzahlungen in der Krankenversicherung	34
Zuzahlungsregelungen	34
Zuzahlungsbefreiung	36
Sonderregelung für chronisch Kranke	38
Rehabilitation	40
Überblick über Reha-Leistungen	40
Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen	41
Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen	42
Anschlussheilbehandlung	44
Stufenweise Wiedereingliederung	46
Berufliche Reha-Maßnahmen	47
Übergangsgeld	49
Reha-Sport und Funktionstraining	51
Haushaltshilfe	52
Behinderung	55
Definition	55
Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen	55
Schwerbehindertenausweis	57
Nachteilsausgleiche	58
Erwerbsminderungsrente	63

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung _____	64
Hilfe zum Lebensunterhalt _____	67
Pflege _____	68
Definition „Pflegebedürftigkeit“ _____	68
Pflegegrade _____	71
Bearbeitungsfristen der Pflegekasse _____	71
Pflegeleistungen _____	72
Leistungen für pflegende Angehörige _____	75
Patientenvorsorge _____	77
Vorsorgevollmacht _____	77
Betreuungsverfügung _____	78
Patientenverfügung _____	78
Adressen _____	79
Impressum _____	82
Anhang _____	83

Chronische Schmerzen

Schmerzen sind eine vertraute Empfindung. Sie sind eine Warnung unseres Körpers davor, dass etwas nicht in Ordnung ist. Werden Schmerzen jedoch chronisch, gehen sie häufig mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einher. Mit einer geeigneten Behandlung können sie jedoch gelindert werden oder sogar ganz verschwinden.

Entstehung einer chronischen Schmerzstörung

In der Regel sind akut auftretende Schmerzen zeitlich begrenzt und haben eine Warnfunktion, die den Körper zur Schutzhandlung zwingt. Sobald die schmerzauslösende Ursache erfolgreich behandelt worden ist, klingt dieser Schmerz in einem absehbaren Zeitraum wieder ab. Bleiben diese Schmerzen jedoch über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen, können sie sich chronifizieren. Die Ursache des chronischen Schmerzes ist nicht auffindbar oder bekannt und nicht ursächlich therapierbar. Die Warnfunktion ist verloren gegangen. Der Schmerz wird zur eigenständigen Erkrankung, die als „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ bezeichnet wird.

Erkrankungen, die zu chronischen Schmerzen führen können, sind z.B.:

- Erkrankungen oder Verletzungen des Bewegungsapparates, z.B. Arthritis, Arthrose, Rheuma, Osteoporose, Knochenbrüche, Hüft- und Wirbelfrakturen
- Tumorerkrankungen
- Erkrankungen des Nervensystems, z.B. Gürtelrose, Multiple Sklerose, Parkinson
- Psychische Erkrankungen, z.B. Angststörungen, Depressionen
- Erkrankungen innerer Organe, z.B. chronische Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Für die Entstehung und Erhaltung chronischer Schmerzen können auch weitere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, eine wesentliche Rolle spielen, z.B. psychosoziale Belastungen oder permanenter Stress.

Um eine Chronifizierung zu vermeiden, sollten akute Schmerzen ernst genommen und rechtzeitig behandelt werden (siehe S. 9).

Schmerzarten

Es gibt verschiedene Schmerzarten. Diese haben unterschiedliche Ursachen und weisen verschiedene Symptome auf. Häufig liegen Mischformen dieser Schmerzarten vor.

Nozizeptive Schmerzen

Nozizeptive Schmerzen entstehen, wenn infolge einer Gewebeschädigung Schmerzsignale an das Gehirn gesendet werden. Ein Schmerzsignal wird z.B. durch Druck, Hitze, Verletzungen oder auch durch körpereigene Prozesse wie Entzündungen oder Gewebeveränderungen ausgelöst. Nozizeptive Schmerzen werden unterteilt in somatische Schmerzen und Eingeweideschmerzen.

Somatische Schmerzen

Somatische Schmerzen werden, abhängig vom Entstehungsort der gereizten Schmerzrezeptoren (Nozizeptoren), in Oberflächen- und Tiefenschmerzen unterteilt:

- **Oberflächenschmerzen** entstehen durch Reizung von Schmerzrezeptoren in der Haut und sind anfänglich meist stechend scharf, werden rasch schwächer und klingen häufig brennend und dumpf nach.
- **Tiefenschmerzen** entstehen durch Reizung von Schmerzrezeptoren in Muskeln, Gelenken, Knochen, Bändern oder Bindegewebe und sind eher dumpf und schwer zu lokalisieren.

Zu den somatischen Schmerzen zählen z.B.:

- Rheumaschmerzen
- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen
- Arthroseschmerzen
- Schmerzen nach Operationen
- Ischämieschmerzen (Schmerzen bei Durchblutungsstörungen)

Eingeweideschmerzen

Eingeweideschmerzen, auch viszerale Schmerzen genannt, entstehen, wenn innere Organe von Schmerzrezeptoren gereizt werden. Diese Schmerzart ist oft schwer zu lokalisieren und hat häufig einen drückenden oder ziehenden Charakter.

Zu den Eingeweideschmerzen zählen z.B.:

- Magen-/Darmschmerzen
- Schmerzen bei Nieren- oder Gallenkoliken
- Entzündungsschmerzen der Bauchspeicheldrüse

Da die Schmerzfasern der inneren Organe und die der Haut im Rückenmark in gemeinsamen Schmerzbahnen verlaufen, werden Schmerzen von inneren Organen häufig auch an der Körperoberfläche (**Head Zonen**) wahrgenommen. Beispielsweise verspüren manche Patienten nach einem Herzinfarkt Schmerzen im linken Arm oder bei Erkrankungen der Gallenblase Schmerzen in der rechten Schultergegend. Dieses Phänomen wird als „übertragener Schmerz“ bezeichnet.

Nervenschmerzen

Nervenschmerzen (neuropathische Schmerzen) entstehen als Folge einer Nervenschädigung und können heftig einschießend, attackenartig oder dauerhaft brennend sein. Weitere typische Anzeichen sind Überempfindlichkeit gegenüber Berührungen (Allodynie), unangenehme, manchmal schmerzhaft empfundene Körperempfindung mit Kribbeln, Taubheit, Einschlafen der Glieder, Kälte- und Wärmewahrnehmungsstörungen (Parästhesien) sowie Sensibilitätsstörungen.

Zu den Nervenschmerzen zählen z.B.:

- Nervenwurzelerschmerzen bei Ischialgie
- Nervenschmerzen bei diabetischer Neuropathie

- Gesichtsschmerzen bei Trigeminusneuralgie
- Schmerzen bei Gürtelrose (postherpetische Neuralgie)
- Phantomschmerzen nach Amputationen

Psychogene Schmerzen

Psychogene Schmerzen, auch funktionelle Schmerzen genannt, werden durch psychische Erkrankungen oder Belastungen verursacht und können als Ausdruck von unbewältigten psychischen und psychosozialen Problemen verstanden werden. Häufige Ursachen sind z.B. chronischer Stress, somatoforme Störungen, Angststörungen, Depressionen oder posttraumatische Belastungsstörungen.

Diese Schmerzen treten häufig an mehreren Stellen auf und äußern sich individuell sehr verschieden. Beispiele sind chronische Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen, bei denen körperliche Ursachen nicht auffindbar sind.

Mischformen „mixed pain“

Viele chronische Schmerzen lassen sich nicht eindeutig einer Schmerzart allein zuordnen, sondern es treten Mischformen verschiedener Schmerzarten gleichzeitig in unterschiedlichen Ausprägungen auf.

Zu den gemischten Schmerzen können z.B. zählen:

- Tumorschmerzen
- Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die in ein Bein ausstrahlen (Lumboischialgie)
- Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (Lumbalgie)
- Schmerzen nach einer Bandscheibenoperation

Mischformen sind nicht immer einfach zu diagnostizieren. Um einen Therapieerfolg zu erzielen, müssen alle Schmerzarten entsprechend behandelt werden.

Schmerz und Psyche

Chronische Schmerzen bedeuten für den Betroffenen eine starke psychische Belastung. Eine medikamentöse Therapie wirkt oft nicht, da sich chronische Schmerzen und psychische Beeinträchtigungen gegenseitig beeinflussen.

Wechselseitige Beeinflussung

Ursache chronischer Schmerzen können psychische Beeinträchtigungen sowie psychosoziale Probleme sein (psychogene Schmerzen, siehe oben). Umgekehrt können sich chronische Schmerzen auf die psychische Gesundheit auswirken.

Ursache für diese Wechselwirkungen können neurobiologische Zusammenhänge sein:

- Bei der Schmerzverarbeitung werden dieselben Hirnareale aktiviert wie bei starken Emotionen, z.B. bei Trauer oder Angst.
- Ein Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe (Neurotransmitter) kann sowohl zur Entstehung von

Schmerzen als auch von psychischen Erkrankungen führen.

Zu den psychischen Beschwerden, die Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen haben sowie durch diese verursacht werden können, zählen z.B. Depressionen, Angststörungen, Psychosen oder Belastungsstörungen.

Chronische Schmerzen und Depressionen

Chronische Schmerzen und Depressionen können sich gegenseitig verstärken und zu einem Teufelskreis führen:

- Depressionen zeigen sich häufig durch eine niedergeschlagene Stimmung mit einer starken Antriebsminderung, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit sowie Müdigkeit. Dies kann zu mangelnder körperlicher Aktivität und damit zu Bewegungseinschränkungen führen, welche die Entstehung chronischer Schmerzen fördern bzw. die Schmerzwahrnehmung verstärken.
- Chronische Schmerzen gehen oft mit einer erhöhten Anspannung, Angst und Stress einher. Sie verleiten zu körperlicher Schonung und können einen Verlust von Aktivitäten und sozialen Kontakten nach sich ziehen. Diese Faktoren begünstigen bei entsprechender Anfälligkeit die Entstehung von Depressionen.

Obwohl chronische Schmerzen ein so häufiges Begleitsymptom einer depressiven Störung sind, wird nur bei der Hälfte aller depressiven Patienten eine Depression diagnostiziert. Der Grund dafür ist, dass viele Schmerzpatienten entweder die psychischen Anteile ihrer Erkrankung nicht erkennen oder aus Angst vor Stigmatisierung eine entsprechende Behandlung, z.B. Psychotherapie (siehe S. 12), ablehnen und daher nur ihre körperlichen Symptome schildern.



Praxistipp!

Nähere Informationen zum Krankheitsbild der Depression sowie umfangreiche Hinweise zu psychosozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung bietet der Ratgeber „Depression“. Er kann unter www.beta-institut.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.

Schmerzdiagnostik

Um eine angemessene Schmerztherapie durchführen zu können, ist eine genaue Analyse der Schmerzen notwendig.

Da Schmerzen individuell sehr unterschiedlich empfunden werden, ist eine objektive Messung schwierig. Ohne die Mitwirkung des Patienten ist es für den Arzt nicht möglich, den Schmerz einschätzen zu können. Neben der körperlichen Untersuchung spielt deshalb die Anamnese (= systematische Befragung zum Gesundheitszustand und Sozialleben des Patienten) eine wichtige Rolle. Für die Selbsteinschätzung der Patienten stehen verschiedene Skalen und Tagebücher zur Verfügung.

Anamnese

Für die Schmerzanalyse sind besonders folgende Angaben wichtig:

- **Lokalisation und Ausbreitung:** Wo genau tut es weh? Wo ist der Schmerz am stärksten?
- **Beginn und Verlauf:** Wann sind die Schmerzen zum ersten Mal aufgetreten? Wie häufig treten sie auf?

- **Schmerzintensität und -qualität:** Wie stark sind die Schmerzen? Wie fühlt sich der Schmerz an? Ist er stechend, brennend, dumpf oder ziehend?
- **Schmerzauslöser:** Wodurch wird der Schmerz ausgelöst? Gibt es Faktoren, die den Schmerz verstärken oder lindern?
- **Psychosoziale Aspekte:** Welche Gegebenheiten im Berufs- und Privatleben und welche persönlichen Verhaltensmuster können einen bedeutenden Einfluss auf die chronischen Schmerzen haben? Gibt es kritische Lebensereignisse, die mit dem Auftreten der Schmerzen in Zusammenhang stehen? Wie wird der Schmerz erlebt? Welche Auswirkungen hat der Schmerz auf das Alltagsleben?

Schmerzdokumentation

- Um möglichst viele für die Schmerzdiagnostik relevanten Aspekte zu erfassen, werden häufig ergänzend zum ärztlichen Gespräch standardisierte **Schmerzfragebögen** eingesetzt. Er kann vom Patienten allein ausgefüllt werden (auch bereits im Vorfeld eines Arztgesprächs) oder von Arzt und Patient gemeinsam. Anhand der erfassten Informationen kann der Arzt die Schmerzart und die Schmerzursache näher bestimmen und in der Folge die Therapie bestmöglich durchführen. Ein Muster eines Schmerzfragebogens finden Sie im Anhang, siehe S. 83.
- Es kann sinnvoll sein, in einem **Schmerztagebuch** regelmäßig zu notieren, wo und wann die Schmerzen aufgetreten sind und welche Therapien durchgeführt wurden. Dadurch kann der Verlauf und Erfolg der Schmerzbehandlung dokumentiert werden. Ein Schmerztagebuch führt ein Patient mindestens über mehrere Tage hinweg, in der Regel über Wochen oder Monate. Er notiert darin alle für die Behandlung wichtigen Informationen, z.B. Medikamenteneinnahme, Schmerzstärke, Aussagen über Wohlbefinden und Aktivitäten. Die laufende Erfassung dient der Kontrolle und ggf. Anpassung der Schmerztherapie. Studien haben zudem belegt, dass allein das Führen des Schmerztagebuchs dem Patienten eine gewisse Kontrolle über seine Schmerzen gibt, Erfahrungen von Selbstwirksamkeit vermittelt und die Eigentherapie verbessert.
- Mit Hilfe von **Schmerzskalen** kann die Intensität der Schmerzen gemessen werden. Es gibt numerische und verbale Skalen, bei Kindern oder demenzkranken Menschen können auch visuelle Skalen eingesetzt werden.



Praxistipp!

Ein Schmerztagebuch kann bei der Deutschen Schmerzliga unter www.schmerzliga.de/broschueren.html kostenlos heruntergeladen werden.

Schmerztherapie

Die Behandlung chronischer Schmerzen ist sehr vielschichtig und abhängig von der Art des Schmerzes. Ein ganzheitlicher Ansatz, der neben der körperlichen Behandlung auch die psychischen und sozialen Aspekte der Betroffenen miteinbezieht, ist empfehlenswert.

Neben aktiven Bewältigungsstrategien und der Aufklärung des Patienten über die Bedeutung von psychosozialen Faktoren, besteht die Therapie aus mehreren Bausteinen und wird „**multimodale Therapie**“ oder „**spezielle Schmerztherapie**“ genannt. Zu diesen Bausteinen zählen z.B. die medikamentöse Therapie, die Physio- und Ergotherapie, die Psychotherapie sowie minimal-invasive und operative Verfahren.

Medikamentöse Schmerztherapie

Medikamente sind ein wichtiger Teil der Schmerztherapie und bilden häufig die Grundlage für andere Bausteine der Schmerzbehandlung.

Folgende Medikamente werden in der Schmerztherapie eingesetzt:

- **Schmerzmittel (Analgetika)**
 - **Nicht-opioide Schmerzmittel** wirken am Entstehungsort der Schmerzen und werden vor allem bei leichten bis mittelstarken Schmerzen angewandt. Viele dieser Medikamente wirken zusätzlich fiebersenkend und entzündungshemmend. Dazu zählen z.B. Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac, Metamizol oder Naproxen.
 - **Opioide** haben eine stärkere Wirkung als nicht-opioide Substanzen, weil sie die Weiterleitung der Schmerzimpulse hemmen. Es gibt schwach wirksame Opioide, z.B. Tramadol, Codein, Tilidin und stark wirksame Opioide, z.B. Morphin, Oxycodon, Hydromorphon, Tapentadol, Buprenorphin und Fentanyl.
- **Antidepressiva**
können das Ungleichgewicht bestimmter Botenstoffe wieder ins Gleichgewicht bringen und haben eine schmerzlindernde Wirkung. Sie werden häufig mit anderen Medikamenten kombiniert. Zu den Antidepressiva zählen z.B. Duloxetin oder Amitriptylin.
- **Antiepileptika/Antikonvulsiva**
verhindern zu starke elektrische Entladungen in den Nervenbahnen und können dadurch Nervenschmerzen beeinflussen. Zu diesen Substanzen zählen z.B. Gabapentin, Carbamazepin, Pregabalin und Valproinsäure.
- **Pflanzliche Schmerzmittel**
werden meist ergänzend zu anderen Schmerzmitteln eingesetzt, um deren Dosis zu senken und dadurch Nebenwirkungen zu verringern.

Hinweise zur Anwendung von Opioiden:

- Opioide können als **Retardpräparate** verabreicht werden. Das sind Medikamente, die ihren Wirkstoff langsam über einen längeren Zeitraum freisetzen. Sie müssen nach einem festen Zeitplan eingenommen werden, um eine gleichmäßige Wirkung zu erreichen.
- Opioide können verschiedene **Nebenwirkungen** haben. Dazu zählen z.B. Verstopfung, Atemdepression (Hypoventilation), Übelkeit, Erbrechen, Krämpfe in inneren Organen (Koliken) sowie eine körperliche Abhängigkeitsentwicklung bei längerer Anwendung. Die Gefahr einer Suchtentwicklung bei korrekter Anwendung unter ärztlicher Aufsicht ist jedoch sehr gering.
- Um **Entzugssymptome**, wie Schwitzen oder Übelkeit, zu vermeiden, dürfen die Medikamente nicht abrupt abgesetzt, sondern müssen schrittweise reduziert werden.
- Geeignete Abführpräparate sowie eine Ernährungsumstellung können einer **Verstopfung** entgegenwirken. Näheres zur Ernährung bei Opioidanwendung finden Sie auf S. 17.
- Opioide können Auswirkungen auf **Sexualität und Kinderwunsch** haben und in der Schwangerschaft dazu führen, dass das ungeborene Kind eine körperliche Abhängigkeit entwickelt. Deshalb sollte jede Einnahme von Schmerzmitteln, auch von freiverkäuflichen, bei Kinderwunsch oder Schwangerschaft vorher mit dem Arzt abgesprochen werden.



Praxistipp!

Opioide unterliegen bis auf wenige Ausnahmen dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und dürfen nur auf einem speziellen Rezept, dem sog. Betäubungsmittelrezept (gelbes Rezept), verordnet werden. Um die rechtmäßige Einnahme von medizinisch notwendigen Opioiden nachweisen zu können, sollte ein **Opioid-Ausweis** mitgeführt werden. In diesem Dokument sind die Medikamente, die Dosierung und Einnahmedaten vermerkt, um mitbehandelnde Ärzte zu informieren. Auch Patienten, die gegenüber Behörden ihre Fahrtauglichkeit nachweisen müssen oder ins Ausland reisen, ist ein Opioid-Ausweis sehr zu empfehlen. Ein Opioid-Ausweis kann kostenlos unter www.betanet.de > Suchbegriff „Opioid-Ausweis“ heruntergeladen werden.

Physiotherapie

Physiotherapie hat das Ziel, die Bewegungs- und Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten. Bei Schmerzpatienten soll sie vor allem dazu beitragen, Bewegungsangst und Verspannungen abzubauen, Muskeln zu stärken sowie ein optimales Bewegungsverhalten zu trainieren. Auch physikalische Verfahren können helfen, Schmerzen zu lindern.

Zur den physiotherapeutischen Verfahren zählen z.B.:

- Sport- und Bewegungstherapie, v.a. Dehnungs- und Kräftigungsübungen
- Thermobehandlungen: Wärmebehandlungen (z.B. Fangopackungen, heiße Rolle, heiße Bäder oder warmes Licht); Kältebehandlungen (z.B. Eismassagen oder Kneipp-Therapien)
- Massagen (unterstützend)
- Elektrotherapie, v.a. die Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS)
- Lasertherapie

Die Verfahren der Physiotherapie sind anerkannte Heilmittel und können durch den behandelnden Arzt verordnet werden. Informationen zum Thema Zuzahlung und Zuzahlungsbefreiung finden Sie ab S. 34.

Ergotherapie

Ergotherapie dient der Wiederherstellung motorischer Fähigkeiten mit Hilfe aktivierender und handlungsorientierter Methoden, unter Einsatz von Übungsmaterial, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen. Ziel der Ergotherapie bei Schmerzpatienten ist das Einüben von schmerzarmen und kompensatorischen Bewegungsabläufen.

Die Maßnahmen der Ergotherapie sind anerkannte **Heilmittel** und können durch den behandelnden Arzt verordnet werden. Vielen Schmerzpatienten hilft ein gezieltes Training der Muskulatur durch **Reha-Sport und Funktionstraining**. Dadurch können Schmerzen, die durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduziert werden (siehe S. 51).

Akupunktur

Die Akupunktur ist eine Behandlungsmethode der traditionellen chinesischen Medizin. Durch Reizung ausgewählter Akupunkturpunkte kann die Weiterleitung von Schmerzimpulsen unterdrückt und die Ausschüttung der schmerzhemmenden Endorphine aktiviert werden.

Die Krankenkasse übernimmt die Behandlungskosten der Akupunktur bei folgenden Erkrankungen, wenn diese seit mindestens 6 Monaten bestehen:

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die gegebenenfalls nicht-segmental bis zum Kniegelenk ausstrahlen
- Chronische Schmerzen des Kniegelenks durch Gonarthrose

Die Akupunktur wird jeweils bis zu 10 Sitzungen mit jeweils mindestens 30 Minuten Dauer innerhalb von 6 Wochen verordnet (in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von 12 Wochen). Eine erneut abrechenbare Behandlung kann frühestens 12 Monate nach Abschluss einer Akupunkturbehandlung erfolgen. Wer Akupunktur in Anspruch nehmen will, sollte bei seiner Krankenkasse Adressen von Vertragsärzten erfragen, die mit den Krankenkassen abrechnen können.

Psychotherapie

Da psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, das Schmerzerleben und die Schmerzempfindlichkeit beeinflussen können, sollten auch diese im Rahmen der Schmerztherapie behandelt werden. Die Krankenkasse übernimmt bei psychischen Erkrankungen die Behandlungskosten für folgende psychotherapeutische Verfahren:

- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Verhaltenstherapie

Bei chronischen Schmerzen wird in der Regel ein (kognitiv-)verhaltenstherapeutischer Ansatz gewählt. Ziel ist zu lernen wie Verhaltensweisen, die den Schmerz verstärken, gezielt verändert werden können. Der Patient kann sich seinen Therapeuten selbst aussuchen. In Ausnahmefällen kann die Krankenkasse auch die Kosten eines Psychotherapeuten ohne Kassenzulassung erstatten. Für eine Psychotherapie ist eine Überweisung durch einen Arzt nicht erforderlich.

Es ist möglich, 2-4 Probestunden (Kinder und Jugendliche bis zu 6 Stunden) bei einem Therapeuten zu machen, bis man entscheidet, ob man dort die Therapie durchführen will. Nach diesen probatorischen Sitzungen, auf jeden Fall bevor die eigentliche Therapie beginnt, muss ein Arzt, z.B. Hausarzt, Internist oder Neurologe, aufgesucht werden, um abzuklären, ob eventuell eine körperliche Erkrankung vorliegt, die zusätzlich medizinisch behandelt werden muss (Konsiliarbericht). Dieser Arztbesuch ist jedoch nur nötig, wenn es sich bei dem behandelnden Therapeuten um einen psychologischen Psychotherapeuten handelt. Handelt es sich um einen ärztlichen Psychotherapeuten, erübrigt sich dieser Arztbesuch.

Psychotherapeuten können z.B. unter folgenden Adressen gesucht werden:

- Therapeutensuche der Bundespsychotherapeutenkammer unter www.bptk.de/service/therapeutensuche.html
- Therapeutensuche des Psychotherapie-Informations-Dienstes des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen unter www.psychotherapiesuche.de
- Regionale Arztauskunftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen unter www.kbv.de/html/arzt-suche.php
- Vermittlungsstellen für psychotherapeutische Behandlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) auf Länderebene unter www.kvb.de > Service > Patienten > Therapieplatzvermittlung.

Entspannungsverfahren

Entspannungsmethoden werden sowohl in der physikalischen als auch in der psychosomatischen Behandlung eingesetzt. Sie reduzieren Verspannungen und Stress, wirken auf Körper und Seele und können den Schmerz reduzieren. Viele Methoden können Patienten selbst erlernen und gezielt einsetzen. Anleitung zu den verschiedensten Entspannungsmöglichkeiten geben Reha-Kliniken oder Ergo- und Physiotherapeuten.

Zu den Entspannungsverfahren, die in der Schmerztherapie eingesetzt werden, zählen z.B.:

- **Progressive Muskelentspannung nach Jacobson:** Gezieltes An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen.
- **Autogenes Training:** Methode, durch die man sich in einen Zustand einer veränderten, vertieften Wahrnehmung des eigenen Körpers versetzen kann. Der Patient stellt sich etwas vor, z.B. „Ich fühle mich ganz warm“, und der Körper folgt der Vorstellung.
- **Yoga:** Entspannt und dehnt die Muskeln.
- **Biofeedback-Verfahren:** Bestimmte Körperzustände, z.B. Spannung, werden in Signale übersetzt. Die Patienten lernen diese Signale zu beeinflussen.

Eingesetzt werden auch Hypnose, Tai-Chi, Qigong, Feldenkrais oder Imaginations- und Meditations-techniken, wie z.B. die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion nach Kobat-Zinn (MBSR). Mit diesen Methoden gehen Patienten „auf Abstand“ zu ihren Schmerzen.

Viele Krankenkassen bieten im Rahmen ihrer Bonus- und Prämienprogramme eine **teilweise oder komplette Kostenerstattung** für Entspannungskurse an, welche an Volkshochschulen, bei Sportvereinen, in Fitnessstudios und in Ergo- und Physiotherapiepraxen angeboten werden.

Minimal-invasive Verfahren

Bei chronischen Schmerzen können auch **minimal-invasive Verfahren** durchgeführt werden. Im Unterschied zu konventionellen Operationen ist bei minimal-invasiven Verfahren der Eingriff in den Körper sehr gering. Viele dieser Eingriffe können ambulant durchgeführt werden.

Zu den minimal-invasiven Verfahren zählen z.B.:

- **Injektionstherapie**
Dabei werden durch gezielte Injektionen im Bereich der Arme und Beine oder der Wirbelsäule Schmerzmedikamente sehr genau an ihren Wirkungsort gebracht. Da nur eine geringe Medikamentendosis erforderlich ist, können Nebenwirkungen für den Gesamtorganismus minimiert werden.
- **Schmerzmittelpumpen**
Über einen Katheter und eine verbundene Pumpe wird das Schmerzmittel direkt in den Spinalraum (Bereich um das Rückenmark) eingebracht und wirkt dort vor Ort. Dieses Verfahren wird vor allem bei sehr starken Schmerzen eingesetzt.
- **Nervenstimulation (Neurostimulation)**
Hier wird ein Neurostimulationsgerät unter der Haut platziert und mit einer Sonde nahe am Rückenmark verbunden. Dort werden dann elektrische Impulse an das Rückenmark gesendet. Diese „überlagern“ dort die körpereigenen Schmerzsignale und verhindert deren Weiterleitung ans Gehirn. Dadurch werden die Schmerzen kaum oder nur noch abgeschwächt wahrgenommen.

Operationen

Eine Operation kann in bestimmten Situationen chronische Schmerzen langfristig lindern. Sie birgt aber auch Risiken. Eine Beschwerdefreiheit kann nicht garantiert werden.

Zu den konventionell-operativen Verfahren bei chronischen Schmerzen zählt z.B. die **Bandscheibenoperation**. Bei diesem Eingriff wird meist Bandscheibengewebe entfernt, um gereizte Nerven zu entlasten. Bandscheiben-Operationen werden in der Regel erst dann durchgeführt, wenn konservative Methoden, z.B. physiotherapeutische Maßnahmen, keine ausreichende Wirkung erzielen oder ein schneller Eingriff unumgänglich ist, z.B. bei einer vollständigen Unterbrechung von Nervenbahnen.

Ein weiteres operatives Verfahren zur Schmerzlinderung ist die **Endoprothetik**. Dabei wird ein durch Krankheit oder Unfall zerstörtes oder durch natürlichen Verschleiß abgenutztes Gelenk durch ein künstliches Gelenk ersetzt (Endoprothese). Zu den häufig eingesetzten Endoprothesen zählen z.B. künstliche Hüftgelenke und Knieprothesen. Häufige Gründe für das Einsetzen eines Gelenkersatzes sind Arthrose und rheumatoide Arthritis.

Operative Eingriffe können ambulant oder stationär durchgeführt werden. Im Anschluss kann eine stationäre und/oder ambulante **Rehabilitation** sinnvoll sein. Weitere Informationen zur Rehabilitation finden Sie auf S. 40.

Leben mit chronischen Schmerzen

Ständige Schmerzen können vielfältige Auswirkungen auf das Leben der Patienten und deren Angehörige haben. Sie gehen häufig mit einer starken Belastung für die Betroffenen einher und können die Lebensqualität in vielen Bereichen einschränken.

Soziale Auswirkungen direkt auf den Betroffenen

Chronische Schmerzpatienten geraten ohne schmerzlindernde Therapie leicht in einen Kreislauf von Angst, Hoffnungslosigkeit und Depression. Dies kann z.B. folgende Auswirkungen auf das tägliche Leben und soziale Kontakte haben:

- Patienten verlassen wegen ihrer starken Beschwerden das Haus nur noch, wenn es unumgänglich ist, z.B. für einen Arzt- oder Apothekenbesuch. Wer schmerzbedingt nicht mehr gut gehen oder während eines Konzert- oder Restaurantbesuchs nicht längere Zeit sitzen kann, zieht sich schnell zurück. Auch Sport und Hobbys werden häufig aufgegeben.
- Patienten mit starken Schmerzen essen zum Teil nicht genug oder schlafen schlecht. Die Folgen sind Schwäche und Müdigkeit.
- Die Sorge, bestimmten Situationen nicht mehr gewachsen zu sein oder sie unter Schmerzen nicht genießen zu können, verstärkt die Rückzugstendenzen. Soziale Isolation kann die Folge sein.
- Bei Arbeitsplatzverlust führen auch finanzielle Gründe oder Scham zum Rückzug.
- Ein hoher Rechtfertigungsdruck kann belasten: Patienten können vieles nicht mehr so erledigen oder mitmachen wie vorher, aber die Schmerzen sind nicht sicht- oder beweisbar. Die Gefahr, als „Simulant“ abgetan zu werden, ist hoch.
- Schmerzpatienten können (verständlicherweise) oft gereizt sein, können die Freude am Leben ebenso verlieren wie die Hoffnung auf Besserung. Wenn die Schmerzerkrankung sehr lange anhält und Therapieerfolge ausbleiben, kann das zu psychischen Veränderungen bis hin zur psychischen (Folge-)Erkrankung führen.

Praxistipps!

- Da Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle Einfluss auf unser Schmerzempfinden haben und dieses entsprechend stärken oder schwächen können, ist **Ablenkung** eine wichtige Verhaltensstrategie gegen den Schmerz. Gespräche, gemeinsame Erlebnisse oder Hobbys, die hohe Konzentration erfordern, können die Schmerzwahrnehmung vermindern. Schonen und Leiden können dagegen zu einer Verstärkung der Schmerzen beitragen.
- **Schmerztagebuch** führen: Das hilft, die Wirksamkeit der Schmerztherapie einzuschätzen und diese richtig anzupassen.
- Die Beschäftigung mit **Tieren** oder das **Engagement** in einer Gruppe (Selbsthilfe, Kirche, Verein, Kurse etc.) fördern und erhalten die Lebensfreude und schützen vor Isolation und Vereinsamung.
- **Körperliche Übungen**, die individuell abgestimmt sind, lindern Schmerzen und erhöhen die Lebensqualität. Das können beim einen Patienten Entspannungsübungen, beim anderen Bewegungsübungen sein.

Partnerschaft und Familie

Angehörige von Patienten mit chronischen Schmerzen können sich oft nur schwer in dessen Lage hineinversetzen. Dies kann zu vielfältigen Konflikten führen. Häufig leidet die ganze Familie unter den Belastungen.

Familiäre Belastungen, die infolge chronischer Schmerzen entstehen können, sind z.B.:

- **Überforderung von Angehörigen**
Müssen sich Familienangehörige um die Probleme und Sorgen des Schmerzpatienten kümmern, bleibt diesen häufig wenig Zeit für ihre eigenen Belange.
- **Wegfall gemeinsamer Aktivitäten**
Häufig ziehen sich die Betroffenen zurück und meiden soziale Kontakte. Sind langes Gehen oder Sitzen nicht mehr möglich, können Aktivitäten mit Partner oder Familie, z.B. Konzert- und Restaurantbesuche oder Hobbies, nur noch sehr eingeschränkt wahrgenommen werden.
- **Finanzielle Probleme**
Lange Phasen der Arbeitsunfähigkeit und daran anschließende Arbeitslosigkeit können zu finanziellen Problemen führen, z.B. wenn der Lebensstandard der Familie nicht mehr gehalten oder das Haus nicht mehr abbezahlt werden kann.



Praxistipps!

- Familienangehörige sollten **keinen Erwartungsdruck** auf den Schmerzpatienten ausüben. Viele Patienten ziehen sich gerade deshalb zurück, um diesem Druck sowie der Angst, als Simulant angesehen zu werden, aus dem Weg zu gehen.
- Anteilnahme verbunden mit **Motivation** wirkt sich günstig aus. Dagegen können übermäßige Bemitleidung und Schonung das Schmerzempfinden des Patienten verstärken.
- Um den Schmerz nicht zusätzlich in den Mittelpunkt zu stellen und durch Konditionierungsprozesse zu verstärken, sollten Angehörige dem Patienten nicht nur dann **Aufmerksamkeit und Zuneigung** schenken, wenn dieser über starke Schmerzen klagt.
- Benötigt ein chronisch schmerzkranker Elternteil **Unterstützung bei der Kinderbetreuung**, kann unter bestimmten Voraussetzungen bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe (siehe S. 52) beantragt werden. Im Bedarfsfall können auch Leistungen des Jugendamts, wie z.B. eine ambulante Familienpflege, die Betreuung durch eine Tagesmutter oder eine sozialpädagogische Familienhilfe in Frage kommen.



Wer hilft weiter?

- **Familienberatungsstellen** oder eine **Paar- oder Familientherapie** können in schwierigen Lebenssituationen Hilfestellung bieten. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. bietet unter www.dajeb.de > Beratungsführer online eine Beratungstellensuche.
- Bei sexuellen Problemen können sich Betroffene z.B. an die deutschlandweit vertretenen Beratungsstellen von **Pro Familia** wenden. Adressen finden Sie unter www.profamilia.de > Beratungsstellen.
- **Psychosoziale Krebsberatungsstellen** können für Schmerzpatienten mit Krebs eine sinnvolle Anlaufstelle bei familiären Problemen sein. Das Deutsche Krebsforschungszentrum bietet unter www.krebsinformationsdienst.de > Wegweiser > Adressen und Links > Krebsberatungsstellen Adressen regionaler Anlaufstellen.

Ernährung

Da die Einnahme von Opioiden zu Verstopfung führen kann, gibt es für Schmerzpatienten spezielle Ernährungshinweise.

Um der Verstopfung entgegenzuwirken, sollten Schmerzpatienten besonders auf eine **reichliche Flüssigkeitszufuhr** achten. 2 bis 3 Liter Flüssigkeit pro Tag sind empfehlenswert, am besten eignen sich Wasser und Kräutertees. Auch wasserreiche Obst- und Gemüsesorten, z.B. Melonen, Gurken oder Tomaten, können dazu beitragen genug Flüssigkeit aufzunehmen.

Schmerzpatienten sollten auf eine **ausgewogene Vollwerternährung** mit reichlich Obst und Gemüse achten. Lebensmittel, welche die Verstopfung begünstigen, sollten durch **ballaststoffreiche Speisen** ersetzt werden, z.B. Vollkornbrot statt Weißbrot. Zusätzlich bringen eingeweichte Trockenfrüchte oder Leinsamen einen trägen Darm in Schwung.

Opioide und Alkohol verstärken sich gegenseitig in ihren Wirkungen und Nebenwirkungen. Deshalb sollte grundsätzlich **auf alkoholische Getränke verzichtet** werden.



Praxistipp!

Viele Krankenkassen bezuschussen eine **Ernährungsberatung** für eine gesunde Ernährung im Allgemeinen und im Besonderen für ernährungsbedingte oder durch die Ernährung zu beeinflussende Krankheiten.

Sport und Bewegung

Sport und Bewegungsübungen können Schmerzen lindern, Verspannungen lösen sowie Kraft und Lebensqualität zurückbringen.

Wenn bei bestimmten Bewegungen Schmerzen auftreten (Bewegungsschmerzen), versuchen viele Patienten diese Bewegungen zu vermeiden oder einzuschränken. Doch das Ruhigstellen verschlimmert auf Dauer den Schmerz, da sich Muskeln, die nicht bewegt werden, fortschreitend abbauen und sich Gelenkkapseln und Sehnen zusammenziehen. Die Folge ist, dass die Bewegung gar nicht mehr oder nur unter noch stärkeren Schmerzen ausgeführt werden kann. Ersatzbewegungen können zu Verspannungen oder Fehlhaltungen führen, die ebenfalls Schmerzen nach sich ziehen können.

Regelmäßige, gezielte Bewegungen können jedoch Schmerzen lindern, da der Körper bei sportlicher Betätigung körpereigene Opiate und Endorphine (Glückshormone) ausschüttet, die ähnlich wie Opioide schmerzstillend wirken.

Da Schmerzen individuell sehr verschieden sind, können keine pauschalen Empfehlungen zum Bewegungstraining gegeben werden. Patienten sollten lernen, auf ihren Körper zu hören und ihr Training dementsprechend anpassen. Auch Übungen unter physiotherapeutischer Anleitung können sinnvoll sein.

Grundsätzlich muss vor Beginn des Trainings eine Beratung durch einen Arzt oder Therapeuten erfolgen, da falsches Training ungünstig wirken kann. Geeignete Sportarten sind solche, die „sanfte“ Bewegungen erfordern und keine ruckartigen oder extremen Kraftanstrengungen hervorrufen. Dazu zählen, je nach Schmerzart, z.B. Radfahren, Langlaufen, Wandern und (Nordic)Walking, Schwimmen, Yoga, Tai-Chi, Qigong und ähnliche Bewegungsformen.



Praxistipp!

Wichtig ist, sich regelmäßig zum empfohlenen Training zu motivieren, auch und gerade dann, wenn ein therapeutisch angeleitetes Training (das oft befristet ist) ausläuft. Dreimal pro Woche Training werden in der Regel empfohlen, aber es gibt auch Übungen, die man täglich ausführen soll oder gar mehrmals täglich.

Autofahren

Schmerzmedikamente können, z.B. durch Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit oder durch Konzentrationsstörungen, die Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr verringern. Das Autofahren bei Einnahme von Medikamenten ist laut Straßenverkehrsordnung erlaubt, wenn die Medikamente zur Behandlung einer Krankheit notwendig und – ganz wichtig – vom Arzt verordnet sind.

Regelungen zur Fahrtauglichkeit

Der behandelnde Arzt muss die Fahrtauglichkeit des Patienten beurteilen und dokumentieren. Der Patient muss darauf hingewiesen werden, dass ein plötzliches Absetzen von Medikamenten oder der grundsätzliche Verzicht auf die Medikation trotz starker Beschwerden fahruntauglich machen kann. Voraussetzungen für die Zustimmung des Arztes sind ein guter Allgemeinzustand des Patienten, die Zuverlässigkeit in der Einnahme sowie ein stabiler Therapieverlauf.

Auch wenn der Arzt die grundsätzliche Erlaubnis zum Autofahren gibt, sollte der Patient vor **jeder Fahrt** seine Fahrtauglichkeit selbst kritisch einschätzen. Bei nachgewiesener Vergiftung (Intoxikation) und anderen Wirkungen von Arzneimitteln, die die Leistungsfähigkeit zum Führen eines Kraftfahrzeugs beeinträchtigen, ist bis zu deren völligem Abklingen die Voraussetzung zum Führen von Kraftfahrzeugen aller Art **nicht** gegeben. Wer trotz Fahruntauglichkeit Auto fährt, macht sich strafbar und muss für mögliche Schäden aufkommen. Bei einem Unfall muss mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen gerechnet werden.

Fahrtauglichkeit bei Opioid-Anwendung

Verschiedene Studien zur **Fahrtauglichkeit bei Opioid-Anwendung** haben ergeben, dass bei stabiler Dosierung im Allgemeinen keine wesentlichen Einschränkungen bezüglich Belastbarkeit, Konzentration, Orientierung, Aufmerksamkeit oder Reaktionsfähigkeit des Anwenders zu beobachten sind.

Dennoch sollten bei Opioid-Anwendungen folgende Hinweise beachtet werden:

- Besonders während der **Einstellungsphase** ist das Autofahren in der Regel nicht möglich, da in den ersten zwei Wochen sowie nach jeder Dosiserhöhung aufmerksamkeitsbeeinträchtigende Nebenwirkungen gehäuft auftreten können. Bei gut eingestellten Patienten, die nicht mehr unter Sehstörungen, Müdigkeit, Übelkeit, Erbrechen oder Schwindel leiden, steht dem Autofahren in der Regel nichts entgegen.
- Da **Alkohol** die Nebenwirkung von Medikamenten verstärken kann, sollte – nicht nur mit Blick auf das Autofahren – vollständig darauf verzichtet werden.
- Fahrtüchtige Patienten sollten einen **Opioid-Ausweis** mit sich führen, um bei Verkehrskontrollen die medizinische Notwendigkeit von opioiden Arzneimitteln ärztlich nachweisen zu können.

Überprüfung der Fahrtauglichkeit

Bestehen Zweifel an der Fahrtauglichkeit kann die Führerscheinstelle eine **Überprüfung** anordnen. Kommt der Betroffene der Anordnung nicht nach, kann der Führerschein eingezogen werden. Die Kosten des Gutachtens trägt der Patient.

Die Fahrtauglichkeit kann durch folgende Gutachten festgestellt werden:

- **Fachärztliches Gutachten:**

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

- **Medizinisch-psychologisches Gutachten (MPU):**

Bestehen noch immer Bedenken, kann die Führerscheinstelle ein medizinisch-psychologisches Gutachten bzw. eine medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) fordern.



Praxistipps!

- In der **Anlage 4 zu § 11 Fahrerlaubnis-Verordnung** sind Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zur Führung von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können, tabellarisch verzeichnet. Zu diesen Erkrankungen sind mögliche Beschränkungen oder Auflagen aufgeführt.
- Auch die Bundesanstalt für Straßenwesen veröffentlicht „**Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung**“, die detailliert auf einzelne Erkrankungen eingehen. In diesen Leitlinien findet sich eine Zusammenstellung von körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen, welche die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen beeinträchtigen können. Der Download der Richtlinien ist kostenlos und wird laufend aktualisiert: www.bast.de > Verhalten und Sicherheit > Fachthemen > Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.



Wer hilft weiter?

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

Urlaub

Urlaubsreisen können von Schmerzen ablenken und Ruhe und Erholung vom Alltag bieten. Es empfiehlt sich jedoch einige Hinweise zu beachten, um auch als Schmerzpatient die Urlaubszeit entspannt und sorgenfrei genießen zu können.

Wer im Urlaub ins Ausland fährt, sollte wichtige Informationen über seine Erkrankung, über Medikamente, Unverträglichkeiten und richtiges Verhalten im Notfall in der Landessprache mit sich führen. Auch die Telefonnummern der behandelnden Ärzte sollten im Urlaub immer griffbereit sein. Für chronisch kranke Menschen kann es sinnvoll sein, sich frühzeitig über die Möglichkeiten eines Auslandskrankenversicherungsschutzes, einer Reiserücktrittsversicherung sowie eines Rückholdienstes zu informieren.

Umgang mit Schmerzmittel im Ausland

Wer auf Schmerzmittel angewiesen ist, sollte folgende Hinweise beachten:

- **Medikamente verteilt aufbewahren**, damit die Medikamentenversorgung auch dann noch gesi-

chert ist, wenn ein Gepäckstück verloren geht oder gestohlen wird, z.B. einen Teil im Handgepäck, den anderen im Koffer oder einen Teil im Hotelzimmer und den anderen im Safe.

- **Im Frachtraum des Flugzeugs keine Medikamente mitführen**, sondern im Handgepäck, weil Temperatur- und Druckverhältnisse im Gepäckraum stark schwanken und die Wirksamkeit vieler Medikamente beeinträchtigen können. Ideal wäre der Transport in einer Isoliertasche.
- In Absprache mit dem Arzt **Medikamente höher dosieren**, weil die An- und Abreise sehr belastend sein kann, z.B. langes, unbequemes Sitzen im Flugzeug, oder weil im Urlaub ein Teil des Therapieumfangs wegfällt, z.B. Akupunktur, Physio- oder Psychotherapie.
- Mit dem Arzt das Vorgehen bei Durchfall oder Erbrechen besprechen, weil Schmerztabletten möglicherweise dann nicht mehr ausreichend wirken können. Auch die Umstellung auf ein Schmerzpflaster kann unter Umständen sinnvoll sein. Durch ungewohnte Speisen oder verunreinigtes Trinkwasser sind Durchfälle nicht selten. Bei Flügen oder Seereisen neigen manche Reisende dazu, sich übergeben zu müssen.
- **Zeitverschiebung bei Opioid-Anwendung** beachten und das Vorgehen mit dem Arzt besprechen.
- Patienten, die auf Opioide angewiesen sind, sollten immer ihren **Opioid-Ausweis** mit sich führen, um behandelnde Ärzte im Urlaubsland über die Einnahme der Medikamente informieren zu können. Ein Opioid-Ausweis kann kostenlos unter www.betanet.de > Suchbegriff „Opioid-Ausweis“ heruntergeladen werden.

Betäubungsmittel-Bescheinigungen bei Auslandsreisen

Der Patient darf die Menge an Schmerz- und Betäubungsmittel mit sich führen, die er aus medizinischen Gründen benötigt. Da Betäubungsmittel bei der Einreise in andere Länder beschlagnahmt werden können, müssen diese bei der Zollerklärung angegeben werden.

Patienten, die auf Schmerzmittel angewiesen sind, müssen deshalb den **Beipackzettel** (in nicht-deutschsprachigen Ländern auf Englisch) sowie ein **ärztliches Attest** vorweisen können, das erklärt, dass das Medikament auf ärztliche Verordnung eingenommen werden muss. Es wird empfohlen, dieses Attest von der Gesundheitsbehörde seines Bundeslandes beglaubigen zu lassen. Die genauen Richtlinien des Reiselandes können bei der zuständigen Botschaft in Deutschland erfragt werden.

Bei der Mitnahme von Betäubungsmitteln wird abhängig vom Urlaubsland eine der folgenden Bescheinigungen benötigt:

- Für **Schengen-Länder** ist die „Bescheinigung für das Mitführen von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung“ nötig.
- Für die **anderen Länder** gilt die „Bescheinigung für Reisende, die mit Betäubungsmitteln behandelt werden und mit diesen verreisen müssen“.

Diese Formulare können beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter www.bfarm.de > Service > Formulare > Formulare Bundesopioide stelle heruntergeladen.

Krankenversicherungsschutz im Ausland

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

Die Krankenkasse übernimmt jedoch nur Kosten, die auch in Deutschland für die jeweiligen Behand-

lungen anfallen würden. Das kann unter Umständen zu einer hohen Eigenbelastung führen. In manchen Ländern kann vom behandelnden Arzt auch eine Barzahlung verlangt werden. Wird aus gesundheitlichen Gründen ein Rücktransport nach Deutschland nötig, werden die Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen.

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

Praxistipps!

- Für etwa 10 € im Jahr kann bereits eine **private Auslandsreisekrankenversicherung** abgeschlossen werden. Anbieter sind z.B. Versicherungsgesellschaften, Banken oder Automobilclubs. Auch die Krankenkassen können ihren Versicherten eine private Auslandsreisekrankenversicherung vermitteln.
- Für **Migräne-Patienten** kann der **Jetlag** problematisch werden. Deshalb sollte auch im Urlaub der normale Tagesrhythmus eingehalten werden.
- Patienten, die **TENS-Geräte** benutzen, kommen in heißen Ländern mit einer geringeren Stromintensität aus als zu Hause, da schweißfeuchte Haut besser leitet als trockene. Am Flughafen gibt es keine Probleme mit dem Gerät, wenn der Patient die Gebrauchsanweisung vorlegen kann.
- Die Anwendung von **Schmerzpflastern** kann in heißen Ländern problematisch werden, da schweißfeuchte Haut eine höhere Dosis aus dem Pflaster schwemmt. Eventuell auf niedriger dosierte Pflaster ausweichen.

Wer hilft weiter?

Weitere Informationen sind erhältlich bei den Krankenkassen oder der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), Pennefeldsweg 12c, 53177 Bonn, Telefon 0228 9530-0, post@dvka.de, www.dvka.de.

Arbeit

Starke Schmerzen, die z.B. durch einen Bandscheibenvorfall oder durch den Verschleiß von Gelenkknorpeln entstehen, gehören in Deutschland zu den häufigsten Gründen für Arbeitsunfähigkeit.

Arbeitsunfähigkeit ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, aufgrund dessen der in der Kranken- und Unfallversicherung Versicherte seine bisherige Erwerbstätigkeit nicht oder nur unter Gefahr der Verschlimmerung des Zustands weiter ausüben kann.

Frühzeitige Schmerztherapien können dazu beitragen, lange Zeiten von Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden. Bei der Anwendung von opioiden Schmerzmitteln können jedoch aufgrund möglicher Nebenwirkungen manche Schmerzpatienten ihren Beruf vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr ausüben. Das gilt besonders für Berufe, in denen der Patient sich selbst oder andere gefährden kann.

Beispiele dafür sind:

- Absturzgefahr bei Schwindel (Gerüstbauer, Dachdecker, Zimmerer)
- Verletzungsgefahr infolge von Sehstörungen (Arbeiter an laufenden Maschinen, handwerkliche

Berufe, Verkehrsteilnehmer)

- Fehlleistungen infolge von Müdigkeit und Aufmerksamkeitsstörungen (Heilberufe, Therapeuten, handwerkliche Berufe, Fernfahrer)

Die ärztliche Beurteilung anhaltender Schmerzen und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit ist kompliziert. Neben der Grunderkrankung spielt auch die psychische Stabilität des Patienten eine Rolle.

Um soziale Härten durch den Arbeitsausfall zu vermeiden, gibt es bei bestehender Arbeitsunfähigkeit in der Regel eine Entgeltfortzahlung von 6 Wochen durch den Arbeitgeber. Besteht die Arbeitsunfähigkeit fort, können finanzielle Leistungen wie Krankengeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld beantragt werden (siehe ab S. 23).

Finanzielle Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

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

Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Besonders Menschen mit chronischen Schmerzen sind auf die Absicherung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber angewiesen. Betroffene haben in der Regel einen gesetzlichen Anspruch auf 6 Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber. Die Entgeltfortzahlung entspricht in der Höhe dem bisher üblichen Bruttoarbeitsentgelt.

Voraussetzungen

- Entgeltfortzahlung erhalten alle Arbeitnehmer, auch geringfügig Beschäftigte und Auszubildende, unabhängig von der wöchentlichen Arbeitszeit, die ein ununterbrochenes Arbeitsverhältnis von 4 Wochen haben.
- Als arbeitsunfähig gilt, wer die vertraglich vereinbarten Leistungen in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls nicht mehr erbringen kann, oder wer Gefahr läuft, dass sich die Krankheit durch Arbeit verschlimmert bzw. ein Rückfall eintritt.
- Die Arbeitsunfähigkeit muss ohne Verschulden des Arbeitnehmers eingetreten sein.

Pflichten des Arbeitnehmers

- Die Arbeitsunfähigkeit muss dem Arbeitgeber **unverzüglich mitgeteilt** werden.
- Besteht die Arbeitsunfähigkeit länger als 3 Kalendertage, ist der Arbeitnehmer verpflichtet am folgenden Tag eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU)** vom Arzt vorzulegen, aus der auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung hervorgeht. Der Arbeitgeber ist berechtigt, schon früher eine ärztliche Bescheinigung zu fordern.
- Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, müssen dem Arbeitgeber weitere ärztliche Bescheinigungen vorgelegt werden.
- Wird die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht vorgelegt, ist der Arbeitgeber berechtigt, die Entgeltfortzahlung zu verweigern, muss sie jedoch bei Vorlage rückwirkend ab dem ersten Arbeitsunfähigkeitstag nachzahlen. Wird dem Arbeitgeber die AU trotz Aufforderung nicht vorgelegt, kann nach entsprechender Weisung und Abmahnung auch eine Kündigung ausgesprochen werden.
- Erkrankt der Arbeitnehmer im Ausland, ist er ebenfalls zur Mitteilung verpflichtet. Zusätzlich muss er seine genaue Auslandsadresse mitteilen und seine Krankenkasse benachrichtigen.
- Die Diagnose muss dem Arbeitgeber nur mitgeteilt werden, wenn dieser Maßnahmen zum Schutz von anderen Arbeitnehmern ergreifen muss.
- Übt der Arbeitnehmer während der Krankschreibung eine Nebentätigkeit aus, ist der Arbeitgeber berechtigt, eine Entgeltfortzahlung zu verweigern. Falls die Genesung durch die Nebentätigkeit verzögert wurde, kann auch eine Kündigung gerechtfertigt sein.

Zweifel am Krankenstand

Hat der Arbeitgeber Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers, kann er ein Gutachten des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) verlangen. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, Zweifel durch solche Maßnahmen zu beseitigen.

Dauer

- Die gesetzliche Anspruchsdauer auf Entgeltfortzahlung beträgt **6 Wochen**. Manche Tarif- oder Arbeitsverträge sehen eine längere Leistungsdauer vor. Sie beginnt in der Regel mit dem ersten Tag der Erkrankung.
- Jede Arbeitsunfähigkeit, die auf einer neuen Krankheit beruht, führt in der Regel zu einem neuen Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Kommt es **nach Ende** der ersten Arbeitsunfähigkeit zu einer **anderen** Krankheit samt Arbeitsunfähigkeit, so beginnt ein neuer Zeitraum der Entgeltfortzahlung von 6 Wochen. Falls jedoch **während** einer Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, verlängern sich die 6 Wochen Entgeltfortzahlung nicht.
- Wegen **derselben** Erkrankung besteht ein Entgeltfortzahlungsanspruch nur für insgesamt 6 Wochen. Ein erneuter Anspruch besteht erst, wenn der Arbeitnehmer mindestens 6 Monate nicht wegen derselben Erkrankung arbeitsunfähig war oder wenn, unabhängig von jener Frist von 6 Monaten, seit Beginn der ersten Erkrankung 12 Monate verstrichen sind. Dieselbe Erkrankung bedeutet, dass sie auf derselben Ursache und demselben Grundleiden beruht.
- Nach einem **Arbeitgeberwechsel** müssen die 6 Monate Zwischenzeit nicht erfüllt werden, nur die 4 Wochen ununterbrochene Beschäftigung.

Höhe

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

- Zulagen für Nacht-, Sonntags- oder Feiertagsarbeit, Schichtarbeit, Gefahren, Erschwernisse etc.
- Vermögenswirksame Leistungen.
- Aufwendungsersatz, wenn die Aufwendungen auch während der Krankheit anfallen.
- Mutmaßliche Provisionen.
- Allgemeine Lohnerhöhungen oder Lohnminderungen.

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



Praxistipps!

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

Krankengeld

Gesetzlich versicherte Schmerzpatienten, die länger als 6 Wochen arbeitsunfähig sind oder während der Arbeitsunfähigkeit ihren Arbeitsplatz verlieren, erhalten Krankengeld von der Krankenkasse.

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**.

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

Kein Anspruch auf Krankengeld

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- Familienversicherte.
- Teilnehmer an Leistungen der Beruflichen Reha sowie zur Berufsfindung und Arbeitserprobung, die nicht nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) erbracht werden; Ausnahme bei Anspruch auf Übergangsgeld (siehe S. 49).
- Studenten (in der Regel bis zum Abschluss des 14. Fachsemesters oder bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres).
- Praktikanten.
- Bezieher einer **vollen** Erwerbsminderungsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, einer Vollrente wegen Alters, eines Ruhegehalts oder eines versicherungspflichtigen Vorruhestandsgehalts.
- Bezieher von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld.
- versicherungspflichtige Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe.
- Personen, die infolge der Gesundheitsreform 2007 krankenversicherungspflichtig wurden (sog. Auffangversicherung, § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Ausnahme: Dennoch Anspruch auf Krankengeld haben abhängig Beschäftigte, sofern sie nicht geringfügig beschäftigt sind.

Selbstständige

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

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

- Erklärung gegenüber der Krankenkasse, dass die Mitgliedschaft den Krankengeldanspruch umfassen soll (sog. **Wahlerklärung**): Der Versicherte muss dann statt dem ermäßigten Beitragssatz von 14,0 % den allgemeinen Beitragssatz von 14,6 % zahlen und hat ab der 7. Woche Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld (Basisschutz).
- Abschluss eines **Wahltarifs** für das Krankengeld, um den Basisschutz in Höhe und Dauer zu ergänzen oder zu ersetzen.
- Abschluss einer **privaten Krankentagegeldversicherung**.

Beginn des Anspruchs

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

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. Unter bestimmten Voraussetzungen, z.B. einer Kündigung vom Arbeitgeber, kann der Anspruch auf Krankengeld durch eine lückenhafte Attestierung verloren gehen.

Höhe

Das Krankengeld beträgt

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

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

Bemessungszeitraum

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

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

Höchstbetrag

Bei freiwillig Versicherten über der Beitragsbemessungsgrenze wird nur das Arbeitsentgelt bis zur Höhe der kalendertäglichen Beitragsbemessungsgrenze berücksichtigt, das ist 2018 ein Betrag von 147,50 € (= Beitragsbemessungsgrenze 53.100 € : 360). Da das Krankengeld 70 % dieses Arbeitsentgelts beträgt, kann es maximal 103,25 € täglich betragen.

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 Bezug von Arbeitslosengeld wird Krankengeld in derselben Höhe wie das Arbeitslosengeld gezahlt.

Abzüge

Abgezogen vom Krankengeld werden Sozialversicherungsbeiträge für die Arbeitslosen-, Pflege- und Rentenversicherung. Die Krankenkasse übernimmt die Beiträge der Krankenversicherung und jeweils

die Hälfte der drei genannten Versicherungen. Damit ergibt sich in der Regel ein Abzug von 12,08 % bei Krankengeldempfängern mit Kindern bzw. von 12,33 % bei kinderlosen Empfängern.

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 € abzüglich Sozialversicherungsbeiträge 12,08 % (Krankengeldempfänger mit Kind) = 47,48 €

Dauer

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

Bei den 3 Jahren handelt es sich um die sog. **Blockfrist**. Eine Blockfrist beginnt mit dem erstmaligen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit für die ihr zugrunde liegende Krankheit. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit wegen einer **anderen** Erkrankung beginnt eine neue Blockfrist. Es ist möglich, dass mehrere Blockfristen nebeneinander laufen.

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

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

Erneuter Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit

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

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

Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld zwar theoretisch besteht, aber tatsächlich ruht oder versagt wird, werden wie Bezugszeiten von Krankengeld angesehen (§ 48 Abs. 3 SGB V).

Beispiel: Der Arbeitgeber zahlt bei Arbeitsunfähigkeit des Arbeitnehmers dessen Arbeitsentgelt bis zu 6 Wochen weiter (§ 3 Entgeltfortzahlungsg), d.h.: Der Anspruch auf Krankengeld besteht zwar, aber er ruht (§ 49 Abs. 1 SGB V). Erst danach gibt es Krankengeld. Die 6 Wochen Entgeltfortzahlung werden aber wie Krankengeld-Bezugszeiten behandelt, so dass noch maximal 72 Wochen (78 Wochen abzüglich 6 Wochen = 72 Wochen) Krankengeld gezahlt wird.



Praxistipp!

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

Ruhen des Anspruchs

Der Anspruch auf Krankengeld ruht:

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

Ruhen des Anspruchs bei fehlender Mitwirkung

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

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

Zu beachten ist hierbei, dass der Rentenversicherungsträger nach Prüfung des Antrags auch zu der Erkenntnis kommen kann, dass Reha-Maßnahmen keine Aussicht auf Erfolg (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit) mehr haben und den Antrag auf Reha-Maßnahmen dann direkt in einen **Antrag auf Erwerbsminderungsrente** (siehe S. 63) umwandelt.



Praxistipp!

Einige Krankenkassen fordern den Versicherten auf, einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente zu stellen. Dies darf aber nicht stattfinden, ohne dass **vorher** geprüft wird, ob Reha-Maßnahmen durchgeführt werden könnten. Wenn die Krankenkasse dies dennoch tut, kann der Versicherte darauf bestehen, dass die gesetzliche Reihenfolge eingehalten wird. Das ist dann sinnvoll, wenn die

zu erwartende Erwerbsminderungsrente deutlich geringer als das Krankengeld ausfällt. Wichtig ist, dass der Schmerzpatient alle Mitwirkungspflichten wahrnimmt sowie Fristen einhält.

Solange der Rentenversicherungsträger nicht festgestellt hat, ob eine verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, kann unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf **Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit** bestehen; das ist eine Sonderform des Arbeitslosengelds im Sinne der Nahtlosigkeit (siehe S. 31).

Ausschluss des Krankengelds

Krankengeld ist ausgeschlossen bei Bezug von:

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

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

Kürzung des Krankengelds

Krankengeld wird gekürzt um den Zahlbetrag der

- Altersrente, Rente wegen Erwerbsminderung oder Landabgabenrente, 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.

Aussteuerung: Ende des Krankengelds durch Höchstbezugsdauer

Wird der Anspruch auf Krankengeld (78 Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 3 Jahren wegen derselben Erkrankung) ausgeschöpft und ist der Schmerzpatient noch immer arbeitsunfähig, dann endet seine Mitgliedschaft als **Pflicht**versicherter 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.

Verletztengeld

Wenn ein Schmerzpatient aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit arbeitsunfähig ist, erhält er Verletztengeld von der Unfallversicherung. Das Verletztengeld ist eine ähnliche Leistung wie das Krankengeld der Krankenkasse.

Voraussetzungen

Voraussetzungen für die Zahlung von Verletztengeld:

- Arbeitsunfähigkeit infolge eines Arbeits- oder Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit **oder**
- wenn eine ganztägige Erwerbstätigkeit wegen einer Heilbehandlung nicht ausgeübt werden kann **und**
- am Tag vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder Heilbehandlung Anspruch auf Arbeitsentgelt, Arbeitseinkommen, Krankengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung, Kurzarbeitergeld, Pflegeunterstützungsgeld (Pflegezeit), Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld II (Hartz IV) oder Mutterschaftsgeld bestand.

Höhe

Das Verletztengeld beträgt monatlich

- 80 % des Bruttoarbeitsentgelts,
- maximal aber das Nettoarbeitsentgelt.

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

Ist der Betroffene freiwillig in der Unfallversicherung versichert, gelten abweichende Regelungen.

Sonderregelung

Bei Bezug von Arbeitslosengeld I, Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung oder Kurzarbeitergeld wird Verletztengeld in Höhe des Krankengelds gezahlt. Bei Bezug von Arbeitslosengeld II oder anderen Leistungen des SGB II wird Verletztengeld in Höhe des ALG II gezahlt.

Tritt der Versicherungsfall im Strafvollzug ein oder ist der Betroffene freiwillig in der Unfallversicherung versichert, gelten abweichende Regelungen. Dazu informieren die Unfallversicherungsträger.

Dauer

Die Zahlung des Verletztengelds **beginnt**

- mit dem Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem Tag des Beginns einer Heilbehandlungsmaßnahme.

Die Zahlung des Verletztengelds **endet**

- mit dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit **oder**
- mit dem letzten Tag der Hinderung an einer ganztägigen Erwerbstätigkeit durch eine Heilbehandlungsmaßnahme **oder**
- bei Anspruch auf Übergangsgeld mit dem Tag vor Entstehen eines solchen Anspruchs **oder**
- nach der **78. Woche** ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit, außer eine weitere Behandlung als Folge des Versicherungsfalls ist medizinisch notwendig, **oder**
- wenn die Arbeitsfähigkeit vermutlich nicht wieder hergestellt werden kann, auch nicht mit Maßnahmen der Beruflichen Reha. Dann ist in der Regel ein Übergang zur Rente der Unfallversicherung oder der Rentenversicherung möglich.



Wer hilft weiter?

Auskünfte erteilen die Unfallversicherungsträger.

Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit

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

Voraussetzungen

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

- Arbeitsunfähigkeit (weniger als 3 Stunden/Tag arbeitsfähig).
- Arbeitslosigkeit **oder**
Bestehen eines Arbeitsverhältnisses, das jedoch aufgrund einer Krankheit/Behinderung schon mindestens 6 Monate nicht mehr ausgeübt werden konnte.
- Erfüllung der **Anwartschaftszeit**: Die Anwartschaftszeit ist erfüllt, wenn der Antragsteller in den

letzten 2 Jahren vor der Arbeitslosmeldung und dem Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate (= 360 Kalendertage) in einem Versicherungspflichtverhältnis stand. Über andere berücksichtigungsfähige Zeiten informieren die Agenturen für Arbeit.

- Der Arbeitslose steht wegen einer Minderung seiner Leistungsfähigkeit länger als 6 Monate der Arbeitsvermittlung nicht zur Verfügung, weshalb kein Anspruch auf das übliche Arbeitslosengeld besteht.
- Es wurden entweder Erwerbsminderungsrente (siehe S. 63) beim zuständigen Rentenversicherungsträger oder Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung von Menschen mit Behinderungen beantragt. Der Antrag muss innerhalb eines Monats nach Zugang eines entsprechenden Aufforderungsschreibens der Agentur für Arbeit gestellt worden sein. Wurde ein solcher Antrag unterlassen, ruht der Anspruch auf Arbeitslosengeld nach Ablauf der Monatsfrist bis zu dem Tag, an dem der Arbeitslose den Antrag stellt. Hat der Rentenversicherungsträger die verminderte Erwerbsfähigkeit bereits festgestellt, besteht kein Anspruch auf Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld.

Dauer

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

Höhe

Die Höhe des Arbeitslosengelds richtet sich nach dem tatsächlichen Arbeitsentgelt im Bemessungszeitraum (in der Regel die letzten 52 Wochen vor Arbeitslosigkeit). Es kommt **nicht** darauf an, was der Arbeitslose aufgrund der Minderung seiner Leistungsfähigkeit hätte verdienen können.

Wird für die Zeit des Nahtlosigkeits-Arbeitslosengelds **rückwirkend** Übergangsgeld (siehe S. 49) gezahlt oder **Rente** gewährt, erhält der Arbeitslose nur den eventuell überschießenden Betrag. War das Nahtlosigkeits-Arbeitslosengeld höher, muss er den überschießenden Betrag jedoch **nicht** zurückzahlen.

Arbeitsunfähigkeit bei Bezug von Arbeitslosengeld

Wer während des Bezugs von Arbeitslosengeld aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig oder stationär behandelt wird, verliert dadurch nicht seinen Arbeitslosengeld-Anspruch für die Dauer von bis zu 6 Wochen.

Dies gilt auch bei der notwendigen Betreuung eines kranken Kindes bis zu 10 Tage (Alleinerziehende 20 Tage) je Kind in einem Kalenderjahr.



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 Verfah-

ren mit dem Rentenversicherungsträger keine Nachteile befürchten, da die Beurteilung über die Leistungsfähigkeit ausschließlich nach **objektiven** Maßstäben erfolgt. Auf subjektive Erklärungen des Arbeitslosen („sich dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stellen“) kommt es nicht an.

Wer hilft weiter?

Die örtliche Agentur für Arbeit.

Zuzahlungen in der Krankenversicherung

Chronische Schmerzen erfordern verschiedene medizinische Leistungen. Bei vielen ärztlichen Verordnungen müssen deshalb Patienten ab 18 Jahren zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen leisten. Da dies gerade für Schmerzpatienten eine finanzielle Belastung darstellen kann, gibt es für diese besondere Regelungen. Bei Überschreiten einer sog. Belastungsgrenze ist eine Befreiung von der Zuzahlung möglich. Ob ein verschriebenes Schmerzmittel von der Zuzahlung befreit ist, sollte mit dem zuständigen Arzt oder Apotheker abgesprachen werden.

Zuzahlungsregelungen

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

Arzneimittel

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

Preis/Kosten	Zuzahlung
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 > Zuzahlungsbefreite Arzneimittel 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 Betroffene also Mehrkosten plus Zuzahlung. Den Differenzbetrag müssen auch Versicherte zahlen, die von der Zuzahlung befreit sind. Für Patienten mit chronischen Schmerzen lohnt es sich immer, aktiv nach kostengünstigeren Alternativen zu fragen.

Verbandmittel

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

Heilmittel

Heilmittel im sozialrechtlichen Sinn sind äußerliche Behandlungsmethoden, wie z.B. 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.

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

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

Häusliche Krankenpflege

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

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

Soziotherapie

Soziotherapie ist die ambulante Betreuung schwer psychisch kranker Menschen.

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

Haushaltshilfe

Eine Haushaltshilfe ist eine fremde oder verwandte Person, die die tägliche Arbeit im Haushalt und die Kinderbetreuung übernimmt (siehe S. 52).

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 Anschlussheilbehandlung werden angerechnet.

Ambulante und stationäre Leistungen zur Rehabilitation

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

Fahrtkosten

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

Zahnersatz

Die Krankenkasse übernimmt:

- 50 % der Regelversorgungskosten (= Festzuschuss)
- 60 % der Regelversorgungskosten bei 5 Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)
- 65 % der Regelversorgungskosten bei 10 Jahren Vorsorge (nachgewiesen durch das Bonusheft)

Den Rest zahlt der Versicherte. Darüber hinaus gelten beim Zahnersatz besondere Härtefallregelungen. Bei der Berechnung der Zuzahlungsbefreiung wird der Eigenanteil nicht berücksichtigt.

Kieferorthopädische Behandlung bei Erwachsenen

20 % der Kosten, wenn zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll. Nach erfolgreicher Behandlung wird die Zuzahlung erstattet.

Zuzahlungsbefreiung

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

Die **Belastungsgrenze** soll verhindern, dass chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, Versicherte mit einem geringen Einkommen und Sozialhilfeempfänger durch die Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen unzumutbar belastet werden. Ist ein Ehepaar bei verschiedenen Krankenkassen, dann errechnet eine Kasse, ab wann die Voraussetzungen für die Zuzahlungsbefreiung erreicht sind, und teilt dies der anderen Kasse mit. Die Krankenkasse stellt dem Versicherten ggf. eine **Zuzahlungsbefreiung** aus, sodass dieser für den Rest des Jahres keine Zuzahlungen mehr leisten muss.

Berechnung der Belastungsgrenze

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

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

Angehörige des Versicherten sind z.B.:

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

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

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

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

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

Berechnungsbeispiel
Ehepaar mit 2 Kindern:
Jährliche Bruttoeinnahmen aller Haushaltsangehörigen: 30.000 €
minus Freibetrag für Ehegatte (= erster Haushaltsangehöriger): 5.481 €
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 gezahlt, d.h.: Der jährliche Zahlungsgesamtbetrag beträgt 99,84 €, bei chronisch Kranken 49,92 €.

Praxistipps!

- Da die Belastungsgrenze erst im Nachhinein wirksam ist, sollten Betroffene immer alle Zahlungsbelege 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 Zahlungsbefreiung ausgestellt.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Patienten mit chronischen Schmerzen sind meistens auf regelmäßige Besuche beim Arzt angewiesen, daher gilt für sie eine reduzierte Belastungsgrenze: Sie gelten bereits dann als „belastet“, wenn sie mehr als 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen ausgeben müssen. Dies kann bei einer vermehrten Einnahme von verschriebenen Schmerzmedikamenten der Fall sein.

Definition „schwerwiegend chronisch krank“

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

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

Voraussetzungen

Diese reduzierte Belastungsgrenze gilt seit 1.1.2008 nur dann, wenn sich der Schmerzpatient an regelmäßiger Gesundheitsvorsorge beteiligt hat oder therapiegerechtes Verhalten nachweisen kann. Ausgenommen von der Pflicht zur Beratung bzw. zu Gesundheitsuntersuchungen sind Versicherte

mit schweren psychischen Erkrankungen, schweren geistigen Behinderungen oder Versicherte, die bereits an der zu untersuchenden Erkrankung leiden.

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

- Wer nach dem 1.4.1972 geboren ist und das 35. Lebensjahr vollendet hat, muss jedes 2. Jahr am allgemeinen Gesundheitscheck zur Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen teilnehmen.
- Frauen, die nach dem 1.4.1987 geboren sind und das 20. Lebensjahr vollendet haben, sowie Männer, die nach dem 1.4.1962 geboren sind und das 45. Lebensjahr vollendet haben, und die an einer Krebsart erkranken, für die Krebsvorsorgeuntersuchungen angeboten werden, müssen die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben.
- Gesundheitsuntersuchungen und Beratung müssen mittels einer ärztlichen Bescheinigung über therapiegerechtes Verhalten dokumentiert werden (sog. Präventionspass).

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

Rehabilitation

Chronische Schmerzen können das (Arbeits-)Leben der Betroffenen stark einschränken. Ziele von Reha-Maßnahmen sind daher die Wiederherstellung oder Förderung der Gesundheit und die Wiedereingliederung in das berufliche und gesellschaftliche Leben.

Grundsätzlich gilt: **Reha vor Rente.**

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

Überblick über Reha-Leistungen

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

Es gibt folgende Bereiche der Rehabilitation:

- **Medizinische Reha-Leistungen:** Die Medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Besserung des Gesundheitszustands ausgerichtet sind und vorwiegend die Durchführung medizinischer Leistungen erfordern. Zur Medizinischen Rehabilitation zählen z.B. die Anschlussheilbehandlung (siehe S. 44) oder die Stufenweise Wiedereingliederung (siehe S. 46).
- **Berufliche Reha-Leistungen:** Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sollen die Erwerbsfähigkeit erhalten, verbessern, (wieder-)herstellen und möglichst dauerhaft sichern.
- **Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe:** Dies sind Leistungen, die dazu beitragen sollen, die Ziele der Reha-Maßnahmen zu erreichen und zu sichern. Dazu zählen z.B. Übergangsgeld (siehe S. 49), Haushaltshilfe (siehe S. 52), Reisekosten und Kinderbetreuungskosten.
- **Leistungen zur Teilhabe an Bildung:** Sie wurden eingeführt, damit Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt Bildungsangebote wahrnehmen können. Dazu zählen Hilfen zu Berufsausbildung, Studium und Schulbildung.
- **Soziale Reha-Leistungen:** Zu den sog. Leistungen zur sozialen Teilhabe zählen Unterstützungsleistungen wie die Elternassistenz oder Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (z.B. Beseitigung von Stolperfallen). Ebenso erhalten Betroffene Unterstützung bei der Haushaltsführung, der Lebensplanung, der Freizeitgestaltung sowie der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Zuständigkeiten

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

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

cherungsträger vorrangig zuständig ist.

- **Sozialämter** treten nachrangig für die Leistungen zur Medizinischen und Beruflichen Reha ein, wenn kein anderer Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Zuständigkeitsklärung

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

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

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

Wer hilft weiter?

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

Ambulante Medizinische Reha-Maßnahmen

Grundsätzlich gilt: Ambulant vor stationär.

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

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Stationäre Medizinische Reha-Maßnahmen

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

Voraussetzungen

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

Dauer

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

Antrag

Möchte ein Patient eine Medizinische Reha beantragen, sollte er sich an seinen behandelnden Arzt wenden. Erkennt dieser die Notwendigkeit einer Reha, so muss er sie verordnen: mit Formular 61 „Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers“, das er an die Krankenkasse schickt.

Die Antragsformulare müssen bei der Krankenkasse angefordert werden. Es ist sinnvoll dem Antrag, neben der ärztlichen Verordnung, alle relevanten Arztberichte beizulegen, um die Erforderlichkeit der Reha zu verdeutlichen. Wünscht der Schmerzpatient eine Reha in einer bestimmten Einrichtung, sollte er das in einem persönlichen Schreiben begründen.

Falls ein anderer Kostenträger zuständig ist, z.B. die Berufsgenossenschaft oder Rentenversicherungsträger, wird die Verordnung von der Krankenkasse weitergeleitet.

Wartezeit zwischen den Reha-Maßnahmen

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

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

Wahl der Reha-Einrichtung

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

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

- Ist der Kostenträger die **Rentenversicherung**, hat der Schmerzpatient die Möglichkeit über das sog. Wunsch- und Wahlrecht eine bestimmte Reha-Einrichtung zu benennen. Dies muss in einem formlosen Schreiben zur Verordnung ausdrücklich vermerkt und möglichst auch begründet werden. Als Begründung für die Wünsche können z.B. die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie oder die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse des Betroffenen eine Rolle spielen.

Praxistipp!

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

Zuzahlungen

Zuzahlungen zur Krankenversicherung

Patienten zahlen bei Reha-Leistungen der Krankenkasse 10 € pro Kalendertag an die Reha-Einrichtung, in der Regel ohne zeitliche Begrenzung. Näheres zur Zuzahlung in der Krankenversicherung (siehe S. 34).

Zuzahlungen zur Rentenversicherung

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

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

Keine Zuzahlung an die Rentenversicherungsträger ist zu leisten:

- bei Kinderheilbehandlung.
- bei ambulanten Leistungen.
- von Personen, die bei Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- von Beziehern von Übergangsgeld ohne zusätzlichem Erwerbseinkommen.
- von Beziehern von Arbeitslosengeld II (Hartz IV) und Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.
- bei Leistungen der Beruflichen Rehabilitation.
- von Personen, deren monatliches Netto-Einkommen unter 1.219 € liegt.

Teilweise befreit von der Zuzahlung sind Personen,

- die ein Kind haben, solange für dieses Kind ein Anspruch auf Kindergeld besteht, **oder**
- die pflegebedürftig sind, wenn ihr Ehegatte sie pflegt und deshalb keine Erwerbstätigkeit ausüben kann, **oder**
- deren Ehegatte pflegebedürftig ist und keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat **und** deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht überschreitet.

Die Zuzahlung richtet sich bei einer Antragstellung im Jahr 2018 nach folgender Tabelle:

Monatliches Nettoeinkommen	Zuzahlung
unter 1.219 €	keine
ab 1.219 €	5 €
ab 1.339,80 €	6 €
ab 1.461,60 €	7 €
ab 1.583,40 €	8 €
ab 1.705,20 €	9 €
ab 1.827 €	10 €

Antrag auf Zuzahlungsbefreiung

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



Praxistipps!

- Ambulante und stationäre Reha-Maßnahmen dürfen nicht auf den Urlaub angerechnet werden. Für diesen Zeitraum muss der Arbeitgeber Entgeltfortzahlung leisten.
- Nimmt ein Elternteil, der zu Hause Kinder betreut, an einer ambulanten oder stationären Reha-Maßnahme teil, kann unter bestimmten Voraussetzungen eine Haushaltshilfe (siehe S. 52) gewährt werden.

Anschlussheilbehandlung

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

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

Voraussetzungen

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

- Wartezeit von 15 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren **oder**
- innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung wird eine versicherte oder selbstständige Beschäftigung bis zur Antragstellung ausgeübt oder nach einer solchen Beschäftigung liegt Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit bis zur Antragstellung vor **oder**
- Bezug einer Erwerbsminderungsrente (siehe S. 63) **oder**
- Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) bei verminderter oder in absehbarer Zeit gefährdeter Erwerbsfähigkeit **oder**

- Anspruch auf große Witwen- bzw. Witwerrente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Persönliche und medizinische Voraussetzungen:

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

AHB-Indikationsgruppen sind:

- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs
- Krankheiten der Gefäße
- entzündlich-rheumatische Erkrankungen
- degenerativ-rheumatische Erkrankungen und Zustand nach Operationen und Unfallfolgen an den Bewegungsorganen
- Erkrankungen des Verdauungssystems und Zustand nach Operationen an den Verdauungsorganen
- Diabetes mellitus
- Krankheiten und Zustand nach Operationen an den Atmungsorganen
- Krankheiten der Niere und Zustand nach Operationen an Nieren, ableitenden Harnwegen und Prostata
- neurologische Krankheiten und Zustand nach Operationen an Gehirn, Rückenmark und peripheren Nerven
- onkologische Krankheiten
- gynäkologische Krankheiten und Zustand nach Operationen

Beginn und Dauer

Die Anschlussheilbehandlung muss bereits von den behandelnden Krankenhausärzten eingeleitet werden. Nach der Entlassung ist es für niedergelassene Ärzte nur in Ausnahmefällen möglich, eine Anschlussheilbehandlung zu begründen. Eine AHB muss in der Regel **innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung** beginnen, möglichst jedoch direkt im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Die Kosten werden in der Regel für **3 Wochen** übernommen. Eine Verlängerung ist bei medizinischer Begründung durch Arzt oder Klinik möglich.

Antrag

Die Kostenübernahme der Anschlussheilbehandlung muss beim zuständigen Reha-Träger beantragt werden.

Praxistipp!

Die AHB muss über die Sozialberatung der letzten behandelnden Klinik beantragt werden. Dort ist eine frühzeitige Terminvereinbarung sinnvoll.



Wer hilft weiter?

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

Stufenweise Wiedereingliederung

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

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

Voraussetzungen

Bei allen Kostenträgern müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

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

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

Dauer

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

Finanzielle Leistungen

In der Regel erhält der Versicherte während der Stufenweisen Wiedereingliederung weiterhin sog. Entgeltersatzleistungen, d.h. Krankengeld von der Krankenkasse (siehe S. 25), Übergangsgeld vom Rentenversicherungsträger (siehe S. 49) oder Arbeitslosengeld bei Arbeitsunfähigkeit von der Agentur für Arbeit (siehe S. 31). Falls der Arbeitgeber während der Maßnahme freiwillig Arbeitsentgelt entrichtet, wird dieses angerechnet und führt zu Kürzungen bzw. zum Wegfall der Entgeltersatzleistung. Es besteht allerdings keine Zahlungspflicht für den Arbeitgeber.



Praxistipp!

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



Wer hilft weiter?

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

Berufliche Reha-Maßnahmen

Möglicherweise können Schmerzpatienten ihren erlernten Beruf nicht mehr ausüben. Wie lange Patienten noch berufstätig sein können, hängt vom Verlauf der Erkrankung, von den speziellen Anforderungen des Berufsbilds und von den Nebenwirkungen der Medikamente ab.

Die sog. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) umfassen alle Reha-Maßnahmen, die die Arbeits- und Berufstätigkeit von Menschen mit Behinderungen und/oder kranken Menschen fördern.

Leistungen

Zu den „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ zählen:

Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes oder selbstständigen Tätigkeit

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

- Berufsfindung und Arbeitserprobung.
- Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen.
- Umsetzung im Betrieb, Vermittlung eines neuen Arbeitsplatzes in Form beruflicher Anpassung, Weiterbildung und Ausbildung.
- Arbeitsassistentz, wenn bei der Arbeitsausführung erheblicher Unterstützungsbedarf besteht.
- Kraftfahrzeughilfe, um den Arbeits- oder Ausbildungsort zu erreichen.
- Gründungszuschuss für Arbeitslose, die sich selbstständig machen.
- Fahrtkostenbeihilfe für die täglichen Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstelle, wenn der Versicherte ansonsten unzumutbar belastet wäre und das Reha-Ziel absehbar ist.
- Trennungskostenbeihilfe bei erforderlicher auswärtiger Arbeitsaufnahme und damit verbundener doppelter Haushaltsführung für bis zu 6 Monate. Das tägliche Pendeln oder der Umzug der Familie zum Arbeitsort müssen unzumutbar sein.
- Übergangsbeihilfe bei Arbeitsaufnahme bis zur ersten vollen Lohnzahlung. Die Übergangsbeihilfe wird in der Regel als Darlehen gewährt.
- Umzugskostenbeihilfe, wenn eine Arbeitsaufnahme am Wohnort unmöglich ist.

- Wohnungshilfen, die zum Erlangen oder Erhalten des Arbeits- oder Ausbildungsortes erforderlich sind.

Berufsvorbereitung

Zu den beruflichen Rehaleistungen zählt auch die Berufsvorbereitung einschließlich der wegen Behinderung erforderlichen Grundausbildung. Darunter fallen z.B. die blindentechnische Grundausbildung, Vorbereitungsmaßnahmen für Gehörlose oder das Erlernen der deutschen Sprache für Migranten.

Berufliche Bildung

- Maßnahmen zur Anpassung an den Beruf, Ausbildung und Weiterbildung einschließlich des dafür erforderlichen Schulabschlusses, jedoch keine allgemeinbildenden Maßnahmen.

Wenn die Fähigkeit beeinträchtigt ist, einen angemessenen Beruf zu erlernen, werden auch Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung einschließlich der Vorbereitung hierzu oder zur Entwicklung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten vor Beginn der Schulpflicht geleistet, z.B.:

- Übernahme erhöhter Kosten für eine private Heimsonderschule.
- Maßnahmen, die Schulreife nach einem Kindergartenunfall zu erlangen.

Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Die Berufsgenossenschaften und die Rentenversicherungsträger übernehmen vorwiegend die folgenden berufsfördernden Maßnahmen:

- bis zu 4 Wochen, maximal 3 Monaten in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen zur Arbeits- und Berufsförderung im Eingangsverfahren.
- bis zu 2 Jahren im Berufsbildungsbereich als berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, aber nur dann über 1 Jahr hinaus, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung weiterentwickelt oder wiedergewonnen werden kann.
- bei Bedarf sind über Unterstützte Beschäftigung Angebote zur Persönlichkeitsentwicklung oder Berufsbegleitung möglich.

Übernahme weiterer Kosten

Übernahme von Kosten, die mit den LTA in unmittelbarem Zusammenhang stehen. Hierzu zählen z.B. Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung oder Arbeitsgeräte.

Zuschüsse an den Arbeitgeber

Die Rehaträger können berufliche Rehaleistungen auch als Zuschüsse an den Arbeitgeber leisten. Anspruchs- und antragsberechtigt ist der Versicherte. Der Arbeitgeber ist „nur“ Begünstigter ohne eigenes Antragsrecht. Zuschüsse an den Arbeitgeber gibt es z.B. als Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb, Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung, Umschulungen sowie Aus- oder Weiterbildung im Betrieb.

Dauer

Die beruflichen Reha-Leistungen sollen für die Zeit erbracht werden, die vorgeschrieben oder allgemein üblich ist, um das angestrebte Berufsziel zu erreichen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist

eine Verlängerung möglich, z.B. bei einer Erlernbarkeit des Ausbildungsberufs nicht unter 2 Jahren oder bei voller Ausschöpfung des Leistungsvermögens eines Menschen mit Behinderungen.

Soziale Sicherung

Bei Teilnahme an Beruflichen Reha-Leistungen werden Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Pflege- und Rentenversicherung sowie Beiträge zur Arbeitslosenversicherung übernommen. Bei Bezug von Übergangsgeld werden keine Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gezahlt.

Praxistipp!

Zum 1.1.2018 wurde durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) mit den sog. „anderen Leistungsanbietern“ eine Alternative zu den WfbM geschaffen. Man kann nun wählen, ob man eine WfbM oder eine alternative Einrichtung besuchen möchte. Die Voraussetzungen und Rechte sind in beiden Fällen grundsätzlich gleich. Jede Firma oder Einrichtung und jeder Träger können theoretisch „anderer Leistungsanbieter“ werden, wenn die fachlichen Anforderungen erfüllt sind.

Menschen mit Behinderungen und interessierte Arbeitgeber können bei der „Unabhängigen Teilhabeberatung“ nachfragen oder sich vom zuständigen Leistungsträger, z.B. der Agentur für Arbeit, beraten lassen. Näheres unter www.teilhabeberatung.de.

Wer hilft weiter?

Die Leistungen werden von verschiedenen Trägern übernommen, meist von der Agentur für Arbeit, vom Rentenversicherungsträger oder der Berufsgenossenschaft. Die Anträge auf Kostenübernahme sollten gestellt werden **bevor** die Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

Erster Ansprechpartner ist oft das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Adressen unter www.integrationsaemter.de).

Übergangsgeld

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

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

Voraussetzungen

Voraussetzungen der Rentenversicherung

Die Rentenversicherung zahlt Übergangsgeld

- bei Erhalt von Leistungen zur Beruflichen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Medizinischen Reha.
- bei Erhalt von Leistungen zur Prävention.
- bei Erhalt von Leistungen zur Nachsorge.

- während der Teilnahme an einer Berufsfindung oder Arbeitserprobung, wodurch kein oder ein geringeres Arbeitsentgelt erzielt wird.

Voraussetzungen der Agentur für Arbeit

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

- entweder mindestens 12 Monate versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein **oder**
- die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld I oder Arbeitslosengeld II (Hartz IV) erfüllen und Leistungen beantragt haben.

Zu den behindertenspezifischen Bildungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit zählen Berufsausbildung, Berufsvorbereitung und berufliche Weiterbildung.

Die Vorbeschäftigungszeit **nicht** erfüllen müssen:

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

Voraussetzungen der Unfallversicherung

Übergangsgeld der Unfallversicherung erhält ein Versicherter nur, wenn er infolge eines Versicherungsfalles Leistungen zur Beruflichen Reha erhält.

Höhe

Die Berechnungsgrundlage des Übergangsgelds beträgt 80 % des letzten Bruttoverdienstes, höchstens jedoch den Nettoverdienst.

Das Übergangsgeld beträgt davon:

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

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

Dauer

Die Reha-Träger zahlen Übergangsgeld

- für den Zeitraum der Leistung zur Medizinischen bzw. Beruflichen Reha, maximal 6 Wochen.
- bei gesundheitsbedingter Unterbrechung einer Leistung der Beruflichen Reha.

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

Besteht Anspruch auf Mutterschaftsgeld ruht der Anspruch auf Übergangsgeld des Rentenversicherungsträger und der Agentur für Arbeit für diesen Zeitraum.



Wer hilft weiter?

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

Reha-Sport und Funktionstraining

Vielen Schmerzpatienten hilft ein gezieltes Training der Muskulatur durch Reha-Sport und Funktionstraining. Dadurch können sich Schmerzen, die durch Fehlhaltungen und Verspannungen entstehen, reduzieren.

Reha-Sport

Als Reha-Sport gelten z.B. bewegungstherapeutische Übungen. Sie dienen der Stärkung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität, Kraft und psychischer Leistungsfähigkeit. Hierzu zählen unter anderem Gymnastik, Leichtathletik und Schwimmen.

Funktionstraining

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke etc.) und wird unter Anleitung und Überwachung v.a. durch Physiotherapeuten durchgeführt. Funktionstraining ist immer organorientiert, es dient dem Erhalt von Funktionen, der Beseitigung oder Verbesserung von Funktionsstörungen sowie dem Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme oder Körperteile. Es ist beispielsweise bei degenerativen und entzündlichen Veränderungen der Bewegungsorgane wie Rheuma und Osteoporose sinnvoll. Als Funktionstraining gelten z.B. auch Trocken-/Wassergymnastik.

Voraussetzungen

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

- Ärztliche Verordnung:
 - Diagnose und Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit nehmen.
 - Gründe und Ziele, weshalb Reha-Sport/Funktionstraining erforderlich ist.

- Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten.
- Angaben zur Auswahl der geeigneten Sportart.
- Durchführung in Gruppen
- Durchführung unter ärztlicher Betreuung

Antrag

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

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

Kostenträger

Kostenträger sind in der Regel die Rentenversicherungsträger. Geht dem Reha-Sport oder Funktionstraining keine Reha-Maßnahme voraus, ist die Krankenkasse zuständig. Bei Geringverdienenden oder nicht Versicherten kommt unter Umständen das Sozialamt für die Kosten auf und orientiert sich dabei an der Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Dauer

Reha-Sport bzw. Funktionstraining dauert

- in der Rentenversicherung in der Regel 6 Monate, bei medizinischer Erforderlichkeit längstens 12 Monate.
- in der Unfallversicherung in der Regel unbegrenzt.
- in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel 18 Monate, bei bestimmten Erkrankungen bis zu 36 Monate.

Danach kann der Arzt eine neue Verordnung ausstellen.

Wer hilft weiter?

Die Adressen von Reha-Sportgruppen in der Region können bei den Krankenkassen erfragt werden. Diese haben eine Übersicht über die Sportvereine und -gruppen, mit denen sie vertraglich Kostenvereinbarungen (regional unterschiedlich) getroffen haben. Auch Schmerztherapeuten, Schmerzkliniken, Selbsthilfegruppen oder Physio- und Ergotherapeuten haben Adressen verschiedener Anbieter.

Haushaltshilfe

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

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

Voraussetzungen

Die Krankenkasse, Renten- oder Unfallversicherung stellt eine Haushaltshilfe, wenn

- die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist wegen Beruflicher Reha (infolge von Arbeitsunfall oder Berufskrankheit), Krankenhausbehandlung, Entbindung, Schwangerschaftsbeschwerden, häuslicher Krankenpflege, medizinischer Vorsorgeleistungen 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 Unfall-, und Rentenversicherungsträger eine **Sachleistung**, d.h. sie bezahlen eine Haushaltskraft einer Vertragsorganisation, die sich der Versicherte in der Regel selbst aussuchen kann. Die Krankenkassen haben mit geeigneten Organisationen (z.B. Trägern der freien Wohlfahrtspflege, ambulanten Pflegediensten oder Sozialstationen) Verträge über die Erbringung von Haushaltshilfe geschlossen. Haushaltshilfskräfte dieser Vertragsorganisationen erbringen die Leistung und rechnen dann direkt mit der Krankenkasse ab.

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

Für Verwandte und Verschwägerete bis zum 2. Grad, d.h.: Eltern, Kinder, Großeltern, Enkelkinder, Geschwister, Stiefeltern, Stiefkinder, Stiefenkelkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Großeltern

des Ehepartners, Schwager/Schwägerin, kann es lediglich eine **Erstattung der Fahrkosten und des Verdienstauffalls** geben.

Ausnahmsweise können die zuständigen Kostenträger anstelle der Haushaltshilfe die **Kosten für die Mitnahme oder anderweitige Unterbringung der Kinder** bis zur Höhe der Haushaltshilfe-Kosten übernehmen, wenn darunter der Reha-Erfolg nicht leidet.

Zuzahlung

Die Zuzahlung beträgt 10 % der Kosten pro Kalendertag, jedoch mindestens 5 € und höchstens 10 €. Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei Erreichen der Belastungsgrenze möglich (siehe S. 36).

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.

Behinderung

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

Definition

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

Schwerbehindert nach § 2 Abs. 2 SGB IX sind Menschen mit einem Grad der Behinderung (GdB) ab 50. Gesetzlich basierte Leistungen und Vergünstigungen erhalten schwerbehinderte Menschen nur, wenn sie ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthalt oder Arbeitsplatz in Deutschland haben. Die Anerkennung als schwerbehindert weist man mit einem Schwerbehindertenausweis nach, den das Versorgungsamt auf Antrag ausstellt.

Gleichstellung

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

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

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

Grad der Behinderung bei chronischen Schmerzen

Der Grad der Behinderung (GdB) wird durch das Versorgungsamt festgestellt, wenn er nicht bereits anderweitig festgestellt wurde, z.B. durch einen Rentenbescheid oder durch eine Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung.

Für die Feststellung gibt es bundesweite Richtlinien, die sog. **Versorgungsmedizinischen Grundsätze**. Diese enthalten allgemeine Beurteilungsregeln und Einzelangaben über die Höhe des **Grads der Behinderung (GdB) bzw. Grads der Schädigung (GdS)**. Es handelt sich allerdings nur um einen

Orientierungsrahmen, die Berechnung des GdB/GdS ist vom individuellen Einzelfall abhängig.

Die „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ können beim Bundesjustizministerium unter www.gesetze-im-internet.de/versmedv/anlage.html eingesehen werden.

GdB und GdS haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen auf alle Lebensbereiche, nicht nur die Einschränkungen im Erwerbsleben zum Inhalt. Sie sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens. Sie werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Die Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass der GdS nur auf Schädigungsfolgen (kausal), während der GdB auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache (final) bezogen ist. GdB und GdS werden in 10er-Graden von 20 bis maximal 100 angegeben.

Der GdB/GdS bei chronischen Schmerzen wird meist an der **zugrunde liegenden Krankheit** sowie an der **durch die Schmerzen vorliegenden Funktionseinschränkung** bemessen. Die in der GdB/GdS-Tabelle angegebenen Werte schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände.

Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, können höhere Werte angesetzt werden. Das kommt z.B. bei **Kausalgien** und bei stark ausgeprägten **Stumpfschmerzen** nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Ein Phantomgefühl allein bedingt keinen GdS.

Beispiele für die Begutachtung von chronischen schmerzhaften Erkrankungen:

Echte Migräne je nach Häufigkeit und Dauer der Anfälle und Ausprägung der Begleiterscheinungen (vegetative Störungen, Augensymptome, andere zerebrale Reizerscheinungen)	GdB/GdS
leichte Verlaufsform (Anfälle durchschnittlich einmal monatlich)	0–10
mittelgradige Verlaufsform (häufigere Anfälle, jeweils einen oder mehrere Tage anhaltend)	20–40
schwere Verlaufsform (langdauernde Anfälle mit stark ausgeprägten Begleiterscheinungen, Anfallspausen von nur wenigen Tagen)	50–60

Entzündlich-rheumatische Krankheiten der Gelenke und/oder der Wirbelsäule ...	GdB/GdS
... ohne wesentliche Funktionseinschränkung mit leichten Beschwerden	10
... mit geringen Auswirkungen (leichtgradige Funktionseinbußen und Beschwerden, je nach Art und Umfang des Gelenkbefalls, geringe Krankheitsaktivität)	20–40
... mit mittelgradigen Auswirkungen (dauernde erhebliche Funktionseinbußen und Beschwerden, therapeutisch schwer beeinflussbare Krankheitsaktivität)	50–70
... mit schweren Auswirkungen (irreversible Funktionseinbußen, hochgradige Progredienz)	80–100

Gefäßkrankheiten: Arterielle Verschlusskrankheiten, Arterienverschlüsse an den Beinen (auch nach rekanalisierenden Maßnahmen) ...	GdB/GdS
... mit ausreichender Restdurchblutung, Pulsausfall ohne Beschwerden oder mit geringen Beschwerden (Missempfindungen in Wade und Fuß bei raschem Gehen) ein- oder beidseitig	0–10
... mit eingeschränkter Restdurchblutung (Claudicatio intermittens) Stadium II:	
Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von mehr als 500 m	20
Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 100–500 m	30–40
Schmerzen ein- oder beidseitig nach Gehen einer Wegstrecke in der Ebene von 50–100 m	50–60
Schmerzfrequie Gehstrecke unter 50 m ohne Ruheschmerz ein- oder beidseitig	70–80
... Schmerzen nach Gehen einer Wegstrecke unter 50 m mit Ruheschmerz (Stadium III) einschließlich trophischer Störungen (Stadium IV)	
einseitig	80
beidseitig	90–100

? Wer hilft weiter?

- Informationen für Menschen mit Behinderungen gibt das **Bürgertelefon** des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: 030 221911006, Mo–Do von 8–20 Uhr.
- Fragen zu Leistungen für schwerbehinderte Menschen oder Unklarheiten über die Zuständigkeiten der jeweiligen Leistungsträger beantworten die örtlichen **Servicestellen**.
- Arbeitsrechtliche Auskünfte (Kündigungsschutz, Zusatzurlaub) erteilt das **Integrationsamt**.
- Über die Gleichstellung entscheiden die **Agenturen für Arbeit**.
- Beratung und Begleitung im Arbeitsleben bietet der **Integrationsfachdienst**.
- Die **Versorgungsämter** sind zuständig für die Feststellung des GdB und die Ausstellung des Schwerbehindertenausweises.

Schwerbehindertenausweis

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

Antrag

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

Folgende Hinweise können bei der Antragstellung helfen:

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



Praxistipp!

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

Gültigkeitsdauer

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

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

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

Nachteilsausgleiche

Welche Nachteilsausgleiche Menschen mit Behinderung erhalten, ist abhängig von den Merkzeichen und dem Grad der Behinderung (GdB). Da chronische Schmerzen unterschiedlichen Erkrankungen zugrunde liegen können, trifft nicht jedes Merkzeichen auf den Betroffenen zu.

Merkzeichenabhängige Nachteilsausgleiche

Merkzeichen aG – außergewöhnlich gehbehindert

- Kostenlose Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Anerkennung der Kfz-Kosten für behinderungsbedingte Privatfahrten als außergewöhnliche Belastung: bis zu 15.000 km x 0,30 € = 4.500 €
- Kostenloser Fahrdienst in vielen Gemeinden und Landkreisen mit unterschiedlichen kommunalen Regelungen
- Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung (Blauer Parkausweis)
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

- Bei Altersrente oder Erwerbsminderungsrente Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 %
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar

Merkzeichen B – Notwendigkeit ständiger Begleitung

- Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson im öffentlichen Nah- und Fernverkehr, ausgenommen bei Fahrten in Sonderzügen und Sonderwagen
- Unentgeltliche Beförderung der Begleitperson bei den meisten innerdeutschen Flügen und Regionalverkehrsgesellschaften. Details regeln die Tarife der Fluggesellschaften.
- Unentgeltliche Beförderung von Begleitpersonen blinder Menschen im internationalen Eisenbahnverkehr (Internat. Personen- und Gepäcktarif TCV)
- Begleitperson von Kurtaxe befreit (örtliche Verordnungen)
- Urlaubskosten der Begleitperson bis 767 € steuerlich absetzbar
- Parkerleichterungen (Oranger Parkausweis) bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen

Merkzeichen BI – blind

- unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung
- Befreiung/Ermäßigung von der Rundfunkbeitragspflicht
- Sozialtarif bei der Telekom bei GdB von mind. 90: Vergünstigung von bis zu 8,72 € monatlich
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuer: 3.700 €
- Parkerleichterungen, Parkplatzreservierung (Blauer Parkausweis)
- Gewährung von Blindengeld (Landesblindengeldgesetze)
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

Merkzeichen G – erheblich gehbehindert

- Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr nach Erwerb einer Wertmarke oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung
- Abzugsbetrag für behinderungsbedingte Privatfahrten bei einem GdB ab 70: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Mehrbedarfserhöhung bei der Sozialhilfe: 17 %.
- Parkerleichterungen (Oranger Parkausweis) bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen
- Bei GdB 50 und höher: Tatsächliche Kosten für Fahrten zur Arbeit absetzbar

Merkzeichen GI – gehörlos

- unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr oder Kraftfahrzeugsteuerermäßigung
- Sozialtarif bei der Telekom bei GdB von mind. 90: Vergünstigung von bis zu 8,72 € monatlich
- Befreiung/Ermäßigung von der Rundfunkbeitragspflicht
- Gehörlosengeld in Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer für ausgebildete Hunde

Merkzeichen H – hilflos

- unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Nahverkehr
- Kraftfahrzeugsteuerbefreiung oder -ermäßigung
- Pauschbetrag als außergewöhnliche Belastung bei der Einkommenssteuer: 3.700 €
- in vielen Gemeinden Befreiung von der Hundesteuer
- Pflegepauschbetrag für Pflegende: 924 €
- Krankenkasse **kann** Fahrtkosten zu ambulanten Behandlungen übernehmen

Merkzeichen RF – Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht

- Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf 5,83 €/Monat
- Sozialtarif bei der Telekom: Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 6,94 € monatlich

Merkzeichen TBI – Taubblind

- Befreiung von der Rundfunkbeitragspflicht
- Erhöhtes Landesblindengeld in Bayern und Berlin

GdB-abhängige Nachteilsausgleiche

Nachteilsausgleiche, die bei einem niedrigen GdB angeführt sind, gelten auch für alle höheren GdB.

GdB 30/40

- Gleichstellung möglich
- Kündigungsschutz bei Gleichstellung
- Steuerfreibetrag: GdB 30 = 310 €; GdB 40 = 430 €

GdB 50

- Schwerbehinderteneigenschaft
- Steuerfreibetrag: 570 €
- Bevorzugte Einstellung und Beschäftigung
- Kündigungsschutz
- Begleitende Hilfe im Arbeitsleben
- Freistellung von Mehrarbeit
- Eine Arbeitswoche Zusatzurlaub
- Früherer Beginn der Altersrente bzw. Pensionierung von Beamten
- Stundenermäßigung bei Lehrern (abhängig vom Bundesland)
- Pflichtversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung für Menschen mit Behinderungen
- Beitragsermäßigung bei Automobilclubs, z.B. ADAC, DTC (Satzungen der Clubs)
- Kfz-Finanzierungshilfen für Berufstätige

- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 2.100 €
- Freibetrag beim Wohngeld bei Pflegebedürftigkeit: 1.500 €
- Ermäßigung bei Kurtaxen (Ortssatzungen)
- Pflegepersonen können einen Pflegepauschbetrag von 924 € absetzen, wenn zusätzlich Merkzeichen H beim Pflegebedürftigen vorliegt
- Parkerleichterungen (Oranger Parkausweis) bei bestimmten Behinderungen bzw. Erkrankungen
- Bei Merkzeichen G und aG wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit

GdB 60

- Steuerfreibetrag: 720 €
- Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 € bei GdB allein wegen Sehbehinderung

GdB 70

- Steuerfreibetrag: 890 €
- Wahlweise bei der Steuer absetzbar: Entfernungskostenpauschale 30 ct/km oder die tatsächlichen Aufwendungen für den Weg zur Arbeit
- Abzugsbetrag für Privatfahrten bei Merkzeichen G: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Ermäßigte BahnCard

GdB 80

- Steuerfreibetrag: 1.060 €
- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung bei Pflegebedürftigkeit: 4.500 €
- Abzugsbetrag für Privatfahrten: bis zu 3.000 km x 0,30 € = 900 €
- Ermäßigter Rundfunkbeitrag von 5,83 €, wenn keine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen möglich ist

GdB 90

- Steuerfreibetrag: 1.230 €
- Sozialtarif bei der Telekom: Bei Blindheit, Gehörlosigkeit oder Sprachbehinderung. Ermäßigung bei den Verbindungsentgelten bis zu 8,72 € netto monatlich im Rahmen des Sozialtarifs. Nur für bestimmte Tarife, nicht bei Flatrates.

GdB 100

- Steuerfreibetrag: 1.420 €
- Freibetrag beim Wohngeld: 1.500 €
- Freibetrag bei der Erbschafts- und Schenkungssteuer in bestimmten Fällen
- Vorzeitige Verfügung über Bausparkassen- bzw. Sparbeiträge

- Abzug eines Freibetrags bei der Einkommensermittlung im Rahmen der sozialen Wohnraumförderung: 4.500 €
- Hundesteuerermäßigung bei ausgebildeten Hunden

Weitere Nachteilsausgleiche

Schwerbehinderten Menschen wird – teilweise auf freiwilliger Grundlage – eine Reihe von weiteren Nachteilsausgleichen zugestanden, z.B.:

- Eintrittspreisermäßigungen für Filme, Theater, Sportveranstaltungen, Museen
- Benutzung der Abteile und Sitze, die schwerbehinderten Menschen in Verkehrsmitteln vorbehalten sind
- bevorzugte Abfertigung in Ämtern
- Beitragsermäßigungen für Mitglieder von Vereinen, Interessenverbänden etc.



Praxistipp!

Näheres rund um das Thema Behinderung bietet der Ratgeber „Behinderung“. Dieser kann unter www.beta-institut.de/ratgeber.html kostenlos heruntergeladen werden.

Erwerbsminderungsrente

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

Für Menschen, die ab 2018 **erstmalig** Anspruch auf eine Erwerbsminderungsrente haben, verbessert sich die Berechnungsbasis der Erwerbsminderungsrente. Die Zurechnungszeit soll schrittweise von 62 auf 65 Jahre angehoben werden. 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.

Diese Erhöhung gilt **nicht** für Menschen, die bereits vor 2018 den Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt haben.

Voraussetzungen

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

- Mindestens 3 Jahre Pflichtbeiträge aus einer versicherten Beschäftigung innerhalb der letzten 5 Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung **und**
- Erfüllung der Wartezeit von 5 Jahren (Mindestversicherungszeit) **oder**
- volle Erwerbsminderung vor Ablauf von 6 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung **und** in den letzten 2 Jahren vorher Einzahlung von mindestens 12 Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung. 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 (Mindestversicherungszeit), wenn bereits vor Erfüllung der Mindestversicherungszeit volle Erwerbsminderung bestand und seitdem ununterbrochen besteht.

Medizinische Voraussetzungen

Für eine Erwerbsminderungsrente muss die Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sein.

Es wird unterschieden zwischen teilweise und voll erwerbsgemindert:

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

Wer aus gesundheitlichen Gründen nur noch eine Teilzeitarbeit von mindestens 3 Stunden, aber weniger als 6 Stunden ausüben kann und zugleich arbeitslos ist, kann als voll erwerbsgemindert eingestuft werden und erhält dann Rente wegen voller Erwerbsminderung. Meist müssen die Betroffenen nachweisen, dass sie sich um eine Teilzeitarbeit bemüht haben, dass dies jedoch keinen Erfolg hatte (Anspruch wegen verschlossenem Arbeitsmarkt).

Berufsschutz

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

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. Die monatliche Rentenhöhe (brutto) kann beim Rentenversicherungsträger erfragt werden. Die Höhe der vollen Erwerbsminderungsrente (brutto) kann auch der jährlichen Renteninformation entnommen werden, in der Regel sind dabei die Rentenabschläge berücksichtigt.

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 Rentenanspruch 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. Im Antrag sind die Einschränkungen des Versicherten durch den Arzt möglichst genau zu beschreiben bzw. die Angaben aus dem Erstantrag zu bestätigen, falls keine Verbesserung eingetreten ist.



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 mit chronischen Schmerzen, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung nicht mehr arbeiten können, und deren Einkünfte für den notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichen.

Voraussetzungen

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

- Erreichen der Altersgrenze für Regelaltersrente
oder
dauerhaft volle Erwerbsminderung ab dem 18. Geburtstag, unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage (Erwerbsminderungsrente),
oder
Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen
und
- keine Deckung des Lebensunterhalts aus eigenem Einkommen und Vermögen möglich. Auch das Einkommen und Vermögen des nicht getrennt lebenden Ehe- oder Lebenspartners wird angerechnet, wenn es dessen Eigenbedarf übersteigt.
und
- keine unterhaltspflichtigen Angehörigen mit einem jährlich zu versteuernden Gesamteinkommen über 100.000 € (Unterhaltsregress). Bei einer Unterhaltspflicht von Eltern gegenüber ihrem Kind wird deren gemeinsames Einkommen betrachtet, bei Kindern gegenüber ihren Eltern gilt diese Einkommensgrenze für jedes einzelne Kind.

Die Altersgrenze 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.

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

Höhe

- Volljährige Alleinstehende oder Alleinerziehende 416 €.
- Volljährige Ehe- oder Lebenspartner einer Bedarfsgemeinschaft (= gemeinsamer Haushalt) jeweils 374 €.
- Sonstige Volljährige in einer Bedarfsgemeinschaft 332 €.
- Jugendliche vom 14. bis zum 18. Geburtstag jeweils 316 €.
- Kinder vom 6. bis zum 14. Geburtstag jeweils 296 €.
- Kinder bis zum 6. Geburtstag jeweils 240 €.

Leistungen

Die Grundsicherung umfasst folgende Leistungen:

- Den für den Antragsberechtigten maßgebenden Regelsatz der Sozialhilfe.
- Die angemessenen tatsächlichen Aufwendungen für Unterkunft und Heizung (bei nicht getrennt lebenden Ehegatten oder bei einer eheähnlichen Partnerschaft jeweils anteilig).
- Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
- 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 dem 1.7.2017 dürfen sich Grundsicherungsempfänger maximal 4 Wochen im Ausland aufhalten, um ihre Bezüge nicht zu verlieren.



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 Rentenanspruch entgegen und senden diesen gemeinsam mit einer Mitteilung über die Höhe der monatlichen Rente an den zuständigen Träger der Sozialhilfe.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Hilfe zum Lebensunterhalt (umgangssprachlich „Sozialhilfe“) umfasst Leistungen für Schmerzpatienten, 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. 65).

Sozialhilfeempfänger sind in der Regel krankenversichert. Wenn nicht, bekommen sie dennoch die gleichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte und ähnliche Leistungen, was die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit angeht. Sozialhilfeempfänger werden im Rahmen ihrer Belastungsgrenzen zu Zuzahlungen herangezogen. In Vorleistung geht das Sozialamt, wenn sich die Auszahlung von Leistungen anderer Sozialversicherungsträger verzögert. 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.



Praxistipp!

Der Anspruch auf Sozialhilfe besteht ab dem Zeitpunkt, an dem der Sozialhilfeträger oder eine zuständige andere Stelle erfährt, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen (sog. Kenntnisgrundsatz). Es ist kein gesonderter Antrag notwendig.



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.

Pflege

Chronische Schmerzen schränken das tägliche Leben meist nicht in dem Maße ein, dass eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Wenn jedoch eine schwere Grunderkrankung besteht, z.B. Krebs oder Osteoporose, kann es zur Pflegebedürftigkeit kommen. Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen Hilfe und Unterstützung bieten.

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

Definition „Pflegebedürftigkeit“

Pflegebedürftig nach § 14 SGB XI sind Menschen, die

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

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

Antrags- und Begutachtungsverfahren

Pflegeleistungen müssen bei der Pflegekasse beantragt werden. Damit die Leistungen genehmigt werden können, muss der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder ein unabhängiger Gutachter die Pflegebedürftigkeit feststellen.

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

Der Gutachter erhebt eine Anamnese zur Wohn-, Lebens- und Versorgungssituation sowie Befunde zu Schädigungen und Beeinträchtigungen. Anhand eines Begutachtungsverfahrens ermittelt er den Grad der Selbstständigkeit in 8 Lebensbereichen (siehe S. 69).

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



Praxistipps!

- Zwischen Antragstellung und Genehmigung von Pflegeleistungen können mehrere Wochen vergehen. Wird in dieser Zeit bereits eine Pflegeperson benötigt, muss diese zunächst selbst bezahlt werden. Sobald der Antrag genehmigt wird, übernimmt die Pflegekasse die Kosten rückwirkend zum Tag der Antragstellung in Höhe der bewilligten Leistungen.
- Können Pflegeleistungen vor deren Genehmigung nicht selbst bezahlt werden, kann unter bestimmten Voraussetzungen beim Sozialamt vorübergehend „**Hilfe zur Pflege**“ beantragt werden. Bei Bewilligung des Pflegeantrags rechnet das Sozialamt dann direkt mit der Pflegekasse ab.

Grad der Selbstständigkeit

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

Modul 1: Mobilität

Beispiele: Positionswechsel im Bett, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen (Gewichtung: 10 %)

Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Beispiele: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche und zeitliche Orientierung, Verstehen von Sachverhalten und Informationen (Gewichtung: 15 %)

Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Beispiele: gegen sich selbst gerichtetes aggressives oder selbstschädigendes Verhalten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage (Gewichtung: 15 %)

Modul 4: Selbstversorgung

Beispiele: Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gewichtung: 40 %)

Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Beispiele: Medikation, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibung sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Verbandwechsel und Wundversorgung, Arztbesuche (Gewichtung: 20 %)

Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Beispiele: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (Gewichtung: 15 %)

Modul 7: Außerhäusliche Aktivitäten

Beispiele: Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege

Modul 8: Haushaltsführung

Beispiele: Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Aufräum- und Reinigungsarbeiten einschließlich Wäschepflege, Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, Umgang mit Behördenangelegenheiten

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

Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt nach folgender Skala:

- **Selbstständig** (= Punktwert 0): Die Aktivität kann, evtl. unter Verwendung von Hilfsmitteln, in der Regel selbstständig durchgeführt werden.
- **Überwiegend selbstständig** (= Punktwert 1): Die Aktivität kann zum größten Teil selbstständig durchgeführt werden. Der Pflegeaufwand ist gering und besteht vor allem in Form von motivierenden Aufforderungen, dem Richten und Zurechtlegen von Gegenständen oder in der vereinzelt Übernähme von Teilhandlungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbstständig** (= Punktwert 2): Die Aktivität kann nur zu einem geringen Teil selbstständig durchgeführt werden. Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Eine ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität kann notwendig sein.
- **Unselbstständig** (= Punktwert 3): Die Aktivität kann in der Regel nicht durchgeführt bzw. gesteuert werden.

Die innerhalb eines Bereichs für die verschiedenen Kriterien vergebenen Punkte werden zusammengezählt und gewichtet. Entsprechend ihrer Bedeutung für den Alltag fließen im Anschluss die Ergebnisse aus den einzelnen Bereichen unterschiedlich stark in die Berechnung des Pflegegrads ein (Höhe der Gewichtung siehe einzelne Module).

Besonderheit bei den Modulen 2 und 3: Es wird nur das Modul mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

Die Module 7 und 8 dienen der Feststellung des Präventions- oder Rehabilitationsbedarfs und werden bei der Berechnung des Pflegegrads nicht berücksichtigt. Zu diesem Bedarf kann der Gutachter Empfehlungen aussprechen.

Aus den gewichteten addierten Punktwerten von 5 Modulen wird der Gesamtpunktwert (0-100) errechnet, der das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Daraus leitet sich der Pflegegrad ab.



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/Publicationen > Richtlinien/Grundlagen der Begutachtung > Pflegebedürftigkeit 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:

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

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



Praxistipp!

Wird 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.

Bearbeitungsfristen der Pflegekasse

Über einen Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss die Pflegekasse normalerweise innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden.

Dadurch soll eine zeitnahe Versorgung mit Pflegeleistungen sichergestellt werden.

Es gelten folgende Fristen:

- 5 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet.
- 2 Wochen, wenn sich der Antragsteller zu Hause befindet und ein Angehöriger Pflegezeit oder Familienpflegezeit beantragt hat.
- 1 Woche, wenn sich der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Reha-Einrichtung oder in einem Hospiz befindet oder wenn er eine ambulante Palliativversorgung erhält. Diese Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

Werden die 5-Wochen-Frist oder andere Begutachtungsfristen nicht eingehalten, muss die Pflegekasse für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 € an den Antragsteller zahlen.

Pflegeleistungen

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

Leistungen bei häuslicher Pflege

Folgende Leistungen können bei einer häuslichen Pflege beantragt werden:

Pflegegeld

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

Pflegesachleistung

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

Kombinationsleistung

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

Ersatzpflege (auch „Verhinderungspflege“ genannt)

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

Pflegeberatung und -kurse

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

Entlastungsbetrag

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

Er dient zur Erstattung von Leistungen im Zusammenhang mit:

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

Pflegehilfsmittel

Die Pflegeversicherung zahlt Schmerzpatienten, die zu Hause gepflegt werden, bestimmte Hilfsmittel oder überlässt sie leihweise, wenn nicht ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) vorrangig leistet. Dazu zählen Produkte zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und solche, die die selbstständige Lebensführung fördern. Die Erstattung ist bei zum Gebrauch bestimmten Hilfsmitteln (z.B. saugende Bettschutzeinlagen) auf 40 € monatlich begrenzt.

Zuschüsse zur Verbesserung des Wohnumfelds

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

Zuschuss für ambulant betreute Wohngruppen

Pflegebedürftige haben unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf einen pauschalen Zuschuss in Höhe von 214 € monatlich, wenn sie mit mindestens 2 weiteren pflegebedürftigen Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben. Der Zuschuss muss zweckmäßig eingesetzt werden, z.B. für Ausstattungsgegenstände der Gemeinschaftsräume, die die besonderen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen berücksichtigen oder Personal- und Sachkosten, die z.B. in Zusammenhang mit der Organisation und Verwaltung der ambulanten Wohngruppe stehen.

Leistungen bei häuslicher Pflege

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegegeld monatlich	—	316 €	545 €	728 €	901 €
Pflegesachleistungen monatlich	Anspruch über Entlastungsbeitrag: 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 Verdienstausfall bei der Pflegekasse geltend gemacht werden. Während der Ersatzpflege hat der Pflegebedürftige nur am ersten und letzten Tag Anspruch auf das volle Pflegegeld. An den übrigen Tagen erhält er nur die Hälfte des Pflegegelds.

Leistungen bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege. Teilstationäre Pflege bedeutet, dass der Pflegebedürftige entweder tagsüber oder nachts in einer stationären Einrichtung (Tages- oder Nachtpflege) versorgt und die restliche Zeit zu Hause von Angehörigen gepflegt wird. Die Pflegekasse übernimmt dabei die Pflegekosten, die Aufwendungen der sozialen Betreuung 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 Entlastungsbetrag: 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 €
---------------------------------	-------	-------	---------	---------	---------

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

Zudem muss ein **Eigenanteil** gezahlt werden, 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 Berechnungsbeispiele, u.a. zur Ersatzpflege (S. 156-175).

Leistungen für pflegende Angehörige

Die Pflegekasse unterstützt pflegende Angehörige auf verschiedenen Wegen.

Absicherung in der Sozialversicherung

Pflegepersonen werden in der Regel durch die Pflegeversicherung sozial abgesichert.

Dafür gelten folgende Regelungen:

- **Rentenversicherung**

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

- **Unfallversicherung**

Die Pflegekasse muss die Pflegeperson beim zuständigen Unfallversicherungsträger melden. Der Versicherungsschutz umfasst die pflegerischen und alle damit zusammenhängenden Tätigkeiten.

- **Kranken- und Pflegeversicherung**

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

- **Arbeitslosenversicherung**

Pflegende, die einen Angehörigen mindestens 10 Stunden wöchentlich pflegen und keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen, können unter bestimmten Voraussetzungen freiwillig und auf eigene Kosten eine Arbeitslosenversicherung abschließen. Der Antrag dazu muss innerhalb von 3 Monaten nach Beginn der Pflgetätigkeit bei der Bundesagentur für Arbeit gestellt werden.



Praxistipps!

- Die deutsche Rentenversicherung bietet die Broschüre „Rente für Pflegepersonen: Ihr Einsatz lohnt sich“ an. Diese kann unter www.deutsche-rentenversicherung.de > Service > Broschüren > Vor der Rente heruntergeladen werden.
- Die Broschüre „Zu Ihrer Sicherheit - Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales kann unter www.bmas.de > Service > Publikationen > Suchbegriff „Unfallversicherungsschutz“ heruntergeladen werden.

Kurzfristige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld

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

Pflegezeit und Familienpflegezeit

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

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

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



Praxistipp!

Während der Pflegezeit und Familienpflegezeit kann ein **zinsloses Darlehen** beim Bundesamt für

Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben beantragt werden. Das Darlehen beträgt die Hälfte des ausgefallenen, durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts und muss ab Ende der Darlehenszahlungen oder auf Antrag ab dem Ende der Freistellungsphase zurückgezahlt werden. Eine Stundung ist in Härtefällen möglich.

Das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben bietet unter www.bafza.de > Aufgaben > Familienpflegezeit einen Familienpflegezeit-Rechner zur Ermittlung des maximalen Darlehensbetrags.

Patientenvorsorge

Ob ein Mensch gesund ist oder unter chronischen Schmerzen leidet, die Vorsorge ist für jeden Menschen wichtig. Im Rahmen der Patientenvorsorge kann im Vorfeld geregelt werden, welche Entscheidungen hinsichtlich persönlicher Angelegenheiten und medizinischer Maßnahmen gewünscht sind oder wer diese Entscheidungen treffen soll, falls man nicht mehr in der Lage ist, sich selbst dazu zu äußern.

Die persönlichen Wünsche können in folgenden Dokumenten schriftlich festgelegt werden:

- Vorsorgevollmacht.
- Betreuungsverfügung.
- Patientenverfügung.

Vorsorgevollmacht

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

Eine Vorsorgevollmacht sollte folgende **Aufgabenkreise** abdecken:

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

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

Betreuungsverfügung

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

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

Eine gesetzliche Betreuung muss gerichtlich angeordnet werden und ist nur für einen oder mehrere klar definierte Aufgabenkreise (siehe S. 77) möglich. Betreuer werden vom Betreuungsgericht kontrolliert.

Patientenverfügung

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

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

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

Auch ein Hinweis zur Organspende ist möglich.

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

Praxistipp!

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

Wer hilft weiter?

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

Adressen

Beratung und Informationsmaterial über die Methoden der Schmerzbehandlung sowie Kontakt zu Selbsthilfegruppen und zu schmerztherapeutischen Einrichtungen sind unter anderem bei folgenden überregionalen Organisationen erhältlich:

Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V.

www.dgpsf-verein.de/fuerpatienten/

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.

Lennéstr. 9, 10785 Berlin
Telefon: 030 85 62 188-0 (Mo./Di./Do. von 10-12 Uhr)
Fax: 030 221 85 342
E-Mail: info@dgschmerzmedizin.de
www.schmerz-therapie-deutschland.de

Deutsche Schmerzliga e.V.

Postfach 740123, 60570 Frankfurt am Main
Telefon: 069 13828022 (**Schmerztelefon:** Mo./Mi./Fr. von 9–11 Uhr)
Telefon: 06201 6049415 (**Schmerztelefon:** Mo. von 18–20 Uhr)
E-Mail: info@schmerzliga.de
www.schmerzliga.de
Dachverband für über 100 regionale Selbsthilfegruppen

FORUM SCHMERZ

im Deutschen Grünen Kreuz e.V.
Nikolaistr. 3, 35037 Marburg
E-Mail: dgk@dgk.de
www.forum-schmerz.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Telefon: 030 394096890
Fax: 030 39409689-9
E-Mail: info@dgss.org
www.dgss.org

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Maximilianstr. 14, 53111 Bonn
Telefon: 0228 766060
Fax: 0228 7660620
E-Mail: bv@rheuma-liga.de
www.rheuma-liga.de

Fibromyalgie-Liga Deutschland (FLD) e.V.

Friedensstr. 36, 57392 Schmallenberg
Telefon: 02974 833607
Fax: 02974 833610
Email: info@fibromyalgie-liga.de
www.fibromyalgie-liga.de

Aktion Gesunder Rücken (ARG) e.V.

Stader Str. 6, 27432 Bremervörde
Telefon: 04761 926358-0
Fax: 04761 926358-810
Email: info@agr-ev.de
www.agr-ev.de

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.

Bundesverband Geschäftsstelle
Metzgergasse 16, 97421 Schweinfurt
Telefon: 09721 22033
Telefax: 09721 22955
Email: dymb@bechterew.de
www.bechterew.de

Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V.

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
Telefon: 0211 30131-40
Fax: 0211 30131-410
Email: info@osteoporose-deutschland.de
www.osteoporose-deutschland.de

Wirbelsäulenliga e.V.

WSL Geschäftsstelle
Widenmayerstr. 29, 80538 München
Telefon: 089 210969-66
Fax: 089 210969-69
Email: info@wirbelsaeulenliga.de
www.wirbelsaeulenliga.de

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V.

Ölmühlweg 31, 61462 Königstein im Taunus
Telefon 06174 2904-0
Fax: 06174 2904-100
E-Mail: info@dmkg.de
www.dmkg.de/patienten

Eigenes Leben e.V.

Hilfen für Kinder mit Schmerzen und lebensverkürzenden Erkrankungen

c/o Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln

Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5, 45711 Datteln

Telefon 02363 975-766

Fax: 02363 975-769

info@eigenes-leben-ev.de

www.eigenes-leben-ev.de

Impressum

Herausgeber

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

Leitender Redakteur

Max Glaser

Redaktionsteam

Janina Del Giudice, Jutta Meier, Andrea Nagl, 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.

13. vollständig überarbeitete Auflage, Februar 2018

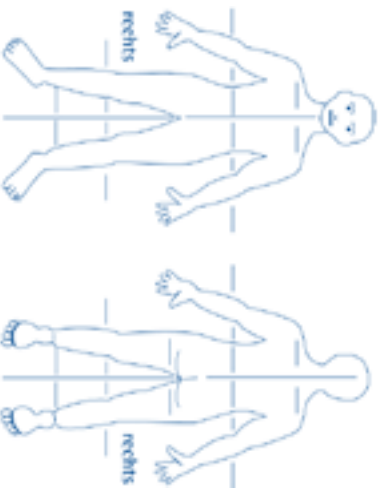
Häufig ist es schwierig, seine Schmerzen Dritten gegenüber zu beschreiben. Der vorliegende Schmerzfragebogen kann Ihnen die Dokumentation erleichtern. Bitte sprechen Sie gfs. mit Ihrem behandelnden Arzt, ob für ihn diese Art der Dokumentation hilfreich ist.

Schmerzfragebogen

Name, Vorname _____

Datum _____ Woche vom _____

1. Bitte zeichnen Sie in der Skizze ein, wo Sie Schmerzen haben.



2. Bitte tragen Sie ein, wie oft Sie Schmerzen haben.

- täglich einmal pro Woche andauernd
- mehrmals pro Woche einmal pro Monat anfallsweise

3. Bitte beschreiben Sie die Schmerzempfindung.

- stechend reißend pochend scharf klopfend
- schneidend pulsierend ziehend brennend ausstrahlend

Persönliche Bemerkungen:

Anhang

4. Bitte tragen Sie täglich die Zahl ein, die Ihre Schmerzen am besten beschreibt.

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Datum							
Uhrzeit	7 ⁰⁰ 13 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	7 ⁰⁰ 13 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	7 ⁰⁰ 13 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	7 ⁰⁰ 13 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	7 ⁰⁰ 13 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	7 ⁰⁰ 13 ⁰⁰ 20 ⁰⁰	7 ⁰⁰ 13 ⁰⁰ 20 ⁰⁰
sehr starker Schmerz ☹	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10
☹	9 9 9	9 9 9	9 9 9	9 9 9	9 9 9	9 9 9	9 9 9
☹	8 8 8	8 8 8	8 8 8	8 8 8	8 8 8	8 8 8	8 8 8
☹	7 7 7	7 7 7	7 7 7	7 7 7	7 7 7	7 7 7	7 7 7
☹	6 6 6	6 6 6	6 6 6	6 6 6	6 6 6	6 6 6	6 6 6
☹	5 5 5	5 5 5	5 5 5	5 5 5	5 5 5	5 5 5	5 5 5
☹	4 4 4	4 4 4	4 4 4	4 4 4	4 4 4	4 4 4	4 4 4
☹	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3
kein Schmerz	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2
	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

5. Bitte wählen Sie ein Symbol, das Ihr Allgemeinbefinden beschreibt.

Tag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Scharf	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹
Stuhlgang	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹
Appetit	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹
Übelkeit	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹
Stimmung	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹	☹ ☹ ☹

- ☺ gut ☹ mäßig ☹ schlecht

6. Bitte tragen Sie Ihre Medikamente ein.

Datum	Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht